

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）

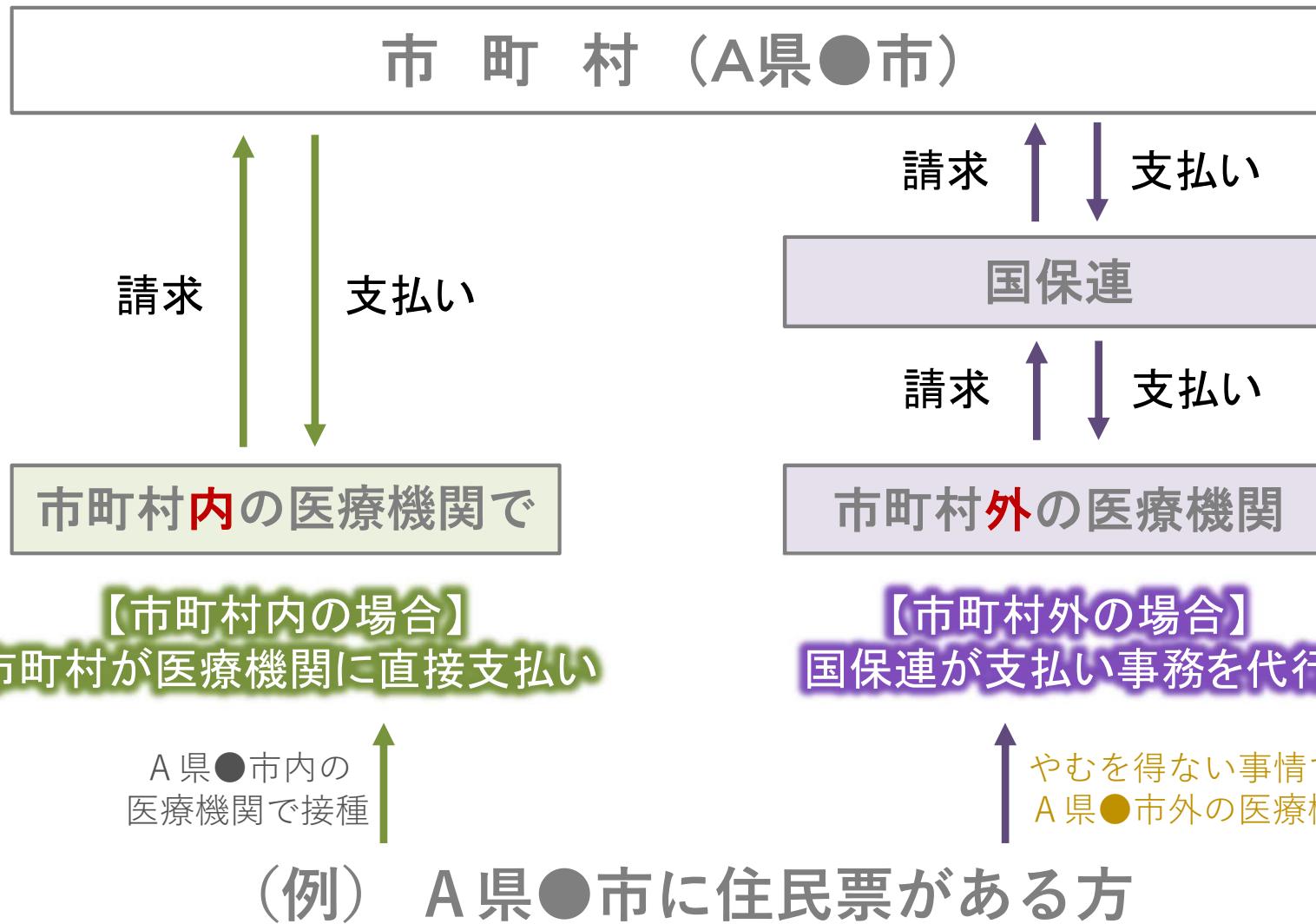
医療機関等において実施された新型コロナウイルス感染症にかかるワクチン接種費用の請求書の作成方法の詳細について、添付のとおりお知らせいたしますので、御了知いただくとともに、費用の請求をする医療機関等に速やかに周知がなされるよう、管内の市区町村及び関係団体に周知頂きますようお願いいたします。

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。

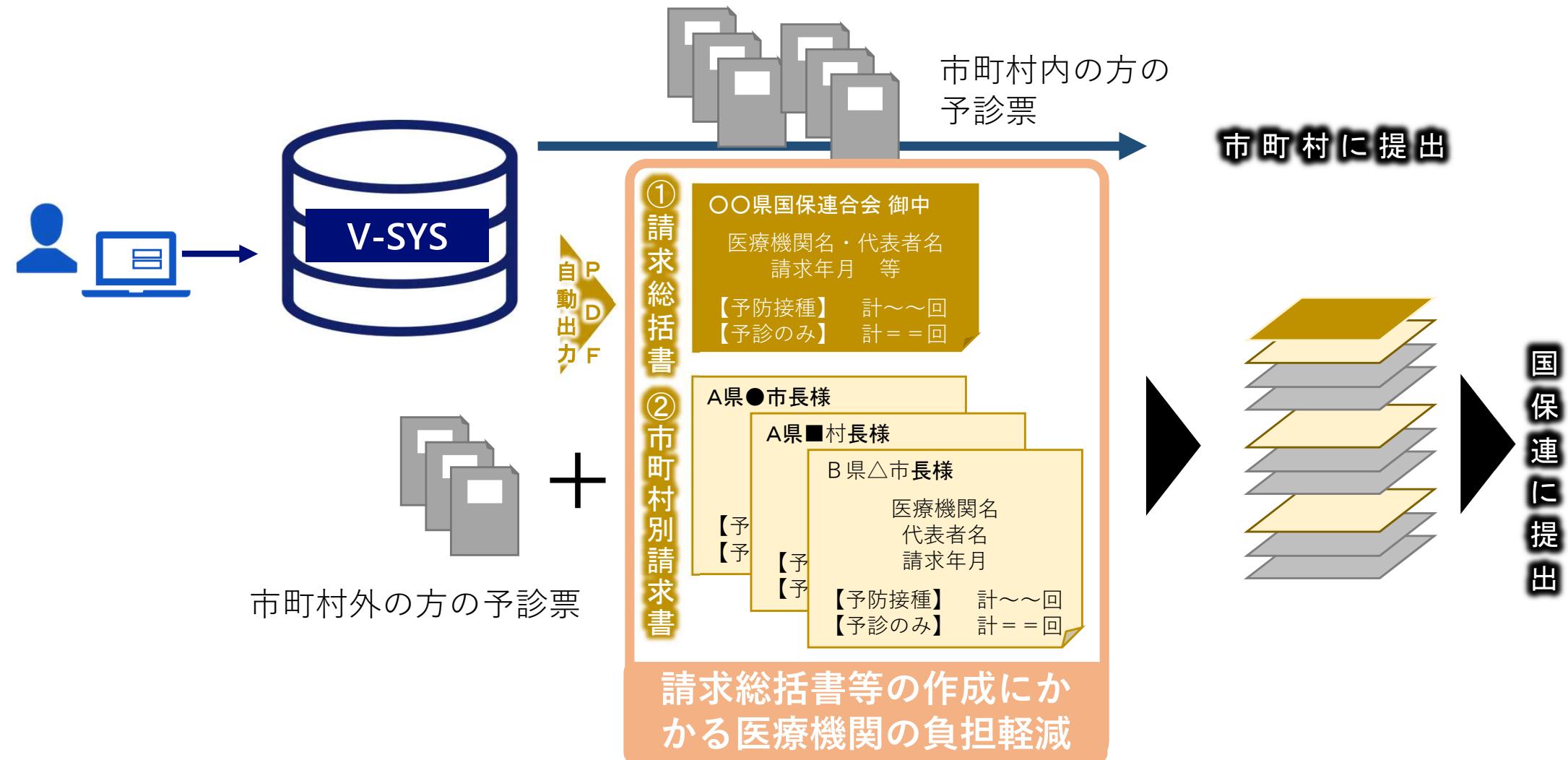
新型コロナワクチン接種の費用の請求・支払いの概要

- 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・支払いする。
- 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〔4月1日リリース〕

- 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-SYS上の入力画面イメージ

The image shows a screenshot of the V-SYS input interface, illustrating the process of generating a summary report (請求総括書) for vaccination sites.

Left Panel (General Dashboard):

- Top navigation bar: 厚生労働省 (Ministry of Health, Labour and Welfare), 検索 (Search).
- Sub-navigation: 医療機関・接種会場 (Medical Institutions/Vaccination Sites), ワクチン分配 (Vaccine Allocation), 優先接種 (Priority Vaccination), 実績入力 (Performance Input), クーポン・針・シリジマスター (Coupon/Needle/Syringe Master), クールマスター (Cooler Master), 接種対象者マスター (Vaccination Target Person Master), 都道府県マスター (Prefecture Master), 市町村マスター (City/Town/Village Master), 跡マスター (Trace Master), レポート (Report), 納入口外 (Delivery In/Out).
- User information: 厚生二郎:医療機関(独自予約) (Thickman: Medical Institution (Independent Reservation)), 用曜日: 2021年2月1日 (Working Day: February 1, 2021).
- Buttons: フィードを表示 (Show Feed).
- Section: 千代田区A病院 (Chiyoda Ward A Hospital). This section includes a status indicator (予約可能 (Appointment Possible)) with a red checkmark, a counter (残り少数 (Remaining Few)), and a button (予約受付不可 (Appointment Acceptance Not Possible)). Below this are buttons for 予約不要 (No Appointment) and 未登録 (Not Registered).
- Buttons at the bottom: ワクチン希望量等の報告・接種実績等の報告 (Report of Vaccine Desired Amount etc./Vaccination Performance etc.), 分配量の確認 (Allocation Quantity Confirmation), and 配送予定日 (Delivery Scheduled Date). The "配送予定日" button is circled with a red circle labeled "1".
- A large red arrow points from the "配送予定日" button to the right panel.
- Text: ページの拡大・縮小機能を使って文字サイズの変更することができます (You can change the font size using the zoom function).

Right Panel (Detailed Reporting Screen):

- Section: 対象医療機関・接種会場 (Target Medical Institutions/Vaccination Sites) - 千代田区A病院 (Chiyoda Ward A Hospital).
- Section: 対象月 (Target Month) - 2021年4月 (April 2021). This field is circled with a red circle labeled "2".
- Data Tables:

 - クーポンあり (Coupon Present):** This section is highlighted with a red border. It contains two tables:
 - クーポンあり (Coupon Present):** Total counts for 6歳未満 (回) and 6歳以上 (回) for both medical institution residents and non-residents.
 - クーポンなし (Coupon Not Present):** Total counts for 6歳未満 (回) and 6歳以上 (回) for both medical institution residents and non-residents.
 - 合計 (Total):** A column labeled "合計" (Total) is present in the top right of each table.

- Red circle labeled "3" is placed over the "クーポンあり" table.
- Buttons: **保存 (Save)** (Blue button) and **請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方分を含む) (Summary Report Output (Includes residents within the same city))**.
- Red circles labeled "4" and "5" are placed around the "請求総括書出力" and the "市区町村別請求書出力" buttons respectively.
- Buttons at the bottom: **請求総括書出力 (同一市内にお住まいの方分を含まない) (Summary Report Output (Excludes residents within the same city))**, **市区町村別請求書出力 (クーポンあり分) (Area-by-area Request Report Output (Coupon Present))**, and **市区町村別請求書出力 (クーポンなし分) (Area-by-area Request Report Output (Coupon Not Present))**.

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) : 9999999999

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

住所地内 接種分	対象
	✓

*医療機関等の所在地と被接種者
同じ市区町村の場合はチェック

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) : 9999999999

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

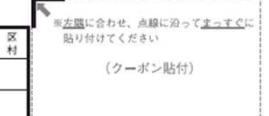
住所地内 接種分	対象
	✓

*医療機関等の所在地と被接種者
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めてください。



住民票に記載されている市町村	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
診察前の体温 □□度 □□分		

対象年齢	対象種	既往歴
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は、1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現時点ま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	
接種部位の上位となるお年齢グループを該当しますか。 □医療従事者等 □65歳以上 □60~64歳 □高齢者施設等の従事者 □基礎疾患有する方の名前()	<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 □血が止まらない病気 □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、病気にかかっていましたか。 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪くなりましたか。 症状()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(けきつけ)を起こしたことがあります。 薬や食品など、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。 薬・食品など原因になったものの()	<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	
以上の問診及び診察の結果、今日の接種は(<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 見合わせる)		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健常被害救済制度について説明した。		医師記名欄
<input type="checkbox"/> 被接種者は6歳未満である(該当する場合は選りつぶしてください)		

新型コロナワクチン接種希望証書	医師の診断、説明を受け、接種の効果や副作用などについて理解した上で、接種を希望します。(<input type="checkbox"/> 接種を希望します <input type="checkbox"/> 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。			
このことを現況の上、本予診票が市町村、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合に提出されることに同意します。			
年	月	日	被接種者又は 保護者氏名
(注)署名できる場合は捺印し、代筆者氏名及び被接種者との住所を記入 (※被接種者は6歳未満の場合は保護者が捺印し、被接種者の個人情報は記入しないこと)			

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	*医療機関コード
シール貼付位置	実施場所	接種機関コード	
※接種に合わせてよっぽぐに 貼り付けてください	mL	接種年月日(西暦) ※記入例) 4月1日→4月01日 202□年□□月□□日	
※被接種者又は 保護者氏名			

新型コロナ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

<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。

請求書（PDF）の出力

<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通常の地域：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

請求書の提出

<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

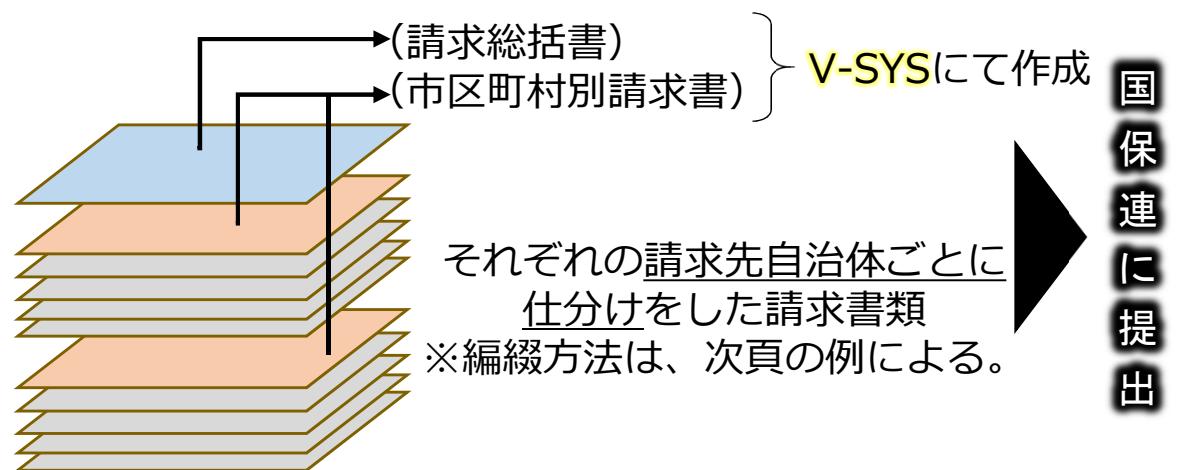
医療機関の請求方法

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。

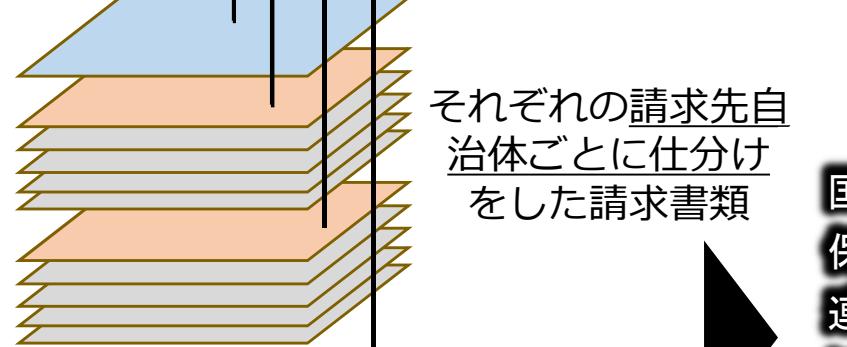
- ①通常の地域：医療機関が所在する市町村以外の請求は国保連に対して、医療機関と同一市町村の請求は直接市町村へ、請求書・予診票を提出
- ②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域：国保連に対して、全ての市町村分の請求書・予診票を提出

①通常の地域

医療機関が所在する市町村以外の請求



②同一市町村内の請求も国保連で受け付ける地域

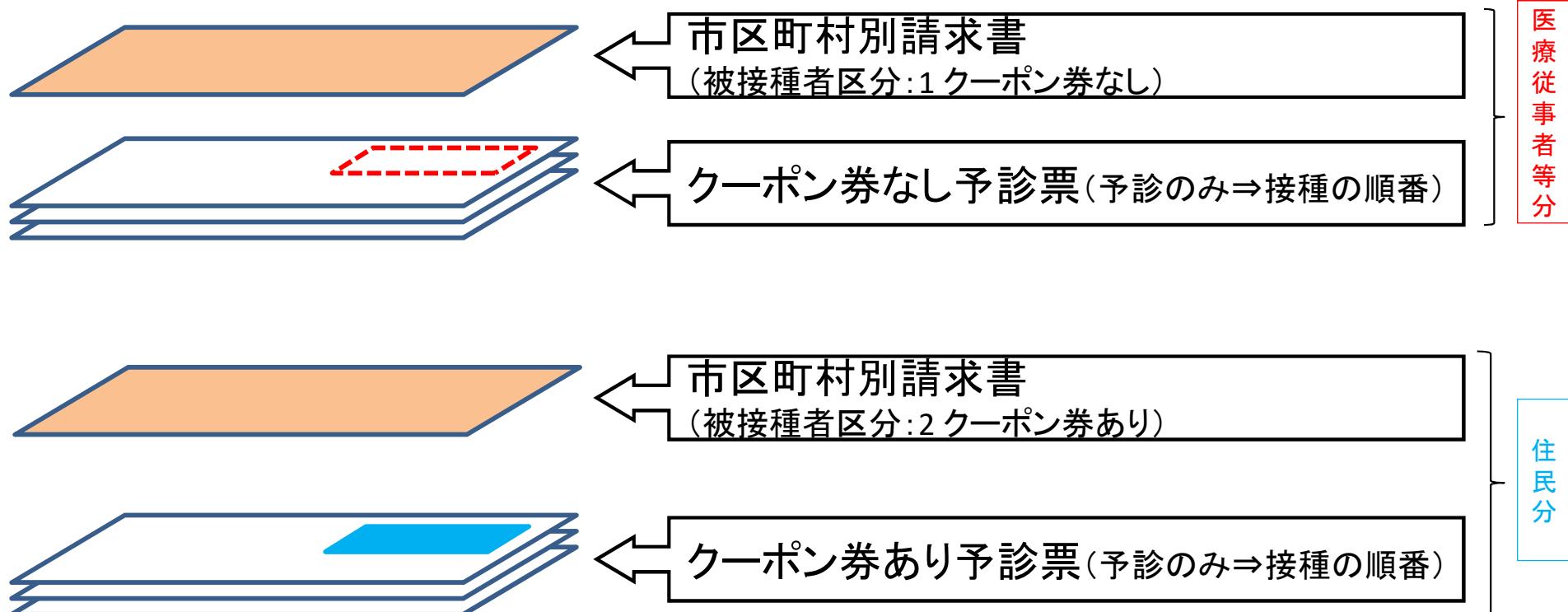


医療機関が所在する市町村分も含めて編綴

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

新型コロナワクチン接種の予診票

*太枠内にご記入またはチェック印を入れてください。

都道府県	市区町村
住民票に記載されている住所	
フリガナ	電話番号 ()
氏名	
生年月日(西暦)	年□□□月□□□日生(満□□□歳) □男・□女 診察前の体温□□度□分

※左欄に合わせ、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)

接種券を貼り付ける

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るて、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() はい いいえ

治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他() はい 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。 はい 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() 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) 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。

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	ml	実施場所 医療機関等コード	
※神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		医師名	接種年月日(※記入例) 4月1日~04月01日 2020年□□月□□日

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印を入れてください。

都道府県	東京	港	市(区) 町村 △△区2丁目2-1	接種料 2 ワクチン接種 1 回目 請求先 東京都港区 131032
フリガナ	コウロウ ハナコ	電話番号 (03) 0000 - 0000	氏名 厚労 花子	所属機関 ○○クリニック(○○市医師会)
生年月日(西暦)	1970年01月30日	性別 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	診察前の体温 □□度□分	

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るて、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() はい いいえ

治療内容: □血をサラサラにする薬() □その他() はい 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。 はい 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() 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) 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。

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。

被接種者名又は 年月日 保護者白書	接種年月日 ※記入例) 4月1日~04月01日 2020年□□月□□日	医師署名又は 年月日 保護者白書 (※記入できない場合は代筆者を記入し、代筆者名及び被接種者との親類を記載) (※被接種者が6歳未満の場合は保護者白書、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人白書)	
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・接種年月日枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置	ml	実施場所 医師名	医療機関等コード 接種年月日(※記入例) 4月1日~04月01日 2020年□□月□□日
※神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			

接種券情報印字済み