

様式 1

## 島根県肝炎等精密検査申込書

年 月 日

精密検査実施医療機関の長 様

島根県肝炎等精密検査費用助成事業による、肝炎等精密検査（初回精密検査・定期検査）を申込みます。

↑  
申込み方へ○をしてください。

フリガナ		性別	生 年 月 日	
申込者氏名		男 女	明 昭 大 平	年 月 日生
住 所	〒 ー 島根県 電話番号 ( )			

※定期検査の場合、申込み者本人様で下表の項目を確認し、左欄にチェックをお願いします。（初回精密検査の場合は不要です）

<input type="checkbox"/>	年度内の検査費用助成の申請は、初回精密検査を含め2回までです。
<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がんの方が対象です。定期検査助成を初めて受けられる際には、診断書が必要です。この、診断書の発行の費用については自己負担です。（2回目以降では、省略できる場合もあります）
<input type="checkbox"/>	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満（住民税非課税世帯を含む）の方が対象となり、住民税非課税世帯以外の場合、自己負担があります。
<input type="checkbox"/>	肝炎治療の受給者証の交付を受けておられる場合は、対象となりません。

<上記の確認欄で、ご不明な場合は、必ずお住まいの地域の保健所にご相談願います>

----- 下記は空欄のまま精密検査実施医療機関へ提出ください。 -----

※精密検査実施医療機関で次の確認を行ってください。

確認欄	助成対象者	確認書類
<input type="checkbox"/>	島根県内に在住の方	本申込書
<input type="checkbox"/>	医療保険各法（後期高齢者含む）の規定による被保険者又は被扶養者	保険証
<input type="checkbox"/>	（初回精密検査の場合）1年以内に県又は市町村が実施した肝炎ウイルス検査（検診）及び職場での肝炎ウイルス検査（職域検査）で陽性と判定された方 （市町村の実施した検査でも「人間ドック」は該当になりません）	肝炎ウイルス検査の結果通知書又は検査結果
<input type="checkbox"/>	（定期検査の場合）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	カルテ等

本事業の対象項目については、裏面を確認してください。

(様式1) 裏面

「島根県肝炎等精密検査費用助成事業」

精密検査未受診者の解消を図るため、B型及びC型の肝炎ウイルス検査における陽性者に対して初回または定期の精密検査受診費用を助成することにより、早期の適切な治療につなげ、ウイルス性肝炎患者の重症化予防を図ることを目的としています。

申請者本人が窓口で支払った金額（医療保険各法の負担額）のうち、助成対象の項目の金額を後から申請者本人へ県から支払いする制度です。

- 窓口では、通常の診療と同様に医療保険各法の自己負担額を患者様へ請求してください。
- 領収書（負担割合の分かるものでレシート不可）と診療明細書を発行してください。  
※診療明細書発行体制等加算以外の有料での発行料金については、申請者本人の自己負担となります。
- 診察に際し、肝炎ウイルス検査の結果通知書等（陽性と判定されているもの）を預かった場合は、患者様へお返しください。

【助成の対象について】

医療保険各法の保険適応の下枠内の検査に関連するもの（ただし、医師が真に必要と判断したものに限り）で県が認めた費用。※保険適用外の費用は助成対象とはなりません。

検査は原則として全ての項目を同じ日に受けることとしますが、やむを得ない理由があれば複数日にまたがっても一連の検査とみなします。（あまりにも長期に渡る場合は、同一としない場合もあります）

- 初診料（再診料）
- ウイルス疾患指導料
- 検査（1及び2）

1) 血液検査

※検査項目は2019年度現在

	B型肝炎ウイルス陽性の場合	C型肝炎ウイルス陽性の場合
血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像	
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	
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、 $\gamma$ -GT、総コレステロール、AST、ALT、LD	
腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量	
肝炎ウイルス関連検査	HBe抗原、HBe抗体、HBVジェノタイプ判定	HCV血清群別判定
微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量	HCV核酸定量

2) 超音波検査（断層撮影法（胸腹部））

- ※初回精密検査助成では、超音波検査のみが対象となり、CT撮影・MRI撮影は対象外です。
- ※定期検査助成を希望する方で病態が「肝硬変」「肝がん」の方は、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ます。（いずれか一方のみ）
- この場合における造影剤等を使用した加算等についても対象とすることができます。

※手術前検査等施術に関連した検査については、上記の検査であっても助成の対象外です。