

■請求について

請求の際は「請求総括書」、「市区町村別請求書」、「予診票」の3点が必要ですので、すべて揃っていることを御確認ください。また、医療機関等所在市町村と同じ市町村の分は本会に送付しないよう、お願いいたします。

なお、請求書類は接種月の翌月1日以降、提出期限までに送付いただけますと幸いです（例：12月接種分の書類は1月1日から1月11日までに送付する）。各月の提出期限は、以下のとおりです。

| 提出期限 (必着) | 令和4年 | | | | | | | | | |
|--------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| | 1/11(火) | 2/10(木) | 3/10(木) | 4/11(月) | 5/10(火) | 6/10(金) | 7/11(月) | 8/10(水) | 9/12(月) | 10/11(火) |

■請求書類の編綴について

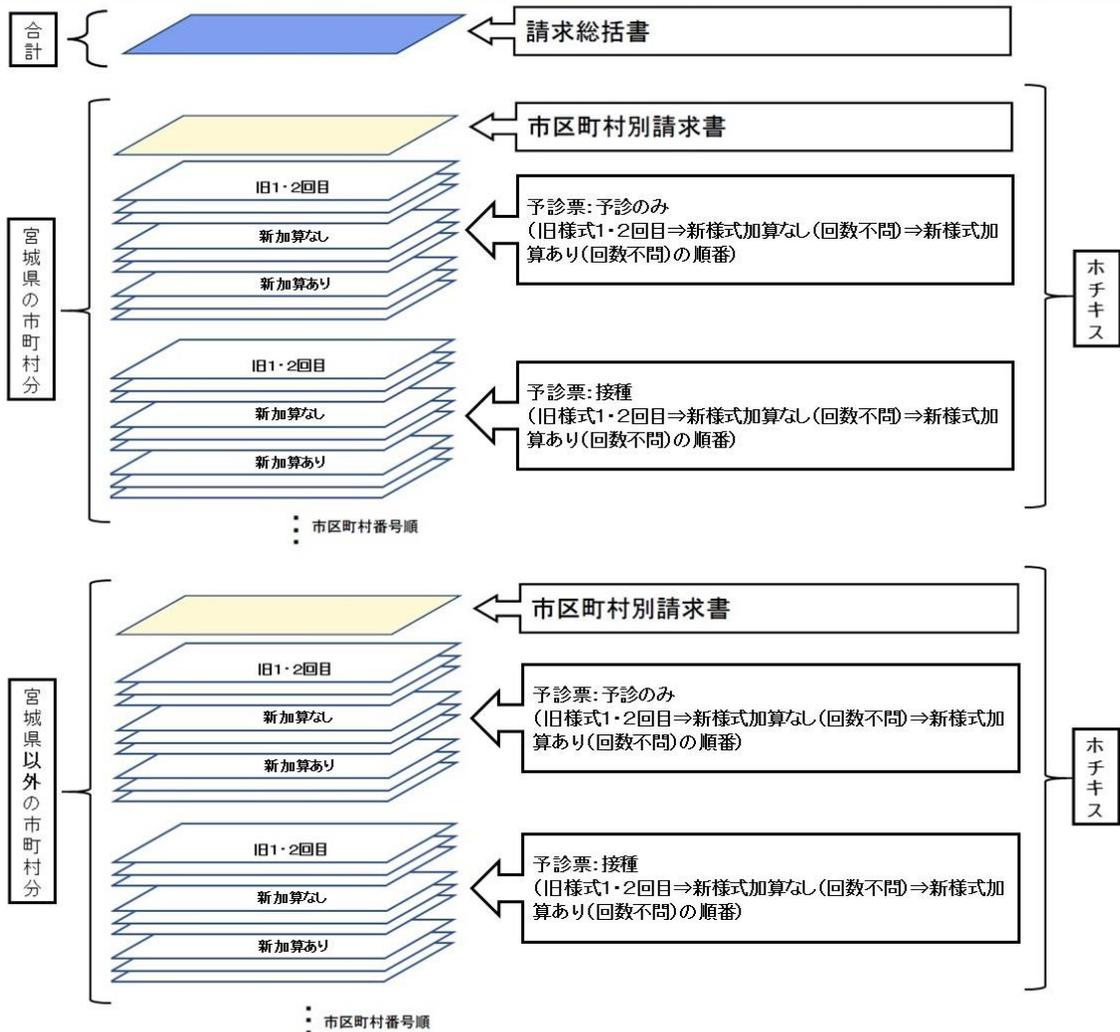
請求書類の編綴方法については、以下の画像のとおりとしていただきますよう、お願いいたします。

また、市区町村別請求書と予診票のセットは、ゼムクリップではなく、市町村ごとに左上をホチキスで留めていただけますと幸いです（ゼムクリップだと輸送中に外れてしまうことがあるため）。ホチキス留めができない場合は、大きめのクリップ等でも構いません。

予診票について、令和3年11月30日までに接種したものは旧様式、令和3年12月1日以降に接種したものは新様式を使用し請求してください。

また、令和4年6月請求分から下記のとおり、編綴方法が旧様式・新様式加算なし（接種回数不問）・新様式加算あり（接種回数不問）の順となりますので御留意願います。

費用の請求・支払い
～医療機関等における国保連合会への請求時の編綴方法（追加接種開始以降）～



■請求総括書の記載について

令和4年1月請求分から新様式に変更となります。

請求総括書は請求月ごとに1枚のみです。月遅れ分の予診票がある場合でも接種月ごとに作成せずに、1枚の請求総括書にまとめて記載してください。

また、特にご確認いただきたいポイントを以下にお示しします。

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 :

宮城県国保連合会となっていることを確認してください。

代表者氏名の記載漏れが多くなっておりますので御確認ください。
V-SYS への登録タイミングによっては印字されない場合がありますので、その際は手書きで補記してください。

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 :

提出期限の属する月を記載してください。
(令和4年1月11日提出期限分として提出する際は「2022年01月請求分」です) なお、各月の提出期限はP.1の表を御確認ください。

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 | | | | | |

新様式の予診票で塗りつぶした「時間外」「休日」等の加算の件数、金額があっているか確認してください。

チェックの無いもののみ連合会へ送付してください。

↑太枠内に記載す

《単価(税抜き)》

| | | |
|------|-----------------|-----------------|
| 予診のみ | 6歳未満(時間外・休日分除く) | 2,200円 |
| | 6歳未満(時間外) | 2,930円 |
| | 6歳未満(休日) | 4,930円 |
| | 6歳以上(時間外・休日分除く) | 1,540円 |
| | 6歳以上(時間外) | 2,270円 |
| | 6歳以上(休日) | 3,670円 |
| | 接種 | 6歳未満(時間外・休日分除く) |
| | 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 |

住所地内
接種分含む

対象

※医療機関等の所在地と請求分を
含む場合はチェック

■市区町村別請求書の記載について

令和4年1月請求分から新様式に変更となります。

市区町村別請求書は「請求月ごと」、「市区町村ごと（区は東京の特別区のみ）」に作成してください。月遅れ分の予診票がある場合でも接種月ごとに作成しないよう、お願いします。

また、特にご確認いただきたいポイントを以下にお示します。

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)》

| | | |
|------|-----------------|--------|
| 予診のみ | 6歳未満(時間外・休日分除く) | 2,200円 |
| | 6歳未満(時間外) | 2,930円 |
| | 6歳未満(休日) | 4,330円 |
| | 6歳以上(時間外・休日分除く) | 1,540円 |
| | 6歳以上(時間外) | 2,270円 |
| | 6歳以上(休日) | 3,870円 |
| | 接種 | 2,730円 |
| 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 |

住所地内 接種分 対象

代表者氏名の記載漏れが多くなっておりましてのでご確認ください。
 V-SYS への登録タイミングによっては印字されない場合がありますので、その際は手書きで補記してください。

提出期限の属する月を記載してください。
 (令和4年1月11日提出期限分として提出する際は「2022年01月請求分」です) なお、各月の提出期限はP.1の表を御確認ください。

新様式の予診票で塗りつぶした「時間外」「休日」等の加算の件数、金額とあっているか確認してください。

チェックの無いもののみ連合会へ送付してください。

■予診票の記載について

予診票の記載について特にご確認いただきたいポイントを以下にお示しします。

新型コロナワクチン接種の予診票

※大校内に登録またはチェック印を入れてください。

| | | | | | |
|--|--|--|-------------------------|--|-----|
| 券種 | | () 予診のみ | | 4 | 回目 |
| 請求先 | | 〇〇県〇〇市 | | 123456 | |
| 券番号 | | 1234567890 | | QRコード | |
| 氏名 | | 厚生太郎 | | QRコード | |
| 241234561234567890 | | | | | |
| 住民票に記載されている住所 | | 都道府県 | | 市区町村 | |
| フリガナ | | 氏名 | | 電話番号 | |
| 生年月日(西暦) | | 年 月 日 | | 分 | |
| <p>「請求先」右欄の番号が、「市区町村別請求書」左上に記載されている6桁の番号と同じであることを確認してください。また、予診票左上の「住民票に記載されている住所」と請求先が同じであることも確認してください。</p> | | | | | |
| 新型コロナワクチンの接種を受けたことがあ | | 接種回数(回) 前回の接種 | | 前回接種を受けた新型コロナワクチンの種 | |
| 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。 | | 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"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| | | <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 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 |
| | | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| | | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| <p>これらの欄について、特に記載漏れもしくはシールの貼付漏れが見受けられますので、確認をお願いします。</p> | | | | | |
| 医師記入欄 | | 医師署名又は記名押印 | | | |
| 医療機関記入欄 | | 問外(受付時間:) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) | | 〇 予備① 〇 予備② | |
| <p>※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように強く塗りつぶしてください。</p> | | | | | |
| <p>新型コロナワクチン接種希望書</p> <p>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。</p> <p>この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。</p> <p>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。</p> | | | | | |
| | | 年 月 日 | | 被接種者又は保護者自署 | |
| <p>(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)</p> <p>(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)</p> | | | | | |
| 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 | | |
| シール貼付位置 | | | 医療機関等コード | | |
| ※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください | | ml | 医師名 | | |
| (注)有効期限が切れていないか確認 | | | 接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 | | |
| | | | 202 年 月 日 | | |