

風しん追加的対策に係る請求総括書等の提出方法について

愛媛県内の医療機関等において実施した「風しん抗体検査等」の費用については次のとおり請求してください。

1. 請求方法

(1) 請求先

愛媛県国民健康保険団体連合会（以下、「愛媛県国保連」という。）
〒791-8550 愛媛県松山市高岡町 101 番地 1
担当部署：業務管理課 業務グループ（風しん担当）
電話番号：089-968-8846

(2) 請求期間

接種月の翌月 1 日～10 日（8：45～17：15）（土日祝日を除く）

（10 日が土日祝日の場合は翌平日まで）

- 郵送等の場合は請求期間内に到着するようお願いします。
- 期間外の請求分は、翌月の請求扱いとなる場合があります。

(3) 提出書類

帳票名	記入方法
① 請求総括書（実績報告書）	P. 2
② 市区町村別請求書	P. 3
③ 抗体検査受診票（前月末日までの実施分）	P. 4
④ 予防接種予診票（前月末日までの実施分）	P. 5
⑤ 提出票 ※	P. 6

※ ①「請求総括書（実績報告書）」から④「予防接種予診票」は
厚生労働省 HP
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00001.html

※ ⑤「提出票」は
愛媛県国保連 HP (<https://www.kokuhoren-ehime.jp/>)
[医療機関の皆様へ](#) → [様式集](#) → [提出票](#)

(4) 留意事項

- 有効期限の切れたクーポン券については、請求先の市町村に確認してください。
- 予防接種の接種費用が旧料金で記載の場合は、二重線をもって訂正してください。
※料金は当該クーポンを発行した市区町村に確認してください。
※愛媛県：9,261 円税抜/10,187 円税込（上島町：8,936 円税抜/9,830 円税込）
- 愛媛県以外の住民に係る検査、予防接種も、愛媛県国保連あてに請求してください。
また、この額は県内住民分と合算して「請求総括表（実績報告書）」に計上してください。

2. 提出書類（記載事項等）

① 風しん対策 請求総括書（実績報告書）

「②市区町村別請求書」の件数、請求金額を積算計上する。

（愛媛県外分の市区町村であっても、請求先は県内の市町と同様に「愛媛県国保連」である。）

(記載例)

愛媛県 国民健康保険団体連合会 御中

請求総括書（総計）

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
開設者氏名 労働次郎 印 ← 押印は省略して差し支えない
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）

施設等区分	1:医療機関 or 2:健診機関
医療機関・健診機関番号	3810000000 ← 医療機関番号 10桁 県番号 施設等区分 (1or2) 医療機関コード 7桁
医療機関・健診機関名称	厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
請求年月	2021年00月分 ← 請求年月 = 提出月 (例) 2023年6月10日請求は 2023年06月分と記入し、5月末までに実施した抗体検査と予防接種について請求できます。

	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	2	12,640	13,904
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計	2	12,640	13,904
予防接種	通常			
	予診のみ	1	9,261	10,187
	小計	1	9,261	10,187
合計		3	21,901	24,091

※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。

予防接種金額（税抜）、予防接種金額（税込）
クーポンシールに税抜金額の記載があります。税込金額は10%の消費税を上乗せしてください。※愛媛県は9,261円（税込は10,187円）、上島町は8,936円（税込は9,830円）です。※クーポンの金額が旧料金の場合にはクーポン券を修正してください。

② 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毎に件数・請求金額を積算計上する。

〇〇〇市区町村長様
市区町村番号

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

押印は省略して差し支えない

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号 3810000000 ←

医療機関・健診機関名称 厚生病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

請求年月 2021年00月分 ←

医療機関番号 10桁
38 1 0000000
県番号 施設 医療機関コード7桁
等区分
(1or2)

請求年月=提出月
(例)2023年6月10日請求は
2023年06月分と記入し、5
月末までに実施した抗体検査
と予防接種について請求でき
ます。

	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	2	12,640	13,904
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計	2	12,640	13,904
予防接種	通常			
	予診のみ	1	9,261	10,187
	小計	1	9,261	10,187
合計		3	21,901	24,091

消費税率 10%

「抗体検査」「予防接種」ごとに集計する。月遅れ請求がある場合も当月請求(接種)分に合せて計上する。

※予診のみの費用を市区町村請求書に計上しないこと。それに送付しないこと。

予防接種金額(税抜)、予防接種金額(税込)
クーポンシールに税抜金額の記載があります。税込金額は10%の消費税を上乗せしてください。※愛媛県は9,261円(税込は10,187円)、上島町は8,936円(税込は9,830円)です。※クーポンの金額が旧料金の場合にはクーポン券を修正してください。

③ 風しん対策 抗体検査受診票

被接種者の住所欄は「住民票のある」の市区町村名を記入する。

この市区町村名はクーポンシールの市区町村と同じでなければならず、異なる場合は、住民票のある市区町村へ問合せのうえ、クーポン券の再発行等の相談をする。

住民票のある住所、かつ、クーポンの市区町村と一致

シールは左上隅の「」が隠れるように貼付

(国保連提出用)を貼付

券種 1

住民票に記載されている住所 東京 千代田 霞が関1-2-2	券種 抗体検査券 1
氏名 厚生 太郎	請求先 〇〇県〇〇市 〇〇〇〇〇〇〇〇
生年月日 昭和 52 年 4 月 1 日生 (満 42 歳)	発券No U123456789
	12345678901234567

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 <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/>	
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"/>	
(「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の記録はありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" 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"/>	
(「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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" 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"/>	
(「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 <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
予防接種の種類 (※※に〇) (風しんワクチン ・ MRワクチン ・ MMRワクチン)	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" 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、口に入力してください。✓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、検査を無料で行うことはできません。)
20## 年 ○ 月 □ 日 被検査者自署 厚生 太郎

医師記入欄
風しんの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。
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。
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)
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)
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 労働 次郎

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 労働クリニック	実施年月日 20## 年 ○ 月 □ 日
検査方法: HI 法	風しんの第5期の定期接種 対象	医師名 労働 次郎	検査年月日 (西暦)
抗体値	風しんの第5期の定期接種 非対象	請求総括書と同じ10桁	
単位: IU/mL			
8			

検査番号 (※裏面の付表2を参照)
1 2 3 4 5 6

実施した検査(いずれか1つ)を塗りつぶす

採血した年月日を記入(年は西暦)

④ 風しん対策 予防接種予診票

予防接種の接種費用が旧料金にて記載されている場合は、二重線で訂正する。

風しん「単味ワクチン」を接種された場合は、直接、クーポン発行市区町村に連絡のうえ請求する。

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	
治療(投薬など)を受けていますか。(治療の内容:)		はい <input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。		はい <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。		はい <input checked="" type="radio"/> 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 (<input checked="" type="radio"/> した <input type="radio"/> 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 労働 次郎		
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)			
20##年○月□日 被接種者自署 厚生 太郎 (印字できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種種別との関係を記載)			
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 〇〇〇〇ワクチン	0.5ml	実施場所 労働クリニック	医師名 労働 次郎
Lot No. △△△△		接種年月日 20##年○月□日	医療機関等コード d123456789
(注)有効期限が切れていないか確認			

住民票のある住所、かつ、クーポンの市区町村と一致

シールは左上隅の「**が**」が隠れるように貼付

(国保連提出用)を貼付

券種2
券種3

ワクチン名、ロット番号、接種量はシール貼付可

請求総括書と同じ10桁

乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン(MR ワクチン)のみ使用可能(風しん単味ワクチンを使用の場合は市区町村へ直接請求する)

予防接種年月日(予診のみの場合は予診日)を記入(年は西暦)

⑤ 提出票

「提出票」は、同月中に「風しん費用」の請求以外の請求（診療報酬、特定健診費等）がない場合は不要である。

提出票

令和 年 月 請求分

連合会受付

愛媛県国保連合会にて

医療機関コード (7桁)	
医療機関名称	記入
電話番号	

提出日 令和 年 月 日

下記該当提出物に○を、媒体については提出枚数を記入してください。

診療報酬明細書				福祉医療費支給申請・請求明細書(様式第二号)			
媒体	紙請求 (当月・月遅れ・返戻再請求)			媒体	紙請求 (当月・月遅れ・返戻再請求)		
	確認試験	県内	県外		確認試験	81 (71)	82 (72)
枚	枚			枚	枚		

ある場合は記入

母子健診	特別療養費	再審査 (西寄せ) (取下げ)	出産育児		介護給付費 明細書
			媒体	紙	媒体
				枚	紙
					枚

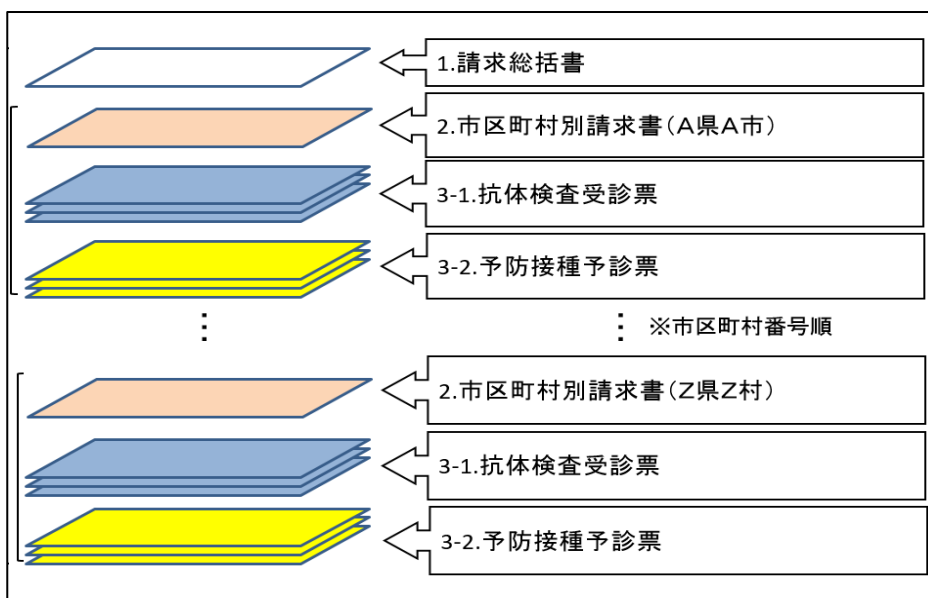
その他

※ここに提出物の名称を記載してください。

※紙提出での月遅れ・返戻分は紙請求の箇所に、○を記入してください。
 ※「その他」欄へは、特定健診等の名称を記入してください。
 (例) 特定健診・光アクト届出・症状詳記・コメディゲータ・運動リハビリ計画書・廃用症候群に係る評価表・コマ等
 ※保険医療機関・薬局・訪問看護ステーションにつき、提出票を1枚添付してください。
 ※不備がある場合は電話にてご連絡する場合がございます。ご了承ください。

「風しん」と記入する

提出書類の編綴イメージ



○ 診療報酬請求書（レセプト）など一括して請求する場合は、上記編綴した提出書類に「提出票」を添えて愛媛県国保連に提出する。

3. 支払方法

① 支払先口座及び金額

診療報酬、特定健診費または介護給付費の振込先として指定の金融機関口座と同一です。(別途指定のある場合を除く。)

② 支払日

受付月	支払日
令和6年4月	令和6年5月31日(金)
5月	6月28日(金)
6月	7月31日(水)
7月	8月30日(金)
8月	9月30日(月)
9月	10月31日(木)
10月	11月29日(金)
11月	12月27日(金)
12月	令和7年1月31日(金)
令和7年1月	2月28日(金)
2月	3月31日(月)
3月	4月30日(水)

本年度は、毎月月末日を支払日として予定しております。

月末日が土日祝祭日にあたる場合は、直前の業務日を支払日といたします。

- 支払年月日は変更となる場合があります。この場合は、予め愛媛県国保のHPでお知らせします。[\(https://www.kokuhoren-ehime.jp/\)](https://www.kokuhoren-ehime.jp/)
- 支払額は、支払予定月ごとに「風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額通知書」(郵送)をもってお知らせします。
- 請求年月は、原則として10日(10日が土日祝日の場合は翌平日)までに愛媛県国保連に請求書類が到着したものです。

4. 参考

(1) 愛媛県内市区町村番号

市町名	市区町村番号（6桁）
松山市	382019
今治市	382027
宇和島市	382035
八幡浜市	382043
新居浜市	382051
西条市	382060
大洲市	382078
伊予市	382108
四国中央市	382132
西予市	382141
東温市	382159
上島町	383562
久万高原町	383864
松前町	384011
砥部町	384020
内子町	384224
伊方町	384429
鬼北町	384887
松野町	384844
愛南町	385069

○ 愛媛県外の市区町村番号は総務省のホームページを参照ください。

(<https://www.soumu.go.jp/denshijiti/code.html>)

(2) 抗体検査等の価格（令和元年10月実施分以降）（価格はすべて税込み）

検査番号	検査の実施機会	検査方法	抗体検査価格（全国共通）	
			税抜	税込
1	健診等の機会に行う場合	HI法、LTI法	1,290円	1,419円
2		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	2,680円	2,948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	5,423円
4		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	6,320円	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	5,430円	5,973円
6		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	6,820円	7,502円
予診のみ 愛媛県（都道府県の市区町村によって異なります）			1,728円	1,900円
予診のみ 上島町（都道府県の市区町村によって異なります）			2,664円	2,930円
予防接種 愛媛県（都道府県の市区町村によって異なります）			9,261円	10,187円
予防接種 上島町（都道府県の市区町村によって異なります）			8,936円	9,830円