

令和元年5月27日(月)	参考 資料
風しん対策に係る市町村担当者説明会	

「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～

(各医療機関への案内)

県外より HPへ 5/10 発送

徳島県国民健康保険団体連合会

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

(1) 受付期日

抗体検査又は予防接種実施月の翌月10日（必着）

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。

(2) 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。（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。）

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
年 月 提出分 機関コード _____ 機関名称 _____ ☐ 光ディスク等送付書 ☐ 請求媒体 FD・CD ☐ 紙レセプト ☐ 妊婦・乳児一般健診 ☐ 特別受診書 ☐ 出産育児一時金等受取請求書 紙・CD ☐ 再審査申出書 ☐ 取下げ（返戻）申出書 ☒ その他（ <u>風しん</u> ）	年 月 提出分 機関コード _____ 機関名称 _____ ☐ 光ディスク等送付書 ☐ 請求媒体 FD・CD ☐ 紙レセプト ☐ 妊婦・乳児一般健診 ☐ 特別受診書 ☐ 出産育児一時金等受取請求書 紙・CD ☐ 再審査申出書 ☐ 取下げ（返戻）申出書 ☒ その他（ <u>風しん</u> ）
2か所「その他」欄にチェックし「風しん」と記載してください。	
徳島県国民健康保険団体連合会 【控】	受付印

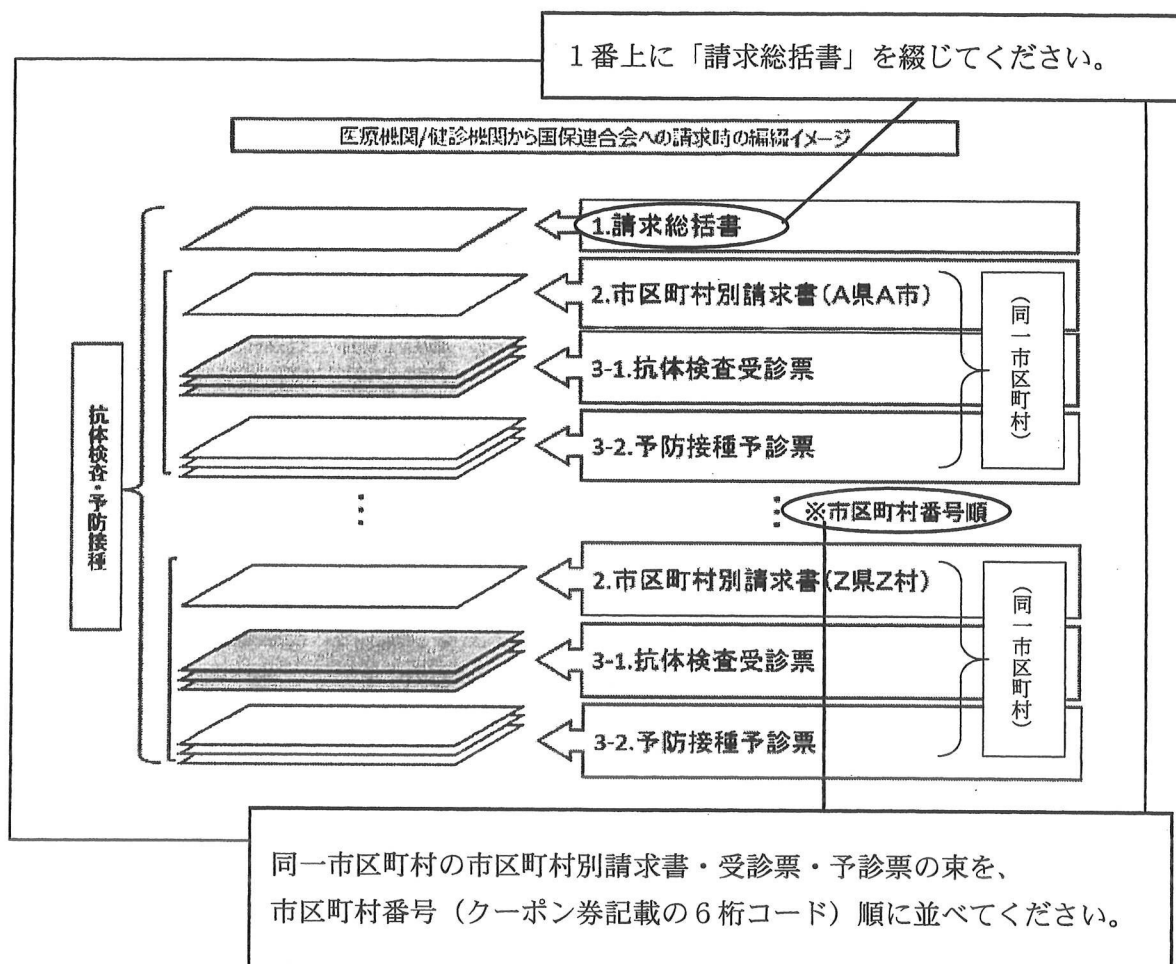
※「診療（調剤）報酬請求データ等提出届け・診療（調剤）報酬請求データ等受領書」は、徳島県国保連合会ホームページからダウンロードすることができます。

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/>

(3) 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

市区町村番号			
抗体検査	券種	抗体検査券	1
	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	発券No	0123456789	有効期限2020年03月
	(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十		
	12345678901234567		
予防接種	券種	予防接種券	3
	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	接種費用 (税抜)	9,999 円 (自己負担分を除く)	
	自己負担額 (税抜)	0 円	
	発券No	0123456789	有効期限2020年03月
抗体検査	(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十		
	12345678901234567		
予防接種	(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十		
	1234567890123456799999		

2 請求書類作成上の注意点

(1) 請求総括書

(記載例)

〇〇都道府県国民健康保険組合連合会 御中

請求総括書(総計)

記載もれ、印の押し忘れにご注意ください。

〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇〇丁目 〇〇番 〇〇号

開設者氏名 〇〇健康保険組合 印

電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

「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。

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

請求年月 2019年〇〇月〇〇日

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

「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。

	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
	予防のみ(※)	3	6,500	7,020
	小計	8	54,600	58,968
合計		48	221,330	239,020

※予防のみ(※)の費用を市町村が設定していない場合(0円の場合)は、上請求書に計上しないこと。その場合、予防費の原金を国民健康保険組合連合会に支払しないこと。

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。

この市区町村様
市区町村番号

記載もれ、印の押し忘れ
にご注意ください。

(記載例)

請求新着書(小計)①

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)

「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。

2019年〇〇月分

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。

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

5

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。

徳島県→ OCR処理しない
直接入力

(3) 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。

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		性別 男	
生年月日 昭和 52 年 4 月 1 日生（満 42 歳）		抗体検査等 東京都 〇〇市 〇〇区 電話番号 0123456789 氏名 一ニ三四五六七八九一ニ三四五六七八九十 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（麻）ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ（麻風）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。	はい ☐ いいえ ☒	
予防接種の種類（複数に〇）： 風しんワクチン 〇 麻ワクチン 〇 麻風ワクチン 〇		

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受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（医師の同意の取得、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 〇 月 〇 日 被検査者 厚生 太郎
 医師署名又は記名押印 労働 次郎

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」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・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、全員の抗体検査は「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（検査者の姓・氏名） 検査方法 HI 法 抗体価 8 単位 倍・IU/ml・その他 判定結果 いずれかに○ 風しんの第5期の定期接種 対象 風しんの第5期の定期接種 非対象		

検査番号（検査者の姓・氏名）
 1 2 3 4 5 6

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。
 この受診票を携えて、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。

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。

(4) 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。

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

風しんの第5期の定期接種予診票			
市区町村	東京	千代田	
氏名	霞が関1-2-2 厚生 太郎		
性別	男	女	
生年月日	昭和 52年 4 月 1 日	生年 (満 42 歳)	診察時の体温 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
風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か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か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、扶養検査の結果等により確認()していません。 以上の問診及び結果の結果、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後経過観察等について、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。 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、国民健康保険の支会及び国民健康保険定額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			
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 〇〇〇〇ワクチン	0.5ml	実施場所 労働クリニック	医師名 労働 次郎
Lot No. △△△△		接種年月日 20## 年 ○ 月 □ 日	接種時間等コード 0133456789

請求（提出）月の翌月１８日頃に実施機関に送付します。

株式会社エリア

風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額通知書

德惠縣國民健康保險團體聯合會
令和9年9月9日 作成

[illegible]

令和99年99月 分

被催达银行		票达日
000000000000000000000000	000000000000000000000000	令和9年06月09日

区代码	1234567890
-----	------------

[illegible]

庫込額	*****	円
-----	-------	---

様式番号工リア

風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額内訳書

令和99年99月 分

徳島県国民健康保険団体連合会
令和9年9月9日 作成

1 西

[illegible][illegible]

課/課	2月	当月請求分
	1月	前月以前の請求分に係わる調整

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	夜間休日・HI法
	3	HI法	6	夜間休日・EIA法

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

徳島県国保連合会ホームページ

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