



福岡医発第 2676 号（地）
令和 7 年 1 月 6 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

風しんの追加的対策に係る市区町村別報告書（令和 7 年 3 月実施分）について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

風しんの追加的対策の実施期間は令和 7 年 3 月 31 日までとされておりますが、国保連合会が代行する請求・支払い事務については令和 7 年 3 月 10 日（必着）をもって終了となることから、厚生労働省は、抗体検査は 2 月末で原則終了、3 月中の予防接種は住民票所在地の市区町村での接種を推奨しているところです。

今般、同省より、令和 7 年 3 月実施分の費用請求について、対象者が居住するクーポン券を発行した各市区町村に対しそれぞれ令和 7 年 4 月 10 日までに行うよう再周知するとともに、3 月実施分の市区町村別請求書の様式について、別添の事務連絡がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

小郡三井医師会より

予防接種担当理事 工藤嘉公
会長 島田昇二郎

日医発第 1591 号（健Ⅱ）
令和 6 年 12 月 18 日

都道府県医師会
感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長
笹 本 洋 一

風しんの追加的対策に係る市区町村別報告書（令和 7 年 3 月実施分）について

風しんの追加的対策の実施期間は令和 7 年 3 月 31 日までとされていますが、国保連合会が代行する請求・支払い事務については令和 7 年 3 月 10 日（必着）をもって終了となることから、厚生労働省は、抗体検査は 2 月末で原則終了、3 月中の予防接種は住民票所在地の市区町村での接種を推奨しているところです。

今般、同省より、令和 7 年 3 月実施分の費用請求について、対象者が居住するクーポン券を発行した各市区町村に対しそれぞれ令和 7 年 4 月 10 日までにを行うよう再周知するとともに、3 月実施分の市区町村別請求書の様式について、別添の事務連絡がありました。

つきましては貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、郡市区医師会及び関係医療機関に対する周知及び協力方、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

※市区町村別請求書の様式はこちらに掲載しています

日本医師会 HP 風しんの追加的対策について（医療機関、医師会向けページ）：
<https://www.med.or.jp/doctor/kansen/rubella/008503.html>

厚生労働省 HP 風しんの追加的対策について：
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00001.html

事 務 連 絡
令和6年12月11日

公益社団法人 日本医師会 御中

厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課
厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部予防接種課

風しんの追加的対策に係る市区町村別報告書（令和7年3月実施分）等について

風しんの追加的対策については、「令和6年度の「風しんの追加的対策」にかかる対応について（協力依頼）」（令和6年9月20日付け事務連絡）により令和6年度の運用に際し、関係機関への周知等の御協力をお願いしたところです。

「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」に基づく都道府県国民健康保険団体連合会における請求・支払事務処理は、令和7年3月10日（必着）までの提出分をもって終了となります。

これに伴い、別紙のとおり市区町村別報告書（令和7年3月実施分）を作成いたしましたので、御連絡いたします。

令和7年3月1日から3月末までの間に実施した抗体検査及び予防接種に係る費用について、各実施機関におかれては、令和7年4月10日までに、市区町村別請求書、クーポン券が貼付された受診票又は予診票とともに所定の形式に編綴し、クーポン券を発行した市区町村へ送付をいただくよう、実施機関に周知をお願いいたします。

※市区町村別請求書の様式はこちらに掲載しています。

厚生労働省HP 様式等（風しんの追加的対策関係）「市区町村別請求書」

URL : https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000116890_00001.html

市区町村長様

請求年月日 令和 年 月 日

市区町村番号

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

住所

代表者氏名

電話番号 — —

風しん対策 市区町村別請求書

医療機関・健診機関番号

医療機関・健診機関名称

請求年月 2025年3月分

風しんの追加的対策に係る費用の支払については、次の名義の預金口座に
口座振替されるよう依頼します。

(金融コード)		(支店名コード)	
振込先	銀行	支店名	
預金種目	1：普通 2：当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義人			

		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			
	②健診・EIA法			
	③HI法			
	④EIA法			
	⑤夜間休日・HI法			
	⑥夜間休日・EIA法			
	小計			
予防接種	通常			
	予診のみ			
	小計			
合計				

消費税率	10
------	----

%

※予診のみの費用を市区町村が設定していない場合（0円の場合）は、本請求書に計上しないこと。