

風しんの追加的対策に関する説明会

令和元年5月9日(木) 福井県生活学習館 1階多目的ホール

風しん対策業務にかかる費用の 請求および支払について

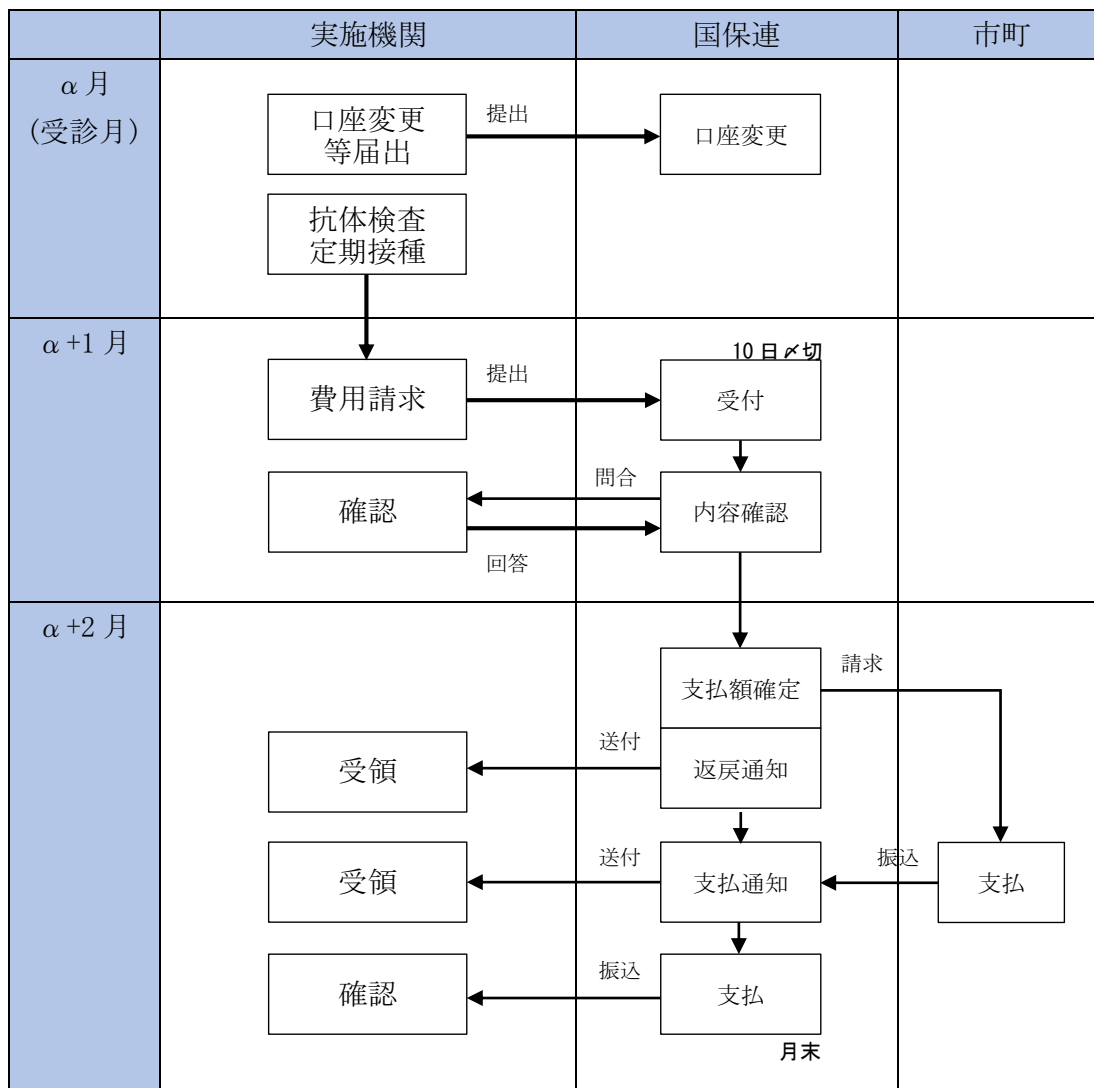
令和元年5月

福井県国民健康保険団体連合会

1 請求支払の概要

風しん対策にかかる抗体検査や第 5 期の定期接種を行った医療機関および健診機関（以下「実施機関」という。）は、その費用の請求を実施機関が所在している国保連合会へ請求します。

請求支払業務フロー



2 事前準備

(1) 受診票等の準備

風しんの抗体検査および風しんの第5期定期接種を実施する際には、対象者がクーポン券のみを持参しても風しんの抗体検査等を実施できるよう、抗体検査受診票や定期接種予診票を準備しておく等、必要な対策をお願いいたします。

実施機関で受診票等を準備される場合には、必ず本対策用の統一様式（厚生労働省の下記ホームページからダウンロード）をご使用ください。

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

(2) 費用の支払先変更

本業務にかかる費用の支払先は、原則として診療報酬または特定健診等の振込先として指定している口座と同一の口座です。※診療報酬と特定健診の両方を請求している実施機関の場合、診療報酬支払用の口座に支払います。

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、以下の事項にご留意ください。

- ①必ず国保連合会に問い合わせること
- ②口座登録用書類に必要事項を記載、押印の上、国保連合会に提出すること（口座登録用書類の様式は、厚生労働省ホームページからダウンロードしてください。）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00001.html
- ③平成31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合会に報告すること
- ④令和元年5月以降に集合契約に参加する実施機関は、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合会に報告すること
- ⑤上記の他、口座情報を変更する必要がある場合も、事前に必ず国保連合会に問い合わせること

3 請求書類の様式および記載方法

国保連合会に提出する請求書類の様式や記載方法については、厚生労働省のホームページに掲載されている下記の情報を参照してください。

また、本資料の別添資料（記載例）も参考としてください。

	様式	記載方法
請求総括書	「実績報告書（請求総括表及び市区町村別請求書）」	「実績報告書（請求総括表及び市区町村別請求書）の作成手順書」
市区町村別請求書		
抗体検査受診票	「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」	「医療機関・健診機関向け手引き第2版（本体）（付属資料）」
定期接種予診票		

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

4 請求書類の提出

(1) 提出先

本対策にかかる請求書類は、下記住所へ提出してください。

〒910-0843

福井県福井市西開発 4 丁目 202-1 福井県自治会館 4 階

福井県国民健康保険団体連合会

※福井県内の実施機関は、県外の市区町村の請求書類も福井県国保連に提出します。

(2) 提出方法

請求書類は、窓口へ直接持参いただくか、郵便等で送付してください。

①窓口…毎月 8 日頃より、9 時から 17 時まで開所しています。ただし、土日・祝日は 10 日のみ開所します。提出の際には、必ず「風しん対策請求書等受領書」を添付してください。

②郵送等…郵便や宅配便での提出も受け付けます。提出の際には、必ず「風しん対策請求書等送付状」を同封してください。

※診療報酬等の請求と同封していただいて構いません。

(3) 提出期日

原則として、風しんの抗体検査の結果が判明した日または風しんの第 5 期の定期接種の実施日の翌月 10 日までに、必要書類を提出してください。(持参、郵送等ともに 10 日必着です。)

ただし、平成 31 年 4 月および令和元年 5 月に実施した風しんの抗体検査等の費用の請求は、6 月 10 日までに、2 か月分の請求総括書および市区町村別請求書を 1 枚にまとめて※請求してください。

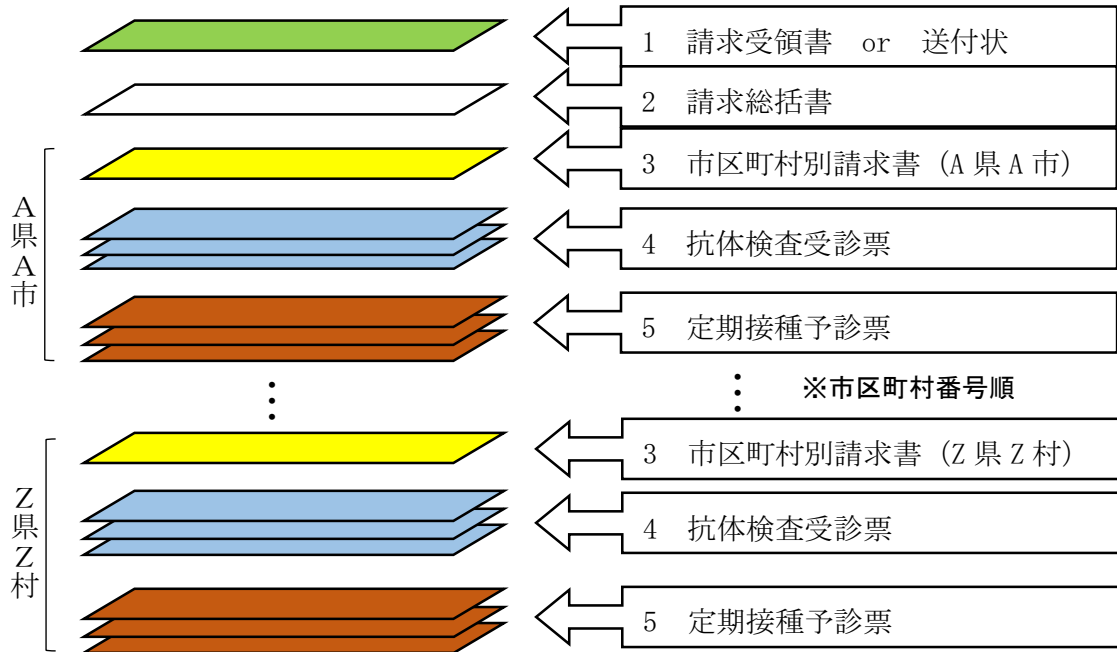
※6 月以降も、月遅れ請求分があっても 1 枚の市区町村別請求書にまとめてください。

(4) 請求書類の編綴

本対策にかかる請求書類は以下のとおりで、全て紙面で提出します。提出に当たっては、次ページのとおり編綴してください。

No.	種類	備考
1	風しん対策請求書等受領書	持参の場合に添付
2	風しん対策請求書等送付状	郵送等の場合に添付
3	風しん対策請求総括書	市区町村別請求書の合計
4	風しん対策市区町村別請求書	市区町村別の受診票・予診票の合計
5	風しんの抗体検査受診票	記載漏れ等に注意
6	風しんの第 5 期の定期接種予診票	

請求書類編綴イメージ



※ホッチキス止め等はしないでください。

(5) 請求受領書および送付状

本対策にかかる請求書類には、提出方法が持参の場合は「風しん対策請求書等受領書」、郵送等の場合は「風しん対策請求書等送付状」を必ず添付してください。(別添の各様式を参照のこと。)また、以下の点にご留意ください。

- 受領書について、取扱いの年月欄には「提出月」を記載します(受診月ではありません)。
- 受領書や送付状は、診療報酬等他の受領書等との併用はできません。

5 支払い

(1) 国保連合会での請求書類の確認

国保連合会では、受け付けた請求書類について、金額や書類の記載誤り等を確認した上で、支払金額を算出します。

- ・請求書類に不明な箇所等があった場合は、電話で内容を確認させていただきます。※請求書類の控え等をご用意ください。
- ・確認の結果、受診票や予診票を返戻させていただく場合があります。返戻となった受診票等は、提出月の翌月上旬に、返戻通知書とともに送付します。

(2) 支払日

本対策にかかる費用の支払日は、請求書類提出月の翌月末日となります。ただし、末日が休日の場合は、その前営業日となります。

支払いに当たっては、実施機関に対して支払額通知書および支払額内訳書を送付します。

(3) 支払後に判明した過誤について

費用の支払後、その請求内容に誤りが判明した場合は、実施機関と市区町村で調整していただくことになります。

参考：請求書類記載例

※以下の記載例を参考に請求書類を提出してください。

※具体的な作成方法については、厚生労働省ホームページ（医療機関・健診機関向け手引き、または Excel ファイル「実績報告書（請求総括書及び市区町村別請求書）の作成手順書」）をご覧ください。

【請求総括書】

（記載例）

請求総括書（総計）

福井県国民健康保険団体連合会 御中

福井県福井市西開発4丁目202-1
開設者氏名 国保 連太郎
電話番号 0776-57-1611

**国保連
クリニック**

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 1810199999
医療機関・健診機関名称 国保連クリニック
請求年月 2019年7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	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	6	29,580	31,944
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	1	5,430	5,864
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	7	35,010	37,808
予防接種	通常	1	10,000	10,800
	予診のみ	0	0	0
	小計	1	10,000	10,800
合計	8	45,010	48,608	

※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。

紙面で二重線で消す、もしくは Excel 上で削除する。

市区町村別請求書の合計となっているかを確認。

【市区町村別請求書 1】

東京都千代田区長様
市区町村番号

1 3 1 0 1 6

（記載例）

請求総括書（小計）①

福井県福井市西開発4丁目202-1

開設者氏名 国保 連太郎

電話番号 0776-57-1611



①市区町村名は、福井県
外の市区町村の場合は、
都道府県名も記載。

②市区町村番号は、診療
報酬の市区町村番号と違
うため注意。

風しん対策 市区町村別請求書

番号 1810199999

医療機関・健診機関名称 国保連クリニック

請求年月 2019年7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	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	1	4,930	5,324
	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	1	4,930	5,324
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		1	4,930	5,324

市区町村別の、受診票
および予診票の合計と
なっているかを確認。

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。

【市区町村別請求書 2】

福井市長様	(記載例)																																																						
市区町村番号	請求総括書 (小計) ②																																																						
1 8 2 0 1 0																																																							
福井県福井市西開発4丁目202-1																																																							
開設者氏名 国保 連太郎																																																							
電話番号 0776-57-1611																																																							
風しん対策 市区町村別請求書																																																							
医療機関・健診機関番号	1810199999																																																						
医療機関・健診機関名称	国保連クリニック																																																						
請求年月	2019年7月分																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>請求件数</th> <th>請求金額 (税抜)</th> <th>請求金額 (税込)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7">抗体検査</td> <td>①健診・HI法</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>②健診・EIA法</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>③HI法</td> <td>5</td> <td>24,650</td> <td>26,620</td> </tr> <tr> <td>④EIA法</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>⑤夜間休日・HI法</td> <td>1</td> <td>5,430</td> <td>5,864</td> </tr> <tr> <td>⑥夜間休日・EIA法</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>小計</td> <td>6</td> <td>30,080</td> <td>32,484</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">予防接種</td> <td>通常</td> <td>1</td> <td>10,000</td> <td>10,800</td> </tr> <tr> <td>予診のみ</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>小計</td> <td>1</td> <td>10000</td> <td>10800</td> </tr> <tr> <td colspan="2">合計</td> <td>7</td> <td>40,080</td> <td>43,284</td> </tr> </tbody> </table>						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	5	24,650	26,620	④EIA法	0	0	0	⑤夜間休日・HI法	1	5,430	5,864	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0	小計	6	30,080	32,484	予防接種	通常	1	10,000	10,800	予診のみ	0	0	0	小計	1	10000	10800	合計		7	40,080	43,284
		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	5	24,650	26,620																																																			
	④EIA法	0	0	0																																																			
	⑤夜間休日・HI法	1	5,430	5,864																																																			
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0																																																			
	小計	6	30,080	32,484																																																			
予防接種	通常	1	10,000	10,800																																																			
	予診のみ	0	0	0																																																			
	小計	1	10000	10800																																																			
合計		7	40,080	43,284																																																			
		消費税率	8%																																																				
<p>※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。</p>																																																							

【市区町村別請求書 3】

京都府京都市長様 市区町村番号 2 6 1 0 0 9	(記載例) 請求総括書 (小計) ③
福井県福井市西開発4丁目202-1 開設者氏名 国保 連太郎 電話番号 0776-57-1611	国保 クリニ
風しん対策 市区町村別請求書	
医療機関・健診機関番号 1810199999 医療機関・健診機関名称 国保連クリニック 請求年月 2019年7月分	

厚生労働省ホームページの Excel ファイルを使用する場合、請求書シートを追加する毎に、この部分の数字を修正する。

		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	1	5,430	5,864
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	1	5,430	5,864
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		1	5,430	5,864

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。

【抗体検査受診票】

風しんの抗体検査受診票			
<small>※本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。</small>			
住民票に記載されている住所	福井 福井 大手3丁目17-1	券種 抗体検査券	1
氏名	風疹 済雄 男・女	請求先 〇〇県〇〇市	123456
生年月日	昭和 50 年 6 月 1 日生（満 44 歳）	発券No 0123456789	有効期限2020年03月
		(氏名)一三四五六七八九一〇一二三四五六七八九十 (国保連提出用) 12345678901234567	
質問事項		回答欄	医師 関
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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
<small>（「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。</small>		はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
<small>（「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。</small>		はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
<small>（「はい」の場合）そのときの予防接種の記録はありますか。</small>		はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
<small>予防接種の種類（該当に〇）（風しんワクチン・MRワクチン・MMRワクチン）</small>		はい <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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、口に✓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。 <input type="checkbox"/> 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。） 2019 年 6 月 8 日 被検者自署 風疹 済雄 <small>（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載）</small>			
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 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> ・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 <input checked="" type="radio"/> 非対象 <input type="radio"/> ）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 <input type="radio"/> ・なし <input checked="" type="radio"/> ・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 <input checked="" type="radio"/> ・不要 <input type="radio"/> ）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 （いずれかに〇）	実施場所・医師名・検査年月日
検査方法：	H / 法	風しんの第5期の定期接種 対象	実施場所 国保連クリニック 医療機関等コード 1810199999
抗体価	単位 倍・EIA価・IU/mL・その他（ ）	風しんの第5期の定期接種 非対象	医師名 国保 連太郎 検査年月日 2019 年 6 月 8 日 （西暦）
抗体価 8			
検査番号（※裏面の付表1を参照）			
<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 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。			

国保連提出用のクーポン券を貼付。

全ての項目が記載されているか確認。
 ※記載誤りや記載漏れがある場合は、原則として返戻します。

【定期接種予診票】

風しんの第5期の定期接種予診票		券種		予防接種券		3	
※太枠内をご記入ください。		請求先		〇〇県〇〇市		123456	
住民票に記載されている住所		接種費用		(税抜) 9,999 円 (自払負担分を除く)			
福井 福井		自払負担額		(税抜) 0 円			
大手3丁目17-1		券No		0123456789		有効期限2020年03月	
氏名		風疹 済雄		男・女		(氏名)一三三四五六七八九〇一一二三四五六七八九十 1234567890123456799999 (国保連発用)	
生年月日		昭和 50 年 6 月 1 日生 (満 44 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。		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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。		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> 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。		<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ					
現在、何か病気にかかっていますか。(病名:)		はい <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>					
治療(投薬など)を受けていますか。(治療の内容:)		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
免疫不全と診断されたことがありますか。		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
今日の予防接種について質問がありますか。		はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>					
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 (<input checked="" type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 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 <u>国保 連太郎</u>					
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。 (<input checked="" type="radio"/> 接種を希望します <input type="radio"/> 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。 2019 年 6 月 8 日 被接種者自署 <u>風疹 済雄</u> (※自署できない者は代理人が署名し、代理人氏名及び被接種者との続柄を記載)							
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 *****ワグチン		0.5ml		実施場所 国保連クリニック		医療機関等コード 1810199999	
Lot No. 123456789				医師名 国保 連太郎			
(注)有効期限が切れていないか確認				接種年月日 2019 年 6 月 8 日			
				(西暦)			