

風しんの追加的対策に係る  
抗体検査・予防接種委託料の請求  
に関する手引き

# 目次

タイトル	ページ数
【風しんの追加的対策】3月11日以降の請求先について	P1
【風しんの追加的対策】3月11日以降の請求様式について	P2
【風しんの追加的対策】請求書類の編綴について	P3
受診票の記載内容等に係る留意事項について	P4
予診票の記載内容等に係る留意事項について	P5
【風しんの追加的対策】問合せ先について	P6

# 【風しんの追加的対策】3月11日以降の請求先について

風しん追加的対策に係る抗体検査・予防接種委託料の請求先については、これまで一律に都道府県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)に請求いただいていたが、**3月11日以降、以下のとおり変更**となりますので、ご注意ください。

対象者の住民票所在地	請求先
広島市	<b>広島市</b>
広島市外	住民票所在地のある市町村にお問合せください。

については、可能な限り**令和7年4月10日(必着)**までに本市健康推進課まで請求書類(P3)をご提出いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

## 請求書類の提出先

〒730-8586  
広島市中区国泰寺町一丁目6番34号  
広島市健康福祉局保健部健康推進課保健予防係

封筒に「請求書等在中(風しんの追加的対策)」と記載してください。

# 【風しんの追加的対策】3月11日以降の請求様式について

① (令和6年度実施分) 広島市請求用

令和 年 月 日

医療機関等名称：  
 医療機関等番号(10桁)：  
 郵便番号(ハイフンなし)：  
 医療機関等の所在地：  
 代表者職氏名：  
 担当者氏名：  
 電話番号：

②

金融機関コード	支店コード
金融機関名	支店名
預金種別 1:普通 2:当座	口座番号
フリガナ	
口座名義人	

③

※通帳の写し(上記の情報が確認できるページ)を添付してください。

風しん対策 請求書(実績報告書)

④ ※以下、太線枠内を記載してください。

令和7年●月請求分

請求金額： 円

⑤

※広島市のクーポン券を使用した抗体検査・予防接種実施分のみ記載してください。

	区分	単価(税込)	医療機関等記入欄		広島市使用欄	
			請求件数	請求金額(税込)	決定件数	決定金額(税込)
抗体検査	①健診・HI法	1,419				
	②健診・EIA法	2,948				
	③HI法	5,423				
	④EIA法	6,952				
	⑤夜間休日・HI法	5,973				
	⑥夜間休日・EIA法	7,502				
	小計		件	円		
予防接種	通常	10,608				
	予診のみ	3,513				
	小計		件	円		
合計			件	円		

⑥

風しん追加的対策に係る抗体検査・予防接種委託料の請求様式は、請求先の変更に伴い、**3月11日以降、以下のとおり変更**となります。

なお、当該様式は広島市に請求する際の様式です。他市町村への請求については、それぞれの市町村へお問合せください。

番号	項目	備考
①	実施年度	実施年度をご確認ください。下記の留意事項も併せてご確認ください。
②	医療機関名称等	医療機関の情報を記載
③	口座番号等	口座情報を記載 別途、通帳の写しを添付(金融機関名、金融機関コード、支店名、支店コード、預金種別、口座番号、口座名義人のフリガナ等が確認できるもの)
④	請求月	請求日の属する月を記載 【例】令和7年4月10日までに広島市へ請求する場合は「令和7年4月請求分」と記載
⑤	請求金額	自動計算で表示されます。金額に誤りがないかご確認ください。
⑥	請求件数等	請求金額・小計・合計は自動計算で表示されます。金額に誤りがないかご確認ください。

**留意事項**  
 請求年度が令和6年度分の場合  
 【例】令和7年1月に2件、令和7年3月に4件実施した場合は、●月請求分として6件をまとめて請求可能。  
 請求年度が複数年度にまたがる場合  
 【例】令和6年1月に1件、令和7年3月に1件実施した場合は、令和6年度実施分と令和5年度実施分の請求書2枚に分けて請求してください。

# 【風しんの追加的対策】請求書類の編綴について

◎国保連に提出していた際の編綴と異なりますので、ご注意ください。  
以下のとおり編綴し、提出をお願いします。



【上】

- ①請求書
- ②通帳の写し
- ③風しんの抗体検査受診票
- ④風しんの第5期の定期接種予診票-予診のみ
- ⑤風しんの第5期の定期接種予診票-接種

【下】

※③～⑤の編綴の際、種類ごとに上が古い検査日(接種日)の受診票(予診票)になるよう並べてご提出ください。

# 受診票の記載内容等に係る留意事項について

請求前に、左記、①～⑨を以下のとおり確認する。  
(国保連に提出していた際と変更なし)

風しんの抗体検査受診票

※医療費を自己負担ください。  
※本受診票は、風しん(1121)、麻疹(1122)による予防接種の対象となる風しん抗体検査に適用される風しん抗体検査票に作成されたものです。

②

①

質問事項	回答欄	医師記入欄
請求時点で住居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	
〔1121〕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28年(2016年)4月1日以降に受けましたか。	はい いいえ	
〔1122〕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(旧)ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ(旧)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	
〔1121〕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(欄外に) ( 風しんワクチン ・ 麻しんワクチン ・ 麻しんワクチン )	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 $\surd$ を入れてください。 $\surd$ 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 **希望いたします。**

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、検査の結果と判断された場合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。このことを確認し、同意いただける場合はご署名下さい。(署名のない場合は、検査を無料でご受けることはできません。)

年 月 日 被検査者自署

③

医師記入欄

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

検査方法: ⑥

実施場所 ⑦

検査年月日 ⑨

検査結果 (必ず記入してください)  
風しんの抗体検査の結果、**判定結果** (判定結果) として判定されました。  
風しんの抗体検査の結果、**判定結果** (判定結果) として判定されました。  
風しんの抗体検査の結果、**判定結果** (判定結果) として判定されました。

番号	項目	確認事項
①	クーポン券	<input type="checkbox"/> 広島市のクーポン券(国保連提出用)を貼付しているか
②	住民票に記載されている住所	<input type="checkbox"/> クーポン券記載の請求先と一致しているか
③	被検査者自署	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか
④	医師記入欄	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか
⑤	医師署名 又は、記名押印	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか ※ 記名(スタンプ等を使用)の場合は必ず押印が必要です。
⑥	風しんの抗体検査の結果	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか <input type="checkbox"/> 検査方法のマーク欄が塗りつぶされているか
⑦	実施場所・医師名	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか
⑧	医療機関等コード	<input type="checkbox"/> 10桁の医療機関コードを正確かつ明瞭に記載しているか
⑨	検査年月日	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか

※請求の際に添付する受診票は、必ず原本であること。  
※受診票の原本を提出する際、必ず写しをとって定められた期間(5年間)保存すること。

## 注意

上記①～⑨以外にも、記入漏れ等がないか必ず確認をお願いします。

### 風しん抗体検査の結果、「判定結果の判定」と記載された方へ

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。  
この受診票を提出して、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。

# 予診票の記載内容等に係る留意事項について

請求前に、左記、①～⑨を以下のとおり確認する。  
(国保連に提出していた際と変更なし)

風しんの第5期の定期接種予診票

①

②

氏名

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。	はい 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が。	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が、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、病気がかかったりしましたが。 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	

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

番号	項目	確認事項
①	クーポン券	<input type="checkbox"/> 広島市のクーポン券(国保連提出用)を貼付しているか ※ 予診のみの場合・・・券種に「予防接種予診券(予診のみ)」と記載されているクーポン券を使用。
②	住民票に記載されている住所	<input type="checkbox"/> クーポン券記載の請求先と一致しているか
③	医師記入欄	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか
④	医師署名 又は、記名押印	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか ※ 記名(スタンプ等を使用)の場合は必ず押印が必要です。
⑤	被接種者自署	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか
⑥	ワクチン名・ロット番号	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか ※ 予診のみの場合は不要
⑦	実施場所・医師名	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか
⑧	医療機関等コード	<input type="checkbox"/> 10桁の医療機関コードを正確かつ明瞭に記載しているか
⑨	接種年月日	<input type="checkbox"/> 記載漏れがないか ※ 予診のみの場合は予診年月日を記載しているか

※請求の際に添付する予診票は、必ず原本であること。  
※予診票の原本を提出する際、必ず写しをとって定められた期間(5年間)保存すること。

**注意** 上記①～⑨以外にも、記入漏れ等がないか必ず確認をお願いします。

# 【風しんの追加的対策】問合せ先について

## 問合せ先

請求に関して御不明な点等ありましたら、以下にお問合せください。

広島市健康福祉局保健部健康推進課保健予防係

電話番号:082-504-2882

対応時間:午前8時30分～午後5時15分(土日祝除く)