

熊本県肝炎ウイルス初回精密検査助成事業実施要領

第1 目的

B型、C型肝炎ウイルス検査の陽性者に対して早期治療に繋げ、重症化予防を図るため、初回精密検査（以下「精密検査」という。）の受診費用を助成します。

第2 対象者

熊本県内に住所がある方で、次の（1）から（3）のすべてに該当する方

- （1）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
- （2）県保健所で申し込み、受診した肝炎ウイルス検査または市町村が実施する肝炎ウイルス検査（健康増進事業）で、フォローアップ事業に同意した日から過去1年以内に結果が陽性と判定された方
- （3）熊本県又は市町村が行う肝炎ウイルス陽性者に対するフォローアップ事業に同意した方（熊本県にあっては、別途定める「熊本県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ実施要領」）

第3 対象となる費用

1 次の費用。ただし、医師が必要と判断したもので、保険適用となる費用のみです。

- （1）初診料（再診料）
- （2）ウイルス疾患指導料
- （3）検査料（項目は次のとおり）

ア. 血液検査（肝炎ウイルス検査、生化学検査、末梢血液一般検査等）

	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、 γ -GT、総コレステロール、AST、ALT、LD、ZTT	
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

イ. 超音波検査（断層撮影法（胸腹部））

- 2 検査が複数の日にわたる場合において、一カ月以内に終了する場合には、一連の検査とします。

第4 助成回数

1回とします。

第5 助成対象期間

年度内（4月1日から翌年の3月31日）に精密検査を受診し、翌年の4月30日までに県が申請を受理したものとします。（郵送による提出の場合は、平成29年4月30日付消印のものまでとします。）

なお、第3の2のただし書きに該当する場合については、最後の検査日が上記期間内を対象とします。

第6 精密検査の受診

熊本県肝疾患専門医療機関（別紙のとおり）

第7 請求について

精密検査受診から請求までの流れ

- 1 「熊本県肝炎ウイルス検査（初回精密検査）」費用請求書（様式第1号）（以下、「請求書」といいます。）をア、イいずれかの方法で受け取ります。
 - ア. 県保健所で申し込み、受診した肝炎ウイルス検査で結果が陽性と判定された方
県が実施するフォローアップ事業に同意のうえ、同意書（別様式）を肝炎ウイルス検査を申し込んだ保健所に提出していただきます。その後、保健所から請求書をお渡しします。
 - イ. 市町村が実施する肝炎ウイルス検査（健康増進事業）で結果が陽性と判定された方
市町村が実施するフォローアップ事業に同意してください（市町村に対し同意してください）。その後、お住まいの地域の保健所にて請求書を受け取ります。請求書内記載事項に同意の上で請求いただくことになります。
- 2 精密検査を受けます。
- 3 医療保険適用後の自己負担額を、医療機関の窓口で支払い、「領収書（レシート不可。）」及び「診療明細書」を受け取ります。

- 4 「請求書」を記載のうえ「医療機関の領収書（レシート不可）」、「診療明細書」及び「肝炎ウイルス検査結果通知書※（保健所で申し込み、受診した肝炎ウイルス検査又は市町村が実施する肝炎ウイルス検査（健康増進事業）の検査結果通知書）」を添付し、保健所又は熊本県健康危機管理課へ郵送又は持参してください。

※紛失などにより手元になく、検査結果の再発行ができない場合は、添付を省略できる。

第8 支給決定等

知事は、「請求書」の提出があったときは、その内容を審査し、支給の可否を決定します。申請が承認された場合は指定口座へ振り込みます。このことで、承認の通知に代えることとします。

また、不承認の場合は、熊本県肝炎ウイルス検査（初回精密検査）助成金不承認通知書（様式第2号）により提出された申請書類を添えて申請者に通知します。

附 則

この要領は、平成27年7月10日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成28年3月24日から施行し、平成28年4月1日から適用する。

熊本県肝炎ウイルス検査（初回精密検査）費用請求書

平成 年 月 日

熊本県知事様

肝炎検査に要した費用を請求します。

請求額 _____ 円

ふりがな		性別	生年月日	
請求者氏名	印	男女	年	月 日生
住所	〒 _____ 電話番号 (_____)			
保険区分	被保険者氏名		請求者との続柄	
	保険種別	健保組合・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			
	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	普通・総合・当座	口座番号	

次の書類を添付すること。

(初回精密検査)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 当該精密検査に係る医療機関の領収書（レシート不可）
<input type="checkbox"/> 診療明細書（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）
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査結果通知書 |
|---|

※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、その費用は自己負担となります。

支給決定額 _____ 円（※記入しないでください。）

熊本県肝炎ウイルス検査（初回精密検査）費用請求書

熊本県知事様

熊本県肝炎ウイルス初回精密検査助成事業実施要領の規定により、次の事項に同意の上、申請します。
 (平成 年 月 日)
 県又は市町村から定期的に調査票が送付され、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、連絡や情報提供を行う場合があること。
 精密検査を受診したことが熊本市へ情報提供される場合があること。
 県が関係機関に、肝炎ウイルス検査が陽性であることの確認を行うこと。
 県が医療機関に対して精密検査内容等を照会すること。
 氏名：_____

平成 年 月 日

肝炎検査に要した費用を請求します。 請求額 _____ 円

ふりがな			性別	生年月日	
請求者氏名	印		男女	年 月 日生	
住所	〒 _____ 電話番号 ()				
保険区分	被保険者氏名			請求者との続柄	
	保険種別	健保組合・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				
	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	普通・総合・当座		口座番号	

次の書類を添付すること。

(初回精密検査)

- 当該精密検査に係る医療機関の領収書（レシート不可）
- 診療明細書（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）
- 肝炎ウイルス検査結果通知書

※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、その費用は自己負担となります。

支給決定額 _____ 円（※記入しないでください。）

熊本県肝炎ウイルス検査（初回精密検査）費用請求書

熊本県知事様

熊本県肝炎ウイルス初回精密検査助成事業実施要領の規定により、次の事項に同意の上、申請します。

(平成 年 月 日)

○県又は市町村から定期的に調査票が送付され、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、連絡や情報提供を行う場合があること。

○精密検査を受診したことが市町村へ情報提供される場合があること。

○県が関係機関に、肝炎ウイルス検査が陽性であることの確認を行うこと。

○県が医療機関に対して精密検査内容等を照会すること。

氏名： _____

平成 年 月 日

肝炎検査に要した費用を請求します。

請求額 _____ 円

ふりがな		性別	生年月日	
請求者氏名	印	男女	年 月 日生	
住所	〒 _____ 電話番号 (_____)			
保険区分	被保険者氏名		請求者との続柄	
	保険種別	健保組合・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			
	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	普通・総合・当座	口座番号	

次の書類を添付すること。

(初回精密検査)

- 当該精密検査に係る医療機関の領収書（レシート不可）
- 診療明細書（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）
- 肝炎ウイルス検査結果通知書

※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、その費用は自己負担となります。

支給決定額 _____ 円（※記入しないでください。）

健康管第 号
平成 年 月 日

様

熊本県知事

熊本県肝炎ウイルス検査（初回精密検査）助成金不承認通知書

先に申請のあった熊本県肝炎ウイルス検査（初回精密検査）の助成について、下記の理由により不承認としましたので、通知します。

記

- 対象者に該当しない
- 提出書類の不足
- その他

[]