



福岡医発第 2849 号 (地)

令和 4 年 1 月 13 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 蓮 澤 浩 明

(公 印 省 略)

令和 3 年度「福岡県風しん抗体検査事業」の検査委託料変更について

今般、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より、標記事業における検査委託料に誤りがあったことから、令和 3 年 4 月 1 日付で本会と締結している標記事業に関する委託契約について、令和 4 年 1 月 1 日より検査委託料を下記のとおり変更することに伴う、変更契約の締結について依頼があり、本会としては、令和 3 年 12 月 23 日開催の第 29 回全理事会にて協議の結果、承認いたしました。

令和 4 年 1 月 1 日以降に実施された検査に係る請求については、検査 1 件あたり 6,663.8 円で請求を行い、請求額は 6663.8 円に検査件数を乗じ、小数点以下を切捨てた額となります。(※別紙 2 参照)

令和 4 年 1 月 1 日より前に検査を実施し、請求を行っている医療機関については、1 か月ごとの請求額に 1 円以上の差が生じる場合、福岡県より差額の支払いが実施される旨、対象医療機関に対し、別紙 1 の通知が直接郵送されます。

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いただき、貴会管下の風しん抗体検査実施医療機関に対し周知方よろしくお願いいたします。

記

- ・検査委託料 6,663 円 (内取引に係る消費税及び地方消費税額 605 円) を 6,663.8 円 (内取引に係る消費税及び地方消費税額 605.8 円) に改められる。
- ・令和 4 年 1 月 1 日以降に検査を行ったものについては、変更後の検査委託料で請求を行い、請求額は 6,663.8 円に検査件数を乗じ、小数点以下を切捨てた額とされる。

小郡三井医師会より

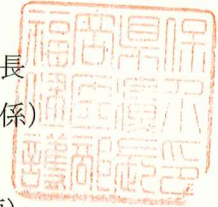
感染症対策担当理事 橋本朋也
会長 島田昇二郎

3疾病第10489号

令和3年12月22日

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(がん感染症疾病対策課感染症対策係)



風しん抗体検査業務の委託契約に係る契約単価について（依頼）

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

今般、令和3年4月1日に契約締結した標記業務について、契約単価の端数処理に誤りが判明しました。

つきましては、今後変更契約の締結に向け協議したいため、貴会関係会員に対し下記について周知していただきますようお願いいたします。

記

1 周知内容

- ・契約単価6,663円（内取引に係る消費税及び地方消費税額605円）を6,663.8円（内取引に係る消費税及び地方消費税額605.8円）に改める。
- ・変更契約締結日以降に検査を行ったものについては、変更後の単価で請求を行い、請求額は契約単価に検査件数を乗じ、小数点以下を切捨てた額とする（別添参照）。
- ・変更契約締結日より前に検査を実施され、請求を行っているものについて、契約単価の変更に伴い1月ごとの請求額に1円以上の差が生じる場合は、今後差額の支払いを行う。
- ・差額の支払いについては、後日、該当する医療機関に対し連絡を行う。

－問合せ先－

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課
感染症対策係 阿部

〒812-8577 福岡県福岡市博多区東公園7-7

TEL : 092-643-3597 FAX : 092-643-3331

Email : abe-i278@pref.fukuoka.lg.jp



(案)

公印省略

3 疾病第 号
令和 4 年 月 日

各医療機関の長 殿

福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課長

風しん抗体検査事業変更契約締結に伴う差額請求について（依頼）

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、平素から格別の御高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、令和 3 年 4 月 1 日付で本県と公益社団法人福岡県医師会が業務委託契約を締結している福岡県風しん抗体検査業務について、契約単価の処理に誤りがあったので、変更契約により下記のとおり、契約単価が変更となりました。

つきましては、当該変更契約により生じる差額について、別添のとおり差額請求をお願いします。

記

- 1 契約単価 6, 6 6 3 円（内取引に係る消費税及び地方消費税額 6 0 5 円）を 6, 6 6 3. 8 円（内取引に係る消費税及び地方消費税額 6 0 5. 8 円）に改める。
- 2 変更契約締結日以降に検査を行ったものについては、変更後の単価で請求を行い、請求額は契約単価に検査件数を乗じ、小数点以下を切捨てた額とする。
- 3 変更契約締結日より前に検査を実施され、請求を行っているものについて、契約単価の変更に伴い 1 月ごとの請求額に 1 円以上の差が生じる場合は、今後差額の支払いを行う。

(案)

別添 風しん抗体検査委託料の差額について

1 対象となる検査

令和3年4月1日から12月31日までに実施した、「令和3年度福岡県風しん抗体検査事業実施要領」に基づく風しん抗体検査

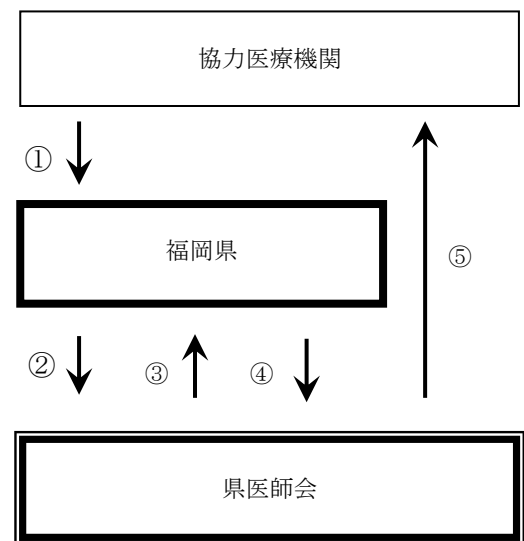
2 請求額の算定方法

1月ごとの検査件数に0.8を乗じ、小数点を切捨てた額を足し合わせる。

例) 4月に3件、5月に1件、6月に2件実施した場合、	
4月:	3件 × 0.8円 = 2.4 → 2円
5月:	1件 × 0.8円 = 0.8 → 0円
6月:	2件 × 0.8円 = 1.6 → 1円
計:	3円

3 請求・支払いの流れ

- ① 協力医療機関は、「風しん抗体検査実施報告書兼請求書(差額請求用)」を福岡県に送付する。
- ② 福岡県は、協力医療機関から送付された「風しん抗体検査実施報告書兼請求書(差額請求用)」を県医師会に送付する。
- ③ 県医師会は②の書類を取りまとめ、福岡県に請求する。
- ④ 福岡県は、審査のうえ、県医師会へ委託料を支払う。
- ⑤ 県医師会は、協力医療機関へ委託料を支払う。



4 送付期限

令和4年2月10日(木)

(案)

【留意事項】

- 通常、風しん抗体検査事業委託料の請求先（送付先）は県医師会です。差額請求のみ特例として福岡県に請求書を送付してください。
- 送付先は福岡県ですが、請求先（請求書左上の宛名）は「公益社団法人福岡県医師会長」になります。
- 1月に実施した風しん抗体検査について請求書を提出する場合も、差額請求とは別に、県医師会に送付してください。
- 余計な手間をおかけし、また、混乱も生じさせかねないような対応になり申し訳ございませんが、ご対応よろしくお願いいたします。

《差額請求 送付先》

福岡県保健医療介護部 がん感染症疾病対策課 感染症対策係
〒812-8577 福岡県福岡市博多区東公園 7 - 7
TEL 092-643-3597 FAX 092-643-3331

《通常請求 送付先》

公益社団法人福岡県医師会 地域医療課
〒812-8551 福岡市博多区博多駅前南 2-9-30
TEL 092-431-4564 FAX 092-411-6858

令和 4 年 X 月 XX 日

福岡県風しん抗体検査実績報告書兼請求書(差額請求用)

公益社団法人福岡県医師会長 殿

日付の記載をお願いします

住 所 : △△市××町～

医 療 機 関 名 : ○○クリニック

代表者の記名及び押印をお願いします

代 表 者 :

□□ □□

印

令和3年度4月から12月に実施した風しん抗体検査について、令和4年1月1日付変更契約による差額を下記のとおり請求します。

記

1 請求額

右の額を 請求します									8	円
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---

2 適用

実施月	検査実施件数(件) (A)	差額(円) ((A)×0.8)	端数処理後(円) (小数点以下切り捨て)
5 月	4 件	3.2 円	3 円
8 月	2 件	1.6 円	1 円
11 月	7 件	5.6 円	5 円

検査件数が1件以下の月
(差額が発生しない)
は表示していません。

3 振込先金融機関(※先に提出した内容に変更がある場合のみご記入ください。)

銀行			支店	口座名義人
預金 種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座 番号	変更がある場合は 記入をお願いします。	

令和 年 月 日

福岡県風しん抗体検査実績報告書兼請求書(差額請求用)

公益社団法人福岡県医師会長 殿

住 所 : △△市××町～

医療機関名: ○○クリニック

代 表 者 名 : _____ 印

令和3年度4月から12月に実施した風しん抗体検査について、令和4年1月1日付変更契約による差額を下記のとおり請求します。

記

1 請求額

右の額を 請求します									8	円
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---

2 適用

実施月	検査実施件数(件) (A)	差額(円) ((A)×0.8)	端数処理後(円) (小数点以下切り捨て)
5 月	4 件	3.2 円	3 円
8 月	2 件	1.6 円	1 円
11 月	7 件	5.6 円	5 円

3 振込先金融機関(※先に提出した内容に変更がある場合のみご記入ください。)

銀行			支店	口座名義人
預金 種目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座 番号		

(別添)

令和 4 年 2 月 5 日

福岡県風しん抗体検査実績報告書兼請求書（記載例）

公益社団法人 福岡県医師会長 殿

住 所 福岡市博多区東公園 7-7
医療機関名 ○○クリニック
代 表 者 福岡 太郎



令和 4 年度 1 月分の風しん抗体検査が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

1 請求額

右の金額を 請求します	請求 金額					1	3	3	2	7	円
----------------	----------	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---

2 摘要

委託業務名	福岡県風
請求金額内訳	¥ 6, 663. 8 / 件 × 検査実績件数 (2) 件 ① 妊 娠 希 望 者 (1) 件 ② 妊 婦 の 同 居 者 (1) 件 ③ そ の 他 () 件
請求区分	精算請求

6,663.8 円 × 2 件 = 13,327.6 円
↓ (小数点以下切捨て)
13,327 円

3 振込先金融機関（※先に提出した内容に変更がある場合のみご記入ください。）

銀行			支店	口座名義人
預 金 種 目	普通預金 当座預金 貯蓄預金	口 座 番 号		フリガナ 氏名