

佐賀県風しん抗体検査事業にかかる実施報告書等の提出等について

佐賀県国民健康保険団体連合会

●実施報告書等の提出先

- ・実施報告書等の提出先は次のとおりです。

〒840-0824

佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館

佐賀県国民健康保険団体連合会 審査第2課 調剤・療養費係

電話 0952-26-4301

- ・郵送の場合は、係名まで記載していただきますようご協力をお願いします。

●実施報告書等の締切日

- ・毎月5日が請求締切日となります。(必着)

5日を過ぎて到着した請求書等につきましては、次月の受付分とさせていただきます。

ただし、5日が土曜、日曜、祝日の場合は翌平日までの受付とします。

●実施報告書等の提出方法

実施報告書等の綴じ方

- ・実施報告書等は(実施報告書)→(問診票)の順に並べ、紛失防止のため一番下に厚紙を付け、左上をホッチキスで留めて提出してください。
- ・問診票等の厚みによりホッチキスで留められない場合は、左上をひもで綴じて提出してください。

●問診票の返戻

(1) 問診票の返戻

- ・問診票の内容に不備がある場合は、該当の問診票を国保連合会から返戻します。

なお、返戻については、増減点返戻通知書等と併せて提出月の月末から翌月初めにかけて送付します。

(2) 問診票の再提出

- ・次回の提出分と一緒に国保連合会へ提出してください。

(その際、実施報告書には再提出分の件数及び金額を含めて記載してください。)

●その他

- ・風しん抗体検査の結果、風しん又は麻しん風しん混合の予防接種(任意接種)を受けた場合の予防接種費用の請求方法は、予防接種(定期接種)費用請求のながれと同様です。
- ・国が実施する風しんの追加的対策の対象者(昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれの男性)が受けた風しん抗体検査及び予防接種は、請求方法が異なります。

風しん対策事業（佐賀県の独自事業）の請求について

1 風しん抗体検査費用の委託料単価について

風しん抗体検査費用（佐賀県独自事業分）の請求について、実施報告書に記載される「委託料単価（円）」の記載誤りが多発しています。

請求される前にいま一度ご確認をお願いします。

◎抗体検査に係る料金は、「佐賀県風しん抗体検査事業実施要領」に基づき、次のとおりとなっています。

| | |
|---|----------|
| 佐賀県風しん抗体検査事業実施要領（抜粋） | ※令和4年4月～ |
| 第9 検査に係る料金等について | |
| 1 抗体検査に係る料金 | |
| 抗体検査に要する費用として、次表の単価に検査件数を乗じた額に消費税及び地方消費税を加算した額（円未満切り捨て）を支払うものとする。 | |
| なお、この金額には検査費用、初診料、採血料、判断料、受検者への結果送付における郵送費用を含むものとする。 | |
| 検査名 | 委託単価 |
| 風しん抗体検査 | 5,830円 |

⇒実施報告書には、「税込単価」を記入してください。

委託料単価（＝1件当たりの請求額）は $5,830円 \times 1.10 = 6,413円$ になります。

（※別添1を御参照ください。）

【過去の単価】

| 検査日 | 委託料単価（税込） |
|-------------------|-------------------------------|
| 平成31年4月～令和元年9月検査分 | $5,646円 \times 1.08 = 6,097円$ |
| 令和元年10月～令和2年3月検査分 | $5,646円 \times 1.10 = 6,210円$ |
| 令和2年4月～令和3年3月検査分 | $5,746円 \times 1.10 = 6,320円$ |
| 令和3年4月～令和4年3月検査分 | $5,780円 \times 1.10 = 6,358円$ |

2 振込先及び振込通知書について

風しん対策事業（佐賀県独自事業分）の『風しん抗体検査費用』及び『風しん任意接種費用』の振込先は予防接種費用の支払先と同様、診療報酬と同じ口座となります。

（国の風しんの追加的対策と対応が異なりますのでご注意ください。）

また、振込額は予防接種費用などの支払額を通知する「予防接種・がん検診・風しん抗体検査・肝炎ウイルス検査支払額決定通知書兼振込通知書」でお知らせし、当該支払額決定通知書兼振込通知書の合計額を一括して振り込みます。

| |
|-----------|
| 保険医療機関等番号 |
|-----------|

※7桁の医療機関コードを記入

令和 年 月 日

佐賀県知事様

委託保険医療機関等の所在地及び名称

※令和4年4月の検査分（5月5日請求締切分）の場合、「令和4年4月分」と記入

開設者氏名
連絡先

佐賀県風しん抗体検査事業 実施報告書 (令和 年 月分)

委託契約に基づき、風しん抗体検査を次のとおり実施したので、問診票を添えて報告いたします。

| 風しん抗体検査 | 抗体検査の種類 | | 委託料単価(円※) | 件数 | 金額(円※) |
|---------|---------|-----|-----------|----|--------|
| | 1 | HI法 | | | |
| 2 | EIA法 | | | | |

※税込み価格を記載。
単価は実施年度の単価を記載

※委託料単価（税込単価）×件数を記入

※委託料単価は、税込の単価を記入

令和4年4月検査分～ $5,830円(税別) \times 1.10 = 6,413円(税込)$

【過去の単価】

- 平成31年4月～令和元年9月検査分
 $5,646円(税別) \times 1.08 = 6,097円(税込)$
- 令和元年10月～令和2年3月検査分
 $5,646円(税別) \times 1.10 = 6,210円(税込)$
- 令和2年4月～令和3年3月検査分
 $5,746円(税別) \times 1.10 = 6,320円(税込)$
- 令和3年4月～令和4年3月検査分
 $5,780円(税別) \times 1.10 = 6,358円(税込)$

※消費税率が異なる風しん抗体検査費用を請求する場合は、消費税率ごとに「実施報告書」を作成してください。