

新型コロナウイルスワクチン予診票等の本会への請求方法について

新型コロナウイルスワクチン接種費用を本会へ請求される際は、以下の点にご留意くださいようお願いいたします。

1 予診票等の請求方法について

(1) 予診票の様式について

令和3年12月1日以降に接種した場合については、原則として、時間外・休日加算等を示す医療機関記入欄が設けられている**新様式（別紙1）**にてご請求ください。被接種者が旧様式を持参した場合は、新様式への記入を求めるなどの対応をお願いいたします。

なお、令和3年11月30日以前に接種した場合については、**旧様式（別紙2）**にてご請求ください。

接種日	使用する 予診票	時間外・休日加算 の請求先
令和3年11月30日 以前の接種分	旧様式	接種実施機関の所在する市町村
令和3年12月1日 以降の接種分	新様式	被接種者の住民票所在地 ※接種実施機関が所在する市町村以外の 市町村（住所地外接種）は 国保連合会 へ請求

(2) 時間外・休日加算及び小児（6歳未満）の請求について

令和3年12月1日以降に時間外または休日に接種をした場合は、「**医療機関記入欄**」の「**時間外**」または「**休日**」のマーク欄を塗りつぶした上でご請求ください。6歳未満の方に接種した場合も同様に、「小児（6歳未満）」のマーク欄を塗りつぶした上でご請求ください。（6歳未満の方が時間外または休日に接種した場合は、「小児（6歳未満）」と「時間外」または「休日」の両方のマーク欄を塗りつぶします。）

なお、令和3年11月30日までに時間外または休日に接種をした場合は、時間外・休日に係る費用を従前どおり接種実施機関が所在する市町村へ申請することになります。（具体的な申請方法については、接種実施機関が所在する市町村にご確認ください。）

医師	時間外に接種を行った場合には 時間外の横の○を塗りつぶし 受付時間を記入する	☐ 可能 ☐ 見合わせる	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	6歳未満の方に接種を行った場合には 小児(6歳未満)の横の○を塗りつぶす	☐ 予備① ☐ 予備②
※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適く塗りつぶしてください			
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の上、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	
		(※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) (※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)	

**注)時間外、休日にチェックを入れる場合は
時間外・休日のどちらかのみを塗りつぶすこと**

(3) 「予診のみ」の請求について

接種前に予診を行い、接種をしなかった場合は、右上の接種券部分の「□予診のみ」の□を黒のボールペン等で塗りつぶしてください。

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票		券種は「2」のまま		予診のみのチェック欄を塗りつぶす	
※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。		券種 2 (予診のみ)		3 回目	
住民票に記載されている住所	都道府県	市区町村	請求先	1 2 3 4 5 6	
フリガナ	氏名	電話番号	券番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
生年月日(西暦)	年 月 日	日生(満 歳)	氏名	厚生太郎	
				2 3 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
				診察前の体温	

(4) 請求総括票及び市区町村別請求書について

各種類（時間外・休日等）の予診票のそれぞれの枚数と請求総括票及び市区町村別請求書に記載する各種類のそれぞれの件数が一致していることをご確認の上、ご請求ください。

なお、請求総括票と市区町村別請求書の「年 月請求分」に記載する年月は、本会に提出する年月（令和4年6月10日に提出する場合は、令和4年6月請求分）となります。

2 請求先及び請求日について

新型コロナウイルスワクチンの接種実施機関は、従前どおり当該接種を行った日が属する月の翌月10日までに、予診票の原本に請求総括票及び市区町村別請求書を付けて本会へご提出ください。

なお、本会が取り扱うのは、従前どおり接種実施機関が所在する市町村以外の市町村（住所地外接種）への請求分です。また、複数の市町村が共同で接種体制を構築した場合の請求については、各共同接種体制において取り決めることとしていますので、具体的な請求先や請求方法については共同接種体制を構築している市町村にご確認くださいますようお願いいたします。

3 編綴方法について

予診票はホッチキス等を使用し、市区町村別請求書単位で留めてください。（輪ゴム、クリップは使用しないでください。）

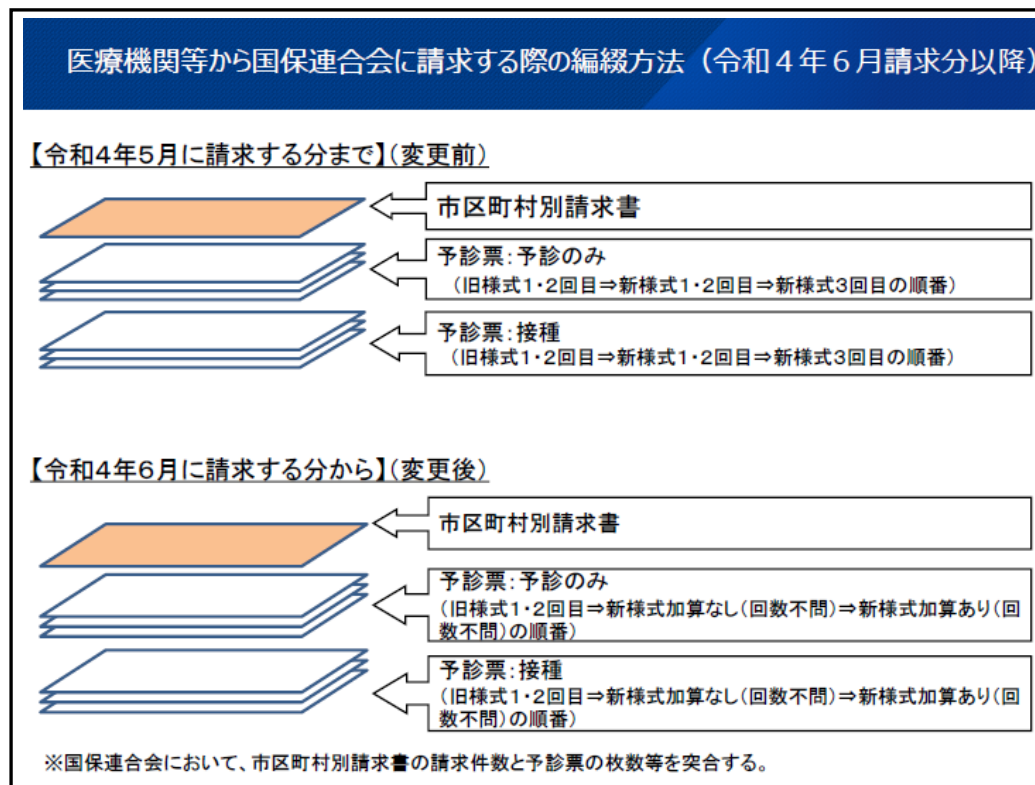
それぞれの請求書に対して予診のみ（旧様式⇒新様式加算なし⇒新様式加算あり）⇒接種（旧様式⇒新様式加算なし⇒新様式加算あり）の順番で編綴してください。

※4回目接種の開始に伴い、令和4年6月請求分から編綴方法が変更となりました。

また、市区町村別請求書単位で留めた後は、こより、紐、ホッチキス等を使用し、請求総括書・市区町村別請求書・予診票をひとまとめにして編綴してください。（こ

より、紐等を使用する際は、左上1箇所に穴を空けた上で綴じてください。）

※件数が多い場合は、複数の束で編綴しても差し支えありません。



4 医療機関等コードについて

請求総括書、市区町村別請求書、予診票に記載する医療機関等コードにつきましては、従前どおり以下のとおり記載くださいますようお願いいたします。

1	0	1							
都道府県 番号		点数表 番号	郡市区 番号		医療機関等 番号				検証 番号

【都道府県番号】

1 0（群馬県）固定

【点数表番号】

1：保険医療機関

2：保険医療機関以外の健診・保健指導機関

※保険医療機関及び保険医療機関以外の健診・保健指導機関の場合

※先頭3桁の記載がないケースが見受けられますのでご注意ください。

※介護保険施設については、1 0桁の介護保険事業所番号を記載してください。

※10桁のコードを有していない（ワクチン接種契約受付システムに入力してもエラーが出る場合を含む。）接種実施機関等については、集合契約への参加に当たってワクチン接種契約受付システムを利用した時に付番された10桁の類似コードを記載してください。

5 複写式の予診票について

複写式の予診票については、1枚目のみを本会へ請求し、2枚目（複写分）については接種実施機関控えとなりますので、本会に提出せずに接種実施機関にて保管くださいますようお願いいたします。

◎請求方法の詳細は、厚生労働省ホームページをご参照ください。

【新型コロナワクチンについて】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/vaccine_00184.html

＜問い合わせ先＞

群馬県国保連合会業務支援課

TEL：027-290-1380

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。

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 日生(満 歳)	男・女
券種	2 (予診のみ)	4 回目
請求先	〇〇県〇〇市	1 2 3 4 5 6
券番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
氏名	厚生 太郎	
2 4 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		

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ワクチンの種類()	☐ はい ☐ いいえ	
現時点で住民票のある市区町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市区町村は同じですか。	☐ はい ☐ 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。	☐ 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	☐ はい ☐ いいえ	
治療内容:		
最近1ヶ月以内に	いいえ	
今日、体に具合が	いいえ	
けいれん(ひき)	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	〇 時間外(受付時間 :) 〇 休日 〇 小児(6歳未満) 〇 予備① 〇 予備②	※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濃く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、この予診票は、接種の安全と効果を理解の上、本予診及び国民健康保険団体連合会に提出する。	「時間外」「休日」に接種した場合、「6歳未満」の方に接種した場合は、それぞれのマーク欄を塗りつぶした上でご請求ください。 (「時間外」の場合は、受付時間をご記入ください)	☐ 接種を希望します ・ ☐ 接種を希望しません
被接種者又は保護者自署			※該当する項目については、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する。未成年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。

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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置		実施場所	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 (注)有効期限が切れていないか確認	ml	医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			2 0 2 年 月 日

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。

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 村 府 県 町 村
フリガナ	
氏 名	電話 番 号 () -
生年月日 (西暦)	年 月 日生 (満 歳) ☐ 男・ ☐ 女
診察前の体温	度 分

※ワクチン接種後に医療機関において
貼り付けてください※左隅に合わせ、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)	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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:)	☐ 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	☐ いいえ	
治療内		
最近1ヶ月	☐ いいえ	
今日、体に	☐ いいえ	
けいれん(	☐ 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)	医師署名又は記名押印
	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

(※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)
(※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)

医師記入欄	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・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
	シール貼付位置		実施場所	医療機関等コード
	※枠に合わせて <u>まっすぐ</u> 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	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日 202 年 月 日