

## 令和4年1月以降の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

令和3年12月からの追加接種（3回目接種）の実施に伴い、令和4年1月請求分から1・2回目接種、追加接種ともに予診票等の様式が変更となります。

つきましては、令和4年1月以降に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ますようお願いいたします。

### 1 様式変更について

#### (1) 予診票の様式変更について

令和3年12月1日以降に接種した場合については、1・2回目接種、追加接種ともに、原則として、接種券と予診票を一体化した新様式（別紙1-1、1-2）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、11月30日以前に接種した場合については、旧様式（別紙1-3）にてご請求ください。

#### (2) 予診票における時間外・休日加算の新設について

新様式では時間外・休日加算を含めた接種費用の請求ができるようになります。

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。

なお、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	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">                 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             </div> <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる ) <small>接種健康被害救済制度について、説明した。</small>	医師署名又は記名押印
医療機関記入欄	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 予備② <small>※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塗く塗りつぶしてください</small>	
<b>新型コロナワクチン接種希望書</b> 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。 <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 <small>(※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)</small>		

**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**

接種日	使用する 予診票	時間外・休日加算 の請求先
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
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

(3) 新様式における「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券 券種は「2」のまま

※太枠内にご記入またはチェックを入れてください。

予診のみのチェック欄を塗りつぶす

券種 2 ( 予診のみ ) 3 回目

請求先 市 町 村 123456

券番号 1234567890

氏名 厚生太郎

231234561234567890

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 日生(満 歳) 男 女 診察前の体温 度 分

(4) 請求総括票及び市区町村別請求書について

予診票の様式変更に伴い、請求総括票及び請求書も令和4年1月請求分から新様式（別紙2、3）に変更となります。

令和3年11月以前の予診票の請求に対しても令和4年1月以降に請求する場合は新様式での請求総括票及び市区町村別請求書をご使用ください。

※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表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。

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を行う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。

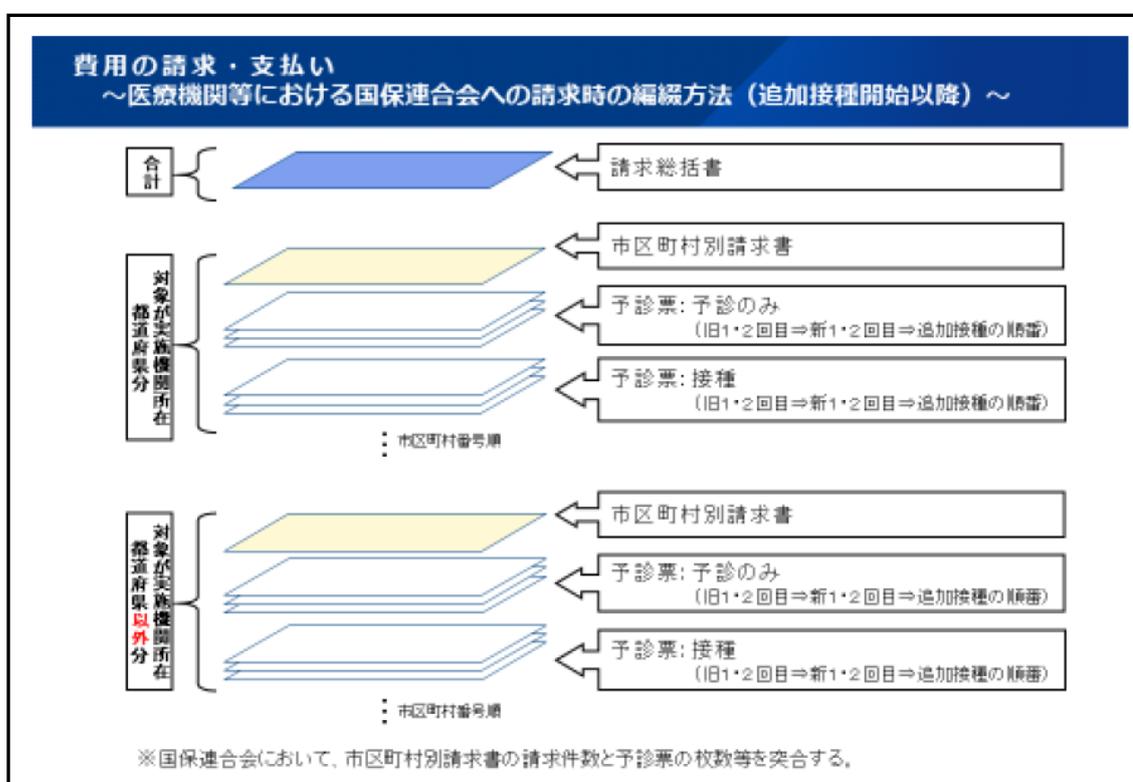
### 3 編綴方法について

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1・2回目⇒新様式1・2回目⇒追加接種)⇒接種(旧様式1・2回目⇒新様式1・2回目⇒追加接種)の順番で編綴してください。

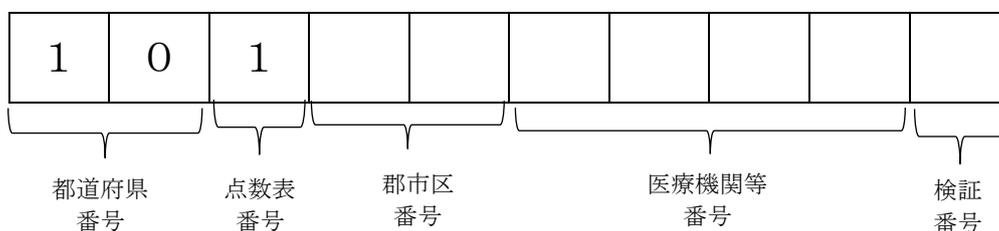
また、市区町村別請求書単位で留めた後は、こより、紐、ホッチキス等を使用し、請求総括書・市区町村別請求書・予診票をひとまとめにして編綴してください。(こより、紐等を使用する際は、**左上1箇所**に穴を開けた上で綴じてください。)

※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。



##### 【都道府県番号】

10（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、10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](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

## 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票（1・2回目用）

※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	券種	2	( <input type="checkbox"/> 予診のみ)	1	回目
フリガナ			請求先				
氏名	電話番号	( )	券番号				
生年月日(西暦)	年	月	日生(満	歳)	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	診察前の体温	度
							分

氏名	厚生 ●●●●●●●●	太郎	



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受けたことがありますか。 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町村と、接種券又は右上の請求先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"/> 手細血管混濁症候群 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容:		
最近1ヶ月以内		
今日、体に具		
けいれん(ひき		
薬や食品など		
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	

令和3年12月1日以降に接種した場合は、  
新様式の予診票にてご請求ください。

医師記入欄	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 ) 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	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 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。

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	<input type="checkbox"/> ml	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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				202 年 月 日

## 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		券種	2	( <input type="checkbox"/> 予診のみ)	3	回目
フリガナ	氏名		電話番号	( )	請求先				
氏名			電話番号	-	券番号				
生年月日(西暦)	□□□□	年	□□	月	□□	日生(満	□□	歳)	□男・□女
					診察前の体温	□□	度	□	分



質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 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町村と、接種券又は右上の請求先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( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : ) <input type="checkbox"/> 休日 <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) <input type="checkbox"/> 予備① <input type="checkbox"/> 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。

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	□□□ ml	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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				202□年 □□月 □□日

## 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	フリガナ	フリガナ
氏 名	電話 番 号	( ) -
生年月日 (西暦)	年 月 日 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
新型コロナウイルス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	
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	<input type="checkbox"/> いいえ	
治療内	<input type="checkbox"/> いいえ	
最近1ヶ月	<input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に	<input type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(	<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	

令和3年11月30日以前に接種した場合は、  
旧様式の予診票にてご請求ください。

医師記入欄	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 ) 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。 <input type="checkbox"/> 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。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	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> ml	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		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
				202 年 月 日

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 :

医療機関等番号(10桁) :

医療機関等名称 :

年 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(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
合計					

令和4年1月以降に本会へ請求する場合は、新様式の請求総括票を付けてご請求ください。(旧様式の予診票に対しても新様式の請求総括票を付けてください)

各種類に記載されたそれぞれの請求件数とそれぞれの予診票の枚数が一致していることをご確認の上、ご請求ください。

↑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・休日分除く)	2,200円
	6歳未満(時間外)	2,930円
	6歳未満(休日)	4,330円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	1,540円
	6歳以上(時間外)	2,270円
	6歳以上(休日)	3,670円
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,730円
	6歳未満(時間外)	3,460円
	6歳未満(休日)	4,860円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800円
	6歳以上(休日)	4,200円

住所地内 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

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

医療機関等番号(10桁) :

医療機関等名称 :

年 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(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)				
	6歳未満(時間外)				
	6歳未満(休日)				
	6歳以上(時間外・休日分除く)				
	6歳以上(時間外)				
	6歳以上(休日)				
	小計				
合計					

令和4年1月以降に本会へ請求する場合は、新様式の市区町村別請求書を付けてご請求ください。  
(旧様式の予診票に対しても新様式の市区町村別請求書を付けてください)

各種類に記載されたそれぞれの請求件数とそれぞれの予診票の枚数が一致していることをご確認の上、ご請求ください。

↑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・休日分除く)	2,200円
	6歳未満(時間外)	2,930円
	6歳未満(休日)	4,330円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	1,540円
	6歳以上(時間外)	2,270円
	6歳以上(休日)	3,670円
接種	6歳未満(時間外・休日分除く)	2,730円
	6歳未満(時間外)	3,460円
	6歳未満(休日)	4,860円
	6歳以上(時間外・休日分除く)	2,070円
	6歳以上(時間外)	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と請求先が同じ市区町村の場合はチェック