

新型コロナウイルスワクチンの接種に係る費用の請求について

愛媛県国民健康保険団体連合会

令和 3 年 4 月 16 日

(令和 4 年 5 月 30 日更新)

1. 概 要

新型コロナウイルスワクチンの接種は、原則として、被接種者の住民票所在地（市区町村）の医療機関等で接種を行い、その接種費用は医療機関等から各市区町村へ請求することとされています。

ただし、松山市に所在する医療機関等で接種した場合と、松山市以外（愛媛県内に限る。）に所在する医療機関のうち被接種者のやむを得ない事情により住民票所在地以外の医療機関等で接種を受けた場合は、支払い代行機関である愛媛県国民健康保険団体連合会（以下「愛媛県国保連合会」という。）あてに請求を行うことになります。（令和 3 年 10 月請求分以降）

2. 費用の請求方法

（１）請求先（接種 1 回目、2 回目、3 回目、4 回目）

No	請求者	ワクチン被接種者	請求先
1	松山市外に所在する医療機関等 (ただし、愛媛県内の医療機関等に限る。)	医療機関等所在地（市町）の住民	各市町（保健所等）
		医療機関等所在地（市町） <u>以外</u> の住民（愛媛県外の住民を含む。）	愛媛県国民健康保険団体連合会 〒791-8550 愛媛県松山市高岡町 101 番地 1 [担当部署] 業務管理課 予防接種対策係 [電話番号] 0 8 9 - 9 0 8 - 6 3 0 0
2	松山市に所在する医療機関等	松山市の住民	愛媛県松山市高岡町 101 番地 1 [担当部署] 業務管理課 予防接種対策係 [電話番号] 0 8 9 - 9 0 8 - 6 3 0 0
		松山市以外の住民（愛媛県外の住民を含む。）	

- 松山市に所在する医療機関等において、松山市の住民に対して接種した費用は、従来は松山市保健所に請求することとしていましたが、令和 3 年 10 月以降の請求分（接種月、接種回は問わない）以降は、上記表のとおり、すべて愛媛県国保連合会あてに請求してください。

（２）請求期間

接種月の翌月 1 日～10 日（8：45～17：15）（土日祝日を除く）

（10 日が土日祝日の場合は翌平日まで）

- 請求期間外に請求した場合や、松山市に所在する医療機関等において、誤って松山市保健所に請求した場合は、翌月の請求扱いとなる場合があります。
- 愛媛県国保連合会窓口では、平日に限り受付を実施しておりますが、コロナウイルスまん延防止の観点から、できる限り郵送・宅配にて請求してください。

(3) 請求書類

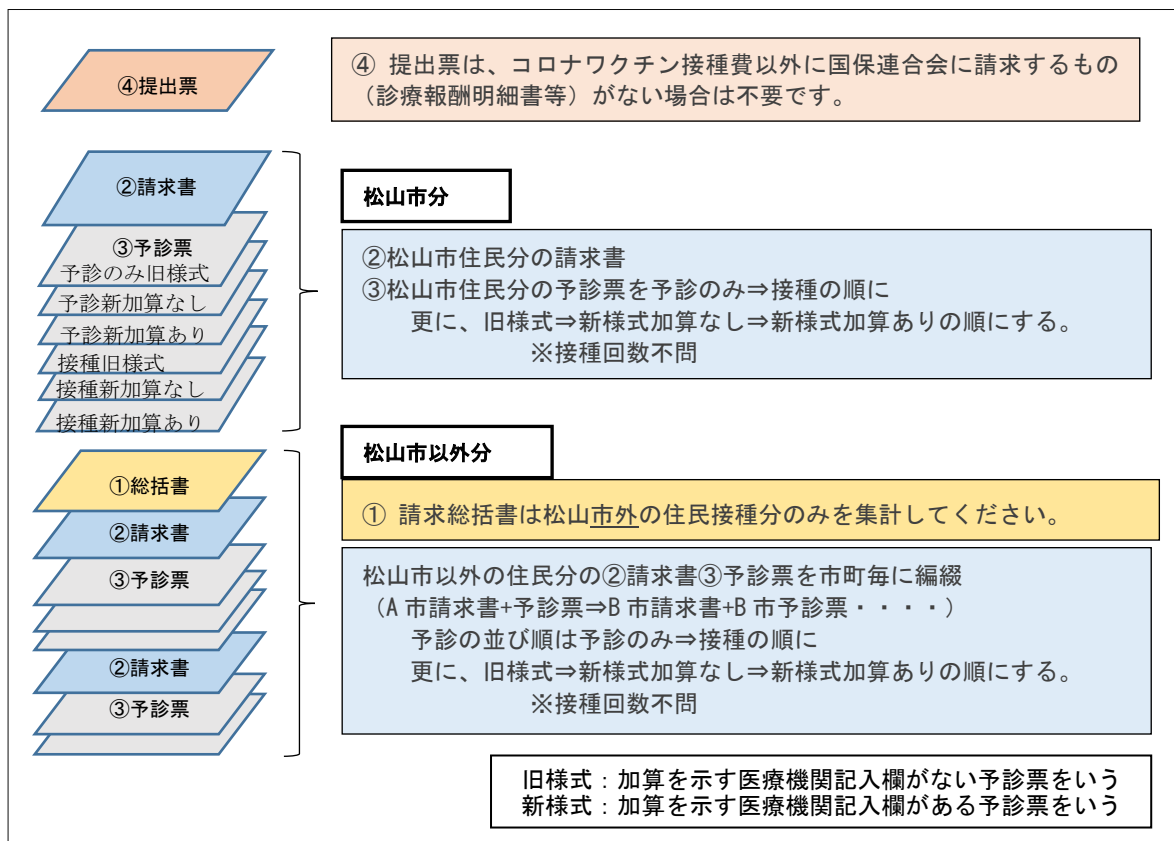
帳票名	説明	様式
① 請求総括書	ワクチン接種円滑システム (V-SYS) から出力	P5
	②「市区町村別請求書」の件数、金額を合算計上する。	
② 市区町村別請求書	ワクチン接種円滑システム (V-SYS) から出力	P5
	市区町村ごとに1枚とし、複数の接種月分があっても合算する。	
③ 予診票	被接種者1人につき1枚	P6
	左下に「ワクチン名・ロット番号」のシールを貼付する。 (旧様式の場合は、さらに右上にクーポン券を貼付する。)	
④ 提出票 ※	愛媛県国保連合会の HP から出力 (https://www.kokuhoren-ehime.jp/) 医療機関の皆様へ → 様式集 → 提出票 ※「新型コロナウイルスワクチン接種費用」のみを請求する場合 (診療報酬等その他の請求がない場合) は提出不要です。	P7

令和4年12月接種分からは、接種費用に合わせて「時間外・休日加算」を一体的に請求することとなり、①から③の様式の改定がなされていますので、この加算額の請求の有無に関わらず、原則として新様式 (P6) を使用してください。(詳細は[厚労省ホームページ](#)等でご確認ください)

(4) 請求書類の編綴方法

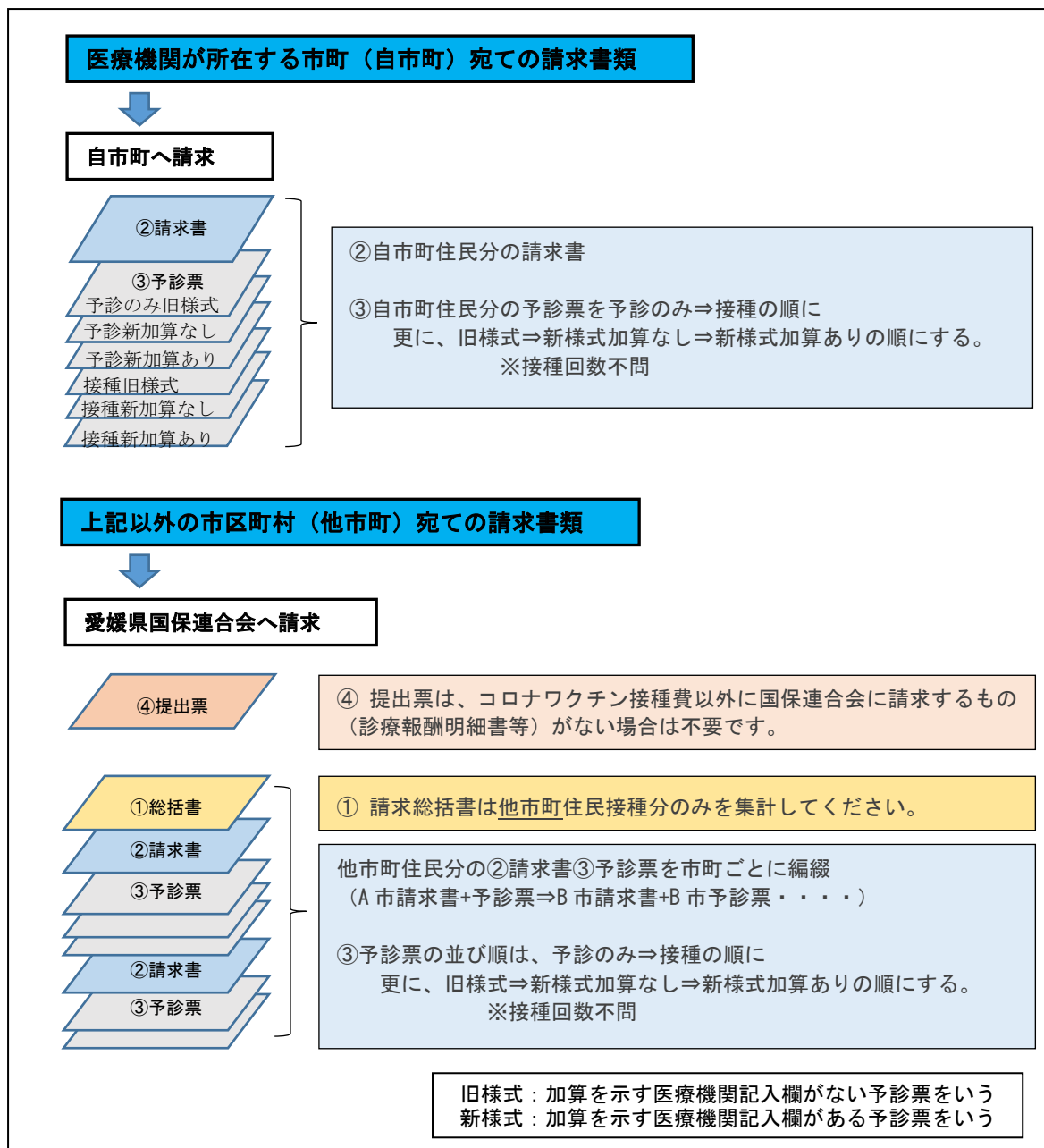
松山市に所在する医療機関等が請求する場合

上記(3)請求書類(①から④の帳票)は、次の順番で並べて、すべて愛媛県国保連合会あてに提出します。



松山市外に所在する医療機関等が請求する場合

上記（３）請求書類（①から④の帳票）は、次の順番で並べて、市町内の住民分はその市町に提出し、他市町の住民分は愛媛県国保連合会あてに提出します。



- 上記の「医療機関等が所在する市町宛の請求書類」（住所地内接種）（ただし、松山市に所在する医療機関等を除く）は、愛媛県内の各市町あてに送付してください。
- 上記の「上記以外の市区町村宛の請求書類」（住所地外接種）は、愛媛県国保連合会あてに送付してください。
- 診療報酬や介護報酬など、新型コロナウイルスワクチン接種費以外の請求とあわせて書類を提出する場合は、上記のとおり編綴した請求書類に「④ 提出票」（P7）を添えてください。

3. 支払方法

① 支払先口座

診療報酬、特定健診費または介護給付費の振込先として指定の金融機関口座と同一です。

(別途「新型コロナワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届(様式5-1)」をもって愛媛県国保連合会あてに届け出た場合を除きます。)

② 支払日

請求年月	医療機関(等)あて支払年月日 (予定)
2022(令和4)年 2月	2022(令和4)年 4 月 28 日 (木)
3月	5 月 31 日 (火)
4月	6 月 30 日 (木)
5月	7 月 29 日 (金)
6月	8 月 31 日 (水)
7月	9 月 30 日 (金)
8月	10 月 31 日 (月)
9月	11 月 30 日 (水)
10月	12 月 28 日 (水)

- 金融機関通帳等に表示する摘要は「国保連コロナ」と表示します。
- 支払年月日は変更となる場合があります。この場合は、予め愛媛県国保連合会の HP でお知らせいたします。(<https://www.kokuhoren-ehime.jp/>)
- 支払額は、支払予定月ごとに「コロナワクチン接種費等 支払額通知書」(郵送)をもってお知らせいたします。
- 請求年月は、原則として10日(10日が土日祝日の場合は翌平日)までに愛媛県国保連合会に請求書類が到着したものです。

4. 様式

① 請求総括書 (新様式)

北海道国民健康保険団体連合会 印中

医療機関等の所在地：北海道札幌市中央区北11条西13丁目1番1

代表者氏名：テスト 印
電話番号：0117262211

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分：配入
医療機関等番号(10桁)：0110116382
医療機関等名称：市立札幌病院 配入

2021年11月請求分

区分	種別	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	1	2,420		
	6歳未満(時間外)	2	6,446		
	6歳未満(休日)	3	14,289		
	6歳以上	1	1,694		
	6歳以上(時間外)	4	9,988		
	6歳以上(休日)	6	29,422		
	小計		59,059		
接種	6歳未満	3,003			
	6歳未満(時間外)	7	26,642		
	6歳未満(休日)	10	53,480		
	6歳以上	1	2,277		
	6歳以上(時間外)	221	680,680		
	6歳以上(休日)	0	0		
	小計	240	766,062		
合計		257件	825,121円		

※太枠内に記載すること

〈単価(税抜き)〉

区分	種別	単価
予診のみ	6歳未満	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	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	2,730円
	6歳未満(時間外)	3,460円
	6歳未満(休日)	4,860円
	6歳以上	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800円
	6歳以上(休日)	4,200円

住所所在地内接種分を含む ☒ 対象

※医療機関等の所在地に請求区分が同じ市町村別の場合はチェック

「愛媛県国民健康保険団体連合会」と記入する。

押印は省略して差しつかえない。

「1」または「2」を記入する。

1…医療機関

2…健診機関、介護事業所、新規登録機関

請求月を記入する。(接種月ではない。)

住所所在地内接種分の場合に☒ (チェック)。
ただし、松山市以外に所在する医療機関等の場合で、☒ (チェック)のあるものは愛媛県国保連合会では請求を受け付けないため、各市町あてに請求すること。

② 市区町村別請求書 (新様式)

北海道札幌市長 様

市区町村番号：0110116382

医療機関等の所在地：北海道札幌市中央区北11条西13丁目1番1

代表者氏名：... 印
電話番号：0117262211

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)：0110116382
医療機関等名称：市立札幌病院 配入

2021年11月請求分

区分	種別	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	1	2,420		
	6歳未満(時間外)	10	32,230		
	6歳未満(休日)	2	9,526		
	6歳以上	1	1,694		
	6歳以上(時間外)	5	12,685		
	6歳以上(休日)	12	48,444		
	小計		106,799		
接種	6歳未満	3,003			
	6歳未満(時間外)	31	117,986		
	6歳未満(休日)	200	1,069,200		
	6歳以上	1	2,277		
	6歳以上(時間外)	40	123,200		
	6歳以上(休日)	14	64,680		
	小計	287	1,380,346		
合計		318件	1,487,145円		

※太枠内に記載すること

〈単価(税抜き)〉

区分	種別	単価
予診のみ	6歳未満	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	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	2,730円
	6歳未満(時間外)	3,460円
	6歳未満(休日)	4,860円
	6歳以上	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800円
	6歳以上(休日)	4,200円

住所所在地内接種分 ☒ 対象

※医療機関等の所在地に請求区分が同じ市町村別の場合はチェック

予診票に記載の各自治体名を記入する。

押印は省略して差しつかえない。

請求月を記入する。(接種月ではない。)

住所所在地内接種分の場合に☒ (チェック)。
ただし、松山市以外に所在する医療機関等の場合で、☒ (チェック)のあるものは愛媛県連合会では請求を受け付けないため、各市町あてに請求すること。

③-1 予診票（1・2回目用）（新様式）

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票（1・2回目用）

※本表内に記入またはチェック印を入れてください。

接種回数 2 (□予防のみ) 2 回目
 接種場所 ○○県○○市 123456
 接種番号 1234567890
 氏名 厚生太郎

記入 一致

氏名 氏名 ()
 (西暦) 年 月 日 日生 (満 歳) □男 □女 診察前の体温 分

質問事項 医師記入欄 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。
 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) ☐ はい ☐ いいえ

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。 ☐ はい ☐ いいえ

「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。 ☐ はい ☐ 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: □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全
 □毛細血管漏出症候群 □その他()
 治療内容: □血をサラサラにする薬() □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() ☐ はい ☐ いいえ

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() ☐ はい ☐ いいえ

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 ☐ はい ☐ 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() ☐ はい ☐ 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() ☐ はい ☐ 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。 ☐ 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() ☐ はい ☐ いいえ

今日の予防接種について質問がありますか。 ☐ はい ☐ いいえ

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(☐ 可能 ・ ☐ 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

医療機関 記入欄 時間外(受付時間:) 休日 () 小児(6歳未満) □予防① □予防②

新型コロナウイルス接種希望書
 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。(☐ 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となります。

ワクチン名・ロット番号 接種量 接種場所 接種年月日 接種者又は
 接種者氏名 接種者氏名及び接種場所(医師記入欄)
 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名

シール貼付 記入 記入 記入

医療機関コード 接種年月日 2022年 4月 01日

接種回数 2 (□予防のみ) 2 回目
 接種場所 ○○県○○市 123456
 接種番号 1234567890
 氏名 厚生太郎

231234561234567890

接種券一体型予診票以外の場合は、
接種券(クーポン券)の貼付を確認する
こと。

「ワクチン名・ロット番号」シール
の貼付と接種量の記入を確認すること。
「医療機関コード」と「接種年月日」
の記入を確認すること。

③-2 予診票（3・4回目用）（新様式）

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

※本表内に記入またはチェック印を入れてください。

接種回数 2 (□予防のみ) 4 回目
 接種場所 ○○県○○市 123456
 接種番号 1234567890
 氏名 厚生太郎

記入

氏名 氏名 ()
 (西暦) 年 月 日 日生 (満 歳) □男 □女 診察前の体温 分

質問事項 医師記入欄 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) ☐ はい ☐ いいえ

前回は接種を受けた新型コロナウイルスワクチンの種類()

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。 ☐ はい ☐ いいえ

「新型コロナウイルスの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。 ☐ はい ☐ 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: □心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □血液疾患 □血が止まりにくい病気 □免疫不全
 □毛細血管漏出症候群 □その他()
 治療内容: □血をサラサラにする薬() □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() ☐ はい ☐ いいえ

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状() ☐ はい ☐ いいえ

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 ☐ はい ☐ 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() ☐ はい ☐ 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() ☐ はい ☐ 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。 ☐ 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() ☐ はい ☐ いいえ

今日の予防接種について質問がありますか。 ☐ はい ☐ いいえ

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(☐ 可能 ・ ☐ 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

医療機関 記入欄 時間外(受付時間:) 休日 () 小児(6歳未満) □予防① □予防②

新型コロナウイルス接種希望書
 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。(☐ 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となります。

ワクチン名・ロット番号 接種量 接種場所 接種年月日 接種者又は
 接種者氏名 接種者氏名及び接種場所(医師記入欄)
 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名 接種者氏名

シール貼付 記入 記入 記入

医療機関コード 接種年月日 2022年 4月 01日

接種回数 2 (□予防のみ) 3 回目
 接種場所 ○○県○○市 123456
 接種番号 1234567890
 氏名 厚生太郎

231234561234567890

接種券一体型予診票以外の場合は、
接種券(クーポン券)の貼付を確認する
こと。

「ワクチン名・ロット番号」シール
の貼付と接種量の記入を確認すること。
「医療機関コード」と「接種年月日」
の記入を確認すること。

【追加接種において接種券一体型予診票を持参する前に接種した場合の取扱いについて】

1. 県内分の予診票について

後日持参された接種券一体型予診票の接種券部分のみを切り取り、接種当日に記入した予診票に糊付けで接種券がはがれないよう、所定の位置に貼付してください。

2. 県外分の予診票について

後日持参された接種券一体型予診票の接種券部分は切り取らず、接種当日に記入した予診票の内容を後日持参した接種券一体型予診票に転記してください。

また、その際は、住所欄の右端に「写」と記入してください。

※詳しくは、厚労省のホームページより以下の事務連絡等を参照ください。

・令和3年11月26日付け事務連絡

「新型コロナワクチンの追加接種の接種間隔に係る例外的取扱いについて」

・令和4年1月27日付け事務連絡

「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」等

(厚生労働省ホームページ)

ホーム>政策について>分野別の政策一覧>健康・医療>健康>感染症情報>
新型コロナウイルス感染症の発生について>新型コロナワクチンについて>
新型コロナワクチンに関する自治体向け通知・事務連絡等

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_notification.html)

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票									
※本欄内にご記入またはチェックを入れてください。									
住民票記載されている住所 〒 -		都道府県 		市町 		※左欄に合わせ、左側に沿ってまっすぐに貼付けてください			
フリガナ 氏名		電話番号 ()		一 致		クーポン券貼付			
生年月日 (西暦)			年		月		日生(漢)		歳
性別	☐ 男・ ☐ 女		診察前の体温			度		分	
実施事業									
新型コロナウイルス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									
最時点々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。									
接種部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、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。									
病 名: ☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 血液疾患 ☐ 血が止まりにくい病気 ☐ 免疫不全 ☐									
☐ その他()									
治療内容: ☐ 血をサラサラにする薬() ☐ その他()									
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。									
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)()									
今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状()									
はいけん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。()									
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなどの重篤な反応)がありますか。 薬・食品など原因になったもの()									
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()									
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。									
2週間以内に予防接種を受けました。 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。									
以上の問及及び診断の結果、今日の接種は(☐ 可能 ・ ☐ 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、副作用及び予防接種後発症救済制度について、説明した。 ☐ 被接種者は6歳未満である (該当する場合は塗りつけてください)									
新型コロナウイルス接種希望書									
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。(☐ 接種を希望します ・ ☐ 接種を希望しません)									
この予診票は、接種の安全性の確認を目的としています。									
この予診票を受理した上、本市予診票の用紙材、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 姓 姓確認又は保護者自筆 (右欄で書き添った場合は代表者で署名し、代表者姓名及び住所を明記してください。未成年者の場合は保護者の代りに署名してください。)									
ワクチン接種・シール番号 接種履歴 接種場所 接種年月日 無効接種年月日 無効接種理由									
医療機関等コード									
接種に合わせて必ずここに貼付けてください									
記入									
記入									
2022年 月 日									

クーポン券の貼付を確認すること。
(医療従事者等を除く。)

旧様式には時間外・休日・小児等の接種パターン塗りつぶし欄がないので、加算分の請求はできません。

「ワクチン名・ロット番号」シールの貼付と接種量の記入を確認すること。
「医療機関コード」と「接種年月日」の記入を確認すること。

※同月中に「新型コロナワクチン接種費用」の請求以外の請求（診療報酬や特定健診費等）がない場合は不要です。

「新型コロナワクチン接種費」と記入すること。

5. 参 考

(1) 愛媛県内市区町村番号

市町名	市区町村番号（6桁）
松山市	382019
今治市	382027
宇和島市	382035
八幡浜市	382043
新居浜市	382051
西条市	382060
大洲市	382078
伊予市	382108
四国中央市	382132
西予市	382141
東温市	382159
上島町	383562
久万高原町	383864
松前町	384011
砥部町	384020
内子町	384224
伊方町	384429
松野町	384844
鬼北町	384887
愛南町	385069

- 診療報酬請求等で使用する保険者番号とは異なります。
- 愛媛県外の市区町村番号は総務省のホームページを参照ください。

(<https://www.soumu.go.jp/denshijiti/code.html>)

(2) その他請求に関すること

ワクチン接種円滑システム（V-SYS）、その他請求事務に関することは、厚生労働省ホームページの、

「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」等を参照ください。

(厚生労働省ホームページ)

ホーム>政策について>分野別の政策一覧>健康・医療>健康>感染症情報>
 新型コロナウイルス感染症の発生について>新型コロナワクチンについて>
 新型コロナワクチンの接種を行う医療機関へのお知らせ

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_iryoukikanheno_oshirase.html)