

(写し)

事 務 連 絡  
令和元年5月24日

保険医療（特定健康診査等実施）機関 各位

愛知県国民健康保険団体連合会

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  
風しんの費用の請求支払の流れ等について

日ごろは、本会の事業運営に格別のご理解をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、標記の件について、平成31年2月1日付け健発0201第2号にて厚生労働省  
健康局長より通知のありました「予防接種法施行令の一部を改正する政令等の施行等  
について」に基づき、本会における風しん対策業務を別添のとおり取りまとめましたので  
お知らせします。

つきましては、令和元年6月から開始されます請求事務の参考にさせていただきますよう  
お願いいたします。

(連絡先：管理部保険者支援課 TEL：052-962-8871)  
962-8856)

別添

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費用  
の請求支払の流れ等について

令和元年5月24日

愛知県国民健康保険団体連合会  
管理部 保険者支援課

# 目次

1. 請求の流れについて・・・1頁
2. 請求の開始時期等について・・・2頁
3. 請求時の編綴（へんてつ）方法について・・・3頁
4. 請求先等について・・・4頁
5. 支払日等について・・・5頁
6. **振込口座について・・・6頁** \*必ずご覧ください。
7. 連合会からの送付物について・・・7頁
8. その他・・・8頁
9. お問い合わせ先・・・8頁

この資料は、2019年3月25日付け厚生労働省健康局作成の「【医療機関・健診機関用】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）」に基づき作成しています。

## 1. 請求の流れについて

費用の請求は、実施機関が所在している国保連合会へ行います。  
その際の手順は、以下に示すとおりです。

- ① 国保連提出用のクーポン券が貼付された受診票・予診票を、クーポン券の発行市区町村ごとにまとめておきます。※クーポン券の請求先自治体ごと
- ② それぞれの市区町村ごとに、請求総括書（小計）を作成します。
  - ・請求金額の欄にはそれぞれ区分ごとに以下により記載
  - （抗体検査）
    - 税抜き欄・・・税抜き単価×件数
    - 税込み欄・・・税込み単価×件数
  - （予防接種）
    - 税抜き欄・・・税抜き単価×件数
    - 税込み欄・・・（税抜き単価×消費税及び地方消費税率）※×件数
- ③ ②で作成した請求総括書（小計）をまとめた請求総括書（総計）を作成します。
  - ・請求金額の欄には、②で区分ごとに記載した金額の合計をそれぞれの欄に記載
- ④ 請求総括書（総計）及び請求総括書（小計）とともに、市区町村用のクーポン券が貼付された受診票・予診票を国保連合会へ送付します。

## 2. 請求の開始時期等について

2019年6月から請求の開始となります。

※ 2019年4月及び2019年5月に実施した風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種の費用の請求は、2019年6月1日～10日までに、2ヶ月分の請求総括書（総計）及び請求総括書（小計）を1枚にまとめてご請求してください。

※ 7月からは、通常どおり1ヶ月分（前月実施分）のご請求となります。  
（毎月10日締め切り）

(記載例)

〇〇都道府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

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）

(記載例)

〇〇〇市区町村長様 請求総括書（小計）

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 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

クーポン券に記載の  
6桁のコードを  
転記してください。

---

風しん対策 市区町村別請求書

施設等区分 1:医療機関

医療機関・健診機関番号 1234567890

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

請求年月 2019年〇〇月分

4月と5月の実施分（受診票及び予診票）をまとめて、  
**「2019年6月分」**  
 としご請求してください。

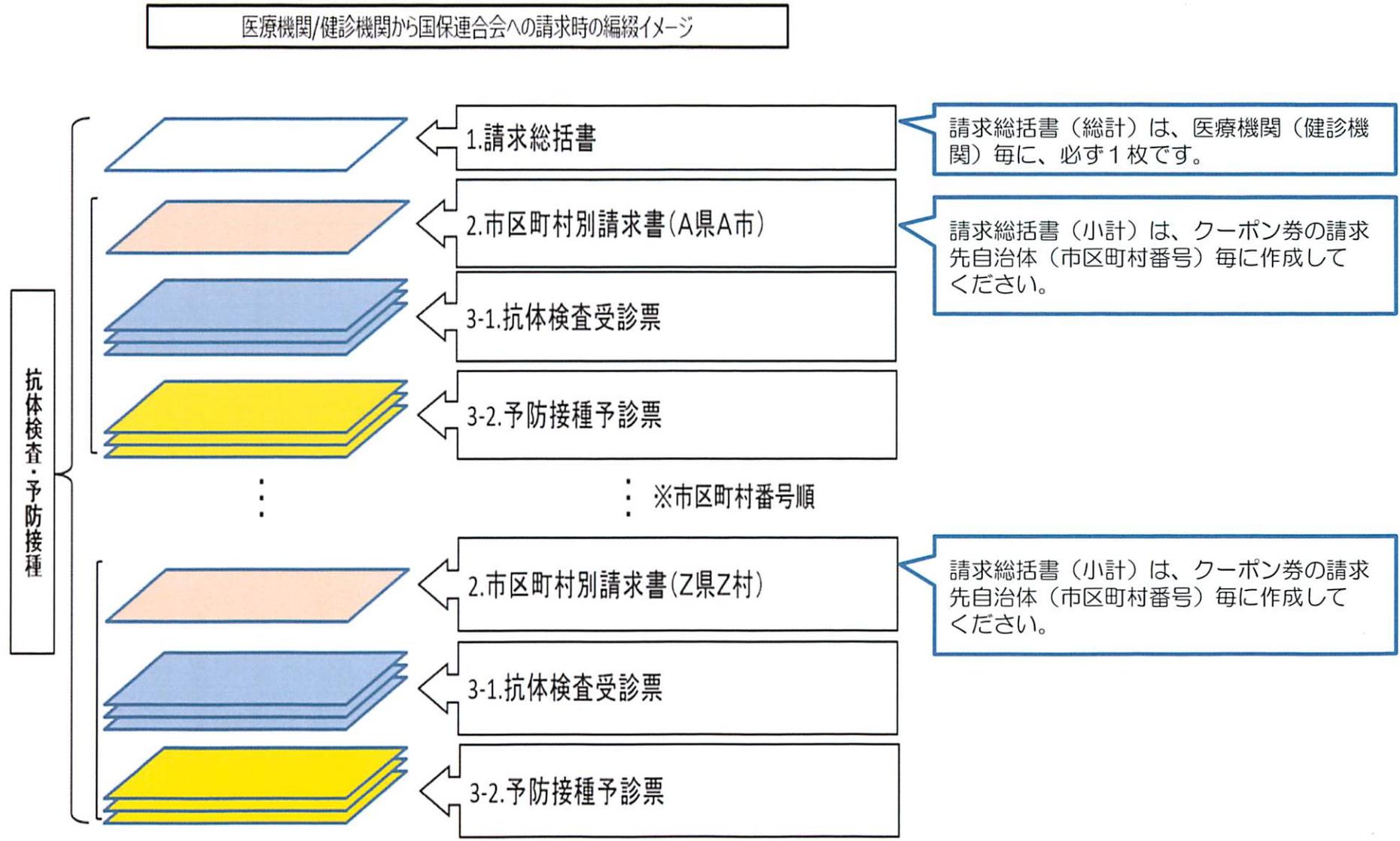
医療機関・健診機関番号 1234567890

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

請求年月 2019年〇〇月分

4月と5月の実施分（受診票及び予診票）をまとめて、  
**「2019年6月分」**  
 としご請求してください。

### 3. 請求時の編綴（へんてつ）方法について



#### 4. 請求先等について

- (1) 国保連合会へ直接持参される場合
  - ・ 診療報酬明細書等の受付窓口へご提出ください。
  
- (2) 郵送等の場合
  - ・ ご提出先
    - 〒461-8532
    - 名古屋市東区泉一丁目6番5号
    - 愛知県国民健康保険団体連合会
    - 管理部 保険者支援課 あて
    - ※「風しん書類 在中」としてください。

なお、郵送等の場合、他の請求書類と同封でも結構ですが、他の書類とは別にわかるようにしてください。

例：同封の場合でも、別封筒にて同封していただき、あて先を「管理部 保険者支援課 あて」「風しん書類 在中」としてください。

## 5. 支払日等について

国保連合会での書類受理後、翌月末にお振り込みをします。  
(ただし、土曜日、日曜日又は国民の祝日に関する法律に規定する休日に  
当たる場合は、これらの日の前日)

例：実施機関が2019年6月1日～10日までに国保連に請求した金額  
は、2019年7月31日にお振り込みをします。

なお、振込額は1件ごとに消費税率を乗じた上で（1円未満切捨て）、  
合計した金額となります。

## 6. 振込口座について

### (1) 医療機関の場合 (医療機関等コードが「231」から始まる機関)

「国民健康保険医療機関届」にてご登録された (レセプトの支払額をお振込みをする) 振込口座となります。

※ 別紙1の提出は必要ありません。

### (2) 健診機関の場合 (医療機関等コードが「232」から始まる機関)

別紙1「風しんの抗体検査・風しんの第5期定期接種に係る費用の請求及び受領に関する届」を以下のとおりご提出ください。

ご提出先

〒461-8532

名古屋市東区泉一丁目6番5号

愛知県国民健康保険団体連合会

管理部 保険者支援課 あて

提出期日

2019年6月7日 (金) まで

## 7. 連合会からの送付物について

国保連合会での書類受理後、翌月20日以降に送付します。  
(ただし、土曜日、日曜日又は国民の祝日に関する法律に規定する休日に  
当たる場合は、これらの日の後日)

### 【送付物】（別紙2参照）

#### ①支払額通知書

「調整」とある場合は、転出等により支払金額を調整したものと  
となります。

#### ②支払額内訳書

「調整」とある場合は、転出等により支払金額を調整したものと  
となります。詳細は備考欄にてご確認をお願いします。

#### ③返戻通知書（発生する場合のみ。返戻対象受診票・予診票も同封）

## 8. その他

- ・対象者へ返却等のため国保連提出用クーポン券が存在しない場合は、該当の市町村にご連絡のうえ、指示を仰いでください。
- ・以下の様式は厚生労働省等のホームページからダウンロードできます。

「請求総括書（総計）（小計）」  
「風しんの抗体検査受診票」  
「風しんの第5期の定期接種予診票」  
「口座変更時の国保連提出書類」

- ・消費税率が変更となった場合は、該当する消費税率ごとに市区町村別請求書を作成してください。

例：令和元年10月に消費税率が10%に変更となり、令和元年11月以降に連合会へ請求するもののなかに令和元年9月以前の実施分が存在する場合  
→10%に対応した市区町村別請求書（令和元年10月実施分）  
8%に対応した市区町村別請求書（令和元年9月以前実施分）  
を作成してください。

## 9. お問い合わせ先

愛知県国民健康保険団体連合会 管理部 保険者支援課

TEL：052-962-8871  
962-8856

\*土曜日、日曜日又は国民の祝日に関する法律に規定する休日及び  
12：00～13：00、18：00以降は除く

## 風しんの抗体検査・風しんの第5期定期接種 に係る費用の請求及び受領に関する届

20 年 月 日 提出

国民健康保険団体連合会 御中

開設者（代表者） 住所

氏名

印

風しんの抗体検査等に係る費用の請求及び受領に関する届を下記のとおり記入・捺印のうえ提出いたします。

医療機関等番号															
フリガナ		TEL	— —	連合会 使用欄											
医療機関等名称		FAX	— —												
郵便番号	—														
フリガナ		振込先	金融機関コード												
		所在地	支店名	支店コード											
	預金種目		1：普通      2：当座	該当番号に○を付けて下さい。											
		口座番号			右詰で記載して下さい。										
フリガナ		フリガナ													
請求者		口座名義人※													
	届出理由(該当番号に○を付けて下さい。)	請求開始(変更)年月	旧医療機関等番号												
1	新設	20 年 月 より	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> </table>												
2	請求者または口座名義人の変更														
3	振込先及び口座番号の変更														
4	その他 (														
備考															

※開設者（代表者）と口座名義人が異なる場合には、委任状も添付いただく必要があります。

様式番号エリア

## 風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額通知書

〇〇〇県国民健康保険団体連合会

国国1年6月1日 作成

医療機関等	
〒 999-9999	
住所三四五六七八九〇一二三四五六七八九〇一二三四五六七八九〇	
番地三四五六七八九〇一二三四五六七八九〇一二三四五六七八九〇	
方書三四五六七八九〇一二三四五六七八九〇一二三四五六七八九〇	
医療機関名六七八九〇一二三四五六七八九〇一二三四五六七八九〇	
代表者名五六七八九〇一二三四五六七八九〇	様

国国1年5月 分

被振込銀行		振込日
一二三四五六七八九〇一二三四	一二三四五六七八九〇一二三四	国国1年6月1日

医療機関等番号	1234567890
---------	------------

区分	件数	金額(税込)
決定	1,234,567,890	1,234,567,890
調整	▲1,234,567,890	▲1,234,567,890
確定	9,999,999,999	9,999,999,999

振込額	99,999,999,999	円
-----	----------------	---



様式番号エリア

風しん対策抗体検査・予防接種費 返戻通知書

国国1年5月 分

医療機関等番号	医療機関等名
1234567890	医療機関名六七八九〇一二三四五六七八九〇一二三四五六七八九〇

〇〇〇県国民健康保険団体連合会  
国国1年6月1日 作成

1 頁

項番	市区町村番号	市区町村名	発券No	券種	検査番号	金額(税込)	返戻理由
1	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	▲123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
2	123456	一二三四五六七八九〇一二三四五	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
3	123456	一二三四五六七八九〇一二三四五六	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
4	123456	一二三四五六七八九〇一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
5	123456	一二三四五六七八九〇一二三四五六七八九〇一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
6	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
7	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
8	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
9	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
10	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
11	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
12	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
13	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
14	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
15	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
16	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
17	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
18	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
19	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇
20	123456	一二三四五六七八九〇	1234567890	1	6	123,456,789	備考参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇壹贰参四五六七八九〇

券種	1	抗体検査券
	2	予防接種予診券
	3	予防接種券

検査番号	1	健診・HI法	4	EIA法
	2	健診・EIA法	5	夜間休日・HI法
	3	HI法	6	夜間休日・EIA法