肝炎ウイルス検査の委託医療機関を募集します

対象医療機関	奈良県（奈良市除く）の医療機関
検査対象者	奈良県（奈良市除く）在住者 ※再検査が必要な方を除き、過去に検査を受けた方は対象外
検査内容	B型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査） C型肝炎ウイルス検査（HCV抗体検査（定量）、抗体検査の結果、中力価及び低力価の場合はHCV核酸増幅法を実施）
検査方法	受診された方に医師から当該検査をすすめていただき、同意を得られた方へ検査実施
検査日	令和7年10月1日(水)から令和8年3月31日（火）まで
請求方法	「請求書」に必要事項を記入の上、 検査を実施した日の翌月10日までに県疾病対策課へ郵送(必着) ※ただし、3月に実施した検査については、令和8年3月31日までに県疾病対策課へ郵送(必着) （「請求書」は受診票送付時に同封するとともに、奈良県ホームページにも様式を掲載します）
申込方法	「請書」に必要事項を記入の上、 令和7年9月17日（水）までに県疾病対策課へ郵送（必着） （「請書」は奈良県ホームページにも様式を掲載します）
委託料	一人あたり6,500円 （核酸増幅法を実施した場合 5,000円）
その他	本事業に申し込みいただいた医療機関の一覧について、県ホームページで公表させていただきます。

申込手続きが完了しましたら、「受診票」を送付します。
「受診票」の追加送付を希望される場合は、下記までご連絡をお願いします。

＜請書及び請求書の郵送先・問い合わせ先＞
〒630-8501奈良市登大路町30
奈良県福祉保険部医療政策局疾病対策課感染症係
TEL：0742-27-8612

ご協力よろしくお願いします