

郡山市風しん抗体検査費用助成事業実施要領

平成26年1月9日制定

平成26年4月1日一部改正

令和元年7月1日一部改正

令和4年4月1日一部改正

令和6年4月1日一部改正

[保健福祉部保健所保健・感染症課]

1 趣旨

この要領は、先天性風しん症候群の予防をするために、郡山市（以下「市」という。）が独自に実施する風しんワクチン接種（以下「ワクチン接種」という。）をより効率的に実施することを目的に、当該ワクチン接種が必要である者を抽出するための抗体検査の費用助成について、必要な事項を定めるものとする。

2 対象者

対象者は、風しん抗体検査（以下「検査」という。）日において郡山市に住民登録をしている者で、次のいずれかに該当する者とする。

- (1) 妊娠を希望する女性（妊娠中の者を除く。）
- (2) 妊娠を希望する女性の配偶者（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者に限る。）
- (3) 風しん抗体価が低い妊婦の配偶者（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）などの同居者（生活空間を同一にする頻度が高い者に限る。）

ただし、過去に風しんに係る抗体検査を受けた結果、十分な量の風しんの抗体があることが判明し、当該予防接種を行う必要がないと認められる者は除く。

3 実施内容

H I 法による検査とする。ただし、H I 法による検査が困難な場合は、E I A 法等その他別表に規定する検査の方法（以下「E I A 法等」という。）による検査によることができる。

4 実施場所

検査を実施する場所は、市長の要請に応じて個別検査に協力する旨を承諾した医師が、一般社団法人郡山医師会（以下「医師会」という。）に当該検査の受託を申し出た医療機関（以下「指定医療機関」という。）とする。ただし、やむを得ない事情があると認められる場

合は、市長が検査を依頼する市外の医療機関又は保健所においても実施できるものとする。

5 手続等

検査は、次に定める手続に従い行うものとする。

- (1) 検査を受けようとする者（以下「受検者」という。）は、郡山市風しん抗体検査受診票（第1号様式。以下「受診票」という。）を、検査を受けようとする指定医療機関に提出するものとする。
- (2) 前号に規定する受診票は、3枚の複写式による記入とし、それぞれ「①郡山市用」、「②医療機関用」及び「③本人用」と定めるものとする。
- (3) 検査を行う医師（以下「検査医師」という。）は、検査前に受検者に問診を行い、検査を受けることが適当と判断した場合は、受検者から当該検査の理解を得た上で、その者に検査を実施するものとする。
- (4) 検査結果の判明後、検査医師は、受検者に第1号に規定する受診票（③本人用）を交付するとともに、当該受診票（①郡山市用）を市長に提出するものとし、併せて当該受診票（②医療機関用）を保管するものとする。
- (5) 受検者が市外の医療機関における検査を希望する場合は、受検者はあらかじめ風しん抗体検査依頼書交付申請書（第2号様式）を市長に提出するものとする。市長は、当該申請書に係る医療機関が適当と認める場合は、受検者に風しん抗体検査依頼書を交付するものとする。この場合において、検査の手続等については、前3号に定める手続に準ずるものとする。

6 検査結果の区分

検査の結果が16倍以下である場合は郡山市風しんワクチン接種費用助成事業の「適用」とし、検査の結果が32倍以上である場合は「不適用」とする。

なお、検査をEIA法等により行った場合は、別表に定めるところによりHI法に換算するものとする。

7 自己負担金

検査に要する費用は、無料とする。

8 償還払い

- (1) 第4条ただし書の規定により市外の医療機関で検査を受けた受検者は、郡山市風しん抗体検査費用請求書（第3号様式）及び所定の添付書類を市長に提出し、当該費用の請求を行うものとする。
- (2) 市長は、前項の請求書等を受理した場合はその内容を審査し、適当と認めたときは受検者に当該検査に係る費用を支払うものとする。

ただしその支払額は市が医師会と契約している委託料単価を限度とする。

9 その他

この要領に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、平成26年1月9日から施行する。

(償還払いの特例)

2 市長は、平成25年4月1日から平成26年1月8日までの間に医療機関において検査を受けた者（検査日当日この要領の対象者の規定に該当する者に限る。以下「特例受検者」という。）に対し、該当検査に係る費用について償還払いをすることができる。

3 特例受検者における市に対する当該費用の請求手続きについては、8(1)の規定を準用するものとする。

4 特例受検者に対する当該費用の支払いについては、8(2)の規定を準用するものとする。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、平成26年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要領による改正後の郡山市風しん抗体検査費用助成事業実施要領の規定は、平成26年4月1日以降に検査する風しん抗体検査について適用し、同日前に検査した風しん抗体検査については、なお、従前の例による。

3 この要領の施行の際現に改正前の様式の規定に基づき作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

この要領は、令和元年7月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要領は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

別表（第3項、第6項関係）

H I 価16倍以下に相当する読み替え（換算）の目安	
検査キットの種類	抗体価
デンカ生研社製キット	E I A 法 8.0未満（E I A 価）
シスメックス・バイオメリュー社製キット	E L F A 法 45未満（IU/ml）
シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス社製キット	E I A 法 30未満（IU/ml）
極東製薬工業社製キット	L T I 法 30未満（IU/ml）
ベックマン・コールター社製キット	C L E I A 法 45未満（IU/ml）

郡山市 風しん抗体検査受診票

		医療機関記入		郡山市に住民票あり ☐	
検査 申込 者	検査日時時点で 住民票のある 住 所	郡山市 TEL ()			
	※検査日時時点で郡山市に住民登録の無い方は、郡山市からの検査費用の助成は受けられません。				
	氏 名	フリガナ	男・女	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)

申込者記入欄			
私は、 ア 妊娠を希望する女性 イ 妊娠を希望する女性の同居家族 ウ 風しんの抗体価が低い妊婦の同居家族			
		【イまたはウの対象の方は同居の女性または妊婦について記載】 氏名： (年 月 日生)	
に該当し、「郡山市風しん抗体検査事業のお知らせ」を読み、当事業について理解したので、 風しんの抗体検査を申込します。(ア・イ・ウのいずれかに○を付けてください。)			
1	今までに風しん抗体検査を受けたことがありますか		はい いいえ
2	(1「はい」の方) → 風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録を持参していますか?		はい いいえ
3	(2「はい」の方) → 記録を医療機関へ提示してください。		
※上記3により、十分な量の風しんの抗体(HI法32倍以上)があると確認できた場合は、 今回の抗体検査の助成の対象になりません。			
検査申込日(採血日) 年 月 日 検査申込者署名(自署)			

風しん抗体検査結果報告書 (結果説明を行う医師が記入してください。)				
(医師は、以下の①～④にチェックまたは記入してください。)				
①検査方法	☐ HI法(倍)	☐ その他(右表にチェック)		H I 価16倍以下に相当する 読み替え(換算)の目安 (国立感染症研究所) ☐ デンカ生研社製キットの場合 ⇒EIA法 8.0未満(EIA価) ☐ シメックス・ビオメリュー社製キットの場合 ⇒ELFA法 45未満(IU/ml) ☐ シーメンスヘルスケア・ガイアグノスティクス社製キットの場合 ⇒EIA法 30未満(IU/ml) ☐ 極東製薬工業社製キットの場合 ⇒LTI法 30未満(IU/ml) ☐ バックマン・コールター社製キットの場合 ⇒CLEIA法 45未満(IU/ml)
②検査結果 (抗体価を転記または○)	倍 8 倍 未 満	EIA価 IU/ml		
③検査結果区分	☐ 16倍以下 ☐ 32倍以上	HI法に換算(右表参照) ☐ 16倍以下 ☐ 32倍以上		
④郡山市風しんワクチン接種費用 助成の適否	☐ 適用 ☐ 不適用 (十分な免疫があるため予防接種 の必要なし)	☐ 適用 ☐ 不適用 (十分な免疫があるため予防接種 の必要なし)		
年 月 日 に実施した上記の者の検査について、項目①～④の結果となりました。 よって、郡山市風しんワクチン費用助成について (適用 ・ 不適用) とします。				
結果判明日 年 月 日				
実施医療機関名		医師署名欄		

※HI法16倍以下の方は、風しんワクチン接種を受ける際に③本人用の原本を医療機関に提示してください。

郡山市 風しん抗体検査受診票

		医療機関記入		郡山市に住民票あり ☐	
検査 申込 者	検査日時時点で 住民票のある 住 所	郡山市 TEL ()			
	※検査日時時点で郡山市に住民登録の無い方は、郡山市からの検査費用の助成は受けられません。				
	氏 名	フリガナ	男・女	生年月日	年 月 日生 (満 歳)

申込者記入欄			
私は、 ア 妊娠を希望する女性 イ 妊娠を希望する女性の同居家族 ウ 風しんの抗体価が低い妊婦の同居家族			
【イまたはウの対象の方は同居の女性または妊婦について記載】 氏名： (年 月 日生)			
に該当し、「郡山市風しん抗体検査事業のお知らせ」を読み、当事業について理解したので、 風しんの抗体検査を申込します。(ア・イ・ウのいずれかに○を付けてください。)			
1	今までに風しん抗体検査を受けたことがありますか	はい	いいえ
2	(1「はい」の方)→ 風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録を持参していますか?	はい	いいえ
3	(2「はい」の方)→ 記録を医療機関へ提示してください。		
※上記3により、十分な量の風しんの抗体(HI法32倍以上)があると確認できた場合は、 今回の抗体検査の助成の対象になりません。			
検査申込日(採血日)		年 月 日	検査申込者署名(自署)

風しん抗体検査結果報告書 (結果説明を行う医師が記入してください。)				
(医師は、以下の①～④にチェックまたは記入してください。)				
①検査方法	☐ HI 法 (倍)	☐ その他(右表にチェック)		H I 価 1 6 倍以下に相当する 読み替え(換算)の目安 (国立感染症研究所) ☐ デンカ生研社製キットの場合 ⇒EIA法 8.0未満(EIA価) ☐ シスメックス・ビオリュー社製キットの場合 ⇒ELFA法 45未満 (IU/ml) ☐ シーメンスヘルスケア・タグ・イアグ・ノスティクス社製キットの場合 ⇒EIA法 30未満 (IU/ml) ☐ 極東製薬工業社製キットの場合 ⇒LTI法 30未満 (IU/ml) ☐ ハックマン・ジョルター社キットの場合 ⇒CLEIA法 45未満 (IU/ml)
②検査結果 (抗体価を転記または○)	倍 8 倍 未 満	EIA価 IU/ml		
③検査結果区分	☐ 16倍以下 ☐ 32倍以上	HI法に換算(右表参照) ☐ 16倍以下 ☐ 32倍以上		
④郡山市風しんワ クチン接種費用 助成の適否	☐ 適用 ☐ 不適用 (十分な免疫があるため予防接種 の必要なし)	☐ 適用 ☐ 不適用 (十分な免疫があるため予防接 種の必要なし)		
年 月 日 に実施した上記の者の検査について、項目①～④の結果となりました。 よって、郡山市風しんワクチン費用助成について (適用 ・ 不適用) とします。				
結果判明日 年 月 日				
実施医療機関名		医師署名欄		

※HI法16倍以下の方は、風しんワクチン接種を受ける際に③本人用の原本を医療機関に提示してください。

郡山市 風しん抗体検査受診票

		医療機関記入		郡山市に住民票あり ☐	
検査 申込 者	検査日時点 住民票のある 住 所	郡山市 TEL ()			
	※検査日時点で郡山市に住民登録の無い方は、郡山市からの検査費用の助成は受けられません。				
	氏 名	フリガナ	男・女	生年月日	年 月 日生 (満 歳)

申込者記入欄

私は、

ア 妊娠を希望する女性

イ 妊娠を希望する女性の同居家族

ウ 風しんの抗体価が低い妊婦の同居家族

【イまたはウの対象の方は同居の女性または妊婦について記載】

氏名： (年 月 日生)

に該当し、「郡山市風しん抗体検査事業のお知らせ」を読み、当事業について理解したので、風しんの抗体検査を申込します。(ア・イ・ウのいずれかに○を付けてください。)

1	今までに風しん抗体検査を受けたことがありますか	はい	いいえ
2	(1「はい」の方)→ 風しんの抗体検査の結果や診断書等の記録を持参していますか?	はい	いいえ
3	(2「はい」の方)→ 記録を医療機関へ提示してください。		

※上記3により、十分な量の風しんの抗体(HI法32倍以上)があると確認できた場合は、今回の抗体検査の助成の対象になりません。

検査申込日(採血日) 年 月 日 検査申込者署名(自署)

風しん抗体検査結果報告書 (結果説明を行う医師が記入してください。)

(医師は、以下の①～④にチェックまたは記入してください。)

①検査方法	☐ HI法(倍)	☐ その他(右表にチェック)
②検査結果 (抗体価を転記または○)	倍 8 倍 未 満	EIA価 IU/ml
③検査結果区分	☐ 16倍以下 ☐ 32倍以上	HI法に換算(右表参照) ☐ 16倍以下 ☐ 32倍以上
④郡山市風しんワクチン接種費用助成の適否	☐ 適用 ☐ 不適用 (十分な免疫があるため予防接種の必要なし)	☐ 適用 ☐ 不適用 (十分な免疫があるため予防接種の必要なし)

H I 価 1 6 倍以下に相当する読み替え(換算)の目安
(国立感染症研究所)

☐ デンカ生研社製キットの場合
⇒EIA法 8.0未満(EIA価)
☐ シスメックス・ビオリユー社製キットの場合
⇒ELFA法 45未満(IU/ml)
☐ シーメンスヘルスケア・タグ・イアグノスティクス社製キットの場合
⇒EIA法 30未満(IU/ml)
☐ 極東製薬工業社製キットの場合
⇒LTI法 30未満(IU/ml)
☐ ヘックマン・ジョルター社製キットの場合
⇒CLEIA法 45未満(IU/ml)

年 月 日 に実施した上記の者の検査について、項目①～④の結果となりました。
よって、郡山市風しんワクチン費用助成について (適用 ・ 不適用) とします。

結果判明日 年 月 日

実施医療機関名 医師署名欄

※HI法16倍以下の方は、風しんワクチン接種を受ける際に③本人用の原本を医療機関に提示してください。

(第2号様式)

風しん抗体検査依頼書交付申請書

年 月 日

郡山市長

申請者 住所
氏名

下記のとおり、市外の医療機関または保健所で風しん抗体検査を受けることを希望しますので、風しん抗体検査依頼書の交付を申請します。

記

検査を受ける者 (受検者)	住 所	郡山市
	電 話 番 号	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	【対象区分の確認】 アからウのどれかひとつに○を付けてください。 ア 私（受検者）は、妊娠を希望する女性である。 イ 私（受検者）は、妊娠を希望する女性の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い方）である。 ウ 私（受検者）は、風しん抗体価が低い妊婦の同居者（生活空間を同一にする頻度が高い方）である。 イ、ウの例：配偶者、パートナーなど	
市外で検査する理由		
滞 在 先	住 所	郵便番号 ー 様方
	電 話 番 号	
依頼書郵送先住所		郵便番号 ー 様方
備 考		

(第3号様式)

郡山市風しん抗体検査費用請求書

郡山市風しん抗体検査費用を下記のとおり請求します。

年 月 日

郡山市長

請求者 (受検者)	氏 名	
	住 所	郡山市 電話番号 ()
	生年月日	年 月 日 (歳)
	検査年月日	年 月 日

請求金額									万	千	百	十	円
銀行等の名称								本支店名					
口座種別・番号	種 別							口座番号					
	1普通 2当座 3その他 ()												
口座名義人(カタカナ) (請求者に同じ)													

※添付書類

- 1 風しん抗体検査受診票(第1号様式)の写し又は抗体検査結果票の写し
- 2 抗体検査費用の領収書の写し
- 3 振込先の通帳写し(銀行名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できるもの)
- 4 請求者が妊娠している女性の夫(婚姻関係は問わない)の方は、妻の母子健康手帳の写し

※ この請求書による郡山市風しん抗体検査費用以外の請求はできません。