

事 務 連 絡
令和3年3月31日

各都道府県 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

ワクチン接種円滑化システム（V-SYS）を使用した新型コロナウイルス
ワクチン接種費用の請求書の作成方法について（周知）

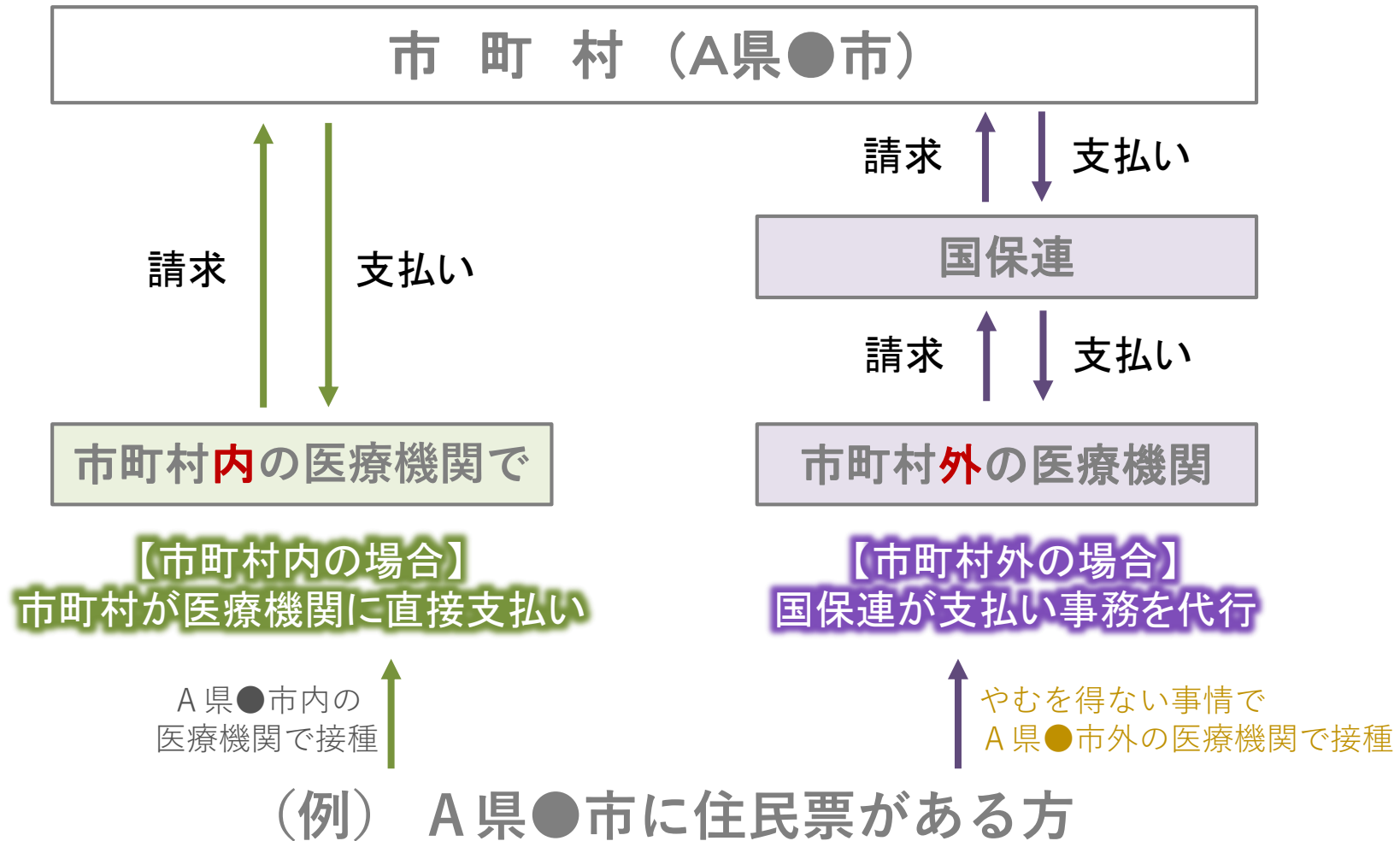
医療機関等において実施された新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン
接種費用の請求書の作成方法の詳細について、添付のとおりお知らせいたしま
すので、御了知いただくとともに、費用の請求をする医療機関等に速やかに周知
がなされるよう、管内の市区町村及び関係団体に周知頂きますようお願いいた
します。

特に、令和3年2月及び3月に接種を実施した医療機関等においては、最初の
請求を4月12日までに行う必要があることから、こうした医療機関等への速や
かな周知をお願いいたします。

この内容については、追って、「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」において追記する予定であることを申し添
えます。

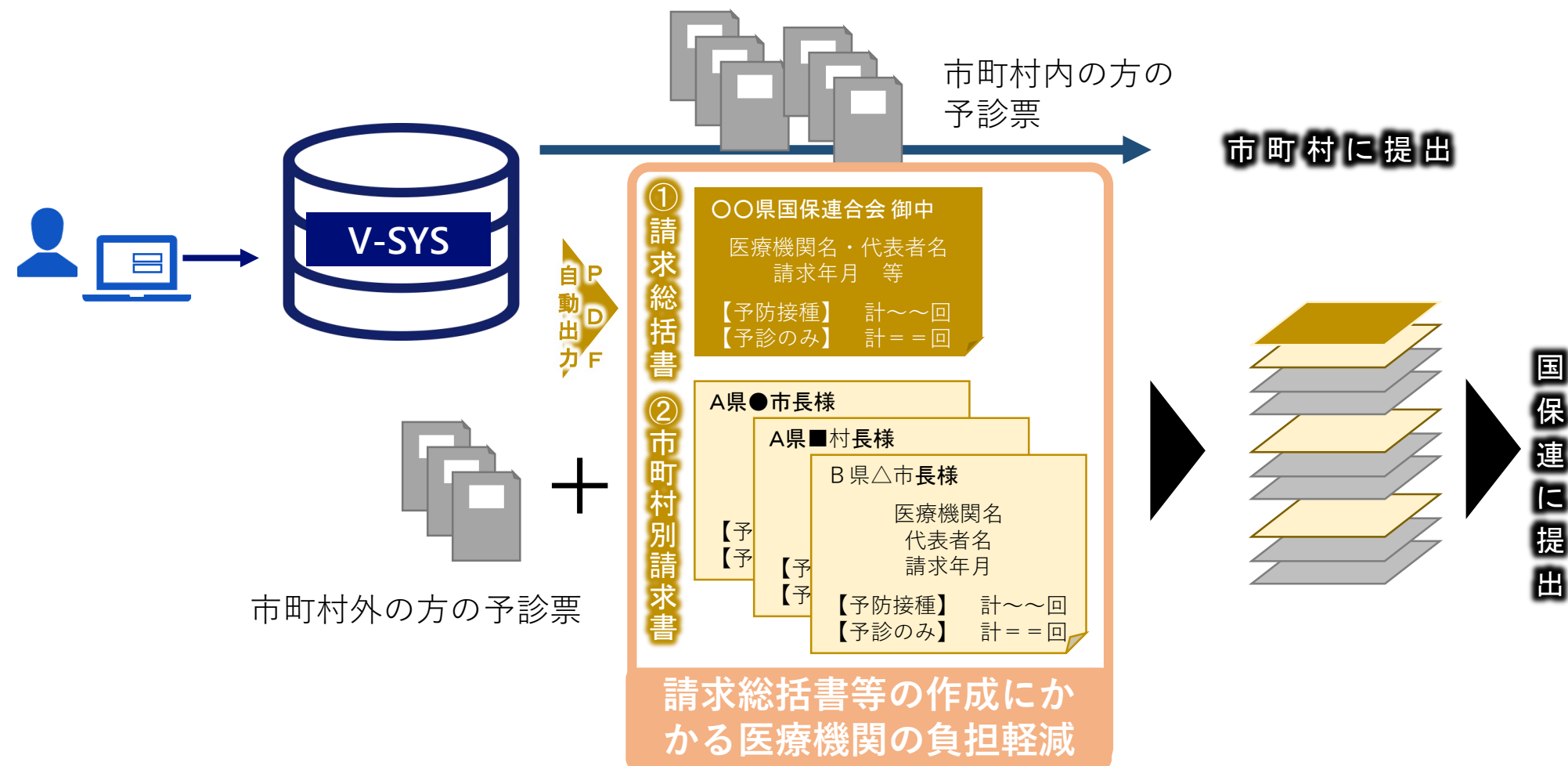
新型コロナウイルスワクチン接種の費用の請求・支払の概要

- 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・支払う。
- 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

- 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 - S Y S 上の入力画面のイメージ



国保連提出用請求総括書
・市区町村別請求書の作成



対象医療機関・接種会場
千代田区A病院

対象月
2021年4月

クーポンあり	予診のみ		接種		合計
	6歳未満(回)	6歳以上(回)	6歳未満(回)	6歳以上(回)	
総数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
医療機関と同一市内にお住まいの方	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
それ以外の方	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
追加	--なし--	--なし--	0 回	0 回	0 回
クーポンなし	予診のみ		接種		合計
	6歳未満(回)	6歳以上(回)	6歳未満(回)	6歳以上(回)	
総数	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
医療機関と同一市内にお住まいの方	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
それ以外の方	0 回	0 回	0 回	0 回	0 回
追加	--なし--	--なし--	0 回	0 回	0 回

保存

- 請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方を含む)
- 請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方を含まない)
- 市区町村別請求書出力 (クーポンあり分)
- 市区町村別請求書出力 (クーポンなし分)

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)：999999999999

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

住所市内 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)：999999999999

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	50	113,850		
	小計	50	113,850		
合計		50件	113,850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

住所市内 接種分	対象
	✓

※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

予診票

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(☑)を入れてください。

※左側に合わせ、角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)

住所 〒 市 区 町 村	氏名 姓 名 名 姓	性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	年齢 歳	診察前の体温 度 分
生年月日 (西暦)	出生地 (国)	職業	職業	職業

質問事項	回答欄	医師記入欄
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。 □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:)	<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: □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()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: □血をサラサラにする薬() □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)がありますか。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	

以上の問診及び診療の結果、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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、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。(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。 被接種者又は
 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 接種希望日

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所	実施年月日	接種開始コード
シール貼付位置	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日	接種開始コード
※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る場合は			2022年 月 日	

新型コロナウイルス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

< V-SYSへの入力 >

- Step 1 V-SYSにログイン
- Step 2 請求総括書の作成をクリック
- Step 3 請求件数を入力⇒保存

- ・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いします。

< 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

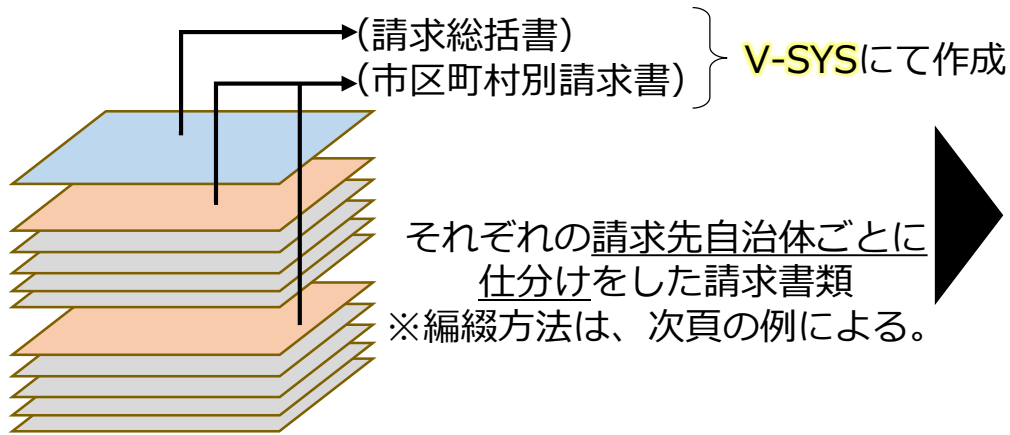
医療機関の請求方法

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。

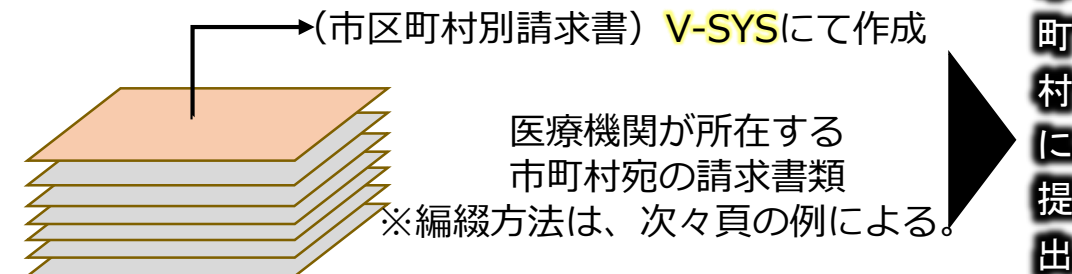
- ① 通常地域：医療機関が所在する市町村以外の請求は国保連に対して、医療機関と同一市町村の請求は直接市町村へ、請求書・予診票を提出
- ② 同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に対して、全ての市町村分の請求書・予診票を提出

① 通常地域

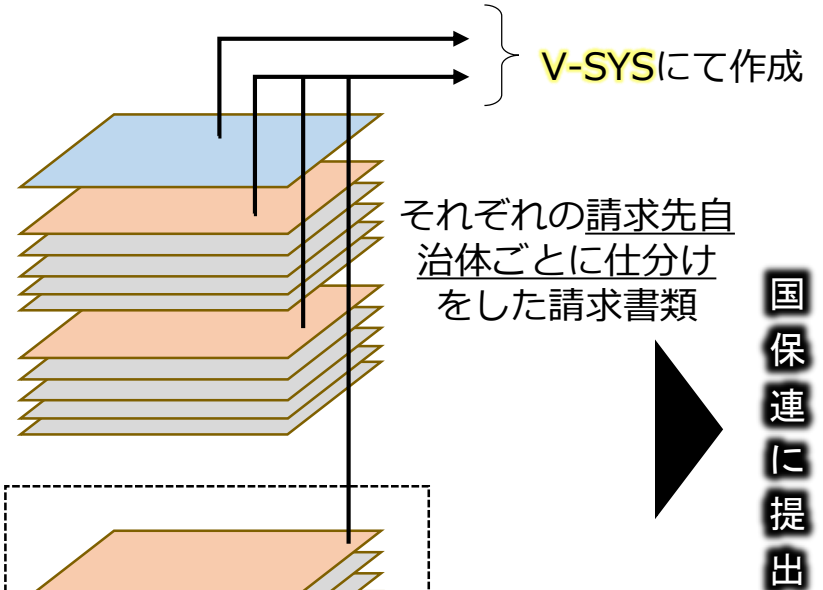
医療機関が所在する市町村以外の請求



医療機関が所在する市町村の請求

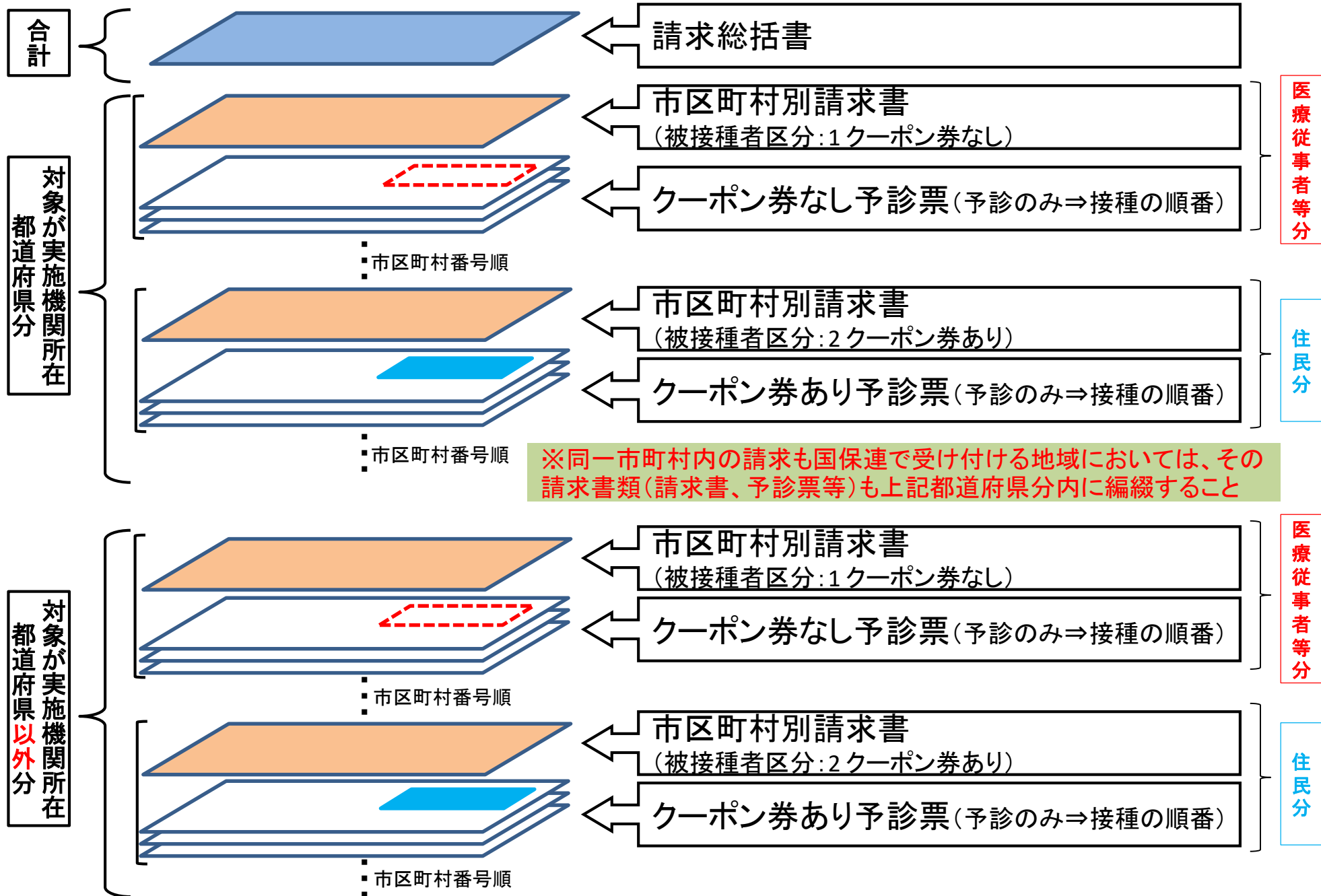


② 同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域

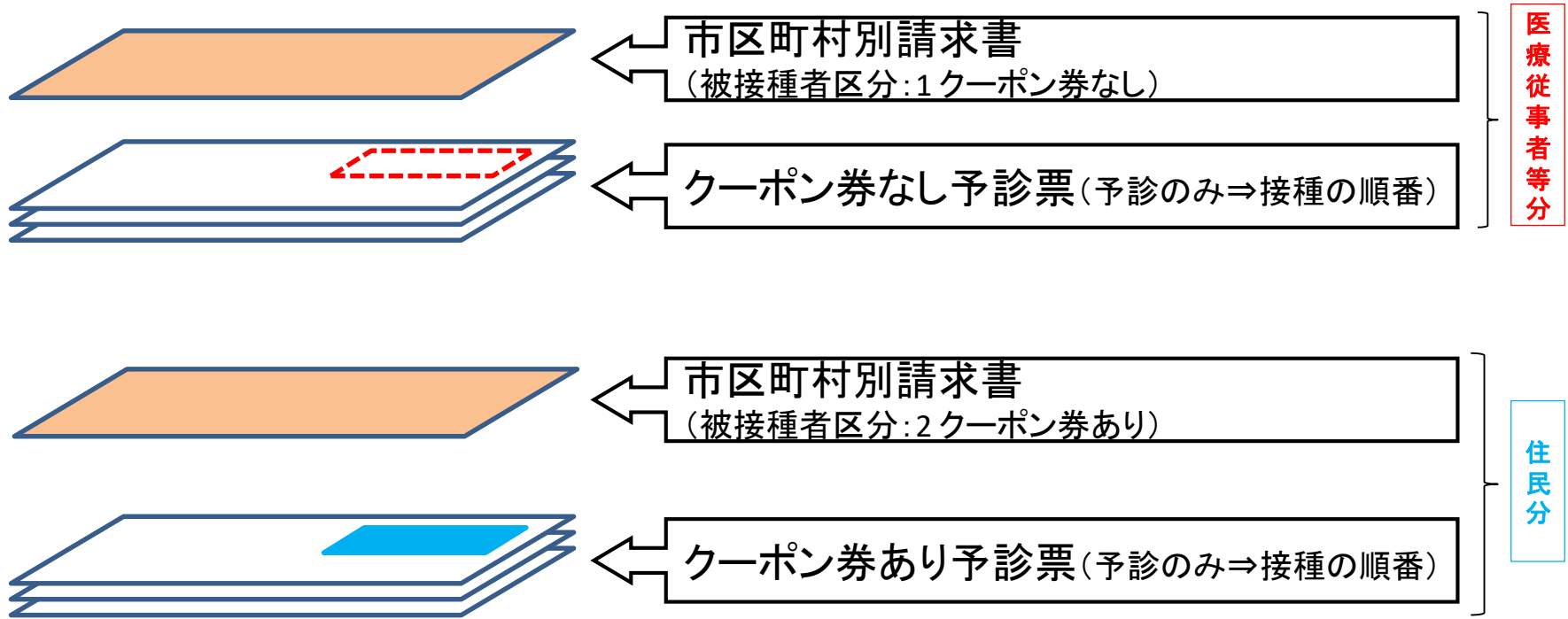


医療機関が所在する市町村分も含めて編綴

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。

住所(記載されている住所)	都道府県	市区町村
フリガナ	電話番号	()
氏名	〒	-
生年月日(西暦)	年	月
性別	男	女
診察前の体温	度	分

※左側に合わせ、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)

質問事項	回答欄	医師記入欄
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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市区町村と、クーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	<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"/> 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()		
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
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。
 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)

医師署名又は記名押印

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。

被接種者又は保護者自署
年 月 日

※年齢が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署

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	ml	医師名
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください		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が確認		202 年 月 日

接種券を貼り付ける

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) 新型コロナウイルス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☑を入れてください。

住所(記載されている住所)	都道府県	市区町村
フリガナ	電話番号	(03)
氏名	〒	-
生年月日(西暦)	年	月
性別	男	女
診察前の体温	度	分

※左側に合わせ、点線に沿ってまっすぐに貼り付けてください

券種	2	ワクチン接種	1	回目
請求先	東京府東区		131032	
券番号				
氏名	厚労 花子			
所属機関	〇〇クリニック(〇〇市医師会)			

質問事項	回答欄	医師記入欄
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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市区町村と、クーポン券に記載されている市区町村は同じですか。	<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"/> 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()		
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
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

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。

被接種者又は保護者自署
年 月 日

※年齢が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年被接種者自署

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	ml	医師名
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください		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が確認		202 年 月 日

接種券情報印刷済み