

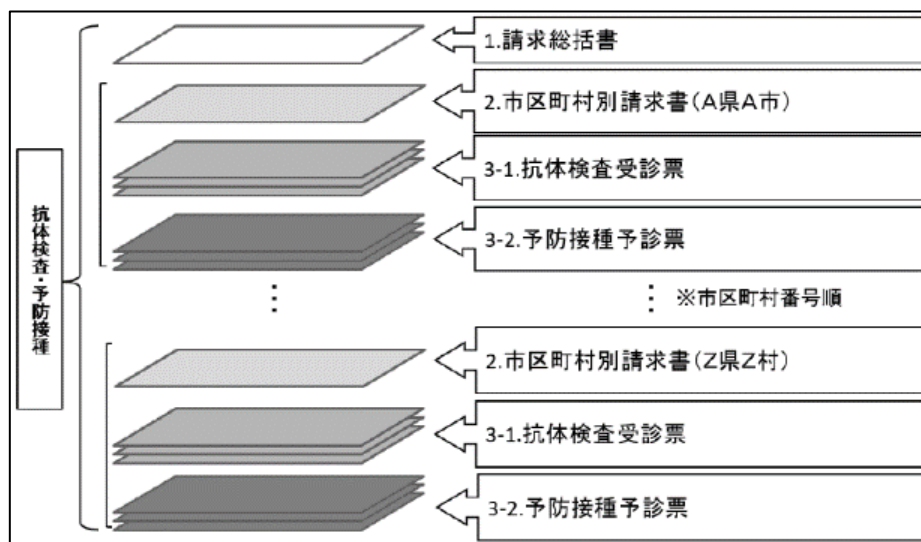
## 風しんの追加的対策の請求に係る留意事項について

### ■請求について

請求の際は「請求総括書」、「市区町村別請求書」、「受診票・予診票(原本)」の3点が必要です。全て揃っていることを御確認ください。

### ■請求書類の編綴について

請求書類の編綴方法については、以下の図のとおりとしていただきますよう、お願いいたします。



### ■請求総括書の記載について

- ・請求総括書は医療機関コード当たり1枚のみ作成してください。
- ・月遅れ分の請求がある場合でも月ごとに作成せず1枚の請求総括書にまとめて記載してください。
- ・医療機関コードに変更があった場合は、検査・予防接種時点の医療機関コードで作成してください。

### ■市区町村別請求書の記載について

- ・市区町村別請求書は「市区町村ごと」「消費税率ごと※」に作成してください。
  - ・月遅れ分の請求がある場合でも月ごとに作成しないようお願いいたします。
- ※2019年9月30日以前のものがある場合は8%になります。

### ■受診票の記載について

- ・クーポン券は「国保連提出用」を貼付してください。
- ・検査番号の塗りつぶし漏れがないようお願いいたします。抗体検査番号・価格は以下のとおりです。

### ■予診票の記載について

- ・クーポン券は「国保連提出用」を貼付してください。
- ・市町村ごとに予防接種の金額が異なります。金額はクーポン券を御覧ください。

| 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、ICA法                      | 1,290円<br>(税込:1,419円) |
| 2    |  | EIA法、ELFA法<br>CLEIA法、FIA法<br>CLIA法 | 2,680円<br>(税込:2,948円) |
| 3    | 月一金曜日午前8時から午後6時までの間、<br>または土曜日午前8時から正午までの間に<br>医療機関を受診して行う場合(休日※を除く) | HI法、LTI法、ICA法                      | 4,930円<br>(税込:5,423円) |
| 4    |  | EIA法、ELFA法<br>CLEIA法、FIA法<br>CLIA法 | 6,320円<br>(税込:6,952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、ICA法                      | 5,430円<br>(税込:5,973円) |
| 6    |  | EIA法、ELFA法<br>CLEIA法、FIA法<br>CLIA法 | 6,820円<br>(税込:7,502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

請求総括書（総計）は1枚に纏める

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

請求総括書（総計）

宮城県仙台市〇〇区〇丁目〇番〇号

開設者氏名 労働次郎 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

風しん対策 請求総括書(実績報告書)

施設区分は「1：医療機関」又は「2：健診機関」を記入してください。

施設等区分 1:医療機関

医療機関・健診機関番号 0419999999

医療機関・健診機関名称 厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇

請求年月 2022年7月分

提出期限の属する月を記入してください。  
(令和4年7月10日提出期限分として提出する際は「2022年7月請求分」です)

医療機関・健診機関番号は10桁で記入してください。医療機関の場合、先頭の3桁「041～」が必要です。

|      | 区分         | 請求件数 | 請求金額<br>(税抜) | 請求金額<br>(税込) |
|------|------------|------|--------------|--------------|
| 抗体検査 | ①健診・HI法    | 0    | 0            | 0            |
|      | ②健診・EIA法   | 0    | 0            | 0            |
|      | ③HI法       | 7    | 18,760       | 20,474       |
|      | 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         | 7    | 18,760       | 20,474       |
| 予防接種 | 通常         | 0    | 0            | 0            |
|      | 予診のみ       | 0    | 0            | 0            |
|      | 小計         | 0    | 0            | 0            |
| 合計   |            | 7    | 18,760       | 20,474       |

小計を記入してください。

※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。

市区町村請求書

仙台市長様  
市区町村番号

0 4 1 0 0 9

請求総括書（小計）①

宮城県仙台市〇〇区〇丁目〇番〇号

開設者氏名 労働次郎 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

風しん対策 市区町村別請求書

クーポン券に記載の市区町村コードを記入してください。

医療機関・健診機関番号は10桁で記入してください。医療機関の場合、先頭の3桁「041～」が必要です。

医療機関・健診機関番号 0419999999

医療機関・健診機関名称 厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇

請求年月 2022年7月分

提出期限の属する月を記入してください。  
(令和4年7月10日提出期限分として提出する際は「2022年7月請求分」です)

|      | 請求件数       | 請求金額<br>(税抜) | 請求金額<br>(税込) |
|------|------------|--------------|--------------|
| 抗体検査 | ①健診・HI法    | 0            | 0            |
|      | ②健診・EIA法   | 4            | 10,720       |
|      | ③HI法       | 0            | 0            |
|      | ④EIA法      | 0            | 0            |
|      | ⑤夜間休日・HI法  | 0            | 0            |
|      | ⑥夜間休日・EIA法 | 0            | 0            |
|      | 小計         | 4            | 10,720       |
| 予防接種 | 通常         | 0            | 0            |
|      | 予診のみ       | 0            | 0            |
|      | 小計         | 0            | 0            |
| 合計   | 4          | 10,720       | 11,792       |

小計を記入してください。

消費税率 10 %

消費税率を記入してください。

※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

**風しんの抗体検査受診票**

※本欄内で記入ください。  
※本受診票は、昭和37(1962)年4月2日から昭和49(1974)年4月1日までの間に生まれた児童を対象に母子が共働き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 | 宮城 青葉区上杉△丁目●-○        | 市 区 町 村 | 仙台 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #cccccc;"> <p style="text-align: center;">(国保連提出用)</p> <p style="text-align: center;">を貼付してください。</p> </div> |
| 氏名            | 宮城 太郎                 | 男・女     |    |  |
| 生年月日          | 昭和52年 7月 17日生 (満 44歳) |         |    |  |

受診票・予診票

各種様式は、宮城県国保連合会ホームページ及び厚生労働省ホームページからダウンロードできます。

| 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 |       |
| 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28年(2016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疹・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。<br>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** (医師の診察結果、検査結果を判断するため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項に基づき、市区町村が適正に管理します。この旨を理解し、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  
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検査者の住所を記載)

医療機関コードは  
041+7桁の  
10桁で記入してください。

**医師記入欄**

対象者の平成28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 (※義務の付帯を参照)

|  |                  |                      |
|--|------------------|----------------------|
| 検査方法: HI法  | 判定結果 (いずれかに○)    | 実施場所・医師名・検査年月日       |
| 抗体価  | 風しんの第5期の定期接種 対象  | 実施場所 厚労病院○○○○        |
| 2  | 風しんの第5期の定期接種 非対象 | 医師名 芳働次郎             |
| 検査番号 (※義務の付帯1を参照)  | 検査年月 (西暦)        | 医療機関等コード 04199999999 |
| <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 (該当する検査番号の□を黒く塗りつぶす) |                  |                      |

**風しんの第5期の定期接種予診票**

※本欄内で記入ください。

|               |                       |         |        |  |
|---------------|-----------------------|---------|--------|--|
| 住民票に記載されている住所 | 宮城 青葉区上杉△丁目●-○        | 市 区 町 村 | 仙台     | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #cccccc;"> <p style="text-align: center;">(国保連提出用)</p> <p style="text-align: center;">を貼付してください。</p> </div> |
| 氏名            | 宮城 太郎                 | 男・女     |        |  |
| 生年月日          | 昭和52年 7月 17日生 (満 44歳) | 診察前の体温  | 36度 5分 |  |

検査番号を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」として、風しんの抗体検査の結果、風しんの第5期定期接種を希望して、予防接種を実施している医療機関を

| 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、病気にかかりましたか。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 |       |

ワクチン名の記入及びロット番号のシールを貼付してください。

**医師記入欄**

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、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)と判断し、本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種後医療救済制度について、説明した。

医師署名又は記名押印

医療機関コードは  
041+7桁の  
10桁で記入してください。

**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。(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 被検査者自署  
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検査者の住所を記載)

|                   |       |                       |
|-------------------|-------|-----------------------|
| 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             | 0.5ml | 実施場所 厚労病院○○○○         |
| Lot No.           |       | 医師名 芳働次郎              |
| G注)有効期限が切れていないか確認 |       | 接種年月日 2022年6月25日 (西暦) |
|                   |       | 医療機関等コード 04199999999  |