

< 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等がないか確認する。

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: 1 ④

医療機関等番号(10桁): ⑤

医療機関等名称: 〇〇クリニック ⑥

YYYY年MM月請求分 ⑦

| 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 | | | | |
| | 6歳以上 | | | | |
| | 小計 | ⑧ | ⑨ | | |
| 接種 | 6歳未満 | | | | |
| | 6歳以上 | | | | |
| | 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 | 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請求先が
同じ市区町村の場合はチェック

| 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。

※様式についてはV-SYSから出力されるものと少し異なっている部分がありますが確認項目には影響ございません。

予診票(高齢者、基礎疾患を有する者、一般用)

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
 市区町村
 ①

クーポン券貼付
 ※左欄に合わせ、点線の沿ってまっすぐに貼ります。

氏名
 生年月日(西暦) 年 月 日 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 | |
| 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() | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬() <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 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 | |
| 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 |
| 医師記入欄 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 <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) 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。

年 月 日 被接種者又は保護者自筆

(※自筆できない場合は代筆者(署名し、代筆者氏名及び関係者との関係を記載)
 (※被接種者が18歳未満の場合は保護者の署名、成年被接種者の場合は本人及び成年被保助人の署名)

| 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 |
|---|-----------------------------|----------------|----------|
| シール貼付位置 | <input type="checkbox"/> ml | ③ | ④ |
| ※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るが確認 | | 2022年 月 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 (<input type="checkbox"/> が塗りつぶされている場合のみ、予診票記載上の年齢を確認) ※医療従事者等については該当項目なし ※自治体によって参考様式を使用している場合は、該当項目なし |
| ③ | 接種年月日 |
| ④ | 医療機関等コード |