手引き書（Ａ）

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に実施する風しんの抗体検査及び予防接種法第５条第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事業について

【実施期間】

平成３１年４月１日より３年間

もくじ

○ 集合契約の締結後、対象者受診前に準備しておく事項ついて・・・１～６

○ 対象者の受診時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・７～２０

○ Ｑ ＆ Ａ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２１～３０

○ 風しん集合契約に係る医療機関における請求・支払の事務について・３１

請求総括書等作成手順（入力ファイル作成用）・・・・・・３２～３６

請求総括書等作成手順（手書き作成用）・・・・・・・・・・３７～４１

○ 徳島県国保連合会からのお知らせ～請求事務に関する留意事項～
４２～５０

第２章. 集合契約の締結後、対象者の受診前に準備しておく事項について

2-1　風しんの抗体検査受診票、風しんの第５期の定期接種予診票の準備

風しんの抗体検査及び風しんの第５期の定期接種の実施機関においては、対象者がクーポン券のみを持参して風しんの抗体検査又は風しんの第５期の定期接種を実施できるよう、事前に、対象者に用いる風しんの抗体検査受診票又は風しんの第５期の定期接種予診票を準備しておくなど、必要な対応をお願いいたします。

風しんの抗体検査受診票及び風しんの第５期の定期接種予診票の準備については、実施機関が印刷する（※１）、市区町村から実施機関へ受診票を提供する、クーポン券の送付と同時に受診票を対象者に送付する等の対応が考えられます（※２）。

※１　風しんの抗体検査受診票及び風しんの第５期の定期接種予診票は、必ず本対策用の統一書式をご使用下さい。統一書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

また、実施機関で風しんの抗体検査受診票及び風しんの第５期の定期接種予診票を準備する場合、必要事項（実施機関名、所在地、医療機関コード等）をパソコン上で入力した後に印刷すると、実施機関名等の手書き作業の手間が減らせるため、ぜひご活用ください（なお、手書き入力やゴム印等での対応でも差し支えありません）。

※２　地域ごとに対応が異なりますので、具体的な対応については、市区町村とご相談下さい。

様式（受診票：表面）

風しんの抗体検査受診票

※太枠内をご記入ください。
※本受診票は、昭和37（1962）年４月２日から昭和54（1979）年４月１日までの間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成された書式です。

住民票に記載されている住所	都道府県　　市区町村	
氏　名		男　・　女
生年月日	昭和　　年　　月　　日生　（満　　歳）	

（クーポン券貼付）

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。	いいえ	はい	
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等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（MR）ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ（MMR）ワクチンをあわせて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。 予防接種の種類（該当に○）（　風しんワクチン　・　MRワクチン　・　MMRワクチン　）	はい	いいえ	

風しんの抗体検査の実施に関する同意書
下記に該当する場合、□に✔を入れてください。✔がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。

□ 私は、風しんの抗体検査をうけることを**希望いたしません。**

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、検査を無料で受けることはできません。）

年　　月　　日　被検者自署＿＿＿＿＿＿＿＿
（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者との続柄を記載）

医師記入欄	対象者の平成26年４月１日以降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）と確認した。 「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第５期の定期接種の（　対象　・　非対象　）と判断した。 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）と確認した。 「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。 １回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMR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・MRワクチン・MMRワクチン）　接種日（　　年　　月　　日） 以上の問診の結果、**今回の抗体検査は（　必要　・　不要　）**と判断した。 医師署名又は記名押印

風しんの抗体検査の結果（※裏面の付表２を参照）		判定結果（いずれかに○）	実施場所・医師名・検査年月日
検査方法：　　法		風しんの第５期の定期接種 **対象**	実施場所　　医療機関等コード
抗体価	単位		医師名
	倍・EIA価・IU/mL・その他（　　）	風しんの第５期の定期接種 **非対象**	検査年月日（西暦）　　年　　月　　日

検査番号（※裏面の付表１を参照）					
□ 1	□ 2	□ 3	□ 4	□ 5	□ 6

（該当する検査番号の□を黒く（■）塗りつぶしてください）

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。
この受診票を持参して、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。

様式（受診票：裏面、表面と別刷りにしても構いません）

● 付表１「検査番号」について

本受診票の表面に記載されている「検査番号」については、下表（**付表１**）に基づき、該当する番号の□を黒く塗りつぶして（■）下さい。検査方法の詳細と風しんの第５期の定期接種の対象となる抗体価の基準については、**付表２**を参照のこと。

検査番号	検査の実施機会	検査方法	風しんの抗体検査価格
1	健診等の機会に行う場合	HI法、LTI法	１，２９０円 （税込：１，３９３円）
2		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	２，６８０円 （税込：２，８９４円）
3	月～金曜日午前８時から午後６時までの間、 または土曜日午前８時から正午までの間に 医療機関を受診して行う場合（休日※を除く）	HI法、LTI法	４，９３０円 （税込：５，３２４円）
4		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	６，３２０円 （税込：６，８２５円）
5	上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	HI法、LTI法	５，４３０円 （税込：５，８６４円）
6		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	６，８２０円 （税込：７，３６５円）

※日曜日、国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日、１月２日、３日、１２月２９－３１日

● 付表２ 風しんの第５期の定期接種の対象となる抗体価基準

検査方法	抗体価（単位等）	測定キット名（製造販売元）
HI法（赤血球凝集抑制法）	８倍以下（希釈倍率）	風疹ウイルスＨＩ試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）
	８倍以下（希釈倍率）	Ｒ－ＨＩ「生研」 （デンカ生研株式会社）
EIA法（酵素免疫法）	６．０未満（EIA価）	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG （デンカ生研株式会社）
	１５未満 （国際単位（IU）/ml）	エンザイグノストＢ風疹/IgG （シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社）
ELFA法（蛍光酵素免疫法）	２５未満 （国際単位（IU）/ml）	バイダス アッセイキット RUB IgG （シスメックス・ビオメリュー株式会社）
LTI法（ラテックス免疫比濁法）	１５未満 （国際単位（IU）/ml）	ランピア ラテックス RUBELLA （極東製薬工業株式会社）
CLEIA法（化学発光酵素免疫法）	２０未満 （国際単位（IU）/ml）	アクセス ルベラIgG （ベックマン・コールター株式会社）
	１１未満（抗体価）	i-アッセイCL風疹IgG （株式会社保健科学西日本）
FIA法（蛍光免疫測定法）	１．５未満 （抗体価AI*）	BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社）
	１５未満 （国際単位（IU）/ml）	BioPlex ToRC IgG （バイオ・ラッドラボラトリーズ株式会社）

* 製造企業が独自に調整した抗体価単位
（今後キットの追加の可能性あり）

【注】本受診票の運用等に関する詳細は、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に実施する風しんの抗体検査及び予防接種法第５条第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手引き、（同）医療機関・健診機関向け手引きをご参照ください。

風しんの抗体検査受診票記入例（国保連提出用）

シールは左上隅の「 が隠れるように貼付

（国保連提出用）を貼付

風しん

※太枠内をご記入ください。
※本受診票は、昭和37（1962）年４月２日から昭和54（1979）年４月１日までの間に生まれた男性を対象に地方公共団体が実施する風しん抗体検査用に作成さ

住民票に記載されている住所	東京 都・道・府・県　千代田 区・市・町・村 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）

券　種	抗体検査券	1
請求先	○○県○○市	23456
発券No	U123456789	有効期限

（氏名）一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十
（国保連提出用）
12345678901234567

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。	いいえ	（はい）	
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等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（MR）ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ（MMR）ワクチンをあわせて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。 予防接種の種類（該当に○）（　風しんワクチン　・　MRワクチン　・　MMRワクチン　）	はい	いいえ	

風しんの抗体検査の実施に関する同意書
下記に該当する場合、□に✔を入れてください。✔がなかった場合、風しんの抗体検査を希望されたものとみなします。
□ 私は、風しんの抗体検査をうけることを希望いたしません。

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、検査を無料で受けることはできません。）
20## 年 ○ 月 □ 日　被検者自署　厚生　太郎
（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者との続柄を記載）

医師記入欄

対象者の平成26年４月１日以降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）と確認した。
「あり」の場合、抗体検査の結果から、風しんの第５期の定期接種の（　対象　・　非対象　）と判断した。
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）と確認した。
「あり」の場合、確認したワクチン接種歴は、以下のとおり。
１回目：接種ワクチン（風しんワクチン・MRワクチン・MMR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・MRワクチン・MMRワクチン）　接種日（　　年　　月　　日）
以上の問診の結果、今回の抗体検査は（（必要）・　不要　）と判断した。
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（※裏面の付表２を参照）		判定結果（いずれかに○）	実施場所・医師名・検査年月日
検査方法：HI 法		（風しんの第５期の定期接種 対象）	実施場所　労働クリニック　医療機関等コード 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
抗体価	単位		医師名　労働　次郎
8	（倍）・EIA価・IU/mL・その他（　　）	風しんの第５期の定期接種 非対象	検査年月日（西暦）　20## 年 ○ 月 □ 日

検査番号（※裏面の付表１を参照）
■ 1　□ 2　□ 3　□ 4　□ 5　□ 6　（該当する検査番号の□を黒く（■）塗りつぶしてください）

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。
この受診票を持参して、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。

様式（予診票）

風しんの第５期の定期接種予診票

※太枠内をご記入ください。

住民票に記載されている住所	都道府県　　市区町村		（クーポン貼付）
氏　名		男　・　女	
生年月日	昭和　　年　　月　　日生　（満　　歳）	診察前の体温	度　　分

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言われましたか。	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。 具合の悪い症状を書いてください。　（　　）	はい	いいえ	
薬や食品で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すか。 症状（　　）　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。 病名（　　）	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
最近１ヵ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	被接種者が、風しんの第５期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認　（ した　・　していない ） 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（　可 能　・　見合わせる　） 本人に対して、予防接種の効果、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。 医師署名又は記名押印

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。

年　　月　　日　被接種者自署

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

医師記入欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	ワクチン名 Lot No. （注）有効期限が切れていないか確認	０．５ｍｌ	実施場所　　医療機関等コード 医師名 接種年月日（西暦）　　年　　月　　日

風しんの第５期の定期接種予診票記入例（国保連提出用）

シールは左上隅の「 が隠れるように貼付

（国保連提出用）を貼付

券種	予防接種券
請求先	○○県○○市
接種費用	（税抜） 9,999 円（自己負担分）
自己負担額	（税抜） 0 円
発券No	0123456789
（氏名）一二三四五六七八九十一二三四五六七八九十	
1234567890123456799999	

風しんの第５期の定期接種予診票

※太枠内をご記入ください。

住民票に記載されている住所	東京 都道府県	千代田 市町村	
	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

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言われましたか。	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。具合の悪い症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
薬や食品で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すか。症状（　　）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。病名（　　）	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
最近１ヵ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	被接種者が、風しんの第５期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認（した ・ していない）
	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能 ・ 見合わせる）
	本人に対して、予防接種の効果、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　被接種者自署　厚生　太郎

（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）

医師記入欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	ワクチン名　○○○○ワクチン	0．5ｍｌ	実施場所　労働クリニック　医療機関等コード 0123456789
	Lot No.　△△△△		医師名　労働　次郎
	（注）有効期限が切れていないか確認		接種年月日（西暦）　20## 年○ 月□ 日

第３章．対象者の受診時の対応について

3-1　風しんの抗体検査及び風しんの第５期の定期接種で使用するクーポン券について

風しんの抗体検査及び風しんの第５期の定期接種を、実施機関において適切に実施できるよう、市区町村が必要な情報を印字した用紙が「クーポン券」です。クーポン券は、市区町村が風しんの抗体検査及び風しんの第５期の定期接種の対象者に発行し、受診案内とともに配布されます。

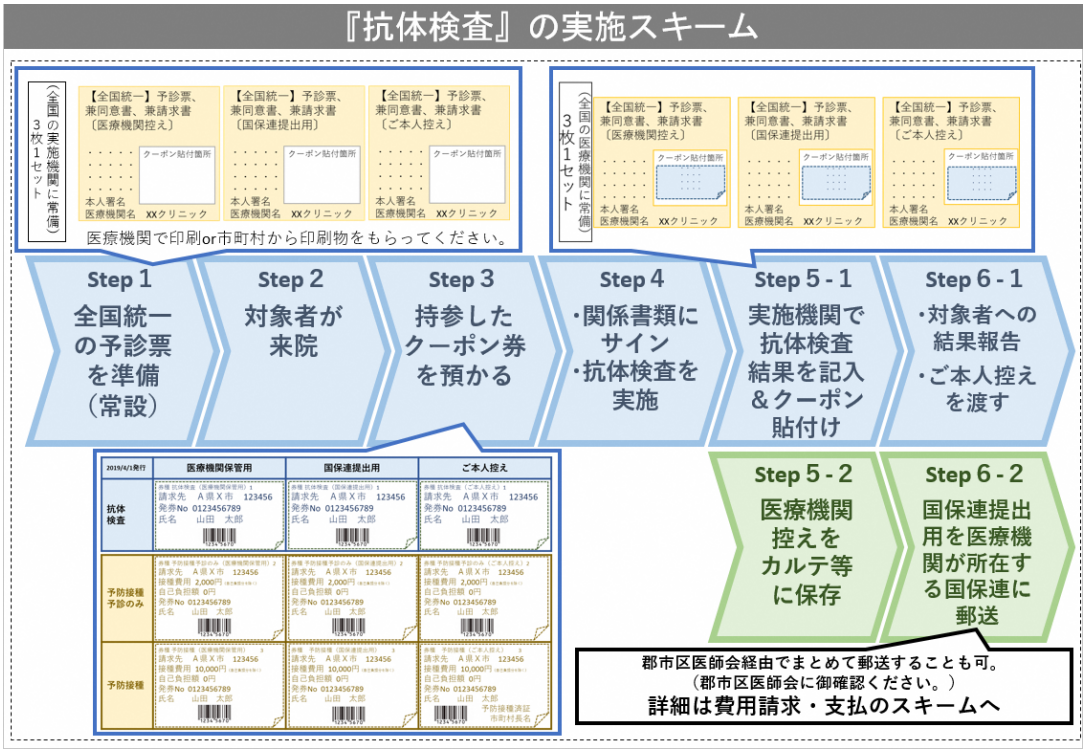
クーポン券は、抗体検査時に使用するものと、予防接種時に使用するものが、それぞれ３種類（医療機関用、国保連提出用、ご本人控え）含まれており、裏面がシールになっています。

実施機関で使用する際は、風しんの抗体検査受診票及び風しんの第５期の定期接種予診票の該当部分に、本手引きに従ってクーポン券を貼付してください。なお、クーポン券の仕様については、第５章の Q&A をご参照ください。

＜受診票・予診票に貼付するクーポン券（見本）＞

3-2　風しんの抗体検査の実施について

3-2-1　概要



風しんの抗体検査の流れは上図のとおりです。実際の手順について、以下に詳細を記載しています。

3-2-2　風しんの抗体検査の受付について

受付の際には、下記を確認すること等により、受診者が風しんの抗体検査の対象者であることを確認してください。

□　本人確認（免許証、マイナンバーカードなどの本人確認書類を用いる）

※1　本人確認に当たり、写し等の保管は不要です。

□　クーポン券の有効期限

□　クーポン券に記載された住所地の市区町村名と、対象者が居住している（住民票のある）市区町村の一致

※2　クーポン券に記載された住所地の市区町村名と、受診者が居住している（住民票のある）市区町村が異なることが判明した場合は、住民票のある市区町村からクーポン券の再発行

を受ける必要がある旨をお伝えください。

上記いずれかに不備があった場合、クーポン券を用いた風しんの抗体検査を実施することができません。万が一、風しんの抗体検査を実施した場合、**本対策による検査費用を支払うことができません**。特に住所に関しては、引っ越し等で住民票が異動している場合がありますので、お声がけ等による受診者への確認をお願いします。

受診者が風しんの抗体検査の対象者であることが確認できたら、受診票を記入していただいてください。

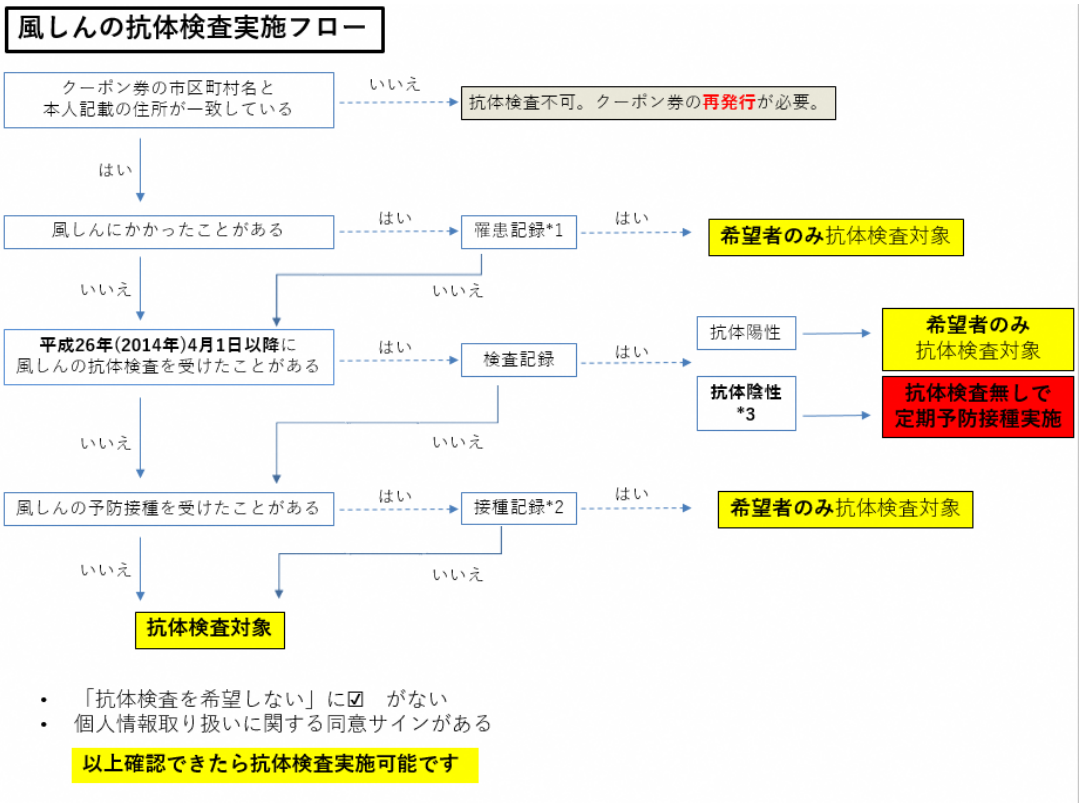
なお、何らかの事情により風しんの抗体検査を実施しない場合は、受診票を国保連に送付する必要はありません。

3-2-3　風しんの抗体検査の際の確認について

風しん感染の既往歴や、平成26年（2014年）４月１日以降の風しんの抗体検査歴又は風しんの予防接種実施歴が書類で確認できない場合は、風しんの抗体検査を実施していただくことになります。

風しんの抗体検査歴又は風しんの予防接種実施歴を書類で確認できた場合でも、受診者が希望する場合には風しんの抗体検査を実施しても構いません。具体的には、受診票の質問項目を下記「風しんの抗体検査実施フロー」のとおり確認をお願いします。

なお、風しんの抗体検査の実施対象と判断された場合には、対象者は、風しんの抗体検査を実施する前に「市区町村等と情報が共有されること」に同意する必要があります。「風しんの抗体検査をうけることを希望いたしません」に**チェックが入っている場合は、抗体検査を実施することはできません**。



＊1．ウイルス遺伝子検査（PCR法）による風しんウイルス遺伝子の検出、ウイルス分離・同定による風しんウイルスの検出、風しん抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意な上昇）。

＊2．風しんの予防接種とは、風しんワクチン、麻しん・風しん混合ワクチン（MR）、麻しん・風しん・おたふくかぜワクチン（MMR）のいずれかをいう。

＊3．抗体検査結果が陰性であるとは、本手引き掲載の「風しんの第５期の定期接種の対象となる抗体価基準」を満たすものをいう。

3-2-4　風しんの抗体検査の価格選択について

主に健診機関において、風しん抗体検査価格について、「健診等の機会に行う場合」と「医療機関を受診して行う場合」のいずれの単価を用いるかについては、実施機関が健診等の機会に行っていると整理するか、健診等とは別に医療機関を受診した機会に行っていると整理するかによって、適宜判断してください。

※　ただし、以下の場合、健診とは別に医療機関を受診した機会に行っているとは判断できません。

・　健診等で採取した検体を抗体検査に用いる場合

・　医療機関外の場所で行われる場合（巡回健診等の場であっても、診療所開設の手続きは取られていない場所で行われる場合を含みます）

3-2-5　風しんの抗体検査の結果判定と報告について

風しんの抗体検査の結果が届いたら、風しんの抗体検査を実施する前に作成した受診票に結果を転記してください。転記の際は、以下の測定キット名と抗体価の読み替え票を参考にしてください。必要事項が漏れなく記載されていれば、シール貼付等で代用しても構いません。シールを作成される場合は、請求支払事務に影響する可能性があるため、Q20 のクーポン券の仕様に準じて作成してください。

なお、同一の検査方法であっても、予防接種要否判定値（カットオフ値）が異なる場合があります。必ず**検査方法、抗体価、単位をすべて確認した上で記入・判定**を行ってください。

また、風しんの抗体検査の結果を本人へ直接伝達する場合は、受診者が自分自身の風しんの免疫保有の状況を理解する貴重な機会なので、検査値の解説や対象者個々人のリスク等を説明し、抗体価が基準に満たない者には、風しんの第５期の定期接種を受けることの重要性を説明していただくよう、お願いいたします。

郵送で伝達する場合も直接伝達と同様、抗体価が基準に満たない者が風しんの第５期の定期接種を受けることの重要性を認識できるよう、例えば、結果の通知にあわせ、厚生労働省が作成した啓発資材（本手引き付属資料５）等を活用するなどにより、予防接種の要否の情報や、予防接種を受けるに当たって必要な情報を盛り込んでいただくよう、お願いいたします。

風しんの第５期の定期接種の対象となる抗体価基準

測定キット名（製造販売元）	検査方法	抗体価（単位等）
風疹ウイルスＨＩ試薬「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI 法）	８倍以下（希釈倍率）
Ｒ－ＨＩ「生研」 （デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法 （HI 法）	８倍以下（希釈倍率）
ウイルス抗体 EIA「生研」ルベラ IgG （デンカ生研株式会社）	酵素免疫法 （EIA 法）	６．０未満（EIA 価）
エンザイグノスト B 風疹/IgG （シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社）	酵素免疫法 （EIA 法）	１５未満 （国際単位（IU）/ml）
バイダス アッセイキット RUB IgG （シスメックス・ビオメリュー株式会社）	蛍光酵素免疫法 （ELFA 法）	２５未満 （国際単位（IU）/ml）
ランピア ラテックス RUBELLA （極東製薬工業株式会社）	ラテックス免役比濁法 （LTI 法）	１５未満 （国際単位（IU）/ml）
アクセス ルベラ IgG （ベックマン・コールター株式会社）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA 法）	２０未満 （国際単位（IU）/ml）
i-アッセイ CL 風疹 IgG （株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法 （CLEIA 法）	１１未満（抗体価）
BioPlex MMRV IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA 法）	１．５未満 （抗体価 AI*）
BioPlex ToRC IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法 （FIA 法）	１５未満 （国際単位（IU）/ml）

＊ 製造企業が独自に調整した抗体価単位
（今後キットの追加の可能性あり）

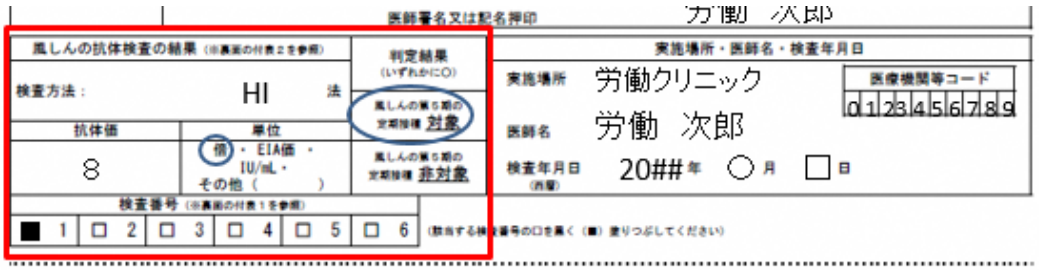
＜風しんの第５期の定期接種の対象となる抗体価基準と受診票への結果の記載例＞

測定キット名（製造販売元）	検査方法	定期接種の対象となる抗体価（単位等）	受診票への結果の記載方法（例）		
			検査方法	抗体価	単位
風疹ウイルスHI試薬「生研」（デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法（HI 法）	8倍以下（希釈倍率）	HI 法	8	倍
R－HI「生研」（デンカ生研株式会社）	赤血球凝集抑制法（HI 法）	8倍以下（希釈倍率）	HI 法	8未満	倍
ウイルス抗体 EIA「生研」ルベラ IgG（デンカ生研株式会社）	酵素免疫法（EIA 法）	6.0 未満（EIA 価）	EIA 法	10.0	EIA 価
エンザイグノスト B 風疹/IgG（シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社）	酵素免疫法（EIA 法）	15 未満（国際単位（IU）/ml）	EIA 法	16	IU/mL
バイダス アッセイキット RUB IgG（シスメックス・ビオメリュー株式会社）	蛍光酵素免疫法（ELFA 法）	25 未満（国際単位（IU）/ml）	ELFA 法	20	IU/mL
ランピア ラテックス RUBELLA（極東製薬工業株式会社）	ラテックス免疫比濁法（LTI 法）	15 未満（国際単位（IU）/ml）	LTI 法	16	IU/mL
アクセス ルベラ IgG（ベックマン・コールター株式会社）	化学発光酵素免疫法（CLEIA 法）	20 未満（国際単位（IU）/ml）	CLEIA 法	20	IU/mL
i-アッセイ CL 風疹 IgG（株式会社保健科学西日本）	化学発光酵素免疫法（CLEIA 法）	11 未満（抗体価）	CLEIA 法	16	抗体価
BioPlex MMRV IgG（バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法（FIA 法）	1.5 未満（抗体価 AI*）	FIA 法	3.0	抗体価 AI
BioPlex ToRC IgG（バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）	蛍光免疫測定法（FIA 法）	15 未満（国際単位（IU）/ml）	FIA 法	16	IU/mL

＊ 製造企業が独自に調整した抗体価単位

（今後キットの追加の可能性あり）

結果記入例（赤枠内）



上記の結果記入例は、HI 法での検査結果が８倍であった方について記入しています。

3-2-6　受診票の複製とその用途

風しんの抗体検査が行われた後は、必要事項がすべて記載された受診票に<u>国保連提出用のクーポン券</u>を貼付し、国保連に提出する必要があります。

抗体検査を実施した記録として、国保連に提出する受診票とは別の受診票に、対象者の「風しんの抗体検査の結果（検査方法・抗体価・単位）」「判定結果」「実施場所・医師名・検査年月日」を記載した上で、ご本人控えのクーポン券を貼付し、対象者ご本人にお渡しください。なお、国保連提出用の受診票を複写した上で、クーポン券（ご本人控え）を貼付し、対象者にご本人控えとしてお渡しいただいても構いません（詳細は第５章．Q&A の Q15 を参照）。

また、クーポン券の記載情報及び検査結果を実施機関において保管する方法については、必ずしも受診票及びクーポン券の原本を保管する必要はなく、例えば、診療録に検査結果を記載しクーポン券を貼付する方法や、国保連送付用の受診票を複写した上で、医療機関控えのクーポン券を貼付し、保管する方法などとしても構いません。

※１　抗体検査時のクーポン券の預かり方及び返却については、特段取扱いを定めていませんが、下記の２例を参考に適切に御対応ください。

①　受付時に抗体検査のクーポン券を貼付し、予防接種用のクーポン券はその場でご本人に返却する。

②　すべてのクーポン券を一旦預かり、予防接種用のクーポン券は抗体検査の結果とともにご本人に返却する。

※２　健診の機会の活用等により風しんの抗体検査を受検した場合、抗体検査の結果は、健診結果とともにご本人控えを本人に郵送しても差し支えありません。その際は、情報の取扱いに特に留意してください。

なお、複写式の受診票については、国保連における請求支払事務に当たり、OCR

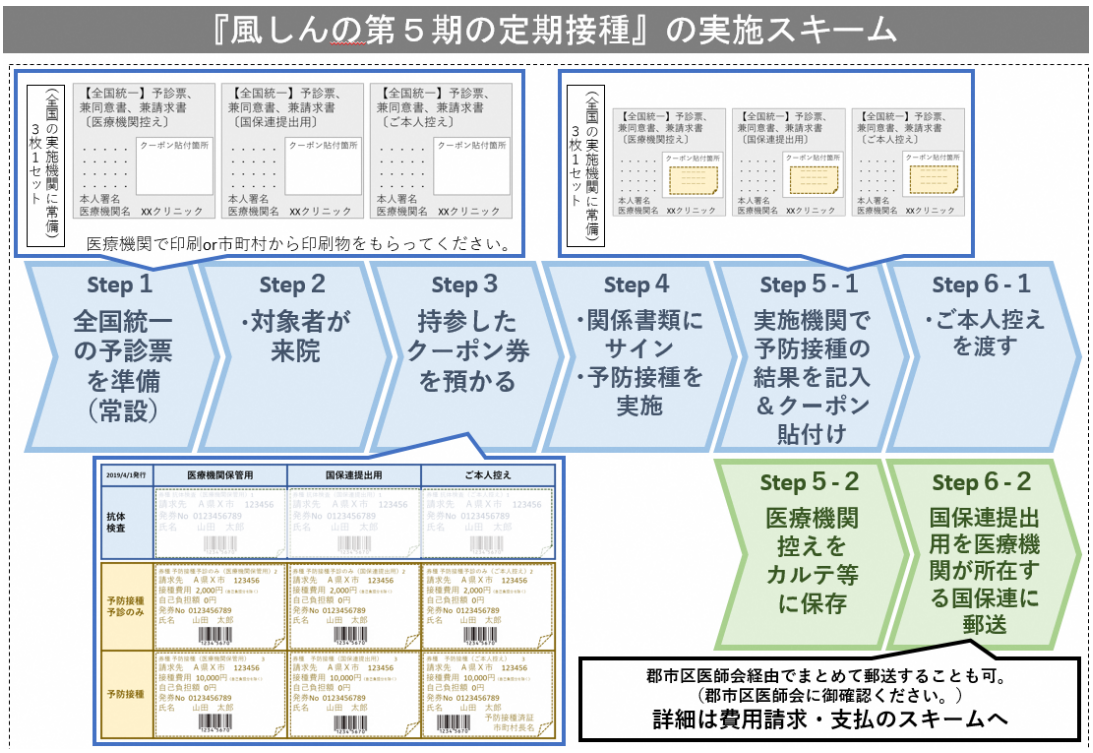
で読み込めない可能性があるため、基本的には避けていただきたいですが、やむを得ない理由等で複写式の受診票を作成する場合は、以下の２点を遵守してください。

① １枚目の紙厚は、ノーカーボン紙（感圧紙）Ｎ６０（コピー用紙と同等、0.08㎜、55kg）としてください

② 原本を市区町村で保管するため、１枚目を国保連提出用としてください

3-3 風しんの第５期の定期接種の実施について

3-3-1 概要



風しんの第５期の定期接種の流れは上図のとおりです。実際の手順について、以下に詳細を記載しています。

3-3-2 風しんの第５期の定期接種の受付について

風しんの第５期の定期接種の希望者から申し込みがあった際は、クーポン券の発行元市区町村と、受診者が居住している（住民票のある）市区町村が一致していることを確認のうえ、予約を受けてください。

その際、クーポン券の発行元市区町村と、住民票のある市区町村が異なることが

判明した場合は、住民票のある市区町村からクーポン券の再発行を受ける必要がある旨をお伝えください。

3-3-3　接種当日の受付について

接種当日の受付の際には、下記を確認すること等により、受診者が風しんの第５期の定期接種の対象者であることを確認してください。

□　陰性(※１)の抗体検査結果を所持していること

※１　陰性の抗体検査結果とは、本事業で使用されている統一様式の「風しんの抗体検査受診票」または平成26年（2014年）４月１日以降に実施された風しんの抗体検査の結果報告用紙に記載されており、本手引き掲載の「風しんの第５期の定期接種の対象となる抗体価の基準」の基準を満たすものを指します。

□　本人確認（免許証、マイナンバーカードなどの本人確認書類を用いる）

※２　本人確認に当たり、写し等の保管は不要です。

□　クーポン券の有効期限

□　クーポン券に記載された住所地の市区町村名と、対象者が居住している（住民票のある）市区町村の一致(※３)

※３　クーポン券に記載された住所地の市区町村名と、受診者が居住している（住民票のある）市区町村が異なることが判明した場合は、住民票のある市区町村からクーポン券の再発行を受ける必要がある旨をお伝えください。

上記いずれかに不備があった場合、クーポン券を用いた予防接種を実施することはできません。万が一、予防接種を実施した場合、**本対策による接種費用を支払うことができません**。特に住所に関しては、引っ越し等で住民票が異動している場合がありますので、お声がけ等による受診者への確認をお願いします。

確認の上、クーポン券を用いた風しんの第５期の定期接種が実施可能であれば、あらかじめ準備した予診票を、対象者に記入していただいてください。

3-3-4　予防接種の実施について

○　実施に当たっての準備等

①　予診票を窓口に備えるとともに、予防接種に必要なワクチン及び諸資材の確保を行ってください。

②　実施機関内で、対象者が接種医の名前を確認できるようにしてください。たとえば、待合室の掲示板に「風しんの第５期の定期接種の接種医は〇〇医師、

××医師です」といった掲示をお願いします。

③　集合契約における風しんの第５期の定期接種は、乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン）を使用してください。

④　予防接種を実施する際は、被接種者や使用ワクチンの種類・量・有効期限など十分に確認を行い、事故の防止に努めてください。また、被接種者に副反応がみられた場合に備え、救急措置物品を備えるとともに、速やかに医療機関において適切な治療が受けられるよう、関係医療機関との連携を図っておくことが必要です。

⑤　接種医は、被接種者本人が予防接種不適当者又は予防接種要注意者か否かを確認するため、予診票に記載されている質問事項に対する回答に関する本人への問診を通じ、抗体検査の結果により接種対象者であることを確認するとともに、診察等を実施した上で、接種を行ってください。なお、予診の際は、予防接種の有効性・安全性、予防接種後の通常起こり得る副反応及びまれに生じる重い副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、定期接種の対象者又はその保護者がその内容を理解し得るよう適切な説明を行い、予防接種の実施に関して文書により同意を得た場合（予診票への署名により確認）に限り接種を行ってください。

⑥　接種終了後、接種医は、予診票の医師記入欄、ワクチン名、ロット番号、実施場所、医師名、接種年月日等の必要事項を記載した上で、予診票の原本に「国保連提出用」のクーポン券を貼付し、国保連に提出してください。本人控え（兼接種済証）のクーポン券を貼付する予診票には、上記の必要事項を転記する他、原本の複写を使用しても構いません。

○　接種液・接種時の注意等

（１）接種液

①　接種液の使用に当たっては、標示された接種液の種類、有効期限内であること及び異常な混濁、着色、異物の混入その他の異常がない旨を確認してください。

②　接種液の貯蔵は、生物学的製剤基準の定めるところによるほか、所定の温度が保たれていることを温度計によって確認できる冷蔵庫等を使用してください。また、ワクチンによって、凍結させないこと、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用してください。

（２）接種時の注意

次に掲げる事項を遵守してください。

① 予防接種に従事する者は、手指を消毒すること。

② ワクチンによって、凍結させないこと、溶解は接種直前に行い一度溶解したものは直ちに使用すること、溶解の前後にかかわらず光が当たらないよう注意することなどの留意事項があるので、それぞれ添付文書を確認の上、適切に使用すること。

③ 接種液の使用に当たっては、有効期限内のものを均質にして使用すること。

④ バイアル入りの接種液は、栓及びその周囲をアルコール消毒した後、栓を取り外さないで吸引すること。

⑤ 接種液が入っているアンプルを開口するときは、開口する部分をあらかじめアルコール消毒すること。

⑥ 原則として上腕伸側に皮下接種により行うこと。接種前には接種部位をアルコール消毒し、接種に際しては注射針の先端が血管内に入っていないことを確認すること。

⑦ 接種用具等の消毒は、適切に行うこと。

⑧ 被接種者に対して、次に掲げる事項を要請すること。

ア 接種後は、接種部位を清潔に保ち、接種当日は過激な運動を避けるよう注意し、又は注意させること。

イ 接種後、接種局所の異常反応や体調の変化を訴える場合は、速やかに医師の診察を受け、又は受けさせること。

ウ 被接種者は、イの場合において、被接種者が医師の診察を受けたときは、速やかに被接種者が居住している（住民票のある）市区町村の担当部局に連絡すること。

○ 予防接種の間違いの報告

接種医は、定期接種を実施する際、予防接種に係る間違いの発生防止に努めるとともに、間違いの発生を迅速に把握できる体制をとり、万が一、誤った用法用量でワクチンを接種した場合や、有効期限の切れたワクチンを接種した場合、血液感染を起こしうる場合等の重大な健康被害につながるおそれのある間違いを把握した場合には、以下の①から⑥までの内容を任意の様式に記載し、被接種者が居住している（住民票のある）市区町村に速やかに報告すること。

① 予防接種を実施した機関

② ワクチンの種類、メーカー、ロット番号

③ 予防接種を実施した年月日（間違い発生日）

④ 間違いに係る被接種者数

⑤　間違いの概要と原因
⑥　健康被害発生の有無（健康被害が発生した場合は、その内容）

○予防接種による健康被害等への対応
接種医の所属する医療機関の開設者又は接種医は、被接種者に予防接種による副反応（予防接種法施行規則第５条に規定する症状）を診断した場合は、必要な処置などを行うとともに、「定期の予防接種等による副反応の報告等の取扱いについて」（平成 25 年３月 30 日健発 0330 第３号、薬食発 0330 第１号厚生労働省健康局長、医薬食品局長連名通知）（付属資料１参照） に基づき、速やかに独立行政法人医薬品医療機器総合機構へＦＡＸ　（ＦＡＸ番号：0120 - 176 - 146）にて報告してください。

3-3-5　MR ワクチンの発注時の基本的事項等

MR ワクチンの供給量は、定期接種の対象者の追加に向けて、製造販売業者に増産の協力を依頼しており、2019 年春以降、随時、一定量のワクチンが追加供給される見込みであり、2019 年秋以降は継続的にワクチンが追加供給される見込みです。
医療機関は、風しんの第５期の定期接種又は任意接種を行うために MR ワクチンを卸売販売業者に発注する際には、接種予定（見込み）等を勘案した上で、見込み以上の量を発注せず、一度の発注で２週間分を上限とすることを原則としてください。また、下の様式に、発注量、接種者の内訳（予定）を記載して、卸売販売業者に提出するようお願いします（添付資料６をご参照ください。）。

発注量	（予定）▲▲本
①妊娠を希望する女性及び妊婦の同居家族	（予定）◇◇人
②麻しん対策として接種する医療関係者等	（予定）＝＝人
③第５期定期接種の対象者	（予定）ーー人
その他	（予定）××人

〔注意〕発注する際には、予約状況等を勘案した上で、必要最低限の量を発注いただき、一度の発注で２週間分を上限とすることを原則としています。

風しんの第５期の定期接種又は任意接種を行うために MR ワクチンを発注したものの、発注した卸売販売業者に在庫がなかった場合には、実施機関は所在する都道府県（都道府県が保健所設置市等を指定する場合は指定先）に相談し、紹介された卸売販売業者から直接（又は希望する卸売販売業者を経由して）購入するようお願

いします。

3-3-6　予診票の複製とその用途

風しんの第５期の定期接種が行われた後は、必要事項がすべて記載された予診票に国保連提出用のクーポン券を貼付し、国保連に提出する必要があります。

風しんの第５期の定期接種を実施した記録として、予診票の原本とは別の予診票に対象者の「住所」「氏名」「生年月日」及び「実施場所・医師名・接種年月日」を記載した上で、ご本人控え（兼予防接種済証）のクーポン券を貼付し、対象者ご本人にお渡しください。なお、国保連提出用の予診票を複写した上で、ご本人控え（兼予防接種済証）のクーポン券を貼付し、対象者にお渡しいただくことでも構いません（詳細は第５章．Q&A の Q15 を参照）。

また、クーポン券の記載情報及び定期接種の実施記録を実施機関において保管する方法については、必ずしも予診票及びクーポン券の原本を保管する必要はなく、例えば、診療録に実施記録を記載しクーポン券を貼付する方法や、国保連送付用の予診票を複写した上で、医療機関控えのクーポン券を貼付し、保管する方法などとしても構いません。

なお、複写式の受診票については、国保連における請求支払事務に当たり、OCR で読み込めない可能性があるため、基本的には避けていただきたいですが、やむを得ない理由等で複写式の受診票を作成する場合は、以下の２点を遵守してください。

① １枚目の紙厚は、ノーカーボン紙（感圧紙）Ｎ６０（コピー用紙と同等、0.08 ㎜、55kg）としてください

② 原本を市区町村で保管するため、１枚目を国保連提出用としてください

第５章. Q&A

Q01. 集合契約の委任状は、複数の取りまとめ団体に提出する必要があるのでしょうか。

委任状は、取りまとめ団体のうち任意の１ヶ所に提出してください。優先すべき提出先はありませんが、取りまとめ団体によっては委任に当たっての条件を示している場合がありますので、詳細は各取りまとめ団体にお問い合わせください。

なお、複数の取りまとめ団体に委任状を提出した場合でも、特に支障はありません。

Q02. 集合契約の委任状は、いつまで保管しておく必要があるのでしょうか。

委任状の保管期間は、実施機関一覧表に掲載された日から５年間とします。

Q03. 集合契約に途中から参加することは可能でしょうか。

可能です。集合契約に途中から参加する場合も、取りまとめ団体に委任状を提出していただく必要があります。詳細については、1-3 をご参照ください。なお、実施機関一覧表の更新は、2019 年５月までは随時、2019 年６月以降は２ヶ月に１回（偶数月の初日）となります。原則として、実施機関一覧表に掲載された日から、風しんの抗体検査及び風しんの第５期の定期接種を実施することができます。

Q04. クーポン券の発行元市区町村と居住している市区町村とが異なる場合はどのように扱うのでしょうか。

引っ越しなどにより、クーポン券の発行元市区町村と、受検日又は接種日時点で対象者が居住している（住民票のある）市区町村が一致していない場合は、クーポン券を用いた風しんの抗体検査及び風しんの第５期の定期接種を実施したとしても、<u>市区町村から実施機関に費用を支払うことができません</u>。住民票のある市区町村からクーポン券の再発行を受ける必要がありますので、受診者にその旨をお伝えしてください。

Q05. クーポン券の発行を受けていない人が受診した場合はどのよ

うにすればよいでしょうか。

まず、本対策の対象者（1962（昭和37）年４月２日から1979（昭和54）年４月１日生まれの男性）かどうかをご確認ください。対象者であっても、クーポン券がない場合には、本対策の抗体検査や予防接種を実施することができません。クーポン券を持参する必要がありますので、受診者にその旨をお伝えしてください。

※　なお、2019年度は、1972（昭和47）年４月２日から1979（昭和54）年４月１日生まれの男性に対して、住民票のある市区町村からクーポン券が発送されます。それ以外の方（1962（昭和37）年４月２日から1972（昭和47）年４月１日生まれの男性）に対してはクーポン券が発送されないため、特に希望される方は、住民票のある市区町村へ確認の上、クーポン券の発行を受ける必要があります。

Q06. クーポン券を紛失した対象者が受診した場合はどのようにすればよいでしょうか。

風しんの抗体検査及び風しんの第５期の定期接種の対象者であっても、クーポン券がない場合には、本対策の抗体検査や予防接種を実施することができません。住民票のある市区町村からクーポン券の再発行を受ける必要がありますので、受診者にその旨をお伝えしてください。

Q07. これまでに風しんにかかったかどうか、不明な場合はどうしたらよいでしょうか。

風しんの抗体検査受診票の「これまでに風しんにかかったことがありますか」の問いに、「いいえ」を選択するようお伝えください。

Q08. 抗体検査、予防接種について、受託した場合、クーポン券を持参した方には全員に提供しなければならないのでしょうか。それとも特定の曜日に実施する、かかりつけ患者のみを対象

とする、一時的に提供を中止する等の対応は可能でしょうか。

曜日、対象等の限定は可能です。

実施機関が取りまとめられ次第、厚生労働省において実施機関名や連絡先（電話番号）をリスト化し、国民が広く確認できるようにします。その際、受診前に受診できる曜日や対象等を確認していただく、また、事前の確認なく受診した場合、実施できない可能性がある旨をあわせて周知する予定です。

各機関において、受診希望の連絡があった場合に、たとえば以下のようにご説明する等の対応を適宜お願いいたします。

① 当医院では、○曜日の×時から△時まで風しんの抗体検査を実施しております。その他の曜日、時間帯に受診された場合は風しんの抗体検査を受けていただくことができませんので、予めご了承ください。

② 当医院で風しんの第５期の定期接種を希望される場合、ワクチン購入の都合上、接種を希望される日の□日前までにご連絡の上、ご予約をお願いいたします。

Q09. 過去に風しんの抗体検査を受けていた場合はどのように扱えばよいでしょうか。

風しんの抗体検査を受けた時期、抗体検査の結果、抗体検査の結果を保有しているかを確認してください。平成 26 年度以降に風しんの抗体検査を受け、検査結果が陽性であり、その記録を保有している場合は、本対策の風しんの抗体検査を実施しなくても構いませんが、受診者が受検を希望される場合は、抗体検査を実施してください（この際、受診票の医師記入欄の「平成 26 年４月１日以降の風しんの抗体検査の結果」が「あり」と記載されていても、「以上の問診の結果、今回の抗体検査」は「必要」と記載した上で、抗体検査を実施していただいて差し支えありません。）。

平成 26 年度以降に検査を受けていても、風しんの抗体検査結果を未保有である場合や、抗体検査を受けた時期が平成 25 年度以前である場合は、風しんの抗体検査の対象となりますので、対象者に受検するようお伝えください。

なお、平成 26 年度以降に風しんの抗体検査を受け、風しんの第５期の定期接種の対象となる抗体価であることが確認できた場合は、抗体検査を受けることなく、風しんの第５期の定期接種を実施することが可能です。

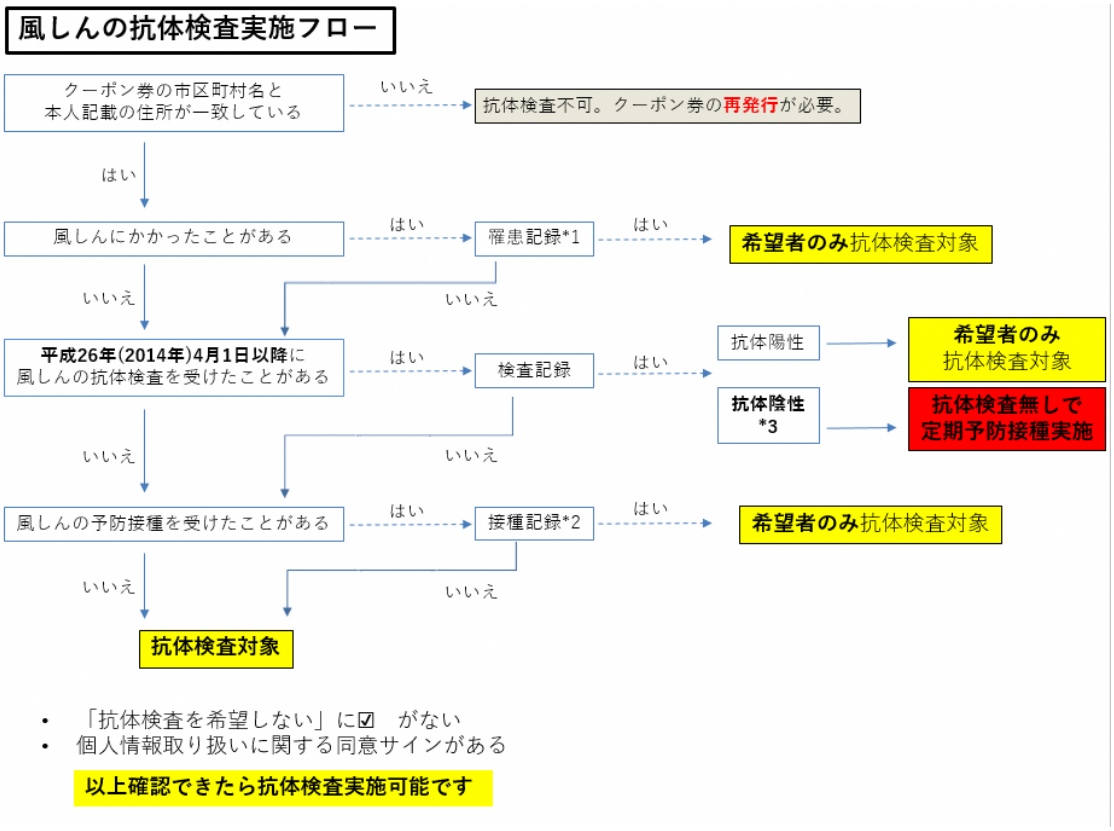
Q10. 過去に風しんの予防接種を受けていた場合はどのように扱え

ばよいでしょうか。

過去に風しんの予防接種を受けたことがあり、かつ、その記録が確認できる場合は、本対策の抗体検査及び予防接種を実施しなくても構いませんが、受診者が風しんの抗体検査または風しんの第５期の定期接種を希望される場合は、風しんの抗体検査を実施しても構いません（この際、受診票の医師記入欄の「これまでの風しんのワクチン接種歴」が「あり」と記載されていても、「以上の問診の結果、今回の抗体検査」は「必要」と記載した上で、抗体検査を実施していただいて差し支えありません。）。

過去に任意接種で風しんの予防接種を受けたことがある場合、抗体検査の結果、十分な量の抗体がないことを証明できる場合は定期接種の対象として取り扱うことができます。なお、風しんの第５期の定期接種においては１回接種となっていますので、２回を超えて接種することはできません。

予防接種の記録が確認できない場合は風しんの抗体検査の対象となりますので、受診者に抗体検査を受検するようお伝えください。



＊1．ウイルス遺伝子検査（PCR 法）による風しんウイルス遺伝子の検出、ウイルス分離・同定による風しんウイルスの検出、風しん抗体の検出（IgM 抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の

有意な上昇）

＊２．風しんの予防接種とは、風しんワクチン、麻しん・風しん混合ワクチン（MR）、麻しん・風しん・おたふくかぜワクチン（MMR）のいずれかをいう。

＊３．抗体検査結果が陰性であるとは、本手引き掲載の「風しんの第５期の定期接種の対象となる抗体価基準」を満たすものをいう。

Q11. 風しんの抗体検査の価格はいくらでしょうか。

本対策の風しんの抗体検査では、下表のように全国一律での単価を設定しています。なお、税込価格は今後変更の可能性があります。

風しん抗体検査の価格

	HI法、LTI法	EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法
保健所で行う場合※1	７９０円	２，１８０円
健診等の機会に行う場合	■1 ※3 １，２９０円 （税込：１，３９３円）	■2 ※3 ２，６８０円 （税込：２，８９４円）
月～金曜日午前８時から午後６時までの間、または土曜日午前８時から正午までの間に医療機関を受診して行う場合（休日※2を除く）	■3 ※3 ４，９３０円 （税込：５，３２４円）	■4 ※3 ６，３２０円 （税込：６，８２５円）
上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	■5 ※3 ５，４３０円 （税込：５，８６４円）	■6 ※3 ６，８２０円 （税込：７，３６５円）

※1　参考価格。今回の集合契約には含まれない。
※2　日曜日、国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日、1月2日、3日、12月29－31日
※3　抗体検査の受診票における「検査番号」に相当する番号を記載。

Q12. 予防接種の契約単価はいくらでしょうか。

風しんの第５期の定期接種の契約単価については、各市区町村が定める単価（クーポン券に記載された金額）になります。

たとえば、Ａ市の住民がＢ市の実施機関で接種した場合、実施機関はＡ市が設定した単価で、Ａ市に請求することになります。

Q13. 予防接種に用いるワクチンは、風しん単味ワクチン、MR 混合

ワクチンのいずれでもよいのでしょうか。

風しんの第５期の定期接種は、乾燥弱毒生風しんワクチン（風しん単味ワクチン）を用いることは可能ですが、原則、乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン）を使用することとしています。集合契約においては、乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン）のみを使用することとし、契約書にその旨を明記する予定です。

Q14. 予防接種を受託した場合、ワクチンは十分確保できるのでしょうか。

MR ワクチンの供給量は、風しんの定期接種の対象者の追加に向けて、製造販売業者に増産の協力を依頼しており、2019 年春以降、随時、一定量のワクチンが追加供給される見込みであり、2019 年秋以降は継続的にワクチンが追加供給される見込みです（3-3-5 の MR ワクチンの発注時の基本的事項等についても、ご参照ください。）。

Q15. 実施機関で複写機を使うことができません。受診票・予診票の複製はどのように行えばよいでしょうか。

複写機による複製が困難な場合は、手書きによる複製で構いません。手書きによる複製の際には、以下に示す内容（赤枠内）が含まれるように作成してください。なお、医療機関用の受診票・予診票の保管は、診療録への記載及びクーポン券（医療機関用）の貼付により省略することができます。

また、複写式の受診票・予診票については、国保連における請求支払事務に当たり、OCR で読み込めない可能性があるため、基本的には避けていただきたいですが、やむを得ない理由等で複写式の受診票・予診票を作成する場合は、以下の２点を遵守してください。

① １枚目の紙厚は、ノーカーボン紙（感圧紙）Ｎ６０（コピー用紙と同等、0.08 ㎜、55kg）としてください。

② 原本を市区町村で保管するため１枚目を国保連提出用としてください。

手書きによる受診票（ご本人控え）の記入例

手書きによる予診票（ご本人控え）の記入例

Q16. 費用の請求は、いつ頃、どのようにすればよいでしょうか。

原則として、風しんの抗体検査の結果が判明した日又は風しんの第５期の定期接種の実施日の翌月（抗体検査の結果判明日又は定期接種実施日が 2019 年４月の場合は、2019 年６月）以降の 10 日までに、国保連へ、以下の書類を送付してください。

① 請求総括書（総計）
② 請求総括書（小計）
③ 風しんの抗体検査受診票又は風しんの第５期の定期接種予診票

なお、国保連への書類送付に当たっては、第４章をご確認ください。

Q17. 国保連からは、いつ頃お金が振り込まれるのでしょうか。

国保連での書類受理後、原則として翌月末までに振り込まれます。たとえば、実施機関が 2019 年７月 10 日までに国保連に請求した金額は、原則として、2019 年８月末までに振り込まれます。なお、振込額は１件ごとに消費税率を乗じた上で（１円未満切捨て）、合計した金額となります。

ただし、国保連での処理の都合上、振り込みが遅れる可能性がありますのであらかじめご了承ください。

Q18. 抗体検査を行う上で、優先すべき検査法はありますか。

ありません。これまで、HI 法、EIA 法が主に用いられていましたが、本手引き掲載の「風しんの第５期の定期接種の対象となる抗体価基準」にある検査法であればどの方法でも構いません。なお、風しんの抗体検査を外注する場合、外注先で特定の検査法に注文が集中していると結果の報告に遅れ等が生じる場合がありますので、検体数が多い場合や急ぎで結果の報告を受けたい場合等は、外注先の状況を聞いて検査方法を選択することをお勧めします。

Q19. 抗体検査は必ず外注する必要がありますか。

各実施機関で風しんの抗体検査を実施できる体制がある場合には、抗体検査を外注せず実施しても構いません。なお、極東製薬工業株式会社より、生化学、免疫血清検査等に使用される汎用自動分析装置を用いて行うことのできる同社の風しん抗体検査キット（ラテックス免疫比濁法）について、使用手引書の提供がありましたので、付属資料２をご参照ください。

Q20. 抗体検査を外注する場合、外注機関が実施機関へ報告する内容はどのようなものですか。

検体が誰からいつ取られたものかを特定するための情報の他、抗体価（単位含む）、検査法、使用した試薬名が必要です。ただし、オーダー内ですべて同じ試薬を用いている場合等、検査法及び使用した試薬名が明らかな場合には、必ずしも検体ごとに報告を求める必要はありません。

Q21. 今回の事業で市区町村から発行されるクーポン券、風しんの抗体検査受診票、風しんの第５期の定期接種予診票の仕様を教えてください。

本対策でのクーポン券の具体的な仕様については、以下の図及び表をご参照ください。対象者には、長形３号封筒に送付状と全国統一様式のクーポン券が封入されて送られます。風しんの抗体検査受診票及び風しんの第５期の定期接種予診票の仕様については、以下の通りです。

風しん集合契約に係る医療機関における
請求・支払の事務について

作成：日本医師会　健康医療第二課

請求総括書等　作成手順
（入力ファイル作成用）

はじめに

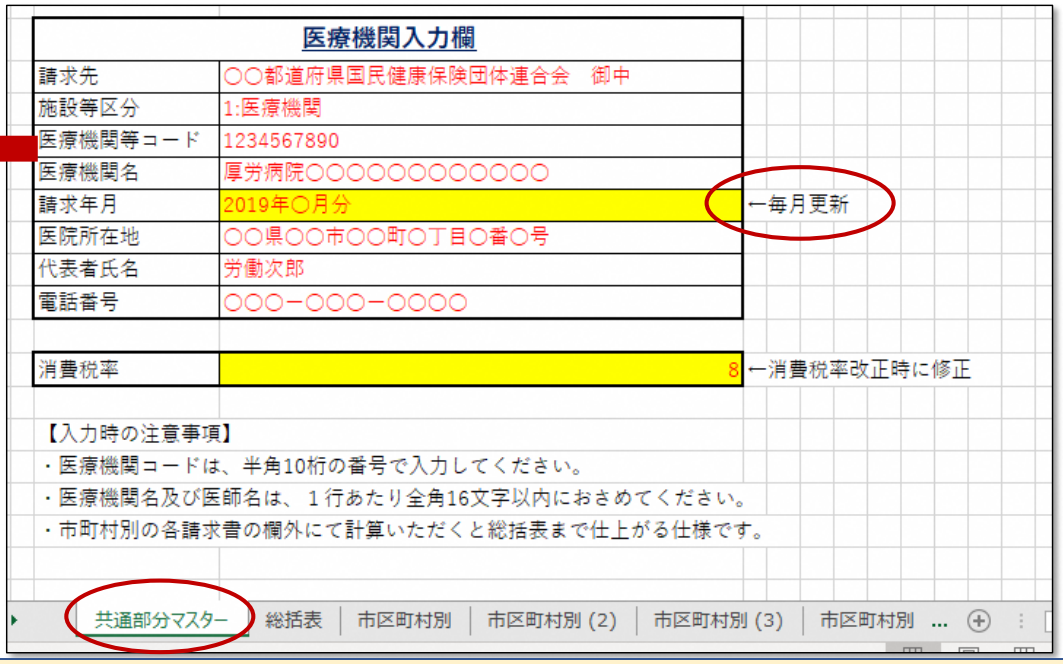
・日本医師会のホームページには、入力用ファイル（Excel）として「マクロあり」、「マクロなし」の2種類を掲載しております。

・ご利用環境によって、「マクロあり」のファイルがダウンロードできない場合は、「マクロなし」のファイルをダウンロードの上、ご活用ください。

・手書きの場合は、PDFファイルを印刷の上、ご活用ください。

5

①共通部分マスターに医療機関の基本情報を入力



医療機関入力欄

請求先	○○都道府県国民健康保険団体連合会　御中
施設等区分	1:医療機関
医療機関等コード	1234567890
医療機関名	厚労病院○○○○○○○○○○○○○
請求年月	2019年○月分 ←毎月更新
医院所在地	○○県○○市○○町○丁目○番○号
代表者氏名	労働次郎
電話番号	○○○－○○○－○○○○

消費税率	8 ←消費税率改正時に修正

【入力時の注意事項】
・医療機関コードは、半角10桁の番号で入力してください。
・医療機関名及び医師名は、１行あたり全角16文字以内におさめてください。
・市町村別の各請求書の欄外にて計算いただくと総括表まで仕上がる仕様です。

共通部分マスター | 総括表 | 市区町村別 | 市区町村別 (2) | 市区町村別 (3) | 市区町村別 ...

・**赤字部分**を入力してください。
・施設等区分：「１：医療機関」のままで結構です。変更いただく必要はありません。
・医療機関等コード：都道府県番号（2桁）＋点数表番号（1桁）＋医療機関番号（7桁）
・請求年月：西暦で記載し、**毎月更新**してください。
・医院所在地：番地は「－」（ハイフン）でも可
・代表者氏名：開設者氏名（レセプト請求時と同じ氏名）を記載してください。
・消費税率：消費税率改正時には、以降の請求にあたり修正が必要となります。

都道府県番号

北海道	01		滋賀	25
青森	02		京都	26
岩手	03		大阪	27
宮城	04		兵庫	28
秋田	05		奈良	29
山形	06		和歌山	30
福島	07		鳥取	31
茨城	08		島根	32
栃木	09		岡山	33
群馬	10		広島	34
埼玉	11		山口	35
千葉	12		徳島	36
東京	13		香川	37
神奈川	14		愛媛	38
新潟	15		高知	39
富山	16		福岡	40
石川	17		佐賀	41
福井	18		長崎	42
山梨	19		熊本	43
長野	20		大分	44
岐阜	21		宮崎	45
静岡	22		鹿児島	46
愛知	23		沖縄	47
三重	24			

点数表番号

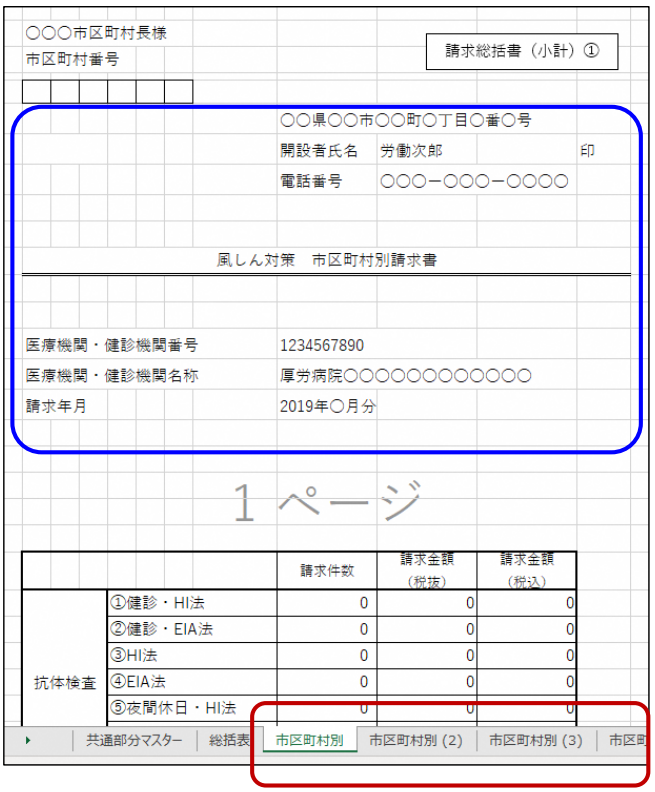
→医療機関の点数表番号は「1」

7

②各シートに入力した情報が反映されていることを確認

請求総括書（実績報告書）

市区町村別請求書（請求総括書（小計））



青い枠の中に、正しく情報が入力されていることを確認

8

③市区町村別請求書の入力　※「マクロあり」、「マクロなし」共通

		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	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	0	0	0
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	0	0	0
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		0	0	0

消費税率 8 %

※予診のみの費用を市区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。

【計算スペース】※こちらに件数を記入すると請求書が埋まっていきます

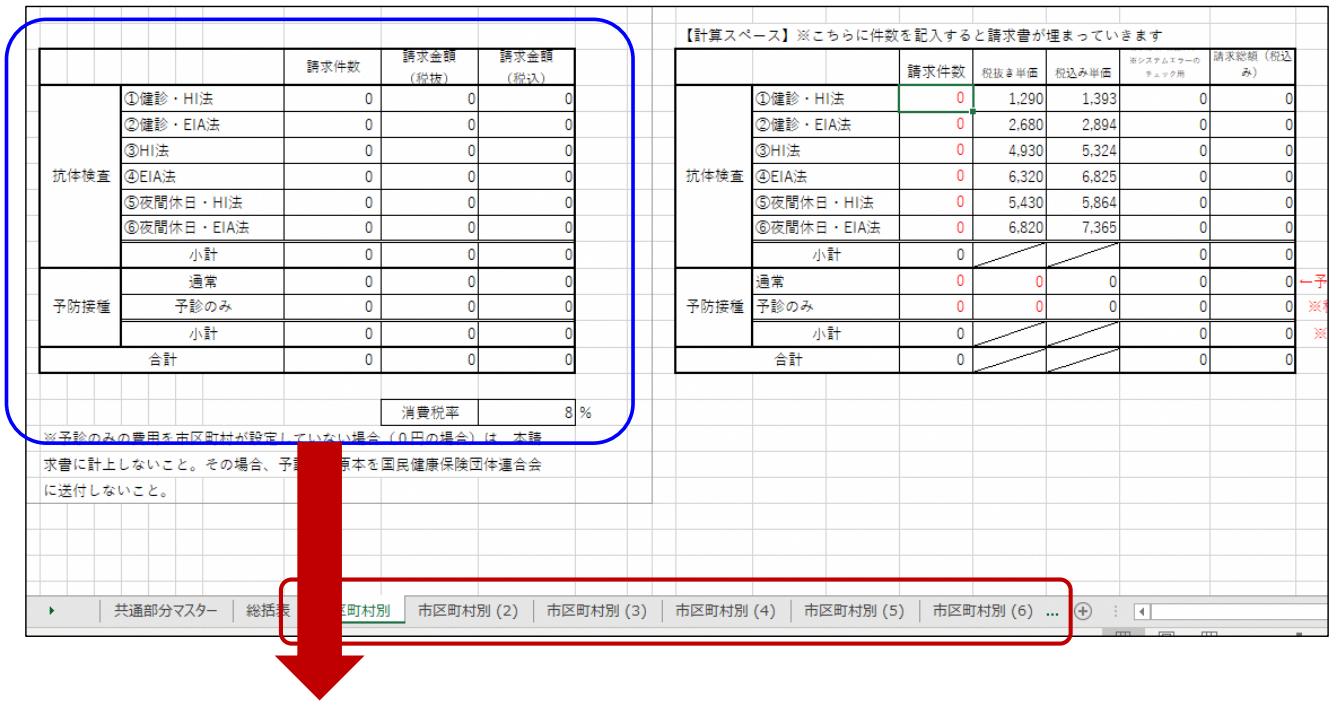
		請求件数	税抜き単価	税込み単価	※システムエラーのチェック用	請求総額（税込み）
抗体検査	①健診・HI法	0	1,290	1,393	0	0
	②健診・EIA法	0	2,680	2,894	0	0
	③HI法	0	4,930	5,324	0	0
	④EIA法	0	6,320	6,825	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	5,430	5,864	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	6,820	7,365	0	0
	小計	0			0	0
予防接種	通常	0	0	0	0	0
	予診のみ	0	0	0	0	0
	小計	0			0	0
合計		0			0	0

共通部分マスター | 総括表 | 市区町村別 | 市区町村別 (2) | 市区町村別 (3) | 市区町村別 (4) | 市区町村別 (5) | 市区町村別 (6) …

- 医療機関は、クーポン券発行元の**市区町村ごとに「市区町村別シート」を作成**する。
- **抗体検査は、青枠内の件数欄に「件数」のみを入力**する。
- **予防接種は、青枠内に「件数」、「税抜き単価（クーポン券に記載の金額）」を入力**する（税込み単価は計算式により自動で計算、表示される）。

9

④市区町村別請求書の内容確認　※「マクロあり」、「マクロなし」共通



		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	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	0	0	0
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	0	0	0
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		0	0	0

消費税率 8 %

※予診のみの費用を市区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。

【計算スペース】※こちらに件数を記入すると請求書が埋まっていきます

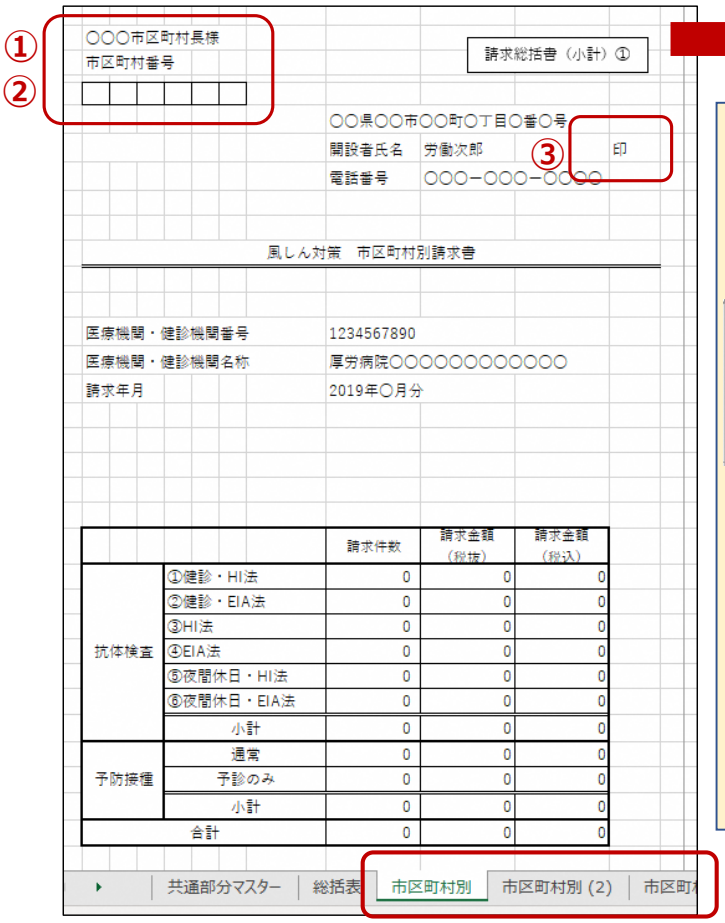
		請求件数	税抜き単価	税込み単価	※システムエラーのチェック用	請求総額（税込み）
抗体検査	①健診・HI法	0	1,290	1,393	0	0
	②健診・EIA法	0	2,680	2,894	0	0
	③HI法	0	4,930	5,324	0	0
	④EIA法	0	6,320	6,825	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	5,430	5,864	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	6,820	7,365	0	0
	小計	0			0	0
予防接種	通常	0	0	0	0	0
	予診のみ	0	0	0	0	0
	小計	0			0	0
合計		0			0	0

共通部分マスター | 総括表 | 市区町村別 | 市区町村別 (2) | 市区町村別 (3) | 市区町村別 (4) | 市区町村別 (5) | 市区町村別 (6) …

- 「市区町村別シート」ごとに③で入力した内容が**正しく反映されているか確認**する。

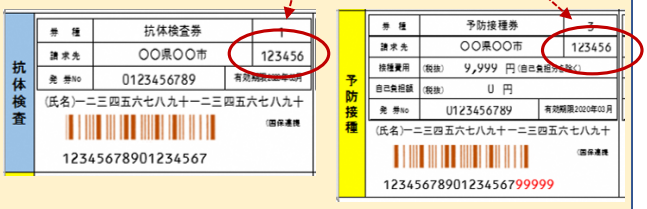
10

⑤請求総括書（小計）の印刷・押印　※「マクロあり」、「マクロなし」共通



		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	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	0	0	0
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	0	0	0
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		0	0	0

シートごとに
①クーポン券発行元の**市区町村名を入力**
②**市区町村番号（クーポン券に記載）を右詰で入力し、印刷**



③印刷した市区町村別請求書にそれぞれ**押印（※）**
※必ずしも口座届出印である必要はなく、個人印、施設印のどちらでも結構です。

④市区町村ごとに、市区町村別請求書、受診票、予診票を編綴

11

⑥-１請求総括書（実績報告書）の作成・内容確認　※「マクロあり」

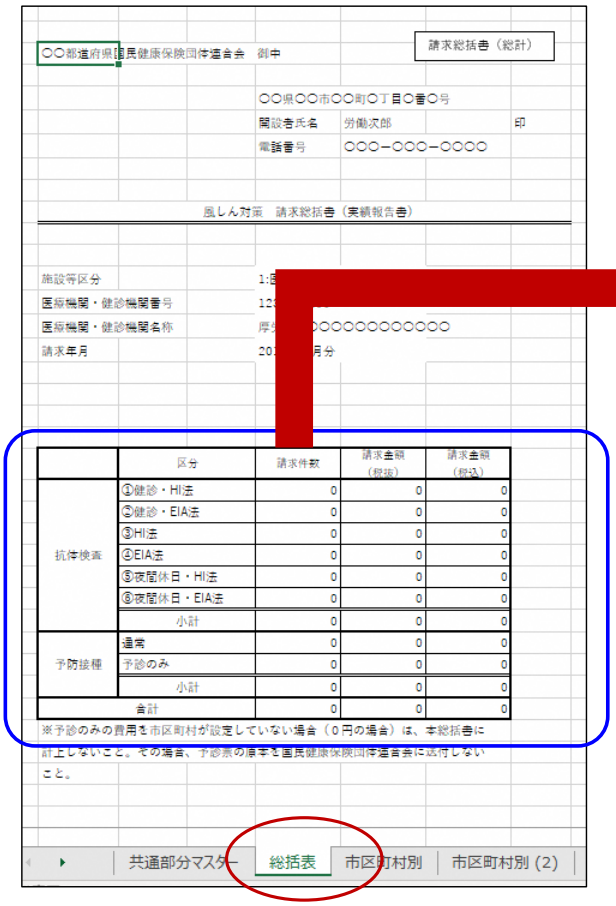
	区分	請求件数	請求金額（税抜）	請求金額（税込）
抗体検査	①健診・HI法	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	0	0	0
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	0	0	0
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		0	0	0

①「請求総括書集計」ボタンをクリック

②青枠内に、作成（入力）した「市区町村別シート」の合計件数、合計金額が自動計算され、表示されていることを確認し、印刷してください。

12

⑥-２請求総括書（実績報告書）の内容確認　※「マクロなし」



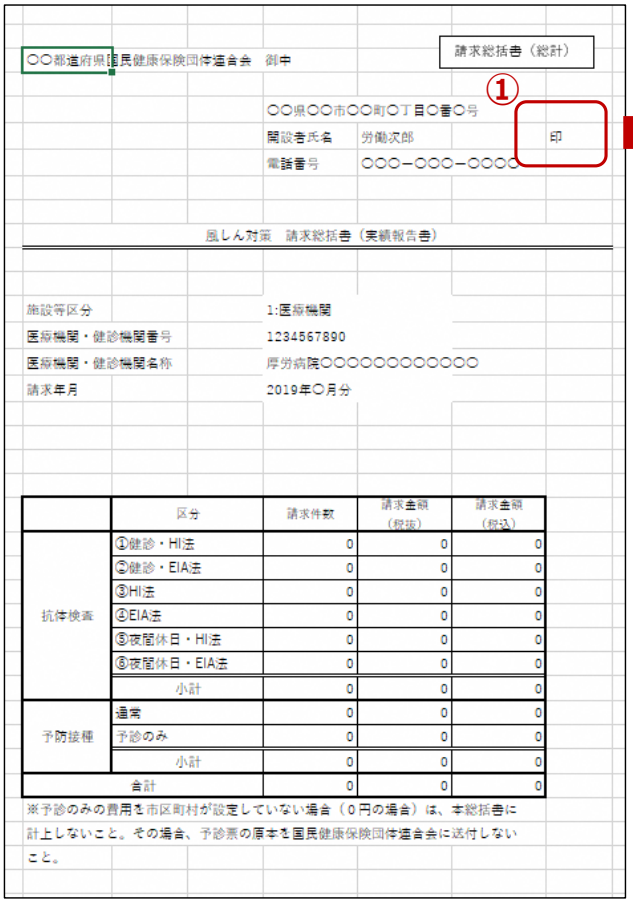
	区分	請求件数	請求金額（税抜）	請求金額（税込）
抗体検査	①健診・HI法	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	0	0	0
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	0	0	0
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		0	0	0

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（０円の場合）は、本総括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。

・青枠内に、作成（入力）した「市区町村別シート」の合計件数、合計金額が自動計算され、表示されていることを確認し、印刷してください。

13

⑦請求総括書（実績報告書）の提出　※「マクロあり」、「マクロなし」共通



	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	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	0	0	0
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	0	0	0
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		0	0	0

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（０円の場合）は、本総括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。

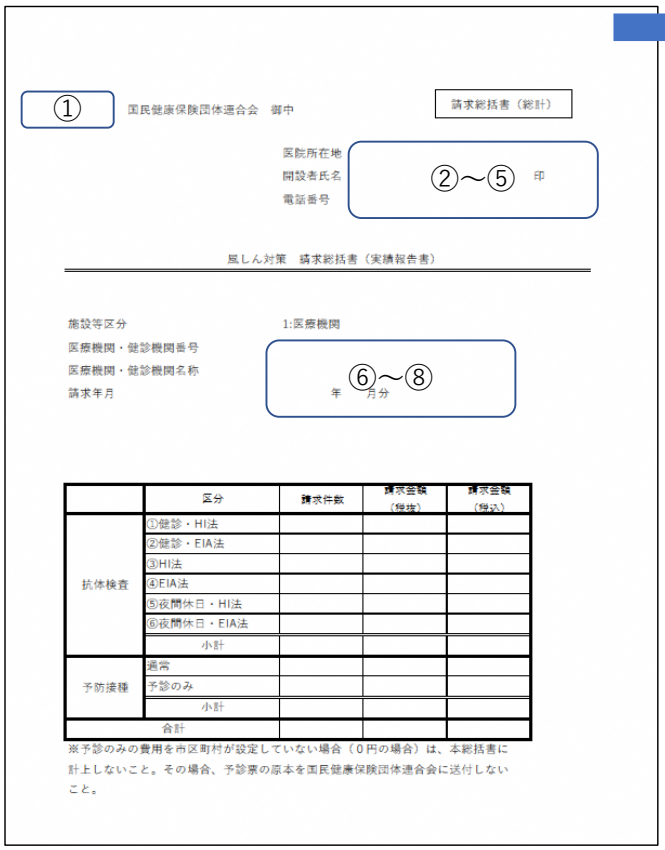
①印刷した請求総括書（実績報告書）に**押印**（※）
※必ずしも口座届出印である必要はなく、個人印、施設印のどちらでも結構です。

②請求総括書（実績報告書）を先頭に、市区町村ごとに編綴した市区町村別請求書、受診票、予診票と合わせて、所在地の国保連合会へ送付する。

14

請求総括書等　作成手順
（手書き作成用）

①請求総括書（実績報告書）に医療機関の基本情報を記載



①　国民健康保険団体連合会　御中

請求総括書（総計）

医院所在地
開設者氏名
電話番号

②～⑤　印

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
医療機関・健診機関名称
請求年月

⑥～⑧
年　月分

	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			
	②健診・EIA法			
	③HI法			
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合計				

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（0円の場合）は、本総括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。

記載項目

①所在地の都道府県名を記載

②医院所在地：都道府県名から記載

③開設者氏名：レセプト請求時の氏名を記載

④電話番号：市外局番から記載

⑤**押印**（※）
※必ずしも口座届出印である必要はなく、個人印、施設印のどちらでも結構です。

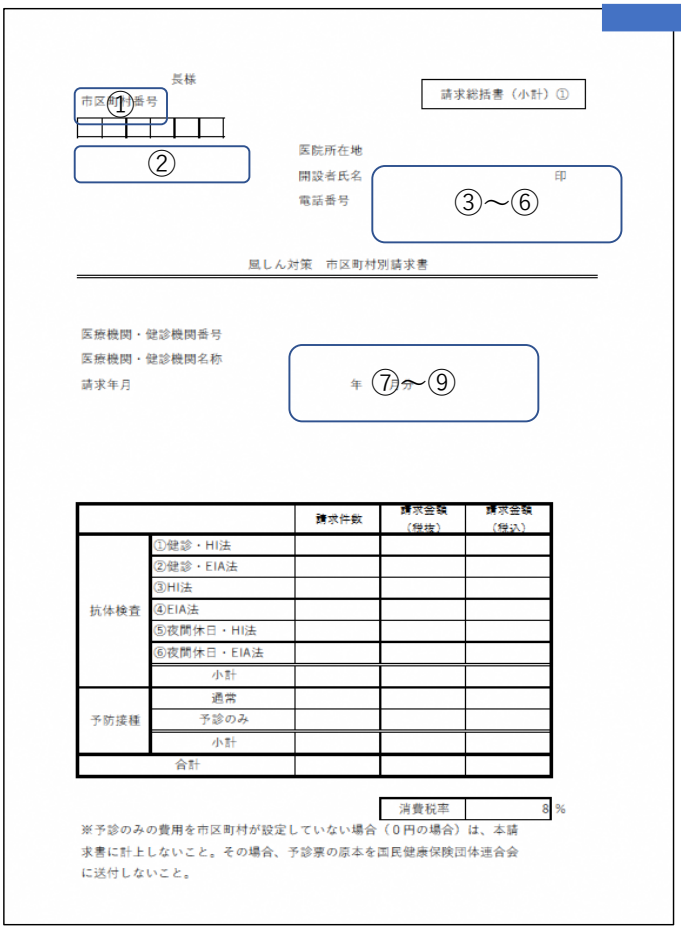
⑥医療機関・健診機関番号：
都道府県番号（2桁）＋点数表番号（1桁）＋医療機関番号（7桁）

⑦医療機関名称：レセプト請求時の名称を記載

⑧請求年月：西暦で記載

※①～④、⑥⑦を記載し、コピーすることで、次月以降は押印（⑤）および⑧の記載のみで済みます。

②市区町村別請求書（請求総括書（小計））に医療機関の基本情報を記載



記載項目

①クーポン発行元の市町村名を記載

②市区町村番号：クーポン券に記載された番号を右詰で記載

③医院所在地：都道府県名から記載

④開設者氏名：レセプト請求時の氏名を記載

⑤電話番号：市外局番から記載

⑥**押印**（※）
※必ずしも口座届出印である必要はなく、個人印、施設印のどちらでも結構です。

⑦医療機関･健診機関番号：
都道府県番号（2桁）＋点数表番号（1桁）＋医療機関番号（7桁）

⑧医療機関名称：レセプト請求時の名称を記載

⑨請求年月：西暦で記載

※③～⑤、⑦⑧を記載し、コピーすることで、2枚目以降は①②⑨の記載及び押印（⑥）のみで済みます。 17

都道府県番号

北海道	01	滋賀	25
青森	02	京都	26
岩手	03	大阪	27
宮城	04	兵庫	28
秋田	05	奈良	29
山形	06	和歌山	30
福島	07	鳥取	31
茨城	08	島根	32
栃木	09	岡山	33
群馬	10	広島	34
埼玉	11	山口	35
千葉	12	徳島	36
東京	13	香川	37
神奈川	14	愛媛	38
新潟	15	高知	39
富山	16	福岡	40
石川	17	佐賀	41
福井	18	長崎	42
山梨	19	熊本	43
長野	20	大分	44
岐阜	21	宮崎	45
静岡	22	鹿児島	46
愛知	23	沖縄	47
三重	24		

点数表番号

→医療機関の点数表番号は「1」

18

市区町村番号

〇で囲んだ箇所に記載の6桁の数字が市区町村番号

③-1市区町村別請求書（請求総括書（小計））の作成

※市区町村ごとに1枚作成

風しん対策　市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号
医療機関・健診機関名称
請求年月　　年　　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			
	②健診・EIA法	①	②	③
	③HI法			
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計		④	
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合計				

消費税率	8 %

※予診のみの費用を市区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。

【抗体検査欄】
実施機会、検査方法ごとに以下を記載

①請求件数：
→受診票の枚数

②請求金額（税抜）：
→税抜単価（次ページ価格表）×件数

③請求金額（税込）：
→税込単価（次ページ価格表の（）内の金額）×件数

④小計：
→件数、請求金額（税抜）、請求金額（税込）の合計

風しんの抗体検査の価格

	HI法、LTI法	EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法
保健所で行う場合※1	７９０円	２，１８０円
健診等の機会に行う場合	■1 ※3 １，２９０円（税込：１，３９３円）	■2 ※3 ２，６８０円（税込：２，８９４円）
月～金曜日午前８時から午後６時までの間、または土曜日午前８時から正午までの間に医療機関を受診して行う場合（休日※2を除く）	■3 ※3 ４，９３０円（税込：５，３２４円）	■4 ※3 ６，３２０円（税込：６，８２５円）
上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	■5 ※3 ５，４３０円（税込：５，８６４円）	■6 ※3 ６，８２０円（税込：７，３６５円）

※１　参考価格。今回の集合契約には含まれない。
※２　日曜日、国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日、１月２日、３日、１２月２９－３１日
※３　抗体検査の受診票における「検査番号」に相当する番号を記載。

21

③-2市区町村別請求書（請求総括書（小計））の作成

※市区町村ごとに1枚作成

風しん対策　市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号
医療機関・健診機関名称
請求年月　　年　　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			
	②健診・EIA法			
	③HI法			
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計			
予防接種	通常	①	②	③
	予診のみ			
	小計		④	
合計			⑤	

消費税率	8 %

※予診のみの費用を市区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。

【予防接種欄】
予防接種を実施した場合（通常）と予診のみの場合を分け、それぞれ以下を記載

①請求件数：予診票の枚数

②請求金額（税抜）：
→クーポン券に記載された接種費用及び予診のみの場合の費用×件数

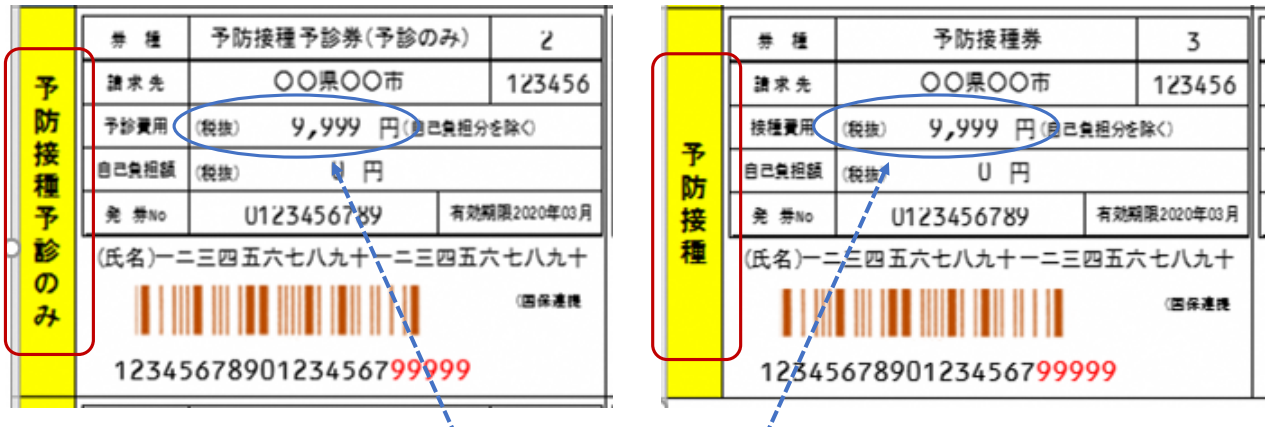
③請求金額（税込）：
→**（税抜単価＋（税抜単価×消費税率）※）**×件数
※1件ごとに1円未満の端数は切り捨て

④小計：
→件数、請求金額（税抜）、請求金額（税込）の合計

⑤抗体検査「小計」と予防接種「小計」の合計

22

予防接種等の価格



○で囲んだ箇所が「予診のみ」、「予防接種」の金額（税抜）

④請求総括書（実績報告書）の作成・提出

※月に1枚作成

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

医療機関・健診機関名称

請求年月

	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			
	②健診・EIA法			
	③HI法			
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合計				

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（0円の場合）は、本総括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。

①青枠内に、市区町村ごとに作成した市区町村別請求書（請求総括書（小計））の合計を記載

②請求総括書（実績報告書）を先頭に、市区町村ごとに編綴した市区町村別請求書、受診票、予診票と合わせて、所在地の国保連合会へ送付する。

徳島県国保連合会からのお知らせ
～請求事務に関する留意事項～

1　徳島県国保連合会への請求について

⑴　受付期日

抗体検査又は予防接種実施月の<u>翌月１０日（必着）</u>

注）１０日が土日祝日の場合も、１０日必着とします。

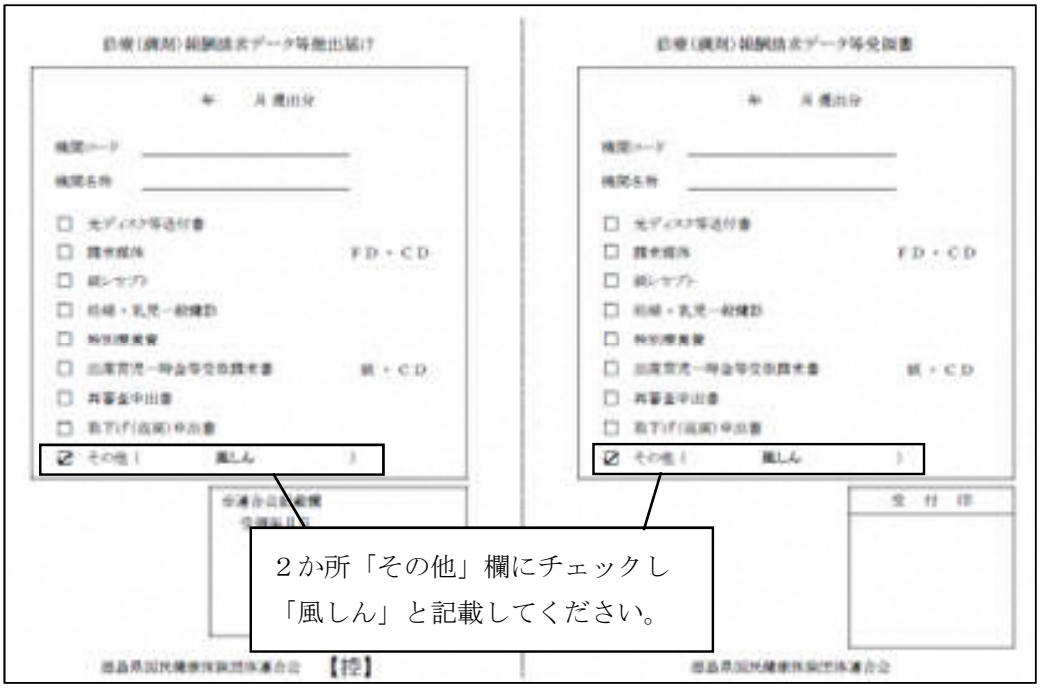
（１０日が土日祝日の場合の受付時間：午前９時～午後５時）

※２０１９年４月１２日日本医師会健康医療第二課「風しん集合契約に係る医療機関における請求・支払の事務について」では、「請求時期」について「毎月１０日（土日祝に当たる場合は翌日）まで」と記載されていますが、徳島県国保連合会では１０日が土日祝日の場合も診療報酬等受付を行っているため、１０日が土日祝日に当たる場合でも翌日を期日とはしませんのでご注意ください。

⑵　請求方法

郵送又は**持参**にて、徳島県国保連合会に提出してください。

注）持参する場合、「診療（調剤）報酬請求データ等提出届け・診療（調剤）報酬請求データ等受領書」の「その他」欄にチェックし「風しん」と記載の上、窓口に提出してください。（<u>郵送される場合、当該書類を提出いただく必要はありません。</u>）



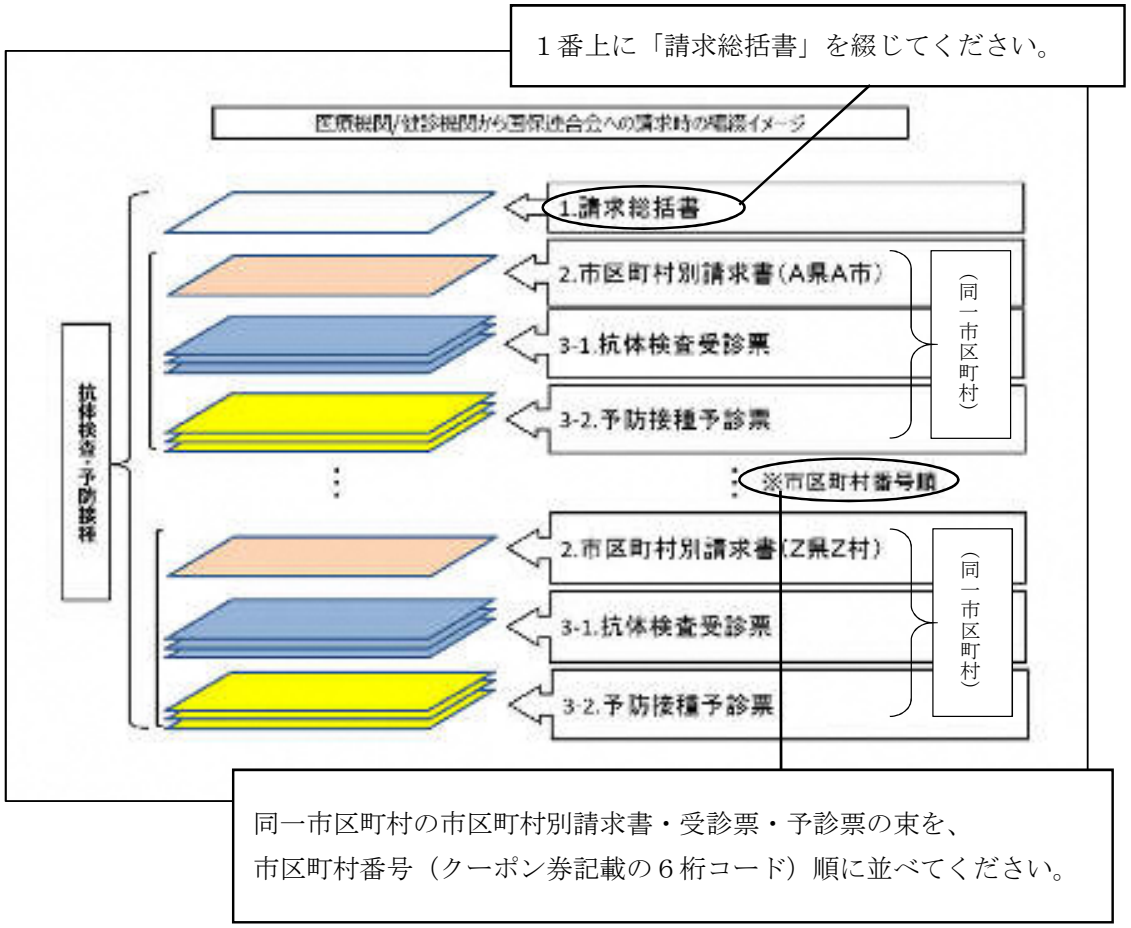
※「診療（調剤）報酬請求データ等提出届け・診療（調剤）報酬請求データ等受領書」は、徳島県国保連合会ホームページからダウンロードすることができます。

トップページ＞様式ダウンロード＞保険医療機関（薬局）

https://tokushima-kokuhoren.or.jp/download/01/

⑶　編綴方法

下図のとおり編綴した上で、提出をお願いします。



【参考】クーポン券記載の市区町村番号

2　請求書類作成上の注意点

⑴　請求総括書

（記載例）

請求総括書（総計）

○○都道府県国民健康保険団体連合会　御中

○○県○○市○○町○丁目○番○号
開設者氏名　労働次郎　印
電話番号　○○○－○○○－○○○○

記載もれ、<u>印の押し忘れ</u>にご注意ください。

「３６」から始まる１０桁の医療（健診）機関コードを記載してください。

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○○○○
請求年月	2019年○○月分

「施設等区分」に
「１：医療機関」と記載の場合
⇒　診療報酬の振込先登録口座
「２：健診等機関」と記載の場合
⇒　特定健診等の振込先登録口座
が支払先口座となります。
記載誤りにご注意ください。

西暦で記載してください。
例：令和元年６月１０日までに請求する場合
⇒　２０１９年６月分

	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	48,100	51,948
	予診のみ（※）	3	6,500	7,020
	小計	8	54,600	58,968
合計		48	221,330	239,020

※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。

市区町村別請求書で区分ごとに記載した金額の合計金額をそれぞれ記載してください。

⑵　市区町村別請求書

記載もれ、<u>印の押し忘れ</u>にご注意ください。

（記載例）

請求総括書（小計）①

○○○市区町村長様

市区町村番号

クーポン券記載の６桁コードを転記してください。

（国保の保険者番号とは異なります）

○○県○○市○○町○丁目○番○号

開設者氏名　労働次郎　印

電話番号　○○○－○○○－○○○○

風しん対策　市区町村別請求書

「３６」から始まる１０桁の医療（健診）機関コードを記載してください。

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○○○○○○○○○○○○

請求年月　2019年○○月分

西暦で記載してください。

例：令和元年６月１０日までに請求する場合　⇒　２０１９年６月分

	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	4	27,280	29,460
	小計	39	159,910	172,687
予防接種	通常	3	28,500	30,780
	予診のみ（※）	2	4,000	4,320
	小計	5	32,500	35,100
合計		44	192,410	207,787

※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。

【抗体検査】

税抜欄：税抜単価×件数

税込欄：税込単価×件数

消費税率　8 %

消費税率が改定された場合、改定前と改定後の消費税率で市区町村別請求書を分けて作成する必要がありますのでご注意ください。

【予防接種】

税抜欄：税抜単価×件数

税込欄：（税抜単価×税）※×件数

※１件ごとに１円未満の端数は切り捨て

⑶　抗体検査受診票（表面）

各項目に記載もれ等があった場合、実施機関に返戻することがありますので、
提出前に必要事項の記載もれ等がないかご確認をお願いします。

受診票裏面の付表１を参照し、該当する検査番号の□を黒く（■）塗りつぶしてください。

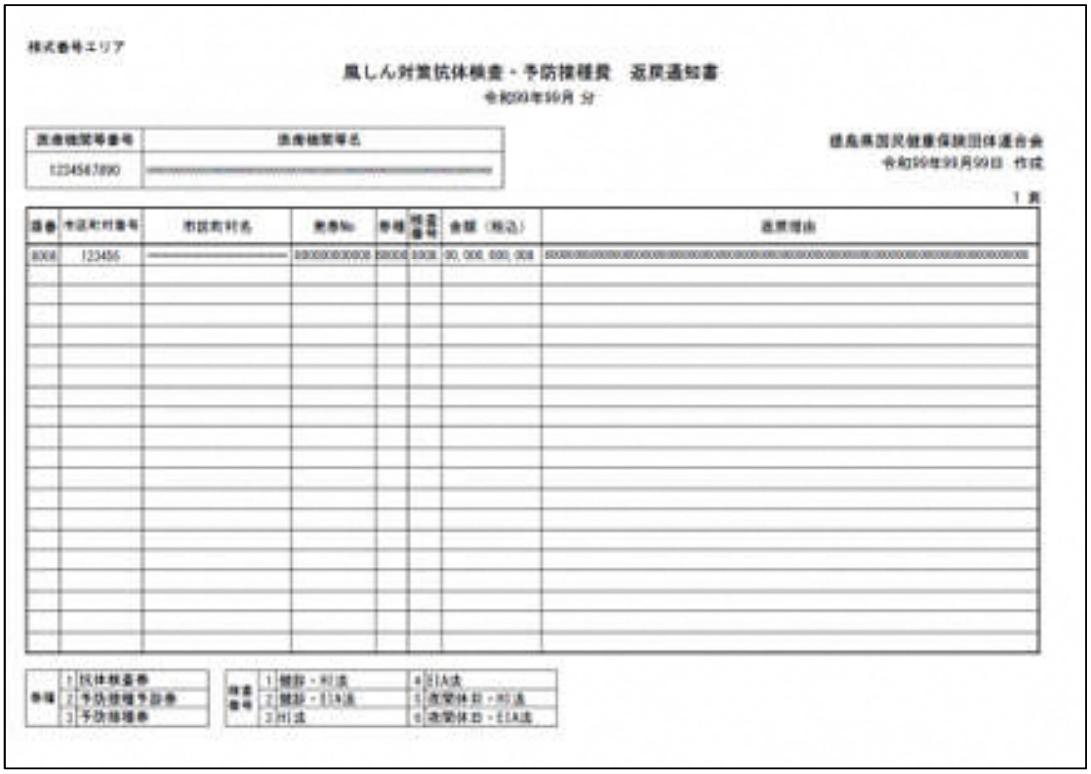
⑷　定期接種予診票

各項目に記載もれ等があった場合、実施機関に返戻することがありますので、提出前に必要事項の記載もれ等がないかご確認をお願いします。

3　各種帳票送付日

⑴　返戻通知書等

受診票等の返戻があった場合、請求（提出）月の翌月７日頃に返戻通知書と併せて該当実施機関に送付します。



株式番号エリア

風しん対策抗体検査・予防接種費　返戻通知書

令和99年99月 分

医療機関等番号	医療機関等名
123456789	――――――――――

徳島県国民健康保険団体連合会
令和99年99月99日 作成

1 頁

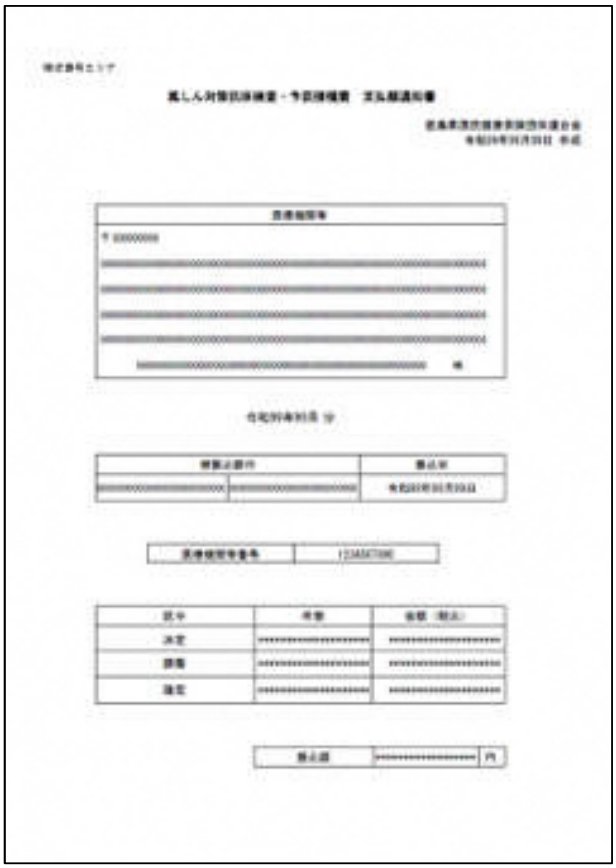
通番	市区町村番号	市区町村名	発券No	券種	検査番号	金額（税込）	返戻理由
0001	123456	――――――――	0000000000	00000	0001	99,999,999,999	0000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000000

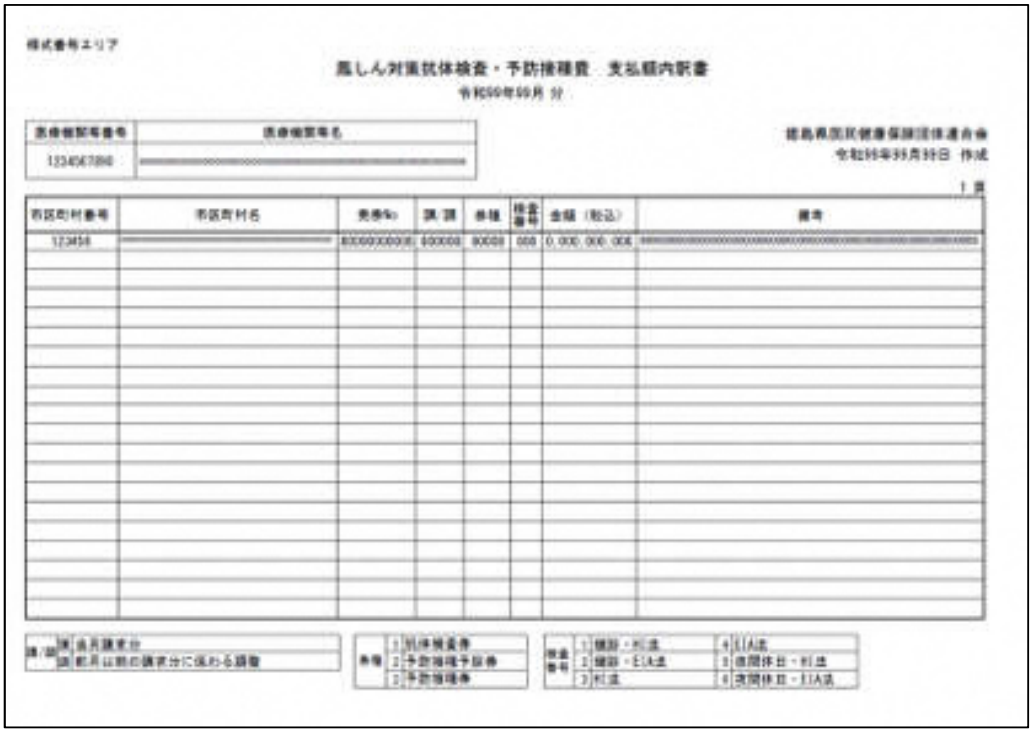
券種	
1	抗体検査券
2	予防接種予診券
3	予防接種券

検査番号			
1	健診・HI法	4	EIA法
2	健診・EIA法	5	産婦休診・HI法
3	HI法	6	産婦休診・EIA法

⑵　支払額通知書、支払額内訳書

請求（提出）月の翌月１８日頃に実施機関に送付します。





４　２０１９年度受付期日・時間及び費用支払日

請求（提出）月 ※１	受付期日	受付時間 ※２	費用支払日 ※３
２０１９年　６月	６月１０日（月）	9:00～18:00	７月２９日（月）
２０１９年　７月	７月１０日（水）	9:00～18:00	８月２７日（火）
２０１９年　８月	８月１０日（土）	9:00～17:00	９月２７日（金）
２０１９年　９月	９月１０日（火）	9:00～18:00	１０月２８日（月）
２０１９年１０月	１０月１０日（木）	9:00～18:00	１１月２７日（水）
２０１９年１１月	１１月１０日（日）	9:00～17:00	１２月２７日（金）
２０１９年１２月	１２月１０日（火）	9:00～18:00	１月２７日（月）
２０２０年　１月	１月１０日（金）	9:00～18:00	２月２８日（金）
２０２０年　２月	２月１０日（月）	9:00～18:00	３月２７日（金）

※１　請求書類を徳島県国保連合会に提出する月。（抗体検査又は予防接種実施月の翌月）

※２　１０日が平日の場合は午後６時まで、１０日が土日祝日の場合は午後５時まで。

※３　各実施機関への入金予定日。

５　その他

風しんの追加的対策に係る様式等は、厚生労働省ホームページからダウンロードすることができます。

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

【請求事務に関するお問い合わせ先】
徳島県国民健康保険団体連合会
〒７７１－０１３５　徳島市川内町平石若松７８－１
担　当　事業課事業係
電　話　０８８－６６６－０１１２
ﾌｧｸｼﾐﾘ　０８８－６６６－０１１６