

(健Ⅱ387F)
令和3年11月8日

都道府県医師会
感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長
釜 菡 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。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、郡市区医師会および関係医療機関に対する情報提供についてご高配のほどお願い申し上げます。

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。

事 務 連 絡

令 和 3 年 11 月 4 日

公益社団法人日本医師会 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

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

予防接種行政につきましては、日頃よりご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン（以下「新型コロナワクチン」という。）の追加接種に係る体制確保については、「新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）の体制確保について」（令和3年9月22日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）及び「新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）に係る接種券等の印刷及び発送について」（令和3年10月20日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）においてお願いしているところです。

上記事務連絡において、時間外・休日加算を含めた接種費用の請求方法等の効率化を図る観点から、従来の予診票の様式を見直し時間外・休日加算と接種費用を一体的に請求することとしましたが、1、2回目接種も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、所要の見直しを行うこととし、別添のとおり各地方公共団体に周知いたしました。

貴会におかれましては、地域医師会に周知いただくとともに、引き続き予防接種の実施について格段のご協力をお願いいたします。

事務連絡
令和3年11月4日

各

都道府県
市町村
特別区

 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局健康課予防接種室

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

予防接種行政につきましては、日頃よりご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症に係るワクチン（以下「新型コロナワクチン」という。）の追加接種に係る体制確保については、「新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）の体制確保について」（令和3年9月22日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）及び「新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）に係る接種券等の印刷及び発送について」（令和3年10月20日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）においてお願いしているところです。

上記事務連絡において、時間外・休日加算を含めた接種費用の請求方法等の効率化を図る観点から、従来の予診票の様式を見直し時間外・休日加算と接種費用を一体的に請求することとしましたが、1、2回目接種も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、所要の見直しを行いましたので下記のとおりご連絡いたします。

各都道府県及び市町村（特別区を含む。以下同じ。）におかれましては、本事務連絡に基づいてご準備いただくとともに、時間外・休日加算分の費用請求を接種費用と一体的に行うこと、追加接種の開始から1、2回目用の予診票様式が変更になること等について、関係機関等へ周知いただきますようお願いいたします。

なお、本事務連絡の内容については、公益社団法人日本医師会にも情報提供している旨申し添えます。

記

1 1、2回目接種の費用請求の流れについて

（1）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

予診や接種（以下「接種等」という。）を行った医療機関等は、原則として、当該

医療機関等が所在する市町村に対して費用を直接請求する。

費用請求に当たっては、医療機関等は、接種等を行った場合、新たな1、2回目用の予診票（別紙1。以下「新様式」という。）又は追加接種用の予診票を、当該接種を行った日が属する月の翌月10日までに市町村に対して送付する。

医療機関等から市町村に直接請求を行う場合の請求書については、市町村で指定する様式となるが、その様式がV-SYSから出力できる様式と同じ場合には、V-SYSから出力された市区町村別請求書（別紙5）を活用することができる。

また、時間外・休日加算の欄を新様式及び追加接種用の予診票に設けたことから、医療機関等は、接種費用と一体的に時間外・休日加算分の費用も請求することとなる。

この場合、医療機関等は市区町村別請求書に記載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こと。なお、医療機関等においてやむを得ない理由等により、従来の1、2回目用の予診票（別紙3。以下「旧様式」という。）を用いて費用請求する場合は、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23日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）で示した方法により、接種費用の請求とは別に行うこと。

（2）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

医療機関等は、請求先の市町村ごとに旧様式、新様式、追加接種用の順に仕分けをした予診票の原本に請求総括書（別紙4）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。

なお、請求総括書及び市区町村別請求書は、V-SYSに請求先市町村ごとの接種回数を入力することで、同システム上で発行することができる。

費用請求に当たっては、医療機関等は、接種等を行った場合、予診票等を、当該接種を行った日が属する月の翌月10日までに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対して送付する。

また、時間外・休日加算の欄を新様式及び追加接種用の予診票に設けたことから、医療機関等は、接種費用と一体的に時間外・休日加算分の費用も請求することとなる。

この場合、請求総括書及び市区町村別請求書に記載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こと。なお、医療機関等においてやむを得ない理由等により、旧様式を用いて費用請求する場合は、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23日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）で示した方法により、接種費用の請求とは別に行うこと。

2 追加接種の費用請求の流れについて

(1) 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

接種等を行った医療機関等は、原則として、当該医療機関等が所在する市町村等に対して費用を直接請求する。

費用請求の方法、請求書については、1（1）と同様となる。

また、追加接種用の予診票には、時間外・休日加算の欄を設けていることから、医療機関等は、接種費用と一体的に時間外・休日加算分の費用も請求することとなる。

この場合、医療機関等は、市区町村別請求書に記載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こと。

(2) 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

医療機関等は、請求先の市町村ごとに旧様式、新様式、追加接種用の順に仕分けをした予診票の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。

費用請求の方法、請求書については、1（2）と同様となる。

また、追加接種用の予診票には、時間外・休日加算の欄を設けていることから、医療機関等は、接種費用と一体的に時間外・休日加算分の費用も請求することとなる。

この場合、医療機関は、市区町村別請求書に記載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こと。

3 1、2回目接種用の様式等について


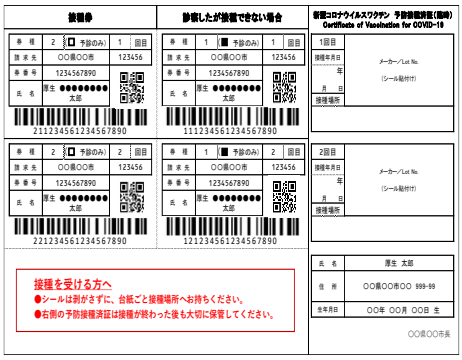
(1) 接種券について

接種券については、パターン①の1・2回目用接種券一体型予診票を使用することを基本とするが、やむを得ない事情がある場合は、パターン②の接種券（兼）接種済証の使用も認めることとする。接種券等を発送する際は、同封する書類が複数枚あることから、封入誤りが発生しないよう留意すること。

パターン①の1・2回目用接種券一体型予診票は別紙1のとおりとし、接種券欄が空欄となっている新様式を別紙2とする。

また、予診票及び接種券の仕様については、「新型コロナワクチン追加接種（3回目接種）に係る接種券等の印刷及び発送について」（令和3年10月20日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）の5（1）に準ずることとする。

なお、既に旧様式を郵送している未接種者から接種を希望する問合せ等があった場合は、予診票が変更になった旨を伝え、新様式を郵送する、医療機関等に対し旧様式を持参した者については新様式への記入を求めるなどの対応をお願いする。

パターン①	パターン②
<p>1) 接種券一体型予診票【上質紙】</p>  <p>※実寸大の様式は別添参照。</p> <p>2) 接種済証【上質紙】</p>	<p>1) 接種券(兼)接種済証【シール素材】</p>  <p>2) 予診票【上質紙又は複写式用紙】 左欄の様式と同様とするが、 右上の接種券欄は上記の「接種券」 を貼り付けるため空欄とする。</p>

(2) 接種済証及び接種記録書について

接種済証及び接種記録書の仕様については、「新型コロナウイルス追加接種（3回目接種）に係る接種券等の印刷及び発送について」（令和3年10月20日付け厚生労働省健康局健康課予防接種室事務連絡）の5（2）及び（3）に準ずることとする。

ただし、接種済証については別紙6のとおりとし、仕様は以下のとおりとする。

（接種済証の様式：パターン①の場合）

項目	仕様
サイズ	A4 サイズ ※宛名送付台紙と兼ねる様式とすること（任意）
紙質	上質紙 55～70Kg ベース
必要枚数	下表（接種済証の印字内容）の情報を記載する接種済証を1枚

(3) 請求総括書について

請求総括書については、別紙4のとおりとする。

(4) 市区町村別請求書について

市区町村別請求書については、別紙5のとおりとする。

(5) 運用開始時期について

別紙1又は別紙2は、追加接種が開始される令和3年12月1日から使用することとし、当該接種分から時間外・休日加算分の費用請求を接種費用と一体的に行うこととする。ただし、時間外・休日加算を請求しない場合は、別紙3の旧様式を使用しても差し支えない。

また、別紙4及び別紙5は令和4年1月1日から使用することとする。

(参考)

○令和3年12月接種分からの、医療機関等の費用請求先等は以下のとおり。

被接種者	請求先	請求費用	提出書類
医療機関所在地と同じ市区町村に居住する者	市区町村	接種費用 時間外・休日加算	市区町村別請求書 接種券一体型予診票等
医療機関所在地と異なる市区町村に居住する者	国保連合会	接種費用 時間外・休日加算	請求総括書 市区町村別請求書 接種券一体型予診票等


※医療機関等が旧様式を使用した場合は、時間外・休日加算分の請求は市町村に行う。

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	()	-	
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

券種	2 (<input type="checkbox"/> 予診のみ)	1 回目
請求先	〇〇県〇〇市	1 2 3 4 5 6
券番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
氏名	厚生 太郎	



2 1 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

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()	<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)	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。	

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。

※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、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)
			<input type="checkbox"/> 男・ <input 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 ※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	<input type="checkbox"/> 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 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	都道府県	市区町村	※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 ※左隅に合わせて、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)		
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"/> 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)	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。 <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)	

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	

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					

↑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					

↑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
	小計	
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
	小計	

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

〒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	メーカー／Lot No. (シール貼付け)	接種年月日	メーカー／Lot No. (シール貼付け)
年		年	
月 日		月 日	
接種場所		接種場所	

氏名	厚生 太郎
住所	〇〇県〇〇市〇〇 999-99
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 生

〇〇県〇〇市長

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 (<input type="checkbox"/> 予診のみ)	3 回目
請求先	〇〇県〇〇市	1 2 3 4 5 6
券番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
氏名	厚生 ●●●●●●●● 太郎	



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) <input type="checkbox"/> 男・ <input 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