

事 務 連 絡
令和 2 年 3 月 31 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

風しんの抗体検査及び風しんの第 5 期の定期接種に係る
過誤調整事務マニュアルの送付等について

「風しんの追加的対策に係る対応について（情報提供及び協力依頼）」（令和 2 年 3 月 27 日付け健健発 0327 第 1 号厚生労働省健康局健康課長及び健感発 0327 第 1 号厚生労働省健康局結核感染症課長連名通知）記 1 において別途通知することとしていたことについて、別添 1「風しんの抗体検査及び風しんの第 5 期の定期接種に係る過誤調整事務マニュアル等の送付について」のとおりご連絡いたします。都道府県におかれましては、管内市町村への周知等を図っていただきますようお願いいたします。

併せて、代行機関において本過誤調整を実施するに当たり、「2019 年度風しん抗体検査及び定期の予防接種の費用の支払に係る委託契約」の変更が必要となることから、別添 2 のとおり委託変更契約書の例を送付いたしますので、都道府県におかれましては、都道府県国民健康保険団体連合会との手続方お願いいたします。

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る

過誤調整事務マニュアル

本マニュアルは、「風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る委託契約書」に係る覚書及び「2019年度風しん抗体検査及び定期の予防接種の費用の支払に係る委託契約」（変更契約）に係る取扱についてお示しするものである。

【目次】

I. 過誤調整とは	1
1. 概要	
2. 手続の流れ	
(1) 分類	
(2) 標準的な流れ	
II. 市区町村編	7
III. 医療機関等	9
IV. 国民健康保険団体連合会	12

I. 過誤調整とは

1. 概要

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る過誤調整とは、風しんの追加的対策に関して実施された抗体検査または予防接種（予診のみの場合を含む）であって、医療機関及び健診実施機関（以下「医療機関等」という。）の請求内容に不備等が判明したものについて、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）を通じて市区町村から支払が行われた後で、支払金額の調整を行う事務手続である。

<過誤請求の例>

- ・抗体検査について、価格区分を誤って請求した場合
- ・風しん単独ワクチンを接種した場合
- ・ワクチンを接種したにもかかわらず予診クーポンで請求された場合
- ・抗体検査結果の説明に対して、予診クーポンが使用された場合
- ・抗体検査を実施していないのに、抗体検査費用が請求された場合

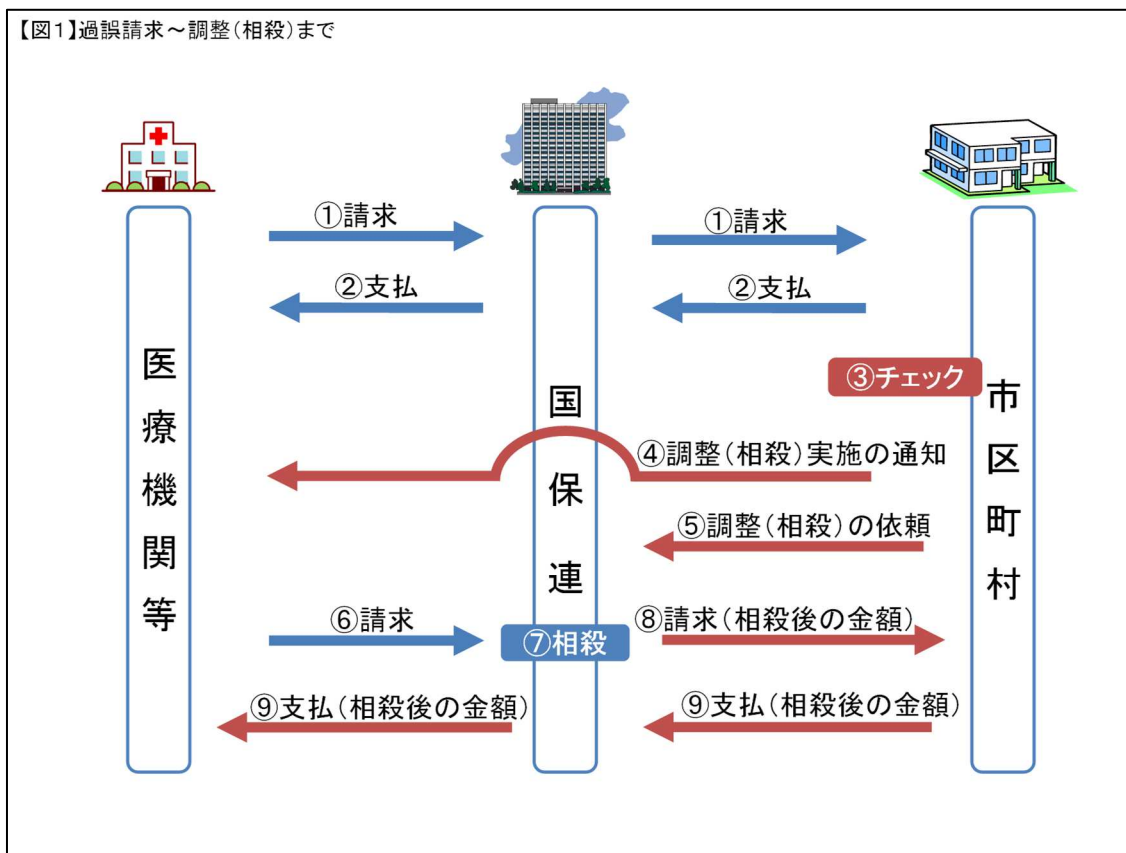
2. 手続の流れ

（1）過誤調整の手続は、大きくは以下の2つに分類される。

- ①医療機関等からの誤った請求に基づき市区町村が支払った額について、市区町村が当該請求を返戻し、支払済み額を調整（相殺）する手続
- ②返戻を受けた医療機関等が、①の調整後、改めて正規の額を請求する手続

(2)(1)の①について、市区町村が支払済み額を調整（相殺）する標準的な手続は、市区町村・医療機関等・国保連において、以下のとおり行う。

【図1】過誤請求～調整（相殺）まで



図表の説明については以下のとおり。

- ①抗体検査、予診、予防接種（以下「抗体検査等」という。）を実施した医療機関等から、クーポン券を用いて国保連へ請求し、国保連からクーポン券発行元市区町村へ請求する。
- ②市区町村は①により請求のあった額を、国保連を通じて医療機関等に支払う。
- ③市区町村は、①により請求のあった抗体検査等の受診票または予診票の内容を確認する。
- ④③において過誤請求が判明した場合、市区町村は過誤請求のあった医療機関等へ、直接、過誤請求に基づく支払済み額の調整を行う旨を連絡する。
- ⑤④を行ったのち、市区町村が所在する国保連へ、調整（相殺）の依頼を行う。
- ⑥当該医療機関から、⑤以後に国保連へ請求。
- ⑦（⑥が⑤を行った月以降である場合）国保連において、調整対象額を⑥と相殺する。
- ⑧国保連は⑦の相殺後の額を市区町村に請求する。
- ⑨市区町村は⑧により請求のあった額を、国保連を通じて医療機関等に支払う。

《注意事項》

- ・国保連が⑦の手続を行う期間は、⑤の依頼があった翌月から6ヶ月間とする。
- ・当該期間中に⑥の請求がなかった、または⑥の請求があったが⑤の額に満たなかった場合、期間経過後に⑤の依頼書類が返却されるため、調整は市区町村・医療機関等間で直接行う。

(3)(1)の②については、複数のパターンが想定される。

- ①クーポン券により再請求が可能な場合。
- ②再請求は可能だが、クーポン券によることが不可能な場合。
- ③再請求ができない場合。

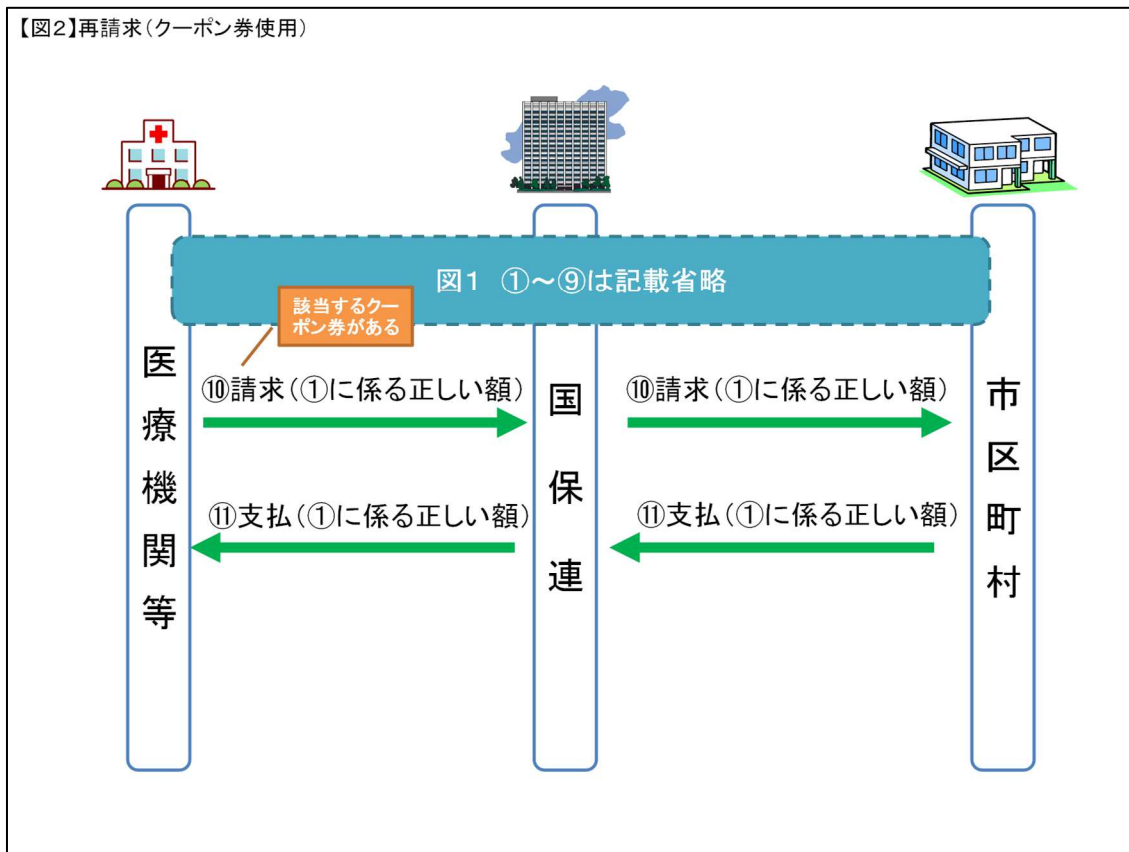
詳細については以下のとおり。

①クーポン券により再請求が可能な場合。

(過誤) 抗体検査について、価格区分を誤って請求した。

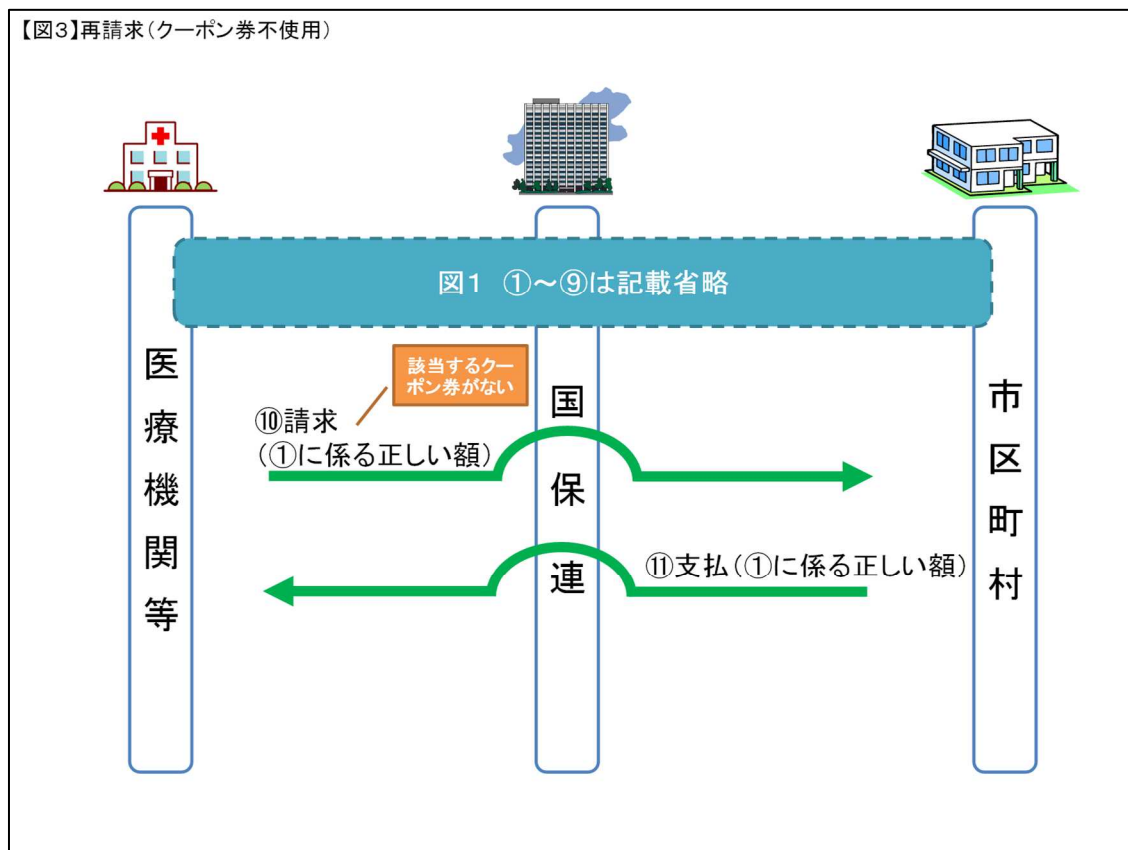
(対応) 返戻されたクーポン券により、再度、国保連を通じて請求する。

【図2】再請求(クーポン券使用)



- ②再請求は可能だが、クーポン券によることが不可能な場合。
- (過誤 1) 風しん単独ワクチンを接種した場合※。
- (過誤 2) ワクチン接種したにもかかわらず予診クーポンで請求された場合。
- (対応) 金額調整に伴い返戻された受診票に基づき、正しい金額で市区町村へ直接請求する。

【図3】再請求(クーポン券不使用)



※ 集合契約においては、MRワクチンを使用するものであるが、覚書の締結により、風しん単独ワクチンを接種した場合の請求について、別途、医療機関等から市区町村にクーポン券によらず(直接)請求することを可能とした。

なお、予防接種及び予診に係る委託料金は市区町村が個別に定めることとされており、風しん単独ワクチンについても同様である。

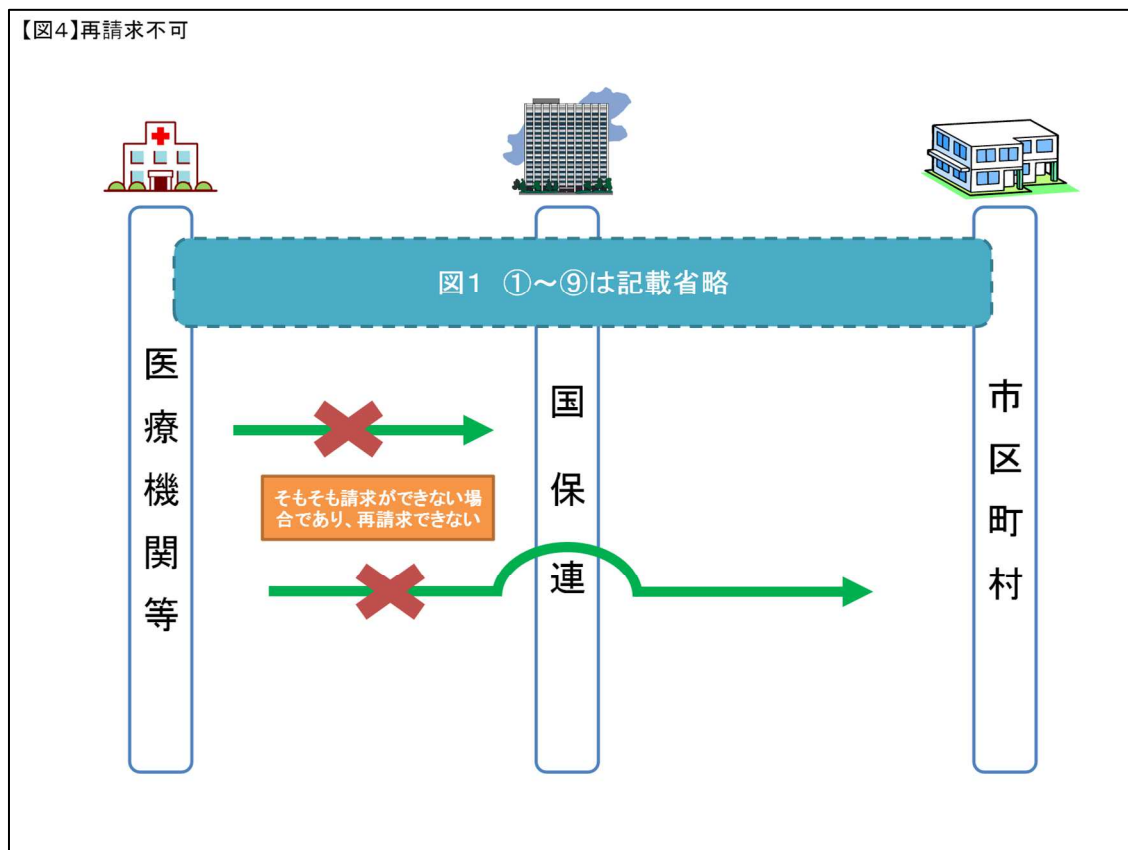
③再請求ができない場合。

（過誤１）抗体検査結果の説明に対して、予診クーポンが使用された。

（過誤２）抗体検査を実施していないのに、抗体検査費用が請求された。

（対応）本来、請求することができないので、再請求はできず、金額調整（相殺）のみとなる。

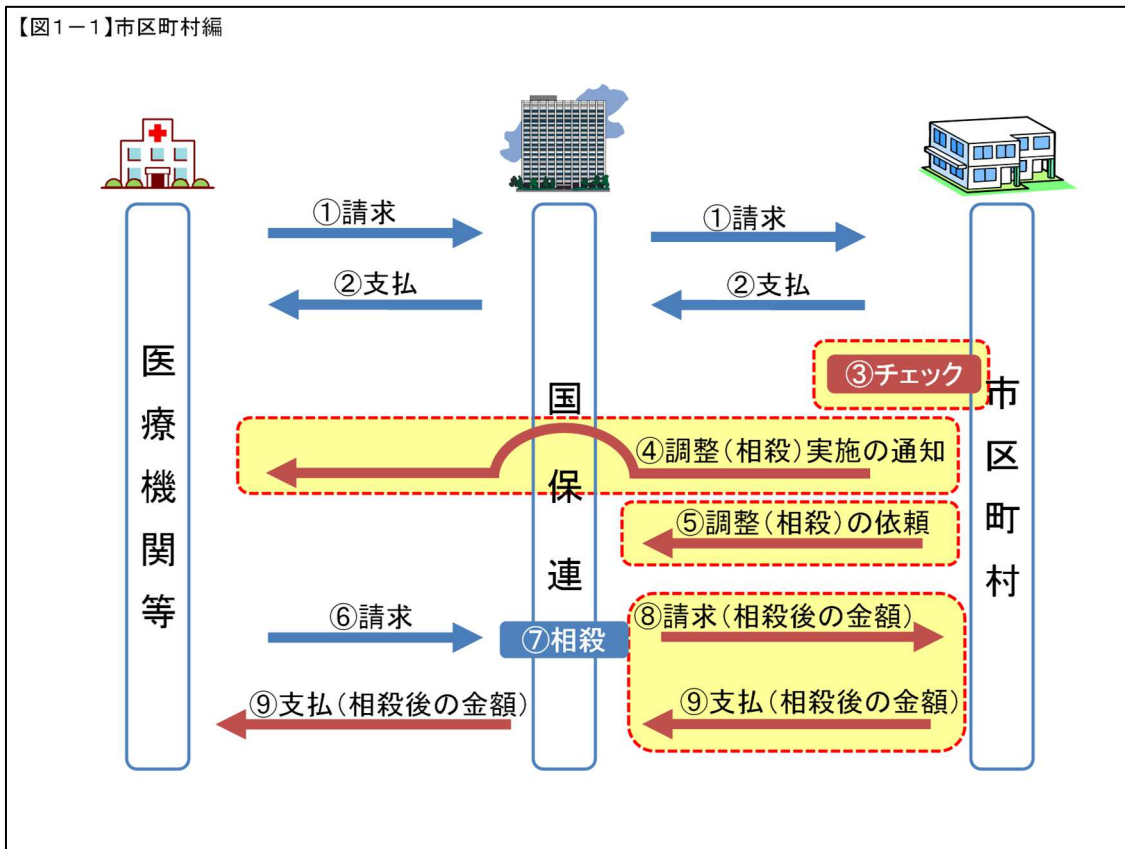
【図4】再請求不可



なお、上記の過誤内容は例示であり、これに限るものではないことから、過誤内容に応じて適宜対応すること。

Ⅱ．市区町村編

I の流れのうち、市区町村において行う具体的な事務については以下のとおりである。



《③のチェックについて》

医療機関等から国保連を通じて送付された請求関係書類の内容確認を行う。その際、受診票または予診票の記載不備等により、過誤請求であるか否かの判断が困難な場合は、適宜医療機関等に確認する。

《④の通知について》

市区町村から過誤請求のあった医療機関等へ直接書面（参考様式：別添1）により通知すること。これにより医療機関等は、今後調整が生じることを把握することが可能となる。

再請求が可能な場合については、併せて通知すること。

《⑤の依頼について》

④を行った後、市区町村が所在する国保連に対して、調整（相殺）依頼を書面により行う。具体的には別添 2 の編纂方法のとおり、過誤返戻依頼集計書、過誤返戻依頼書、受診票及び予診票（原本）を送付すること。国保連が受理した翌月から 6 ヶ月間、⑥の請求に対して⑦相殺を行う。

なお、④に対して医療機関等から異議の申し立てがあった場合は、協議の上、⑤の通知を行うこと。

《⑧の請求について》

国保連から相殺後の額で請求が来るため、適切に⑨において支払うこと。請求関係書類と併せて、調整結果通知書（別添 4 のイメージ）が送付されるため、内容を確認し、進捗管理を行うことが望ましい。

《留意事項》

- ・実施機関からの抗体検査（受診票）の請求額、予防接種（予診のみ含む）（予診票）の請求額が過誤調整の対象となるが、誤って請求した額と本来請求すべき額の差額調整を行うことはできない。
（例：抗体検査において、2,948 円で請求すべきところ、誤って 6,952 円で請求した場合、6,952 円が相殺される（差額の 4,004 円を相殺することはできない）。）
- ・過誤調整を行う場合において、国保連に支払われた事務手数料は返還されない（また、医療機関等が過誤内容を訂正のうえ、国保連に再請求する場合は、通常の請求と同様に事務手数料が発生する）。

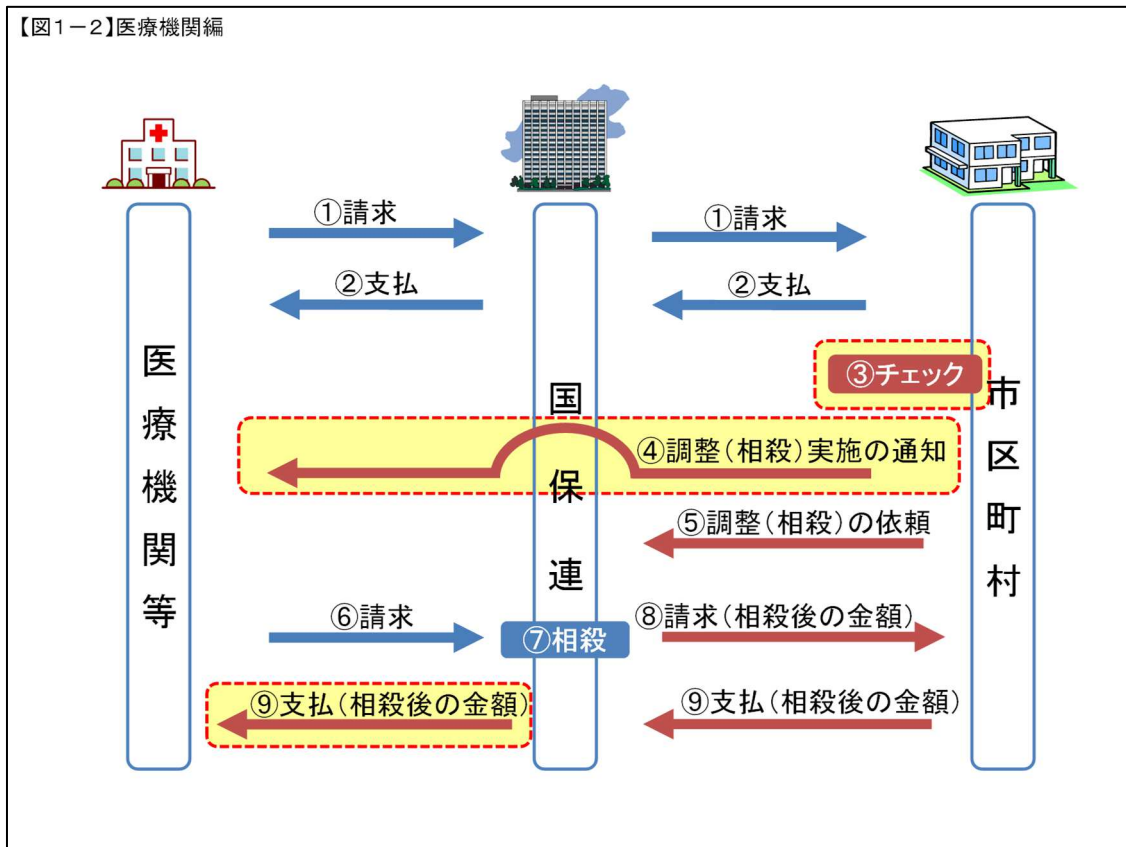
《その他》

- ・⑦の調整期間（6 ヶ月）経過時点で、調整が完了しなかった過誤請求については、⑤で国保連へ送付した過誤返戻依頼書、受診票及び予診票（原本）が市区町村へ返却される。以降は、市区町村が医療機関等に対して直接返還請求を行う必要がある。
- ・過誤調整の開始当初は、これまでの過誤請求が国保連に集中する可能性があることから、これを避けるため、別添 3 のスケジュールを参考に⑤の依頼を行うこと。

Ⅲ. 医療機関等

I の流れのうち、医療機関等において行う具体的な事務については以下のとおりである。

【図1-2】医療機関編



《③市区町村からの補正依頼または確認について》

受診票または予診票に記載不備があり、市区町村から、その内容に関する補正依頼または確認依頼があった場合、医療機関等は診療録を参照する等により、適切に対応すること。

《④の通知について》

市区町村において過誤と判断した請求について、書面（参考様式：別添1）により医療機関等へ通知されるので、遅滞なく内容を確認し、異論がある場合には速やかにその旨を申し立てること。（申立先：クーポン券に記載の市区町村）

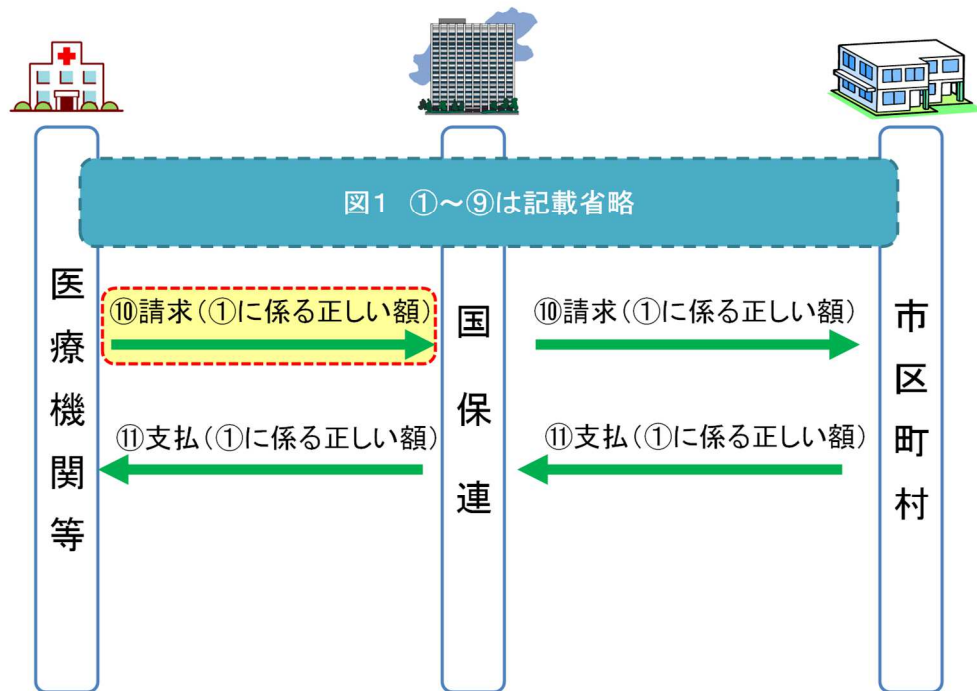
《⑨の支払額について》

国保連から、調整結果通知書、過誤のあった受診票及び予診票（原本）の送付と共に相殺後の金額が支払われるため、予め承知しておくこと。

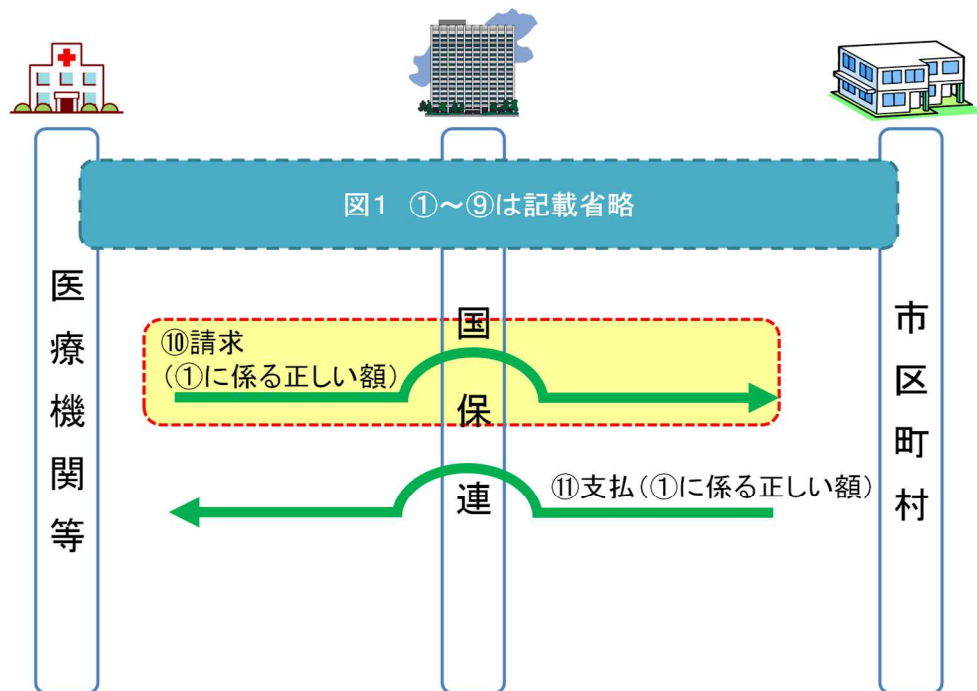
《再請求について》

④の通知と併せて、市区町村から再請求に係る連絡があった場合、請求方法（クーポン券を使用する場合、使用しない場合）の指示に従い、市区町村へ請求すること。

【図2-1】再請求(クーポン券使用)



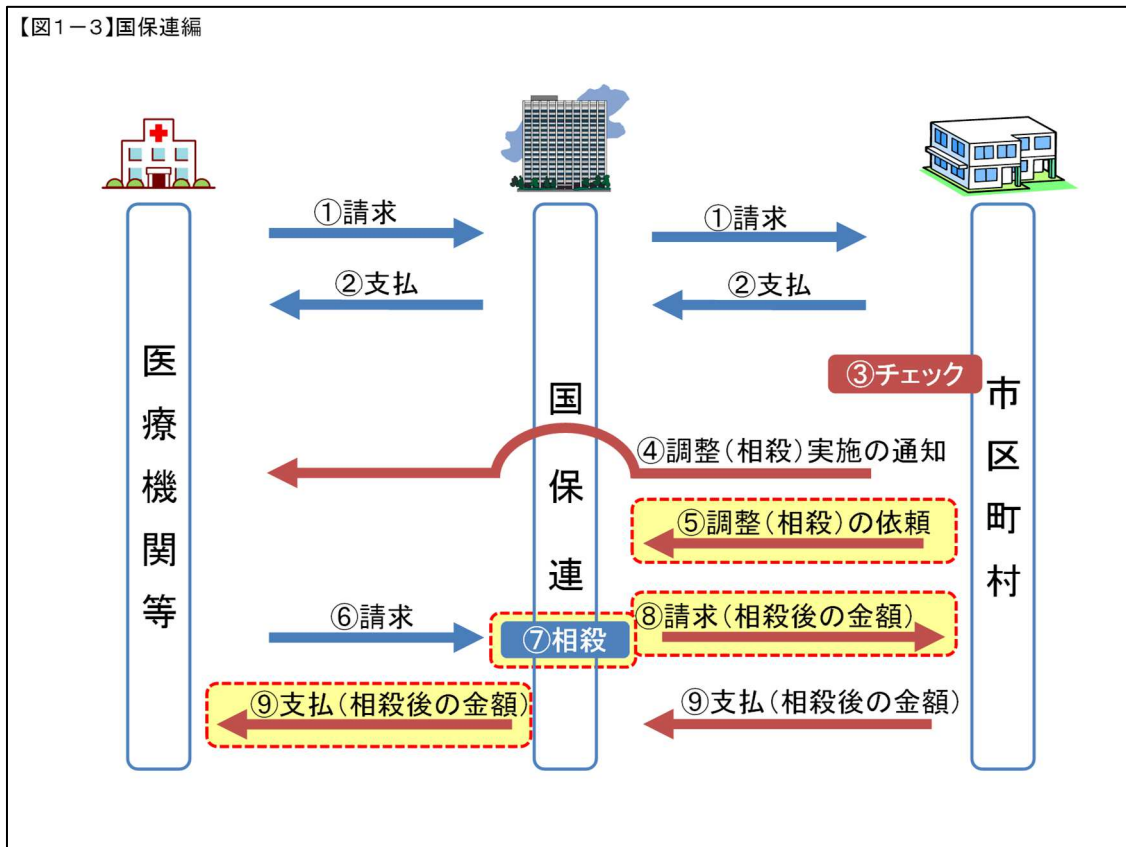
【図3-1】再請求(クーポン券不使用)



IV. 国民健康保険団体連合会

I の流れのうち、国保連において行う具体的な事務については以下のとおりである。

【図1-3】国保連編



《⑤の依頼について》

⑤で依頼があった過誤請求については、各医療機関等が所在する国保連へ、依頼があった翌月 10 日までに過誤返戻依頼書、受診票及び予診票（原本）を送付すること。送付を受けた国保連は、相殺期間中、適切に管理すること。

《⑦の相殺について》

相殺期間中に⑥の請求があった場合、⑤の依頼の古い順、実施月の古い順に、相殺を行うこと。

《⑧について》

相殺した場合は、⑧で市区町村に調整結果通知書を送付すること。

《⑨について》

相殺した場合は、⑨で医療機関等に、調整結果通知書を送付し、併せて過誤のあった受診票及び予診票（原本）を返戻すること。

年 月 日

(医療機関名) 殿

〇〇市(区町村)

風しんの抗体検査及び風しんの第5期の定期接種に係る
過誤請求の調整のご連絡

風しんの追加的対策について、ご協力をいただきありがとうございます。

本市(区町村)が発行した風しんの抗体検査及び予防接種クーポン券を用いて貴施設を受診された方の請求について、別表のとおり請求内容に誤りがありました。既に請求金額のとおり支払済みですが、今後の貴施設からの請求に対して当該支払金額を差し引き調整(相殺)させていただくこととなりますので、ご連絡申し上げます。詳細については別紙1をご参照いただき、内容に関して疑義がある場合は、〇年〇月〇日までに下記問い合わせ先までご連絡ください。

これらについては、〇年〇月～×年×月の間に、貴施設からクーポン券を用いた風しんの追加的対策に係る請求のあった額に対して、国民健康保険団体連合会を通じて相殺のうえ、受診票等原本を返戻させていただきます。本期間中に相殺できなかった金額(残額が発生する場合)については、本期間経過後に、本市(区町村)から直接返還の請求をさせていただく場合がありますので、ご了承下さい。

なお、誤りがあった請求については、内容を訂正のうえ再度請求いただくことが可能な場合がありますので、別紙1の再請求方法の欄及び再請求額の欄をご覧ください。

【問い合わせ先】

〇〇市(区町村) ご担当部署 ご担当者氏名
電話番号
E-MAIL

再請求額：再請求が可能な場合に、請求していただく額（本来請求していただくべき正規の金額）

- ・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（別紙2）
- ・風しん対策 市区町村別請求書（別紙3）
- ・再請求に係る受診票、予診票 ※本市（区町村）から国保連を通じて返戻したもの

年 月 日

医療機関名	請求年月	券種	過誤理由	発券No.	氏名	過誤金額	再請求方法	再請求額
〇〇クリニック	2019. 12	予防接種	風しん単独ワクチンを接種	*****	〇〇〇〇	** , ***円	本市へ直接請求	* , ***P
〇〇クリニック	2020. 1	抗体検査	検査の価格区分誤り	*****	〇〇〇〇	* , ***円	返戻したクーポン券により国保連へ請求	* , ***P
〇〇クリニック	2020. 1	予診	抗体検査の結果通知のみで予診を行っていない	*****	〇〇〇〇	* , ***円	予診を行ってないため請求不可	0P
合計						円		P

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

〇〇市（区町村） 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										
医療機関 等名称										
郵便 番号	—									
フリガナ	TEL		— —							
	FAX		— —							
所在地	振込先		金融機関コード							
	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※									
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。

〇〇〇市区町村長様

市区町村番号

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

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

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

請求年月

2019年〇〇月分

		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	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	0	0	0
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	0	0	0
予防接種	通常 (MRワクチン)	0	0	0
	通常 (単独ワクチン)	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		0	0	0

消費税率	10 %
------	------



〇〇〇市区町村長様
市区町村番号

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

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

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

厚劳病院○○○○○○○○○○○○○○

請求年月

2019年〇〇月分

		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	0	0	0
	②健診・EIA法	0	0	0
	③HI法	0	0	0
	④EIA法	0	0	0
	⑤夜間休日・HI法	0	0	0
	⑥夜間休日・EIA法	0	0	0
	小計	0	0	0
予防接種	通常（MRワクチン）	0	0	0
	通常（単独ワクチン）	0	0	0
	予診のみ	0	0	0
	小計	0	0	0
合計		0	0	0

消費税率	10 %
------	------

①「〇〇〇市区町村長様」は請求先に応じて変更してください。

②市区町村番号は、クーポン券に記載の6桁の数字を記載してください。

【計算スペース】※こちらに件数を記入すると請求書が埋まっていきます

		請求件数	税抜き単価	税込単価	※システムエラーの チェック用	請求総額（税込 み）
抗体検査	①健診・HI法		1,290	1,419	0	0
	②健診・EIA法		2,680	2,948	0	0
	③HI法		4,930	5,423	0	0
	④EIA法		6,320	6,952	0	0
	⑤夜間休日・HI法		5,430	5,973	0	0
	⑥夜間休日・EIA法		6,820	7,502	0	0
	小計	0			0	0
予防接種	通常（MRワクチン）			0	0	0
	通常（単独ワクチン）			0	0	0
	予診のみ			0	0	0
	小計	0			0	0
合計		0			0	0

0 予防接種関係の価格は市区町村で決定いたします。

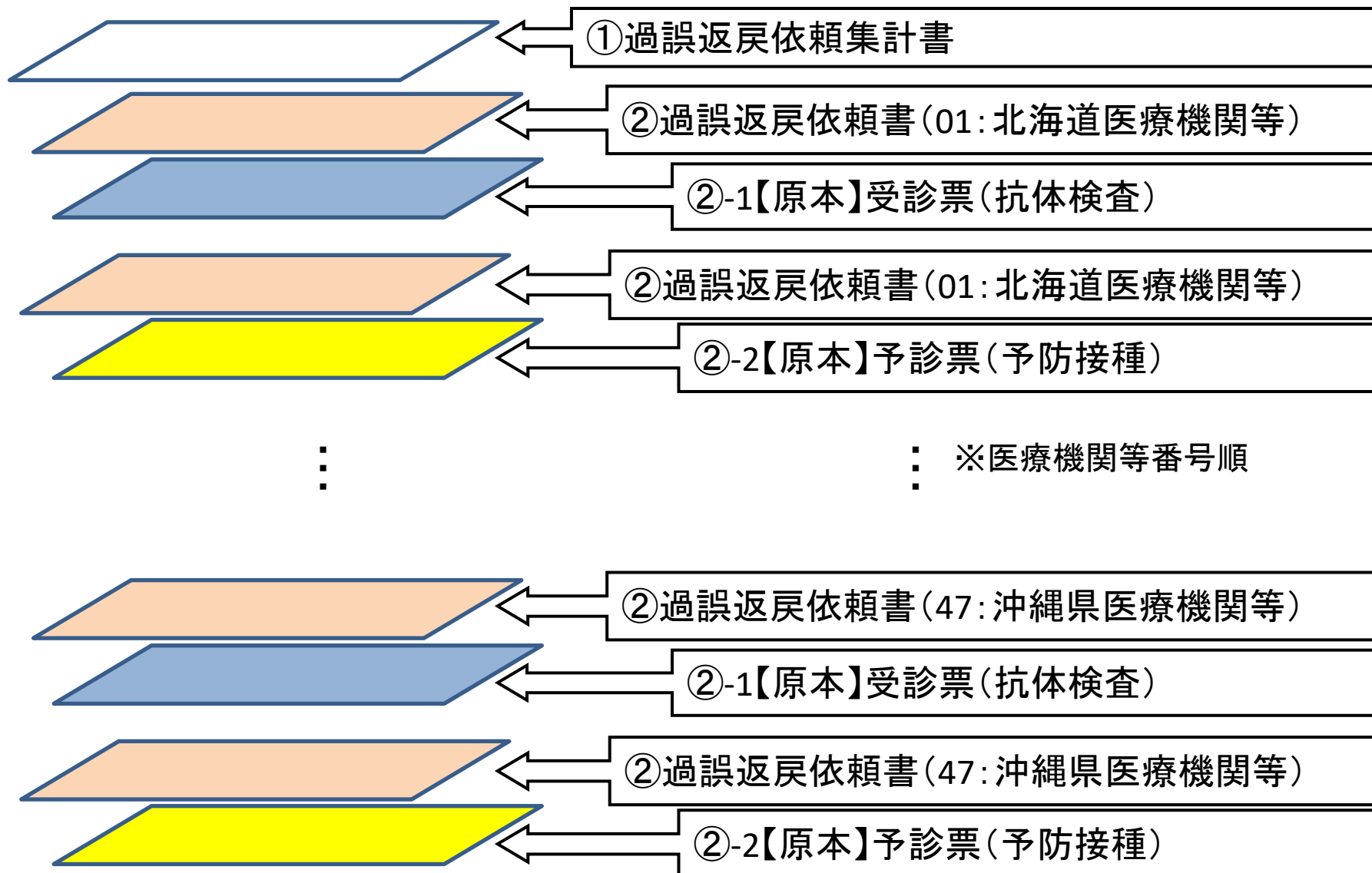
0 ←クーポンの「予防接種」の金額を記載ください。

0 ←市区町村から連絡のあった金額を記載ください。

0 ※税込単価は、1円未満の端数は切り捨て

←内容に合わせて選択

市区町村から国保連合会への過誤請求時の編綴方法



風しん対策抗体検査・予防接種費過誤返戻依頼集計書

《 市区町村名 》（令和 年 月分）

_____国民健康保険団体連合会 御中

（市区町村 ⇒ 国保連合会）

（提出日）令和 年 月 日

都道府県番号	都道府県名	依頼件数(※)	備考
01	北海道		
02	青森県		
03	岩手県		
04	宮城県		
05	秋田県		
06	山形県		
07	福島県		
08	茨城県		
09	栃木県		
10	群馬県		
11	埼玉県		
12	千葉県		
13	東京都		
14	神奈川県		
15	新潟県		
16	富山県		
17	石川県		
18	福井県		
19	山梨県		
20	長野県		
21	岐阜県		
22	静岡県		
23	愛知県		
24	三重県		

都道府県番号	都道府県名	依頼件数(※)	備考
25	滋賀県		
26	京都府		
27	大阪府		
28	兵庫県		
29	奈良県		
30	和歌山県		
31	鳥取県		
32	島根県		
33	岡山県		
34	広島県		
35	山口県		
36	徳島県		
37	香川県		
38	愛媛県		
39	高知県		
40	福岡県		
41	佐賀県		
42	長崎県		
43	熊本県		
44	大分県		
45	宮崎県		
46	鹿児島県		
47	沖縄県		
合計			

※ 医療機関等番号の先頭2ケタ（都道府県番号）をキーに依頼件数を集計する。

調整スケジュールについて

	2019年 4月5月 実施分	2019年 6月 実施分	2019年 7月 実施分	2019年 8月 実施分	2019年 9月 実施分	2019年 10月 実施分	2019年 11月 実施分	2019年 12月 実施分	2020年 1月 実施分	2020年 2月 実施分	2020年 3月 実施分	2020年 4月 実施分	2020年 5月 実施分
国保連 への 請求月	2019年 6月	2019年 7月	2019年 8月	2019年 9月	2019年 10月	2019年 11月	2019年 12月	2020年 1月	2020年 2月	2020年 3月	2020年 4月	2020年 5月	2020年 6月
市町村 への 請求月	2019年 7月	2019年 8月	2019年 9月	2019年 10月	2019年 11月	2019年 12月	2020年 1月	2020年 2月	2020年 3月	2020年 4月	2020年 5月	2020年 6月	2020年 7月
	▼	▼		▼				▼				▼	▼
過誤調 整依頼 の時期	2020年 4月末	2020年5月末		2020年6月末				2020年7月末				2020年 8月末	2020年 9月末
国保連 での調 整期限	2020年 10月末	2020年11月末		2020年12月末				2021年1月末				2021年 2月末	2021年 3月末

【注意事項】

- 請求月は最短のものであり、医療機関によっては記載の月以降に請求される場合がある。
- 過誤調整依頼の時期は標準的なものとする。所在地の国保連と調整の上、前倒し等することも可能である。
- 国保連での調整期限（過誤調整依頼の翌月から6ヶ月間）経過後は、国保連から市区町村へ依頼書類が返却され、市区町村・医療機関等間で直接調整を行う。
- 2020年6月実施分以降は、2020年5月実施分の取扱に倣うこととする。

イメージ

1 頁

医療機関等番号	医療機関等名
1310229153	●●●医院

[illegible]

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

イメージ

1 頁

市区町村番号	市区町村名
469999	●●●市

[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・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

委託変更契約書（案）

〇〇都道府県を契約の取りまとめ者とする別紙委託元一覧表に示す市町村（特別区を含み、以下「甲」という。）と〇〇都道府県国民健康保険団体連合会（以下「乙」という。）は、〇年〇月〇日に締結した「2019 年度風しん抗体検査及び定期の予防接種の費用の支払に係る委託契約」（以下「原契約」という。）について、下記の通り変更する。なお、その他の条項については原契約のとおりとする。

記

（条項の追加）

原契約第 5 条に以下の条項を追加する。

（支払の調整）

第 5 条の 2 甲は、甲による確認の結果、支払が過誤と判明した抗体検査費用等については、乙を通じて当該費用を支払った医療機関等に対し、当該費用の返還を求めることができる。

2 甲は、前項の規定による調整を乙に依頼する場合は、事前に当該医療機関等へ通知のうえ、別紙「風しん対策抗体検査・予防接種費過誤返戻依頼書」及び「風しん対策抗体検査・予防接種費過誤返戻依頼集計書」並びにこれらに係る風しん抗体検査受診票又は風しんの予防接種予診票の原本（以下「調整依頼書等」という。）を乙に提出し、調整を依頼する。

3 乙は、甲から前項の規定による依頼を受けた時は、当該医療機関等からの以後の請求に係る支払と調整する。ただし、乙が甲から前項の規定による依頼を受けた日の属する月の翌月から起算して 6 か月以内に当該医療機関等からの請求に係る支払と調整することができない場合は、甲に対し、調整依頼書等を返還する。

（立替金利の変更）

第 6 条（支払遅延損害金）

原契約第 6 条の立替金利「年 5. 0 %の割合」を「民法第 4 0 4 条に定める法定利率」に改める。

本契約の成立を証するため、本書2通を作成し、甲乙記名押印のうえ、各1通を所持するものとする。

令和〇年〇月〇日

甲 代理人

〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号

〇〇都道府県知事 〇〇 〇〇 印

乙 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号

〇〇都道府県国民健康保険団体連合会
理事長 〇〇 〇〇 印