

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成事業実施要綱

第1 目的

本県の肝臓がんによる死亡率が全国に比べ高いことから、精密検査未受診者の解消を図るため、B型及びC型肝炎ウイルス検査における陽性者に対して精密検査（初回精密検査及び定期検査をいう。以下同じ。）受診費用を助成することにより、早期治療につなげ、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 実施主体

実施主体は鳥取県とする。

第3 助成対象者

この事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、鳥取県内に在住する者で、次に掲げる各号の要件のいずれにも該当する者とする。

（1）初回精密検査

- ア 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
- イ 平成25年4月1日以降に鳥取県又は鳥取県内の市町村健康増進事業において実施するB型又はC型肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者

（2）定期検査

- ア 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
- イ 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）
- ウ 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。ただし、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は、平成28年4月1日以降に定期検査を受けた者に限る。
- エ フォローアップに同意した者
- オ 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

第4 検査内容

この事業の対象となる精密検査は以下の内容とする。

ただし、（1）及び（2）の検査が複数の日にわたる場合において、検査日が1か月以内の期間に属するものについては、一連の検査とみなすことができるものとする。

（1）初回精密検査

この事業の対象となる初回精密検査は、次に掲げる血液検査及び腹部超音波検査とし、この両方の検査を、同一の医療機関で受診するものとする。

ア 血液検査

	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

※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。

イ 超音波検査（断層撮影法（胸腹部））

(2) 定期検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び上記の検査に関連する費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

また、保険適用外の検査は助成の対象とはならない。

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。

第5 対象期間

この事業の対象となる検査期間は以下のとおりとする。

なお、第4本文ただし書きに該当する場合は、最終の検査日が下記期間内に属するもののみを対象とする。

(1) 初回精密検査

助成の対象とする初回精密検査は、平成26年4月1日から平成30年3月31日までに受診したものとす。

(2) 定期検査

助成の対象とする定期検査は、平成27年4月1日から平成30年3月31日までに受診したものとす。

第6 精密検査実施医療機関

対象者は、鳥取県肝臓がん検診精密検査登録医療機関（以下「精密検査実施医療機関」という。）で精密検査を受診することとする。

第7 精密検査の実施

本事業により助成を受けようとする者は、事前にその旨を精密検査実施医療機関へ申し出ることとする。

精密検査実施医療機関は、本事業による精密検査受診の申し出があった場合、当該申し出をした者が「第3 助成対象者」であることを確認したうえで精密検査を実施する。

第8 申請書等の提出

対象者は、精密検査を受診後、鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成金申請書（様式第1号）（以下「申請書」という。）に次に掲げる書類を添えて、対象者の居住地を所管する総合事務所又は東部福祉保健事務所へ持参または郵送する。

申請は平成30年4月10日までとする（郵送の場合は、同日付消印有効とする）

なお、添付書類はいずれも写しでも可とする。（（2）のウ、エ及びオの書類を除く。）

(1) 初回精密検査

ア 当該初回精密検査に係る医療機関の領収書

イ 診療明細書

ウ 鳥取県内の市町村又は鳥取県が交付した肝炎ウイルス検査の結果通知書

(2) 定期検査

- ア 当該定期検査に係る医療機関の領収書
- イ 診療明細書
- ウ 対象者及び対象者と同一世帯に属する全員の記載のある住民票の写し(原本)
- エ 対象者及び対象者と同一世帯に属する全員の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類(直近のもの)(原本)
- オ 精密検査実施医療機関の医師が記載した診断書(様式3)(原本)。ただし、以前に定期検査費用の支払いを受けた者(慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった者は除く。)については省略することができる。
- カ 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書(様式4)
合算対象から控除規定明記

第9 助成の内容

(1) 初回精密検査

助成の対象は、第4に記載する検査を実施した日における医療費(初診料、再診料、各種加算等含む。)に係る自己負担限度額の全額とする。ただし、上限額を9,276円とする。

(2) 定期検査

次のaに規定する額からbに規定する額を控除した額とする(当該控除した額が零以下となる場合は助成は行わない)。ただし1回の上限額を16,266円とする。

- a 医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律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合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律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
- b 1回につき別表に定める自己負担限度額
この際、別表甲又は乙に該当するかについては、申請者から提出された市町村民税の課税年額を証明する書類により確認するものとする。

第10 助成回数

- (1) 初回精密検査 1回
- (2) 定期検査 1年度2回((1)の検査を含む)

第11 助成決定等

総合事務所長又は東部福祉事務所長は、申請書の提出があったときは、その内容を審査し、助成の可否を決定する。

申請が承認された場合は指定口座への振込により承認の通知に代えることとする。

不承認の場合は、理由を付してその旨を申請者へ通知することとする。

第12 実績報告

総合事務所長又は東部福祉保健事務所長は、本実施要綱に基づく助成を行った場合、鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成事業実績報告書(様式第2号)により、申請日を基準として四半期ごとに取りまとめの上、健康政策課長へ報告する。

なお、提出期限は、1月、4月、7月及び10月の各月の10日までとする。

附則 この要領は、平成26年5月14日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

附則 この要領は、平成27年4月1日から施行し、同日から適用する。

附則 この要領は、平成27年6月18日から施行し、平成27年4月1日から適用する。
ただし、定期検査の2回目の助成対象については、平成27年4月9日以降の検査に

限る。

附則 この要綱は、平成28年6月10日から施行し、平成28年4月1日から適用する。

附則 この要綱は、平成29年7月6日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

附則 この要綱は、平成29年7月6日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

附則 この要綱は、平成29年9月27日から施行し、平成29年4月1日から適用する

(別表)

定期検査費用の助成における自己負担額限度額表

階層区分		定期検査実施日	自己負担限度額 (1回につき)	
			慢性肝炎	肝硬変 肝臓がん
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	平成29年3月31日以前	3,000円	6,000円
		平成29年4月1日以降	2,000円	3,000円
乙	住民税非課税世帯に属する者		0円	0円

(様式第1号)

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成金申請書 (初回精密検査・定期検査)

鳥取県 総合事務所長 様
鳥取県東部福祉保健事務所長

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成実施要綱の規定により、下記のとおり申請します。

		※太枠内を記入してください		平成	年	月	日
住 所	〒						
フリガナ				生年月日	年	月	日生
氏 名				電話番号 (携帯など日中に連絡が取れるもの)	-		
陽性とわかった肝炎ウイルス検査の種別 (初回精密検査助成金申請者のみ)	① ~ ③のいずれか該当するものに○をしてください。 県 (①保健所・②委託医療機関) での無料検査、③市町村健康増進事業の検診 ※上記①~③以外は初回精密検査の対象外となります。						
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						

自己負担額 ※検査日ごとに記載してください	平成	年	月	日	円	助成対象額
	平成	年	月	日	円	円
	平成	年	月	日	円	助成決定額
合計額 (A)					円	円

※自己負担額と助成決定額が異なる場合があります。

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成金口座振込依頼書

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成実施要綱に基づく助成金を下記口座に振込んでください。

※申請者と口座名義人は同一であること。申請者と口座名義人が異なる場合は、別紙様式による委任状を添付してください。

住 所	〒						
フリガナ							
氏 名							
金融機関名				銀行	本店		
				金庫	支店・出張所		
預金種別	普通・当座	口座番号					

※上記申請書及び請求書の押印は、同一印を2カ所に押印してください (認め印可)

(様式第 1 号) 裏面

書類不備の場合、助成金が支給できない場合がありますのでご注意ください。

[添付書類]

(1) 初回精密検査(いずれも写しでも可)

医療機関の領収書

診療明細書 ※発行に費用がかかる場合、その費用は自己負担となります。

肝炎ウイルス検査の結果通知書

(2) 定期検査

医療機関の領収書

診療明細書 ※発行に費用がかかる場合、その費用は自己負担となります。

対象者及び対象者と同一世帯に属する全員の記載のある住民票
(原本)

対象者及び対象者と同一世帯に属する全員の地方税法の規定による
市町村民民税の課税年額を証明する書類(直近のもの)(原本)

精密検査実施医療機関の医師が記載した診断書(様式 3 号)。

ただし、以前に定期検査費用の支払いを受けた者(慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった者は除く。)については省略することができる。

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書(様式 4 号)

(別紙様式)

委任状

平成 年 月 日

鳥取県

様

委任者（肝炎ウイルス精密検査・定期検査受診者）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

肝炎ウイルス精密検査費助成金の受領に関する権限を下記の者へ委任します。

受任者

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____)

(様式3号)

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	明昭 大平	年 月 日生
住所	〒 — 電話番号 ()			
検査所見	直近の所見を記入して下さい。 1 肝炎ウイルスマーカー(検査年月日 平成 年 月 日) HBs抗原 (+ , -) HBV-DNA定量 _____(単位: _____、測定法 _____) HCV-RNA定量 _____(単位: _____、測定法 _____) 2 血液検査(検査年月日 平成 年 月 日) AST _____IU/I (施設の基準値: _____~ _____) ALT _____IU/I (施設の基準値: _____~ _____) 血小板数 _____/uI (施設の基準値: _____~ _____) 3 画像検査(検査年月日 平成 年 月 日) (所見 : _____) 4 その他(検査年月日 平成 年 月 日) (所見 : _____)			
その他 記載すべき 事項				
診断	該当する診断名にチェックし、項目に○をしてください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝硬変(B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝がん(B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> その他(_____)			
医療機関名及び所在地		記載年月日 平成 年 月 日		
医師氏名	印			