

<国保連における確認対象項目>

実施機関から提出された原票については、国保連において以下の項目に記載漏れがないか確認する。

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 : ①

代表者氏名 : ②

電話番号 : ③

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分 : 2 ④

医療機関等番号(10桁) : ⑤

医療機関等名称 : ⑥

2021年04月請求分 ⑦

区分	種別	請求件数	請求金額 (円未満)	決定件数	決定金額 (円未満)
予診のみ	療育費(時間外) ⑧				
	⑨療育費(時間外)				
	⑩療育費(休日)				
	療育上(時間外) ⑪				
	⑫療育上(時間外)				
	⑬療育上(休日)				
	小計	⑭	⑮		
接種	療育費(時間外) ⑯				
	⑰療育費(時間外)				
	⑱療育費(休日)				
	療育上(時間外) ⑲				
	⑳療育上(時間外)				
	㉑療育上(休日)				
	小計	㉒	㉓		
合計		㉔	㉕		

【本枠内に記載すること】

《単価(税抜き)》

区分	種別	単価
予診のみ	療育費(時間外) ⑧	2,200円
	⑨療育費(時間外)	2,200円
	⑩療育費(休日)	4,330円
	療育上(時間外) ⑪	1,540円
	⑫療育上(時間外)	2,270円
	⑬療育上(休日)	3,670円
接種	療育費(時間外) ⑯	2,730円
	⑰療育費(時間外)	3,450円
	⑱療育費(休日)	4,350円
	療育上(時間外) ⑲	2,070円
	⑳療育上(時間外)	2,800円
	㉑療育上(休日)	4,200円

住所所在地内 接種分含む 対象

① 医療機関等の所在地
② 代表者氏名
③ 電話番号
④ 施設等区分
⑤ 医療機関等番号
⑥ 医療機関等名称
⑦ 請求年月
⑧ 予診/小計/請求件数
⑨ 予診/小計/請求金額
⑩ 接種/小計/請求件数
⑪ 接種/小計/請求金額
⑫ 合計/請求件数
⑬ 合計/請求金額

No.	項目名
①	医療機関等の所在地
②	代表者氏名
③	電話番号
④	施設等区分
⑤	医療機関等番号
⑥	医療機関等名称
⑦	請求年月
⑧	予診/小計/請求件数
⑨	予診/小計/請求金額
⑩	接種/小計/請求件数
⑪	接種/小計/請求金額
⑫	合計/請求件数
⑬	合計/請求金額

※請求総括表は市区町村へは送付しない。

市区町村別請求書

〇〇〇県〇〇〇市長 様

市区町村番号 ①

医療機関等の所在地 : ②

代表者氏名 : ③

電話番号 : ④

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) : ⑤

医療機関等名称 : ⑥

2021年04月請求分 ⑦

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(時間外・非夜間)				
	⑥歳未満(時間外)				
	⑥歳未満(休日)				
	⑥歳以上(時間外)				
	⑥歳以上(休日)				
	小計	⑧	⑨		
接種	⑥歳未満(時間外・非夜間)				
	⑥歳未満(時間外)				
	⑥歳未満(休日)				
	⑥歳以上(時間外)				
	⑥歳以上(休日)				
	小計	⑩	⑪		
	合計	⑫	⑬		

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

予診のみ	⑥歳未満(時間外・非夜間)	2,200円
	⑥歳未満(時間外)	2,800円
	⑥歳未満(休日)	4,300円
	⑥歳以上(時間外)	1,540円
	⑥歳以上(休日)	2,270円
接種	⑥歳未満(時間外・非夜間)	3,670円
	⑥歳未満(時間外)	2,700円
	⑥歳未満(休日)	3,400円
	⑥歳以上(時間外)	4,350円
	⑥歳以上(休日)	2,070円
	⑥歳以上(休日)	2,800円
	⑥歳以上(休日)	4,200円

住所地内 接種分 対象

医療機関等の所在地は請求書の
同じ市区町村の場合はこちら

No.	項目名
①	市区町村番号
②	医療機関等の所在地
③	代表者氏名
④	電話番号
⑤	医療機関等番号
⑥	医療機関等名称
⑦	請求年月
⑧	予診/小計/請求件数
⑨	予診/小計/請求金額
⑩	接種/小計/請求件数
⑪	接種/小計/請求金額
⑫	合計/請求件数
⑬	合計/請求金額

予診票(追加接種用)

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

※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
氏名	〒	番
生年月日(西暦)	年	月

種別	2	(<input type="checkbox"/> 予診のみ)	3	四日
請求先	〇〇	〇〇	〇〇	市
請求先	1234567890			
氏名	厚生 太郎			

診察前の体温 度 分

質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種をいつ受けましたか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日) 接種を受けたワクチン()	<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	
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"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他() 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他()	<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。

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

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、本予診票が市区町村、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
シール貼付位置	ml	医師名
※枠に合わせてまっすぐに貼付けてください (注)有効期限が切れないか確認		医療機関等コード
		接種年月日 ※記入欄) 4月1日→4月31日

No.	項目名
①	クーポン券に記載の市区町村名と「住民票に記載されている住所」の市区町村名の一致
②	接種パターン (○が塗りつぶされている場合にのみ、請求書の請求金額等との整合性や予診票記載上の年齢を確認)
③	接種年月日
④	医療機関等コード