

「風しんの追加的対策」における風しんの抗体検査 及び予防接種の費用の請求に関する留意点について

1. 実施機関における請求事務について

(1) 請求の締切日 原則毎月10日まで

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10日までに、滋賀県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という）へ必要書類を提出してください。

(2) 必要書類

- ①請求総括書（総計）《14ページ参照》
- ②請求総括書（小計）※市区町村別請求書
《15ページ参照》
- ③抗体検査受診票 《16ページ参照》
- ④予防接種予診票 《18ページ参照》

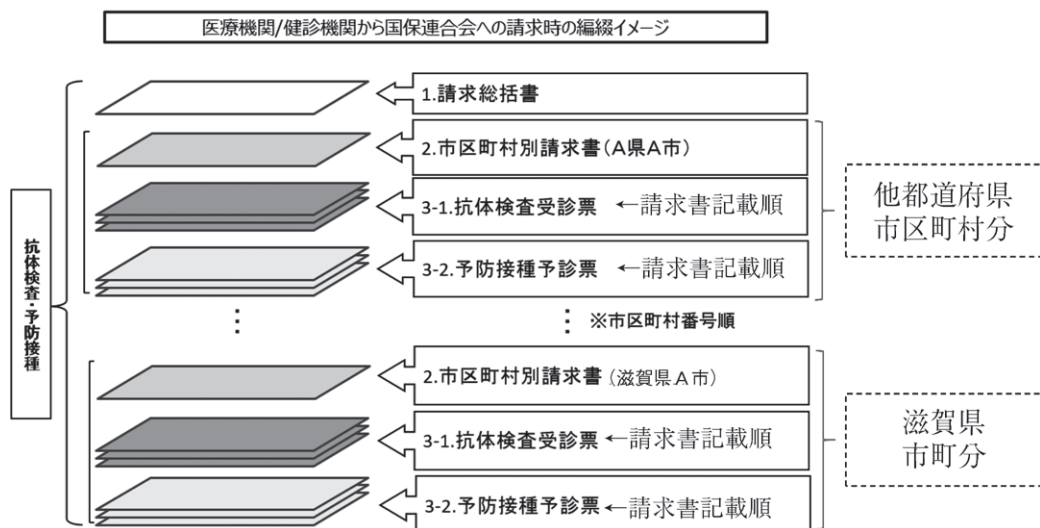
※様式については、厚生労働省ホームページ（「風しんの追加的対策について」）からダウンロード可能です。
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00001.html)

※1 上記書類の提出については、厚生労働省健康局「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医療機関・健診機関向け手引き（第2版）」(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00003.html) の記載内容をご確認のうえ、記載もれ等ないようお願いいたします。

※2 上記③抗体検査受診票の裏面を別刷りできることとなっていますが、その場合、裏面の提出は不要となります。

(3) 編綴順

請求総括書、市区町村別請求書、抗体検査受診票、予防接種予診票の順に、ひとつにまとめて左上をホッチキスや紐等で綴じてください。



その他、他都道府県市区町村分の束（市区町村別請求書～予防接種予診票）を上にして、滋賀県内の市町分の束を一番下に並べていただき、各抗体検査受診票や予防接種予診票は請求書記載順（抗体検査受診票＝健診・HI法～夜間休日・EIA法、予防接種予診票＝通常・予診のみ）にまとめて提出いただきますようご協力をお願いいたします。

2. 費用の支払について

費用については、請求があった月の翌月末日に登録されている口座に国保連合会から振り込まれます。振込先は、原則として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と同一の口座です。〔請求総括書（総計）施設等区分で1：医療機関か2：健診機関を指定〕

但し、やむを得ない事情がある場合には、本追加的対策用の支払先口座を別途指定することも可能です。

※支払先を別途指定する場合 「医療機関・健診機関向け手引き（第2版）36ページ抜粋」

- ① 必ず国保連合会に問い合わせること
- ② 国保連合会から送付される口座登録用書類に必要事項を記載の上、返送すること
- ③ 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20日までに口座情報を報告すること（例：本年6月に実施機関一覧表に掲載→本年7月20日までに口座情報を報告）

3. 集合契約における風しんの第5期の定期接種の費用について

19ページに掲載の「「風しんの追加的対策」における市町別クーポン券発券状況及び市町別接種費用額等一覧表（2019年度一括発行分）」の表（右欄）に各市町別の接種費用額、予診費用額が記載されていますのでご確認ください。

4. その他留意事項

- ① 「「風しんの追加的対策」における市町別クーポン券発券状況及び市町別接種費用額等一覧表（2019年度一括発行分）」のとおり、大津市、彦根市、長浜市、米原市のクーポン券発券対象者には受診票は送付されないため、16ページに掲載の受診票をコピーしてお使いください。
- ② 従来から実施している、妊娠を希望する女性とその配偶者などの同居の方を対象とした「滋賀県風しん抗体検査事業」の請求先は滋賀県庁薬務感染症対策課（受検者が大津市民の場合は大津市保健所）ですので、くれぐれもお間違えのないよう、提出前にご確認ください。（送付先を間違えると返戻されてきます）

滋賀県国民健康保険団体連合会 御中

請求総括書（総計）

医療機関所在地

滋賀県

開設者氏名 _____ 印

電話番号 _____

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 () 2:健診機関

医療機関・健診機関番号 2 5 1 _____

医療機関・健診機関名称 _____

請求年月 _____ 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。

長 様
市区町村番号

--	--	--	--	--	--

請求総括書（小計）

医療機関所在地

滋賀県

開設者氏名 _____ 印

電話番号 _____ - _____ - _____

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

2 5 1 _____

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			
	予診のみ			
	小計			
合計				

消費税率 _____ %

※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。

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 市 区 町 村 府 県
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、 <u>今回の抗体検査は</u> （ 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		実施場所	医師名
抗体価	単位	風しんの第5期の定期接種 対象	医療機関等コード 2 5 1	
	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。

【参照】風しんの抗体検査受診票の記載に際して

● 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、該当する番号の口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、1 2 月 29 - 3 1 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)
	1. 5 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）	2. 5 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・バイオメリュー株式会社)
LTI法（ラテックス免疫比濁法）	1. 5 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）	2. 0 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)
	1. 1 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)
	1. 5 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 市 区 府 県 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	0.5ml	実施場所	医療機関等コード
	Lot No.		医師名	2 5 1
	(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日 年 月 日 (西暦)	

「風しんの追加的対策」における市町別クーポン券発券状況及び市町別接種費用額等一覧表（2019年度一括発行分）

No.	市町名	自治体コード (市町番号)	事業全体の対象者数 (概ねH31.4月時点) S37.4.2～S54.4.1生の 17学年分	2019年度の対象者数 (市町抽出データ数) S47.4.2～S54.4.1生 7学年分	各市町のクーポン券 一括発券対象範囲		対象者への送付物				予診費用額	接種費用額	市町名
					17学年分	7学年分	クーポン 台紙	受診案内 チラシ	受診票	リーフ レット			
1	大津市	252018	41,100 件	17,613 件		○	○	○		0 円	9,220 円	大津市	
2	彦根市	252026	13,699 件	6,088 件		○	○	○		0 円	8,850 円	彦根市	
3	長浜市	252034	13,718 件	6,068 件		○	○	○		0 円	9,219 円	長浜市	
4	近江八幡市	252042	9,388 件	4,214 件		○	○	○	○	0 円	8,760 円	近江八幡市	
5	草津市	252069	17,449 件	8,041 件		○	○	○	○	0 円	9,770 円	草津市	
6	守山市	252077	10,573 件	4,968 件		○	○	○	○	0 円	9,120 円	守山市	
7	栗東市	252085	9,291 件	4,399 件		○	○	○	○	0 円	9,770 円	栗東市	
8	甲賀市	252093	11,159 件	4,653 件		○	○	○	○	0 円	9,220 円	甲賀市	
9	野洲市	252107	6,233 件	2,866 件		○	○	○	○	0 円	9,120 円	野洲市	
10	湖南市	252115	6,878 件	3,058 件		○	○	○	○	0 円	9,220 円	湖南市	
11	高島市	252123	5,078 件	2,047 件		○	○	○	○	1,700 円	9,080 円	高島市	
12	東近江市	252131	13,345 件	5,980 件		○	○	○	○	0 円	8,800 円	東近江市	
13	米原市	252140	4,258 件	1,823 件		○	○	○		0 円	9,219 円	米原市	
14	日野町	253839	2,284 件	1,020 件		○	○	○	○	0 円	8,760 円	日野町	
15	竜王町	253847	1,254 件	1,240 件	○		○	○	○	0 円	8,760 円	竜王町	
16	愛荘町	254258	2,569 件	1,201 件		○	○	○	○	0 円	8,850 円	愛荘町	
17	豊郷町	254410	840 件	405 件		○	○	○	○	0 円	8,850 円	豊郷町	
18	甲良町	254428	749 件	322 件		○	○	○	○	0 円	8,850 円	甲良町	
19	多賀町	254436	755 件	337 件		○	○	○	○	0 円	8,850 円	多賀町	
			170,620 件	76,343 件	1町	18市町	19市町	19市町	15市町	6町			

滋賀県国民健康保険団体連合会 2019年6月10日現在