

令和8年3月30日

大阪府内医師会（政令市等除く※）御中

※除く自治体は、堺市、東大阪市、
高槻市、豊中市、枚方市、八尾市、寝屋川市

大阪府医師会
（公印省略）

令和8年度大阪府風しん抗体検査事業にかかる関係機関への周知について（協力依頼）

平素は、本会事業の推進に対しまして、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記事業につきましては、令和8年度も引き続き実施いたします。

令和8年度の委託料単価は下記の通りで、①のHI法、LTI法及び、②のEIA法等の委託料単価に変更はありません。

関係資料（手引き・個人票）は、本日大阪府から取扱医療機関に直送されます。

貴会におかれましてはご了知いただき、取扱医療機関へのご周知をお願い申し上げます。

記

●令和8年度委託料単価（消費税込み）

	①HI法、LTI法	②EIA法、ELFA法、 CLEIA法、FIA法、CLIA法
検査料金	6,094円	7,425円

●大阪府連絡先：大阪府健康医療部感染症対策課（06-4397-3549）

●手引き等掲載先（大阪府医師会ホームページ・文書ライブラリ）

<https://www.osaka.med.or.jp/documents/index?id=713&word=>



大阪府医師会健診事業課
TEL:06-6763-7568

【受検日が令和8年4月1日以降の請求様式です。】

大阪府風しん抗体検査実施件数報告書
<先天性風しん症候群対策・妊娠を希望される方々等対象>

年 月 日

大阪府知事 様

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

所在地

医療機関名

電話番号

代表者氏名

印

大阪府風しん抗体検査事業に係る実施件数について、下記のとおり報告します。

記

報告対象期間	年 月 分			
		検査方法	件 数	金 額
検査実施件数	①	HI法、LTI法 6,094円 (10%税込)	件	円
	②	EIA法、ELFA 法、CLEIA法、 FIA法、CLIA法 7,425円 (10%税込)	件	円
			件	円

※「大阪府風しん抗体検査申込書・個人票」②検査料請求・結果報告用を添付し、大阪府医師会までご提出ください。