

(1) 1・2回目の予診票の様式変更（令和3年12月1日）

- ①3回目接種の実施に伴い、3回目接種の予診票が示されました。予診票に項目追加がされたため、1、2回目接種の予診票の様式も一部改訂されました。
- ②12月1日からの接種には新様式の予診票を使用してください。
- ③11月30日までの接種は旧様式の予診票となります。
- ④3回目接種の方は新様式の予診票（接種券印刷済み）を送付しています。
- ⑤1、2回目接種の方で一部、旧様式の予診票を持って接種にこられる場合が考えられます。その場合は、新様式の予診票に書き換えをしてもらってください。
- ⑥書き換え用の新様式の予診票は下記URLをご覧ください。
<https://www.city.hamamatsu.shizuoka.jp/kenkozoshin/20210414.html#menu06>

新様式の1、2回目予診票を令和3年12月1日から使用してください

旧様式

※令和3年11月30日接種まで使用

新様式

※令和3年12月1日接種から使用

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
都道府県 市区町村

フリガナ
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
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: 年 月 日、2回目: 年 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。
「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。 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:)

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()

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。
 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筆

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
シール貼付位置 実施場所
※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

質問項目を削除

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票(1・2回目)

※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

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
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()

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。 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()

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。

医師機関記入欄
時間外(受付時間:) 休日 小児(6歳未満) 予備診
※該当する項目について、マウスのポインタがはみ出さないよう正確に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筆

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
シール貼付位置 実施場所
※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

接種時に接種券を貼付

質問の改定

チェック欄を追加

12月1日以降に旧様式の予診票を持参した場合は、新様式の予診票に書き換えてもらってください。

予診票の旧様式から新様式への切り替え

- 11月30日以前の接種分については、旧様式を用い、12月1日以降の接種分については、新様式を用いてください。
- 12月1日以降に被接種者が持参する予診票が旧様式の場合は、新様式の予診票に書き換えてもらってください。

	使用する 予診票	請求書類 提出月
11月30日以前 の接種分	旧様式	令和3年12月
12月1日以降 の接種分	新様式	令和4年1月

12月1日以降に、1、2回目接種を行う場合には、予診票のチェック欄があるかを
確認してください

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
-------------	---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------	------------------------------

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、
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被

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
シール貼付位置	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ml	実施場所	医療
※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

12月1日以降の接種分については、
医療機関記入欄のチェック欄の無い
予診票を使うことができません

新様式の予診票等の記入例(1、2回目)

予診票

被接種者が持参する接種券(兼)接種済証

④ 予診票に接種券を貼付



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印を入れてください。

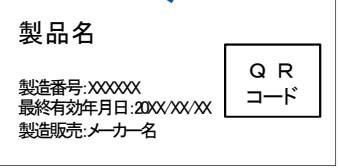
住所欄に記載されている住所 都道府県 市区町村

フリガナ 氏名 生年月日(西暦) 性別 診察前の体温

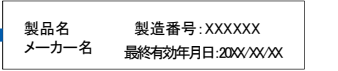
質問事項	回答欄	医師記入欄
新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。 接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
接種を受けたワクチン()		
現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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()	<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()		
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せんか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在 2週間前 今日		
医師記入欄		
医療機関 記入欄		
新型コロナウイルス接種希望書		
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
医師記入欄		

① 時間外又は休日に接種を行った場合は、該当部分を塗りつぶす
時間外の場合は、受付時間を記入する

⑤ 接種済証に貼付



メーカーが提供するシールのイメージ



③ 予診票に貼付

② 予診票に、接種量、接種場所、医師名、医療機関コード、接種年月日を記入

⑥ 予診票のコピー又は控えを医療機関において保管

(2) 請求関係書類の様式変更

- ①これまで、V-SYSからの接種費用請求(2,070円/回)とは別に、時間外・休日加算の請求を別様式(請求書・実績報告書)で浜松市に請求。
- ②予診票様式変更に伴い、1月請求分(12月1日以降接種分)から、接種費用と時間外・休日加算の請求を一体的に行えるように請求総括書等を見直し、V-SYSから出力できるようになります。
- ③10月3日から11月30日接種分までの時間外・休日加算の請求書・実績報告書の様式等については市ホームページからダウンロードしてください。
- ④12月1日以降の接種で、旧様式の予診票を使用した場合の時間外・休日加算の請求・実績報告書の様式については市ホームページからダウンロードしてください。
- ⑤VRSタブレット読み込み費用(浜松市費用負担)の請求方法に変更はありません。

請求関係の様式等の詳細は下記URLをご覧ください。

<https://www.city.hamamatsu.shizuoka.jp/kenkozoshin/20210414.html#menu03>

- ⑥「個別接種のための支援事業」にかかる請求は静岡県です。
詳細は県新型コロナウイルス対策課にお問い合わせください。
<https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-480/coronavirus/vaccine/shienkin.html>

費用の請求・支払い ～新・旧の請求総括書～

新様式

※令和4年1月請求分から使用

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：〇〇県〇〇市△-△-△ 代表

者氏名：代表 太郎

電話番号：0000-0000-0000

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分：2

医療機関等番号(10桁)：

9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

医療機関等名称：□□診療所

2022年4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・休日分除〇	0	0		
	6歳未満(時間外)	0	0		
	6歳未満(休日)	0	0		
	6歳以上時間外・休日分除〇	0	0		
	6歳以上(時間外)	0	0		
	6歳以上(休日)	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満時間外・休日分除〇	0	0		
	6歳未満(時間外)	0	0		
	6歳未満(休日)	0	0		
	6歳以上時間外・休日分除〇	100	217,350		
	6歳以上(時間外)	50	147,000		
	6歳以上(休日)	5	22,050		
	小計	155	386,400		
合計		155件	386,400円		

↑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・休日分除〇	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・休日分除〇	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・休日分除〇	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・休日分除〇	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

旧様式

※令和3年12月請求分まで使用

神奈川県国民健康保険団体連合会 御中

医療機関等の所在地：神奈川県横浜市1-1-1

代表者氏名：代表 太郎

電話番号：0000-0000-0000

コロナワクチン接種費等 請求総括書

施設等区分：2

医療機関等番号(10桁)：

9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

医療機関等名称：テスト

2021年04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	0	0		
	6歳以上	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満	0	0		
	6歳以上	5	11,385		
	小計	5	11,385		
合計		5件	11,385円		

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

予診のみ	6歳未満	2,200円		
------	------	--------	--	--

- ・旧様式ではV-SYSから接種費用(接種、予診)のみ請求
- ・時間外・休日加算は別様式で請求

・新様式では、接種費用と時間外・休日加算をV-SYSから一緒に請求が可能となる。

新様式は、**1月請求分からV-SYS**で出力できるようになります！

費用の請求・支払い ～新・旧の市区町村別請求書～

新様式

※令和4年1月請求分から使用

〇〇市区町村長 様

市区町村番号

医療機関等の所在地：〇〇県〇〇市△-△-△ 代表

者氏名：代表 太郎

電話番号：0000-0000-0000

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： 診療所

2021年4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)	0	0		
	6歳未満(時間外)	0	0		
	6歳未満(休日)	0	0		
	6歳以上(時間外・休日分除)	0	0		
	6歳以上(時間外)	0	0		
	6歳以上(休日)	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満(時間外・休日分除)	0	0		
	6歳未満(時間外)	0	0		
	6歳未満(休日)	0	0		
	6歳以上(時間外・休日分除)	50	108,675		
	6歳以上(時間外)	20	58,800		
	6歳以上(休日)	10	44,100		
	小計	80	211,575		
合計		80件	211,575円		

↑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)	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)	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)	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)	2,070円
	6歳以上(時間外)	2,800円
	6歳以上(休日)	4,200円

住所市内 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

旧様式

※令和3年12月請求分まで使用

神奈川県横浜市長 様

市区町村番号

医療機関等の所在地：神奈川県横浜市1-1-1

代表者氏名：代表 太郎

電話番号：0000-0000-0000

コロナワクチン接種費等 市区町村別請求書

被接種者区分：1クーポン券なし / ②クーポン券あり

医療機関等番号(10桁)：

医療機関等名称：テスト

2021年04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	0	0		
	6歳以上	0	0		
	小計	0	0		
接種	6歳未満	0	0		
	6歳以上	100	227,700		
	小計	100	227,700		
合計		100件	227,700円		

↑太枠内に記載すること

《単価(税抜き)》

予診のみ	6歳未満	2,200円	住所市内	対象
------	------	--------	------	----

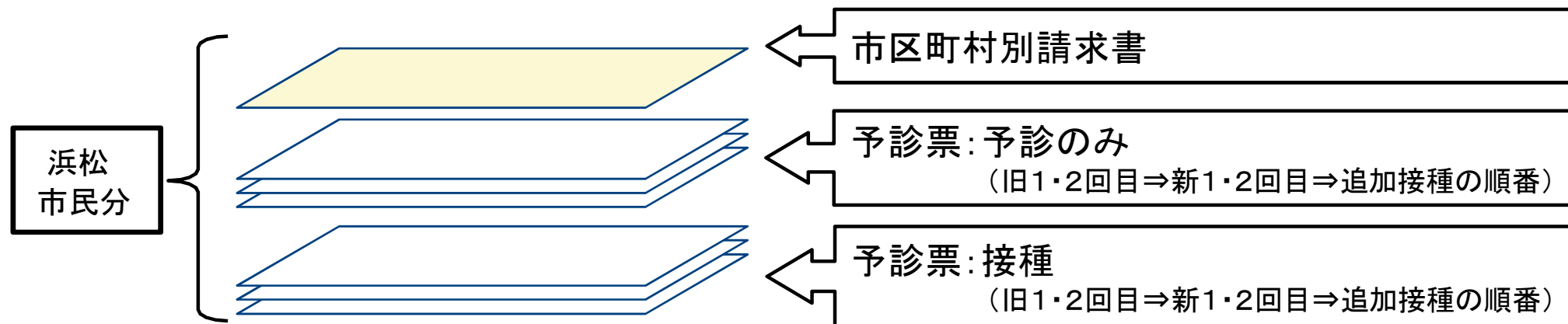
- ・旧様式ではV-SYSから接種費用(接種、予診)のみ請求
- ・時間外・休日加算は別様式で請求

- ・新様式では、接種費用と時間外・休日加算をV-SYSから一緒に請求が可能となる。

新様式は、1月請求分からV-SYSで出力できるようになります！

費用の請求・支払い

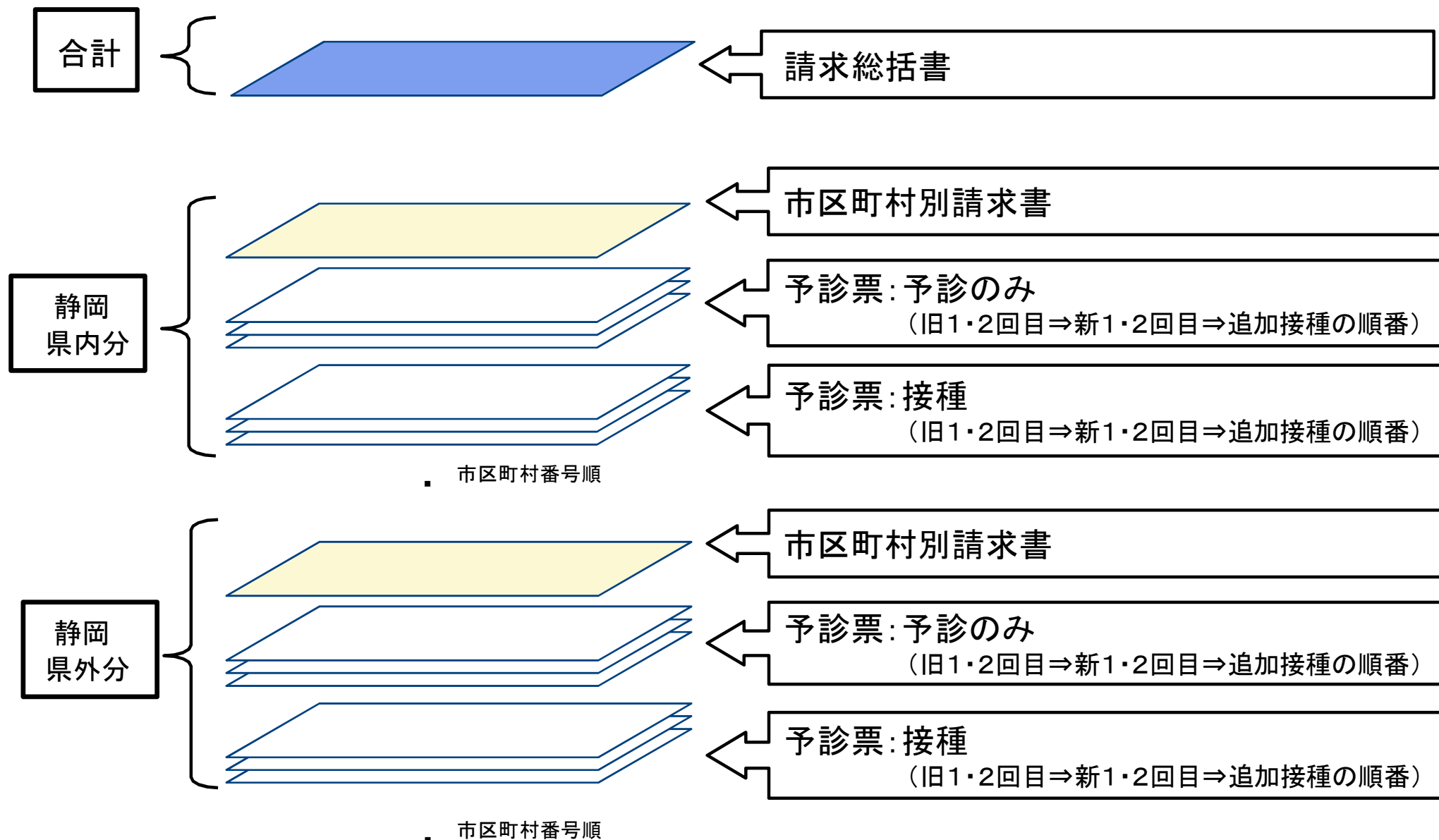
～医療機関における浜松市民分の浜松市への請求時の編綴方法(追加接種開始以降)～



※浜松市民分の浜松市への請求には請求総括書の添付は不要です。

費用の請求・支払い

～医療機関における浜松市外分の国保連合会への請求時の編綴方法(追加接種開始以降)～



費用の請求・支払い

～医療機関等から時間外・休日加算の請求のついて(11月30日接種分までと12月1日接種分以降)

- 11月30日接種分までは、現在の請求方法と同じ、時間外・休日加算専用の請求書と実績報告書で浜松市に請求する。
- 10月3日～11月30日接種分の請求書・実績報告書の様式は市ホームページからダウンロードしてください。
- 12月1日以降接種で旧様式の予診票で接種した場合も、時間外・休日加算専用の請求書と実績報告書が可能です。請求書・実績報告書の様式は市ホームページからダウンロードしてください。

請求方法

<請求先>

浜松市

(被接種者の居住地に依らない)

<提出物>

○請求書

医療機関情報(名称、開設者氏名、診療時間等)、請求金額、振込口座情報等を記載

○実績報告書

請求金額の内訳として日ごとの実績等を記載

<請求書>

様	様式1	年月		
医療機関等名称				
開設者氏名				
電話番号				
コロナウイルスワクチン接種の時間外及び休日対応に係る請求書				
8月1日から10月2日の期間において、別紙報告書のとおりコロナウイルスワクチンの接種を実施したため、以下のとおり請求する。				
請求金額				
内訳				
6月1日から10月2日の間				
	接種回数 (予診のみを指す)	加算単価	加算額(税抜き)	加算額(税込み)
時間外	回	730円	円	円
休日接種回数	回	2130円	円	円
(参考) 標榜する診療時間				
日				
月				
火				
水				
木				
金				
土				
備考				
金融機関コード		支店コード		
金融機関名		支店名		
預金種別		口座番号		
フリガナ				
口座名義人				