

静岡県告示第253号の10

静岡県肝炎ウイルス検査陽性等重症化予防推進事業実施要綱を次のように定める。

令和8年3月31日

静岡県知事 鈴木康友

静岡県肝炎ウイルス検査陽性等重症化予防推進事業実施要綱

第1 目的

この事業は、職域における肝炎に係る啓発及び肝炎ウイルス検査の勧奨を行うとともに、静岡県肝炎ウイルス検査実施要綱に基づく肝炎ウイルス検査等の陽性者に対するフォローアップ及び検査費用助成を実施することにより、陽性者を早期治療に繋げ、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 用語の定義

- (1) この要綱において「陽性者」とは、肝炎ウイルス検査等により、「陽性」又は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者をいう。
- (2) この要綱において「市町肝炎ウイルス検診」とは、健康増進法（平成14年法律第103号）の規定に基づき健康増進事業として市町が行う肝炎ウイルス検診又は感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）の規定に基づき特定感染症検査等事業として政令市が行う肝炎ウイルス検査をいう。
- (3) この要綱において「県保健所検査」とは、静岡県肝炎ウイルス検査実施要綱に基づき、県保健所で実施する肝炎ウイルス検査をいう。
- (4) この要綱において「県委託医療機関検査」とは、静岡県肝炎ウイルス検査事業（医療機関委託）実施要綱に基づき、県委託医療機関において実施する肝炎ウイルス検査をいう。
- (5) この要綱において「医療保険関係法」とは、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に及び同法に規定する医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律をいう。
- (6) この要綱において「保険医療機関」とは、健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する保険医療機関をいう。
- (7) この要綱において「保険者」とは、全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）及び健康保険組合等の職域での健康診断を実施する者をいう。

第3 実施主体

本事業は、県が、医療機関及び保険者の協力を得て行う。

第4 職域検査促進事業の内容

(1) 対象者

保険者に加入する事業所の従業員で、原則として肝炎ウイルス検査を受けていない者とする。ただし、当検査を受けているか不明である場合は、可能性のある者まで幅広く肝炎ウイルス検査を勧奨することもできる。

(2) 実施方法

保険者、肝炎ウイルス検査を実施する医療機関（以下「検診機関」という。）及び静岡県肝疾患診療連携

拠点病院等の協力を得て、以下の方法により肝炎に係る啓発若しくは肝炎ウイルス検査の勧奨を行う。

また実施に際しては、保険者や検診機関と実施方法について協議の上、肝炎ウイルス検査の個別勧奨のための資材等の提供を行い、必要と認められる場合には、保険者や検診機関に対し当該内容を委託することができる。

併せて、資材等の提供又は委託を行った保険者、検診機関に対しては、以下ウにより報告を受けるものとする。

ア 協会けんぽの場合

協会けんぽが行う肝炎ウイルス検査の実施に際して、加入する事業所の従業員等に対する肝炎対策への理解浸透及び肝炎ウイルス検査の受検を促すよう、検診機関又は加入事業所を通じて肝炎に係る啓発若しくは肝炎ウイルス検査の勧奨を行う。

イ 健康保険組合等の場合

健康保険組合等が実施する職域健診等における検診機関による肝炎ウイルス検査の実施に際しては、加入する事業所の従業員等に対する肝炎対策への理解浸透及び肝炎ウイルス検査の受検を促すよう、検診機関又は加入している健康保険組合等を通じて肝炎に係る啓発若しくは肝炎ウイルス検査の勧奨を行う。

ウ 実施状況の取りまとめ

上記ア及びイにより実施する場合、職域検査促進事業における実施状況報告（様式第8号）により報告がなされるよう協力を求めるものとする。

第5 陽性者フォローアップ事業の内容

(1) 対象者

対象者は次のとおりとする。ただし、市町肝炎ウイルス検診によるフォローアップの対象となる陽性者を除く。

ア 県保健所検査又は県委託医療機関検査における陽性者

イ 第6の検査費用の請求により把握した陽性者

ウ 医療機関や市町、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。）を受けた者などからの情報提供等により把握した陽性者

(2) 実施方法

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第1号）等により本人の同意を得ている対象者に対し、検査費用助成事業等を活用し、必要に応じて以下の方法等により実施する。

ア 医療機関の受診状況等に関する調査票（様式第2号）を年1回送付する等により医療機関の受診状況や最新の病状等の確認

イ 未受診の者に対する電話等による受診勧奨

ウ 肝炎に関する研修会等の案内の送付

第6 検査費用助成事業の内容

(1) 対象者

ア 初回精密検査

- (7) 県保健所検査、県委託医療機関検査及び市町肝炎ウイルス検診において陽性と判定されてから1年以内であって、以下の全ての要件に該当する者
- A 医療保険関係法の規定による被保険者又は被扶養者
 - B 県内に住所を有する者
 - C 県又は市町のフォローアップに同意した者
 - D 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又は当該受給者証の有効期間外に検査を受検した者
- (8) 職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定されてから1年以内であって、以下の全ての要件に該当する者
- A 医療保険関係法の規定による被保険者又は被扶養者
 - B 県内に住所を有する者
 - C 県又は市町のフォローアップに同意した者
 - D 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又は当該受給者証の有効期間外に検査を受検した者
- (9) 妊婦検診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定されてから原則1年以内（出産後の状況等に鑑み特段の事情があると認められる場合を除く。）であって、以下の全ての要件に該当する者
- A 医療保険関係法の規定による被保険者又は被扶養者
 - B 県内に住所を有する者
 - C 県又は市町のフォローアップに同意した者
 - D 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又は当該受給者証の有効期間外に検査を受検した者
- (10) 手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定されてから原則1年以内（手術後の状況等に鑑み特段の事情があると認められる場合を除く。）であって、以下の全ての要件に該当する者
- A 医療保険関係法の規定による被保険者又は被扶養者
 - B 県内に住所を有する者
 - C 県又は市町のフォローアップに同意した者
 - D 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又は当該受給者証の有効期間外に検査を受検した者

イ 定期検査

以下の全ての要件に該当する者

- (7) 医療保険関係法の規定による被保険者又は被扶養者
- (8) 県内に住所を有する者
- (9) 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。）
- (10) 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
- (11) 県又は市町のフォローアップに同意した者

(h) 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又は当該受給者証の有効期間外に検査を受検した者

(2) 実施方法

(1)の対象者が保険医療機関において初回精密検査又は定期検査を受診し、医療保険関係法の規定による医療に関する給付を受けた場合、下記(3)から(6)により対象者が負担した費用に対し助成する。なお、この費用の額は、医療保険関係法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関係法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、(1)のイに該当する者については、1回につき、次のアに規定する額からイに規定する自己負担限度額を控除した額とする。

ア 医療保険関係法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関係法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

イ 別表1に定める自己負担限度額

この場合、別表1甲又は乙に該当するかについては、(6)イ(7)の課税等証明書等により確認するものとする。なお、別表1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は助成は行わない。

(3) 助成対象となる費用

ア 初回精密検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び別表2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。

イ 定期検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び別表2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。

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。

(4) 助成額

助成対象のうち、医療機関の診療明細書又はウイルス性肝炎患者等重症化予防事業検査明細書（様式第4号）において医療保険等一部負担額に応じて負担した額の内、県の認めた額。

(5) 助成回数

ア 初回精密検査

1回限り

イ 定期検査

1年度2回（(1)の検査を含む。）

(6) 検査費用の請求について

ア 初回精密検査

対象者は、次に掲げる書類により知事に請求するものとする。

なお、保険医療機関の領収書又は診療明細書については、ウイルス性肝炎患者等重症化予防事業検査明細書（様式第4号）により代えることができる。

- (7) 県保健所検査、県委託医療機関検査、市町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 肝炎検査費用請求書（様式第3号）
 - B 静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第1号）又は市町が認める同意書の写し
 - C 保険医療機関の領収書
 - D 保険医療機関の診療明細書
 - E 肝炎ウイルス検査結果通知書等の写し
 - F 医療保険の資格情報が確認できる資料
 - G 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類
- (8) 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 肝炎検査費用請求書（様式第3号）
 - B 職域検査受検証明書（様式第3号の2）（対象者が保有している場合に限る。）
 - C 静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第1号）又は市町が認める同意書の写し
 - D 保険医療機関の領収書
 - E 保険医療機関の診療明細書
 - F 肝炎ウイルス検査結果通知書等の写し

県は、対象者からの請求に職域検査受検証明書（様式第3号の2）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、対象者本人の同意を得て、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（様式第3号の3）により、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。

 - G 医療保険の資格情報が確認できる資料
 - H 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類
- (9) 妊婦検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 肝炎検査費用請求書（様式第3号）
 - B 静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第1号）又は市町が認める同意書の写し
 - C 保険医療機関の領収書
 - D 保険医療機関の診療明細書
 - E 母子健康手帳の表紙、肝炎ウイルス検査日及び検査結果が確認できるページの写し又は肝炎ウイルス検査結果通知書等の写し
 - F 医療保険の資格情報が確認できる資料
 - G 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類
- (10) 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 肝炎検査費用請求書（様式第3号）
- B 静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第1号）又は市町が認める同意書の写し
- C 保険医療機関の領収書
- D 保険医療機関の診療明細書
- E 肝炎ウイルス検査結果通知書等の写し
- F 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
- G 医療保険の資格情報が確認できる資料
- H 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類

イ 定期検査

(7) 提出書類

対象者は、次に掲げる書類により知事に請求するものとする。ただし、請求は定期検査費用の支払日から1年以内にしなければならない。

なお、C又はDについては、ウイルス性肝炎患者等重症化予防事業検査明細書（様式第4号）により代えることができる。

- A 肝炎検査費用請求書（様式第3号の4）
- B 静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第1号）又は市町が認める同意書の写し
- C 保険医療機関の領収書
- D 保険医療機関の診療明細書
- E 世帯全員の住民票の写し
- F 世帯全員の所得課税証明書
- G 医師の診断書（様式第6号）
- H 医療保険の資格情報が確認できる資料
- I 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類

(4) 自己負担限度額階層区分の認定

- A 別表1による自己負担限度額階層区分の甲に当たる場合、申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員（以下「世帯構成員」という。）に係る市町村民税課税証明書等を提出するものとする。一方、乙に当たる場合は、世帯構成員の住民税非課税証明書を提出するものとする。

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（配偶者以外の者に限る。）については、市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式第7号）に基づき、世帯構成員における市町村民税課税年額の合算対象から除外することができる。

- B 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年度以降に実施された定期検査分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、「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。）に係る取り扱いについて」（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年度以降に実施された定期検査分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、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月以降から令和2年12月までの期間に実施された定期検査における市町村民税課税年額の算定に当たっては、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（昭和25年法律第226号）第292条第1項第11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った女子であって、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った男子であって、現に婚姻をしていないもの」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。

(g) 提出書類の省略

対象者は申請の際、上記(ア)及び(イ)によらず、以下要件に該当する場合は、以下に掲げる書類を省略することができる。

A 医師の診断書（様式第6号）

以下のいずれかに該当する場合（a、bについては慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化のあった者は除く。）

- a 過去、本県において定期検査費用の支払いを受けた者
- b 1年以内に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場合
- c 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場合
- d 別に定める方法で病態を確認できる場合

B 世帯全員の住民票の写し

C 世帯全員の所得課税証明書又は住民税非課税証明書

D 市町村民税合算対象除外希望申請書（様式第7号）

B、C及びDについては以下のいずれかに該当する場合において、同一年度内に本県に提出した書類と同様である場合

- a 1回目の定期検査費用の助成を受けた場合
- b 肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けた場合

E 静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第1号）又は市町が認める同意書の写し

F 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類

E及びFについては以下のいずれかに該当する場合において、同一年度内に本県に提出した書類と同様である場合

a 初回精密検査費用の助成を受けた場合

b 1回目の定期検査費用の助成を受けた場合

ウ 書類の経由

この要綱の規定により知事に提出すべき書類は、対象者の住所地を管轄する保健所の長を経由するものとする。ただし、静岡市又は浜松市に住所地を有する対象者が提出する書類については、この限りでない。

(7) 検査結果の確認について

ア 初回精密検査結果の確認

(6)により、初回精密検査の費用請求があった場合には、県は当該検査を実施した医療機関に対して、様式第1号又は市町が認める同意書の写しを添えて、初回精密検査結果報告書（様式第5号）による初回精密検査結果を照会し、その提供を求めることができるものとする。

イ 検査結果の提供

当該申請者のフォローアップを市町が実施している場合には、アの照会により提供を受けた精密検査の結果を当該市町に提供するものとする。

第7 実施の留意事項

職域検査促進事業、陽性者フォローアップ事業及び検査費用助成事業の実施に当たっては、個人情報の取扱いに留意の上、人権の保護に十分配慮し、市町、政令市保健所及び関係機関等の健康増進事業担当部局等と連携を図るものとする。

附 則

- この要綱は、公示の日から施行し、令和7年7月16日から適用する。
- この要綱の施行の際現に制定前の静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領の規定及び様式により提出されている請求書等は、制定後の静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要綱の相当する規定及び様式により提出された請求書等とみなす。

別表1

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

別表2

- ア 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査、末梢血液像）
- イ 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）
- ウ 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）
- エ 腫瘍マーカー（AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量）
- オ 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）
- カ 微生物核酸同定・定量検査（HBV核酸定量、HCV核酸定量）
- キ 超音波検査（断層撮影法（胸腹部））

様式第1号（用紙 日本産業規格A4縦型）

静岡県肝炎ウイルス検査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。

静岡県及び県内の市町では、肝炎ウイルス検査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。

◆事業の目的

B型、C型肝炎ウイルス検査陽性の方に対して、受診勧奨や情報提供を行い、適切な肝炎治療を受けていただくことにより、肝疾患による死亡率の低減を目指します。

◆事業の内容

- ・年1回調査票をお送りする等により、医療機関の受診状況等を確認させていただきます。
 - ・精密検査（定期検査）を実施した医療機関に検査結果を照会させていただきます。
 - ・肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等の御案内を差し上げます。
 - ・「初回精密検査・定期検査」費用の助成を行います。
（初回精密検査：1人1回限り / 定期検査：1年度2回（世帯の所得制限あり））
- ※ただし、事業内容は、実施主体（市町、保健所）により一部異なることがありますので御了承ください。

◆個人情報の取扱い

- ・本事業で入手した個人情報につきましては、県及びお住まいの市町で共有しますが、県個人情報保護条例その他個人情報保護に関する規定により適切に管理し、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。

本事業への参加に同意いただける場合には、以下の必要事項を御記入の上、
肝炎ウイルス検査実施主体（市町、県保健所等）に御提出ください。

<p>静岡県及び市町が実施するフォローアップに同意します。</p> <p>記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>氏 名（自署）： _____</p> <p>性 別： <u>男</u> ・ <u>女</u></p> <p>生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>住 所： 〒 _____ - _____ 静岡県 _____</p> <p>電話番号： _____ - _____</p>	<p>【受付印押印欄】</p>
---	-----------------

様式第2号（用紙 日本産業規格A4縦型）

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業に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等を確認し、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。

調査の御回答を受けて、皆様の健康管理を支援する目的で、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、個人情報及び回答内容につきましては、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。

御協力よろしくお願ひいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

静岡県〇〇保健所（TEL 〇〇-〇〇-〇〇）

【肝炎に関するご相談窓口】

〇〇病院肝疾患相談センター（TEL 〇〇-〇〇-〇〇）

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

↳理由： 受診する時間がない 特に自覚症状がない 医師に受診不要と言われた
 経済的な問題 その他（ ）>

問2 差し支えなければ、医師から説明を受けたあなたの病状（最新の状態）を教えてください。

無症候性キャリア 慢性肝炎 肝硬変 肝がん その他（ ）

説明を受けたことがない 忘れた・わからない

→上記はどちらのウイルスによるものですか？ B型肝炎ウイルス C型肝炎ウイルス

問3（問1で「はい」と回答した場合）この1年に受けた治療又は今後の治療予定を教えてください。

この1年に肝臓病の治療を受けた（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（注射+飲み薬/注射） インターフェロンフリー治療（飲み薬）

核酸アナログ製剤治療（飲み薬） 肝臓を保護する治療（強力ネオミノファーゲンシー等）

その他（ ） わからない

この1年に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ください。

経過観察（次回の受診予定： 年 月 ころ）

その他（ ）

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前 _____

記載年月日： _____年 _____月 _____日

様式第3号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝炎検査費用請求書 (初回精密検査)
(表)

静岡県知事 様

肝炎検査 (初回精密検査) に要した費用を下記のとおり請求します。

※検査対象者と請求者 (振込先の口座名義人) が異なる場合は、裏面の委任状に記入してください。

保険診療分検査対象者 請求者
一部負担合計額

	円
--	---

査定合計額 _____ 円

	(〒 -)	年 月 日
住 所		
氏 名		
電話番号	- -	
検査対象者との続柄		

(検査対象者)

ふりがな		性 別	生年月日
対象者氏名		男 ・ 女	年 月 日
住 所	〒 -	電話番号	- -
保険区分	被保険者氏名		
	保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号
	保険者名		

(振込先口座)

金融機関名 (該当に○)、支店名	預金種別 (該当に○)、口座番号	口座名義人 (請求者本人)
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

(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チェックを入れてください。)

<input type="checkbox"/>	静岡県が、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。
--------------------------	---

(注) 1 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。

2 市町健康増進事業で陽性と判明した方については、市町のフォローアップ事業への同意が条件となりますので、お住まいの市町に市町フォローアップ事業への同意の有無について照会します。

【提出書類一覧】

- ①肝炎検査費用請求書 (様式第3号)
- ②フォローアップ事業参加同意書の写し (様式第1号又は市町の定める様式)
- ③領収書 (医療機関で発行した原本) ③若しくは④を紛失した場合
- ④診療明細書 (医療機関で発行した原本) 検査明細書 (様式第4号)
- ⑤肝炎ウイルス検査「陽性」結果通知書の写し※ (妊婦検診の肝炎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)

※精密検査を受けるきっかけとなった市町肝炎ウイルス検診等の結果通知であって、初めて精密検査をした際の結果通知ではありません。

- ⑥医療保険の資格情報が確認できる資料 (資格確認書の写し等)
- ⑦振込先の口座番号等が確認できる資料 (通帳の写し等)

以下、該当する場合に提出が必要です。

(職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合)

- ⑧職域検査受検証明書 (様式第3号の2) (保有している場合に限る)

(妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合)

- ⑨母子健康手帳の表紙、肝炎ウイルス検査日及び検査結果が確認できるページの写し

(手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合)

- ⑩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

(裏)

委 任 状

私は、以下の者を代理人と定め、下記事項を処理する一切の権限を委任します。

代理人
住 所
氏 名

記

委任事項 (※該当する項目 (請求・受領) を○で囲む)

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業
における検査費の (請求 ・ 受領) 事務

年 月 日

(委任者：請求書の検査対象者)

住 所

氏 名

様式第3号の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

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、県又はお住まいの市町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、最寄りの保健所にお問い合わせ下さい。

様式第3号の3（用紙 日本産業規格A4縦型）

（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、静岡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当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	〒 ー		
検査日	年月日	検査結果通知日	年月日

年 月 日

静岡県 部 局 課
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： _____

様式第3号の4 (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝炎検査費用請求書 (定期検査) (年度 回目)
(表)

静岡県知事 様

肝炎検査 (定期検査) に要した費用を下記のとおり請求します。

※検査対象者と請求者 (振込先の口座名義人) が異なる場合は、裏面の委任状に記入してください。

保険診療分検査対象者
一部負担合計額

請求者

円

査定合計額

円

年 月 日
(〒 -)
住 所
氏 名
電話番号 - -
検査対象者との続柄

(検査対象者)

ふりがな		性 別	生年月日
対象者氏名		男 ・ 女	年 月 日
住 所	〒 - 電話番号 - -		
保険区分	被保険者氏名		
	保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号
	保険者名		

(振込先口座)

金融機関名 (該当に○)、支店名	預金種別 (該当に○)、口座番号	口座名義人 (請求者本人)
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

(省略書類) 省略する場合に、チェックを入れてください。

省略書類	省略できる場合
<input type="checkbox"/> ⑧ 医師の診断書	以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、又は1年以内に肝炎治療特別促進事業で医師の診断書を提出した場合等 (慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった場合は除く。)
<input type="checkbox"/> ⑤ 世帯全員の住民票の写し	同一年度内で、2回目の申請又は肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付の後本申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合
<input type="checkbox"/> ⑥ 世帯全員の所得課税証明書	
<input type="checkbox"/> ⑦ 市町村民税額合算対象除外希望申請書	
<input type="checkbox"/> ② フォローアップ事業参加同意書の写し	同一年度内で、2回目の申請 (初回精密検査の申請を含む) であって、以前の申請時と同様の内容の書類である場合
<input type="checkbox"/> ⑨ 振込先の口座番号等が確認できる資料	

(注) 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。

【提出書類一覧】

- ① 肝炎検査費用請求書 (様式第3号の4)
- ② フォローアップ事業参加同意書の写し (様式第1号又は市町の定める様式)
- ③ 領収書 (医療機関で発行した原本)
- ④ 診療明細書 (医療機関で発行した原本)
- ⑤ 世帯全員の住民票の写し (3か月以内に交付されたもの・コピーも可)
- ⑥ 世帯全員の所得課税証明書 (直近の年度のもの)
- ⑦ 市町村民税額合算対象除外希望申請書 (除外を希望する場合) (様式第7号)
- ⑧ 定期検査費用の助成に係る医師の診断書 (様式第6号)
- ⑨ 医療保険の資格情報が確認できる資料 (資格確認書の写し等)
- ⑩ 振込先の口座番号等が確認できる資料 (通帳の写し等)

(裏)

委 任 状

私は、以下の者を代理人と定め、下記事項を処理する一切の権限を委任します。

代理人
住 所
氏 名

記

委任事項 (※該当する項目 (請求・受領) を○で囲む)

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業
における検査費の (請求 ・ 受領) 事務

年 月 日

(委任者：請求書の検査対象者)

住 所

氏 名

様式第4号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業 検査明細書 (B型肝炎用)

対象者氏名

検査日 年 月 日

	区分	内容	点数	実施	備考
初診・再診 指導料等	A000	初診料		<input type="checkbox"/>	
	A001	再診料		<input type="checkbox"/>	
	注11	明細書発行体制等加算		<input type="checkbox"/>	
	A002	外来診療料		<input type="checkbox"/>	
	B001.1	ウイルス疾患指導料1		<input type="checkbox"/>	
	初診・再診・指導料合計				
血液学的 検査	D005 a	末梢血液一般検査		<input type="checkbox"/>	
		末梢血液像(自動機械法15)		<input type="checkbox"/>	
	D006 b	末梢血液像(鏡検法25)		<input type="checkbox"/>	
		プロトロンビン時間		<input type="checkbox"/>	
	活性化部分トロンボプラスチン時間		<input type="checkbox"/>		
	血液学的検査 計				
生化学的 検査 (I)	D007 c	総ビリルビン		<input type="checkbox"/>	
		直接ビリルビン		<input type="checkbox"/>	
		総蛋白		<input type="checkbox"/>	
		アルブミン		<input type="checkbox"/>	
		ALP		<input type="checkbox"/>	
		ChE		<input type="checkbox"/>	
		γ-GT		<input type="checkbox"/>	
		総コレステロール		<input type="checkbox"/>	
		AST		<input type="checkbox"/>	
		ALT		<input type="checkbox"/>	
		LD		<input type="checkbox"/>	
			上記D007 5項目以上7項目以下		
		上記D007 8項目又は9項目			
	上記D007 10項目以上				
	生化学的検査(I) 計				
生化学的 検査(II)	D009	AFP		<input type="checkbox"/>	
		AFP-L3%		<input type="checkbox"/>	
		PIVKA-II 半定量		<input type="checkbox"/>	
		PIVKA-II 定量		<input type="checkbox"/>	
		上記D009 2項目			
		上記D009 3項目			
	上記D009 4項目以上				
	生化学的検査(II) 計				
免疫学的 検査	D013	HBe抗原		<input type="checkbox"/>	
		HBe抗体		<input type="checkbox"/>	
		HBVジェノタイプ判定		<input type="checkbox"/>	
		上記D013 3項目			
	肝炎ウイルス関連検査 計				
微生物学 的検査	D023	微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量		<input type="checkbox"/>
	微生物核酸同定・定量検査 計				
検体検査 判断料 他	[留意] 検体検査実施料		外来迅速検体検査加算(10点×最大5項目)		<input type="checkbox"/>
	検体検査実施料 計				
	D026	血液学的検査判断料			
		生化学的検査(I)判断料			
		生化学的検査(II)判断料			
		免疫学的検査判断料			
		微生物学的検査判断料			
	検体検査管理加算(I)		<input type="checkbox"/>		
	検体検査判断料 計				
D400	血液採取	静脈		<input type="checkbox"/>	
D215	超音波検査	断層撮影法(胸腹部)		<input type="checkbox"/>	
	検査助成対象医療に係る検査 合計				点
		うち 公費請求分			円
		うち 患者負担額			円

上記のとおり検査を行ったことを証明する。

記載年月日： 年 月 日
 所在地：
 医療機関名：
 代表者名：

様式第4号の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業 検査明細書 (B型肝炎用)

対象者氏名

検査日 年 月 日

	区分	内容	点数	実施	備考	
初診・再診 指導料 等	A000 初診料			<input type="checkbox"/>		
	A001 再診料			<input type="checkbox"/>		
	注11 明細書発行体制等加算			<input type="checkbox"/>		
	A002 外来診療料			<input type="checkbox"/>		
	B001_1 ウイルス疾患指導料1			<input type="checkbox"/>		
初診・再診・指導料合計						
血液学的 検査	D005 a 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査		<input type="checkbox"/>		
		末梢血液像(自動機械法15)		<input type="checkbox"/>		
		末梢血液像(鏡検法25)		<input type="checkbox"/>		
	D006 b 出血・凝固検査	プロトロンビン時間		<input type="checkbox"/>		
		活性化部分トロンボプラスチン時間		<input type="checkbox"/>		
血液学的検査 計						
生化学的 検査 (I)	D007 c 血液化学検査	総ビリルビン		<input type="checkbox"/>		
		直接ビリルビン		<input type="checkbox"/>		
		総蛋白		<input type="checkbox"/>		
		アルブミン		<input type="checkbox"/>		
		ALP		<input type="checkbox"/>		
		ChE		<input type="checkbox"/>		
		γ-GT		<input type="checkbox"/>		
		総コレステロール		<input type="checkbox"/>		
		AST		<input type="checkbox"/>		
		ALT		<input type="checkbox"/>		
		LD		<input type="checkbox"/>		
			上記D007 5項目以上7項目以下			
		上記D007 8項目又は9項目				
		上記D007 10項目以上				
生化学的検査(I) 計						
生化学的 検査(II)	D009 腫瘍マーカー	AFP		<input type="checkbox"/>		
		AFP-L3%		<input type="checkbox"/>		
		PIVKA-II 半定量		<input type="checkbox"/>		
		PIVKA-II 定量		<input type="checkbox"/>		
		上記D009 2項目				
		上記D009 3項目				
		上記D009 4項目以上				
生化学的検査(II) 計						
免疫学的 検査	D013 肝炎ウイルス関連検査	HCV血清群別判定		<input type="checkbox"/>		
	肝炎ウイルス関連検査 計					
微生物学的 検査	D023 微生物核酸同定・定量検査	HCV核酸定量		<input type="checkbox"/>		
	微生物核酸同定・定量検査 計					
検体検査 判断料 他	[留意] 検体検査実施料	外来迅速検体検査加算 (10点×最大5項目)		<input type="checkbox"/>		
	検体検査実施料 計					
	D026 検体検査判断料	血液学的検査判断料				
		生化学的検査(I)判断料				
		生化学的検査(II)判断料				
		免疫学的検査判断料				
		微生物学的検査判断料				
		検体検査管理加算(I)		<input type="checkbox"/>		
検体検査判断料 計						
D400 血液採取	静脈			<input type="checkbox"/>		
D215 超音波検査	断層撮影法(胸腹部)			<input type="checkbox"/>		
検査助成対象医療に係る検査 合計						
			うち 公費請求分	保険者請求分	点	
			うち 患者負担額		円	
					円	

上記のとおり検査を行ったことを証明する。

記載年月日： 年 月 日
 所在地：
 医療機関名：
 代表者名：

様式第4号の3 (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業 検査明細書 (定期画像検査用)

対象者氏名

検査日 年 月 日

	区分	内容	点数	実施	備考	
コンピュータ断層診断撮影	E200 コンピューター断層撮影 (CT撮影)	64列以上のマルチスライス型 (共同)				
		64列以上のマルチスライス型 (その他)				
		16列以上 64列未満のマルチスライス型				
		4列以上 16列未満のマルチスライス型				
		上記以外				
		[注]造影剤使用加算				
	E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MRI撮影)	3テスラ以上 (共同)				
		3テスラ以上 (その他)				
		1.5テスラ以上 3テスラ未満				
		上記以外				
		[注]造影剤使用加算				
	撮影料 計					
	E203 コンピューター断層診断					
[通則]電子画像管理加算						
診断料 計						

	区分	内容	円	実施	備考
薬剤等	生理食塩水	20ml			
		100ml			
		250ml			
	造影剤	(製品名)			
薬剤料 計					

検査助成対象医療に係る検査 合計	点	
うち 公費請求分 保険者請求分	円	
うち 患者負担額	円	

上記のとおり検査を行ったことを証明する。

記載年月日： 年 月 日
 所在地：
 医療機関名：
 代表者名：

初回精密検査結果報告書
(肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業)

(秘)

静岡県知事 様

所在地

医療機関名 (二次・専門)

医師名

受診者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日	(歳)
受診者住所	静岡県	電話番号				
一次健診結果 (検査年月日)	HBs抗原 ()	HCV抗体 ()	その他 ()			

精密受診年月日		年	月	日	精密検査助成の使用(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
精密検査結果 ※血液検査やウイルス量などは必須項目です。必ず御記載をお願いします。						
血液検査	AST IU/l	B型	ゲノタイプ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	C型	ウイルス型 <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型	
	ALT IU/l		(EIA法) <input type="checkbox"/> C その他()		<input type="checkbox"/> その他()	
	血小板 万/μl		HBV-DNA <input type="checkbox"/> LC/ml		HCV-RNA <input type="checkbox"/> LogIU/ml	
			<input type="checkbox"/> 検出下限未満(シグナル+) <input type="checkbox"/> 検出せず		<input type="checkbox"/> 検出下限未満(シグナル+) <input type="checkbox"/> 検出せず	

画像検査所見(エコー又は造影CT) 肝がん 肝硬変 慢性肝炎 正常範囲内 その他()

指導区分 ※B型、C型の診療ガイドラインに則って指導区分を記載してください。

1. 指導区分(※必ず御記載をお願いします。)

<input type="checkbox"/> 要医療 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>抗ウイルス治療の適応あり <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>導入予定 <input type="checkbox"/>導入不可 <input type="checkbox"/>抗ウイルス治療の適応なし <ul style="list-style-type: none"> 肝庇護療法など <ul style="list-style-type: none"> 理由 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>高齢 <input type="checkbox"/>拒否/意欲無し <input type="checkbox"/>基礎疾患あり <input type="checkbox"/>その他() 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">(C型)治療の適応が広がりました。積極的な治療を御考慮ください。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">(C型)SVR後も発癌の報告があり、定期的な画像検査が必要です。</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">(B型)非活動性キャリアでも発癌の可能性あります。特に40歳以上や男性、飲酒、血小板15万/μl以下、線維化進行例、肝がんの家族歴などは注意が必要です。</div>
<input type="checkbox"/> 要観察 <ul style="list-style-type: none"> 血液検査(か月後) 画像検査(か月後) 	
<input type="checkbox"/> 医療・観察不要 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>理由() 	
<input type="checkbox"/> 判定不能 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>通院/検査の中断、測定項目不足 <input type="checkbox"/>他院への紹介 <input type="checkbox"/>その他() 	

2. 紹介(精密検査後の他医療機関への紹介の有無をご記入ください)

なし あり:医療機関名 () (紹介元 高次医療機関 その他)

チェック欄 画像検査(腹部エコー検査など) 検査項目 ウイルス量 指導区分

上記のすべてのに記載がある事を確認してご郵送ください。

・空欄・不明な点は後日、問い合わせをさせて頂く場合があります。

・過去検査済みの方は、過去最新の結果を御記載ください。

様式第6号（用紙 日本産業規格A4縦型）

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> <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)</p>		
診断	<p>該当する診断名にチェックしてください。 ※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> <p><input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> その他 ()</p>		
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: center;">記載年月日 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地</p> <p>医師氏名</p>			

※「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。

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

（市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄）

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、申請者及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

除外希望者氏名（フリガナ）

申請者氏名（フリガナ）

【添付書類】

- 除外希望者が、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上の扶養関係にないことを証明する書類（所得課税証明書等）
- 除外希望者が、申請者及びその配偶者との関係において相互に医療保険上の扶養関係にないことを証明する書類（健康保険証のコピー等）

様式第8号（用紙 日本産業規格A4縦型）

職域検査促進事業における実施状況報告
 報告者名称
 連絡先住所、電話番号

（ 年度）

事項	報告内容	備考
実施対象	保険者名 (事業所名) (検診機関名)	
肝炎の啓発実施	実施の可否 実施 / 実施していない 啓発対象者数 人 実施方法 (資料配付、説明会、他)	
肝炎ウイルス検査の 勸奨	実施の可否 実施 / 実施していない 実施期間 年 月 ~ 年 月 勸奨実施者数 人	
肝炎ウイルス検査の 受診者等	実施期間 年 月 ~ 年 月 受診者数 人 陽性者数 人	

(注) 啓発、勸奨を実施した範囲に応じて作成するものとする。この際、各人員については、報告可能な範囲で記載するものとし、注記すべき点があれば備考欄に記載のこと。