

奈良県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要綱

第1 目的

この事業は、県民の利便性に配慮した肝炎ウイルス検査を実施することにより肝炎ウイルス陽性者を早期に発見するとともに、相談や啓発及び陽性者のフォローアップにより早期治療に繋げ、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防を図ることを目的とする。

第2 事業の実施主体

実施主体は、奈良県（以下「県」という。）とする。

第3 事業内容

1 肝炎ウイルス検査

- (1) 県は、「肝炎検査（B型、C型）・健康相談実施要領」に基づき、肝炎ウイルス検査を実施する。
- (2) 県は、「奈良県肝炎検査受診率向上事業実施要領」に基づき、肝炎ウイルス検査を実施する。

2 B型及びC型肝炎ウイルスに関する相談事業

県は、「肝炎検査（B型、C型）・健康相談実施要領」に基づき、B型及びC型肝炎ウイルスに関する相談事業を実施する。

3 陽性者フォローアップ事業

(1) 陽性者のフォローアップ

ア 対象者

(ア) 県内に住所を有し、以下に該当する者（奈良市に住所を有する者を除く）

第3-1によりB型肝炎ウイルス検査において「陽性」、又はC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者（以下「陽性者」という。）

(イ) (2)の検査費用の請求により把握した陽性者

(ウ) その他、市町村や医療機関等で実施する肝炎ウイルス検査（職域で実施する肝炎ウイルス検査（以下「職域の肝炎ウイルス検査」という。）、母子保健法に基づき市町村が実施する妊婦健康診査における肝炎ウイルス検査（以下「妊婦健診の肝炎ウイルス検査」という。）及び手術前1年以内に行われた肝炎ウイルス検査（以下「手術前の肝炎ウイルス検査」という。）を含む。）において判定された陽性者

イ 実施方法

保健所（奈良市保健所を除く。）が、陽性者フォローアップ事業（以下「フォローアップ事業」という。）への参加について同意書（別紙様式1）により肝炎ウイルス検査の前または後で本人の同意を得ている対象者に対し、（別紙様式2）による調査票を年1回送付する等により専門医療機関の受診状況や診療状況を確認するとともに、未受

診の場合は、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。

フォローアップにあたっては、個人情報の取扱いに留意のうえ、必要に応じ県内の市町村の健康増進事業担当部局や母子保健担当部局等と連携を図るとともに、その実施においては、保健所、肝疾患診療連携拠点病院及び市町村等と連携して行う。

(2) 初回精密検査費用及び定期検査費用の助成

ア 対象者

(ア) 初回精密検査

県内に住所を有し、以下 a～d のいずれかの要件に該当する者

- a 県が実施する肝炎ウイルス検査若しくは市町村が実施する健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者であって、以下の全ての要件に該当する者
 - (a) 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者
 - (b) 1年以内に特定感染症検査事業における肝炎ウイルス検査又は健康増進事業における肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者
 - (c) 本事業の陽性者フォローアップ事業に同意した者、奈良市ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の陽性者フォローアップ事業に同意した者又は「肝炎ウイルス検診等実施要領」に基づき市町村でフォローアップされている陽性者
- b 職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者であって、以下の全ての要件に該当する者
 - (a) 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者
 - (b) 1年以内に職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者
 - (c) 本事業の陽性者フォローアップ事業に同意した者、奈良市ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の陽性者フォローアップ事業に同意した者
- c 妊婦健診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者であって、以下の全ての要件に該当する者
 - (a) 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者
 - (b) 原則1年以内に妊婦健診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者
なお、出産後の状況等に鑑み特段の事情がある場合には、この限りではない。
 - (c) 本事業の陽性者フォローアップ事業に同意した者、奈良市ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の陽性者フォローアップ事業に同意した者
- d 手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者であって、以下の全ての要件に該当する者
 - (a) 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者
 - (b) 原則1年以内に手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者
なお、手術後の状況等に鑑み特段の事情がある場合には、この限りではない。
 - (c) 本事業の陽性者フォローアップ事業に同意した者、奈良市ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の陽性者フォローアップ事業に同意した者

(イ) 定期検査

県内に住所を有し、以下の全ての要件に該当する者

- a 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者
- b 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）
- c 住民税非課税世帯に属する者又は市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯に属する者
- d 本事業の陽性者フォローアップ事業に同意した者、奈良市ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の陽性者フォローアップ事業に同意した者又は「肝炎ウイルス検診等実施要領」に基づき市町村でフォローアップされている陽性者
- e 肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けていない者

イ 実施方法

(ア) 対象者が「奈良県肝疾患に関する専門医療機関」（以下「専門医療機関」という。）において初回精密検査又は定期検査を受診し、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けた場合、対象者が負担した費用を交付する。

(イ) 前項の金額は、医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した検査費用の額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額とする。ただし、ア（イ）に該当する者については、1回につき、次のaに規定する額からbに規定する額を控除した額とする。

- a 医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した検査費用の額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額
- b 別表に定める自己負担限度額

この際、別表甲又は乙に該当するかについては、オ（イ）dにより申請者から提出された課税等証明書等により確認するものとする。なお、別表に該当しない場合、又は当該控除した額が零以下となる場合には、助成は行わない。

ウ 助成対象費用

(ア) 初回精密検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び下表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る。

これらの検査が複数の日にわたる場合において、検査日が1ヶ月以内の期間に属するものについては、一連の検査とみなすことができるものとする。

検査項目

	B型肝炎ウイルス	C型肝炎ウイルス
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、 γ -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	HB _e 抗原、HB _e 抗体、HBVジェノタイプ判定等	HCV血清群別判定等
微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量	HCV核酸定量
画像診断	超音波検査（断層撮影法（胸腹部））	

注) 保険適用外の検査は助成の対象とならない。

(イ) 定期検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び上表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る。

これらの検査が複数の日にわたる場合において、検査日が1ヶ月以内の期間に属するものについては、一連の検査とみなすことができるものとする。

なお、肝硬変又は肝がん（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。

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する。

エ 助成回数

(ア) 初回精密検査

1回

(イ) 定期検査

1年度2回（初回精密検査を含む）

オ 検査費用の請求について

(ア) 初回精密検査

対象者は肝炎検査費用請求書（初回精密検査）（別紙様式3-1）に、次のものを添えて当該対象者の居住地を管轄する保健所長（以下「保健所長」という。）を経由して知事に請求するものとする。ただし、奈良市に住所を有する者は県疾病対策課を経由して知事に請求する。

a 県が実施する肝炎ウイルス検査若しくは市町村が実施する健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者の場合

- (a) 初回精密検査に係る専門医療機関の領収書と診療明細書（原本）
 - (b) 結果通知書（県が行う肝炎ウイルス検査又は奈良市が行う肝炎ウイルス検査又は市町村が行う健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診の結果通知書）の写し
 - (c) 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（別紙様式 1）（原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し）
- b 職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者の場合
- (a) 初回精密検査に係る専門医療機関の領収書と診療明細書（原本）
 - (b) 肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し
 - (c) 職域の肝炎ウイルス検査を受けたことについての証明書（以下「職域検査受検証明書」という。）（別紙様式 6）
 - ただし、(b) により、対象者が職域の肝炎ウイルス検査を受けたことを確認できる場合は、省略することができる。
 - なお、(c) の添付がなく、対象者が職域の肝炎ウイルス検査を受けたことを確認できない場合は、対象者本人からの同意を得て、別紙様式 7 により県が医療機関に照会を行い、及び医療機関から回答を受けることができる。
 - (d) 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（別紙様式 1）（原本）若しくは奈良市のフォローアップ事業に同意した者はその同意書の写し
- c 妊婦健診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者の場合
- (a) 初回精密検査に係る専門医療機関の領収書と診療明細書（原本）
 - (b) 母子健康手帳の表紙（交付年月日、妊婦の氏名の記載があるもの）の写し及び検査日、検査結果が確認できるページの写し（母子健康手帳により検査日等が確認できない場合は、医療機関が発行する検査結果通知書の写し）
 - (c) 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（別紙様式 1）（原本）若しくは奈良市のフォローアップ事業に同意した者はその同意書の写し
- d 手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者の場合
- (a) 初回精密検査に係る専門医療機関の領収書と診療明細書（原本）
 - (b) 肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し
 - (c) 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（原本）
 - (d) 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（別紙様式 1）（原本）若しくは奈良市のフォローアップ事業に同意した者はその同意書の写し
- (イ) 定期検査
- 対象者は肝炎検査費用請求書（定期検査）（別紙様式 3-2）に、次のものを添えて当該対象者の居住地を管轄する保健所長を経由して知事に請求するものとする。ただし、奈良市に住所を有する者は県疾病対策課を経由して知事に請求する。
- a 定期検査に係る専門医療機関の領収書と診療明細書（原本）
 - b 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（別紙様式 1）（原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し）

※初回精密検査の費用助成を利用しておらず、初めて定期検査の費用助成を利用する者のみ。

c 世帯全員の住民票の写し

d 世帯全員の住民税非課税証明書（別表による自己負担限度額階層区分の乙にあたる場合）又は世帯全員の市町村民税の課税年額を証する書類（別表による自己負担限度額階層区分の甲にあたる場合）（どちらの場合も中学生までは省略可）

ただし、申請者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者（配偶者以外のものに限る。）については、別紙様式5による市町村民税額合算対象除外希望申請書に基づき、世帯全員の市町村民税課税年額の合算対象から除外することを認めることができるものとする。

なお、市町村民税課税年額の算定に当たっては、次に定めるところによるものとする。

(a) 平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「控除廃止の影響を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うものとする。

(b) 平成30年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、市町村民税所得割の納税義務者が地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市の区域内に住所を有する場合については、地方税法及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）第1条による改正前の地方税法に規定する市町村民税所得割の標準税率（6%）により算定を行うものとする。

(c) 平成30年9月以降において、申請者を含む世帯構成員のいずれかが、未婚のひとり親として、地方税法第292条第1項第1号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となつた女子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号イに該当することとなる者又は同項第12号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となつた男子であつて、現に婚姻していないもの」と読み替えた場合に同号に該当することとなる者であるときは、その者を同項第11号イに定める寡婦又は同項第12号に定める寡夫とみなして、同法第295条第1項の規定により当該市町村民税が課されないこととなる者として、又は同法第314条の2第1項第8号の規定による寡婦控除及び寡夫控除並びに同条第3項の規定による特別寡婦控除が適用された場合の所得割額を用いることとして、算定を行うことができるものとする。

また、同じ年度に1回目の定期検査費用の助成を受けた場合又は奈良県肝炎治療特別促進事業による肝炎治療受給者証の交付を受けた場合、知事に提出した書類と同様の内容である場合に限り、世帯全員の住民票の写し、世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書、市町村民税合算対象除外希望申請書を省略することができる。

e 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（別紙様式4）

ただし、以前に奈良県知事から定期検査費用の支払いを受けた者、1年以内に奈良県肝炎治療特別促進事業の申請において医師の診断書を提出した者、（慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった者は除く。）、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の申請において臨床調査個人票及び同意書を提出した者については、診断書の添付を省略することができる。

カ 検査費用の支払いについて

- （ア）保健所は、請求を受けたときは、その内容を審査の上、疾病対策課に進達する。
- （イ）知事は、内容を審査の上、支払額を決定し、請求のあった指定の口座に支払う。

キ 市町村が実施する子ども医療費助成・重度心身障害老人等医療費助成・ひとり親家庭等医療費助成・心身障害者医療費助成、精神障害者医療費助成受給者の取扱い

県は、二重償還を防ぐため、検査費用の支払いを受けた者の必要事項（氏名、生年月日、性別、住所、医療機関名、診療月及び支払額）を居住市町村担当課に報告する。

第4 実施に当たっての留意事項

本事業の実施に際しては、個人のプライバシー等人権の保護に十分配慮する。

附 則

この要綱は、平成27年7月1日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

この要綱は、平成29年6月29日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

この要綱は、平成30年5月22日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

この要綱は、令和3年7月30日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

(別表)

定期検査費用の助成における自己負担限度額表

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

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎ウイルスに感染した場合、自覚症状がないまま病気が進行し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと重症化する可能性があります。

そのため、すぐに治療の必要がない場合でも、定期的に医療機関を受診し、ご自身の状態を確認することが重要です。

奈良県では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。事業の実施にあたっては、個人情報の取扱いに留意のうえ、市町村、保健所、奈良県肝疾患相談センター（奈良県立医科大学附属病院内）と連携して行います。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、市町村や保健所または、奈良県肝疾患相談センター（奈良県立医科大学附属病院内）より年1回調査票をお送りするなど、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただき、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。本事業にご参加いただいた方には、随時必要な相談支援を行います。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

- フォローアップ事業に同意する
- フォローアップ事業に同意しない

年 月 日

氏名（自署）： _____ 性別： 男 ・ 女

日中連絡のつく電話番号を記載してください。

生年月日： _____ 年 月 日 電話番号： _____ ()

住所：〒 _____

<肝炎ウイルス検査実施機関> 保健所 その他 ()

【同意書の提出先及びお問い合わせ先】

〒 _____ 奈良県〇〇市〇〇町〇-〇-〇
奈良県〇〇保健所〇〇課〇〇係 (TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、奈良県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業にご参加いただいた方を対象に、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要な相談支援を行うことを目的に年1回実施しております。

調査のご回答を受けて、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。

なお、個人情報につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。ご協力のほどよろしく願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

奈良県〇〇保健所〇〇課 (TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課 (TEL 0742-27-8612)

【肝炎に関するご相談窓口】 祝日・休日・年末年始を除く 火・木・金 午前10時~12時 午後2時~4時
奈良県肝疾患相談センター (奈良県立医科大学附属病院内) TEL0744-22-1380

該当する項目にチェックをつけて、必要事項を記入してください。

問1 過去1年以内に肝臓の病気に関して医療機関を受診しましたか。

- はい (直近の受診日: 年 月ころ 医療機関名:)
- いいえ (受診をしていない理由:)

問2 (問1で「はい」と回答した場合) 差し支えなければ、説明を受けた病状を教えてください。

- 無症候性キャリア (B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス)
- 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス)
- 肝硬変 (B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス)
- 肝がん (B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス)
- その他 ()

問3 (問1で「はい」と回答した場合) 現在の治療状況と今後の予定を教えてください。

- 肝臓病の治療を現在受けている。または今後受ける予定である。
↳ 差し支えなければ、治療内容を教えてください。
 - インターフェロン治療
 - 核酸アナログ製剤治療
 - インターフェロンフリー治療
 - その他 ()
- 肝臓病の治療は受けていない。または今のところ治療の予定はない。
↳ 今後の予定をご回答下さい。
 - 経過観察 (次回の受診目安: ころ)
 - 経過観察期間終了の判断がされた
 - その他 ()

問4 精密検査または定期検査を受けましたか。

- はい (直近の受診日: 年 月ころ)
- いいえ (年 月ころ検査予定)

問5 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載下さい。

肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

年 月 日

奈良県知事 殿

肝炎検査(初回精密検査)に要した費用を次のとおり請求します。

申請者 (検査を受けた本人)	フリガナ			性別	生 年 月 日		
	氏 名			男 女	年 月 日生		
	住 所	〒 - 電話番号 ()					
	加入医療 保 険	被保険者 氏 名			申請者 との続柄		
		保険種別	協・組・共・国・後		被保険者証 の記号・番号		
被保険者証 発行機関名							
	所在地						
振込先	フリガナ						
	口座名義						
	金融機関名			店舗名			
	口座種別	普通・当座		口座番号			
	※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、委任欄に必ず署名してください。			(注意)下記は記入しないでください			
委任欄	私は、標記検査費用の受領の権限を、代理人: (続柄:)に委任します。 年 月 日 申請者						
請求金額	円 (請求金額は決定金額ではありません。)		※請求金額には、本事業対象経費(肝炎検査費)のみ記載してください。 (診療明細書の内容によっては、請求額と支給額が異なる場合があります。) ※【県保健所記入欄】 支給決定額 円				
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(レ印)	<input type="checkbox"/> 奈良県が、上記申請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必要があるときは、上記申請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。						
同意	<input type="checkbox"/> 県から検査費用の支払を受けた場合は、必要事項(氏名、生年月日、性別、住所、医療機関名、診療月及び支払額)を市町村担当課と共有することに同意します。						

※ 医療機関によっては、診療明細書に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外です。

※ 交付決定をした旨のご連絡はいたしません。申請から支払いまで2ヶ月程度を要します。

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 初回精密検査に係る専門医療機関の領収書と診療明細書(原本) <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書(別紙様式1) (原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し)
	a ~ dのうちいずれか (陽性と判明した肝炎ウイルス検査の実施機関により異なります。) a 県が実施する肝炎ウイルス検査若しくは市町村が実施する健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診を受けた場合 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査又は肝炎ウイルス検診の結果通知書の写し b 職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し <input type="checkbox"/> 職域検査受検証明書(別紙様式6)・・・検査の結果通知により職域の肝炎ウイルス検査を受けたことを確認できる場合は、省略可とする。 c 妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の表紙(交付年月日、妊婦の氏名の記載があるもの)の写し及び検査日、検査結果が確認できるページの写し(母子健康手帳により検査日等が確認できない場合は、医療機関が発行する検査結果通知書の写し) d 手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し <input type="checkbox"/> 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(原本)

肝炎検査費用請求書（定期検査）（ 年度 回目）

年 月 日

奈良県知事 殿

肝炎検査（定期検査）に要した費用を次のとおり請求します。

申請者 (検査を受けた本人)	フリガナ			性別	生 年 月 日	
	氏 名			男 女	年 月 日生	
	住 所	〒 - () 電話番号 ()				
	加入医療 保 険	被保険者 氏 名			申請者 との続柄	
保険種別		協・組・共・国・後		被保険者証 の記号・番号		
被保険者証 発行機関名						
所在地						
振込先	フリガナ					
	口座名義					
	金融機関名			店舗名		
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号		
	(注意)下記は記入しないでください 相手方コード					
※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、委任欄に必ず署名してください。						
委任欄		私は、標記検査費用の受領の権限を、代理人： （続柄： _____）に委任します。 申請者 _____ 年 月 日				
請求金額		請求金額には、本事業対象経費（肝炎検査費）のみ記載してください。 （診療明細書の内容によっては、請求額と支給額が異なる場合があります。） ※【県保健所記入欄】 支給決定額 _____ 円 (請求金額は決定金額ではありません。)				
フォローアップ事業参加同意状況		<input type="checkbox"/> 本請求書に同意書を添付 <input type="checkbox"/> 過去の（初回精密検査・定期検査）費用請求書に同意書を添付済				
肝炎治療受給者証交付の有無		なし ・ 過去にあり（現在はなし） ・ あり				
<p>◎ ①・②とも、いずれかに☑して下さい。</p> <p>① { <input type="checkbox"/> 福祉医療費助成を受けている。 <input type="checkbox"/> 子ども医療費助成 <input type="checkbox"/> 重度心身障害老人等医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成 <input type="checkbox"/> 心身障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> 福祉医療費助成を受けていない。</p> <p>② { <input type="checkbox"/> 精神障害者医療費助成を受けている。 ・精神障害者医療費助成（一般または後期高齢） <input type="checkbox"/> 精神障害者医療費助成を受けていない。</p> <p>助成を受けている方は、同意欄に☑をしてください。</p>						
同意		<input type="checkbox"/> 県から検査費用の支払を受けた場合は、必要事項（氏名、生年月日、性別、住所、医療機関名、診療月及び支払額）を市町村担当課と共有することに同意します。				

※ 医療機関によっては、診療明細書や診断書に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外です。

※ 申請にあたっては、申請書類の作成にかかる費用（診断書料、世帯全員の住民票や世帯全員の住民税非課税証明書等）は実費負担となります。個人差がありますが、数千円かかる場合がありますのでご注意ください。

※ 交付決定をした旨のご連絡はいたしません。申請から支払いまで2ヶ月程度を要します。

添付書類	<input type="checkbox"/> 定期検査に係る専門医療機関の領収書と診療明細書（原本）
	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書（別紙様式1） （原本又は市町村のフォローアップ事業へ同意し、市町村へ同意書を提出している場合はその写し）：該当者のみ ※初回精密検査の費用助成を利用しておらず、初めて定期検査の費用助成を利用する者のみ必要。
	<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し（※1）
	<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民税非課税証明書又は世帯全員の市町村民税の課税年額を証する書類（中学生までは省略可）（※2）
	<input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書（別紙様式5）：該当者のみ（※3）
<input type="checkbox"/> 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（別紙様式4） ※以前に奈良県知事から定期検査費用の支払いを受けた者、1年以内に奈良県肝炎治療特別促進事業の申請において医師の診断書を提出した者、（慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった者は除く。）、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の申請において臨床調査個人票及び同意書を提出した者については、省略することができる。	

(※1・※2・※3)
 同じ年度に、1回目の定期検査費用の助成を受けた場合又は奈良県肝炎治療特別促進事業による肝炎治療受給者証の交付を受けた場合、知事に提出した書類と同様の内容である場合に限り省略することができる。

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男女	年月日生
住所	〒 ー 電話番号 ()		
肝炎ウイルス マーカー	<p>該当する項目にチェックをしてください。 ※ 抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載してもよいです。</p> <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー (HBs抗原陽性 ・ HBV-DNA陽性) <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー (HCV抗体陽性 ・ HCV-RNA陽性)		
診断	<p>該当する診断名にチェックをしてください。 ※ 各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に記載してください。</p> <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん ※1 <input type="checkbox"/> その他 () <small>※助成対象は、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(治療後の経過観察を含む)のみです。</small>		
その他 記載すべき 事項			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">記載年月日: 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p> <hr/> <p>下記の該当する項目にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 専門医療機関 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器学会専門医</p>			

この診断書は、奈良県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の定期検査費用の助成対象者が使用します。奈良県肝疾患に関する専門医療機関が記載します。

以前に奈良県知事から定期検査費用の支払いを受けた者、1年以内に奈良県肝炎治療特別促進事業の申請において診断書を提出した場合(慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった者は除く。)、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の申請において臨床調査個人票及び同意書を提出した者については、省略することができます。

※1 「診断」欄の「その他」は、抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っているなどの場合に記入する。

治療後の経過観察の方の場合 例:平成〇〇年〇月、慢性肝炎(肝硬変若しくは肝がん)と診断、〇年〇月治療終了

(別紙様式5)

定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者およびその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村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

ふりがな	
除外希望者氏名	
ふりがな	
除外希望者氏名	

申請者氏名 _____

年 月 日

奈良県知事 殿

【添付書類】

市町村民税額合算対象から除外できることを確認する必要があるため、以下の書類を提出してください。

- ・ 除外希望者の健康保険証の写し

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。
- ※ 氏名は、記載を省略することができる。ただし、検査番号に代えて住所等を記載する場合を除く。
- ※ 検査日は、記載を省略することができる。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名： _____

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奈良県に初回精密検査費用の助成を請求する際に、添付書類として必要となるものです。
- ※ 初回精密検査費用の助成を受けるには、奈良県又は奈良市が行う医療機関受診状況のフォローアップ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、居住地を管轄する保健所にお問い合わせ下さい。

(医療機関名) 御中

職域での肝炎ウイルス検査の実施に関する照会について

下記の者について、奈良県において肝炎ウイルスに係る初回精密検査費用の助成を行うにあたり必要であるため、下記の者が貴機関において、職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて照会しますので、下記の回答欄に記入の上、返信して下さいますようお願いいたします。

なお、本照会に貴機関が回答することについては、本人の同意を得ています。

(注) 下記の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、下記の者の職場等に照会しないで下さい。

記

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男女	年月日生
住所	〒 -		
検査日	年月日	検査結果通知日	年月日

年月日

奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課 担当者: _____

所在地: _____

電話番号: _____

<医療機関回答欄>

※ 以下のいずれかにチェックの上、返信して下さい。

上記の者は、当機関で職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた者と認めます。

上記の者は、当機関で職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた者と認められません。

年月日

医療機関名: _____

担当部署・担当者: _____

所在地: _____

電話番号: _____