

令和6年4月

令和6年度
神戸市風しん第5期定期接種
医師会非加入実施機関用

手 引 書

神戸市保健所

令和6年度神戸市風しん第5期定期接種

これまで風しんの予防接種を公的に受ける機会がなかった昭和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（以下「対象者」という）を対象に、令和4年3月31日までの間に限り、抗体検査を実施したうえで、十分な抗体がない者に対して風しんの予防接種（MRワクチン）を行うとした「風しんの追加的対策（風しん第5期定期接種）」については、令和4年3月までの目標達成が困難であることから、引き続き、令和6年度（令和7年3月末）まで実施することとなりました。

対象者が居住地以外でも抗体検査や予防接種を受けられるよう、できる限り全国統一して実施することとなっており、厚生労働省から実施に向けた手引きが示されています。

（厚生労働省ホームページ：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00003.html）この手引きに基づき集合契約を締結（委任状を神戸市へ提出）した神戸市の実施機関においては、風しん第5期定期接種（抗体検査及び予防接種）を以下のとおり実施するものとします。なお、令和4年度までに集合契約を締結した実施機関は、今年度新たに契約を締結する必要はありません。

I 風しん抗体検査

1. 対象者

昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性で、（1）から（3）をすべて満たす者。

- （1）風しんにかかったときの抗体検査結果や診断書等の記録がない。
- （2）風しんの予防接種を受けた記録がない。
- （3）平成26年4月以降に風しんの抗体検査を受けたことがない。または、風しんの抗体検査を受けたがその記録がない。

ただし、予防接種を受けた記録や抗体検査陽性の記録がある場合でも、本人が希望する場合は、抗体検査を実施しても構いません。

2. 風しんクーポン券

（1）クーポンの送付実績

		有効期限
令和元年度	クーポン券 （昭和47年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性）	令和2年3月31日
令和2年度	クーポン券 （昭和37年4月2日～昭和47年4月1日生まれの男性）	令和3年3月31日
	クーポン券 （令和元年度に送付した対象者のうち、未受検者） 勸奨はがき（対象者のうち未受検者）	令和3年3月31日
令和3年度	クーポン券 （抗体検査受検者かつ定期接種対象者のうち未接種者）	令和4年3月31日
	勸奨はがき（対象者のうち未受検者）	
令和4年度	クーポン券（対象者のうち未受検者）	令和5年6月30日
	クーポン券 （抗体検査受検者かつ定期接種対象者のうち未接種者）	令和5年3月31日
令和5年度	クーポン券（対象者のうち未受検者）	令和6年6月30日
	クーポン券 （抗体検査受検者かつ定期接種対象者のうち未接種者）	令和6年3月31日

(2) 令和6年度発送時期 令和6年6月(予定)

(3) 有効期限切れのクーポン券の取扱い

有効期限切れのクーポン券は使用できません。患者様がお持ちのクーポン券の有効期限をご確認いただき、有効期限が切れている場合は、患者様自身でクーポン券の再発行の申し込みをしていただくようお願いしてください。

3. 検査実施場所

神戸市風しん第5期定期接種契約医療機関

4. 検査実施期間

令和6年4月1日～令和7年3月31日

5. 検査費用の徴収

全国統一の検査費用となっており、受検者の自己負担金はありません(無料)。

※健診等の機会に行う場合、通常の診療時間に行う場合、日祝日・夜間等の時間外に行う場合及び検査方法により、検査費用は異なります(受診票の裏面の付表1に記載)。

6. 検査項目・採血

風しん抗体(下記、検査方法)

検査機関等より採血管を取寄せて、指定の量を採血してください。

検査方法	測定キット名(製造販売元)
HI法 (赤血球凝集抑制法)	風疹ウイルスHI試薬(生研)(デンカ生研株式会社)
	R-HI「生研」(デンカ生研株式会社)
EIA法 (酵素免疫法)	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラlgG(デンカ生研株式会社)
	エンザイグノストB風疹/lgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)
ELFA法 (蛍光酵素免疫法)	バイダス アッセイキット RUB lgG(シスメックス・バイオメリュー株式会社)
LTI法 (ラテックス免疫比濁法)	ランピア ラテックス RUBELLA ランピア ラテックス RUBELLA II (極東製薬工業株式会社)
CLEIA法 (化学発光酵素免疫法)	アクセス ルベラlgG(バックマン・コールター株式会社)
	i-アッセイCL風疹lgG(株式会社保健科学西日本)
FIA法 (蛍光免疫測定法)	BioPlex MMRV lgG(バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)
	BioPlex ToRC lgG(バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)
CLIA法 (科学発光免疫測定法)	Rubella-Gアボット(アボットジャパン株式会社)
ICA法 (イムノクロマト法)	バイオライン ルベラIgG/IgM (アボット ダイアグノスティクスメディカル 株式会社)

7. 検査・判定

(1) 受診時の確認項目

風しん抗体検査対象者確認表（5頁）に従い、下記の書類等で検査の対象となること
 の確認及び本人確認をしてください。

- ①検査を受ける本人の氏名・住所がわかる書類（健康保険証、運転免許証等）
 - ② 「 」 の住民登録のある自治体が発行した全国统一様式の風しん抗体検査クーポン券（有効期限あり）
 - ③検査を受ける本人の予防接種の記録（母子手帳等）もしくは平成26年4月以降の抗体検査結果の記録 ※記録がなければ確認不要
- (2) 検査対象者の確認ができれば、受検者に風しんの抗体検査受診票（4枚複写）の必要事項の記入及び受診票の1枚目（国保連提出用）、2枚目（受検者用）、3枚目（医療機関控）のそれぞれに風しん抗体検査クーポン券を貼付していただき、診察、採血をしてください。

ただし、抗体検査結果の記録により基準値以下と確認できた場合は、抗体検査を行わず、予防接種を受けるよう勧奨してください。

- (3) 採血管を検査機関へ提出してください。

- (4) ①検査結果の記入

検査機関からの抗体検査の結果を、風しん抗体検査受診票に記入してください。判定結果には、風しん抗体検査受診票の裏面の付表2「風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準」に基づき、定期接種の対象または非対象のいずれかを○で囲んでください。

検査方法	抗体価（単位等）	測定キット名（製造販売元）
HI法 (赤血球凝集抑制法)	8倍以下（希釈倍率）	風疹ウイルスHI試薬（生研） (デンカ生研株式会社)
	8倍以下（希釈倍率）	R-HI「生研」 (デンカ生研株式会社)
EIA法 (酵素免疫法)	6.0未満（EIA価）	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラlgG (デンカ生研株式会社)
	1.5未満 (国際単位 (IU/ml))	エンザイグノストB風疹/lgG (シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社)
ELFA法 (蛍光酵素免疫法)	2.5未満 (国際単位 (IU/ml))	バイダス アッセイキット RUB lgG (シスメックス・ビオメリュー株式会社)
LTI法 (ラテックス免疫比濁法)	1.5未満 (国際単位 (IU/ml))	ランピア ラテックス RUBELLA ランピア ラテックス RUBELLA II (極東製薬工業株式会社)
CLEIA法 (化学発光酵素免疫法)	2.0未満 (国際単位 (IU) /ml)	アクセス ルベラlgG (ベックマン・コールター株式会社)
	1.1未満（抗体価）	i-アッセイCL風疹lgG (株式会社保健科学西日本)
FIA法 (蛍光免疫測定法)	1.5未満 (抗体価AI [*])	BioPlex MMRV lgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)
	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	BioPlex ToRC lgG (バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社)
CLIA法 (科学発光免疫測定法)	1.5未満 (国際単位 (IU) /ml)	Rubella-Gアボット (アボットジャパン株式会社)
ICA法 (イムノクロマト法)	IgG 陰性	バイオライン ルベラIgG/IgM (アボット ダイアグノスティクスメディカル 株式会社)

- ②検査番号の記入

受診票の裏面の付表1「検査番号」に基づき、該当する検査番号の□を塗りつぶしてください。

※特定健診、事業所健診等の機会に行った場合は、1または2に該当します。

- (5) 風しん抗体検査受診票の2枚目（受検者用）を受検者に交付してください。

(原則対面としますが、郵送も可)。

- (6) 検査の結果、抗体が十分でないと判定した者に対して、風しん予防接種（MRワクチン）について必要な説明・勧奨を行ってください。

※風しんの予防接種（MRワクチン）についても、被接種者の自己負担はありません（無料）。ただし、請求できる接種費用は、被接種者の住民登録がある自治体が発行するクーポン券に記載された額です。

（7）風しん抗体検査受診票の3枚目（医療機関控）は、5年間保管してください。

8. 請求

（1）受検者の市区町村ごとに請求総括表（小計）を作成し、それらをまとめた請求総括表（総計）と風しん抗体検査受診票の1枚目（国保連提出用）を受診日の翌月10日までに兵庫県国民保険団体連合会（以下、国保連）へ提出してください。予防接種分の請求もある場合は、まとめて請求してください。

請求書類を重ねる順番は、上から請求総括表（総計）、A市請求総括表（小計）、A市抗体検査受診票、A市定期接種予診票、B市請求総括表（小計）、B市抗体検査受診票、B市定期接種予診票・・・としてください。

国保連において、市区町村別に請求が振分けられた後、各市区町村に請求があり、市区町村において確認し、国保連に支払い後、国保連から各医療機関に入金されます（国保連に請求書を提出した翌月末）。

（送付先および請求にかかる問い合わせ先）

兵庫県国民健康保険団体連合会 ☎078-332-9502

〒650-0021 神戸中央区三宮町1丁目9番1-1801号

（2）抗体検査受診票に検査結果等必要事項の記入がない場合は、検査費用の支払いができません。記入漏れのないようにお願いします。

（3）受検者が検査結果を受取りに来院されなかった場合も請求可能です。

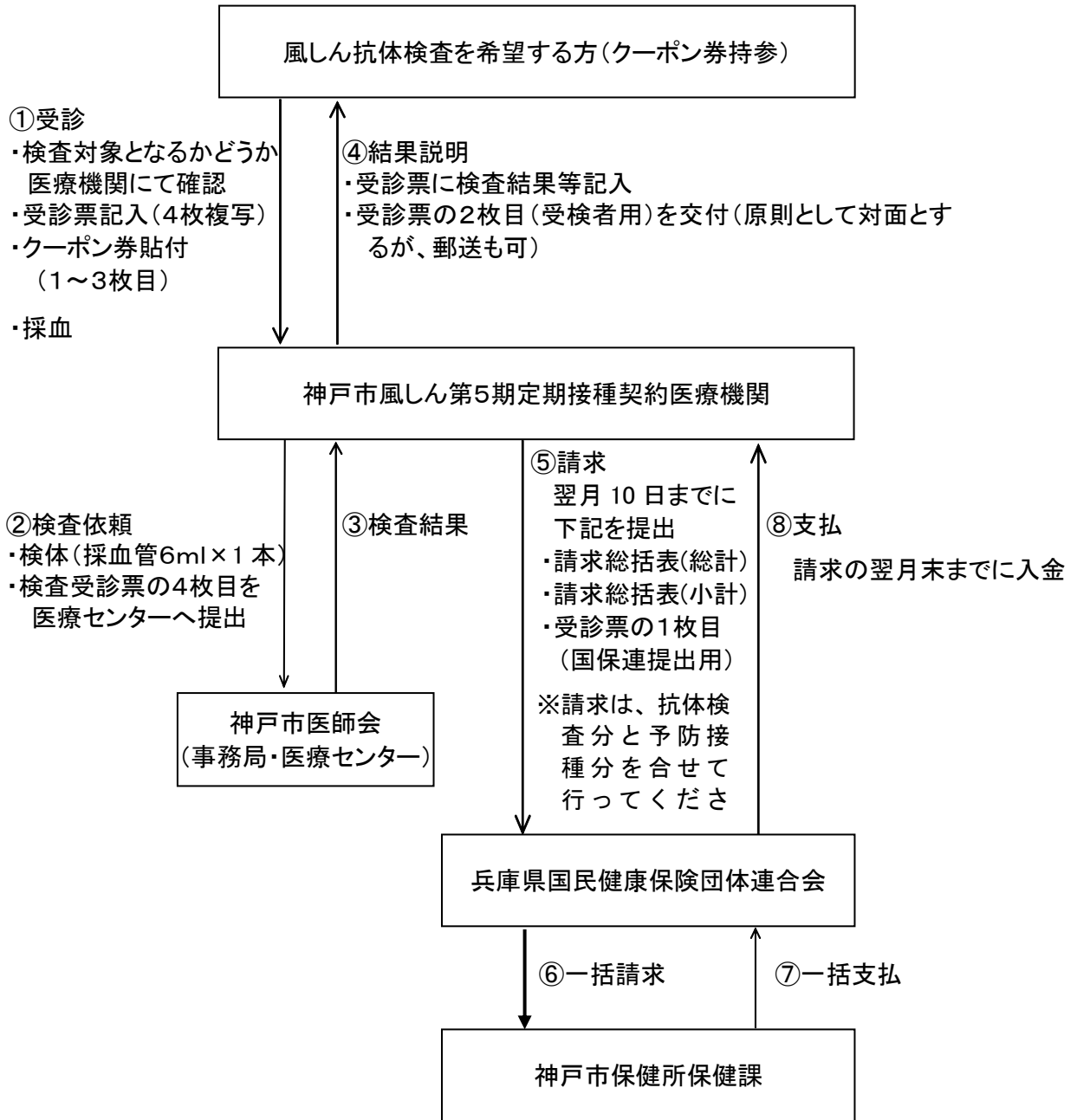
ただし、検査結果等必要事項を記入のうえ、提出してください。

9. 受診票の配布について

風しん抗体検査受診票は、神戸市行政事務センターより配布します。受診票の配布申請ですが、令和4年4月よりWEB申請に変更しています。ホームページのweb申し込みフォームより申請をお願いいたします。（検索：「神戸市予防接種契約医療機関向け情報」）

なお、神戸市医師会医療センターへ検査依頼される実施機関は、神戸市医師会医療センター一用の受診票を医療センター（☎078-795-4848）より取り寄せてください。

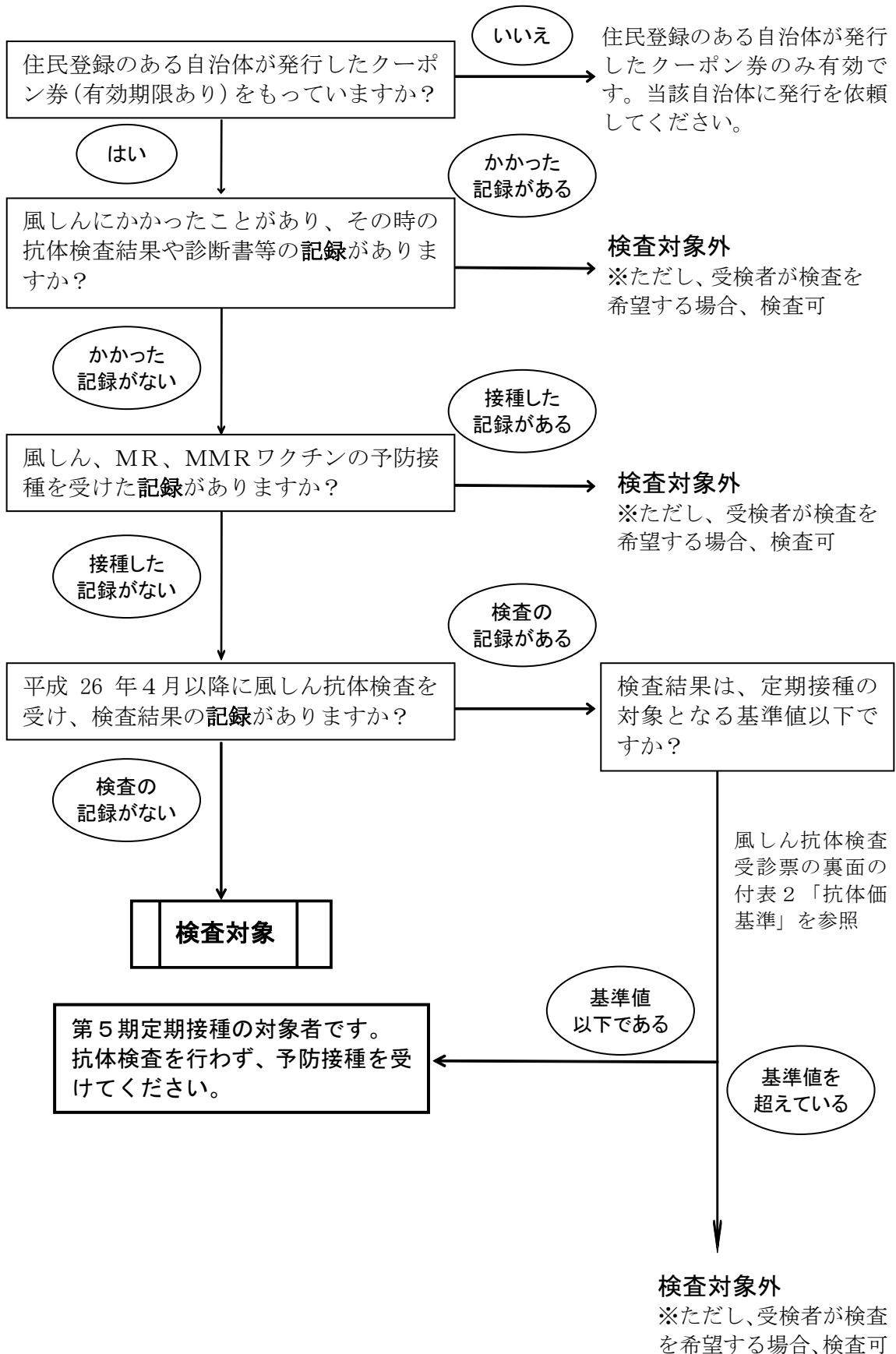
風しん抗体検査の流れ



※風しん抗体検査受診票は、神戸市保健所保健課より神戸市医師会医療センターを通じて契約医療機関に配布

※受診票は、4枚複写
 1枚目：国保連提出用
 2枚目：受検者用
 3枚目：医療機関控
 4枚目：医療センター提出用

風しん抗体検査 対象者確認表



風しん抗体検査受診票（3枚複写のうちの1枚目～3枚目の表面）
1枚目：国保連提出用、2枚目：受検者用、3枚目：医療機関控

風しんの抗体検査受診票		
※太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54（1979）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 市 区 府 県 町 村	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: 80%; margin: auto;"> (クーポン券貼付) </div>
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 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 いいえ	
（「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	
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（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 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。 <input type="checkbox"/> 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 （医師の診察の結果、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 <small>（※自署でき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）</small>		
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）		
検査方法：	判定結果 (いずれかに○)	実施場所・医師名・検査年月日
抗体価	単位	実施場所
倍 ・ EIA価 ・ IU/mL ・ その他（ ）	倍 ・ EIA価 ・ IU/mL ・ その他（ ）	
検査番号（※裏面の付表1を参照）		医師名
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		検査年月日 年 月 日 (西暦)
（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。		

(記入例)

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54(1979)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 市 区 府 県 町 村	(クーポン券貼付)
氏 名	男 ・ 女	※有効期限切れクーポン使用不可 ※券種要確認(抗体検査券・予防接種 予診券(予診のみ)・予防接種券)
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	
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(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 (医師の診察の結果、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 (※自署でき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	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: FIA 法	風しんの第5期の定期接種 対象	実施場所 神戸クリニック 医師名 神戸 太郎 検査年月日 2023 年 2 月 8 日 (西暦)
抗体価 1.5 単位 倍・EIA価・IU/mL その他(AI)	風しんの第5期の定期接種 非対象	医療機関等コード 2810000000
検査番号(※裏面の付表1を参照)	検査番号(※裏面の付表1を参照)	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 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。		

風しん抗体検査受診票（3枚複写のうちの1枚目～3枚目の裏面）

【参照】風しんの抗体検査受診票の記載に際して

●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 ICA法	1,290円 (税込:1,419円)
2		EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法	2,680円 (税込:2,948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※を除く）	HI法、LTI法 ICA法	4,930円 (税込:5,423円)
4		EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法	6,320円 (税込:6,952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 ICA法	5,430円 (税込:5,973円)
6		EIA法、ELFA法、CLEIA法、FIA法、CLIA法	6,820円 (税込:7,502円)

※日曜日、国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日、1月2日、3日、12月29～31日

●付表2 風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価基準

検査方法	抗体価（単位等）	測定キット名（製造販売元）
HI法（赤血球凝集抑制法）	8倍以下（希釈倍率）	風疹ウイルスHI試薬（生研） （デンカ生研株式会社）
	8倍以下（希釈倍率）	R-HI「生研」 （デンカ生研株式会社）
EIA法（酵素免疫法）	6.0未満（EIA価）	ウイルス抗体EIA「生研」ルベラIgG （デンカ生研株式会社）
	1.5未満 （国際単位（IU/ml））	エンザイグノストB風疹/IgG （シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会
ELFA法（蛍光酵素免疫法）	2.5未満 （国際単位（IU）/ml）	バイダス アッセイキット RUB IgG （シスメックス・ビオメリュー株式会社）
LTI法（ラテックス免疫比濁法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）	ランピア ラテックス RUBELLA ランピア ラテックス RUBELLA II （極東製薬工業株式会社）
CLEIA法（化学発光酵素免疫法）	2.0未満 （国際単位（IU）/ml）	アクセス ルベラIgG （ベックマン・コールター株式会社）
	1.1未満（抗体価）	i-アッセイCL風疹IgG （株式会社保健科学西日本）
FIA法（蛍光免疫測定法）	1.5未満 （抗体価AI*）	BioPlex MMRV IgG （パイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）
	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）	BioPlex ToRC IgG （パイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社）
CLIA法（科学発光免疫測定法）	1.5未満 （国際単位（IU）/ml）	Rubella-Gアボット （アボットジャパン株式会社）
ICA法（イムノクロマト法）	IgG 陰性	バイオライン ルベラIgG/IgM

* 製造企業が独自に調整した抗体価単位
（今後キットの追加の可能性あり）

【注】本受診票の運用等に関する詳細は、昭和37年4月2日から昭和54年4月1日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手引き、（同）医療機関・健診機関向け手引きをご参照ください。

II 風しん予防接種（MRワクチン）

1. 対象者

昭和37年4月2日から昭和54年4月1日の間に生まれた男性で、(1)から(3)をすべて満たす者。

- (1) 風しんにかかったときの抗体検査結果や診断書等の記録がない。
- (2) 風しんの予防接種を受けた記録がない。
- (3) 平成26年4月以降に風しんの抗体検査を受け、かつ、その記録があり、検査結果が風しんの第5期の定期接種の対象となる抗体価の基準以下である。

2. 風しんクーポン券

(1) クーポンの送付実績

		有効期限
令和元年度	クーポン券 (昭和47年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性)	令和2年3月31日
令和2年度	クーポン券 (昭和37年4月2日～昭和47年4月1日生まれの男性)	令和3年3月31日
	クーポン券 (令和元年度に送付した対象者のうち、未受検者)	令和3年3月31日
令和3年度	クーポン券 (抗体検査受検者かつ定期接種対象者のうち未接種者)	令和4年3月31日
	勸奨はがき (対象者のうち未受検者)	
令和4年度	クーポン券 (対象者のうち未受検者)	令和5年6月30日
	クーポン券 (抗体検査受検者かつ定期接種対象者のうち未接種者)	令和5年3月31日
令和5年度	クーポン券 (対象者のうち未受検者)	令和6年6月30日
	クーポン券 (抗体検査受検者かつ定期接種対象者のうち未接種者)	令和6年3月31日

(2) 令和6年度発送時期 令和6年6月 (予定)

(3) 有効期限切れのクーポン券の取扱い

有効期限切れのクーポン券は使用できません。患者様がお持ちのクーポン券の有効期限をご確認いただき、有効期限が切れている場合は、患者様自身でクーポン券の再発行の申し込みをしていただくようお願いしてください。

3. 予防接種実施場所

神戸市風しん第5期定期接種契約医療機関

4. 予防接種実施期間

令和6年4月1日～令和7年3月31日

5. 予防接種費用の徴収

住民登録のある自治体の定める接種費用(クーポン券に記載)となっており、被接種者の自己負担金はありません(無料)。

6. 接種

(1) 受診時の確認項目

下記の書類等で、接種の対象となることの確認及び本人確認をしてください。

- ① 接種を受ける本人の氏名・住所がわかる書類 (健康保険証、運転免許証等)
- ② " の住民登録のある自治体が発行した風しん予防接種(クーポン有効

期限あり)

- ③接種を受ける本人の風しん抗体検査結果の記録（神戸市が発行する“風しんの抗体検査結果・予防接種履歴のお知らせ”でもご確認いただけます）
- (2) 接種対象者の確認ができれば、被接種者に風しんの第5期の定期接種予診票（3枚複写）の必要事項を記入していただき、診察を行ってください。
- ①接種が可能と判断された場合、被接種者に予診票の定期接種希望書の欄に必要事項を記入していただき、MRワクチンを接種してください。
予診票の1枚目（国保連提出用）、2枚目（被接種者用）、3枚目（医療機関控）のそれぞれに風しん予防接種クーポン券を貼付（2枚目の被接種者用には、予防接種済証と記載されたクーポン券を貼付）し、2枚目（被接種者用）を被接種者に交付してください。
 - ②接種ができないと判断された場合、予診票の1枚目（国保連提出用）、2枚目（被接種者用）、3枚目（医療機関控）のそれぞれに風しん予防接種予診のみのクーポン券を貼付し、2枚目（被接種者用）を被接種者に交付してください。
- (3) 予診票の3枚目（医療機関控）は、5年間保管してください。

7. 請求

- (1) 被接種者の市区町村ごとに請求総括表（小計）を作成し、それらをまとめた請求総括表（総計）と第5期の定期接種予診票の1枚目（国保連提出用）を接種日の翌月10日までに国保連へ提出してください。抗体検査分の請求もある場合は、まとめて請求してください。

請求書類を重ねる順番は、上から請求総括表（総計）、A市請求総括表（小計）、A市抗体検査受診票、A市定期接種予診票、B市請求総括表（小計）、B市抗体検査受診票、B市定期接種予診票、・・・・・・としてください。

国保連において、市区町村別に請求が振分けられた後、各市区町村に請求があり、市区町村において確認し国保連に支払い後、国保連から各医療機関に入金されます（国保連に受診票を提出した翌月末）。

（送付先および請求にかかる問い合わせ先）

兵庫県国民健康保険団体連合会 ☎078-332-9502

〒650-0021 神戸中央区三宮町1丁目9番1-1801号

- (2) 予診票の必要な記載事項に記入がない場合は、接種費用の支払いができません。記入漏れのないようにお願いします。

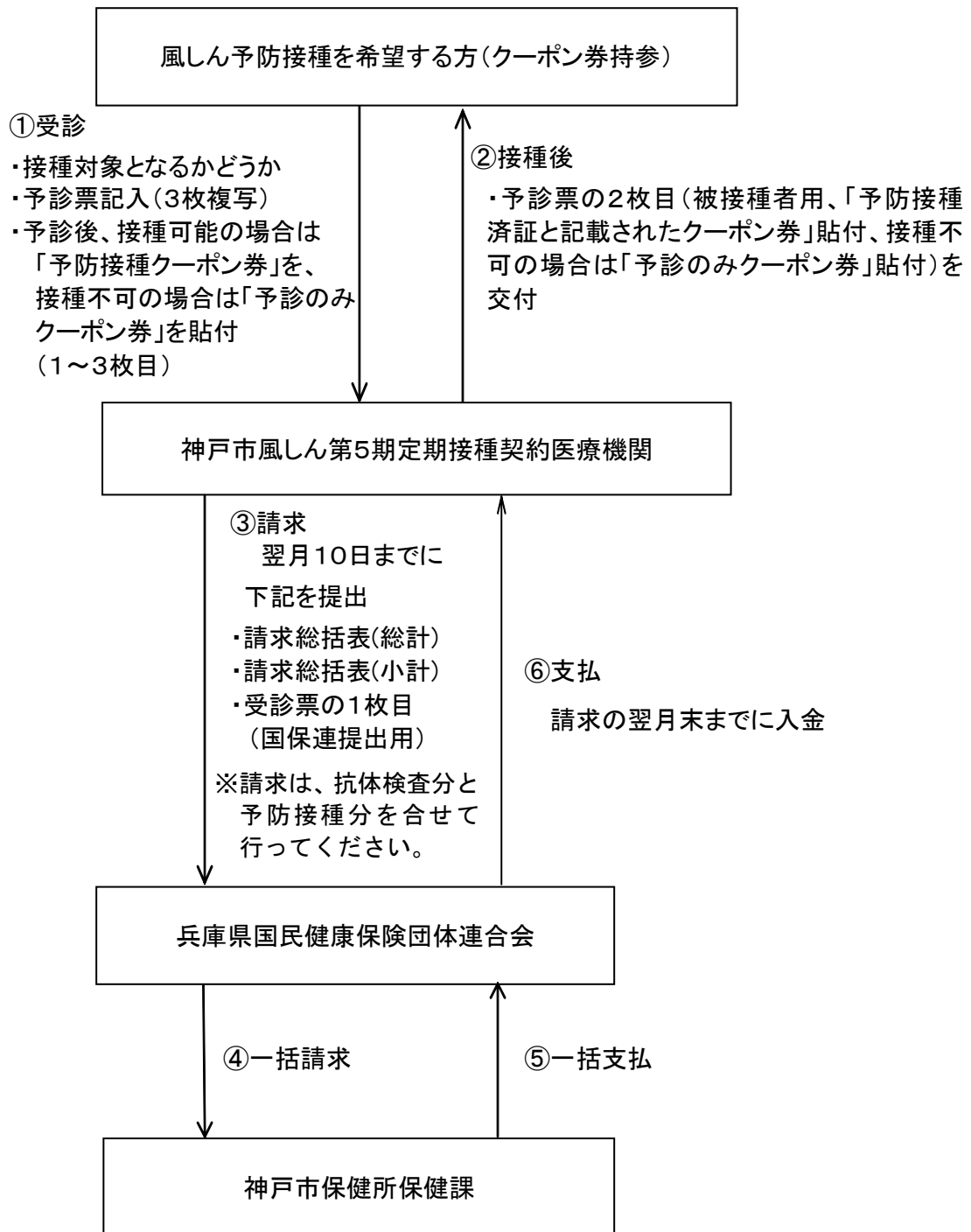
8. 予診票について

予診票は、神戸市保健所保健課よりワクチンディラーを通じて契約医療機関に配布します。

9. 神戸市風しん予防接種助成について

従来から実施している神戸市独自の風しん予防接種助成については、令和6年度も継続して実施します。詳細は、令和6年4月1日策定「神戸市風しん予防接種助成事務の手引き」を参照してください。

風しん予防接種（MRワクチン）の流れ



※風しんの第5期の定期接種予診票は、神戸市保健所保健課よりワクチンディーラーを通じて契約医療機関に配布

※予診票は、3枚複写

1枚目：国保連提出用

2枚目：被接種者用

3枚目：医療機関控

※ワクチンは、MRワクチンを使用してください。

【参考】

＜受診票・予診票に貼付するクーポン券（見本）＞

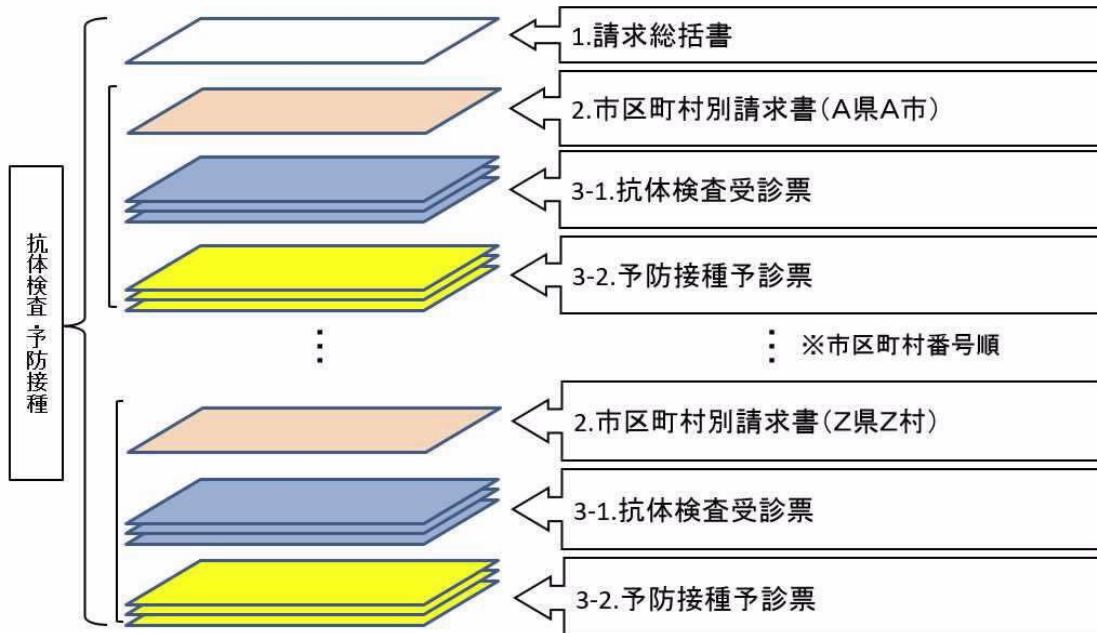
抗体検査	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1	券種	抗体検査券	1
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月
	(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (国保連携) 12345678901234567			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (医療機関控え) 12345678901234567			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十  (ご本人控え) 12345678901234567		
予防接種予診のみ	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456
	予診費用 (税抜)	9,999 円(自己負担分を除く)		予診費用 (税抜)	9,999 円(自己負担分を除く)		予診費用 (税抜)	9,999 円(自己負担分を除く)	
	自己負担額 (税抜)	0 円		自己負担額 (税抜)	0 円		自己負担額 (税抜)	0 円	
発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	
(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十 (国保連携) 1234567890123456799999			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十 (医療機関控え) 1234567890123456799999			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十 (ご本人控え) 1234567890123456799999			
予防接種	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券	3	券種	予防接種券(兼 予防接種済証)	3
	請求先	〇〇県〇〇市	123456	請求先	〇〇県〇〇市	123456	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)		接種費用 (税抜)	9,999 円(自己負担分を除く)		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		自己負担額 (税抜)	0 円		自己負担額 (税抜)	0 円	
発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	発券No	0123456789	有効期限2020年03月	
(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十 (国保連携) 1234567890123456799999			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十 (医療機関控え) 1234567890123456799999			(氏名)一三四五六七八九十一二三四五六七八九十 (ご本人控え) 1234567890123456799999 〇〇県〇〇市長 〇〇〇〇〇			

被接種者交付用クーポン券

<請求・支払い関係>



医療機関/健診機関から国保連合会への請求時の編綴イメージ (案)



請求総括表（総計）

兵庫県国民保険団体連合会 御中

神戸市 区

代表者氏名 印

電話番号 — —

請求総括書(実績報告書)

医療機関・健診機関コード

医療機関・健診機関名称

請求年月

年 月分

		請求件数	請求総額（税抜き） ※システムエラーの チェック用	請求総額（税込）
抗体検査	①健診・HI法			
	②健診・FIA法			
	③HI法			
	④FIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・FIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合 計				

請求総括表（小計）

殿

市区町村番号

--	--	--	--	--	--

神戸市 区

代表者氏名 印

電話番号 — —

市区町村別請求書

医療機関・健診機関コード

医療機関・健診機関名称

請求年月

年 月分

		請求件数	請求総額(税抜き) ※システムエラーの チェック用	請求総額(税込)
抗体検査	①健診・HI法			
	②健診・FIA法			
	③HI法			
	④FIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・FIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合計				

(記入例)

請求総括表 (総計)

〇〇都道府県国民保険団体連合会 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 印

電話番号 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇

請求総括書(実績報告書)

医療機関・健診機関コード1234567890

医療機関・健診機関名称 厚労病院

請求年月 2024年〇〇月分

		請求件数	請求総額(税抜き) ※システムエラーの チェック用	請求総額(税込)
抗体検査	①健診・HI法	0	0	0
	②健診・FIA法	10	26,800	29,480
	③HI法	20	98,600	108,460
	④FIA法	10	63,200	69,520
	⑤夜間休日・HI法	40	217,200	238,920
	⑥夜間休日・FIA法	70	477,400	525,140
	小計	150	883,200	971,520
予防接種	通常	120	1,119,600	1,231,560
	予診のみ	20	25,000	27,500
	小計	140	1,144,600	1,259,060
合 計		290	2,027,800	2,230,580

(記入例)

請求総括表 (小計)

〇〇〇市町村長 殿

市区町村番号

1 1 1 1 1 1

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 印

電話番号 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇

市区町村別請求書

医療機関・健診機関コード 1234567890

医療機関・健診機関名称 厚労病院

請求年月 2024年〇〇月分

		請求件数	請求総額(税抜き) ※システムエラーの チェック用	請求総額(税込)
抗体検査	①健診・HI法	0	0	0
	②健診・FIA法	1	2,680	2,948
	③HI法	2	9,860	10,846
	④FIA法	1	6,320	6,952
	⑤夜間休日・HI法	4	21,720	23,892
	⑥夜間休日・FIA法	7	47,740	52,514
	小計	15	88,320	97,152
予防接種	通常	12	111,960	123,156
	予診のみ	2	2,500	2,750
	小計	14	114,460	125,906
合計		29	202,780	223,058

