

高齢者インフルエンザ予防接種受託報酬請求に関する取り扱いについて

京都府内市町村で実施する『高齢者インフルエンザ予防接種』については、平成23年11月提出分（平成23年10月17日接種分）より開始する取り扱いについて、下記にご留意のうえご請求いただきますようお願いいたします。

記

1. 連合会に請求可能な市町村（9市町村）

被接種者の居住先が、福知山市、宮津市、亀岡市、八幡市、京田辺市、井手町、宇治田原町、南山城村、与謝野町です。

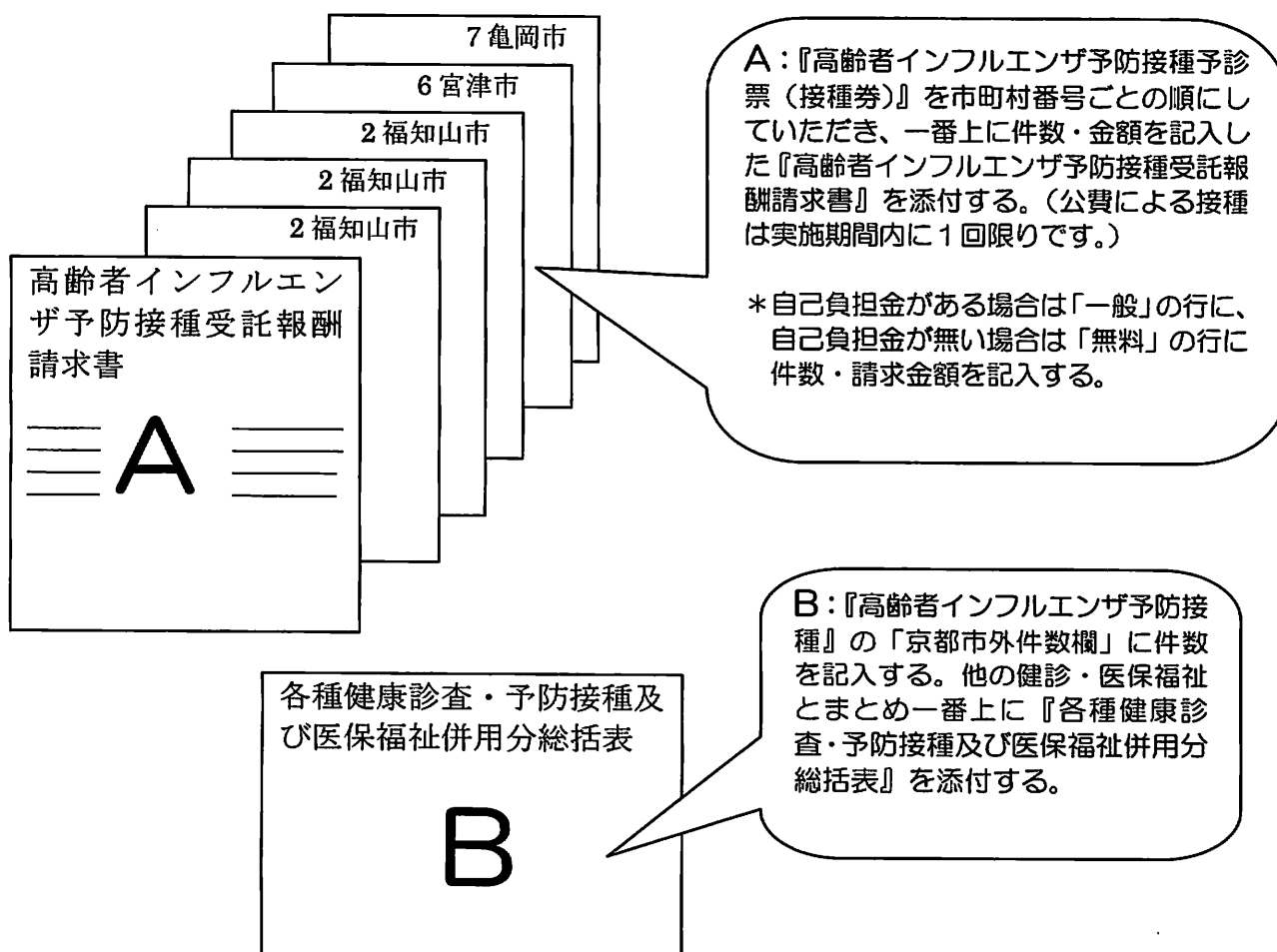
2. 連合会への請求範囲

（1）接種日現在65歳以上の方

（2）接種日現在60歳以上65歳未満の方で心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する方及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方

3. 国保連合会への請求方法

国保連合会への請求は毎月10日までに、A『高齢者インフルエンザ予防接種受託報酬請求書』の下に予診票を取りまとめ、B『各種健康診査・予防接種及び医保福祉併用分総括表』の高齢者インフルエンザ予防接種欄に件数をご記入のうえご提出ください。



4. 『京都市高齢者インフルエンザ予防接種』の請求方法
別途京都市から送付されている水色（Ｂ５版）の予防接種受託報酬請求書（京都市高齢者インフルエンザ予防接種専用）にて接種券添付のうえ、ご請求をお願いいたします。
5. 委託された９市町村以外の『高齢者インフルエンザ予防接種』の請求方法
９市町村以外の予診票は直接市町村へ請求してください。
6. 委託された９市町村で、自己負担金額が免除対象者の場合
府民税課税証明書、生活保護受給証明書等の書類を添付する必要はありません。
7. 『接種不可』の考え方→市町村により取り扱いが異なるため、各市町村にご確認ください。
（市町村から通知等により説明がなされている場合は、通知等に従ってください。）
なお、次の事例による請求の場合は、予診票の添付や記載等を行ったうえご提出ください。
① 将来にわたり接種不可・・・『接種不可』と『不可理由』を記載した予診票原本を添付。
② 発熱等により接種不可・・・『接種不可』と『不可理由』を記載した予診票コピーを添付。
8. 請求方法に関するお問い合わせ先

医療機関所在地	担 当 課 係	電話番号
北区、上京区、南区、綾部市、亀岡市 京田辺市、船井郡	第一課第一係	075-354-9030
中京区、山科区、舞鶴市、長岡京市、乙訓郡 相楽郡	第一課第二係	075-354-9031
左京区、宇治市、宮津市、向日市、木津川市 久世郡、与謝郡、	第一課第三係	075-354-9032
下京区、右京区、福知山市、城陽市、八幡市 京丹後市	第二課第一係	075-354-9027
東山区、伏見区、西京区、南丹市、綴喜郡	第二課第二係	075-354-9028

8. その他
- ・接種の有効期限については、市町村により接種期限が異なるため、予診票の記載をご確認ください。

各種健康診査・予防接種及び医保福祉併用分総括表

平成 年 月 分

点数表区分	医療機関コード	保険医療機関 (保険薬局)	〒
1 3 4		所在地 名称	
医 歯 調		開設者氏名 電話番号	印

区 分	京 都 市 件 数	京 都 市 外 件 数
妊 婦 健 康 診 査	件	
D P T ・ D T 予 防 接 種	件	
D T 第 II 期 予 防 接 種	件	
麻 し ん 予 防 接 種	件	
風 し ん 予 防 接 種	件	
日 本 脳 炎 予 防 接 種	件	
M R 予 防 接 種	件	
子 宮 が ん 無 料 受 診 券	件	
高 齢 者 イン フ ル エ ン ザ 予 防 接 種	件	
子 宮 頸 が ん 予 防 接 種	件	件
ヒブ(インフルエンザ菌b型)予防接種	件	件
小 児 用 肺 炎 球 菌 予 防 接 種	件	件

区 分	京 都 市 件 数	
フッ化物歯面塗布(歯科)	件	
歯周疾患予防健診(歯科)	件	

区 分	合 計 件 数 (全 市 町 村 分)	
医 保 福 祉 ④③ ④④ ④⑤ 併 用 分	件	