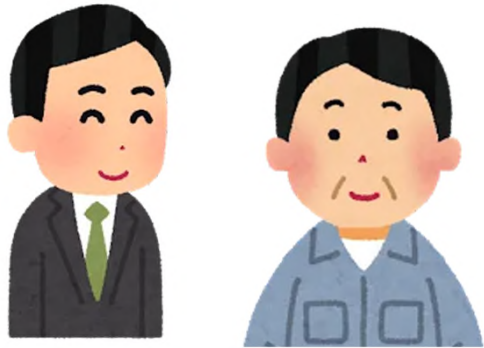


社内診療所で健診を実施している場合

① 社内診療所で採血



従業員



② 外注先で測定



③ 検査結果の評価 & 従業員への伝達

風しんの
抗体ない
んだ。。

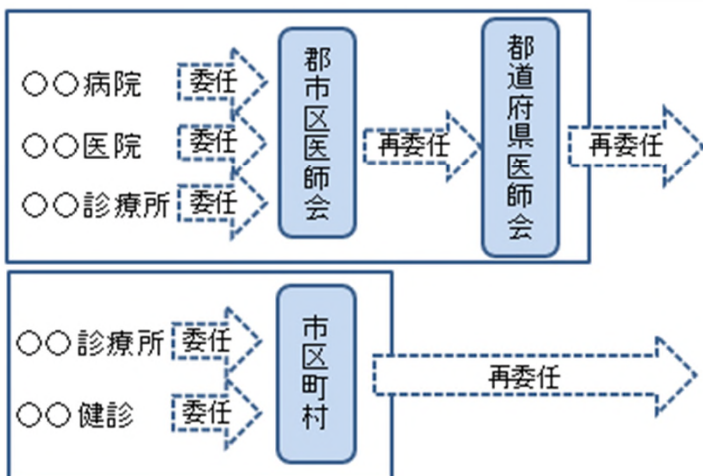


④ 結果が陰性だった方は 予防接種へ

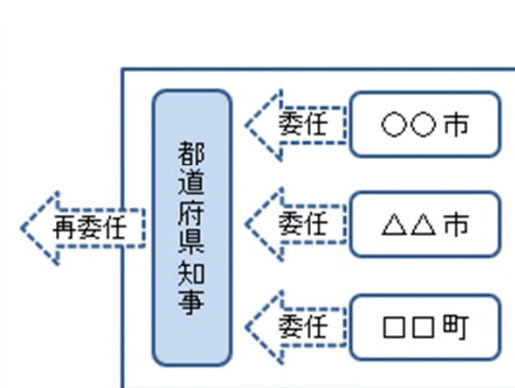


クーポン券は全国の医療機関で使用可能

受託側（医療機関）



委託側（市区町村）



集合契約

全国知事会

日本医師会
& 都道府県

- ・対象者には、居住地の自治体から抗体検査、予防接種を無料で受検できるクーポン券が届き、配付したクーポン券は全国の医療機関で使用可能。
- ・全国の市区町村が、全国の医療機関にクーポン券を使用した抗体検査と予防接種を委託できる仕組みを作っている。全国知事会と日本医師会が集合契約を締結しており、各医療機関は委任状を1枚医師会等に提出するだけで、集合契約に参加可能。

企業の健診で無料クーポンを使用できるようにすると効果的

企業内での診療所で実施する主な確認・調整事項

- ①社内関係者・職員の理解→啓発資料の活用
- ②社内診療所が集合契約に入り、口座番号の登録をする。
- ③検査委託先と調整
- ④対象者への抗体検査の案内方法
 - ・クーポン券の持参が**最重要**（手元にクーポン券がない方へ再発行を案内）
- ⑤結果の取扱いについて
 - * 検査結果を会社が把握し、会社から、本人へ予防接種の案内を行う場合は、医療機関との調整及び受検者からの同意が必要
- ④検査結果が陰性だった従業員（免疫を持っていない）への予防接種の案内方法（社内で予防接種実施／外部の医療機関での受診を案内）
- ⑤費用請求の方法（医療機関が国保連へ一括請求→市区町村が確認→国保連が医療機関へ一括入金）
- ⑥未実施者の再案内の頻度・方法

社内診療所が集合契約に入る方法

委任状を提出→市区町村の費用請求が可能に

約1,700ある全国の市区町村と抗体検査・予防接種の実施について、委託/受託の契約を結ぶことを委任

委任状の提出先：

取りまとめ団体（医師会や会社のある市区町村）

例）千代田区：千代田保健所

さいたま市：さいたま市保健所



風しんの抗体検査・風しんの第5期の定期接種用

※必ずコピーを保管ください。

年 月 日

委任状

【委任者】

①医療機関コード

②医療機関名

③郵便番号

委任状は厚生労働省のホームページからダウンロード

- 医療機関コード
- 連絡先
- 受託内容（抗体検査、予防接種）を記載

⑥受託業務

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種について、貴医療機関における受託の可否について御記入下さい。

●風しんの抗体検査

受託する	受託しない

●風しんの第5期の定期接種

受託する	受託しない

(委任とりまとめ者)

〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

【●●(とりまとめ団体)】

〇〇 〇〇

風しんの抗体検査の受付について

1. 受診票を準備する

・従業員がクーポン券を持参して、風しんの抗体検査を実施できるように、事前に「風しんの抗体検査受診票」を準備しておきます。

※集合契約で実施する風しんの抗体検査では、統一様式を用いる必要があります。様式は厚生労働省ホームページからExcelファイルでダウンロードできます。

2. 従業員（対象者）にクーポン券を用意してもらう

・風しん抗体検査を集合契約で実施するにはクーポン券が必須です。

注意：クーポン券に記載された「請求先市区町村」と、対象者の「住民票のある市区町村」が異なる場合、**費用請求ができない可能性**がありますので、従業員に確認してください！

3. 受診票に、必要事項を記入してもらう

・対象者の記載項目は、受診票の太枠内です。

抗体検査の実施と結果の説明について

1. 検査の実施

- 受診票に必要事項が記入されていることを確認し、風しん抗体検査を実施する。
- 貴社で実施する検査方法を予め確認する。
(血液検査の委託会社(外注先)等)

2. 受診票にクーポン券を貼付し検査方法を記入

- 受診票の右上にクーポン券を貼付する。
- 検査方法の記入は、風しんの抗体検査受診票の裏面の様式等を参考に記入する。

3. 受診票に検査結果を記入

- 検査結果が判明次第、受診票の左下に結果を記入する。※同一の検査方法でも、使用する測定キットによって定期接種の対象となる抗体価が異なる場合があることに注意する。

4. 受診票を本人に返却し、結果を説明

- 健診等の機会を活用して、抗体検査を受検した方には、本人控えを健診結果とともにご本人に返却しても差し支えない。

【風しんの抗体検査受診票】

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

風しんの抗体検査券

東京都 千代田区 霞が関1-2-2

氏名 厚生 太郎

昭和 52 年 4 月 1 日生 (満 42 歳)

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。	はい <input checked="" type="radio"/> 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 <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等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(麻)ワクチン又は麻しん・風しん・おたふくかぜ(麻)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 (麻)に○) (風しんワクチン・麻ワクチン・麻)ワクチン)		

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い。
□ 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 (医師の署名、検査が必要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、国民健康保険中央金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 検査者自署 厚生 太郎

医師記入欄
対象者の平成26年4月1日以前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・麻)ワクチン・麻)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・麻)ワクチン・麻)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 労働 次郎

検査方法	判定結果	実施場所
HI 法	風しんの抗体価が() 風しんの第5期の定期接種 対象	労働クリニック
抗体価	単位	医師名 労働 次郎
8	IU/mL	検査年月日 20## 年 ○ 月 □ 日
検査番号	検査場所・医師名・検査年月日	医療機関等コード 0128456789
1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 □ 6		

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。この受診票を携帯して、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。

風しんの予防接種の受付について

1. 予診票を準備する

・職員がクーポン券を持参して、風しんの予防接種を実施できるよう、事前に「風しんの第5期の定期接種予診票」を準備しておきます。

※集合契約で実施する風しんの予防接種では、統一様式を用いる必要があります。様式は厚生労働省ホームページからExcelファイルでダウンロードできます。

2. 従業員（対象者）にクーポン券を用意してもらう

・風しん抗体検査を集合契約で実施するにはクーポン券が必須です。

注意①：クーポン券に記載された「請求先市区町村」と、対象者の「住民票のある市区町村」が異なる場合、**費用請求ができない可能性**がありますので、従業員に確認してください！

注意②：クーポン券に記載された「予診費用」「接種費用」は、クーポン券を発行した市区町村毎に異なります。また、接種費用は乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）の金額です。

3. 受診票に、必要事項を記入してもらう

・対象者の記載項目は、予診票の太枠内です。

風しんの予防接種の実施について

1. 副反応などの説明

- 接種担当医は予診票を確認し、被接種者が予防接種不適合者または予防接種要注意者に該当しないかを確認する。
- 予防接種の効果や副反応などについての説明をする。

2. 定期接種を実施

- 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確認し、接種が可能と判断された場合に、予防接種を実施する。
- 集合契約による風しんの第5期の定期接種は、乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）を使用する。

3. 予診票に必要事項を記入

- 医師記入欄に必要項目が記入されているか確認する。

4. 予防接種済証を本人に返却

- 集合契約による風しんの第5期の定期接種では、必要事項（※）が記入された予診票にご本人控えのクーポン券を貼付されたものが、予防接種済証となります。

（※）必要事項：住所、氏名、生年月日、実施場所、医師名、接種年月日

風しんの第5期の定期接種予診票

シールは左上隅の「**Γ**」が隠れるように貼付 (国保連提出用) を貼付

接種者 氏名	〇〇〇〇市	456
接種場所 施設名	〇〇〇〇〇〇	
接種料 金額	〇 円	
接種券 番号	U123456789	

住所：東京都千代田区霞が関1-2-2
氏名：厚生 太郎 (女)
生年月日：昭和52年4月1日生 (満42歳) 診察前の体温：36度5分

質問事項	回答欄	医師記入欄
接種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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/> いいえ <input type="radio"/>	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名：)	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
治療(投薬など)を受けていますか。(治療の内容：)	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
その病気の主治医には、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 <input checked="" type="radio"/>	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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 type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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 type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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せんか。 症状() 予防接種の種類()	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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 type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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 type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
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 <input checked="" type="radio"/>	
最近1ヵ月以内 病名()	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
今日の予防接種	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	

特記事項がなければ未記載で構いません

ワクチン名、ロット番号、接種量はシールでも構いません

医師記入欄
本人
今日の予防接種は(可 具合合わせる)
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
医師の診察・説明
この予診票は、予このことを理解した上で、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)
20##年〇月〇日 接種者自署 厚生 太郎
(注)有効期間が切れていないか確認

ワクチン 〇〇〇〇ワクチン	接種量 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##年〇月〇日	医療機関コード 123456789

費用請求のための手続き

1. 国保連（国民健康保険団体連合会）への届けを作成しましょう

- ①様式は厚生労働省ホームページからExcelファイルでダウンロードできます。
- ②取りまとめ団体への委任状提出後、費用請求用のコードが採番され、国保連から連絡がきます。
- ③委任状に必要事項を記入してください。
※「医療機関番号コード」は空欄にする。
- ④実施する業務（抗体検査・予防接種）が正しく記入されているか、必ず確認してください。

2. 国保連に提出しましょう

右の様式が完成したら、貴社の所在地（都道府県）の国保連に提出します。
これにより、費用の振込先口座情報が登録され、費用請求が可能となります。

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	振込先	金融機関コード	
フリガナ	支店名	支店コード	
所在地	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	
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。

費用請求（抗体検査・予防接種）について

1. クーポン券を貼った受診票・予診票を、市区町村ごとにまとめておく

2. 月ごとの実施分をまとめて、市区町村別請求書を作成

3. 市区町村別請求書をまとめて請求総括書を作成

4. 所定の方法で編綴して、所在地（都道府県）の国保連へ送付し費用を請求

（記載例）

〇〇市区町村長様
市区町村番号

請求総括書（小計）

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

クーポン券に記載の6桁の番号を転記

任意の印鑑で構いません

風しん対策 市区町村別請求書

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

	請求件数	請求金額 (税込)	請求金額 (税込)
抗体検査	①健診・HI法	0	0
	②健診・EIA法	0	0
	③HI法	0	0
	④EIA法	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0

〇〇都道府県国民健康保険団体連合会 御中

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

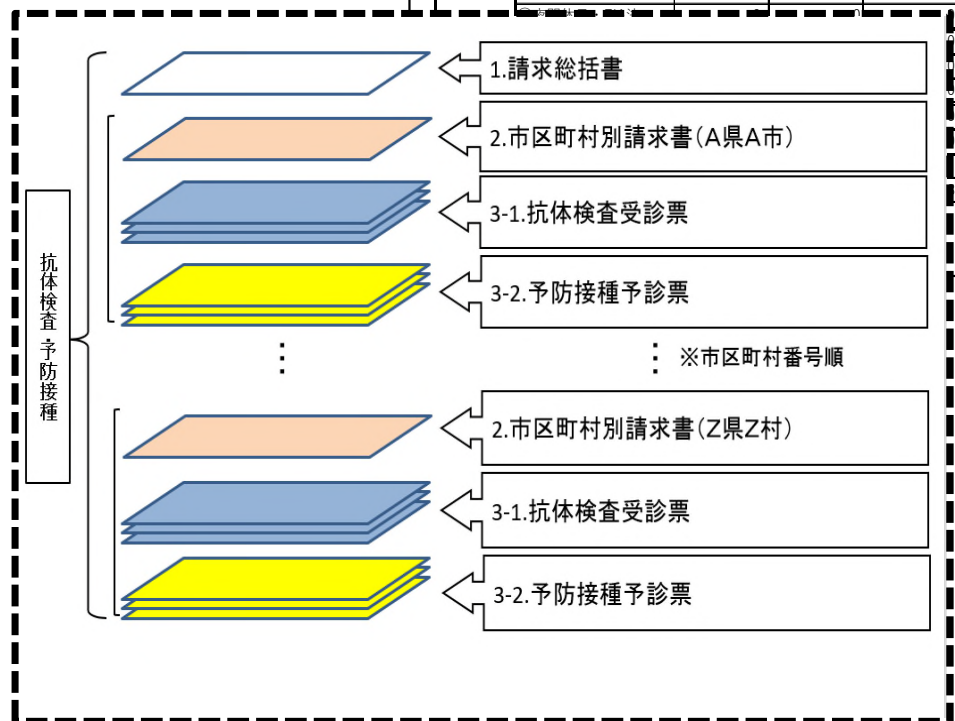
任意の印鑑で構いません

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
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

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。



風しん抗体検査価格（全国统一価格） ＊手引きより抜粋

	HI法、LTI法、ICA法	EIA法、ELFA法、CLEIA法、 FIA法、CLIA法
保健所で行う場合※ ¹	790円	2,180円
健診等の機会に行う場合	■ 1 ^{※3} 1,290円 (税込: 1,419円)	■ 2 ^{※3} 2,680円 (税込: 2,948円)
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※ ² を除く）	■ 3 ^{※3} 4,930円 (税込: 5,423円)	■ 4 ^{※3} 6,320円 (税込: 6,952円)
上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	■ 5 ^{※3} 5,430円 (税込: 5,973円)	■ 6 ^{※3} 6,820円 (税込: 7,502円)

※1 参考価格。今回の集合契約に
 ※2 日曜日、国民の祝日に関する
 ※3 抗体検査の受診票における「

注1 国保連合会に支払い事務
 が必要となる。

注2 注1の事務手数料は、消

- ・ 健診等で採取した検体を抗体検査に用いる場合
 - ・ 医療機関外の場所で健診が行われる場合（巡回健診等の場
 であっても、診療所開設の手続きが取られていない場所で行
 われる場合を含みます）
- 「医療機関を受診して行う場合」とは整理されません。