

事 務 連 絡

令和 7 年 6 月 1 4 日

和歌山県風しん抗体検査事業協力医療機関 御中

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局健康推進課

「和歌山県風しん抗体検査検査事業委託契約について」の一部改正について

平素は、和歌山県の保健衛生行政に格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記につきまして、平成 26 年 9 月 1 日付け事務連絡を下記の通り一部改正し、別紙のとおりといたしましたので、了知いただきますようお願いいたします。

記

改正後	改正前
<u>1. 請求方法等について</u> <u>1) 2)</u> (略) <u>3) 留意点</u> ①検査受付月と結果通知（予定）月が異なる場合の請求について <u>結果通知月を基本として下さい。</u> 例) 検査受付月日：6 月 28 日 ， 結果通知月日（予定）：7 月 10 日 <u>→7 月分の検査実施として取扱い、8 月 25 日までに請求して下さい。</u> <u>2. その他</u> (略)	<u>1. 請求方法等について</u> <u>1) 2)</u> (略) <u>3) 留意点</u> ①検査受付月と結果通知（予定）月が異なる場合の請求について 検査受付月を基本として下さい。 例) 検査受付月日：6 月 28 日 ， 結果通知月日（予定）：7 月 10 日 →6 月分の検査実施として取扱い、7 月 25 日までに請求して下さい。 <u>2. その他</u> (略)

事務担当 感染症対策班

TEL 073-441-2955

FAX 073-428-2325

1. 請求方法等について

1) 請求に必要な書類

- ・和歌山県風しん抗体検査実績報告書兼請求書（別紙様式2）
- ・風しん抗体検査申込（問診）票【県庁用】（別紙様式3）：問診票の2枚目の様式

2) 請求先及び請求期限

①請求先

和歌山県福祉保健部健康局健康推進課感染症対策班

（住所：〒640-8585 和歌山市小松原通1-1 TEL：073-441-2643）

②請求期限

検査実施月分を一括して翌月の25日まで（検査実施月が3月の場合は3月31日まで）

3) 留意点

①検査受付月と結果通知（予定）月が異なる場合の請求について

結果通知月日を基本として下さい。

例) 検査受付月日：6月28日，結果通知月日（予定）：7月10日

→7月分の検査実施として取扱い、8月25日までに請求して下さい。

②本事業については、和歌山県（和歌山市を除く。）在住者以外は対象外です。

③次の場合等は本県では支払いできませんのでご注意ください。

※問診票の確認事項欄で「はい」と記載のあった場合はお支払い出来ません。

- ・風しん抗体検査を受けたことのある県民。：例)経産婦等
- ・風しんワクチンの予防接種（MRワクチン含む。）を1回でも接種したことのある県民。
- ・検査で確定診断を受けた風しんの既往歴のある県民。

2. その他

風しん抗体検査申込（問診）票等に不足がありましたら、県健康推進課又は貴所在地管轄保健所までお問い合わせください。