

令和7年4月

協力医療機関 各位

京都市保健福祉局  
医療衛生推進室  
医療衛生企画課  
(予防接種担当 222-4421)

## 風しん抗体検査（妊娠を希望する女性等）に係る関係書類の送付について

日頃は、本市保健衛生行政に御理解と御協力を賜り厚く御礼申し上げます。  
本市が妊娠を希望する女性等に実施している風しん抗体検査事業について、引き続き、令和7年度も実施することとなりましたので、下記のとおり必要書類をお送りいたします。

御査収の上、よろしくお取り計らいくださいますようお願いいたします。

## 記

## ○送付書類

- |                                  |   |     |
|----------------------------------|---|-----|
| 1 京都府・京都市風しん抗体検査公費負担の手引          | … | 1部  |
| 2 風しん抗体検査申込書（任意用）兼検査券            | … | 10部 |
| 3 風しん抗体検査受託報酬請求書                 | … | 3部  |
| 4 京都府民用(京都市民除く)(コピー可):請求書(京都府民用) | … | 1部  |
| 風しん抗体検査実施報告用紙                    | … | 1部  |

○4の書類を使用する場合は、請求書に風しん抗体検査実施報告用紙を添付のうえ、京都府健康対策課へ提出してください。

## (留意点)

お知らせ文、申込書等が不足した場合は、京都市HP「予診票等帳票発行申請フォーム」から御依頼ください。

(<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000324289.html>)



## 京都府・京都市風しん抗体検査公費負担の手引（協力医療機関向け）

## MEMO

## 1 事業概要

## (1) 対象者

検査日現在、次のいずれかに該当する京都府民及び京都市民

①主として妊娠を希望する女性

②風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者などの同居者

※ただし、①、②ともに過去に風しん抗体検査を受けたことがある者、明らかに風しんの予防接種歴（2回以上）がある者又は検査で確定診断を受けた風しんの既往歴のある者は除きます。

## (2) 実施期間

令和7年4月1日～令和8年3月31日

## (3) 自己負担金及び委託料

被検査者の自己負担金

0円

医療機関への委託単価

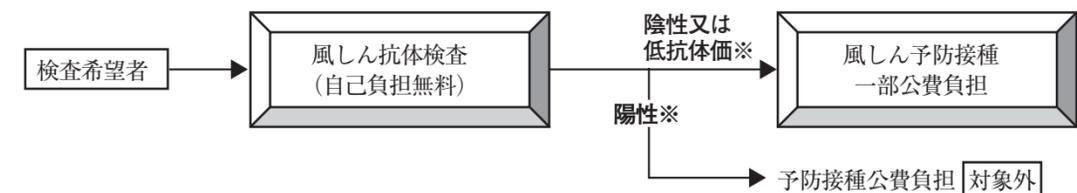
6,677円

## (4) 検査方法

原則として、赤血球凝集抑制（hemagglutination inhibition ; HI）法による。

## (5) 留意事項

- ・ 被検査者が、京都府民（京都市民を除く。）である場合と京都市民である場合とでは、委託料の請求手続及び支払方法が異なります。詳しくは、3ページを御覧ください。
- ・ 風しん抗体検査を受け、その結果、風しんに対する免疫が不十分と判断された場合、京都市民の方は京都市が実施している風しん予防接種の一部公費負担の対象となります。京都府の市町村（京都市除く。）の方には、住所地の市町村の予防接種担当課へ、公費負担の実施状況を問い合わせるよう御助言ください。  
なお、十分な抗体があると判断された場合は、風しん予防接種一部公費負担の対象外です。



※風しん抗体価の判断基準（予防接種が推奨される風しん抗体価について：平成26年2月25日厚生労働省事務連絡）

**HI抗体価8倍未満 又は EIA法陰性又は判定保留**

⇒免疫を保有していないため、風しん含有ワクチン（主に麻しん風しん混合ワクチン）の接種を推奨。

**HI抗体価8倍、16倍 又は EIA法陽性（EIA価8.0未満又は国際単位30IU/ml未満）**

⇒妊娠を希望する女性など、より確実に予防を行う必要がある方には風しん含有ワクチン（主にMRワクチン）の接種を推奨。それ以外の方は医師に相談。

**HI抗体価32倍以上 又は EIA法陽性（EIA価8.0以上又は国際単位30IU/ml以上）**

⇒十分な免疫を保有しているため、風しん含有ワクチン（主に麻しん風しん混合ワクチン）の接種は、基本的に必要ありません。

## 2 検査の実施

### (1) 申込み

検査を希望する者は、事前に協力医療機関に予約をします。  
検査の際には次の書類が必要ですので、必ず確認してください。

**【持参する書類】**

マイナンバーカード、運転免許証等本人の住所が確認できるもの

※ただし、風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者等については下記の書類も必要となります。

**①妊婦の抗体価が低いことを確認できるもの**

出産予定の子の母子健康手帳（風しん抗体検査の結果の記載があるもの）、抗体検査結果票等

**②妊婦と同居していることを確認できるもの**

当該妊婦の健康保険証（住所の記載があるもの）、運転免許証等（ただし、上記母子健康手帳で確認できる場合は不要）

### (2) 対象者の確認

1 ページ 1 (1) の対象者のみが本検査の対象となりますので、持参書類等で必ず確認してください。

京都府民及び京都市民以外は、本事業の対象にはなりません。

（他府県の方については、住所地の自治体に公費負担の実施状況を問い合わせるよう御助言ください。）また、京都府民（京都市民を除く。）と京都市民とでは、委託料の請求手続及び支払方法が異なります。詳しくは、3 ページを御覧ください。

### (3) 事前説明

検査を希望する者に、「風しん抗体検査申込書」（京都府民・京都市民共通）と「風しん抗体検査券」（京都市民のみ）に必要事項を記入するよう説明してください。

### (4) 検査結果の説明

医師は、抗体検査を実施した結果、風しんに対する免疫が不十分（1 ページ 1 (5) 風しん抗体価の判断基準参照）と判断した場合、被検者に対し風しん予防接種を勧奨してください。

（参考）

**京都市民**

＜京都市風しん予防接種の一部公費負担＞

○対象者

- ①主として妊娠を希望する女性
  - ②風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者等
- } のうち、抗体価が低い者等

○実施機関 協力医療機関

○接種料金 3, 500 円（麻しん風しん混合ワクチン接種の場合）  
2, 200 円（風しん単独ワクチン接種の場合）

**京都府民**

住所地の市町村の予防接種担当課へ、公費負担の実施状況を問い合わせるよう御助言ください。

## 3-1 委託料の請求手続及び支払方法(京都府民(京都市民を除く。))

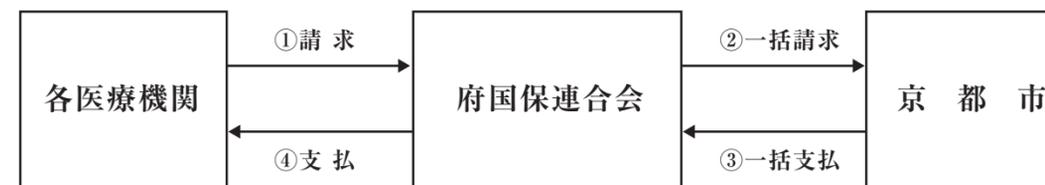


- (1) 各医療機関は、月ごとに請求書に風しん抗体検査実施状況報告を添付のうえ、検査を行った月の翌月の10日までに京都府健康対策課へ送付してください。
- (2) 請求を受けた京都府は、内容の確認を行ったうえ、口座振替により、各医療機関へ支払を行います。

**お問い合わせ**

**京都府健康福祉部健康対策課感染症対策係**  
 住所 〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町  
 電話 075-414-4734 FAX 075-431-3970

## 3-2 委託料の請求手続及び支払方法(京都市民)



- (1) 各医療機関は、月ごとに「風しん抗体検査受託報酬請求書」に必要事項を記入のうえ、「風しん抗体検査券」を添付し、検査を行った月の翌月の10日までに京都府国民健康保険団体連合会（以下「府国保連」といいます。）へ送付してください。
- (2) 各医療機関から送付された「風しん抗体検査受託報酬請求書」及び「風しん抗体検査券」は、府国保連において審査・取りまとめのうえ、一括して京都市に請求されます。
- (3) 請求を受けた京都市は、再度内容の確認を行ったうえ、一括して府国保連へ支払を行います。
- (4) 府国保連は、口座振込により各医療機関へ委託料の支払を行います。

**お問い合わせ**

**京都市保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課**  
 住所 〒604-8571 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488  
 電話 075-222-4421

又は、

**一般社団法人京都府医師会地域医療1課**  
 電話 075-354-6134

07.04 風しん抗体検査（京都府民・京都市民共通）

京都市民用（京都市民のみご記入ください。）

風しん抗体検査申込書（任意用）

年 月 日記入

対象者 (次のいずれに該当するかチェックしてください。)	検査日現在、 <input type="checkbox"/> 妊娠を希望する女性 又は <input type="checkbox"/> 抗体価が低い妊婦の配偶者等 【 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )】		
住 所	京都府民(京都市除く) → 京都府 市・町・村		
	京 都 市 民 → 京都市 区		
ふりがな	性 別		
検査希望者の氏名  (TEL. )	男 ・ 女		
	生 年 月 日		
	大正	年	月
	昭和	年	月
	平成	(満	日生 歳)

以下の質問について、あてはまるところに記入し、○で囲んでください。

質 問 事 項	回 答 欄
1. 風しん抗体検査を受けたことはありますか。	はい・不明・いいえ
2. 過去に麻しん風しん混合ワクチン又は風しんワクチンの接種を2回受けたことはありますか。	はい・不明・いいえ
3. 過去に風しんに罹患したことがありますか	はい・不明・いいえ

※「はい」の回答が1つ以上ある場合、本事業の対象者とはなりませんので、ご注意ください。

(医療機関が切り取ってください)

風しん抗体検査券（任意用）

フリガナ  
被検査者署名

男  
女

大正  
昭和  
平成

年 月 日生

満 歳

住 所 京都市

区

TEL. - -

検 査 年 月 日

年 月 日

検査医療機関

所在地

名 称

医師名

風しん抗体検査受託報酬請求書

(宛先)

京都市長

年 月 日

コード番号

医療機関所在地

名称

氏名

下記のとおり請求します。

年 月 分 請求金額 \_\_\_\_\_ 円

区 分	件 数	単 価	金 額
風しん抗体検査 (ピンク色)		6,677円	



**京都市風しん抗体検査(任意)関係書類**

差出人



〒604-8571  
京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地  
京都市保健福祉局  
医療衛生推進室 医療衛生企画課  
TEL(075)222-4421 / FAX(075)708-6212