

(様式第4号)

肝炎検査費用助成申請書（初回精密検査・定期検査）（令和 年度 回目）

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要した費用の助成を次のとおり申請します。

（申請者） 住 所：
氏 名： 印
申請額： 円

※太枠内を記入してください。

フリガナ		性 別	生 年 月 日	
対象者氏名		男 女	大 平 昭 令	年 月 日
住 所				
肝炎ウイルス検査の種別	※初回精密検査の費用助成の場合は、該当するものに☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 保健所での検査 <input type="checkbox"/> 県の委託医療機関での検査 <input type="checkbox"/> 市町村健康増進事業での検査 <input type="checkbox"/> 職域での検査 <input type="checkbox"/> 妊婦健診での検査 <input type="checkbox"/> 手術前の検査			
加入医療保険	被 保 険 者 氏 名		請 求 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 口 座	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	
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"/> 徳島県が、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同意します。			
			助成決定額	円

※書類不備の場合、助成できない場合がありますので御注意ください。

※申請額と助成決定額が異なる場合があります。

※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、その費用は対象外です。

【助成対象経費】

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料のほか、次の検査に関連する費用として県が認めた費用が助成対象となります。

	B型肝炎ウイルス陽性者	C型肝炎ウイルス陽性者
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 -GTP、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
微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量	HCV核酸定量
	超音波検査（断層撮影法（胸腹部）） 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。	

※ただし、上記検査のうち、医師が真に必要と判断したものに限る。

【対象者と添付書類】

➤ 初回精密検査

- ・医療保険各法の規定による被保険者若しくは被扶養者又は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
- ・陽性者のフォローアップに同意した者

に加え、次の要件を満たすこと。

区分	対象者	添付書類
徳島県肝炎ウイルス検査事業若しくは徳島県肝炎ウイルス検査医療機関委託事業における肝炎ウイルス検査又は健康増進事業の肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者	・過去1年以内に、徳島県肝炎ウイルス検査事業若しくは徳島県肝炎ウイルス検査医療機関委託事業における肝炎ウイルス検査又は健康増進事業の肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者	①医療機関が発行した領収書 ②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（診療明細書） ③肝炎ウイルス検査の結果通知書 ④同意書
職域の肝炎ウイルス検査	・過去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	上記①から④に加え、 ⑤職域検査受検証明書（様式第5号）
妊婦健診の肝炎ウイルス検査	・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	上記①から④に加え ⑤母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページの写し
手術前に行われた肝炎ウイルス検査	・原則1年以内に、手術前に行われた肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者	上記①から④に加え、 ⑤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

➤ 定期検査

対象者	添付書類
<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険各法の規定による被保険者若しくは被扶養者又は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 ・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（治療後の経過観察者を含む。） ・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 ・陽性者のフォローアップに同意した者 ・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 	①医療機関が発行した領収書 ②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（診療明細書） ③世帯全員の住民票の写し ④世帯全員の住民税非課税証明書等 ⑤医師の診断書（様式第5号） ⑥同意書

※なお、③世帯全員の住民票の写し、④世帯全員の住民税非課税証明書等、⑤医師の診断書、⑥同意書については、添付の省略ができる場合があります。