事務連絡

令和元年７月２日

医療機関・健診機関　各位

岡山県国民健康保険団体連合会

審査管理課審査管理班

「風しんの追加的対策」に係る請求に関する留意事項について（お願い）

このことについて、2019年6月請求の状況をもとに、留意事項を取りまとめましたので、

今後請求される際の参考としていただきますようお願いいたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※　以下、請求総括書…【総括書】、

市区町村別請求書…【請求書】と略称を表示。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当箇所 | | 留意事項 |
| はじめに | 集合契約  委任状  実施機関一覧表 | ・「風しんの追加的対策」業務は日本医師会と全国知事会が代表となって契約を締結しています。（集合契約）  ・医療機関・健診機関が風しんの抗体検査及び定期接種を実施するにあたっては、**医師会に委任状の提出が必要です。**  ・委任状の提出日以降は抗体検査及び予防接種を実施することが可能です。  ・ただし、委任状提出から国保連合会で使用している実施機関マスタの登録完了までにタイムラグがあるため、**登録が完了していない場合は、国保連合会において支払を保留させていただくことがあります。**  （保留となる場合は、電話にてその旨ご連絡します。） |
| 【総括書】  【請求書】 | 医療機関・健診機関番号 | ・医療機関の場合、ハイフンやコンマ等は使用せず、  **通常使用されている7桁の医療機関番号の前に「331」を入れて10桁で記入してください。**  ・健診機関の場合についても同様に、  ハイフンやコンマ等は使用せず**「332」で始まる10桁の健診機関番号を記入してください。** |
|  |  |  |
| 該当箇所 | 留意事項 | 該当箇所 |
| 【総括書】  【請求書】 | 請求年月 | ・【総括書】【請求書】の請求年月は、接種年月日に関わらず、  国保連合会への**提出年月を西暦で記入**してください。 |
| 請求件数  請求金額（税抜）  請求金額（税込） | ・抗体検査については、【受診票】左下にチェック（■）している  「検査番号」ごとに集計し、【総括書】【請求書】のそれぞれの番号の位置に正しく集計してください。 |
| 請求金額（税込） | ①１件ごとに税率を乗じて得た額の小数点以下を切捨てた額が、  税込の請求金額となります。  ②複数件数ある場合は、①で得た税込の請求金額に件数を乗じた  積算額となります。  例①）税抜単価が@9,420円の場合  　　 @ 9,420円×1.08＝10173.6円  **（誤）**小数点以下切上 ⇒　10,174円  **（正）小数点以下切捨 　⇒　10,173円**  例②）税抜単価＠9,420円が3件あった場合  **（誤）**@ 9,420円×3件×1.08＝30520.8円  ⇒30,520円　←誤り！  **（正）1件ごとの税込単価（①）に件数を乗じる**  **@ 9,420円×1.08＝10,173円**  **10,173円×3件＝30,519円**　←正しい！ |
| 【請求書】 | 市区町村番号 | ・【請求書】の市区町村番号は、**保険者番号ではなく、**  **クーポン券に記載されている6桁の番号を記入してください。** |
| 【受診票】  【予診票】 | 原本の提出 | ・【受診票】【予診票】は、  **コピーではなく原本を提出してください。** |
| クーポン券 | ・**クーポン券は、「国保連提出用」を貼付してください。** |
| 検査年月日  接種年月日 | **・【受診票】の検査年月日、【予診票】の接種年月日は、**  **西暦で記入してください。** |
| 医師記入欄 | ・医師記入欄の「**医師署名又は記名押印」欄について、**  **署名（自署）でない場合は認印等の押印が必要**です。 |
|  |  |  |
| 該当箇所 | 留意事項 | 該当箇所 |
| 【受診票】  【予診票】 | 実施場所・医師名・  検査年月日 | ・医師名欄についても「医師記入欄」の「**医師署名又は記名押印」と同様に署名（自署）でない場合は認印等の押印が必要**です。  ・【受診票】【予診票】の「医療機関等コード欄」について、  ハイフンやコンマ等は使用せず**「331」または「332」で始まる10桁の医療機関または健診機関番号を枠内に納まるように記入してください。** |
| 【その他】 | | ・岡山県内市町村ごとの予防接種及び予診のみの税抜単価及び８%税込単価については、別添一覧表を参照してください。  ・今後、消費税率が変更となった場合は、別途一覧表を送付することとします。  ・「風しんの追加的対策」に係る費用の振込先は、原則、総括書及び  市区町村別請求書に記載されている  ①医療機関番号で登録の診療報酬振込指定口座  ②健診機関番号で登録の特定健診等の振込指定口座  のいずれか一方となります。 |

※　その他、不明な点がございましたら、下記問い合わせ先までご照会ください。

**【問い合わせ先】**

**審査管理課審査管理班　　086-223-8825**