

風しんの追加的対策に係る費用の請求方法等について

令和元年5月10日版

福岡県国民健康保険団体連合会
審査業務部システム管理課

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種費用の請求方法等について

1.追加対策の概要

今回の風しん追加的対策(以下「本対策」という。)では、1962(昭和37)年4月2日から1979(昭和(昭和54)年4月1日生まれの男性を対象として、2022(令和4)年3月31日までの3年間、市区町村が実施主体となり、風しんの抗体検査と風しんの定期予防接種(以下「風しんの第5期定期接種」という。)が実施されます。

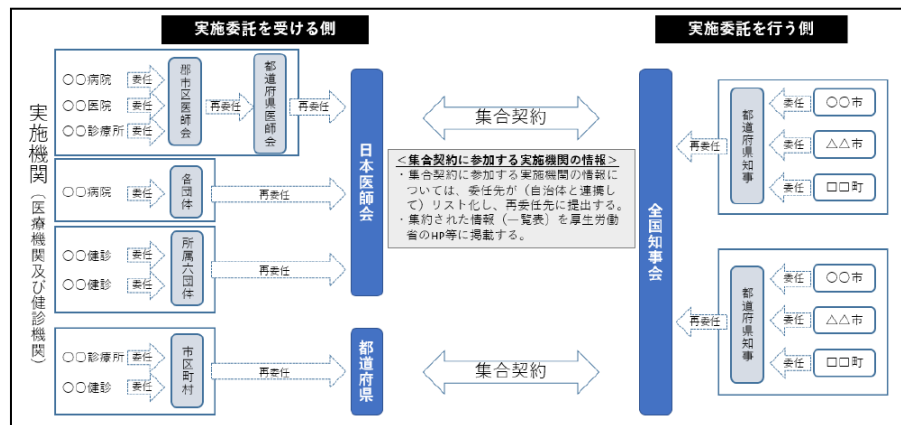
2.本対策の実施に必要な契約

本対策の実施にあたり、各医療機関及び検診機関(以下「実施機関」という。)と各市町村との契約が必要となるため、実施機関は、委任や再委任により日本医師会を代理人として、また、市区町村は、委任や再委任により全国知事会を代理人として集合契約が締結されています。

3.集合契約への参加

集合契約に参加するには、各医療機関や検診機関は、郡市区医師会、日本人間ドック協会又は市区町村等のとりまとめ団体への委任が必要となりますので、当該手続等については、郡市区医師会等のとりまとめ団体へご照会してください。

抗体検査及び予防接種の実施に関する集合契約のイメージ



抗体検査契約における実施機関の取りまとめ団体(2019年3月現在)

郡市区医師会	日本社会医療法人協議会
都道府県医師会 (※)	日本私立医科大学協会
日本人間ドック学会	日本精神科病院協会
結核予防会	日本病院会
日本総合健診医学会	日本慢性期医療協会
予防医学事業中央会	日本リハビリテーション病院・施設協会
全日本病院協会	国立病院機構
全国労働衛生団体連合会	地域医療機能推進機構
労働者健康安全機構	国立がん研究センター
国立大学附属病院長会議	国立循環器病研究センター
全国公私病院連盟	国立精神・神経医療研究センター
全国自治体病院協議会	国立国際医療研究センター
地域包括ケア病棟協会	国立成育医療研究センター
日本医療法人協会	国立長寿医療研究センター

※郡市区医師会からの再委任先

厚生労働省健康局作成医療機関・検診機関向け手引き(第2版)を一部加筆

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種費用の請求方法等について

4. 費用の請求の流れ

費用の請求は、実施機関が所在している国保連へ行います。その際の手順は、以下に示すとおりです。

① 国保連提出用のクーポン券が貼付された受診票・予診票を、クーポン券の発行市区町村ごとにまとめておきます。

② それぞれの市区町村ごとに、請求総括書(小計)を作成します。

・請求金額の欄にはそれぞれ区分ごと以下より記載

(抗体検査)

税抜き欄… 税抜き単価 × 件数

税込み欄… 税込み単価 × 件数

(予防接種)

税抜き欄… 税抜き単価 × 件数

税込み欄… (税抜き単価 × 消費税及び地方消費税率) ※ × 件数

※1件毎に円未満の端数は切り捨て

③ ②で作成した請求総括書(小計)をまとめた請求総括書(総計)を作成します

・請求金額の欄には、②で区分ごとに記載した金額の合計をそれぞれの欄で区分ごとに記載

④ 請求総括書(総計)及び請求総括書(小計)とともに、市区町村用のクーポン券が貼付された受診票・予診票を国保連へ送付します

(注) 予診のみ費用を市区町村が設定していない場合(0円の場合)は、請求に計上しないでください。また、この場合は、予診票の原本を国保連に送付しないでください。

原則として、風しの抗体検査結果が判明した日又は第5期定期接種の実施日の翌月10日までに、国保連へ必要書類を送付してください。また、請求総括書は、同一実施機関から、同一月に1枚のみ送付してください。

ただし、平成31年4月及び令和元年5月に実施した風しの抗体検査及び第5期の定期接種費用請求は、令和元年6月10日までに、2ヶ月分の請求総括書(総計)及び請求総括書(小計)を1枚にまとめて送付してください。

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種費用の請求方法等について

5. 費用の請求に必要な書類

風しんの抗体検査受診票の記入例(国保連提出用)

シールは左上隅の「**風しん**」が隠れるように貼付
(国保連提出用)を貼付

東京都 千代田 区 霞が関1-2-2
氏名 厚生 太郎 (男・女)
生年月日 昭和 52年 4月 1日 生 (満42歳)

抗体検査番号 12345678901234567
(氏名)一三五四五六七八九一〇一三五四五六七八九十

質問事項	回答欄	医師記入欄
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。	はい ☒ いいえ ☐	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	はい ☐ いいえ ☒	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果や診断書の記録はありますか。	はい ☐ いいえ ☒	
風しんの抗体検査を平成26年(2014年)4月1日以降に受けましたか。	はい ☐ いいえ ☒	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果の記録はありますか。	はい ☐ いいえ ☒	
生後から今までに風しんワクチン又は麻しん・風しん混合(麻)ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくぜ(麻)ワクチンを受けて1回以上接種したことがありますか。	はい ☐ いいえ ☒	
(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はありますか。	はい ☐ いいえ ☒	

風しんの抗体検査の結果に関する同意書
下記に該当する場合、口に入力してください。✓がなかった場合、風しんの抗体検査を希望したものとみなします。
口 はい、風しんの抗体検査を受けることを希望いたします。

風しんの抗体検査の個人情報取り扱いに関する同意書
(医師の診察の結果、検査が必要と判断された後に記入してください。)
この受診票(抗体検査の結果を含む)は、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、個人情報保護に関する条例に基づき、市区町村が適正に管理します。このことを理解し、同意いただける場合はご署名下さい。(署名のない場合は、検査を無料で行うことはできません。)

20##年○月○日 受診者自署 厚生 太郎

医師記入欄
対象者の平成26年4月1日以前の風しんの抗体検査の結果は(あり・なし・不明または記録なし) あり・なし・不明または記録なし
対象者のこれまでの風しんのワクチン接種歴は(あり・なし・不明または記録なし) あり・なし・不明または記録なし
1回目:接種ワクチン(風しんワクチン・麻ワクチン・麻風ワクチン) 接種日(年 月 日)
2回目:接種ワクチン(風しんワクチン・麻ワクチン・麻風ワクチン) 接種日(年 月 日)
以上の問診の結果、全般的な抗体検査は(必要・不要)と判断した。 必要 不要

医師署名又は記名押印 労働 次郎

風しんの抗体検査の結果(検査票の添付を要する)
検査方法: HI 法 風しんの第5期の定期接種 対象者
抗体価 8 風しんの第5期の定期接種 対象者
検査番号(検査票の添付を要する) 1 2 3 4 5 6 (添付する検査番号の口を✓し、書きつづけてください)

風しん抗体検査の結果、「定期接種の対象」と判定された方へ
あなたは、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期の定期接種の対象と判定されました。
この受診票を提示して、予防接種を実施している医療機関を受診し、風しんの予防接種を受けてください。

医療機関:401+7桁
で記載をお願いします。

風しんの第5期定期接種予診票の記入例(国保連提出用)

シールは左上隅の「**風しん**」が隠れるように貼付
(国保連提出用)を貼付

東京都 千代田 区 霞が関1-2-2
氏名 厚生 太郎 (男・女)
生年月日 昭和 52年 4月 1日 生 (満42歳) 診察前の体温 36度5分

風しんの第5期の定期接種予診票
抗体検査番号 12345678901234567
(氏名)一三五四五六七八九一〇一三五四五六七八九十

質問事項	回答欄	医師記入欄
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。	はい ☒ いいえ ☐	
今日の予防接種について市区町村から配られている説明書を読みましたか。	はい ☐ いいえ ☒	
今日の予防接種の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、何か病気にかかっていますか。(病名:)	はい ☐ いいえ ☒	
治療(投薬など)を受けていますか。(治療の内容:)	はい ☐ いいえ ☒	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと書われましたか。	はい ☐ いいえ ☒	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい ☐ いいえ ☒	
今日、体に具合が悪いところがありますか。具合の悪い状態を書きつけてください。()	はい ☐ いいえ ☒	
食べ物や皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	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せんか。() 予防接種の種類()	はい ☐ いいえ ☒	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい ☐ いいえ ☒	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい ☐ いいえ ☒	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	はい ☐ いいえ ☒	
免疫を弱らせている医師に今日の予防接種を受けてよいと書われましたか。	はい ☐ いいえ ☒	
1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。()	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 ☒	

接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象であることを、抗体検査の結果等により確認(「**判定**」してない)以上の問診及び診断の結果、今日の予防接種は(「**可**」・「**不可**」・「**具合が悪い**」) 可 具合が悪い
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種後観察義務制度について、説明した。 労働 次郎

医師署名又は記名押印 労働 次郎

風しんの第5期の定期接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)
医師の診察・説明を受け、予防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、予防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。
20##年○月○日 受診者自署 厚生 太郎

ワクチンロット番号 接種量 0.5ml
ワクチン名 〇〇〇〇ワクチン
Lot No. △△△△
(注)有効期限が切れていないか確認
実施場所 労働クリニック
医師名 労働 次郎
接種年月日 20##年○月○日

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種費用の請求方法等について

請求総括書（総計）の記入例

（記載例）
 〇〇都道府県国民健康保険団体連合会 御中
 請求総括書（総計）
 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
 開設者氏名 労働次郎 印
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

風しん対策 請求総括書（実績報告書）

施設等区分 1:医療機関
 医療機関・健診機関番号 1234567890
 医療機関・健診機関名称 厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
 請求年月 2019年〇〇月分

医療機関:401+7桁
で記載をお願いします。

	区分	請求件数	請求金額 (税抜)	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・HI法	9	11,610	12,537
	②健診・EIA法	8	21,440	23,152
	③HI法	7	34,510	37,268
	④EIA法	6	37,920	40,950
	⑤夜間休日・HI法	5	27,150	29,320
	⑥夜間休日・EIA法	5	34,100	36,825
	小計	40	166,730	180,052
予防接種	通常	5	45,400	49,032
	予診のみ（※）	2	3,800	4,104
	小計	7	49,200	53,136
合計		47	215,930	233,188

※予診のみの費用を市町村が設定していない場合（0円の場合）は、本請求書に計上しないこと。その場合、予診票の原本を国民健康保険団体連合会に送付しないこと。

請求総括書（小計）の記入例

（記載例）
 〇〇〇市区町村長様
 市区町村番号
 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
 開設者氏名 労働次郎 印
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
 クーポン券に記載の
6桁のコードを
転記してください。

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号 1234567890
 医療機関・健診機関名称 厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
 請求年月 2019年〇〇月分

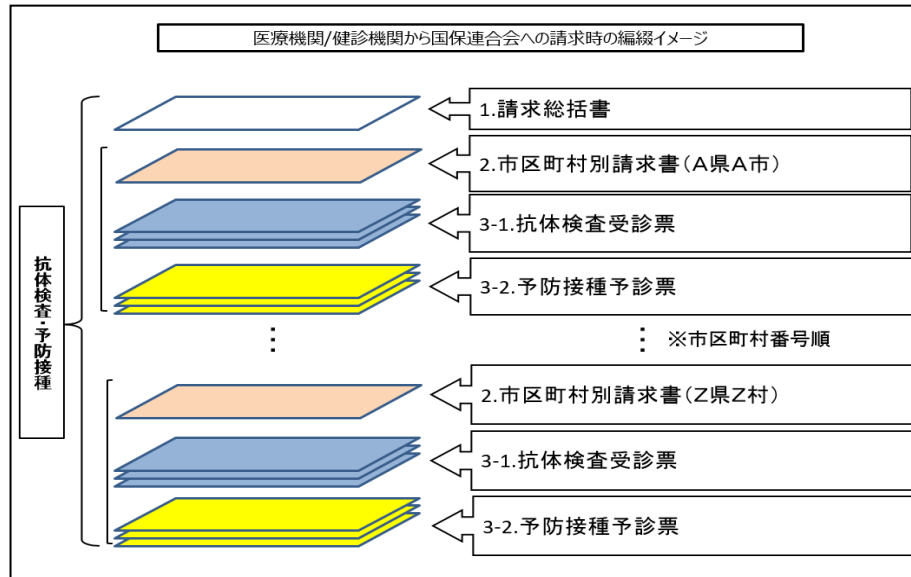
		請求件数	請求金額 (税抜)	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・HI法	9	11,610	12,537
	②健診・EIA法	8	21,440	23,152
	③HI法	7	34,510	37,268
	④EIA法	6	37,920	40,950
	⑤夜間休日・HI法	5	27,150	29,320
	⑥夜間休日・EIA法	4	27,280	29,460
	小計	39	159,910	172,687
予防接種	通常	3	27,000	29,160
	予診のみ（※）	1	2,000	2,160
	小計	4	29,000	31,320
合計		43	188,910	204,007

※予診のみの費用を市町村が設定していない場合（0円の場合）は、本請求書に計上しないこと。その場合、予診票の原本を国民健康保険団体連合会に送付しないこと。

消費税率 8%

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種費用の請求方法等について

必要種類の編綴イメージ



請求に必要な書類及び本対策に関する資料は、厚生労働省ホームページから、ダウンロードしていただくようお願いします

風しんの抗体検査受診票及び第5期定期接種予診票は、必ず本対策用統一書式をご使用下さい。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00001.html (令和元年5月10日現在のアドレス)

本対策の手引きが厚生労働省ホームページに掲載されていますので、必ずご参照してください。

「昭和 37年4月2日から昭和 54年4月 1日までの間に生まれた男性を対象実施する風しんの抗体検査及び予防接種法第5条1項の規定に基づく風しんの第5期の定期接種の実施に向けた医療機関・健診機関向け手引き」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00003.html (令和元年5月10日現在のアドレス)

厚生労働省健康局作成医療機関・健診機関向け手引き(第2版)を一部加筆

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種費用の請求方法等について

6. 受診票・予診票等の必要書類の送付方法

①直接送付(手持ち)先・郵送先

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13番47号 福岡県国保会館
福岡県国民健康保険団体連合会 審査業務部 システム管理課 TEL 092-642-7831

②郵送時のお願い事項(診療報酬等と併せて請求する場合)

福岡県国保連のホームページより「診療報酬明細書等送付状（郵送専用）」をダウンロードいただき、風しん欄に「○」を記入いただきご郵送ください。なお、郵送に当たっては受付期限日（原則毎月10日）に必着をお願いします。

診療報酬明細書等送付状(郵送専用)

(年 月分)

送付年月日： 年 月 日

医療機関様：病院名、診療科目、診療科目コード

〒	〒	〒	〒	〒	〒	〒	〒	〒	〒
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

医療機関様：病院名称、診療科目コード、名称

〒府県○○○○○○○○○○○○

患者方情報(姓)医療者の氏名をかく

姓 電子請求団体 オンライン	患者方情報(姓)医療者の氏名をかく
☐ ☐	10

医療者請求のみに記入してください。

医療者の名

氏名(姓)	氏名(名)	氏名(姓)	氏名(名)	氏名(姓)	氏名(名)	氏名(姓)	氏名(名)	氏名(姓)	氏名(名)

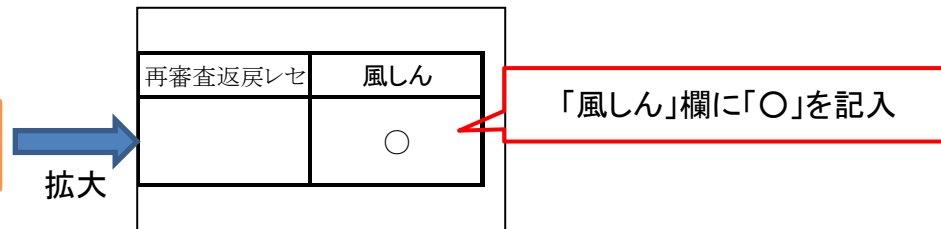
医療者の氏名は必ず、同一請求のみに記入してください。

注1)この送付状は、医療機関コードごとで作成してください。

注2)県外分・医療者情報は別紙でご請求ください。

注3)電子請求媒体(CD等)を用いて請求する場合は、
「光ディスク等送付書」についても送付してください。

福岡県医療保険団体連合会



③郵送のお願い事項(風しんの抗体検査又は定期接種費用のみを請求する場合)

封筒に「風しんの抗体検査等の費用請求」と記入いただきご郵送ください。なお、郵送に当たっては受付期限日（原則毎月10日）に必着をお願いします。

〒811-8521
福岡市博多区吉塚本町13番47号 福岡県国保会館
福岡県国民健康保険団体連合会 審査業務部 システム管理課 あて
「風しんの抗体検査等の費用請求」

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種費用の請求方法等について

7. 費用の請求支払の流れ

① 具体的な費用の請求は、以下のような手順で行われます。

- (1) 実施機関は、毎月10日までに、前月までに実施した抗体検査又は予防接種について、請求総括書(総計)及び請求総括書(小計)を作成した上で、クーポン券が貼付された受診票又は予診票とともに所定の形式に編綴し、国保連へ送付します。
- (2) 国保連は、受理した請求総括書(総計)、請求総括書(小計)及びクーポン券が貼付された受診票又は予診票の費用に関する内容を確認した上で、請求のあった月の翌月10日までに、市区町村に対して費用を請求します。
- (3) 市区町村は、原則として国保連から請求のあった月の22日までに、当該請求を受けた抗体検査費用等を国保連に支払います。なお、支払いの後に市区町村の確認により実施機関から請求の誤り等が判明した場合、実施機関と個別に調整することとします。
- (4) 国保連は、市区町村から支払いを受けた月の末日までに、実施機関に費用を支払います。

上記(1)～(4)の運用に当たっては、市区町村と各都道府県国保連の契約に従い、なお、各都道府県の国保連が、都道府県間の請求・決済の調整を行うに当たっては、その調整及び精算等事務を国保中央会が行います。

8. 費用の支払先について

本対策に係る費用の支払先は、原則として診療報酬又特定健診の振込先として指定している(委任状に記載された医療機関コード等で登録されている)口座と同一の口座となります。

ただし、やむを得ない事情がある場合には、本対策用の支払先口座を別途指定することも可能ですが、別途指定する場合は、以下にご留意ください。

- ① 必ず所在地の国保連に問い合わせをお願いします。
- ② 口座登録用書類に必要事項を記載の上、所在地の国保連に返送してください。
- ③ 令和元年4月までに集合契約に参加している実施機関は、令和元年5月31日までに口座情報を国保連へ返送してください。
- ④ 令和元年5月以降に集合契約に参加する実施機関は、厚生労働省ホームページの実施機関一覧表に掲載された月の翌月の20日までに口座情報を国保連へ返送してください。

(例: 令和元年6月に実施機関一覧表に掲載 → 令和元年7月20日までに口座情報を返送となります。)

※1 診療報酬又は特定健診の振込先として指定している口座を使用する場合、上記の手続きは不要です。

※2 口座登録用書類の様式は、下記の厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00001.html

厚生労働省健康局作成医療機関・検診機関向け手引き(第2版)を一部加筆

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種費用の請求方法等について

【お問い合わせ先・送付先】

〒812-8521

福岡市博多区吉塚本町13番47号 福岡県国保会館

福岡県国民健康保険団体連合会 審査業務部 システム管理課

TEL 092-642-7831