

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種費等の請求マニュアル

島根県国民健康保険団体連合会

提出書類

本会への提出書類は、次のとおりです。

- 1 コロナワクチン接種費等請求総括書(以下、「請求総括書」という。)
- 2 コロナワクチン接種費等市区町村別請求書(以下、「市区町村別請求書」という。)
- 3 新型コロナワクチン接種の予診票(以下、「予診票」という。)

提出期限

提出期限は、接種を行った日が属する月の翌月10日です。本会へ持参又は送付(10日必着)してください。併せて、月遅れ請求分についても提出可能です。

なお、10日が土曜日、日曜日及び祝日の場合、事務所を開館し受付します。

提出先

〒690-0825

松江市学園一丁目7番14号

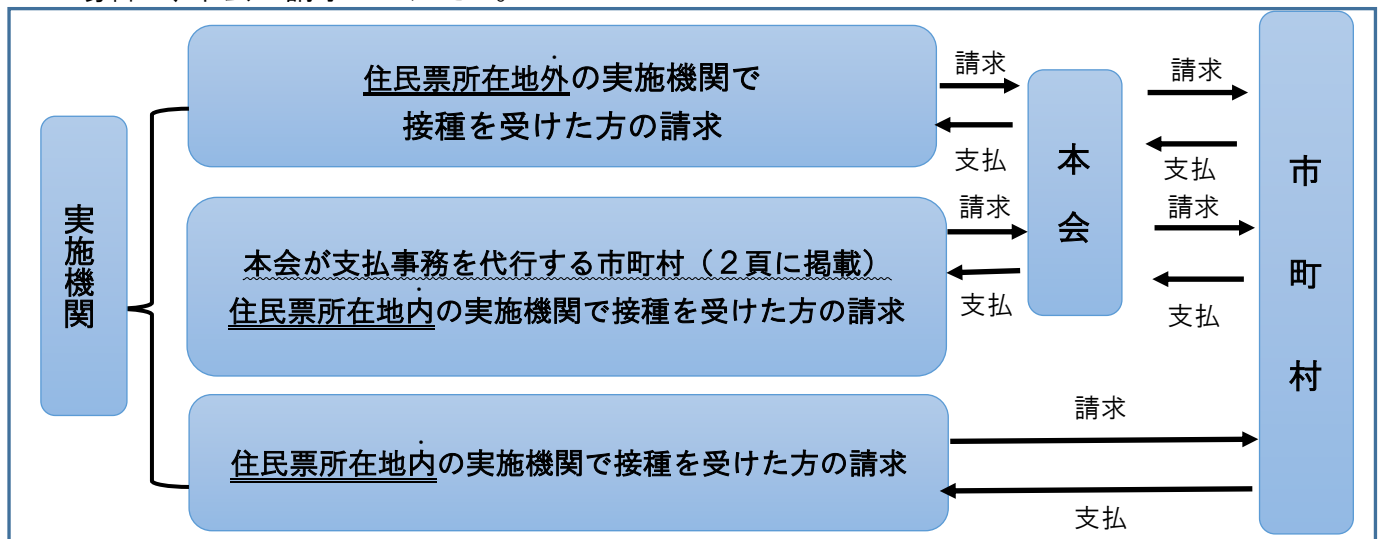
島根県国民健康保険団体連合会 審査課 宛

※コロナワクチン接種にかかる請求書類と他の請求書類を同封して送付される場合は、封筒に朱書きで同封物を記載してください。

例) 診療報酬、介護保険 同封

請求の概要とイメージ

- 1 住民が住民票所在地外の実施機関で接種を受けた場合、本会へ請求してください。
- 2 住民が住民票所在地内の実施機関で接種を受けた場合、市町村に直接費用を請求してください。
ただし、本会が支払事務を代行する市町村に住民票がある方が、住所地内の実施機関で接種を受けた場合は、本会へ請求してください。

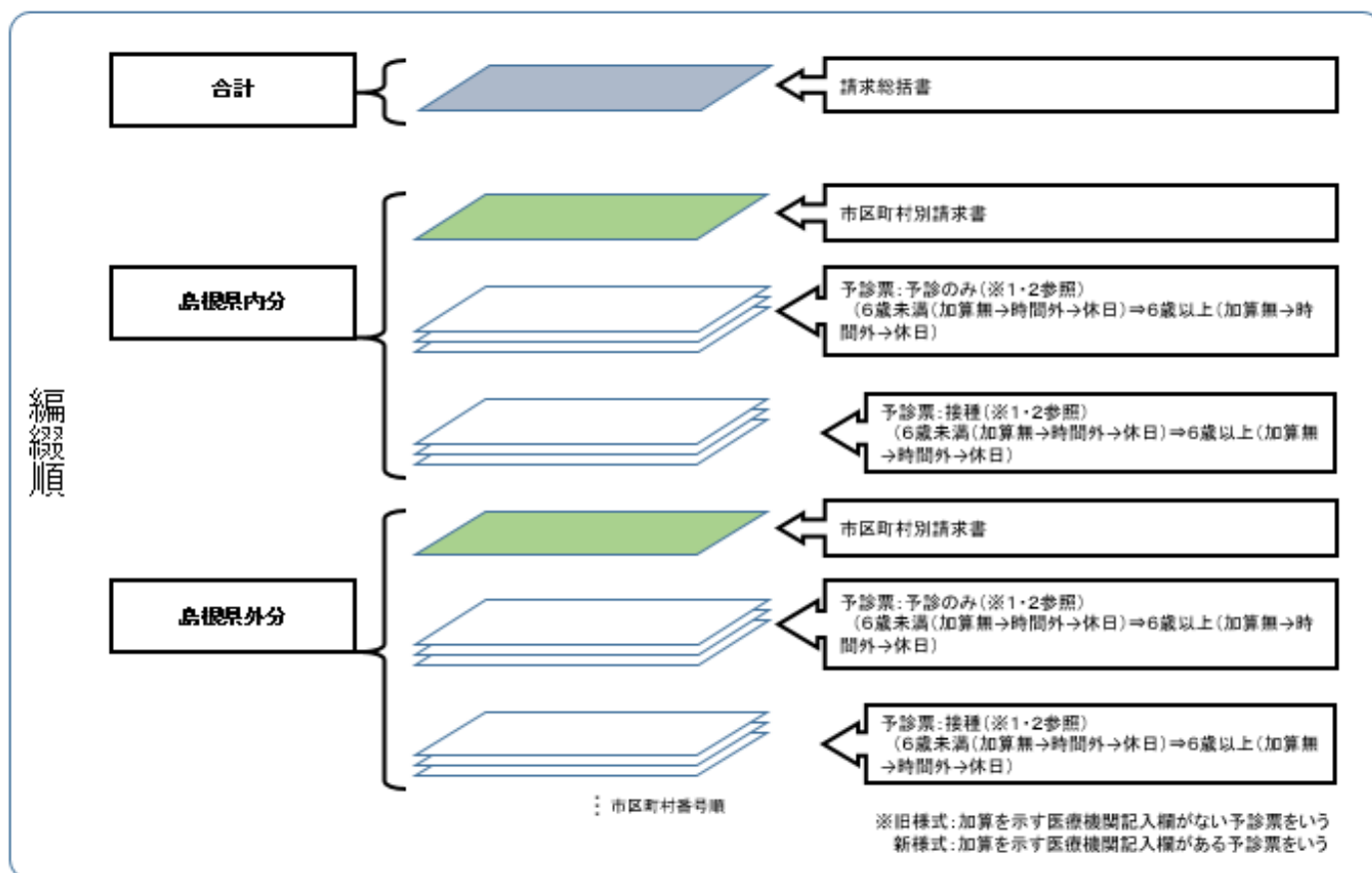


請求方法

請求先の市町村ごとに仕分けをした接種券付き予診票の原本及び接種券を貼付した予診票の原本に請求総括書及び市町村別請求書を付けて本会へ提出してください。

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」(8.0 版 令和4年5月26日改訂)をご参照ください。

<請求書類の編綴方法>



※1 予診票は、以下のとおり(市区町村別請求書の区分順に)並べてください。

(1) 予診のみ(6歳未満(加算無→時間外→休日)⇒6歳以上(加算無→時間外→休日))

(2) 接種((6歳未満(加算無→時間外→休日)⇒6歳以上(加算無→時間外→休日))

※2 市区町村別請求書と予診票は、クリップ・輪ゴム・綴り紐等で市区町村別請求書毎にひとまとめにしてください。なお、予診票が200枚を超える場合は、200枚毎に輪ゴム・綴り紐等で括っていただきますようお願いいたします。

<住民票所在地内接種の支払事務を本会が代行する市町村(令和4年6月現在)>

松江市、出雲市、益田市、大田市、安来市、江津市、雲南市、川本町、美郷町

留意点

令和4年5月接種分（令和4年6月請求分）からの留意点は以下のとおりです。

●予診票

令和4年5月25日以降は原則として、1～4回目用の統一様式である新様式を使用してください。

ただし、医療機関等においてやむを得ない理由等がある場合は、令和3年12月1日から令和4年5月24日までの旧様式を用いて費用請求することが可能です。

●予診のみを行った場合

予診のみを行った場合についても、時間外・休日加算を請求することができます。

接種券一体型予診票については、予診票右上の接種券部分の「予診のみ」のを黒のボールペンで塗りつぶしてください。券種番号は「2」のままです。

予診票の最下段の「接種年月日」の欄については、予診を行った年月日を記載してください。

詳細については、「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」（8.0版 令和4年5月26日改訂）P58をご参照ください。

新型コロナワクチン接種の予診票 券種は「2」のまま

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

予診のみのチェック欄を塗りつぶす

券種	2 (予診のみ)	3	回目
請求先	〇〇県〇〇市	123456	
券番号	1234567890		
氏名	厚生太郎		

231234561234567890

住民票に記載されている住所 都道府県 市区町

フリガナ 氏名 電話番号

生年月日(西暦) 年 月 日

予診のみの場合も、接種年月日欄に「予診日」を記載してください。

接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日

2022 年 月 日

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いか確認 ml 医師名

- 予診票（医師署名欄及び被接種者署名欄）の記載について
署名は必須ですので、提出前に再度ご確認ください。

【医師署名欄】記載漏れにご注意ください。（医師署名が自筆でない場合は、押印が必要です）。

医師記入欄	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 ） 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師署名又は記名押印
-------	---	------------

【被接種者署名欄】記載漏れにご注意ください。

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。		年 月 日 被接種者又は 保護者自筆
---	--	--------------------------

※自筆できない場合は代筆者に署名し、代筆者氏名及び被接種者ご氏名を記載
 （※被接種者が16歳未満の場合は保護者自筆、成年被保見人の場合は本人又は成年被保見人自筆）

- 時間外・休日加算にかかる予診票の記入について

医療機関 記入欄	0	時間外（受付時間 : ）	0	休日
-------------	---	-----------------	---	----

該当する区分（時間外/休日）を塗りつぶしてください。
 ※は不可です。

時間外の場合は、必ず「受付時間」
 をご記載ください。

- 追加接種の実施までに市町村から接種券が接種対象者に到着していない場合の対応

追加接種において接種券が無い状態で接種を行った場合には、後日、接種券一体型予診票を回収の上、転記いただく作業が必要でしたが、令和4年1月27日付け厚労省通知により、島根県健康福祉部感染症対策室と協議した結果、以下のとおり取り扱うこととしています。

【県内に住所がある被接種者】

接種券一体型予診票の接種券部分を切り取り、接種当日に記入した予診票に貼付することも可能とします。

※接種券を貼付する場合は、接種券が剥がれることがないように、確実な貼付をお願いいたします。

【県外に住所がある被接種者】

後日、接種券一体型予診票を回収の上、転記してください。

(参考)

- ・「例外的な取扱いとして接種券が届いていない追加接種対象者に対して新型コロナワクチン追加接種を実施する際の事務運用について」（令和3年11月26日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）
- ・「追加接種の速やかな実施のための接種券の早期発行等について」（令和4年1月27日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）
- ・「新型コロナワクチンの職域接種における接種券が回収できない場合の費用請求について」（令和4年5月19日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）

●接種月に係る注意点

接種を行った日の属する月の翌月から連合会へ請求できます。

接種月と同月には請求できません。

例) 令和4年6月請求分に令和4年6月接種分を含めることはできません。

●「住民票に記載されている住所」について

予診票の「住民票に記載されている住所」と接種券の「請求先」は一致している必要があります。

なお、接種券の「請求先」が「住民票に記載されている住所」と異なる場合は、接種券の「請求先」市町村へ予診票の再発行についてご相談ください。

新型コロナワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村	請求先	〇〇県〇〇市	123456
氏名	厚生	才座	電話番号	23123 561234567890	
生年月日(西暦)		年	月		

例) 「住民票に記載されている住所」が『島根県松江市●●町』である場合、接種券の「請求先」も『島根県松江市』となります。

〈請求総括書〉

赤い太枠で囲んでいる項目をすべてご記載ください。記載漏れにご注意ください。

〇〇〇国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の所在地 :
 代表者氏名 :
 電話番号 :

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分 :
 医療機関等番号 (10桁) :
 医療機関等名称 :
 年 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(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
合計					

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

予	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,200円
	6歳未満(時間外)	2,920円
接	6歳以上(時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800円
	6歳以上(休日)	4,200円

住所内接種分の市区町村別請求書がある場合はチェックして下さい。

住所内 接種分含む	対象
※医療機関等の所在地と請求先を 含む場合はチェック	

<市区町村別請求書>

赤い太枠で囲んでいる項目をすべてご記載ください。記載漏れにご注意ください。

〇〇〇市区町村長 様

市区町村番号

医療機関等の所在地 :

代表者氏名 :

電話番号 :

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

医療機関等番号(10桁) :

医療機関等名称 :

年 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(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
合計					

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

住所地内接種分の市区町村別請求書である場合はチェックして下さい。

住所地内 接種分	対象
	<input type="checkbox"/>

※医療機関等の所在地と請求先が同じ市区町村の場合はチェック

接種	6歳未満(時間外)	3,460円
	6歳未満(休日)	4,860円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800円
	6歳以上(休日)	4,200円

< 予診票 (1~4回目用) >

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	① 都道府県 市区町村
フリガナ	氏名
②	
生年月日 (西暦)	③ 年 月 日 生 (満 歳) 男・女 診察前の体温 度 分

券種	2 (予診のみ)	4 回目
請求先	〇〇県〇〇市	123456
券番号	1234567890	
氏名	厚生 ●●●●●●●●	
	太郎	

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種回数(回) 前回の接種日(年 月 日) 前回接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	④
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先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	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」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	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <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"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他()	<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()		
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 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)を起こしたことがありますか。	<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()	<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	

医師記入欄 ⑤ 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
⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪	

新型コロナウイルス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。(接種を希望します ・ 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。

年 月 日 被接種者又は保護者自署 ⑧

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	医療機関等コード
⑨	⑩ ml	⑪	
※枠に合わせて必ず必ずに貼り付けてください		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
(注)有効期限が切れていないか確認			2022 年 月 日

No.	記載事項
①	住民票に記載されている住所 ※留意点(P5)を参照。
②	氏名、電話番号
③	生年月日、性別、体温等
④	質問事項
⑤	医師記入欄
⑥	医師署名又は記名押印(記載漏れにご注意ください) ※医師署名が自筆でない場合は、押印が必要です。
⑦	加算等の選択(該当の○を塗りつぶしてください。) ※時間外に接種した場合は、受付時間の記載が必要です。
⑧	接種希望書(希望の有無・同意日・被接種者の署名)
⑨	ワクチン名・ロット番号(シールを貼付) ※シールを紛失された場合は、ワクチン名及びロット番号等を記載してください。
⑩	接種量
⑪	実施場所・医師名・接種年月日・医療機関等コード(10桁) ※予診のみの場合でも、医療機関等コード及び接種年月日の記載が必要です。

< 留意事項 >

- 新様式はすべて接種券付予診票となります。旧予診票は原則使用できませんので、ご注意ください。なお、予診票の再発行等については、被接種者の住民票所在市町村へお問い合わせください。
- 記載不備の請求は、返戻する場合があります。記載漏れのないようご注意ください。