

# 請求書等を国保連合会に提出する際の確認事項

## － 風しんに関する追加的対策 －

高知県国民健康保険団体連合会 業務課

令和2年6月

医療機関・健診機関は、以下を確認のうえ、実施月の翌月10日までに受診票等を国保連合会に提出(請求)する。

・請求総括書…1医療機関につき1枚

・市区町村別請求書…1市区町村につき1枚

ただし、消費税率が異なる(8%と10%)場合は、それぞれの分(2枚)を作成する。

・抗体検査受診票、予防接種予診票(以下、それぞれ「受診票」、「予診票」という。)

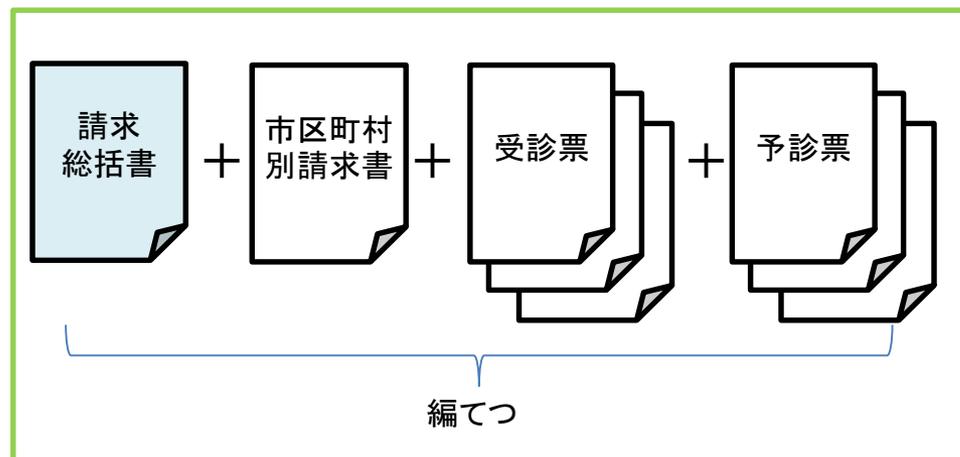
…受診票、予診票それぞれ1受検者につき1枚

ただし、予診のみの請求がある場合は予診票が2枚になることもある。

・国保連合会に提出する月(請求月の1日~10日)に実施した検査・予防接種に係る受診票・予診票が混在していないか

※ 月遅れ請求分の混在は可能

原票



医療機関・健診機関



国保連合会



翌月10日までに請求  
(提出期間は、毎月1日~10日)

厚生労働省のホームページに掲載されている「2019年07月10日 実績報告書(請求総括表及び市区町村別請求書)(53KB)」と「2019年10月31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(652KB)」の活用について、請求事務に係る負担軽減並びに記載誤り防止が期待されますので、是非ご検討ください。

## 《1 請求総括書》

〇〇都道府県国民健康保険団体連合会 御中

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 ①  
 開設者氏名 労働次郎 ② 印  
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ③

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 ④  
 医療機関・健診機関番号 1234567890 ⑤  
 医療機関・健診機関名称 厚労病院〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ⑥  
 請求年月 2020年〇〇月分 ⑦

	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	0	0	0
	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	0	0	0
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
	合計	0	0	0

※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。

## 《確認事項》

- ①「医療機関等の所在地」の記載漏れがないか
- ②「開設者氏名」の記載漏れ及び印の漏れがないか
- ③「電話番号」の記載漏れがないか
- ④施設等区分  
「1:医療機関」or「2:健診機関」の記載があるか
- ⑤医療機関・健診機関番号  
10桁(医療機関は「391+7桁」、健診機関は「392+7桁」)で正しく記載しているか
- ⑥医療機関・健診機関名称の記載漏れがないか
- ⑦請求年月  
請求年月(国保連合会に提出する年月)を記載しているか  
※ 年は、西暦表記以外は不可  
※ 月は、検査・接種実施月の記載は不可
- ⑧抗体検査について  
(ア)請求件数・・・受診票の検査番号に対応した区分に件数を計上しているか  
(イ)請求金額(税抜)・・・件数×単価(税抜)の金額を計上しているか  
○単価(税抜)  
検査区分①=1,290円、検査区分②=2,680円、検査区分③=4,930円  
検査区分④=6,320円、検査区分⑤=5,430円、検査区分⑥=6,820円  
(ウ)請求金額(税込)・・・件数×単価(税込)の金額を計上しているか  
○単価(税込)(税率10%の場合)  
検査区分①=1,419円、検査区分②=2,948円、検査区分③=5,423円  
検査区分④=6,952円、検査区分⑤=5,973円、検査区分⑥=7,502円  
(エ)小計・・・件数、金額(税抜)及び金額(税込)に計上漏れや計算誤りがないか
- ⑨予防接種について  
(ア)請求件数・・・予診票に対応した区分(通常、予診のみ)に件数を計上しているか  
(イ)請求金額(税抜)・・・件数×単価(税抜)の金額を計上しているか  
○単価(税抜)は、クーポン券に記載されている金額  
※2020年度の高知県内市町村の単価(税抜)は一律  
「通常=9,620円」、「予診のみ=2,880円」  
※古いクーポン(「通常=9,560円」、「予診のみ=2,820円」)の場合は、実施機関がクーポン券を手書き修正する。  
(ウ)請求金額(税込)・・・件数×単価(税込)の金額を計上しているか  
○単価(税込)は、クーポン券に記載されている金額+税(円未満切り捨て)  
※2020年度の高知県内市町村の単価(税込)は一律  
「通常=10,582円」、「予診のみ=3,168円」(税率10%の場合)  
(エ)小計・・・件数、金額(税抜)及び金額(税込)に計上漏れや計算誤りがないか
- ⑩合計・・・件数、金額(税抜)及び金額(税込)に計上漏れや計算誤りがないか

## 《2 市区町村別請求書》

〇〇〇市区町村長様  
市区町村番号

□□□□□□	①
--------	---

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 ②

開設者氏名 労働次郎 ③ 印

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ④

---

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号	1234567890 ⑤
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 ⑥
請求年月	2020年〇〇月分 ⑦

		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	0	0	0
	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	0	0	0
予防接種	通常	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		0	0	0

消費税率 10% ⑪

※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。

## 《確認事項》

- 市区町村番号について
  - (ア)クーポン券の「請求先」欄に記載されている6桁の市区町村番号を記載しているか  
※例:高知市は「392014」
  - (イ)別の市区町村のクーポン券を貼付した受診票・予診票が混在していないか
- 「医療機関等の所在地」の記載漏れがないか
- 「開設者氏名」の記載漏れ及び印の漏れがないか
- 「電話番号」の記載漏れがないか
- 医療機関・健診機関番号
  - 10桁(医療機関は「391+7桁」、健診機関は「392+7桁」)で正しく記載しているか
- 医療機関・健診機関名称の記載漏れがないか
- 請求年月
  - 国保連合会に提出する年月を記載しているか  
※年は、西暦表記以外は不可  
※月は、検査・接種実施月の記載は不可
- 抗体検査について
  - (ア)請求件数…受診票の検査番号に対応した区分に件数を計上しているか
  - (イ)請求金額(税抜)…件数×単価(税抜)の金額を計上しているか  
○単価(税抜)  
検査区分①=1,290円、検査区分②=2,680円、検査区分③=4,930円  
検査区分④=6,320円、検査区分⑤=5,430円、検査区分⑥=6,820円
  - (ウ)請求金額(税込)…件数×単価(税込)の金額を計上しているか  
○単価(税込)(税率10%の場合)  
検査区分①=1,419円、検査区分②=2,948円、検査区分③=5,423円  
検査区分④=6,952円、検査区分⑤=5,973円、検査区分⑥=7,502円
  - (エ)小計…件数、金額(税抜)及び金額(税込)に計上漏れや計算誤りがないか
- 予防接種について
  - (ア)請求件数…予診票に対応した区分(通常、予診のみ)に件数を計上しているか
  - (イ)請求金額(税抜)…件数×単価(税抜)の金額を計上しているか  
○単価(税抜)は、クーポン券に記載されている金額  
※2020年度の高知県内市町村の単価(税抜)は一律  
「通常=9,620円」、「予診のみ=2,880円」  
※古いクーポン(「通常=9,560円」、「予診のみ=2,820円」)の場合は、実施機関がクーポン券を手書き修正する。
  - (ウ)請求金額(税込)…件数×単価(税込)の金額を計上しているか  
○単価(税込)は、クーポン券に記載されている金額+税(円未満切り捨て)  
※2020年度の高知県内市町村の単価(税込)は一律  
「通常=10,582円」、「予診のみ=3,168円」(税率10%の場合)
  - (エ)小計…件数、金額(税抜)及び金額(税込)に計上漏れや計算誤りがないか
- 合計…件数、金額(税抜)及び金額(税込)に計上漏れや計算誤りがないか
- 消費税率について ※税率が異なる(8%と10%)場合は、それぞれの分を作成する。
  - (ア)記載漏れがないか
  - (イ)受診票・予診票の検査日・接種日に対応した税率で集計しているか

厚生労働省のホームページに掲載されている「2019年10月31日 風しんの抗体検査受診票及び風しんの第5期の定期予防接種予診票(260KB)」の活用について、請求事務に係る負担軽減並びに記載誤り防止が期待されますので、是非ご検討ください。

## 《3 抗体検査受診票》

### 風しんの抗体検査受診票

※本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51(1976)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	都道府県	市区町村	(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」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	③
主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** (医師の診断の結果、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

医師記入欄  
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。  
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(※表裏の付表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: 抗体価	法 風しんの第5期の定期接種 <b>対象</b> 風しんの第5期の定期接種 <b>非対象</b>	実施場所 医師名 検査年月日
⑥		⑦

検査番号(※表裏の付表1を参照)  
□1 □2 □3 □4 □5 □6 該当する検査番号の口を黒く(■)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。

## 《確認事項》

- 住所・氏名について
  - (ア)住所・・・クーポン券に記載されている市区町村名と一致しているか
  - (イ)氏名・・・クーポン券に記載されている氏名と一致しているか
- 「(国保連提出用)」のクーポン券を貼付しているか
- 質問事項に対して適宜、回答されているか
- 署名年月日及び被検者自署による氏名があるか
  - ※自署出来ない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検者との続柄を記載
- 医師記入欄について
  - (ア)抗体検査結果確認  
「(あり・なし・不明または記録なし)」のいずれかの選択(○で囲む)があるか  
※「あり」を選択した場合、さらに「(対象・非対象)」を選択する。
  - (イ)ワクチン接種歴  
「(あり・なし・不明または記録なし)」のいずれかの選択(○で囲む)があるか  
※「あり」を選択した場合、さらに「ワクチンの種類」を選択し、接種日を記載する。
  - (ウ)抗体検査の必要性判断  
「(必要・不要)」のいずれかの選択(○で囲む)があるか
  - (エ)医師が署名しているか。ゴム印による氏名の場合は、押印しているか
- 風しんの抗体検査の結果について、各欄に記載漏れがないか
- 実施場所・医師名・検査年月日・医療機関等コードについて
  - (ア)実施場所の記載があるか
  - (イ)医師名の記載があるか
  - (ウ)検査年月日を西暦で記載しているか。また、請求月の前月までの検査年月日か。
  - (エ)医療機関等コードを10桁で正しく記載しているか  
※(医療機関は「391+7桁」、健診機関は「392+7桁」)
- 該当する検査番号の口を黒く塗りつぶしているか

# 《4 予防接種予診票》

風しんの第5期の定期接種予診票		②	
<small>※お持ち帰りください</small> <small>登録票に記載されている住所</small>		都 道 府 県 市 区 町 村 ①	(クーポン貼付)
氏名	男・女		
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)	診察前の体温	③ 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。	はい	いいえ	④
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	⑤		
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) 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 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。 (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 被接種者自署			
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
医師記入欄 ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか確認	0.5ml	⑦ ⑧ 医療機関等コード 医師名 接種年月日(西暦)	⑧ 医療機関等コード ※(医療機関は「391+7桁」、健診機関は「392+7桁」)

# 《確認事項》

- ①住所・氏名について
  - (ア)住所・・・クーポン券に記載されている市区町村名と一致しているか
  - (イ)氏名・・・クーポン券に記載されている氏名と一致しているか
- ②クーポン貼付
  - (ア)「(国保連提出用)」のクーポン券を貼付しているか
  - (イ)古いクーポン(「接種:9,560円」、「予診のみ:2,820円」)の場合、「接種:9,620円」、「予診のみ:2,860円」にクーポン券を手書き修正しているか
- ③「診察前の体温」に記載漏れがないか
- ④質問事項に対して適宜、回答されているか
- ⑤医師記入欄について
  - (ア)抗体検査の結果等による確認「(した・していない)」のいずれかの選択(○で囲む)があるか
  - (イ)接種の可否「(可能・見合わせる)」のいずれかの選択(○で囲む)があるか
  - (ウ)医師が署名しているか。ゴム印による氏名の場合は、押印しているか
- ⑥風しんの第5期の定期接種希望書について
  - (ア)接種の希望「(接種を希望します・接種を希望しません)」のいずれかの選択(○で囲む)があるか
  - (イ)署名年月日及び被接種者自署による氏名があるか  
※自署出来ない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載
- ⑦ワクチンシールを貼付しているか  
※コピーの場合は可
- ⑧実施場所・医師名・接種年月日・医療機関等コードについて
  - (ア)実施場所の記載があるか
  - (イ)医師名の記載があるか
  - (ウ)接種年月日を西暦で記載しているか。また、請求月の前月までの接種年月日か。
  - (エ)医療機関等コードを10桁で正しく記載しているか  
※(医療機関は「391+7桁」、健診機関は「392+7桁」)