

事 務 連 絡
令 和 元 年 7 月 2 2 日

各

都 道 府 県
保 健 所 設 置 市
特 別 区

 衛生主管部(局) 御中

厚生労働省健康局健康課
厚生労働省健康局結核感染症課

風しんの追加的対策における請求・支払いに係る留意事項について

風しんの追加的対策につきまして、多大なる御協力を賜り感謝申し上げます。

集合契約における請求・支払い（別紙1参照）については、現在、2019年4月及び5月の抗体検査及び定期接種の実施分について、国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）から市区町村に費用請求が行われ、各市区町村が請求内容を確認し、国保連合会への支払いに向けた準備を進めている段階です。

集合契約の内容と異なる方法等で実施された抗体検査又は定期接種[※]の取扱いについて、当面の対応として、下記のとおり、関係者への周知等を図っていただくとともに、御協力をお願いいたします。

なお、各市区町村における請求内容の確認や、国保連合会への支払いに係る対応について、国保中央会と調整の上、改めてお知らせします。

※ 集合契約では、風しんの第5期の定期接種で用いるワクチンは乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン（MRワクチン）としているところ、乾燥弱毒生風しんワクチンを使用したものの費用が請求されている事例があるとの問い合わせをいただいています。

記

1 費用請求の内容確認について

MRワクチンでなく乾燥弱毒生風しんワクチンを使用したといった、集合契約の内容と異なる方法等で実施された抗体検査又は定期接種について、請求が行われている可能性があります。市区町村においては請求内容の確認の際に御注意いただくようお願いいたします。

2 費用支払いについて

請求内容を市区町村で確認した結果、医療機関からの請求誤りが認められた場合であっても、市区町村は、一旦、国保連合会からの請求額のとおり費用をお支払いください。

3 今後の対応について

別紙2の様式で、2019年4月及び5月の抗体検査及び定期接種の実施分について、医療機関から請求誤りのあった費用を令和元年7月31日までに国保連合会に情報提供するようお願いいたします。当該費用の精算方法については、国民健康保険中央会と検討しています。

【照会先】

健康局健康課予防接種室

田中

(直通)03-3595-3287

健康局結核感染症課

磯崎







(直通)03-3595-2257

費用請求・支払のスキーム




別紙 1

送金概要 (抗体検査分)				
	A 県 X 市		2019年4月分	合計20,000円
内訳	医療機関名	請求数	単価	送金額
	Xクリニック	2	2,500円	5,000円
	Yクリニック	6	2,500円	15,000円

送金概要 (予防接種分)				
	A 県 X 市		2019年4月分	合計30,000円
内訳	医療機関名	請求数	単価	送金額
	Xクリニック	2	10,000円	20,000円
	Yクリニック	1	10,000円	10,000円

 国保連合会の
 手数料
 (抗体検査分)

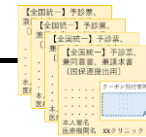
 国保連合会
 の手数料
 (予防接種分)

請求から入金までの期間
(例) 6月実施分

- ・ 7月10日までに実施機関から国保連合会に請求
- ・ 8月10日までに国保連合会から市区町村に請求
- ・ 8月22日までに市区町村から国保連合会に支払
- ・ 8月末までに国保連合会から実施機関に入金



請求総括表 (抗体検査分)				
	Xクリニック		2019年6月分	合計10,000円
内訳	市町村名	請求数	単価	請求額
	A 県 X 市	2	2,500円	5,000円
	A 県 Y 市	1	2,500円	2,500円
	B 県 A 市	1	2,500円	2,500円



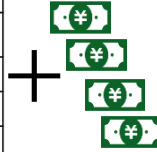
請求総括表 (予防接種分)				
	Xクリニック		2019年6月分	合計40,000円
内訳	市町村名	請求数	単価 (クーポン券に記載されてる費用)	請求額
	A 県 X 市	2	10,000円	20,000円
	A 県 Y 市	1	9,000円	9,000円
	B 県 A 市	1	11,000円	11,000円



送金概要 (抗体検査分)				
	Xクリニック		2019年4月分	合計10,000円
内訳	市町村名	請求数	単価	送金額
	A 県 X 市	2	2,500円	5,000円
	A 県 Y 市	1	2,500円	2,500円
	B 県 A 市	1	2,500円	2,500円



送金概要 (予防接種分)				
	Xクリニック		2019年4月分	合計40,000円
内訳	市町村名	請求数	単価	送金額
	A 県 X 市	2	10,000円	20,000円
	A 県 Y 市	1	9,000円	9,000円
	B 県 A 市	1	11,000円	11,000円



〇〇都道府県国民保険団体連合会 御中

市区町村名

風しんの追加的対策に係る請求について、下記のとおり医療機関からの請求誤りが認められたので、ご報告いたします。

請求年月※ 年 月 (※ 市区町村に請求された月を記載。
 請求誤りの総額 円 医療機関等において、記載月の2ヶ月前までに実施され、
 請求誤りの件数 件 国保連合会において、記載月の前月に受付された請求分)

医療機関等名	医療機関等コード (10桁)	請求誤りと判断した理由	請求誤りの件数 (件)	誤りのあった 請求額 (円)(税抜)	誤りのあった 請求額 (円)(税込)
(例1) ●●クリニック	XXXXXXXXXX	MR ワクチン以外のワクチンが予防接種で使用されていたため。	X 件	XXXXX 円	XXXXX 円
(例2) ●●クリニック	XXXXXXXXXX	抗体検査の結果が陽性であるにも関わらず、予防接種の予診が実施されていたため。	X 件	XXXX 円	XXXX 円