

**令和7年度
おたふくかぜワクチン予防接種費用
請求事務実施マニュアル**

大分市保健所保健予防課

(電話 535-7710)

おたふくかぜワクチン予防接種費請求事務の手引き

1. 事業について

(1) 目的

おたふくかぜに感染し重症化すると、無菌性髄膜炎、ムンプス難聴などの合併症を起こす可能性があるため、予防接種費用の一部を助成することにより、接種を受けやすい環境を整え、おたふくかぜの感染予防及びまん延を防ぐことを目的としています。

(2) 概要

おたふくかぜワクチン予防接種は「任意接種」です。接種を希望される方へは、ワクチンの性質や効果、副反応などを十分にご説明のうえ接種を行ってください。

(3) 実施期間

令和7年4月1日から令和8年3月31日まで。

(4) 助成の対象者

ワクチン接種時において、本市の住民基本台帳に記録されている者であって、次の①、②のいずれの要件も満たすものとします。

① 生後12月から生後24月に至るまでの間にある者

② おたふくかぜの予防接種を受けたことがなく、おたふくかぜにかかったことがない者

(5) 助成の内容

3,000円（上限額）を1回助成します。

2. 接種方法及び手続き

(1) 接種の意思確認

受付では、助成対象者であることを確認し、予診票^{注1)}により予防接種の意思確認等を行ってから接種してください。

接種後は、母子健康手帳への記入をお願いします。

母子手帳をお持ちでない方には接種済証（様式第4号）を交付してください。

注1) 予診票は、各ワクチンメーカー等から「任意接種用」のおたふくかぜワクチン予診票を取り寄せて使用してください。

(2) 接種時に必要なもの

・母子健康手帳

3. 委託料の請求及び支払方法

(1) 委託料（助成上限額）

・ 3,000 円

上記金額を大分市より実施医療機関へお支払いいたしますので、各医療機関においては、接種費から委託料を差し引いた額を被接種者から徴収してください。

(例) 医療機関が請求している額を 6,000 円と仮定

医療機関請求額	—	委託料	=	医療機関が被接種者から徴収する額
6,000 円	—	3,000 円	=	3,000 円

※ただし、医療機関での予診において、体調不良等により接種を見合わせた場合の予診料の助成は行いません。

(2) 請求方法

① 実施報告書の作成（医療機関）

翌月 10 日までに「おたふくかぜワクチン予防接種実施報告書（様式第 1 号）」を作成のうえ、接種後の「予診票の写し」を所属医師会へ送付してください。

記入漏れ、添付資料漏れがないようお願いいたします。

② 委託料支払（医師会）

各医師会は各受託医療機関からの書類を確認のうえ、取りまとめて大分市保健所保健予防課管理担当班に請求（様式第 3 号）します。

保健予防課で内容を審査した後、各医師会へ委託料を支払います。

その後、各医師会を通じて各受託医療機関に委託料が支払われます。

※ 4 ページ「請求事務の流れ」をご参照ください。

4. 接種不相当者

- (1) 明らかに発熱している者
- (2) 重い急性疾患にかかっている者
- (3) 本剤の成分により、アナフィラキシーを起こしたことがある者
- (4) 医師より免疫不全等の診断を受けた者または免疫抑制をきたす治療を受けている者
- (5) その他、医師に接種が不相当な状態であるという診断を受けた者

5. 接種要注意者

- (1) 心臓血管系疾患、腎臓疾患、肝臓疾患、血液疾患、発育障害等の基礎疾患を有する者
- (2) 予防接種で接種後2日以内に発熱のみられた者及び全身性発疹等のアレルギーを疑う症状があった者
- (3) 過去にけいれんをおこしたことがある者
- (4) 過去に免疫不全の診断がなされている者及び近親者に先天性免疫不全症の者がいる者
- (5) 本剤の成分に対してアレルギーをおこすおそれのある者

6. 注意事項

- (1) おたふくかぜワクチン接種後 27 日以上の間隔をあけて他の生ワクチンを接種できる。

7. 副反応について

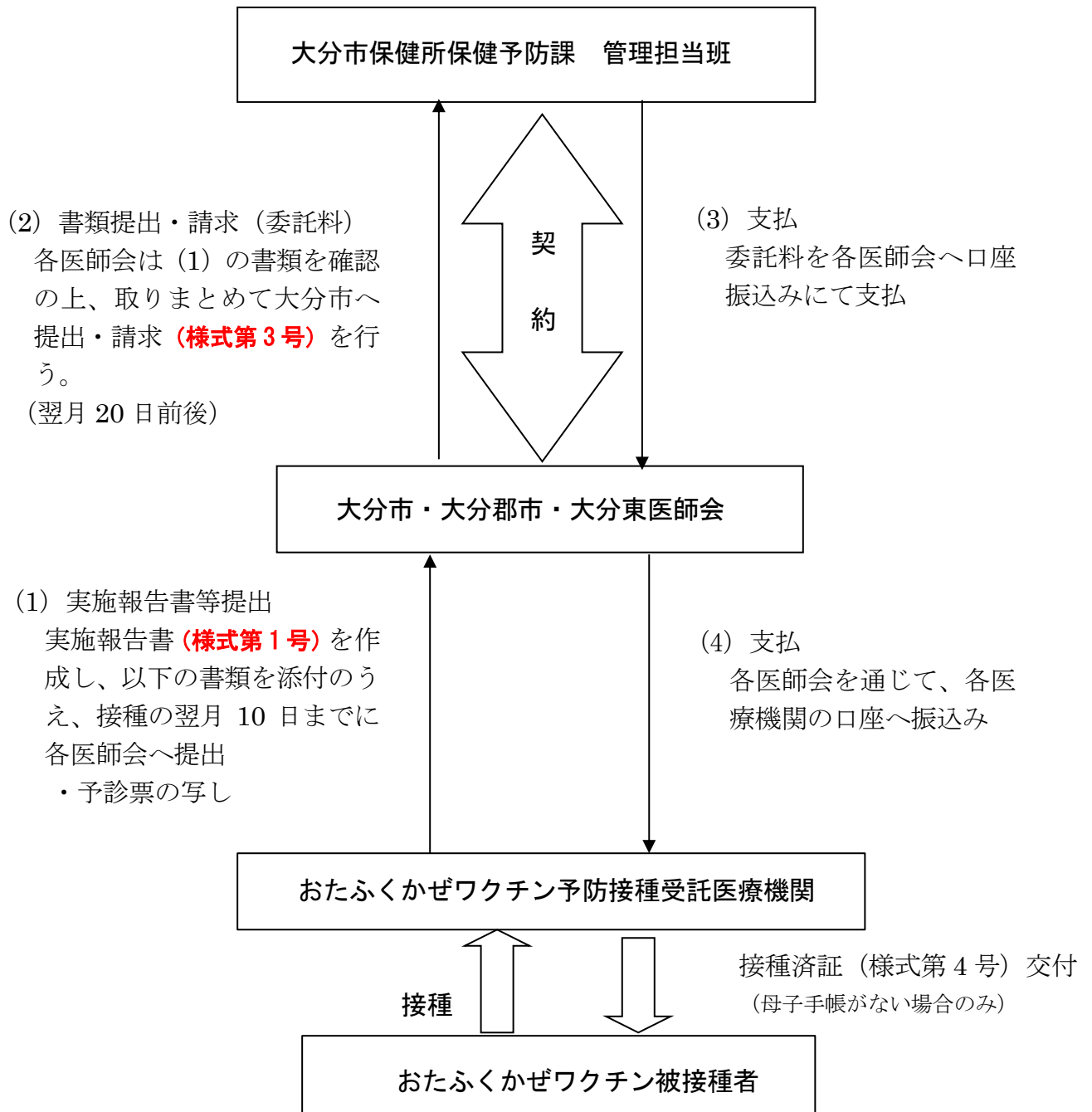
副反応の主なものは、接種部位の症状（赤み、はれ）、発熱や耳下腺のはれ、発疹、じんましん、かゆみなどです。重い副反応としては、非常にまれですが、ショック、アナフィラキシー様症状、無菌性髄膜炎、急性散在性脳髄膜炎、脳炎、脳症、急性血小板減少性紫斑病、難聴、精巣炎があります。

8. 健康被害について

本予防接種は、「任意接種」です。任意接種を受けて健康被害が生じた時は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による「医薬品副作用被害救済制度」「生物由来製品感染等被害救済制度」に基づく救済の対象となります。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページは、<http://www.pmda.go.jp>
電話番号は、0120-149-931（フリーダイヤル）。

【請求事務の流れ】



任意用(おたふくかぜ)

様式第1号

令和 年 月 日

大分市長 殿

医療機関
所在地
名称
代表者氏名

令和 年 月分おたふくかぜワクチン予防接種実施報告書

	単価(円)	被接種者数(人)	金額(円)
おたふくかぜワクチン	3,000		

医療機関→医師会→保健予防課

添付書類

・予診票の写し

様式第3号(医師会用)

任意用(おたふくかぜ)

令和 年 月 日

大分市長

殿

所在地

医師会名

会長名

おたふくかぜワクチン予防接種委託料請求書

令和 年 月分おたふくかぜワクチン予防接種委託料として下記のとおり請求します。

記

請求金額

円

《振込先口座》

(様式第4号)

任意用(おたふくかぜ)

(医療機関 → 被接種者)

おたふくかぜワクチン予防接種済証

被接種者の住所

被接種者の氏名

生年月日 年 月 日生

接種年月日 令和 年 月 日

ロット番号
メーカー名

令和 年 月 日

受託医療機関名

代表者氏名

印