

【風しん追加的対策】請求書類の記載における留意事項について

※各様式とも点線枠内は漏れなく記載してください。

①請求総括書（総計）

滋賀県国民健康保険団体連合会 御中

点線枠内は記載必須

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

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 ←どちらかを記載

医療機関・健診機関番号

2519909999 ←25…から10桁で記載

医療機関・健診機関名称

国保連合会医院

請求年月

2022年〇月分 ←実際の請求（提出）年を西暦で記載

※請求年月については、抗体検査や予防接種を行った年月ではなく、
国保連合会に検査費用等を請求する年月を西暦で記載してください。

※正しくお支払いを行うためにも、提出前に今一度のご確認をお願いいたします。

- ・請求件数・金額の記載欄に誤りはないか。
- ・請求書内容と、提出される受診票・予診票に相違がないか。
- ・（エクセル入力の場合）不要な件数・金額が入力されていないか。

	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	3	14,790	16,269
	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	3	14,790	16,269
予防接種	通常	1	9,220	10,142
	予診のみ	0	0	0
	小計	1	9,220	10,142
合計		4	24,010	26,411

●抗体検査、予防接種の区別に請求件数、請求金額（税抜）、請求金額（税込）を記載してください。（各小計欄・合計欄も記載必須です。）

●請求金額（税込）は消費税率10%になっているか確認してください。

●各市区町村別請求書の合計と請求件数・金額が一致することを必ず確認してからご請求ください。

〇〇市区町村長様

市区町村番号

2

5

クーポン券の請求先の
・市区町村名
・市区町村番号を記載

②市区町村別総括書

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

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

2519909999 ←25…から10桁で記載

医療機関・健診機関名称

国保連合会医院

請求年月

2022年〇月分 ←実際の請求（提出）年を西暦で記載

※請求年月については、抗体検査や予防接種を行った年月ではなく、
国保連合会に検査費用等を請求する年月を西暦で記載してください。

※正しくお支払いを行うためにも、提出前に今一度のご確認をお願いいたします。

- ・請求件数・金額の記載欄に誤りはないか。
- ・請求書内容と、提出される受診票・予診票に相違がないか。
- ・（エクセル入力の場合）不要な件数・金額が入力されていないか。

		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	3	14,790	16,269
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
【予防接種費用】クーポン券に記載された金額と相違ないか確認する。 【各市町によって異なります】		3	14,790	16,269
予防接種	予診のみ	1	9,220	10,142
	小計	0	0	0
合計		4	24,010	26,411
		10%か確認する	消費税率	10%

●抗体検査、予防接種の区別に請求件数、請求金額（税抜）、請求金額（税込）を記載してください。（各小計欄・合計欄も記載必須です。）

●請求金額（税込）は消費税率10%になっているか確認してください。

●各市区町村別請求書の合計と請求件数・金額が一致することを必ず確認してからご請求ください。

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

③風しん抗体検査受診票

住民票に記載されている住所	都 道 市 区 府 県 町 村
	※クーポン券と本人記載住所の一致を必ずご確認ください。
氏 名	男 ・ 女
生年月日	昭和 年 月 日生（満 歳）

国保連提出用のクーポンを貼り付ける。

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。	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」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」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」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

●医療機関等コードは10桁で記載

医療機関の場合=251+医療機関コード(7桁)、健診機関の場合=252+健診機関コード(7桁)

医師記入欄	「あり」の場合、確認し、口を○で塗りつぶす。接種歴は以下のとおり 1回目:接種 2回目:接種 以上の問診の結果	●検査方法・抗体価・単位・判定結果・検査番号を漏れなく記載してください。 ※判定結果はいずれかに○を付記する。
-------	--	--

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: HI 法	風しんの第5期の定期接種 対象	実施場所 国保連合会医院
抗体価 8	風しんの第5期の定期接種 非対象	医師名 滋賀 太郎
単位 倍・EIA価・IU/mL・その他()		検査年月日 2022年5月10日 (西暦)
検査番号 (※裏面の付表1を参照)		医療機関等コード 2519909999
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" 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)		

検査番号と請求書記載の相違にご注意ください

●接種年月日は西暦で記載

●請求年月の前月末日以前の予診票を取りまとめて請求

例: 請求書の請求年月が2022年6月請求分の場合
接種年月日は、2022年5月30日以前分のみ請求可能
(この場合、6月1日以降の実施分は6月請求として受付不可)

④風しん第5期定期接種予診票

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 府 県	市 区 町 村	(クーポン貼付)
※クーポン券と本人記載住所の一致を必ずご確認ください。			
氏 名			度 分
生年月日	昭和	年 月	

●クーポン券の貼り付け誤りに注意
 予防接種の請求の場合、接種費用が記載された**国保連提出用のクーポン**を貼り付ける。
 ※接種をされた方で「予診のみ」券を誤って貼り付けされている場合、受付できません。

質問	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が一致しているかどうか。	
今日の予防接種について市区町村から配られているクーポン券の貼り付けが正しいかどうか。	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しているかどうか。	
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)
●医療機関等コードは10桁で記載 医療機関の場合=251+医療機関コード(7桁)、健診機関の場合=252+健診機関コード(7桁)	

風しんの第5期定期接種予診票	医師の診察
() 接種を希望します () 接種を希望しません ()	
に同意します。	
() 接種者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。	
氏名	接種年月日

●接種年月日は西暦で記載
●請求年月の前月末日以前の予診票を取りまとめて請求
 例：請求書の請求年月が2022年6月請求分の場合
 接種年月日は、2022年5月30日以前分のみ請求可能
 (この場合、6月1日以降の実施分は6月請求として受付不可)

医療機関等コード
 2519909999

入 欄	Lot No. MR999	0.5ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか確認		接種年月日	2022年5月25日 (西暦)