

事務連絡  
令和3年4月7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：その2）

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に関する費用の請求書の作成方法等について、令和3年3月31日付け事務連絡にてお知らせしましたが、V-SYS上に代表者名が登録されていない場合、請求総括書及び市区町村別請求書の代表者氏名欄が印字されず、請求に支障を来すため、今後の対応について、下記の通りお知らせしますので、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。

#### 記

- V-SYS上に登録されている医療機関の情報に代表者名が記載されていない場合は、請求総括書及び市区町村別請求書の代表者氏名が印字されないため、別添を参照の上、請求総括書等を作成する前に登録すること。
- 上記作業が間に合わなかった場合は、出力された請求総括書及び市区町村別請求書の代表者氏名欄に手書きで記入すること。

以上

# V-SYS 代表者名の登録方法

厚生労働省  
千代田区A病院

この医療機関の情報を見る

予約の受付情報の変更

ワクチン希望量等の報告・接種実績等の報告

分配量の確認

配送予定日の確認

国保連提出用請求総括書・市区町村別請求書の作成

2 編集 をクリック

3 代表者名を登録してください

請求総括書等の代表者名に引用されます。

## 医療機関・接種会場の編集

申請・保存 キャンセル

### ▼ 情報

|                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 施設分類              | 1:病院                 |
| ファクシミリ            |                      |
| ホームページ            |                      |
| ディープリーザ(-75℃)(台)  |                      |
| ディープリーザ(-20℃)(台)  |                      |
| 駐車場(例:10台)        |                      |
| 納入先施設名            | 〇〇病院                 |
| 納入先郵便番号(000-0000) | 000-0000             |
| 納入先住所             | 中央区△△1-1-1           |
| 予約空き状況 ※          | ×:予約受付不可             |
| 予約空き状況更新日時        | [ 2021/04/04 19:47 ] |

### ▼ 医療機関情報(受付システム)

|                  |                           |
|------------------|---------------------------|
| 保険医療機関コード        | 1234567890                |
| 介護保険事業所番号        | 0                         |
| 医療機関・接種会場名 ※     | 〇〇病院                      |
| 代表者名             | 代表 太郎                     |
| 郵便番号(000-0000) ※ | 000-0000                  |
| 市町村 ※            | 東京都中央区                    |
| 町名・番地 ※          | △△1-1-1                   |
| 代表電話番号           | 000-1234-5678             |
| 集合契約加入日          | 2021/02/12 [ 2021/04/04 ] |

# V-SYSにて出力される請求総括書・市区町村別請求書

## 請求総括書

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: 1

医療機関等番号(10桁):

医療機関等名称: 〇〇クリニック

20年 月請求分

| 区分   | 種類   | 請求件数 | 請求金額<br>(税込み) | 決定件数 | 決定金額<br>(税込み) |
|------|------|------|---------------|------|---------------|
| 予診のみ | 6歳未満 |      |               |      |               |
|      | 6歳以上 |      |               |      |               |
|      | 小計   |      |               |      |               |
| 接種   | 6歳未満 |      |               |      |               |
|      | 6歳以上 |      |               |      |               |
|      | 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 | 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<br>接種分<br>含む | 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

## 市区町村別請求書

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

施設等区分: 1 ケーボン券なし / 2 ケーボン券あり

医療機関等番号(10桁):

医療機関等名称: 〇〇クリニック

20年 月請求分

| 区分   | 種類   | 請求件数 | 請求金額<br>(税込み) | 決定件数 | 決定金額<br>(税込み) |
|------|------|------|---------------|------|---------------|
| 予診のみ | 6歳未満 |      |               |      |               |
|      | 6歳以上 |      |               |      |               |
|      | 小計   |      |               |      |               |
| 接種   | 6歳未満 |      |               |      |               |
|      | 6歳以上 |      |               |      |               |
|      | 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 | 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<br>接種分<br>含む | 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

こちらに代表者名が印字されている必要があります。  
※間に合わなかった場合には手書きで記入。