

風しん対策における 抗体検査・予防接種について

令和元年5月14日

玉名郡市医師会

必要書類のダウンロードに ついて

厚生労働省の関連ページ

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

日本医師会の関連ページ

- <http://www.med.or.jp/doctor/kansen/rubella/008503.html>

約 502,000 件 (0.41 秒)

風しんの追加的対策について | 厚生労働省

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou.../index_00001.html ▼

風しんに関する追加的対策について説明。厚生労働省が作成したポスター・リーフレットなどの啓発ツールを掲載。

様式等・シティーハンター・自治体向け手引き・2月4日「風しんの日」に、風しん...
このページに複数回アクセスしています。前回のアクセス: 19/05/12

[PDF] 風しんの追加的対策 Q&A (対象者向け) - 厚生労働省

<https://www.mhlw.go.jp/content/000493833.pdf> ▼

2019/03/25 - Q1 今回の風しんの追加的対策の対象者は、なぜ昭和 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なのですか。 Q2 なぜ抗体保有率を上げる必要があるのですか。 <風しんの抗体検査について>. Q3 どうして抗体検査を...

[PDF] 風しんに関する追加的対策

<https://www.mhlw.go.jp/content/000475804.pdf> ▼

風しんに関する追加的対策. 特に抗体保有率が低い現在39~56歳の男性に対し、. ① 予防接種法に基づく定期接種の対象とし、3年間、全国で原則無料で、定期接種を実施。② ワクチンの効率的な活用のため、まずは抗体検査を受けていただく。ととし、補正...

風しんの追加的対策について (医療機関、医師会向けページ) - 日本医師会

www.med.or.jp > 医師のみなさまへ > 感染症関連情報 > 風しんの追加的対策について ▼

2019/04/12 - 風しんの追加的対策について (医療機関、医師会向けページ) . 【厚生労働省による説明】 . 説明動画 (2019年3月1日 於: 日医予防接種・感染症危機管理対策委員会) 動画 (41:46) ; 説明資料 ...

必要書類の準備

ひと、くらし、みらいのために

本文へ



厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

テーマ別を探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 健康 > 感染症・予防接種情報 > 様式等(風しんの追加的対策関係)

様式等(風しんの追加的対策関係)

■ 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

- 2019年04月12日 [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 \[207KB\]](#)
- 2019年04月12日 [風しんの抗体検査受診票\(表面\) \[240KB\]](#)
- 2019年08月14日 [風しんの抗体検査受診票\(裏面\) \[560KB\]](#)
- 2019年04月12日 [風しんの第5期の定期接種予診票 \[245KB\]](#)

■ 集合契約に係る委任状(自治体用)

- 2019年08月14日 [委任状\(都道府県知事から全国知事会長宛\) \[32KB\]](#)
- 2019年08月14日 [委任状\(市区町村長から都道府県知事宛\) \[43KB\]](#)
- 2019年08月27日 [個別対応群の委任状\(市区町村長から都道府県知事宛\) \[32KB\]](#)
- 2019年08月14日 [委任元市区町村一覧表 \[48KB\]](#)
- 2019年08月27日 [国保連との契約委任状\(市区町村長から都道府県知事宛\) \[27KB\]](#)

■ 集合契約に係る委任状(医療機関・健診機関用)

- 2019年08月14日 [委任状\(とりまとめ団体長から日本医師会宛\) \[32KB\]](#)
- 2019年08月14日 [委任状\(とりまとめ団体からとりまとめ団体長宛\) \[32KB\]](#)
- 2019年08月14日 [委任状\(実施機関からとりまとめ団体宛\) \[43KB\]](#)
- 2019年08月27日 [個別対応群の契約委任状\(実施機関から市区町村\) \[46KB\]](#)
- 2019年08月14日 [実施機関一覧表 \[95KB\]](#)
- 2019年04月12日 [実績報告書\(請求総括表及び市区町村別請求書\) \[48KB\]](#)
- 2019年04月06日 [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 \[556KB\]](#)
- 2019年08月27日 [口座変更時の国保連提出書類 \[28KB\]](#)

■ リーフレット

- 2019年08月27日 [リーフレット\(自治体用\) \[21.7KB\]](#)

必要書類の準備

📁 委任状B（郡市区医師会→都道府県医師会） 

📁 委任状C（都道府県医師会→日本医師会） 

【実施機関一覧表】

📁 実施機関一覧表 

【受診票・予診票】

📁 受診票（印刷用） 

📁 予診票（印刷用） 


📁 受診票・予診票（入力用） 

【請求総括書・市区町村別請求書】

📁 請求総括書・市区町村別請求書（入力用・マクロあり） 

※ご利用環境により上記ファイルがダウンロードができない場合は、次の「請求総括書・市区町村別請求書（入力用・マクロなし）」のファイルをダウンロードの上、ご活用ください。

📁 請求総括書・市区町村別請求書（入力用・マクロなし） 

📁 請求総括書（手書き用） 

📁 市区町村別請求書（手書き用） 

📁 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（作成手順等） 

問い合わせ先

日本医師会健康医療第二課
TEL:03-3946-2121（代）

[← 感染症関連情報トップへ](#)

実際の対応は・・・

【クーポン券について】

- ・風しん抗体検査及び定期予防接種には、必ず同封のクーポン券が必要
です。切り取らずそのまま実施医療機関へお持ちください。
 - ・風しん抗体検査及び定期予防接種を受けることができる実施医療機関は、
厚生労働省のホームページまたは福岡市のホームページをご覧ください。
事前に電話にて実施医療機関へ直接ご連絡・ご予約ください。
 - ・実施医療機関であれば全国どこでも受けられますが、クーポン券発行の
市町村と住民票がある市町村が違う場合(例えば、クーポン券を受け
取った後に他の市町村へお引越しされた場合等)や、クーポン券を紛失
された場合または有効期限を過ぎた場合は住民票がある市町村の定期予
防接種担当課へご確認ください。
 - ・クーポン券には有効期限があります。期限が切れたクーポン券は使用
できません。
- ※風しんの抗体検査と定期予防接種については、同封の案内文をご覧ください。



0011311 322A011XXX0072825#



抗体検査	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1
	請求先	福岡県福岡市	401307	請求先	福岡県福岡市	401307	請求先	福岡県福岡市	401307
	発券No	0053594274	有効期限2020年3月末	発券No	0053594274	有効期限2020年3月末	発券No	0053594274	有効期限2020年3月末
	カガシ [*] /リヒ 永杉 憲弘 様	(国保連提出用)	カガシ [*] /リヒ 永杉 憲弘 様	(医療機関控え)	カガシ [*] /リヒ 永杉 憲弘 様	(ご本人控え)			
14013070053594274			14013070053594274			14013070053594274			

予防接種予診のみ	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
	請求先	福岡県福岡市	401307	請求先	福岡県福岡市	401307	請求先	福岡県福岡市	401307
	予診費用 (税抜)	2,778 円(自己負担分を除く)	予診費用 (税抜)	2,778 円(自己負担分を除く)	予診費用 (税抜)	2,778 円(自己負担分を除く)			
	自己負担額 (税抜)	0 円	自己負担額 (税抜)	0 円	自己負担額 (税抜)	0 円			
発券No	0053594274	有効期限2020年3月末	発券No	0053594274	有効期限2020年3月末	発券No	0053594274	有効期限2020年3月末	
カガシ [*] /リヒ 永杉 憲弘 様	(国保連提出用)	カガシ [*] /リヒ 永杉 憲弘 様	(医療機関控え)	カガシ [*] /リヒ 永杉 憲弘 様	(ご本人控え)				
2401307005359427402778			2401307005359427402778			2401307005359427402778			

予防接種	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券(兼 予防接種済証)	3
	請求先	福岡県福岡市	401307	請求先	福岡県福岡市	401307	請求先	福岡県福岡市	401307
	接種費用 (税抜)	9,260 円(自己負担分を除く)	接種費用 (税抜)	9,260 円(自己負担分を除く)	接種費用 (税抜)	9,260 円(自己負担分を除く)			
	自己負担額 (税抜)	0 円	自己負担額 (税抜)	0 円	自己負担額 (税抜)	0 円			
発券No	0053594274	有効期限2020年3月末	発券No	0053594274	有効期限2020年3月末	発券No	0053594274	有効期限2020年3月末	
カガシ [*] /リヒ 永杉 憲弘 様	(国保連提出用)	カガシ [*] /リヒ 永杉 憲弘 様	(医療機関控え)	カガシ [*] /リヒ 永杉 憲弘 様	(ご本人控え) 福岡県福岡市長 高島宗一郎				
14013070053594274			14013070053594274			14013070053594274			

会社から
風しんの
予防接種を
受けるように
進められたん
ですが...



まずは 抗体検査

風しんの抗体検査受診票

※本券内をご記入ください。
※本券形態は、昭和37（1962）年4月2日から昭和三十四（1979）年4月1日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 府 県 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。	はい いいえ	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)

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う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(医師の影響の結果、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
(被検査できない場合は代理人が署名し、代理人氏名及び関係者との関係を記載)

医師記入欄	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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	医師機関等コード
抗体価	単位	医師名	検査年月日 (西暦)
	倍・EIA値・IU/mL	年 月 日	
	その他()		
検査番号(※裏面の付表1を参照)			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 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。

- ①持参されたクーポン券を貼る
- ②医療機関控え・本人控えは同じものを2枚記載してクーポン券を貼ってもいいが、原本(国保連提出用)をコピーしてクーポン券を貼り保管・受け渡しでも可能。
受診票は3枚作成する
- ③抗体検査の費用は
 - ・健診と一緒にするか
 - ・別途検査だけですか
 によって費用が違います。
- ④受診票(国保連提出分)を翌月の10日までに郵送します。

抗体検査について

風しんの抗体検査の価格

抗体検査費用については、受ける機会によって

	HI法、LTI法	EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法
保健所で行う場合※ ¹	790円	2,180円
健診等の機会に行う場合	■ 1 ^{※3} 1,290円 (税込: 1,393円)	■ 2 ^{※3} 2,680円 (税込: 2,894円)
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 ^{※2} を除く)	■ 3 ^{※3} 4,930円 (税込: 5,324円) 10月以降 (税込: 5,423円)	■ 4 ^{※3} 6,320円 (税込: 6,825円) 10月以降 (税込: 6,952円)
上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	■ 5 ^{※3} 5,430円 (税込: 5,864円)	■ 6 ^{※3} 6,820円 (税込: 7,365円)

※¹ 参考価格。今回の集合契約には含まれない。

※² 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

※³ 抗体検査の受診票における「検査番号」に相当する番号を記載。

抗体検査時の留意点として・・・

医師記入欄	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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）</p> <p>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）</p> <p>以上の問診の結果、<u>今回の抗体検査は（必要・不要）</u>と判断した。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p>
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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	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	実施場所	医療機関等コード <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5px;"></td> <td style="width: 12.5px;"></td> <td style="width: 12.5px;"></td> <td style="width: 12.5px;"></td> <td style="width: 12.5px;"></td> <td style="width: 12.5px;"></td> <td style="width: 12.5px;"></td> <td style="width: 12.5px;"></td> </tr> </table>								
抗体価	単位	医師名	検査年月日	年 月 日								
	倍・EIA価・IU/mL その他（ ）	検査年月日 (西暦)										
検査番号（※裏面の付表1を参照）												
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6							
(該当する検査番号の口を黒く(■)塗りつぶしてください)												

抗体検査実施時に抗体が無い場合は予防接種対象、
 抗体があった場合は非対象となる事を再度ご説明下さい

風しんの第5期の定期接種予診票

※本欄内をご記入ください。

住所別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		
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。	いいえ	はい	
今日の子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が。	いいえ	はい	
今日の子防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
現在、何か病気がかかっていますか。(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、今日の子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	
これまでに子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() 子防接種の種類()	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ヵ月以内に子防接種を受けましたか。子防接種の種類()	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子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	
今日の子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、今日の子防接種は(可能・見合わせる)本人に対して、子防接種の効果、副反応及び子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、子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、子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

(※年齢やまなしい等は代筆者が署名し、代筆者名及び接種種別の誤りを記載)

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 Lot No. (注)有効期限が切れていないか確認	0.5ml	実施場所 医師名 接種年月日(西暦)	医療機関寄コード 年 月 日

予防接種時

- ①持参されたクーポン券を貼る
- ②医療機関控え・本人控えは同じものを2枚記載してクーポン券を貼ってもいいが、原本(国保連提出用)をコピーしてクーポン券を貼り保管・受け渡しでも可能。
予診票は3枚作成する
- ③予防接種の料金は受診者のお住いの市町村(クーポン券発行の市町村)によって異なりますので料金をご確認の上、請求
- ④予診票(国保連提出分)を翌月の10日までに郵送します。

予防接種費用について

- 予防接種費用(玉名郡市の市町は・・・)

9,380円(税抜き)

1) 4月～9月(消費税8%) : 10,130円

2) 10月～3月(消費税10%) : 10,310円 ※1

※1 : 9,380円に消費税10%とすると、10,318円となりますが、国保連請求時には1円単位は切り捨てになりますので10,310円と致します。

請求方法について

お配りの書類をお開き下さい

- 風しん集合契約に係る医療機関における
請求・支払い事務について
- * 日本医師会のホームページよりダウンロード

基本的事項

1. 請求

- (1) 請求先 医療機関所在地の国保連合会
- (2) 請求時期 毎月10日（土日祝に当たる場合は翌日）までに前月までに実施した（※）抗体検査及び予防接種の費用を請求する。
※初回請求受付開始は6月
→2019年4月、5月分は6月にまとめて請求
※初回に限らず、月遅れ請求も認められる
- (3) 請求に必要な書類
- ①請求総括書（実績報告書） → 毎月1枚
 - ②市区町村別請求書 → 請求先市区町村ごとに毎月1枚
※消費税率ごとに1枚
 - ③抗体検査受診票 → 医療機関コード(10桁)、検査年月日、検査結果等記載、クーポン貼付を確認
 - ④予防接種予診票 → 医療機関コード(10桁)、接種年月日等記載、クーポン貼付を確認
- (4) 送付方法 郵送
※郵送方法に指定なし

③-1市区町村別請求書（請求総括書（小計））の作成

※市区町村ごとに1枚作成

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

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	①	②	③
	③HI法			
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
小計			④	
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合計				

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。

【抗体検査欄】

実施機会、検査方法ごとに以下を記載

- ①請求件数：
→受診票の枚数
- ②請求金額（税抜）：
→税抜単価（次ページ価格表）×件数
- ③請求金額（税込）：
→税込単価（次ページ価格表の（）内の金額）×件数
- ④小計：
→件数、請求金額（税抜）、請求金額（税込）の合計

③-2市区町村別請求書（請求総括書（小計））の作成

※市区町村ごとに1枚作成

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

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	①	②	③
	予診のみ			
	小計		④	
合計			⑤	

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。

【予防接種欄】

予防接種を実施した場合（通常）と予診のみの場合を分け、それぞれ以下を記載

①請求件数：予診票の枚数

②請求金額（税抜）：
→クーポン券に記載された接種費用及び予診のみの場合の費用×件数

③請求金額（税込）：
→ **（税抜単価 + （税抜単価×消費税率）※）**
×件数
※1件ごとに1円未満の端数は切り捨て

④小計：
→件数、請求金額（税抜）、請求金額（税込）の合計

⑤抗体検査「小計」と予防接種「小計」の合計

④ 請求総括書（実績報告書）の作成・提出

※月に1枚作成

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

医療機関・健診機関名称

請求年月

	区分	請求件数	請求金額 (税別)	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。

①青枠内に、市区町村ごとに作成した市区町村別請求書（請求総括書（小計））の合計を記載

②請求総括書（実績報告書）を先頭に、市区町村ごとに編綴した市区町村別請求書、受診票、予診票と合わせて、所在地の国保連合会へ送付する。

留意点 他

①玉名郡市以外の方が 受ける際は・・・

- クーポン券に記載された料金で国保連に請求となります。

例えば 福岡市にお住いのN杉さんが
玉名市内の医療機関で受診をした場合・・・

【クーポン券について】

- ・風しん抗体検査及び定期予防接種には、必ず同封のクーポン券が必要
です。切り取らずそのまま実施医療機関へお持ちください。
- ・風しん抗体検査及び定期予防接種を受けることができる実施医療機関は、
厚生労働省のホームページまたは福岡市のホームページをご覧ください。
事前に電話にて実施医療機関へ直接ご連絡・ご予約ください。
- ・実施医療機関であれば全国どこでも受けられますが、クーポン券発行の
市町村と住民票がある市町村が違う場合(例えば、クーポン券を受け
取った後に他の市町村へお引越された場合等)や、クーポン券を紛失
された場合または有効期限を過ぎた場合は住民票がある市町村の定期予
防接種担当課へご確認ください。

0011311 322A011XXX0072825#



ここに記載のある値段
に消費税をかけた金額
8%だと10,000円
10%だと10,180円※
(6円は切り捨て)
を国保連に請求

抗体検査	券種	抗体検査券	1
	請求先	福岡県福岡市	401307
	発券No	0053594274	有効期限2020年3月末
	カガシノリヒ 永杉 憲弘 様		
	14013070053594274 (国保連提出用)		

券種		1
請求先	福岡市	401307
発券No	0053594274	有効期限2020年3月末
カガシノリヒ 永杉 憲弘 様		
14013070053594274 (ご本人控え)		

予防接種予診のみ	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
	請求先	福岡県福岡市	401307
	予診費用(税抜)	2,778 円(自己負担分を除く)	
	自己負担額(税抜)	0 円	
	発券No	0053594274	有効期限2020年3月末
カガシノリヒ 永杉 憲弘 様			
2401307005359427402778 (国保連提出用)			

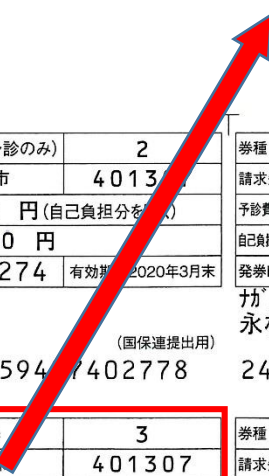
券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
請求先	福岡県福岡市	401307
予診費用(税抜)	2,778 円(自己負担分を除く)	
自己負担額(税抜)	0 円	
発券No	0053594274	有効期限2020年3月末
カガシノリヒ 永杉 憲弘 様		
2401307005359427402778 (医療機関控え)		

券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
請求先	福岡県福岡市	401307
予診費用(税抜)	2,778 円(自己負担分を除く)	
自己負担額(税抜)	0 円	
発券No	0053594274	有効期限2020年3月末
カガシノリヒ 永杉 憲弘 様		
2401307005359427402778 (ご本人控え)		

予防接種	券種	予防接種券	3
	請求先	福岡県福岡市	401307
	接種費用(税抜)	9,260 円(自己負担分を除く)	
	自己負担額(税抜)	0 円	
	発券No	0053594274	有効期限2020年3月末
カガシノリヒ 永杉 憲弘 様			
2401307005359427402778 (国保連提出用)			

券種	予防接種券	3
請求先	福岡県福岡市	401307
接種費用(税抜)	9,260 円(自己負担分を除く)	
自己負担額(税抜)	0 円	
発券No	0053594274	有効期限2020年3月末
カガシノリヒ 永杉 憲弘 様		
2401307005359427402778 (医療機関控え)		

券種	予防接種券(兼 予防接種済証)	3
請求先	福岡県福岡市	401307
接種費用(税抜)	9,260 円(自己負担分を除く)	
自己負担額(税抜)	0 円	
発券No	0053594274	有効期限2020年3月末
カガシノリヒ 永杉 憲弘 様		
2401307005359427402778 (ご本人控え) 福岡県福岡市長 高島宗一郎		



② 抗体検査・予防接種を希望
する方がクーポン券を持参
していない場合や対象か
どうか不明な場合は…

お住いの地域の保健センター
をご案内ください。

③ 玉名市より発行されたクーポン券持参の方が予診のみで予防接種を受けなかった場合

予防接種予診のみになった場合の対応について

医療機関でクーポン券の予診費用を下記のように手書きで1,400円に訂正していただき、国保連合会へご請求お願いいたします。その際には予診票に、中止した理由、日付の記載をお願いいたします。

全国の国保連合会には熊本県国保連合会を通して連絡しております。

予防接種予診のみ（予診の結果、接種できずに予診のみとなる場合）

誤) 予診費用 0円 → 正) 予診費用 1,400円

※自己負担額は0円から変更ありません。

予防接種予診のみ	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
	請求先	熊本県玉名市	432067
	予診費用 (税抜)	0円 (自己負担分を除く)	
	自己負担額 (税抜)	0円	
	発券No	4310000001	有効期限 2020年03月
	(氏名)	[REDACTED]	

2432067431000000100000 (国保連提出用)

予防接種予診のみ	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
	請求先	熊本県玉名市	432067
	予診費用 (税抜)	1,400円 (自己負担分を除く)	
	自己負担額 (税抜)	0円	
	発券No	4310000001	有効期限 2020年03月
	(氏名)	[REDACTED]	

2432067431000000100000 (国保連提出用)