令和３年11月16日

会員各位

鎌倉市医師会会長　山口　　泰
公衆衛生担当理事　今井　一登

新型コロナワクチン接種に係る費用請求及び１、２回目用予診票の変更について

神奈川県医師会より通知が参りましたのでお知らせします。

【こちらの件の問い合わせ先】鎌倉市医師会コロナウイルスワクチン予防接種担当　広崎　繁雄
TEL：0467-22-1245　Mobile：090-8476-1245　Mail to：kcma.yoboseshu@kcma.jp

---

日本医師会感染症危機管理対策室長
釜萢　敏

新型コロナワクチン接種に係る費用請求及び１、２回目用予診票の変更について

今般、厚生労働省より、各都道府県等衛生主管部（局）宛てに標記の別添事務連絡がなされ、本会に対しても周知協力方依頼がありましたので、ご連絡いたします。

先般、新型コロナワクチン追加接種（３回目接種）に係る費用請求においては、原則、時間外・休日加算と接種費用を一体的に請求できる接種券一体型予診票を使用する旨、令和３年10月22日付(健Ⅱ366F)等をもって貴会宛てにご連絡いたしました。

本事務連絡は、令和３年12月１日以降の費用請求の流れと、１、２回目接種も追加接種と同様な請求を可能とするために１、２回目用の予診票を変更するなど所要の見直しを行ったことについて連絡するものです。概要は下記の通りです。

記

○１、２回目用の予診票について、接種券一体型の新様式（別紙１）を使用することを基本とする。

○従来の１、２回目用の予診票（別紙３）と接種券（兼）接種済証を医療機関等に持参した被接種者については、接種券欄が空欄となっている新様式（別紙２）の使用を検討する。

○費用請求はこれまでと同様、接種を行った日が属する月の翌月10日までに行う。

○被接種者の住民票所在地と医療機関等の所在地が同一市町村の場合、１、２回目用（別紙１～３）と追加接種用（別紙７）の予診票原本に請求書をつけて、原則、当該市町村に対して送付する。

○被接種者の住民票所在地と医療機関等の所在する市町村が異なる場合、請求先の市町村ごとに別紙３、別紙１・２、別紙７の順に仕分けをした予診票原本に請求総括書及び市区町村別請求書をつけて、当該医療機関等が所在する都道府県の国民健康保険団体連合会に提出する。
○別紙１・２及び別紙７では、時間外・休日加算の欄が設けられたことから、接種費用と一体的に時間外・休日加算分の費用も請求できる。この場合、請求総括書及び市区町村別請求書に記載の時間外・休日加算分の請求件数と予診票の当該加算チェック件数が一致していることを確認する。
○時間外・休日加算分の費用請求が可能な請求総括書（別紙４）及び市区町村別請求書（別紙５）は、令和４年１月１日より、請求先市町村ごとの接種回数を入力することで、V-SYS 上で発行できる。（市町村への直接請求に用いる市区町村別請求書については、市町村指定様式が別紙５と同じ場合に限る）
○別紙３を使用する場合は、時間外・休日加算の請求は「新型コロナウイルスワクチンの時間外・休日の接種及び個別接種促進のための支援事業の請求について」（令和３年６月 24 日付（健Ⅱ174F））で示された方法により、接種費用の請求とは別に行う。
○別紙１・２を使用する場合の接種済証は別紙６のとおりとする。

（別紙１）

新型コロナ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。

券種	2	（□予診のみ）	1	回目
請求先	○○県○○市		123456	
券番号	1234567890			
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			

21123456123456789O

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		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

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。 接種日（1回目:　年　月　日、2回目:　年　月　日） 接種を受けたワクチン（　）	□はい	□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。	□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 □毛細血管漏出症候群　□その他（　） 治療内容：□血をサラサラにする薬（　）□その他（　）	□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		医師署名又は記名押印
	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

※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、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。
	※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	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 2022年　月　日

（別紙2）

新型コロナ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		
フリガナ / 氏名		電話番号	（　　） －

※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
※左欄に合わせ、まっすぐに貼り付けてください
（クーポン貼付）

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（　　）	□はい	□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。	□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 □毛細血管漏出症候群　□その他（　　） 治療内容：□血をサラサラにする薬（　　）□その他（　　）	□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） 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	○時間外（受付時間　：　）　○休日　○小児（6歳未満）　○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、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。
	※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	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 2□2□年□□月□□日

（別紙3）

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。

※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
※左図に合わせ、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）

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	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 □その他（　） 治療内容：□血をサラサラにする薬（　）□その他（　）	□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		医師署名又は記名押印
	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。 □　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。
	※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	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 2□2□年□□月□□日

（別紙4）

○○○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					

↑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

（別紙5）

○○○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					

↑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

（別紙6）

〒100-8916
東京都千代田区霞が関 1-2-2
厚生　太郎

新型コロナウイルスワクチンを受けられます。
費用負担はありません。

接種を受けるときは、
この用紙と予診票を忘れずにお持ちください。

この書面は、あなたがワクチン接種をした事実を証明する
大事な書面ですので、大切に保管してください。

新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証(臨時接種)

Certificate of Vaccination for COVID-19

あなたの接種券番号：			
1回目		2回目	
接種年月日 年 月　日	メーカー／Lot No. （シール貼付け）	接種年月日 年 月　日	メーカー／Lot No. （シール貼付け）
接種場所		接種場所	

氏　名	厚生 太郎
住　所	○○県○○市○○ 999-99
生年月日	○○年 ○○月 ○○日 生

○○県○○市長

（別紙７）

新型コロナ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。

券種	2	（□予診のみ）	3	回目
請求先	○○県○○市		123456	
券番号	1234567890			
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎			

2312345612345678 90

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	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（　　）	□はい	□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。	□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 □毛細血管漏出症候群　□その他（　　） 治療内容：□血をサラサラにする薬（　　）□その他（　　）	□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		医師署名又は記名押印
	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

※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、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。
	※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	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 2□2□年□□月□□日