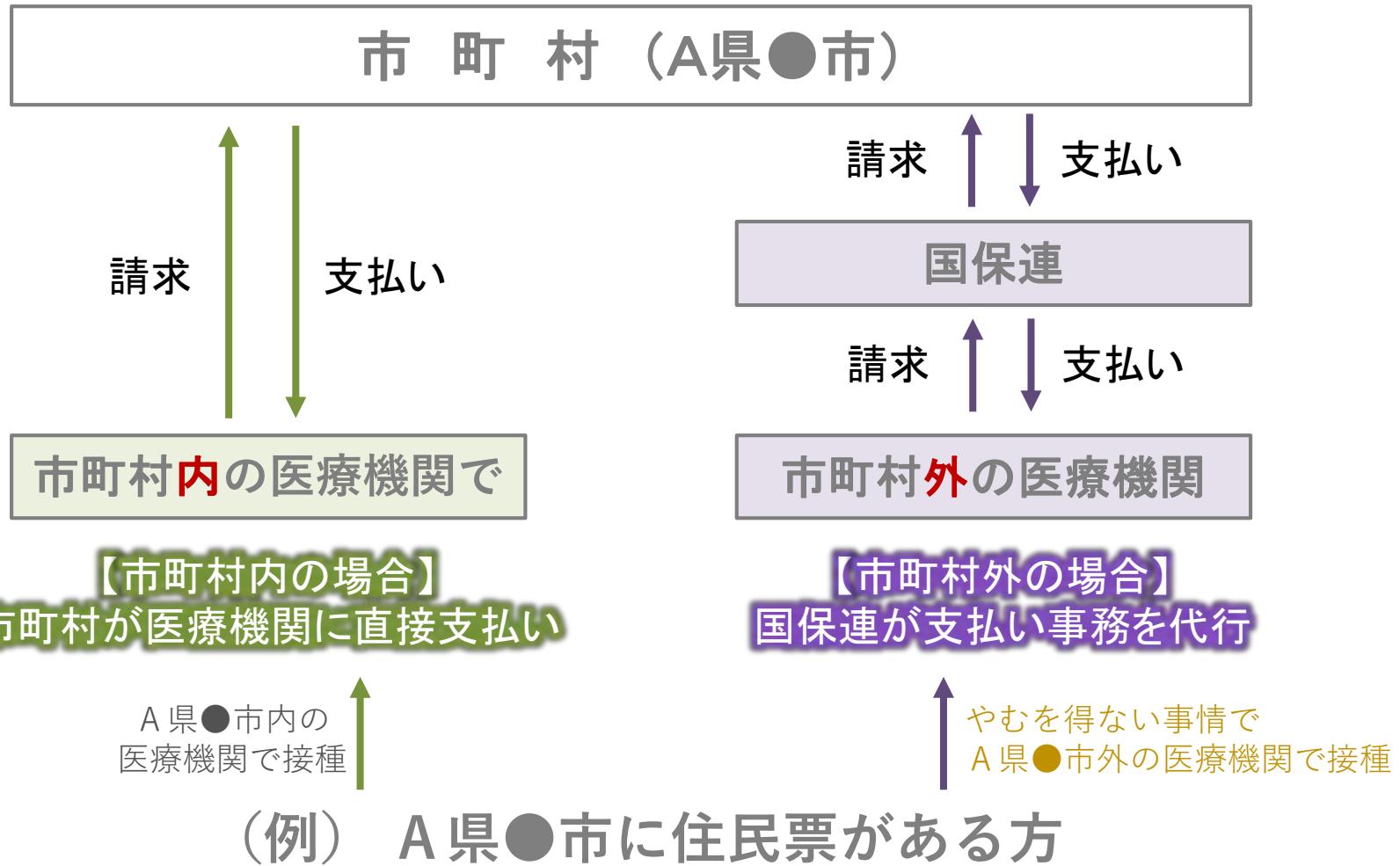


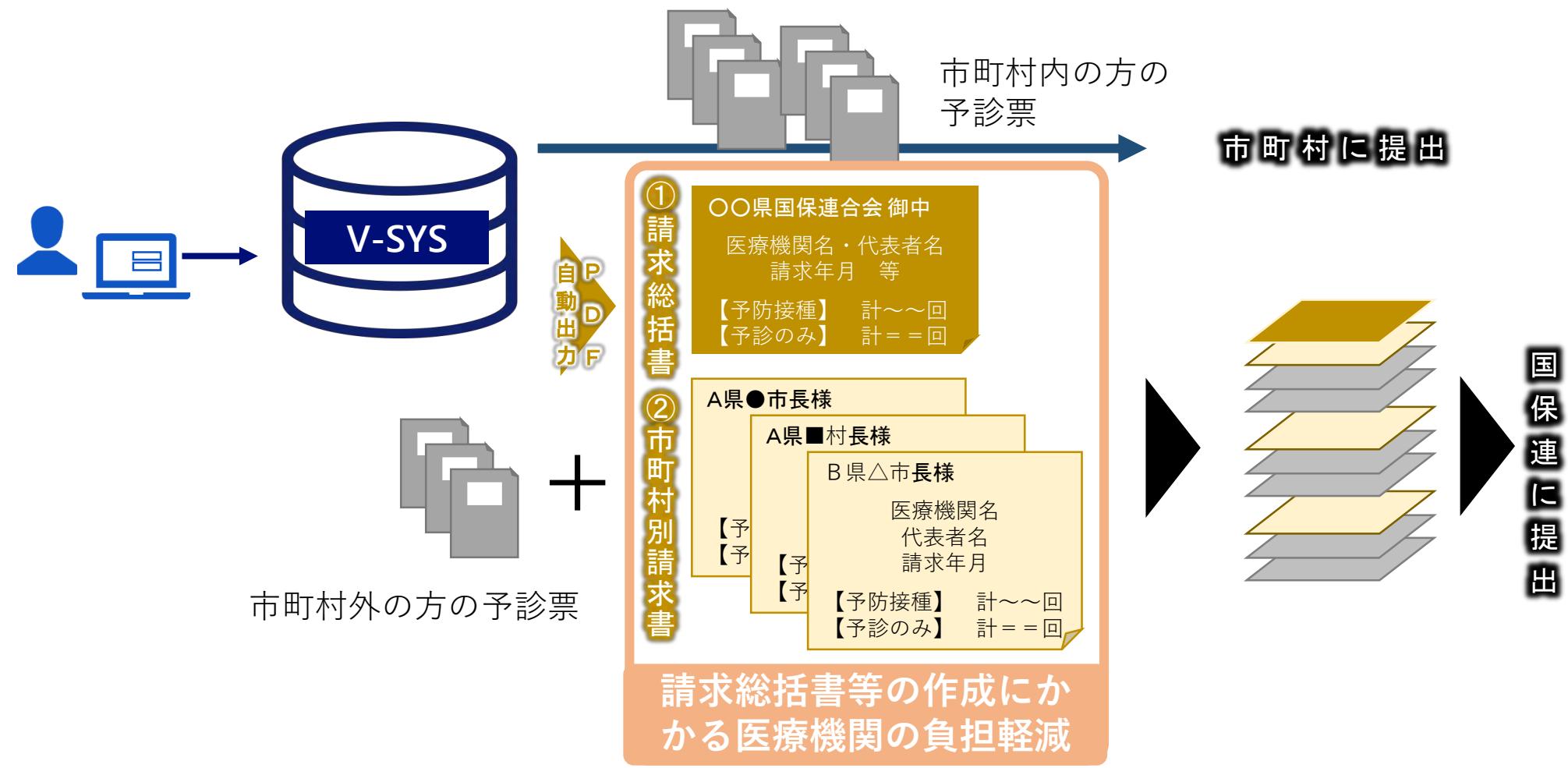
新型コロナウイルスワクチン接種の費用の請求・支払いの概要

- 住民が住所地内の医療機関で接種を受けた場合、医療機関は市町村に直接費用を請求・支払いする。
- 住民が住所地外の医療機関で接種を受けた場合、市町村の支払い事務を国保連が代行する。
- 市町村外の医療機関に対する支払いがなくなり、事務負担の軽減につながる。



V-SYSによる費用請求用の総括書の出力機能について〔4月1日リリース〕

- V-SYSに必要な情報を登録することで、国保連に費用請求を行う際に必要となる請求総括書等の出力が可能。
- これにより、請求総括書等の作成にかかる医療機関の負担軽減を図る。



V-SYS上の入力画面イメージ

The screenshot displays two overlapping windows from the V-SYS system:

- Top Window (Patient Record Management):** Shows a summary for "Chiyoda-ku A Hospital". It includes sections for "Appointment Status" (予約可能, 残り少数, 予約受付不可, 予約不要, 未登録) and "Delivery Date". A red box highlights the "National Health Insurance Submission Form" button (国保連提出用請求総括書・市区町村別請求書の作成). A large red arrow points from this button to the second window.
- Bottom Window (Vaccination Record Management):** Shows the "Target Medical Institution / Vaccination Site" section. It includes a date selector set to "2021年4月" (April 2021), a table for "Coupon Availability" (クーポンあり), and a table for "Coupon Non-Availability" (クーポンなし). Both tables have columns for "Visits Only" (予診のみ) and "Vaccination" (接種). Red boxes highlight the "Coupon Availability" table and the "Save" button (保存) at the bottom right. Numbered circles (1 through 5) indicate specific steps: 1 points to the "Coupon Availability" table, 2 points to the date selector, 3 points to the "Save" button, 4 points to the "Coupon Availability" table, and 5 points to the "Coupon Non-Availability" table.

**④ 別府市では請求総括書出力
(同一市内にお住まいの方を含まない) を選んでください。**

**⑤ 医療従事者の請求… (クーポンなし分)
住民接種等接種券が添付される場合… (クーポンあり分)**

具体的なイメージ

請求総括書 (v-sysで出力)

県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の所在地 : 県 市1-1-1
代表者氏名 : 代表 太郎
電話番号 : 0000-0000-0000

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分 : 2

医療機関等番号 (10桁) : 9999999999

医療機関等名称 : テスト

2021年04月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
予診のみ	6歳未満	0	0		
	6歳以上	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満	0	0		
	6歳以上	155	352,935		
	小計	155	352,935		
	合計	155件	352,935円		

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

予診のみ	6歳未満	2,200円
	6歳以上	1,540円
接種	6歳未満	2,730円
	6歳以上	2,070円

住所地内 接種分	対象
	✓

*医療機関等の所在地と請求先が同じ市町村の場合はチェック

市町村別請求書 (v-sysで出力)

県 市長 様

市区町村番号 []

医療機関等の所在地 : 市1-1-1

代表者氏名 : 代表 太郎

電話番号 : 0000-0000-0000

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

被接種者区分 : ①クーポン券なし / 2 クーポン券あり

医療機関等番号 (10桁) : 9999999999

医療機関等名称 : テスト

2021年04月請求分

区分	種類	請求件数	請求金額 (税込み)	決定件数	決定金額 (税込み)
予診のみ	6歳未満	0	0		
	6歳以上	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満	0	0		
	6歳以上	155	352,935		
	小計	155	352,935		
	合計	155件	352,935円		

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

予診のみ	6歳未満	2,200円
	6歳以上	1,540円
接種	6歳未満	2,730円
	6歳以上	2,070円

住所地内 接種分	対象
	✓

*医療機関等の所在地と請求先が同じ市町村の場合はチェック

予診票

新型コロナワクチン接種の予診票

※太枠内に記入またはチェックを入れてください。

※左端に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

(クーポン貼付)

住民票に記載されている住所	郵便番号	市 区 町 村
姓 名	性別 (男) (女)	
生年月日 (西暦)	年 月 日	日生(満 歳)
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)		
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。		
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。		
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 (医療従事者等: □65歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患を有する(病名:)		
現在、何らかの病気からって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: □心臓病 □脳梗塞 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まらない病気 □免疫不全 □その他()		
治療内容: □薬を uốngする(薬:) □その他()		
その病気を治もっている医師に今日の予防接種を受けていいと言われましたか。		
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気になりましたか。 病名()		
今日、体に具合が悪く、いこがありませんか。 症状()		
けいん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 薬や食品などで、重いアレギー(アノマラキシなど)を起こしたことがありますか。 薬や食品などで、重いアレギー(アノマラキシなど)を起こしたことがありますか。		
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなかったことはありますか。 種類() 症状()		
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)がありますか。または、授乳中ですか。 □はい □いいえ		
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日()		
今日の予防接種について質問がありますか。		
以上の問題及び診療の結果、今日の接種は (□ 可能 □ 不可)		医師署名又は記名押印
医師記入欄		
被接種者は6歳未満である(該当する場合は添いつぶしてください)		医師署名又は記名押印
新型コロナワクチン接種希望書		
医師・診療・接種を受け、接種の効果や副作用などについて理解した上で、接種を希望しますか。(□ 接種を希望します : □ 接種を希望しません)		
このご診療は、接種の完全性の確保目的でいます。		
このことを理解の上、本手帳を市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることを承諾します。		
年 月 日 被接種者又は 代理人の記名 (お書き下さい。複数の代理人がある場合は複数枚提出して下さい。代筆者名及び被接種者との関係を明記) (※接種者本人が記入する場合は、代筆者名及び被接種者との関係を明記) ※医療機関コード・接種年月日(西暦)・医療機関名		
ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所
シール交付欄		実施場所
※特に合わせてまっすぐに貼り付けてください (※有效期切れでないか確認)		
接種年月日 (記入例) 4月1日→4月01日 202 年 月 日		

● 代表者氏名…役職及び氏名を記載してください
名前の横に押印をお願いします。
※別府市では押印を省略できません。
ご了承ください。

医師名等、記載漏れのないように
お願いいたします。

新型コロナワクチン接種にかかる費用請求の方法について

実績入力

請求書（PDF）の出力

請求書の提出

<予診票の分別>

Step 1 接種券貼付or印字済で
分別

Step 2 同一市内or市外で分別
更に、市外を市区町村で分別

Step 3 予診のみor接種で区別

Step 4 6歳以上or未満で区別

<事前確認> **重要!!**

医療機関所在地と同一市町村内の
予診票の取扱いを確認。

①通常の地域：国保連には市外の方の予診票のみ送付

(同一市町村分は、直接市町村に送る)

②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に送る

(市町村からその旨の案内があった場合、国保連に市外の方と市内の方の予診票を送付)

<請求総括書の出力>

①の場合は、請求総括書出力（同一市内にお住まいの方分を含まない）をクリック⇒印刷

②の場合は、請求総括書出力（同一市内にお住まいの方を含む）をクリック⇒印刷

<市町村別請求書の出力>

Step 1 市区町村別請求書出力
(クーポンあり分※1) をクリック
⇒印刷

※1 接種券貼付：住民用、詳細は後述

Step 2 市区町村別請求書出力
(クーポンなし分※2) をクリック
⇒印刷

※2 接種券印字済み：医療従事者等用、
定義は後述

<提出資料のセット>

詳細は「新型コロナウイルス感染症に係る予防接種の実施に関する医療機関向け手引き」第5章請求事務をご確認ください。

①の場合

Step 1

市町村別請求書と当該市町村の方の予診票をセット
(同一市町村内の方の請求書はセットしない)

Step 2

一番上に請求総括書をセット

②の場合

Step 1

市町村別請求書と当該市町村の方の予診票をセット
(同一市町村内の方の請求書もセットする)

Step 2

一番上に請求総括書をセット

<請求書の提出>

毎月10日までに国保連に提出

- ・請求件数は月末までの実績を入力し、翌月1日～10日までに国保連or市町村に請求ください。
- ・いわゆる月遅れ請求の場合は請求件数に含めて入力ください。
- ・接種実績の報告件数以上、費用請求の件数は入力できません。接種実績の更新をお忘れなくお願ひします。

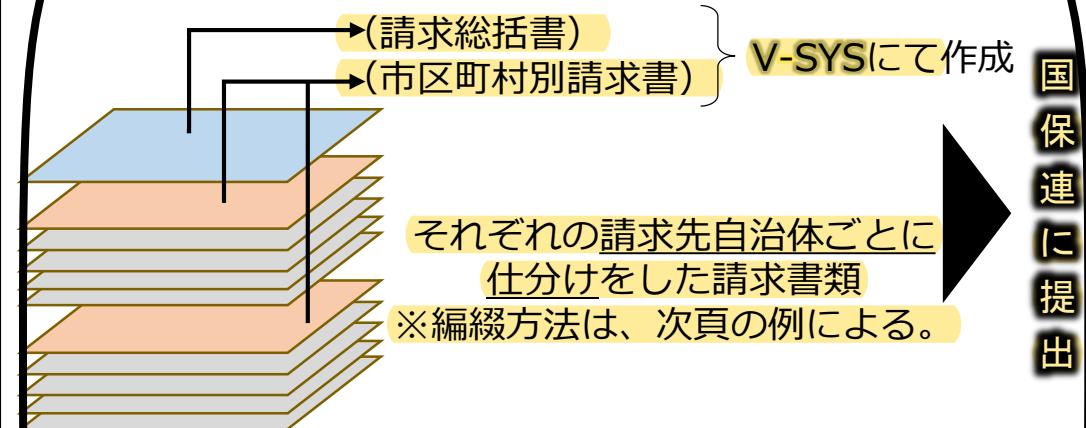
医療機関の請求方法

医療機関は、接種を受けた方の住所地別に、以下のとおり接種費用を請求する。

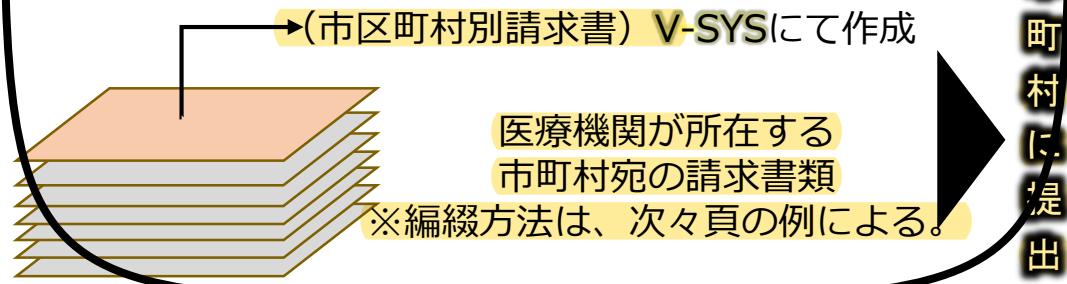
- ①通常の地域：医療機関が所在する市町村以外の請求は国保連に対して、医療機関と同一市町村の請求は直接市町村へ、請求書・予診票を提出
- ②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に対して、全ての市町村分の請求書・予診票を提出

①通常の地域

医療機関が所在する市町村以外の請求

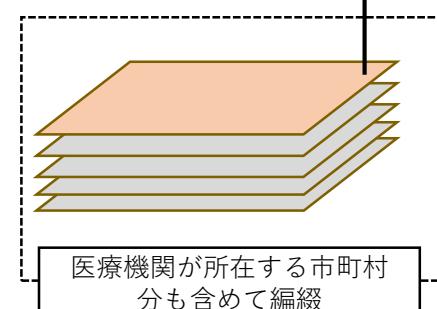
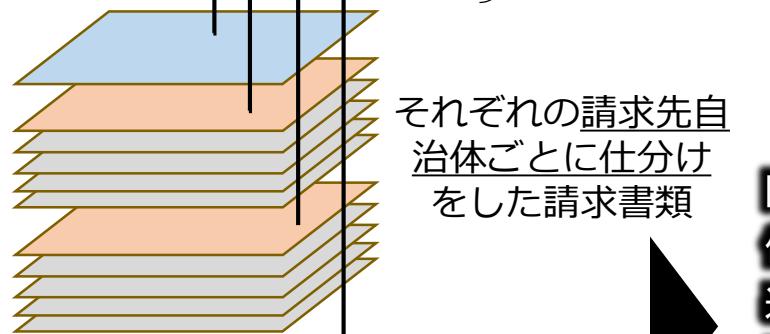


医療機関が所在する市町村の請求



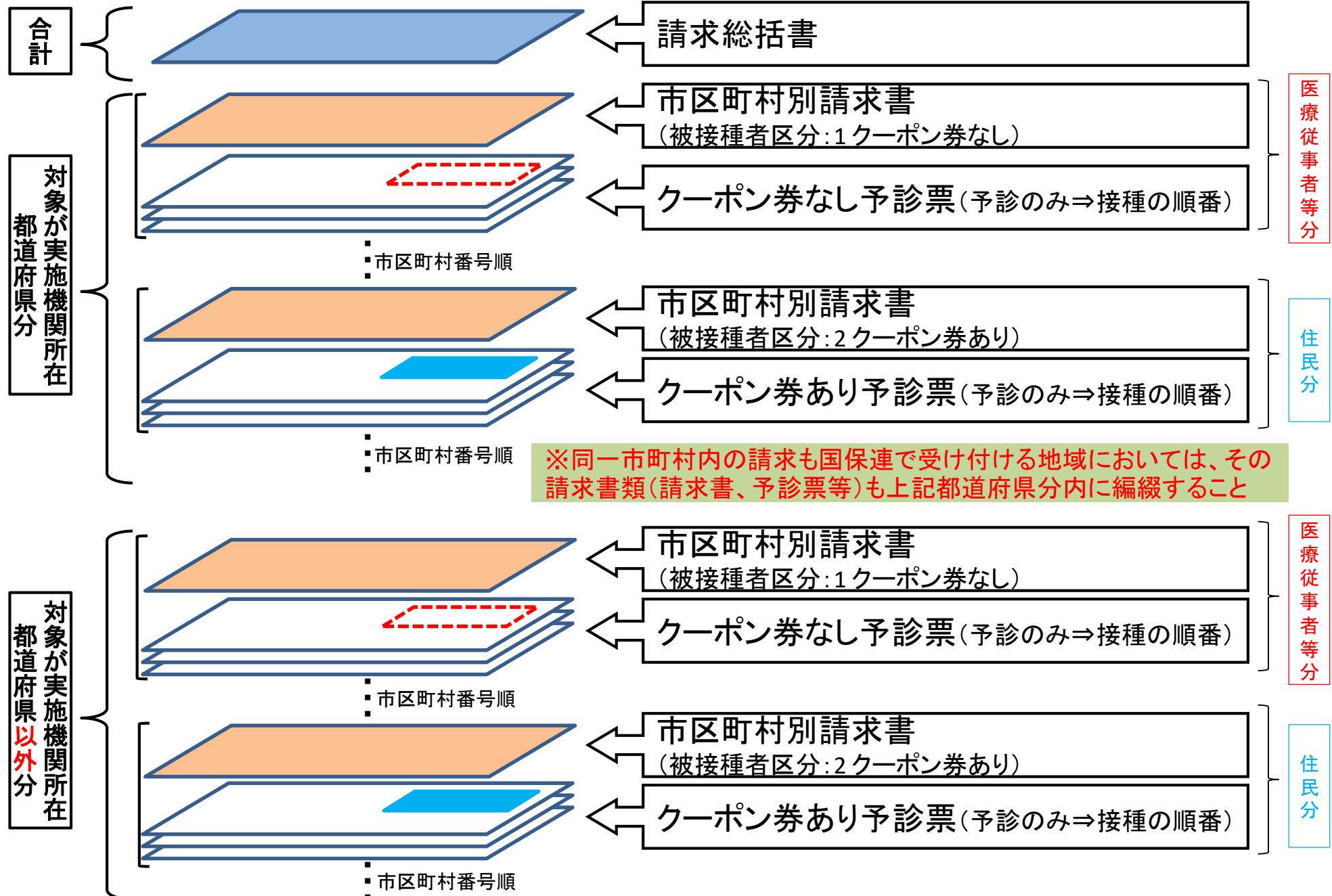
②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域

V-SYSにて作成

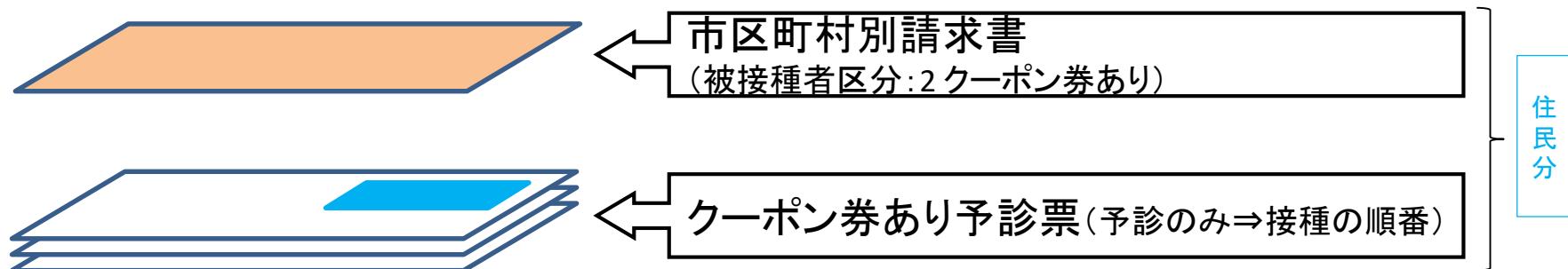
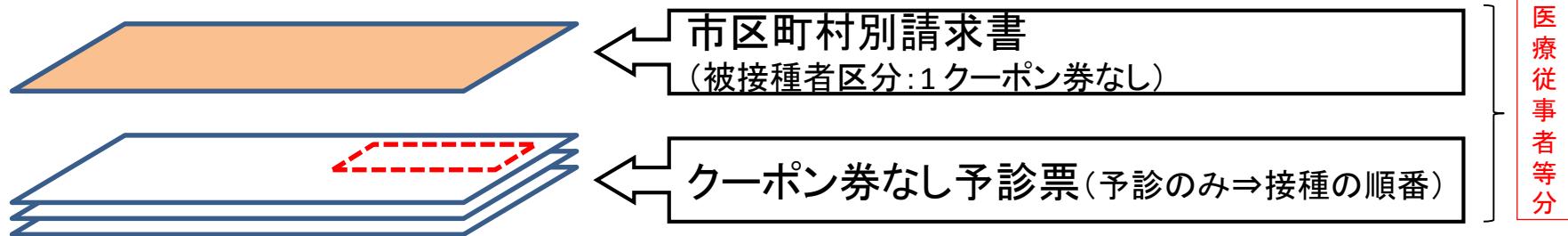


国
保
連
に
提
出

実施機関における国保連への請求時の編綴方法



実施機関における市町村への請求時の編綴方法の例



予診票のイメージ

クーポンありとは、市町村が発行した接種券(クーポン)を予診票の右上に貼付したもので、住民接種用に使用されるもの

新型コロナワクチン接種の予診票

*太枠内にご記入またはチェック印を入れてください。

都道府県	市・区町村
住民票に記載されている住所	
フリガナ 氏名	電話番号 ()
生年月日 (西暦)	□□□□年□□□月□□□日生(満□□□歳) □男・□女 験察前の体温 □□度 □□分
質問事項	
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気につれて、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他の() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかってきましたか。 病名() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったものの() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。 または、授乳中ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (<input type="checkbox"/> 可能 · <input type="checkbox"/> 見合わせる) 医師署名又は記名押印	
医師記入欄 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健診被害救済制度について、説明した。 <input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は塗りつぶしてください)	
新型コロナワクチン接種希望書	
医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (<input type="checkbox"/> 接種を希望します · <input type="checkbox"/> 接種を希望しません)	
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。	
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。	
(※合意する場合は代被接種者を署名し、代被接種者及び被接種者との契約を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者署名、成年被接種者の場合は本人又は生年後4ヶ月を記入)	
ワクチン名・ロット番号 接種量 実施場所・医師名・接種年月日 ≪医療機関等コード≫	
医師記入欄 シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていなければ確認	実施場所 医師名 接種年月日 ※記入例 4月1日→04月01日 202□年□□□月□□□日

クーポンなしとは、V-SYSにて発行した接種券情報が印刷された予診票で、医療従事者等の接種に使用されるもの

(医) 新型コロナワクチン接種の予診票 (1回目)

*太枠内にご記入またはチェック印を入れてください。

都道府県 東京	市・区 港	郵便番号 131032
住民票に記載されている住所 66区2丁目2-1	氏名 厚労 花子	所属機関 ○○クリニック (○○市医師会)
フリガナ 氏名 厚労 花子	電話番号 (03) 0000 - 0000	生年月日 1970年01月30日生(満□□歳) □男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女 験察前の体温 □□度 □□分
質問事項		
新型コロナワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名:) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
現在、何らかの病気につれて、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> その他の() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかってきましたか。 病名() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
けいれん(ひきつけ)を起こしたことありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったものの() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類() 症状() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。 または、授乳中ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類() 受けた日() <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
今日の予防接種について質問がありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (<input type="checkbox"/> 可能 · <input type="checkbox"/> 見合わせる) 医師署名又は記名押印		医師記入欄 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健診被害救済制度について、説明した。
新型コロナワクチン接種希望書		医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (<input type="checkbox"/> 接種を希望します · <input type="checkbox"/> 接種を希望しません)
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。		この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。		このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。
(※合意する場合は代被接種者を署名し、代被接種者及び被接種者との契約を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者署名、成年被接種者の場合は本人又は生年後4ヶ月を記入)		(※合意する場合は代被接種者を署名し、代被接種者及び被接種者との契約を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者署名、成年被接種者の場合は本人又は生年後4ヶ月を記入)
ワクチン名・ロット番号 医師記入欄 シール貼付位置 ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていなければ確認	接種量 ml 実施場所 医師名 接種年月日 ※記入例 4月1日→04月01日 202□年□□□月□□□日	実施場所 医師名 接種年月日 ※記入例 4月1日→04月01日 202□年□□□月□□□日

接種券
情報印
字済み