

Ⅷ 初回精密検査及び定期検査費用の助成について

はじめに

肝炎ウイルス陽性者をフォローアップにより早期に治療に繋げ、重症化を予防することを目的として、「広島県肝疾患患者フォローアップシステム登録者」に対し、初回精密検査費用及び定期検査費用（年2回）の助成をしています。

助成の対象となる方

助成の対象となる方は、県内に住所（住民票）があり、健康保険に加入し、「広島県肝疾患患者フォローアップシステム」への登録に同意した方で、次の要件に該当する方です。

初回精密検査

1年以内に次のいずれかの検査で陽性と判定された方

- 1 「特定感染症検査等事業」における肝炎ウイルス検査
- 2 「健康増進事業」における肝炎ウイルス検診
- 3 職域で実施する肝炎ウイルス検査
- 4 妊婦健診における肝炎ウイルス検査*
- 5 手術前の肝炎ウイルス検査*

※出産後や手術後の状況等に鑑み、特段の事情がある場合には1年以内に限りません。
個別の事例については県に相談するようにしてください。

定期検査

- 1 B型・C型肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者（治療後の経過観察を含む。）
- 2 世帯の市町民税（所得割）が23万5千円未満の方
- 3 「肝炎治療受給者証」を現在お持ちでない方

メモ

助成の内容

初回精密検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び下記の検査に関連する費用として、県が認め
た費用（ただし、医師が真に必要と判断したものに限り。）について助成します。

- 1 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査、末梢血液像）
- 2 出血・凝固検査（プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間）
- 3 血液化学検査（総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、 γ -GT、総コレステロール、AST、ALT、LD）
- 4 腫瘍マーカー（AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量）
- 5 肝炎ウイルス関連検査（HBe抗原、HBe抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等）
- 6 微生物核酸同定・定量検査（HBV核酸定量、HCV核酸定量）
- 7 超音波検査（断層撮影法〔胸腹部〕）

定期検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び上記の検査に関連する費用として、県が認
めた費用（ただし、医師が真に必要と判断したものに限り。）について助成します。

なお、肝硬変・肝がん（治療後の経過観察を含む。）の場合は、超音波検査に代えてC
T撮影又はMRI撮影を対象とすることができます。また、いずれの場合も、造影剤を
使用した場合の加算等の関連する費用も対象とします。

対象となる検査費用から、別表の自己負担額を控除した額を助成します。

（別表）

定期検査費用の助成における自己負担限度額表

区 分		自己負担限度額 (1回につき)
住民税非課税世帯に属する者		0円
市町民税（所得割）課税年額が 235,000円未満の世帯に属する者	慢性肝炎	2,000円
	肝硬変 肝がん	3,000円

※自己負担額は、世帯全員の市町民税の合算によって区分されます。ただし配偶者以外で対象患者
及びその配偶者と医療保険上及び地方税法上の扶養関係がない方は、課税年額の合算から除外す
ることができます。

申請手続き

肝炎等検査費用（初回精密検査） 支給申請書

別紙様式第1-1号

(裏面)

肝炎等検査費用（初回精密検査）支給申請書

年 月 日

広島県知事様

肝炎検査に要した費用を請求します。

請求者(対象者) 住 所	〒 -
ふりがな 請求者(対象者)氏名	印
ID番号(承認入)	

ふりがな	性別	生年月日
対象者氏名	男女	年 月 日生
住 所	電話番号() -	携帯電話() -
保 険 区 分	被保険者氏名	請求者との続柄
	保険種別 健康組合・協会けんぽ 船員・共済組合・国保 後期高齢者・その他	被保険者証の 記号・番号
	被保険者証 発行機関名	
振 込 口 座	所在地	
	ふりがな	
	口座名義	
	金融機関名	支店等名
	口座種別	普通・当座
		口座番号

職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合の医療機関への照会(対象者本人が同意する場合に限り)

県が、上記対象者が職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたことを確認するために必要があるときは、上記対象者が職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて、添付の肝炎ウイルス検査結果通知書又は職域検査受検証明書に記載の医療機関に照会を行い、当該医療機関から回答を受けることに同意します。

○ 添付書類及び助成の対象となる検査内容については、裏面をご覧ください。

支給決定額 _____ 円 (※記入しないでください)

職域検査受検証明書

別紙様式第1-2号

職域検査受検証明書

下記の者について、当機関において、職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたことを証明します。

記

氏 名: _____

検 査 番 号: _____

検 査 日: _____ 年 月 日

検査結果通知日: _____ 年 月 日

※ 検査番号には、検査結果通知書に記載された個人識別番号を記載する。検査番号に代えて、住所、性別及び生年月日を記載することができる。

年 月 日

医療機関名: _____ 印

所 在 地: _____

電 話 番 号: _____

(注)

※ 本証明書は、職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判断された方が広島県に初回精密検査費用の助成を請求する際に、添付してください。

※ 初回精密検査費用の助成を受けるには、「広島県肝疾患患者フォローアップシステム」への登録に同意していただくことが必要となります。初回精密検査費用の助成について詳しくは、広島県健康福祉局業務課（電話 082-513-3078）にお問い合わせください。

【添付書類（初回精密検査）】

- 検査を受けた保険医療機関が発行した領収書（原本）
- 検査を受けた保険医療機関が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類（診療明細書）
- 肝炎ウイルス検査結果通知書の写し
（妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合に限る）
- 申請年度又は申請前年度に肝疾患専門医療機関が記入した「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票」（同意者保管用）の写し
- 検査費用の振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳の写し等）
- 職域検査受検証明書その他職域で実施する肝炎ウイルス検査を受検したことが確認できる書類（職域で実施する検査の場合）
- 母子健康手帳の表紙及び検査日、検査結果が確認できるページの写し
（妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合）
- 肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書（手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合）

肝炎等検査費用（定期検査）支給申請書

別紙様式第2号

肝炎等検査費用（定期検査）支給申請書

年 月 日

広島県知事様

肝炎検査に要した費用を請求します。

請求者(対象者) 住 所	〒	—
ふりがな 請求者(対象者)氏名		印
ID番号(県記入)		

ふりがな	性別	生年月日
対象者氏名	男女	年 月 日生
住 所	電話番号() - 携帯電話() -	
保 険 区 分	被保険者氏名	請求者との続柄
	保険種別	被保険者証の記号・番号
	被保険者証発行機関名	
	所在地	
振 込 口 座	ふりがな	
	口座名義	
	金融機関名	支店等名
	口座種別	口座番号

次の書類を添付すること。
なお、以下に該当する場合は、4、5及び8の書類は提出を省略できます。該当する場合は、✓を記入してください。

- 今年度2回目の肝炎等検査費用（定期検査）支給申請である。
- 今年度、肝炎治療受給者証交付申請書を提出した。

- 1 肝炎等費用の助成に係る医療費確認書（別紙様式3号）
- 2 検査を受けた保険医療機関が発行した領収書（原本）
- 3 検査を受けた保険医療機関が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類（診療明細書）
- 4 世帯全員の住民票の写し（コピーは不可）
- 5 世帯全員の住民税非課税証明書又は世帯全員の市町民税（所得割）の課税年額を証する書類
- 6 申請年度又は申請前年度に肝疾患専門医療機関が記入した「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票」（同意者保管用）の写し
- 7 検査費用振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳の写し等）
- 8 市町民税課税合算対象除外希望申告書 ※必要な場合、申請者及び除外する者の健康保険証の写しを添付する。

支給決定額 円（※記入しないでください）

肝炎等検査費用助成に係る医療費確認書

別紙様式第3号

肝炎等検査費用助成に係る医療費確認書

患者氏名 _____

診 療 日	検査助成対象医療に係る患者負担額	検査助成対象医療に係る検査公費対象点数
年 月 日 (~ 年 月 日)	円	点
年 月 日 (~ 年 月 日)	円	点
年 月 日 (~ 年 月 日)	円	点
合 計	円	検査公費対象点数 点

医療機関名 _____

請求者氏名 _____

医療機関ごとに

- ・日ごとに記載
- ・対象外の検査費用は記載しない

【対象と

定期

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び下記の検査に関連する費用として県が認めた費用。ただし、医師が必要と判断したもの。

- (1) 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査、末梢血液像）
- (2) 出血・凝固検査（プロトロンビン時間、活性部分トロンボプラスチン時間）
- (3) 血液化学検査（総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、ALT、LD）
- (4) 肝炎ウイルス関連検査（HBe抗体、HBe抗原、HCV血清型別判定、HBVジェノタイプ判定等）
- (5) 3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量
- (6) 微生物核酸同定・定量検査（HBV核酸定量、HCV核酸定量）
- (7) 超音波検査（断層撮影法（胸部部））

肝硬変・肝がん（治療後の経過観察を含む）の場合は、超音波検査に代えてCT撮影又はMRI撮影を対象とすることができる。（造影剤を使用した場合の加算等の関連する費用も対象とする。）

【添付書類（定期検査）】

- ・肝炎等検査費用助成に係る医療費確認書
- ・検査を受けた保険医療機関が発行した領収書（原本）
- ・検査を受けた保険医療機関が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類（診療明細書）
- ・世帯全員の住民票の写し（コピーは不可）
- ・世帯全員の住民税非課税証明書又は世帯全員の市町民税（所得割）の課税年額を証する書類
- ・申請年度又は申請前年度に肝疾患専門医療機関が記入した「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票」（同意者保管用）の写し
- ・検査費用の振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳の写し等）
- ・市町民税課税合算対象除外希望申告書※

※必要な場合。申請者及び除外する者の健康保険証の写しを添付する。

市町民税課税額合算対象除外希望申告書

別紙様式第4号

市町民税課税額合算対象除外希望申告書

年 月 日

広島県知事様

次の者については、申告者である私との関係において配偶者に該当せず、かつ、私及び配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町民税課税額の合算対象から除外することを希望します。

よりがな 申告者氏名	印	生年月日	年 月 日生
住 所	〒 _____ _____ 電話 (_____)		
除外希望者 氏 名	_____ _____		

注1 医療保険上の扶養関係にない事実を証明する次の書類を添付すること。

- 申告者本人の健康保険証等の写し
- 除外希望者全員の健康保険証等の写し

注2 世帯全員の市町民税（所得割）の課税年額を証する書類は、扶養控除の内訳がわかるものを添付すること。

異記入欄

世帯員	本人	配偶者			計	所得階層
(除外前) 市町民税（所得割）額	円	円	円	円	円	—
(除外後) 市町民税（所得割）額	円	円	円	円	円	甲

- 配偶者以外であること。
- 地方税法上の扶養関係にないこと。
- 医療保険上の扶養関係にないこと。

配偶者以外で、対象者及びその配偶者と医療保険上及び地方税法上の扶養関係がない方は、課税年額の合算から除外できます。

除外すると課税年額が23万5千円未満になる方や非課税になる方は、この除外希望申告書を提出してください。



請求の期限

- 1 初回精密検査
肝炎ウイルス検査結果通知日から1年以内。
- 2 定期検査
定期検査を受けてから1年以内。

様式は広島県ホームページからダウンロードできます。

トップページ>健康・福祉・子育て>健康・医療 薬務課>肝炎対策グループ
>初回精密検査と定期検査費用の助成をしています

(または「検査費用の助成について」)

<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/kanenshinsei/bgatacगतakanenkensahiyousei.html>

