

## 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。)の受診費用を助成する。

### 第2 対象者

熊本県内に住所がある方で、次の(1)から(3)の全てに該当する方

- (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) 1年以内に本県が実施する保健所若しくは委託医療機関における肝炎ウイルス検査若しくは熊本市が実施する委託医療機関における肝炎ウイルス検査(以下「県等の肝炎ウイルス検査」という。)市町村が実施する健康増進事業の肝炎ウイルス健診(以下「健康増進事業の肝炎ウイルス健診」という。)又は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。)において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事業実施要領」)

### 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とする。

- (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、 $\gamma$ -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、概ね一カ月（30日程度）以内で終了する場合については、一連の検査とする。

第4 助成回数

1回

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する。（郵送による提出の場合は、翌年の4月30日付消印のものまでとする。）

なお、第3の2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する。

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）、他の都道府県が認める肝疾患専門医療機関

第7 請求について

肝炎ウイルス検査（健診）受診から請求までの流れ

1 フォローアップ事業及び本事業に係る説明

次表左欄の区分に応じ、中欄の者が行うフォローアップ事業及び本助成制度について右欄の者から説明を受ける。

検査（健診）区分	フォローアップ事業実施者	説明者
保健所における肝炎ウイルス検査	熊本県	保健所職員
委託医療機関における肝炎ウイルス検査	熊本県（熊本市に住所を有する者は熊本市）	委託医療機関職員（又は保健所職員・健康危機管理課職員）
健康増進事業の肝炎ウイルス健診	住所地の市町村（又は熊本県）（1）	市町村職員又は委託医療機関職員（又は保健所職員・健康危機管理課職員）
職域の肝炎ウイルス検査	熊本県	健診実施機関による資料送付（2） 保健所職員・健康危機管理課職員

- 1 市町村が実施するフォローアップ事業への同意を行っていない者については、県が実施するフォローアップ事業への同意を行う。
- 2 健康危機管理課は、健診実施機関に対し、陽性者へ検査結果を通知する際、職域検査受検証明書（様式第1号）を併せて交付するとともに本事業の概要説明資料、県が実施するフォローアップ事業参加同意書、その他陽性者の精密検査の早期受検に寄与すると判断される資料等を提供するよう依頼する。

2 精密検査の費用助成希望者（以下「希望者」という。）は、熊本県肝疾患専門医療機関等で精密検査を受け、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、「領収書等（保険点数と支払金額が分かるもの）」及び「診療明細書」を受け取る。

3 希望者は、以下の書類を添付のうえ、保健所又は健康危機管理課へ郵送又は持参により請求する。

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2号又は様式第3号）

領収書等（保険点数と支払金額が分かるもの）

診療明細書

肝炎ウイルス検査結果通知書（保健所、委託医療機関、市町村又は検査実施機関発行）

職域検査受検証明書（職域の肝炎ウイルス検査での陽性者で希望者が保有している場合に限る。）

フォローアップ事業参加同意書（事前に同意していない場合）

の通知書の添付がない場合は、保健所又は健康危機管理課が検査実施年月日、結果を確認することで、希望者の提出に代えることができる。

の証明書の添付がない場合は、健康危機管理課が検査実施機関に対し、当該検査が職域の肝炎ウイルス検査によるものか確認することで、希望者の提出に代えることができるものとし、検査実施機関に対し文書で照会する場合には、様式第4号又は様式第5号により行うものとする。

保健所で行う肝炎ウイルス検査は匿名検査であるため、陽性告知後、検査結果通知書を発行しない場合は、陽性告知時にフォローアップ事業や精密検査の費用助成制度について説明するとともに、陽性者の住所、氏名、生年月日を確認し、記録しておくこと。

後日、「肝炎ウイルス検査（初回精密検査）費用請求書」の提出が

あった際に、上記記録と照合し、検査の事実を確認するとともに、当該費用請求書に「年度/No .」を記載すること。

- 4 保健所又は健康危機管理課は、希望者から請求書の提出があった際、フォローアップ事業の同意の有無を確認する（必要に応じて、他保健所や市町村へ確認し、同意書の写しを入手する）。

その後、保健所は県庁へ必要書類（ ～ 、同意書の写し等）を進達する。

## 第8 支給決定等

知事は、「請求書」の提出があったときは、その内容を審査のうえ支給の可否及び支給する場合の支給額を決定し、熊本県肝炎ウイルス検査（初回精密検査）助成金通知書（様式第5号）により希望者に通知するとともに、その額を指定口座へ振り込む。

### 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。

### 附 則

この要領は、平成30年3月20日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

### 附 則

この要領は、令和元年11月14日から施行し、平成31年4月1日から適用する。

(様式第1号)

## 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

検査番号( 1 )	
氏 名( 2 )	
検 査 日( 3 )	年 月 日
検査結果通知日	年 月 日

- 1 「検査番号」欄には、検査結果通知書に記載された個人識別番号を記載してください。検査番号の記載に代えて、住所及び生年月日の記載とすることも可能です。
- 2 検査番号(検査結果通知書に記載された個人識別番号)を記載した場合、氏名の記載を省略することができます。(検査番号の記載に代えて、住所及び生年月日の記載を行った場合は氏名の記載を省略できません。)
- 3 検査日の記載は、省略することができます。

年 月 日

機 関 名 : 印  
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都道府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、熊本県又は市町村が実施するフォローアップ事業(ウイルス検査陽性者の医療機関受診状況等を確認させていただく事業です。)に同意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は、熊本県健康危機管理課(電話:096-333-2783)にお問い合わせください。

(様式第2号)

熊本県肝炎ウイルス検査(初回精密検査)費用請求書

(保健所・委託医療機関・市町村健康増進事業陽性者用)

年 月 日

熊本県知事 様

肝炎ウイルス検査(初回精密検査)に要した費用を請求します。

請求額 \_\_\_\_\_ 円

ふりがな				生 年 月 日
請求者氏名	印			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	
フォローアップ事業の同意先	_____保健所(熊本市保健所を除く) 熊本市保健所 市町村(熊本市を除く)			

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。

<添付書類>

当該精密検査に係る医療機関の領収書等(保険点数と支払金額が分かるもの。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(保健所実施の場合:年度/No. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_)  
フォローアップ事業参加同意書(事前に同意していない場合)

支給決定額 \_\_\_\_\_ 円(記入しないでください。)

(様式第3号)

熊本県肝炎ウイルス検査(初回精密検査)費用請求書

(職域検査陽性者用)

年 月 日

熊本県知事 様

肝炎ウイルス検査(初回精密検査)に要した費用を請求します。

請求額 \_\_\_\_\_ 円

ふりがな				生 年 月 日
請求者氏名	印			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	
医療機関への照会同意 (☑印を記入してください)	熊本県が、上記請求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、添付の肝炎ウイルス結果通知書又は職域検査受検証明書に記載の医療機関等に「職域で実施する肝炎ウイルス検査」の受検の有無を照会し、照会を行った医療機関から回答を受けることに同意します。			

「医療機関への照会同意」の欄には、請求者が同意する場合に☑印を記入してください。  
医療機関によっては、診療明細書等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。

<添付書類>

当該精密検査に係る医療機関の領収書等(保険点数と支払金額が分かるもの。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  
職域検査受検証明書(保有している場合に限る)  
フォローアップ事業参加同意書(事前に同意していない場合)

支給決定額 \_\_\_\_\_ 円(記入しないでください。)

(様式第4号)

(医療機関名) 御担当者 様

熊本県健康福祉部健康危機管理課長

### 職域での肝炎ウイルス検査の実施について(照会)

熊本県における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となりますので、下記の者の貴機関における「職域で実施する肝炎ウイルス検査」の受検の有無を御回答くださいますようお願いいたします。

記

フリガナ		検査者生年月日	
検査者氏名		年 月 日生	
検査者住所	〒 -		
検査日	年 月 日	検査結果通知日	年 月 日

本照会を行うこと及び本照会に貴機関が回答することについて、本人の同意を得ています。  
プライバシー保護のため、本人の勤務先等への確認は絶対に行わないようお願いします。

年 月 日

問合せ先：熊本県健康福祉部健康危機管理課

(担当： 電話番号： )

### 職域での肝炎ウイルス検査の実施について(回答)

上記の者は、

当機関において「職域で実施する肝炎ウイルス検査」を受けた者と認めます。

当機関において「職域で実施する肝炎ウイルス検査」を受けた者と認められません。

該当する にチェックの上、返送ください。

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5号)

(医療機関名) 御担当者 様

熊本県健康福祉部健康危機管理課長

### 職域での肝炎ウイルス検査の実施について(照会)

熊本県における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となりますので、下記の者の貴機関における「職域で実施する肝炎ウイルス検査」の受検の有無を御回答くださいますようお願いいたします。

また、「職域で実施する肝炎ウイルス検査」の受検者である場合は、検査結果についても御解答くださいますよう併せてお願いいたします。

記

フリガナ		検査者生年月日		
検査者氏名		年 月 日生		
検査者住所	〒 -			
検査日	年 月 日	検査結果通知日	年 月 日	

本照会を行うこと及び本照会に貴機関が回答することについて、本人の同意を得ています。  
プライバシー保護のため、本人の勤務先等への確認は絶対に行わないようお願いします。

年 月 日

問合せ先：熊本県健康福祉部健康危機管理課

(担当： 電話番号： )

### 職域での肝炎ウイルス検査の実施について(回答)

上記の者は、

当機関において「職域で実施する肝炎ウイルス検査」を受けた者と認めます。

なお、検査結果は次のとおりです。

当機関において「職域で実施する肝炎ウイルス検査」を受けた者と認められません。

検査種別	検査項目	検査結果			
B型肝炎	HBs抗原	陰性	陽性		
C型肝炎	HCV抗体(定量検査)	陰性	低力価	中力価	高力価
	核酸増幅検査 (低力価又は中力価の場合)	陰性	陽性		

該当する にチェックの上、返送ください。

年 月 日

医療機関名：

担当部署・担当者：

所在地：

電話番号：

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、下記のとおり通知します。

記

【請求額】

計 円

【助成額】

計 円

【助成対象のもの】

年 月 日 点  
年 月 日 点

【助成対象外のもの】

年 月 日 点  
年 月 日 点

請求された内容のうち、( 点) その他( 点)については、初回精密検査の助成対象外になりますので助成できません。