

風しんの追加的対策にかかる 請求に関する留意事項について

岐阜県国民健康保険団体連合会
情報管理課

2019年5月版

【医療機関・健診機関向け】

風しんの追加的対策にかかる請求について

厚労省より特に抗体保有率の低い1962年4月2日生まれから1979年4月1日生まれの男性を対象に、2019年4月から3年間にて風しんの追加的対策が実施されます。

当該対策における市町村発行のクーポン券（2019年4月以降発行）による抗体検査及び定期接種実施による請求については、以下の留意事項を参照してください。

目次

1. 請求支払に関する留意事項	
(1) 請求時に必要となるもの	1
(2) 請求先・期日	1
(3) 請求のつづり方	2
(4) 支払方法等	2
(5) 請求書等作成時の留意事項	3
(6) その他留意事項	7
2. 返戻（返戻事由別付箋）について	8
3. 支払について	10
4. 風しん請求に関するよくある問い合わせ	12
5. 付録（岐阜県内市町村コード一覧）	13

1. 請求支払に関する留意事項

(1) 請求時に必要となるもの

①請求総括書（実績報告書）

⇒ 毎月 1 枚（②市町村別請求書の総合計）

②市区町村別請求書

⇒ 請求先市町村ごとに毎月 1 枚

（※消費税改定後は、消費税率ごとに 1 枚）

③風しんの抗体検査受診票

⇒ クーポン貼付（国保連提出用）

④風しんの第 5 期の定期接種予診票

⇒ クーポン貼付（国保連提出用）

①～④につきましては、下記の国会HPよりダウンロード可能となります。

岐阜県国保連合会HP <http://www.gkren.jp/>

「保険医療機関（保険薬局）の皆さんへ」内の「風しんの追加的対策にかかる請求について」

医療機関番号等の必要事項をあらかじめ入力できるExcelファイルもありますので、ご活用ください。

(2) 請求先・期日

レセプト同様に地域医師会経由での提出も可能となります。

郵送及び宅配業者による送付の場合は、毎月 10 日必着でお願いいたします。

診療報酬または特定健診等の請求との混在を防ぐため、風しん用請求封筒（他の封筒の場合は、「風しん請求在中」と記載）にて提出してください。

住所 〒500－8385

岐阜県岐阜市下奈良2丁目2番1号 岐阜県福祉・農業会館 5 階

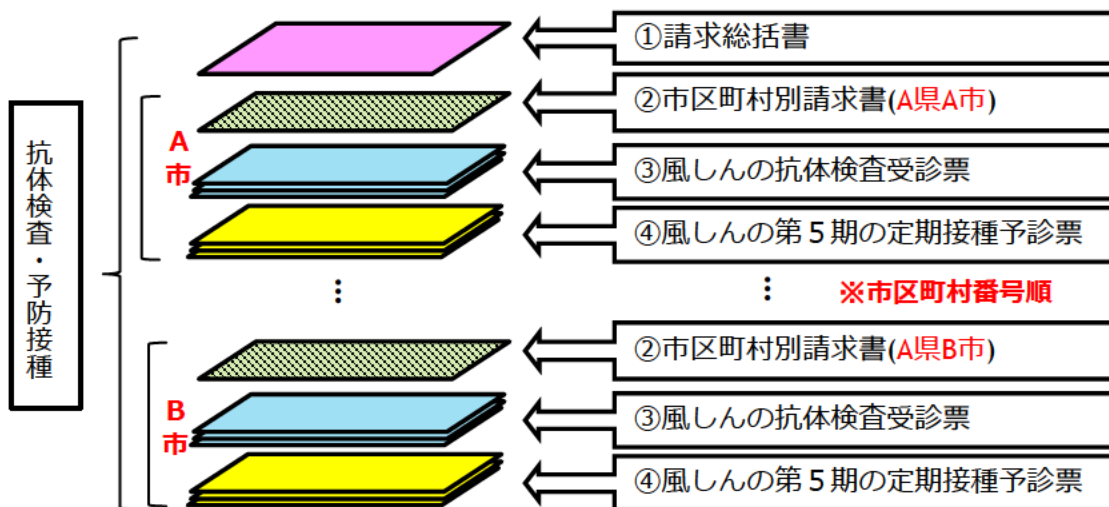
岐阜県国民健康保険団体連合会 情報管理課 宛

TEL 058-275-0632

(3) 請求のつづり方

下記のとおり、ホチキスや紐等で編綴していただきますようお願いいたします。

▼請求時の編綴イメージ



(4) 支払方法等

①支払方法

国保連合会を通じて②支払先口座へお支払します。

②支払先口座

支払口座は、診療報酬または特定健診等で本会に登録された口座になります。

本会に支払口座の届出がない場合は、本会より口座登録に関する書類を送付します。

③支払日

原則、請求月の翌月末

(5) 請求書等作成時の留意事項

① 請求総括書

請求総括書は実施機関（同一医療機関コード）から同月に1枚のみ提出してください。2019年4月及び5月に実施した分は2019年6月10日までに2か月分を1枚の請求総括書として提出してください。
月遅れや返戻分もまとめて1枚で作成します。

A. 施設等区分

医療機関の場合は「1」を、健診機関の場合は「2」を選択します。

選択の施設等区分により、本事業に係る費用が振込されます。

1. 医療機関...診療報酬で登録された支払口座
2. 健診機関...特定健診で登録された支払口座

***施設等区分が未記入は、原則診療報酬の振込先へお支払します。**

B. 医療機関・健診機関番号

原則として、診療報酬等の請求時に用いる10桁（都道府県番号の2桁（岐阜は21）、点数表番号（医科は1、健診機関は2）、医療機関コード7桁）となります。**21+点数表+機関コード**

C. 請求件数・請求金額（税抜・税込）

請求総括書の請求件数・金額は、市区町村別請求書の請求件数・金額の合計をそれぞれ記載します。

岐阜県国民健康保険団体連合会

押印は必須です。
必ずしも口座届出印である必要はなく、個人印、施設印のどちらでも結構です。

請求総括書（総計）

開設者氏名

電話番号

印

風しん対策 請求総括書（実績報告書）

A	施設等区分	1: 医療機関	2: 健診機関	※該当に○をつけてください
B	医療機関・健診機関番号			
	医療機関・健診機関名称			
	請求年月	年	月	※年は西暦で記載

	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			
	②健診・EIA法			
	③HI法			
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合計				

※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。

②市区町村別請求書

市区町村別請求書は、抗体検査受診票および定期接種予診票の市区町村ごとに1枚を作成し提出します。

A. 市区町村番号

総務省の全国地方公共団体コード6桁。
クーポン券の下記の箇所に記載されています。
岐阜県内の市町村番号は、P.13に記載しています。

抗体検査	券種	抗体検査券	1
	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	券No	0123456789	有効期限記載欄
	(氏名)ー二三四五六七八九ー二三四五六七八九十		
	12345678901234567		

B. 請求件数・金額

それぞれの市区町村ごとに、以下により記載します。

(抗体検査)

税抜欄...税抜単価×件数

税込欄...税込単価×件数

※税抜・税込単価は受診票の裏面に記載。裏面の価格は消費税
改定時には厚労省より改訂版が示されるので注意。

(予防接種)

税抜欄...税抜単価×件数

税込欄... (税抜単価×消費税) ×件数

*1件ごとに1円未満の端数は切捨。

税込単価を出して、
件数を掛けます。

C. 消費税率

消費税改定時に8%と10%が混在する場合は、
市区町村別請求書をそれぞれの消費税率で分けて作
成します。

市町村長様
市区町村番号

A

押印は必須です。
必ずしも口座届出印である必要はなく、個人印、施設印の
どちらでも結構です。

請求総括書(小計)

開設者氏名

電話番号

印

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

医療機関・健診機関名称

請求年月

年 月 ※年は西暦で記載

		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			
	②健診・EIA法			
	③HI法			
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合計				

C 消費税率 %

※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。

③風しんの抗体検査受診票

- 抗体検査受診票（原本）には、クーポン券「抗体検査券」（**国保連提出用**）を、必ず貼付してください。クーポン券のコピーは不可となります。
- 国保連合会へ提出する際は、全項目に記載漏れがないか確認してください。不備の場合は、返戻等の対象になることもあります。

▼クーポン券

抗体検査券	抗体検査券	抗体検査券
券 種 抗体検査券 1 請求先 ○〇県〇〇市 123456 券 号 0123456789 有効期限 2025年03月 (氏名)一三五四六七八九一〇二三四五六七八九十 12345678901234567	券 種 抗体検査券 1 請求先 ○〇県〇〇市 123456 券 号 0123456789 有効期限 2025年03月 (氏名)一三五四六七八九一〇二三四五六七八九十 12345678901234567	券 種 抗体検査券 1 請求先 ○〇県〇〇市 123456 券 号 0123456789 有効期限 2025年03月 (氏名)一三五四六七八九一〇二三四五六七八九十 12345678901234567
券 種 予防接種券(予防のみ) 2 請求先 ○〇県〇〇市 123456 券 号 0123456789 有効期限 2025年03月 (氏名)一三五四六七八九一〇二三四五六七八九十 12345678901234567	券 種 予防接種券(予防のみ) 2 請求先 ○〇県〇〇市 123456 券 号 0123456789 有効期限 2025年03月 (氏名)一三五四六七八九一〇二三四五六七八九十 12345678901234567	券 種 予防接種券(予防のみ) 2 請求先 ○〇県〇〇市 123456 券 号 0123456789 有効期限 2025年03月 (氏名)一三五四六七八九一〇二三四五六七八九十 12345678901234567
券 種 予防接種券(接種のみ) 3 請求先 ○〇県〇〇市 123456 券 号 0123456789 有効期限 2025年03月 (氏名)一三五四六七八九一〇二三四五六七八九十 12345678901234567	券 種 予防接種券(接種のみ) 3 請求先 ○〇県〇〇市 123456 券 号 0123456789 有効期限 2025年03月 (氏名)一三五四六七八九一〇二三四五六七八九十 12345678901234567	券 種 予防接種券(接種のみ) 3 請求先 ○〇県〇〇市 123456 券 号 0123456789 有効期限 2025年03月 (氏名)一三五四六七八九一〇二三四五六七八九十 12345678901234567

風しんの抗体検査受診票

※本特内を記入ください。
※本受診票は、昭和37(1962)年4月2日から昭和44(1969)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受診票です。

住民票に記載されている住所	都 道 府 県	市 区 町
氏 名	男 ・ 女	
生年月日	昭和 年 月 日生 (満 歳)	

券 種	抗体検査券	1
請求先	〇〇県〇〇市	123456
券 号	0123456789	有効期限 2025年03月
(氏名)一三五四六七八九一〇二三四五六七八九十 (国保連提出用)		
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住所と一致していますか。	はい	
これまでに風しんにかかったことがありますか。	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果や	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	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの風しんの抗体検査の結果や	いいえ	
生後から今までに風しんワクチン又は麻疹・風しん	いいえ	
風しん・おたふくかぜ(MMR)ワクチンをあわせて1回	いいえ	
(「はい」の場合) そのときの予防接種の記録はあります	いいえ	
予防接種の種類(該当に○) (風しんワクチン ・ MMR)	いいえ	

受診票のクーポン券貼付場所は、枠の左上に合わせて貼付してください。
(クーポン券のサイズと用紙の点線は一致しませんが、問題ありません。)

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。このことをご理解し、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 被検査者自署

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被検査者の続柄を記載)

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(※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:	法	風しんの第5期の定期接種 対象	実施場所	医療機関等コード
抗体価	単位	風しんの第5期の定期接種 非対象	医師名	
	倍・EIA値・IU/mL・その他()		検査年月日 (西暦)	年 月 日
検査番号(※裏面の付表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。

④風しんの第5期の定期接種予診票

- 定期接種予診票（原本）には、クーポン券「予防接種券」（**国保連提出用**）を、必ず貼付してください。クーポン券のコピーは不可となります。
- 予防接種を実施せず、予診のみの場合は、クーポン券「予防接種予診券（予診のみ）」（**国保連提出用**）を使用します。
- 予防接種費用および予診費用は市町村によって異なります**ので、請求書を作成する際は、クーポン券記載の金額をご確認ください。
なお、予診費用が0円の場合は、請求できませんのでご留意ください。
- 国保連合会へ提出する際は、全項目に記載漏れがないか確認してください。
不備の場合は、返戻等の対象になることもあります。

▼クーポン券

券種	接種券番号	1	券種	接種券番号	1	券種	接種券番号	1
国保連提出用	〇〇県〇〇市	123456	国保連提出用	〇〇県〇〇市	123456	国保連提出用	〇〇県〇〇市	123456
券種番号	0123456789		券種番号	0123456789		券種番号	0123456789	
氏名	(氏名)一三五四五六七八九一〇一二三四五六七八九十		氏名	(氏名)一三五四五六七八九一〇一二三四五六七八九十		氏名	(氏名)一三五四五六七八九一〇一二三四五六七八九十	
12345678901234567			12345678901234567			12345678901234567		
券種	予診接種予診券(予診のみ)	2	券種	予診接種予診券(予診のみ)	2	券種	予診接種予診券(予診のみ)	2
券種番号	〇〇県〇〇市	123456	券種番号	〇〇県〇〇市	123456	券種番号	〇〇県〇〇市	123456
券種番号	0123456789		券種番号	0123456789		券種番号	0123456789	
氏名	(氏名)一三五四五六七八九一〇一二三四五六七八九十		氏名	(氏名)一三五四五六七八九一〇一二三四五六七八九十		氏名	(氏名)一三五四五六七八九一〇一二三四五六七八九十	
12345678901234567			12345678901234567			12345678901234567		
券種	予診接種券	3	券種	予診接種券	3	券種	予診接種券	3
券種番号	〇〇県〇〇市	123456	券種番号	〇〇県〇〇市	123456	券種番号	〇〇県〇〇市	123456
券種番号	0123456789		券種番号	0123456789		券種番号	0123456789	
氏名	(氏名)一三五四五六七八九一〇一二三四五六七八九十		氏名	(氏名)一三五四五六七八九一〇一二三四五六七八九十		氏名	(氏名)一三五四五六七八九一〇一二三四五六七八九十	
12345678901234567			12345678901234567			12345678901234567		

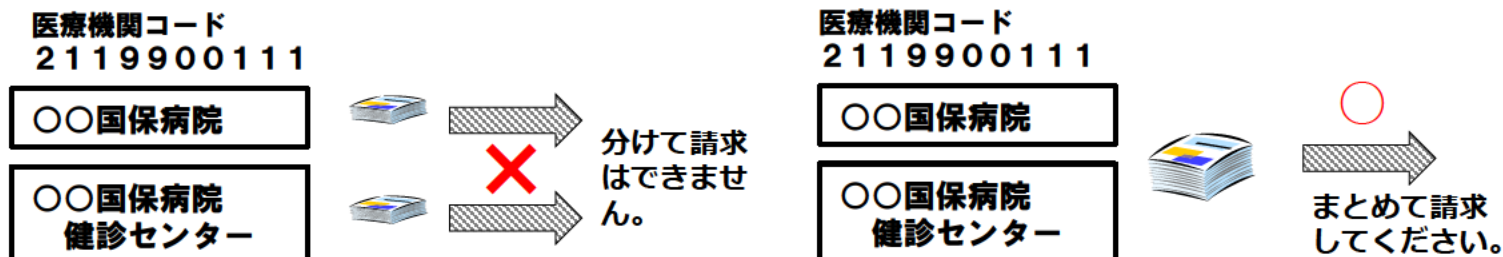
風しんの第5期の定期接種予診票

※本枠内をご記入ください。		市 町 村		都 道 府 県	
住民票に記載されている住所					
氏 名		男	女		
生年月日	昭和	年	月	日生（満 歳）	診察前の体温
					度 分
質問事項	定期接種予診票のクーポン券貼付場所は、枠の左上に合せて貼付してください。				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。	はい				いいえ
今日の予防接種について市区町村から知られているか。	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ているか。	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	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 （※自署でき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）					
医師記入欄	ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
Lot No.		0.5ml	実施場所	医師名	医療機関等コード
（注）有効期限が切れていないか確認			接種年月日	年 月 日	

(6) その他留意事項

①同一医療機関コードの医療機関と健診機関について

同一医療機関コードで請求書を医療機関と健診機関として分けて提出された場合でも、請求総括書および市町村別請求書は同一医療機関として取扱います。支払決定通知や返戻通知、銀行振込等についても、同一医療機関コードでまとめ一括処理となりますので、同一医療機関コードの場合は、請求書をまとめて提出していただきますようお願いします。



②消費税改定について

風しんの抗体検査受診票の裏面には、下記のとおり抗体検査価格が記載されていますが、消費税改定時には、受診票の裏面の税込価格が改訂されますので、ご注意ください。

● 付表1「検査番号」について

本受診票の表面に記載されている「検査番号」については、下表（付表1）に基づき、該当する番号の口を黒く塗りつぶして（■）下さい。検査方法の詳細と風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価の基準については、付表2を参照のこと。

検査番号	検査の実施機会	検査方法	風しんの抗体検査価格
1	健診等の機会に行う場合	HI法、LTI法	1, 290円 (税込: 1, 393円)
2		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	2, 680円 (税込: 2, 894円)
3	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（休日祭を除く）	HI法、LTI法	4, 930円 (税込: 5, 324円)
4		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	6, 320円 (税込: 6, 825円)
5	上記以外の時間に医療機関を受診して行う場合	HI法、LTI法	5, 430円 (税込: 5, 864円)
6		EIA法、ELFA法 CLEIA法、FIA法	6, 820円 (税込: 7, 365円)

※市町村別請求書は、「消費税率」ごとに分けて作成して提出となります。

2. 返戻（返戻事由別付箋）について

国保連合会で抗体検査受診票および定期接種予診票を確認した結果、記入漏れ等の不備がありましたら、返戻事由別付箋を貼り、返戻通知書とともに原本を返戻します。

国保連合会へ再請求される場合は、訂正または補記していただいた上で付箋を貼付したまま、再提出してください。（再提出時は、通常請求分と合わせ 1 枚の請求総括書および該当の市町村別請求書に合計します。）

返戻通知については、請求月の翌月 5 日頃郵送予定となります。

▼返戻付箋（例）

風しんの抗体検査受診票 返戻事由別付箋

年	月	請求分
---	---	-----

市町村コード	医療機関コード								クーポン券発券No.	返戻元
	2	1								岐阜県国保連合会

医療機関・健診機関の方へ
この受診票には下記の○の箇所に不備がありましたので、ご確認ください。
なお、国保連合会へ再請求される場合は、この付箋を貼付したまま次月請求分に含めて請求下さい。

事由	コード	返戻発生項目	事由	コード	返戻発生項目
記入もれ	1	被検者欄(氏名・住所・生年月日)	対象外	13	クーポン券貼り忘れ
	2	被検者同意書欄		14	クーポン券種類誤り(予防接種)
	3	医師署名欄		15	クーポン有効期間外
	4	検査方法	返戻依頼	16	医療機関からの返戻依頼
	5	抗体値		17	
	6	検査番号	その他		
	7	判定結果			
	8	実施場所	備考		
	9	医師名			
	10	検査年月日			
再調査をお願いします	11	検査番号と検査方法			
	12	抗体検査不同意チェック有			

風しんの定期接種予診票 返戻事由別付箋

年	月	請求分
---	---	-----

市町村コード	医療機関コード								クーポン券発券No.	返戻元
	2	1								岐阜県国保連合会

医療機関・健診機関の方へ
この予診票には下記の○の箇所に不備がありましたので、ご確認ください。
なお、国保連合会へ再請求される場合は、この付箋を貼付したまま次月請求分に含めて請求下さい。

事由	コード	返戻発生項目	事由	コード	返戻発生項目
記入もれ	1	被接種者欄(氏名・住所・生年月日)	対象外	13	クーポン有効期間外
	2	医師記入欄		14	予診券0円(予診のみの費用が0円となっているため、請求できません)
	3	定期接種希望欄		15	本人控え(予防接種券の本人控えは予防接種済証となるため、連合会請求としては使用できません)
	4	ワクチンロット番号(接種券の時)			
	5	実施場所			
	6	医師名	返戻依頼	16	医療機関からの返戻依頼
	7	検査年月日		17	
再調査をお願いします	8	予防接種見合わせ(接種券貼付)	その他		
	9	予防接種実施(予診券貼付)			
	10	定期接種希望なしで券種が接種券	備考		
対象外	11	クーポン券貼り忘れ			
	12	クーポン券種類誤り(抗体検査)			

▼返戻通知書

返戻対象となった抗体検査受診票や定期接種予診票の明細です。

返戻理由欄には、前ページの各付箋の返戻事由コードが記載されますので、詳細は、返戻事由別付箋を確認していただき、再請求等を行ってください。

風しん対策抗体検査・予防接種費 返戻通知書

令和1年6月分

医療機関等番号	医療機関等名
2110000001	国保クリニック

岐阜県国民健康保険団体連合会
令和1年7月1日作成

1頁

項番	市町村番号	市町村名	発券No.	券種	検査番号	金額(税込)	返戻理由
1	212016	岐阜市	1111111111	1	6	7,365	1
2	212016	岐阜市	2222222222	1	2	2,894	3
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

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

3. 支払について

請求月の翌月末日に、風しん対策抗体検査費等をお支払いします。支払日が土・日・祝日の場合は、前営業日が支払日となります。

支払日に合わせて、右図の支払額通知書および次ページの支払額内訳書を郵送します。

※支払口座は、請求総括表に記載された施設等区分により、原則、診療報酬または特定健診等で本会に登録された口座となります。

本会に登録された口座がない場合は、別途支払口座の登録用紙を送付いたします。

▼支払額通知書

風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額通知書

岐阜県国民健康保険団体連合会
令和1年7月20日 作成

医療機関等
〒500-8285 岐阜県岐阜市〇〇〇1-1-1 国保クリニック 様

令和1年6月分

被振込銀行		振込日
〇〇銀行	〇〇支店	令和1年7月31日

医療機関等番号	2110000001
---------	------------

区分	件数	金額(税込)
決定	3	15,972
調整		
確定	3	15,972

振込額	15,972	円
-----	--------	---

▼支払額内訳書

支払対象となった抗体検査受診票や定期接種予診票の明細です。

風しん対策抗体検査・予防接種費 支払額内訳書

令和1年6月分

医療機関等番号	医療機関等名
2110000001	国保クリニック

岐阜県国民健康保険団体連合会
令和1年7月20日作成

1頁

[illegible]

請/調	請	当月請求分
	調	前月以前の請求分に係わる調整

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・H法	4	EIA法
	2	健診・EIA法	5	夜間休日・H法
	3	H法	6	夜間休日・EIA法

4. 風しん請求に関するよくある問い合わせ

No.	質問内容	回答
1	医療機関番号は7桁しか把握していないが、10桁はどのように記載すればいいですか？	都道府県番号（2桁）＋点数表番号（1桁）＋医療機関番号（7桁）となります。医療機関の場合、点数表番号は1で、健診機関の場合、2となります。 例) 2 1 1 0 1 0 0 0 9 9 (機関番号0100099の医療機関の場合) 2 1 2 0 5 0 0 0 5 5 (機関番号0500055の健診機関の場合)
2	市町村番号はどのように把握すればいいですか？	クーポン券の請求先に記載の6桁番号になります。県内の市町村番号一覧は、次ページに記載しましたので、参考にしてください。
3	岐阜県以外の市町村のクーポン券だった場合は、どこへ請求すればいいですか？	岐阜県以外の場合でも、岐阜県国保連合会へ請求してください。
4	予防接種費用の一覧等はありませんか？	予防接種費用（予診のみも含む）は市区町村ごとに異なるため、一覧はありません。 請求する際は、持参されたクーポン券の接種費用（税抜）欄をご確認してください。

券 種	予防接種券	3
請求先	〇〇県〇〇市	123456
接種費用 (税抜)	9,999 円 (自己負担分を除く)	
自己負担額 (税抜)	0 円	
券 照 号	0123456789	有効期限2020年03月
(氏名)ー二三四五六七八九十一二三四五六七八九十		
 (医療機関用)		
1234567890123456799999		

※風しん請求に関する問い合わせ先

岐阜県国民健康保険団体連合会 情報管理課情報管理係

TEL 058-275-0632

5. 付録（岐阜県内市町村コード一覧）

注※ 診療報酬請求書（レセプト）の市町村番号とは異なりますのでご注意ください。
クーポン券の請求先市町村コードを確認してください。

市町村コード (半角数字6桁) ^注	市町村名
212016	岐阜市
212024	大垣市
212032	高山市
212041	多治見市
212059	関市
212067	中津川市
212075	美濃市
212083	瑞浪市
212091	羽島市
212105	恵那市
212113	美濃加茂市
212121	土岐市
212130	各務原市
212148	可児市
212156	山県市
212164	瑞穂市
212172	飛騨市
212181	本巣市
212199	郡上市
212202	下呂市
212211	海津市

市町村コード (半角数字6桁) ^注	市町村名
213021	岐南町
213039	笠松町
213411	養老町
213616	垂井町
213624	関ヶ原町
213811	神戸町
213829	輪之内町
213837	安八町
214019	揖斐川町
214035	大野町
214043	池田町
214213	北方町
215015	坂祝町
215023	富加町
215031	川辺町
215040	七宗町
215058	八百津町
215066	白川町
215074	東白川村
215210	御嵩町
216046	白川村