

開設者（代表者）が病院の場合

- ③-1 病院の所在地
- ③-2 病院名および代表者氏名

新型コロナワクチン接種に係る費用の 請求及び受領に関する届

②提出日を記入してください。
20 年 月 日 提出

①「岡山県」と記入してください。
岡山県国民健康保険団体連合会 御中

開設者（代表者） 住所 岡山県〇〇市■■■■■③-1
氏名 ×××病院 院長 岡山 花子 ③-2

※④
職域接種用
に新たに付
番された10
桁の番号(類
似コード)を
記入してく
ださい。

新型コロナウィルスワクチン接種に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入のうえ提出いたします。

医療機関 等番号④	3 3 0 9 9 9 1 2 3 4	フリガナ	オカヤマケンチョウホールディングスシヨクイ キセツシュカイジョウ	TEL	●●●●-●●●●-●●●●	
医療機関 等名称⑤	(職域)岡山県庁ホールディングス職域接 種会場	郵便 番号⑥	●●●●-●●●●	FAX	●●●●-●●●●-〇〇〇〇 FAX番号を記入してください。	
フリガナ⑦	オカヤマケン●●シ△△△△	振込先⑪	金融機関コード 1 1 1 1 ●●銀行	支店コード	1 1 1	
所在地⑧	岡山県●●町△△△△ ④~⑨ V-SYSの“医療機関情報”を参照 し、そのまま転記してください。	支店名⑫	××支店	預金 種目⑬	1: 普通 2: 当座 該当番号に○ を付けて下さい。	
フリガナ⑩	オカヤマ ハナコ	口座 番号⑭	1 2 3 4 5 6 7 右詰で記載し て下さい。	フリガナ⑮	××××クリニック インチョウ オカヤ マ タロウ	
請求者⑩	岡山 花子	口座 名義人⑮	××××クリニック 院長 岡山 太郎	届出埋田(該当番号に○を付けて下さい。)	請求開始(変更)年月	旧医療機関等番号
①	新設	2021年 月 日 より				
2	請求者または口座名義人の変更					
3	振込先及び口座番号の変更					
4	その他()					
備考	委任状提出日: 2021年〇月〇日					
<p>※ この届に別添いただく接種費用等振込口座についての委任状 のことではありません。</p> <p>※ 市町村へ提出した集合契約の委任状の提出日を記入してください。 (市町村へ提出した集合契約の委任状の右上に表示されている 「委任状作成日: 2021年07月XX日」を転記してください。)</p>						
書類送付先: ●●市△△ ××病院 〇〇課 TEL:086-999-9999 FAX:086-888-8888						

※⑧
・自身でV-
SYSへ入力す
る必要があ
りますので、
③-2の氏名
をV-SYSへ入
力の上、記
入してくだ
さい。

・入力方法
は、V-SYS操
作マニユア
ルを参照し
てください。

⑪~⑮
接種費用等の振込先として希
望する口座を記入してくださ
い。

※ ③-2開設者（代表者）と
⑮口座名義人が異なる口座
を記入した場合は、委任状も
別途提出もしてください。

※開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。

国保連から送付される各種書類の送付先として
⑦と異なる送付先を希望する場合は、住所・連絡先を記入してください。

申 出 書

岡山県国民健康保険団体連合会理事長 殿

請求及び受領に関する届の③-1 を転記

接種医療機関住所 岡山県□□市■■■■

接種医療機関名称 ××××病院 院長 岡山 花子

"の③-2 を転記

私は、下記の職域接種会場の接種実施医療機関であることを申し出ます。

記

令和 年 月 日

"の⑤を転記

職域接種会場名：(職域) 岡山県庁ホールディングス職域接種会場

医療機関等番号：3 3 0 9 9 9 1 2 3 4

接種会場所在り地：岡山県●●町△△△△

"の④を転記

"の①を転記

委任状

岡山県国民健康保険団体連合会理事長 殿

請求及び受領に関する届の⑮の者の住所を記入

受任者住所 岡山県□□市▲▲▲▲

受任者名称 ××××クリニック 院長 岡山 太郎

”の⑮を転記

私は、上記のものを代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

予防接種法（昭和23年法律第68号）附則第7条第1項により同法第6条第1項の規定による予防接種とみなして行われる新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和2年1月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）に係る予防接種等に係る診療報酬の受領に関する一切の件。

以上

令和 年 月 日

”の④を転記

”の⑤を転記

医療機関コード（10桁） 3309991234

医療機関名 （職域）岡山県庁ホールディングス職域接種会場

医療機関所在地 岡山県●●町△△△△

開設者 ××××病院 院長 岡山 花子

”の⑦を転記

委任者住所 岡山県□□市■ ■ ■ ■

”の③-1を転記

”の③-2を転記

委任者名称 ××××病院 院長 岡山 花子

⑧