

令和元年5月27日(月)	資料1
風しん対策に係る市町村担当者説明会	

風しん対策に係る国保連合会業務について

徳島県国民健康保険団体連合会

はじめに

○ 厚生労働省は、風しん患者届出数増加への対策として、抗体保有率の低い昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性を対象に、3年間定期接種を実施することとした。本対策の実施にあたり、まず無料で抗体検査を行い、抗体を保有していない方を対象にワクチン接種することとし、実施率を上げるため、居住地外の医療機関・健診機関で実施することや夜間・休日にも実施できるよう体制整備を行うこととした。

○ 平成30年11月、厚生労働省から国保中央会に対し、風しん対策への協力要請があり、居住地外でも受診可能とした際に、医療機関・健診機関にとっては請求先(市区町村)が、市区町村にとっては支払先(医療機関・健診機関)が多数となり、事務量が膨大となる。その負担を軽減するため、国保連合会で抗体検査・予防接種費用の請求支払業務を行うよう依頼があった。

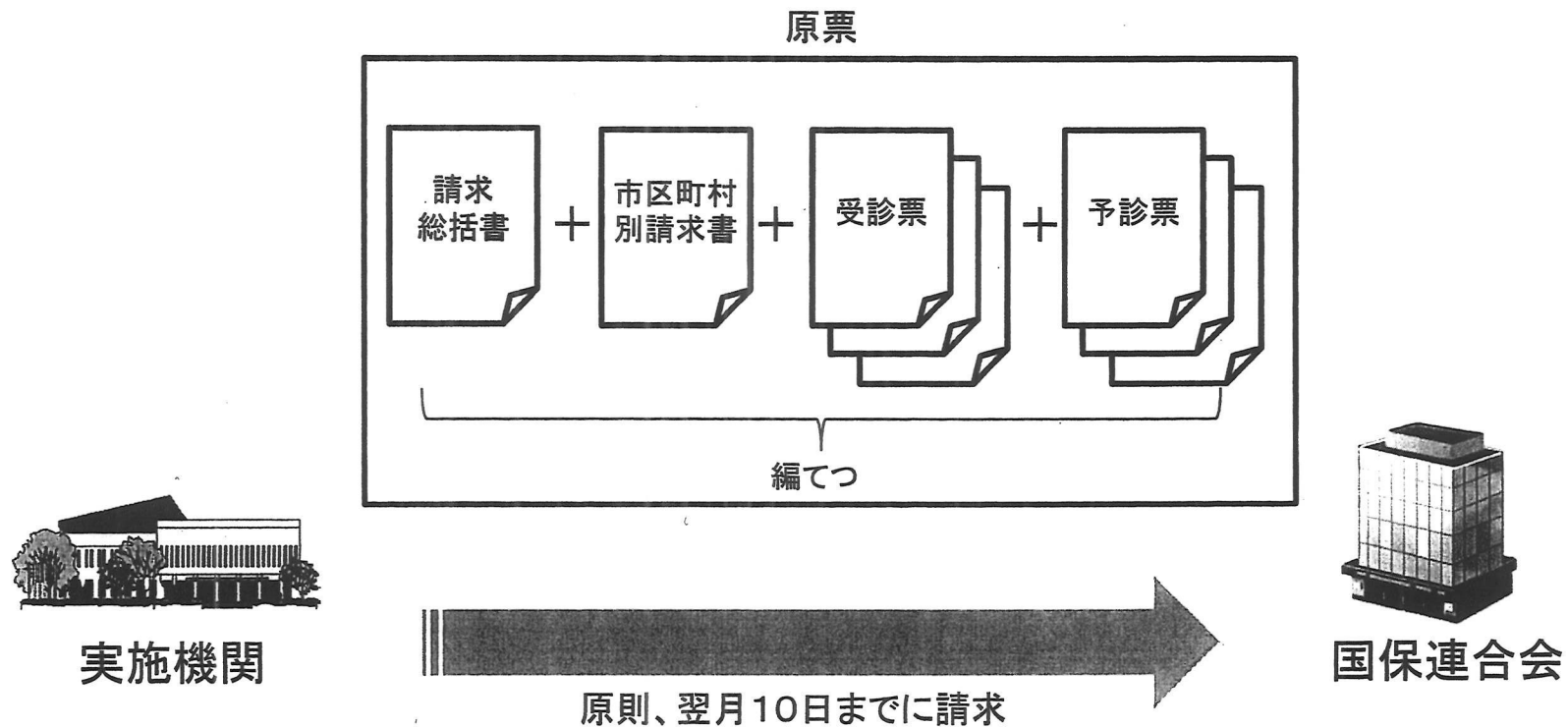
○ 厚生労働省と国保中央会の調整により、国保中央会においてシステムを開発すること及び国保連合会が風しん対策の請求支払業務を受託することとなった。

○ 本日は、風しん対策に係る国保連合会業務及び風しん対策に係る費用決済等事務に関して説明を行う。

＜受付＞

実施機関から受診票等の請求を受領する。

- ・請求総括書・・・1実施機関につき1枚(市町村には送付しない)
- ・市区町村別請求書・・・1市町村につき1枚(消費税率が異なる場合は分けて作成する)
- ・抗体検査受診票、予防接種予診票
・・・受診票、予診票それぞれ1受検者につき1枚
ただし、予診のみの請求がある場合は予診票が2枚になることもある



＜参考＞国保連合会での確認項目について
 実施機関から提出された原票は、国保連合会で以下の項目に記載漏れがないか確認する。

《請求総括書》

〇〇都道府県国民健康保険団体連合会 御中

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 ①
 開設者氏名 労働次郎 ② 印
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ③

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 ④
 医療機関・健診機関番号 1234567890 ⑤
 医療機関・健診機関名称 厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ⑥
 請求年月 2019年〇〇月分 ⑦

	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	⑧
	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	⑨
	予診のみ	0	0	0	
	小計	0	0	0	
合計		0	0	0	⑩

※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。

《確認項目》

- ①医療機関等の所在地
- ②開設者氏名(印)
- ③電話番号
- ④施設等区分
- ⑤医療機関・健診機関番号
- ⑥医療機関・健診機関名称
- ⑦請求年月
- ⑧抗体検査の区分
請求件数
請求金額(税抜)
請求金額(税込)
- ⑨予防接種の区分
請求件数
請求金額(税抜)
請求金額(税込)
- ⑩合計の請求件数
請求金額(税抜)
請求金額(税込)

《市区町村別請求書》

〇〇〇市区町村長様
市区町村番号

①

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 ②
 開設者氏名 労働次郎 ③ 印
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ④

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

1234567890 ⑤

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 ⑥

請求年月

2019年〇〇月分 ⑦

		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。

《確認項目》

- ①市区町村番号
- ②医療機関等の所在地
- ③開設者氏名(印)
- ④電話番号
- ⑤医療機関・健診機関番号
- ⑥医療機関・健診機関名称
- ⑦請求年月
- ⑧抗体検査の区分
 - 請求件数
 - 請求金額(税抜)
 - 請求金額(税込)
- ⑨予防接種の区分
 - 請求件数
 - 請求金額(税抜)
 - 請求金額(税込)
- ⑩合計の請求件数
 - 請求金額(税抜)
 - 請求金額(税込)
- ⑪消費税率

《抗体検査受診票》

風しんの抗体検査受診票				
※本券は、ご記入ください。 （市町村単位、平成26年4月2日から平成27年4月1日までの間に生まれた児童を対象に実施する風しん抗体検査に作成された票です。）				
住民票に記載されている住所 都 道 府 県 市 区 町 村	(クーポン券貼付)			
氏 名				男 ・ 女
生年月日				昭和 年 月 日生 (満 歳)
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風しん・風しん混合（MR）ワクチン又は麻疹・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。		はい	いいえ	
予防接種の種類（録画に○）（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 被検査者自署				
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・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（※医師の付添を要する）		実施場所・医師名・検査年月日		
検査方法	判定結果（いずれかに○）	実施場所	① 医療機関等コード	
抗体価	風しんの第5期の定期接種 対象	医師名	② 検査年月日 年 月 日	
単位	風しんの第5期の定期接種 非対象	検査年月日		
倍 ・ EIA法 ・ IU/mL ・ その他（ ）				
③ 検査番号（※検査番号の口を黒く塗りつぶしてください） □ 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。				

最低限 《確認項目》

- （受診票記載項目）
- ①医療機関等コード
 - ②検査年月日
 - ③検査費用額区分

《予防接種予診票》

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せんか。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、問診及び説明の結果、今日の予防接種は(可 - 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 (※自署できない場合は代署者が署名し、代署者氏名及び関係者との捺印を記載)			
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		実施場所	医師名・接種年月日
Lot No.	0.5ml	医師名	接種年月日
(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日	接種年月日

※予防接種券(ご本人控え)は、予防接種済証を兼ねているため、予診票に貼付された場合は返戻対象となる。

《確認項目》

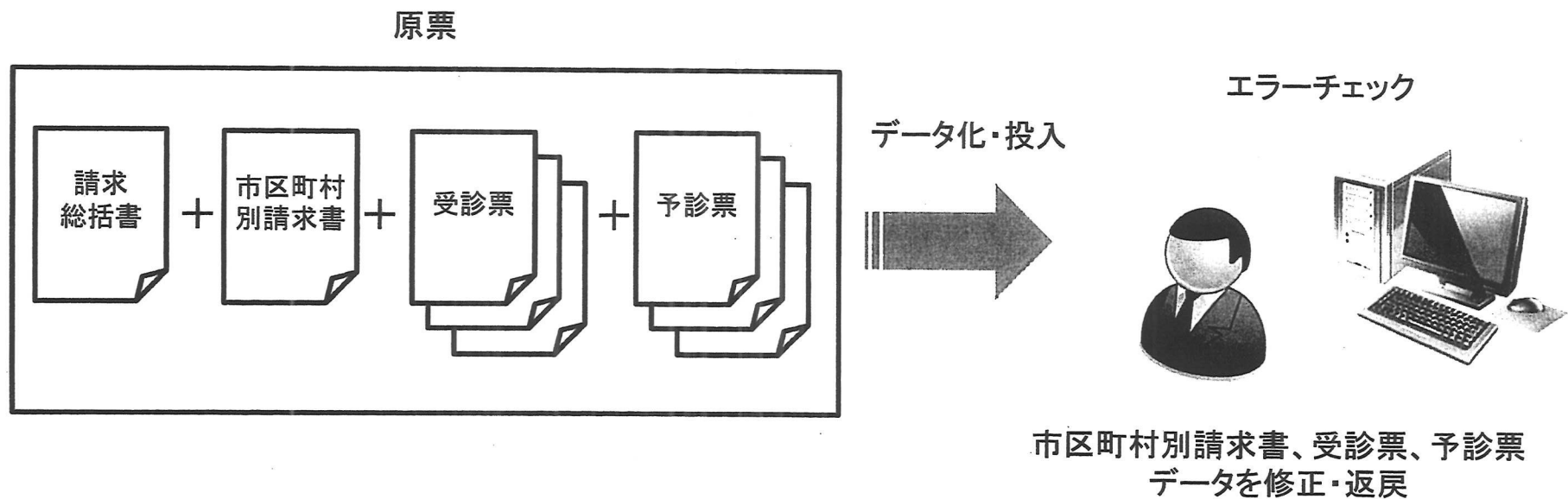
- (受診票記載項目)
- ①医療機関等コード
 - ②接種年月日

検査予診票のみ
国保連合会
以外、クーポン券
見5付場合は
返戻しない
OK

＜システム投入、エラーチェック＞

実施機関から受け付けた請求書・受診票等をデータ化し、請求書・受診票等を国保連合会のシステムに投入する。

投入したデータをもとに、エラーチェックを行う。必要に応じて、市区町村別請求書、受診票、予診票のデータを修正・返戻する。



<参考> (1/3)

市区町村別請求書、受診票、予診票のデータを修正・返戻した場合、それに合わせて原票も修正する。

【例】市区町村別請求書の修正
(抗体検査「③HI法」を1件返戻する場合)

修正該当箇所は取り消し線を引く

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○○○○○○○○○○○○○○
請求年月	2019年○○月分

	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。

<修正>

③ $-1 / -4,930 / -5,324$ 返戻 ← 修正増減

＜確定＞

• ③ 39/192,270/207,636

·抗小 209/770,070/831,596

・計 224/840,070/907,196

＜修正＞

補正した件数・税抜額・税込額および修正理由を記載する。

※修正理由

・返戻

・トータルチェック

・縦計誤り

・横計誤り 等々...

＜確定＞

修正の結果、数値が変動した件数・税抜額・税込額に対し、それぞれの確定の数値を記載する。

極力、記載内容を簡略化するため、以下の規則で記載する。「(略号)」については後述。

「・(略号) 件数／税抜額／税込額」

検査内容に誤りがあった場合も修正する。

市区町村別請求書、受診票、予診票のデータを修正・返戻した場合、それに合わせて原票も修正する。

(抗体検査「①健診・HI法」を1件返戻し、併せて予防接種の請求金額を訂正する場合)

予防接種について、本来であれば単価9,000円とすべきところ、誤って8,000円で市区町村別請求書を作成してしまったケースを例とする。

※単価9,000円は仮の金額です。

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。

① $-1/-1,290/-1,393$ 返戻

・予通 ±0 / +15,000 / +16,200 トータルチェック

• ① 19/24,510/26,467

•抗小 74/302,210/326,357

予通 15/135,000/145,800

・予小 25/150,000/162,000

・計 99/452,210/488,357

<参考> (3/3)

市区町村別請求書、受診票、予診票のデータを修正・返戻した場合、それに合わせて原票も修正する。

【凡例】市区町村別請求書の修正記載の簡略化(略号)

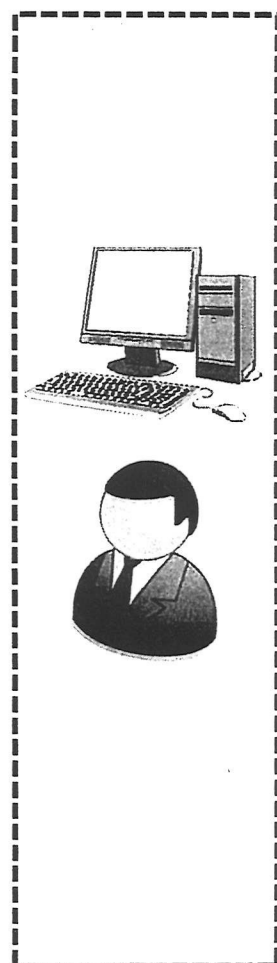
			略号
抗体検査	①健診・HI法	⇒	①
	②健診・EIA法	⇒	②
	③HI法	⇒	③
	④EIA法	⇒	④
	⑤夜間休日・HI法	⇒	⑤
	⑥夜間休日・EIA法	⇒	⑥
	小計	⇒	抗小
予防接種	通常	⇒	予通
	予診のみ	⇒	予診
	小計	⇒	予小
合計		⇒	計

＜他県市町村・県内実施機関分＞

県内実施機関から徳島県国保連合会に届いた市区町村別請求書および受診票等の原票を、他県市町村所在の国保連合会ごとに仕分けし、発送する。

また、全国決済データとして、他県市町村所在の国保連合会に送信する。

徳島県国保連合会



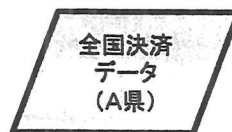
郵送

送信



郵送

送信



受領

受信

他県国保連合会



A県

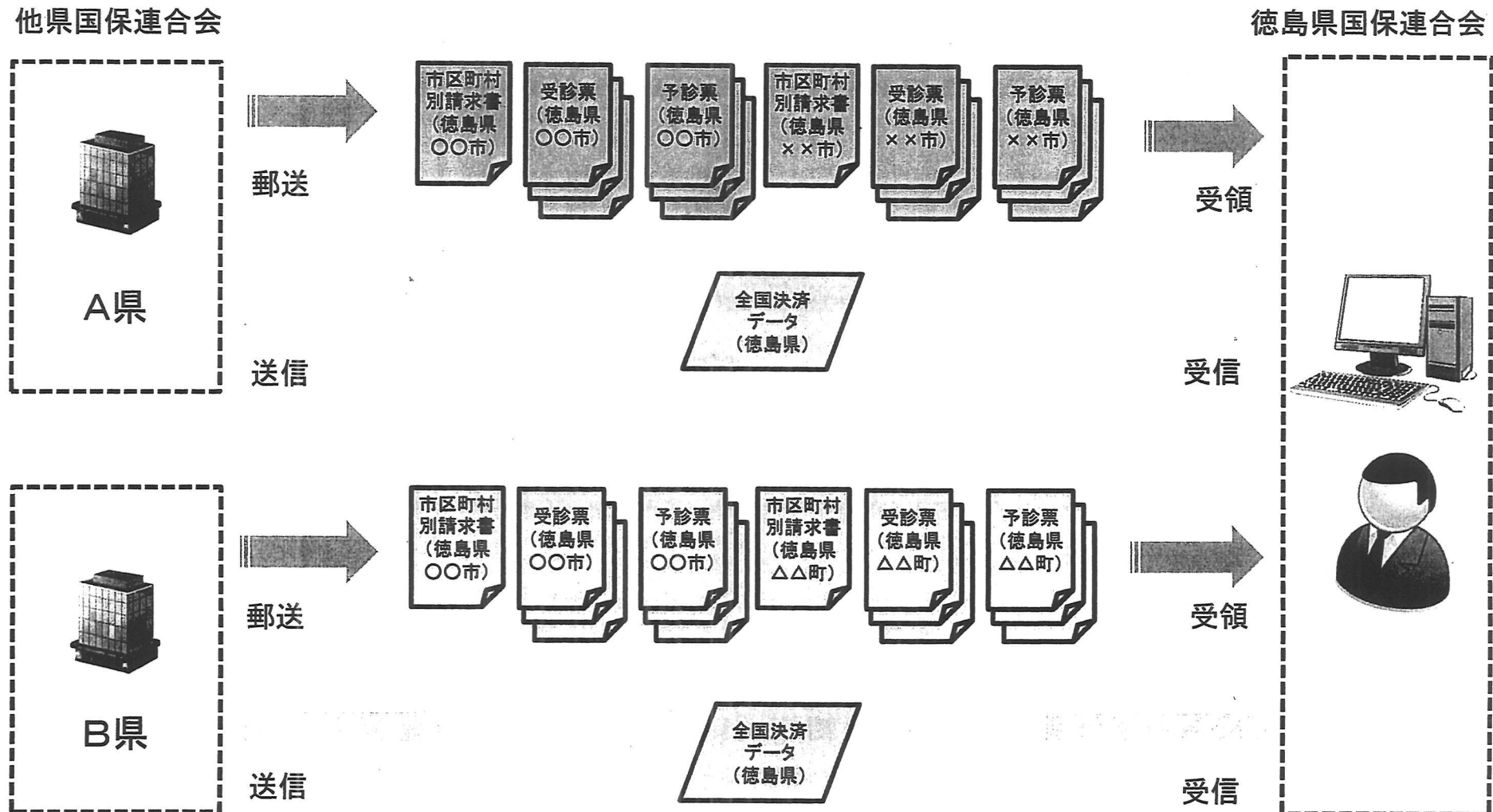


B県

＜県内市町村・他県実施機関分＞

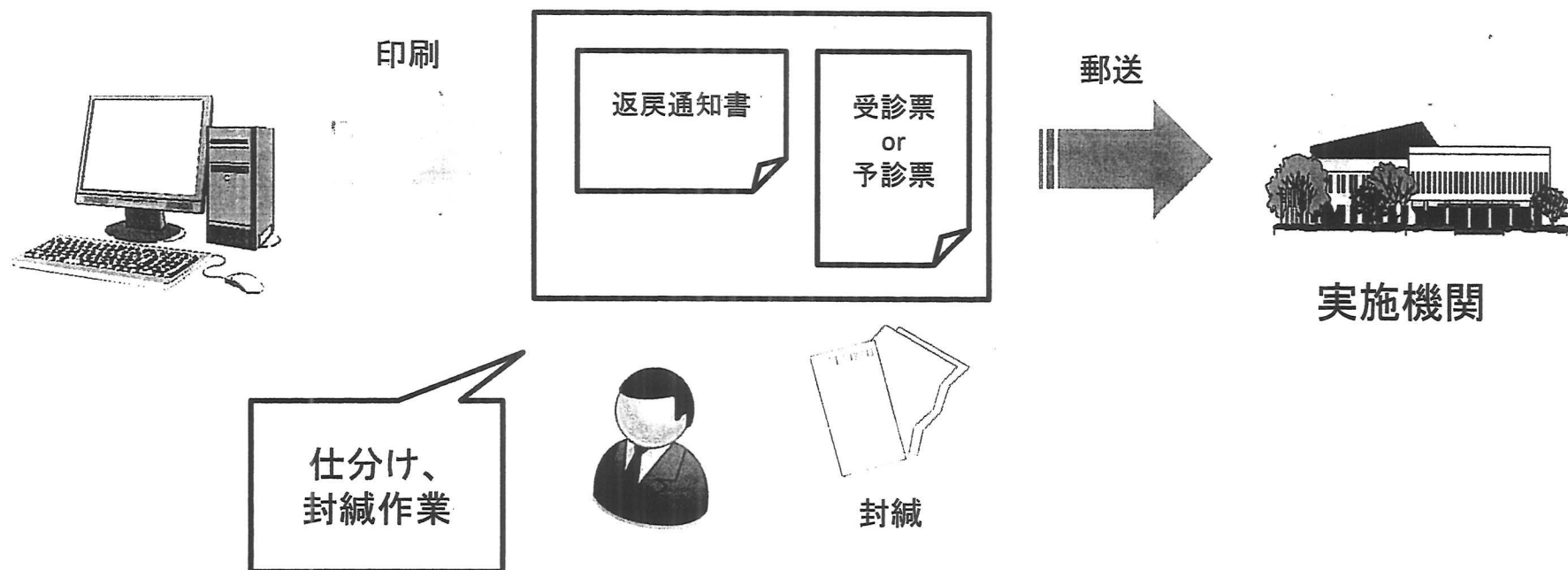
他県実施機関所在の国保連合会から徳島県国保連合会に送付された市区町村別請求書および受診票等の原票を受領する。

また、他県実施機関所在の国保連合会から届いた全国決済データを受信する。



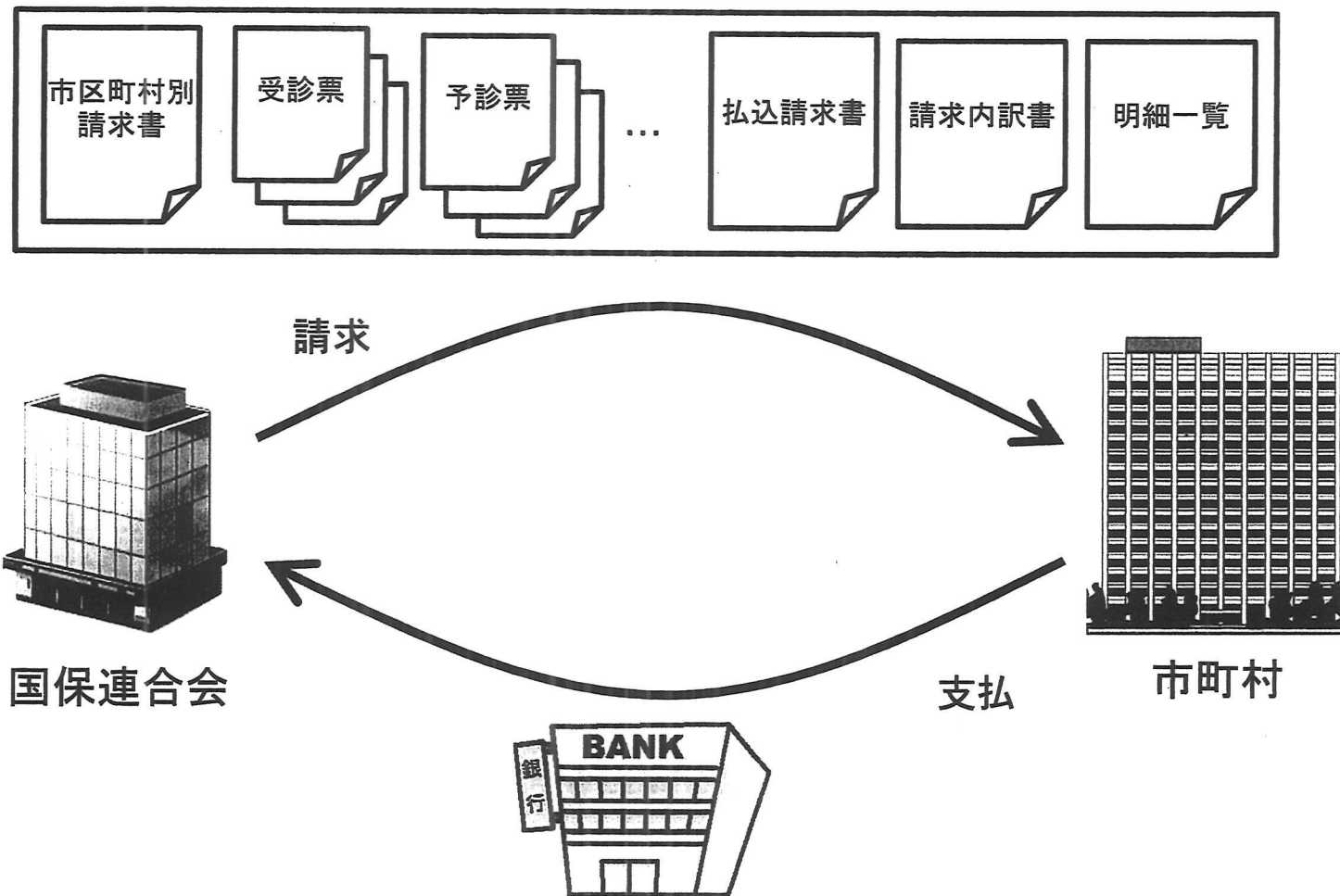
＜返戻帳票出力・発送＞

エラー処理において、返戻登録したデータがあった場合、返戻通知書を出力し、返戻対象の受診票等の原票とともに実施機関へ送付する。



＜請求帳票等発送＞

市町村向けの請求帳票（払込請求書・請求内訳書・明細一覧）と、市区町村別請求書および受診票等の原票を市町村に送付する。



＜支払帳票発送および支払＞

実施機関向けの支払帳票(支払額通知書・支払額内訳書)を実施機関へ送付するとともに、金融機関向け振込データを使用し、実施機関に振込みを行う。

