

令和6年4月

令和6年度
神戸市風しん第5期定期接種

手 引 書

神戸市保健所
神戸市医師会

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）

本手引書は、風しん抗体検査を神戸市医師会医療センターに依頼する場合の実施要領を記載したものであるため、他の検査機関に依頼する場合にあっては、その検査機関と十分に調整の上、本手引書の該当する部分を読み替えて適切に実施してください。

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) | 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

風しん抗体(FIA法(BioPlex MMRV IgG))

※上記の測定キットが不足した場合、厚生労働省が定める別法の測定キットを使用することもできます。

7. 採血

風しん抗体検査の採血は、生化学検査用採血管 6ml 1本

※採血管は、神戸市医師会医療センター(☎078-795-4848)で準備しています。

8. 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統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、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) 採血管と風しん抗体検査受診票の4枚目(医療センター提出用)をあわせて神戸市医師会医療センターへ提出してください。

(4) ①検査結果の記入

医療センター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。

[F I A法(BioPlex MMRV IgG)の判定基準]

※他の検査法の判定基準は、受診票の裏面参照

| | |
|--------------------------|------|
| F I A法(BioPlex MMRV IgG) | 判定結果 |
|--------------------------|------|

| | |
|--------|---|
| の検査結果 | |
| 1. 5未満 | 抗体が十分でないため、 風しんの第5期の定期接種の 対象 |
| 1. 5以上 | 抗体が十分にあるため、 風しんの第5期の定期接種の 非対象 |

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。

9. 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、検査費用の支払いできません。記入漏れのないようお願いします。

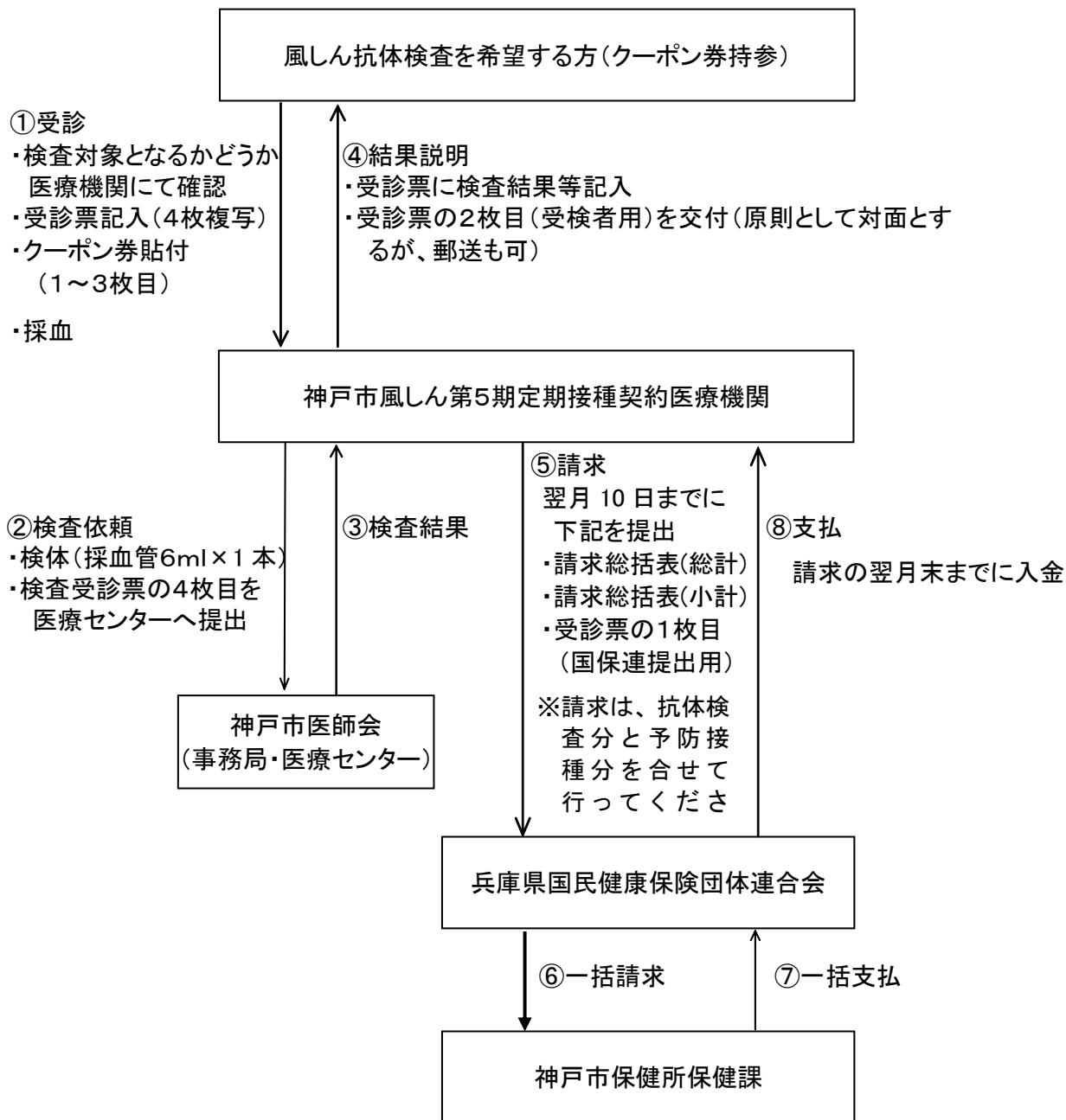
(3) 受検者が検査結果を受取りに来院されなかった場合も請求可能です。
ただし、検査結果等必要事項を記入のうえ、提出してください。

10. 受診票の配布について

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します。令和4年度より追加された抗体検査法等の変更点は、受診票を更新し、順次入れ替えの作業をおこなっております。今後不足する場合は、神戸市医師会医療センター(☎078-795-4848)へご連絡ください。

風しん抗体検査の流れ

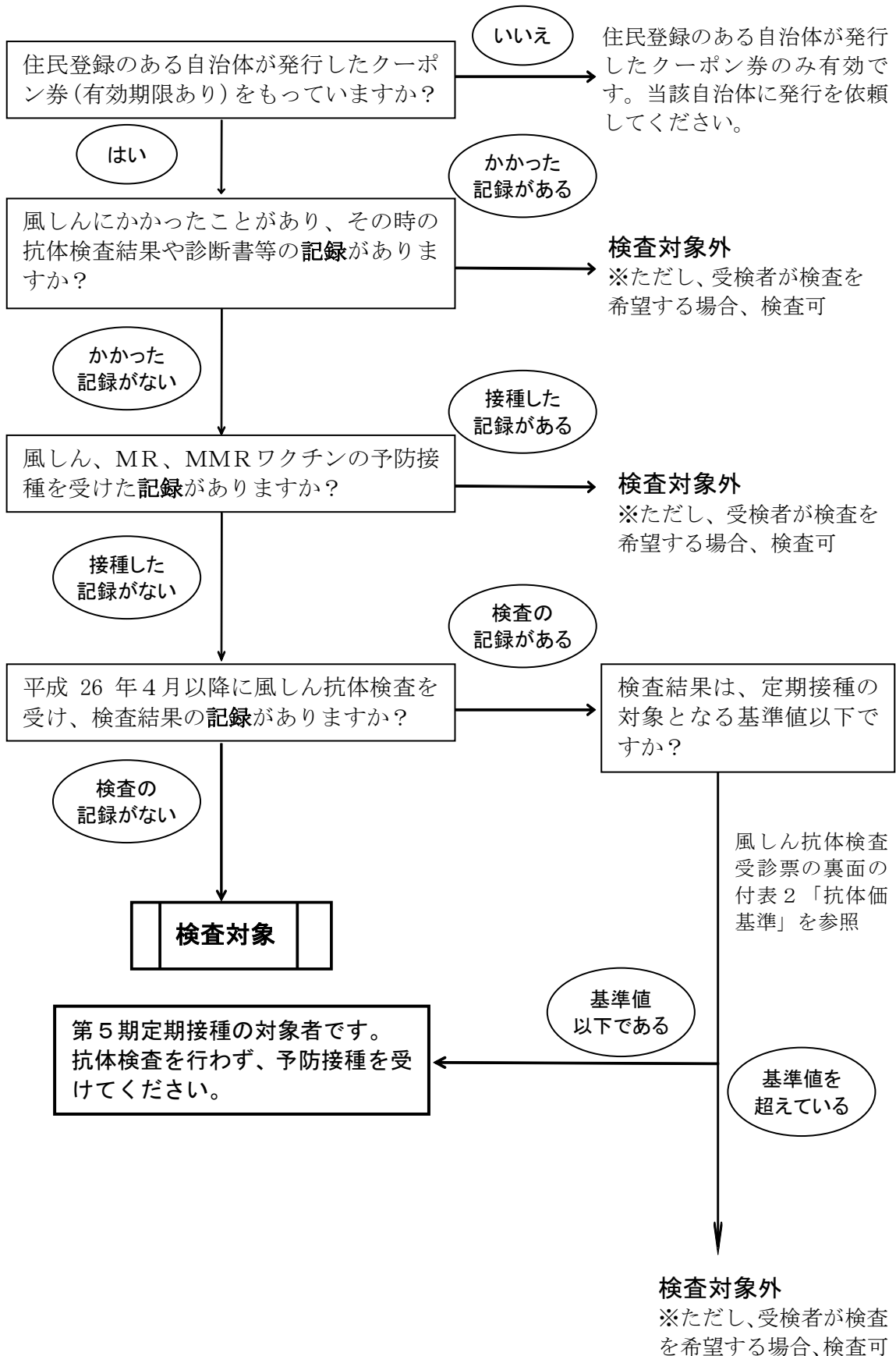
(神戸市医師会医療センターで抗体検査を実施する場合)



※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



風しんの抗体検査受診票（4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 | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-----|-----|---------------------------|---|-----|------------------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| ※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 | <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; 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。 □ 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） | | 実施場所・医師名・検査年月日 | | | | | | | | | | | |
| 検査方法： <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">抗体価</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">単位</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">倍 ・ EIA価 ・ IU/mL ・ その他（ ）</td> </tr> </table> | | 抗体価 | 単位 | | 倍 ・ EIA価 ・ IU/mL ・ その他（ ） | 判定結果（いずれかに○） <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">風しんの第5期の定期接種 対象</td> <td style="width: 50%;">風しんの第5期の定期接種 非対象</td> </tr> </table> | | 風しんの第5期の定期接種 対象 | 風しんの第5期の定期接種 非対象 | | | | |
| 抗体価 | 単位 | | | | | | | | | | | | |
| | 倍 ・ EIA価 ・ IU/mL ・ その他（ ） | | | | | | | | | | | | |
| 風しんの第5期の定期接種 対象 | 風しんの第5期の定期接種 非対象 | | | | | | | | | | | | |
| 検査番号（※裏面の付表1を参照） | | 実施場所 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table> 医師名 検査年月日 年 月 日 <small>（西暦）</small> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">□ 1</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">□ 2</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">□ 3</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">□ 4</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">□ 5</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">□ 6</td> </tr> </table> | | □ 1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 | □ 6 | （該当する検査番号の□を黒く（■）塗りつぶしてください） | | | | | |
| □ 1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 | □ 6 | | | | | | | | |
| <div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 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。 </div> | | | | | | | | | | | | | |

記入例

| 風しんの抗体検査受診票 | | |
|---|--|--|
| <small>※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。</small> | | |
| 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: 5px; text-align: center;">(クーポン券貼付)</div> <p>※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）</p> |
| 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 <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） | 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 |
| 抗体価 1.5 単位 倍・EIA価・IU/mL その他（AI） | 風しんの第3期の定期接種 非対象 | 検査年月日 2023 年 2 月 8 日 （西暦） |
| 検査番号（※裏面の付表1を参照） | 医療機関等コード 2810000000 | |
| <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。 | | |

風しんの抗体検査受診票（4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、GLIA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、GLIA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、GLIA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・ピ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 （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 IgG （バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社） |
| GLIA法（科学発光免疫測定法） | 1.5未満 （国際単位（IU）/ml） | Rubella-Gアポット （アポ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。

風しん抗体検査受診票（4枚複写のうちの4枚目の表面）

神戸市医師会
医療センター提出用

風しんの抗体検査依頼票

神戸市医師会医療センター記入欄

※太枠内をご記入ください。

| | | | |
|---------------|-----------|-------|--|
| | | No. | |
| 住民票に記載されている住所 | 都 道 | 市 区 | |
| | 府 県 | 町 村 | |
| 氏 名 | | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日生 | (満 歳) | |

| | |
|----------------|----------|
| 実施場所・医師名・検査年月日 | |
| 実施場所 | 医療機関等コード |
| 医師名 | |
| 検査年月日 (西暦) | 年 月 日 |

風しん抗体検査受診票（4枚複写のうちの4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 IgG （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） | 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 （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）） | BioPlex ToRC IgG （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 |

* 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）

※医療センターは、FIA法による検査法を採用

【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。

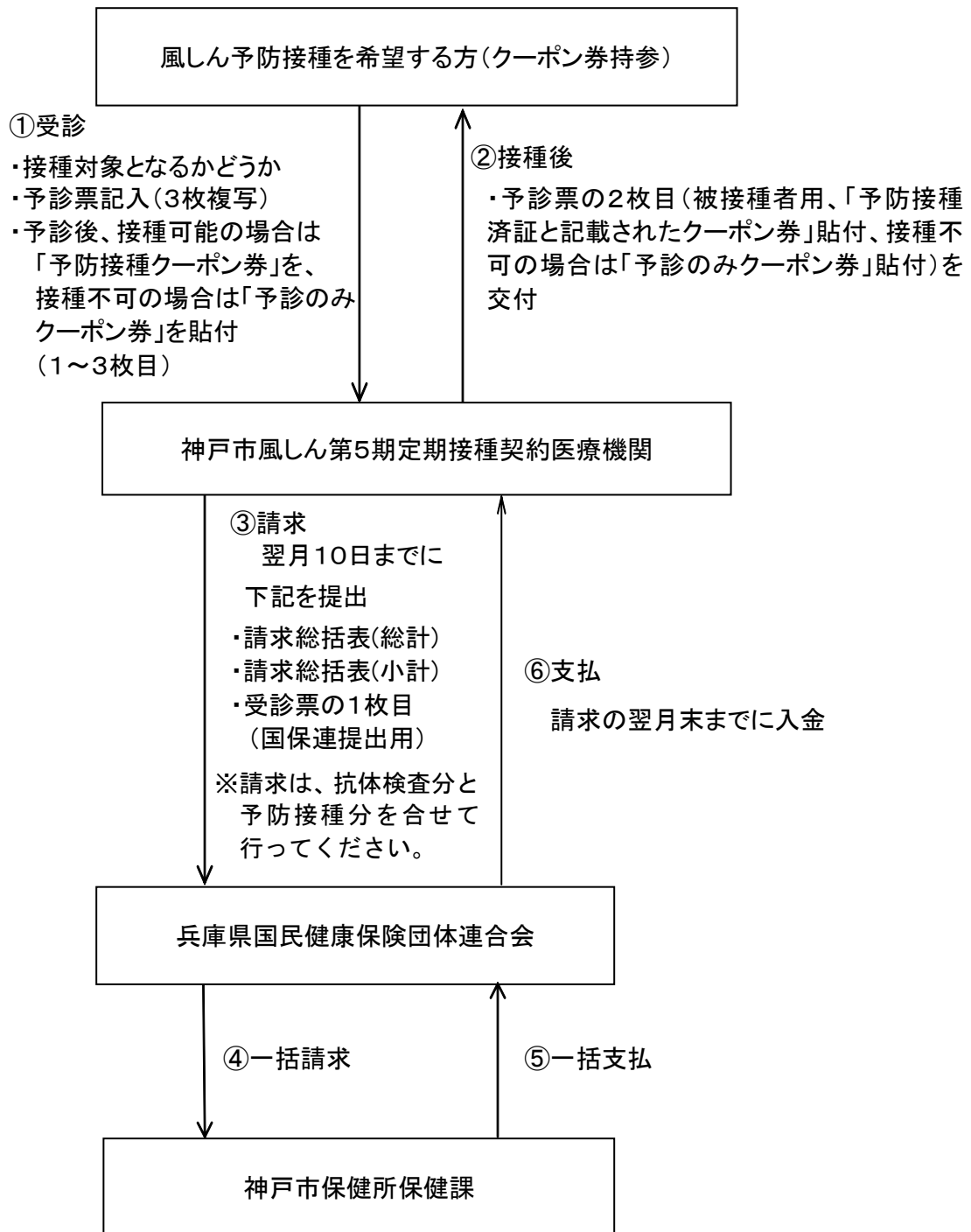
8. 予診票について

予診票は、神戸市保健所保健課よりワクチンディー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5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。

風しんの第5期の定期接種予診票（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

| 風しんの第5期の定期接種予診票 | | | |
|--|--|-----------|----------------|
| ※太枠内をご記入ください。 | | | |
| 住民票に記載されている住所 | 都 道 府 県 | 市 区 町 村 | (クーポン券貼付) |
| 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 | | 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 |
| | ワクチン名 | 0.5ml | 実施場所 |
| | Lot No. | | 医師名 |
| (注)有効期限が切れていないか確認 | | 接種年月日 | 年 月 日 |
| | | | 医療機関等コード |
| | | | 西暦 |

【参考】

＜受診票・予診票に貼付するクーポン券（見本）＞

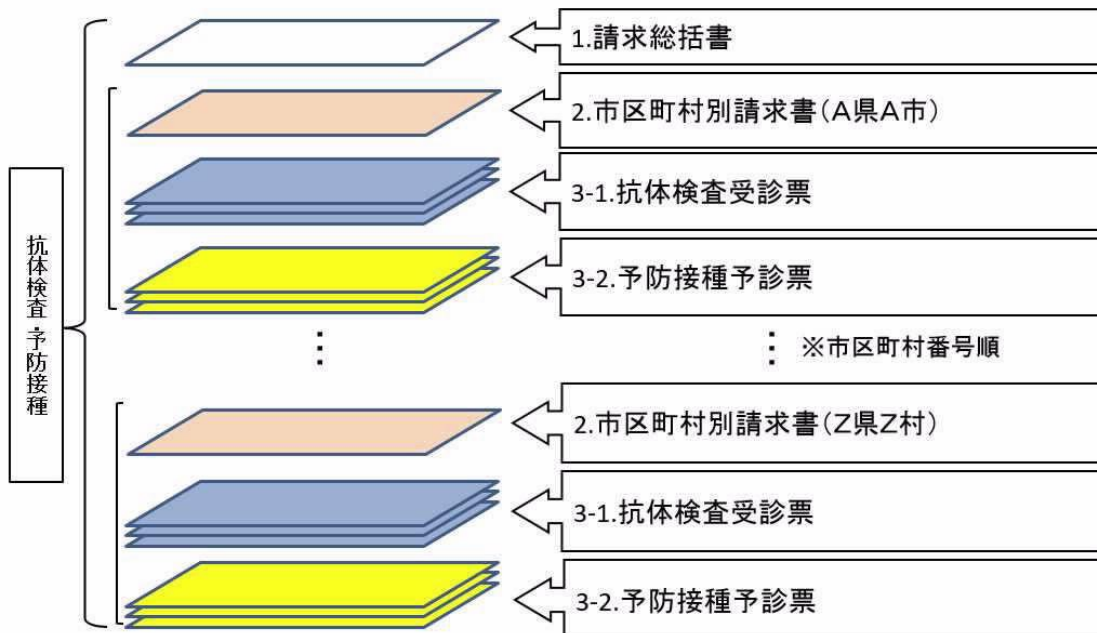
| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---|------------------------------------|-------------------|--------------|
| 抗体検査 | 券種 | 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) | | | (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) | | | (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 | | | 12345678901234567 | | | 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) | | | (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) | | | (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 | | | 1234567890123456799999 | | | 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) | | | (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) | | | (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 | | | 1234567890123456799999 | | | 1234567890123456799999 〇〇県〇〇市長 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 | 720,000 | 792,000 |
| | 予診のみ | 20 | 40,000 | 44,000 |
| | 小計 | 140 | 760,000 | 836,000 |
| 合計 | | 290 | 1,643,200 | 1,807,520 |

(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 |

