

病院の皆様へ

第10期



埼玉県新型コロナウイルスワクチン



個別接種協力金のご案内

< 請求の手引き >

◆請求受付期間

令和5年 **2月5日** (日) ~ **2月28日** (火) **必着**

◆請求方法

実績報告書【様式2 (病院用)】及び請求書【様式3 (病院用)】に必要事項を入力して、**電子メールで請求**してください。※電子メールの環境がない場合は、7ページの間合せ先までご連絡ください。

< 請求先電子メールアドレス >

[shinsei@kobetsu-saitama.jp](mailto:shinsei@kobetsu-saitama.jp)

※2月4日以前に請求メールをいただいても案件として  
受理できません。

※ご質問等はP.7の相談窓口をお願いします。

◆対象期間

令和4年12月4日 (日) ~ 令和5年2月4日 (土) までの接種分

◆対象医療機関

集合契約方式により市町村との委託契約を締結し、ワクチンの配分・供給が受けられる医療機関

◆支給要件

特別な接種体制を確保した場合であって、50回以上/日の接種を週1日以上達成する週が  
対象期間中に4週間以上ある場合には、以下を支援

医 師 1人1時間当たり 7,550円 看護師等 1人1時間当たり 2,760円

※“4週間以上”は連続している必要はありません。

※看護師等には、「薬剤師」や「事務職員」等も含まれますが、ワクチン接種業務に  
専従している必要があります。





## 請求にあたっての注意点



### <注意点①>

本協力金は、新型コロナワクチンの**個別接種の実績**に応じて支給されます。個別接種であれば、巡回接種の実施分も回数カウントに含めることができますが、集団接種において実施された分については、本協力金の接種回数にカウントすることはできません。

### <注意点②>

接種費用(2,070円/回)の請求は、市町村又は都道府県国民健康保険団体連合会において、審査を受けることとなりますが、審査において接種の実施について支払いが認められなかった場合は、本協力金の対象とはならないので、認められなかった分については協力金の請求をしないでください。既に請求済みの場合は、埼玉県に訂正の報告を速やかに行ってください。

### <注意点③>

埼玉県から実績報告等の内容について照会があった場合は適切に対応してください。

### <注意点④>

**「時間外・休日の接種費用の上乗せ」に係る請求は、埼玉県に請求いただいてもお支払いすることができませんので、請求者たる医療機関が所在する市町村にお問合せください。**

### <注意点⑤>

偽りその他不正な手段により、本協力金の支給を受けた又は受けようとした事実が判明した場合には、**協力金相当額及び協力金と同額の違約金の支払いを請求し、警察の指導・協力のもと、然るべき法的措置をとります。**

### <注意点⑥>

本協力金の請求の事実をもって、上記事項に同意したものとみなします。



## 1. 様式をダウンロードする。

協力金の請求に必要な**第10期用様式ファイル(病院用)**を下記HPからダウンロードしてください。最終的に、入力を終えたファイルをメールで送っていただく必要がありますので、ご自身のパソコンのデスクトップ等に様式ファイルを保存してから作業を開始してください。

※検索サイトで「**埼玉県 コロナワクチン 協力金**」で検索すると「**新型コロナウイルスワクチン接種医療機関向け案内 — 埼玉県**」のページが出てきます。

埼玉県 コロナワクチン 協力金

検索

【URL】 <https://www.pref.saitama.lg.jp/a0710/covid-19/iryokikan.html>

## 第10期埼玉県新型コロナウイルスワクチン個別接種協力金

埼玉県庁 HP

### 対象期間

【請求受付期間】 令和5年2月5日（日曜日）から令和5年2月28日（火曜日）必着

※郵送で申請される場合、令和5年2月27日（月曜日）消印有効になります。

（郵送での申請書類の送付依頼は令和5年2月5日（日曜日）から令和5年2月20日（月曜日）まで受付）

【支給対象期間】 令和4年12月4日（日曜日）から令和5年2月4日（土曜日）までの接種分

### 対象医療機関

集合契約方式による市町村との委託契約を締結し、ワクチンの分配・配給が受けられる医療機関（診療所、病院）

### 必要書類

協力金の請求にあたっては、下記の手引きを必ずご一読ください。

[【診療所のみなさまへ】請求の手引き（PDF：678KB）](#)

[【病院のみなさまへ】請求の手引き（PDF：870KB）](#)

請求に必要な様式ファイルは下記からダウンロードしてください。

[第10用様式ファイル\(診療所用\)（エクセル：33KB）](#)

[第10用様式ファイル\(病院用\)（エクセル：34KB）](#)



**第10期用様式ファイル(病院用)**をクリックし、名前をつけて保存を選択し、ご自身のパソコンのデスクトップにダウンロードしてください。



### 3. 請求書【様式3（病院用）】を作成する。

入力を終えた様式2（病院用）を下にスクロールすると様式3（病院用）がでできます。

		P.4③で入力した日付が表示されます。		用) 第10期 (12月4日～2月4日までの接種分)
				令和5年2月15日
埼玉県知事 様				
		P.4①で入力した内容が表示されます。		
		医療機関等名称	医療法人さいたま会コバトン病院	
		開設者氏名 ④	埼玉 太郎	
		電話番号	048-0000-0000	
埼玉県新型コロナウイルスワクチン個別接種促進事業に係る前				
12月4日から2月4日の期間において、別紙報告書のとおりに新型コロナウイルスワクチンのとおり請求する。				
		請求金額	¥1,699,100	

#### <注意>

様式2(病院用)に接種実績を入力することで、請求金額等が自動計算される数式が入力されています。

以外の白色セルは入力できないようシート保護をしておりますが、万が一、入力されますと数式が影響を受け、請求金額等が正しく計算されなくなることがあります。

(参考) 標榜する診療時間/休診日	
日	入力不要
月	入力不要
火	入力不要
水	入力不要
木	入力不要
金	入力不要
土	入力不要
備考	

⑤ 金融機関コード	9876	支店コード	543
金融機関名	コバトン銀行	支店名	こぼとん支店
預金種別	普通	口座番号	2101234
口座名義人(カナ)	イ) サイタマカイコバトンクリニック		
口座名義人(漢字)	医療法人さいたま会こぼとんクリニック		

⑥ →【未入力項目】があります。下記をご確認の上、全ての項目を入力し、払込先口座情報がわかる書類（通帳の見開き・キャッシュカードなど【カナ表記あり】の画像）を添付してください。

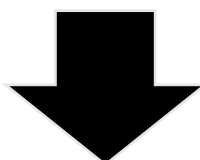
- ④ 開設者氏名と電話番号を入力してください。
- ⑤ 協力金の振込先口座情報を正しく入力してください。  
※『金融機関コード』や『支店コード』は、通帳やキャッシュカードに記載されていますが、ご不明の場合は、各金融機関にお問合せください。
- ⑥ 「【未入力項目】があります。下記をご確認の上、全ての項目を入力し、払込先口座情報がわかる書類（通帳の見開き・キャッシュカードなど【カナ表記あり】の画像）を添付してください。」と表示された場合、未入力項目を確認し、入力してください。

#### 4. 振込口座情報がわかる書類の写しの添付する。

様式3の入力が終わりましたら、下記の **添付書類貼付** タブをクリックしてください。

金融機関コード	9876	支店コード	543
金融機関名	コバトン銀行	支店名	こぼとん支店
預金種別	普通	口座番号	2101234
口座名義人 (カナ)	イ) サイタマカイコバトンビョウイン		
口座名義人 (漢字)	医療法人さいたま会コバトン病院		

病院用 **添付書類貼付** +



シートが変わります。

**【添付書類】**

こちらに画像を張り付けてください。

① 振込先口座情報がわかる書類  
※口座情報の入力が正しくされているかを確認します。

- ・キャッシュカードの画像
- ・通帳の見開き画像

病院用 **添付書類貼付** +

(作業例)

- ◆スマホやデジカメ等で写真を撮って、作業パソコンに送り、左記に貼付する。
- ◆お持ちのプリンターでスキャンし、データを左記に貼付する。

#### 振込先口座情報がわかる書類 (例)

- ・キャッシュカードの画像
- ・通帳の見開き画像
- ・ネットバンクの画面ハードコピー など

※添付する画像で文字が判別できない場合、審査ができませんのでご注意ください。

<考え方>

例に限らず、様式3で入力された振込先口座情報が正しいことが分かるものを貼付してください。半角カナの口座名義人情報で銀行に対し振込を依頼するため、正しく入力してください。

## 5. 完成した様式を提出する。

入力が終了したエクセルデータをメールで以下の【請求先電子メールアドレス】に送信してください。

【請求先電子メールアドレス】



**shinsei@kobetsu-saitama.jp**

※2月4日以前に請求メールをいただいても案件として受理できません。

※ご質問等は下記の相談窓口をお願いします。

1. 件名 は「【医療機関名】第10期協力金の請求」としてください。

(例:【医療法人 さいたま会 コバトン病院】協力金の請求について)

2. 本文 に 請求担当者の情報 を入れてください。

( 医療機関名 、 部署 、 担当者名 、 電子メールアドレス 、 電話番号 )

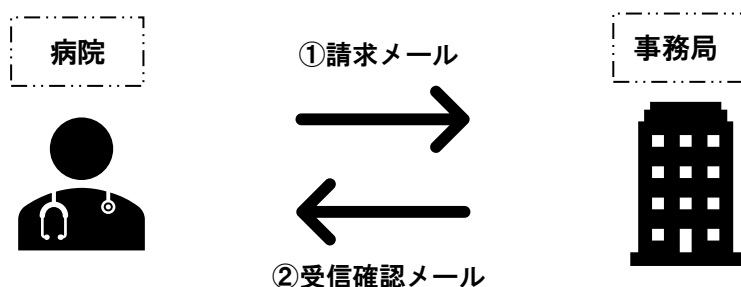
※内容に不備があった場合に、ご連絡差し上げます。

3. 様式ファイルの添付漏れがないか確認してください。

## 6. 請求後の流れ

医療機関からの請求メールの受信確認後、事務局から受信確認メールを送信します。万が一、請求メール送信後、当日又は翌営業日（営業日：月曜から金曜）までに受信確認メールが届かない場合は、再度、上記の【請求先電子メールアドレス】宛てにご連絡ください。

請求内容に不備が無かった場合、協力金は令和5年4月末までに支払います。



【問合せ先】

埼玉県新型コロナウイルスワクチン個別接種協力金相談窓口

☎ 0570-200-745

<受付時間> 9時~18時(土日祝日を含む)

(但し、12月29日~1月3日を除く)

