

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 以下のaからdのいずれかの者
 - a 1年以内に鳥取県及び鳥取市がウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業として実施するB型及びC型肝炎ウイルス検査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型及びC型肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者
 - b 1年以内に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）において陽性と判定された者
 - c 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
ただし、出産後の状況等に鑑み特段の事情がある場合には、この限りではない。
 - d 原則1年以内に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
ただし、手術後の状況等に鑑み特段の事情がある場合には、この限りではない。
- ウ フォローアップに同意した者

（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。
- 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

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び下記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。

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 | |
| 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) 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。

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 申請期間

(1) 初回精密検査

肝炎ウイルス検査で陽性と判定された日から原則1年以内に申請するものとする。

ただし、「第3 助成対象者」(1)イのうち、c及びdについては、出産後及び手術後の状況等に鑑み特段の事情がある場合には、この限りではない。

(2) 定期検査

定期検査を受けてから1年以内に申請するものとする。

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鳥取市保健所へ持参または郵送する。

なお、添付書類はいずれも写しでも可とする。（(1)のウbのうち職域受検証明書、(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 「第3 助成対象者」(1)イのaからdに応じた以下のいずれかの書類

a 鳥取県又は鳥取県内の市町村が交付した肝炎ウイルス検査の結果通知書

b 職域の肝炎ウイルス検査の結果通知書及び職域受検証明書(様式第6-1号)

ただし、職域受検証明書については、結果通知書に企業や事業所名の記載がある等、職域で受けたことが他の書類で把握できる場合は省略できるものとする。

また、県は、対象者からの請求に職域検査受検証明書の添付がなく、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、様式第6-2号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。

c 母子健康手帳の検査日及び検査結果が確認できるページの写し

ただし、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合は、医療機関が発行する検査結果通知書により確認するものとする。

d 手術前の肝炎ウイルス結果通知書及び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

エ 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書(様式第4号)

(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)

ただし申請者及びその配偶者と相互に地方税法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、様式第5号による市町村民税額合算対象除外希望申請書に基づき、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。この場合、申請者及びその配偶者と除外希望者の保険証の写しを添付するものとする。

なお、市町村民税課税年額の算定にあたっては、次に定めるところによるものとする。

a 平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「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年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、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費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年度9月以降において、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（以下、「みなし寡婦（夫）控除」という。）

オ 精密検査実施医療機関の医師が記載した診断書（様式第3号）（原本）

カ 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書（様式第4号）

キ 対象者は申請の際、上記ウ、エ及びオに寄らず以下の要件に該当する場合は、以下に掲げる書類を省略できる。

a 医師の診断書

以下のいずれかに該当する場合は、省略することができる。なお、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。

(i) 以前に鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成事業の定期検査費用の支払いを受けた場合

(ii) 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

(iii) 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

b 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及び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

(i) 同一年度内に1回目の定期検査の助成を受けた場合

(ii) 同一年度内に肝炎治療受給者証の交付を受けた場合

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。

(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には助成は行わない）。

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

総合事務所長又は鳥取市保健所長は、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 市町村への情報提供

総合事務所長又は鳥取市保健所長は、市町村が実施する肝炎ウイルス検査の受診対象者の把握及び肝炎ウイルス陽性者フォローアップのため、本事業の申請者を鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成事業申請者名簿（様式第7号）によりとりまとめ、概ね事業年度四半期ごとに当該受診者が居住する市町村に提供するものとする。

第13 実績報告

総合事務所長又は鳥取市保健所長は、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9月27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30年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成30年5月31日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

附則 この要綱は、令和元年7月9日から施行し、平成31年4月1日から適用する。

附則 この要綱は、令和2年6月3日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

附則 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

(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 | | 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 | 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
鳥取市長

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成事業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

年 月 日

| | | | |
|--|--|-----------|----------------------------|
| 住 所 | 〒 ー | | |
| フリガナ | | | 生年月日 年 月 日生 性別 |
| 氏 名 | | | 電話番号 (携帯など日中に連絡が取れるもの) 男・女 |
| 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) | ①～⑥のいずれか該当するものに○をしてください。 県や鳥取市(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、 ④職域の肝炎ウイルス検査、⑤妊婦健診での肝炎ウイルス検査、 ⑥手術前の肝炎ウイルス検査 ※①～⑥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 | 年 月 日 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 |
| | 年 月 日 | 円 |
| 合計額 (A) | | 円 |

| |
|-------|
| 助成対象額 |
| 円 |
| 助成決定額 |
| 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事業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 | 〒 ー | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | | | | | | 銀行 金庫 | 本店 支店・出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | | |

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

<共通>

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。

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書(様式第4号)

<a ~ dのうちいずれか>

a 県または市町村(医療機関委託も含む)が実施する肝炎ウイルス検査で陽性となった方
 肝炎ウイルス検査の結果通知書

b 職域の肝炎ウイルス検査で陽性となった方

肝炎ウイルス検査の結果通知書

職域検査受検証明書(様式第6-1号)

※職域の検査であることが他の書類で確認できる場合は省略できます。

c 妊婦健診の肝炎ウイルス検査で陽性となった方

母子健康手帳の検査日・検査結果が分かるページの写し

※検査日等が確認できない場合はこれに加えて肝炎ウイルス検査の結果通知書が必要です。

d 手術前の肝炎ウイルス検査で陽性となった方

肝炎ウイルス検査の結果通知書

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

(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)

以下のいずれかに該当する場合は、省略することができる。

(i) 同一年度内に1回目の定期検査の助成を受けた場合

(ii) 同一年度内に肝炎治療受給者証の交付を受けた場合

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

市町村民税の課税年額を証明する書類(直近のもの)(原本)

以下のいずれかに該当する場合は、省略することができる。

(i) 同一年度内に1回目の定期検査の助成を受けた場合

(ii) 同一年度内に肝炎治療受給者証の交付を受けた場合

精密検査実施医療機関の医師が記載した診断書(様式第3号)。

以下のいずれかに該当する場合は、省略することができる。

なお、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。

(i) 以前に鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成事業の定期検査費用の支払いを受けた場合

(ii) 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

(iii) 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

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書(様式第4号)

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(様式第5号)及び申請者及びその配偶者と除外希望者の保険証の写し

※必要による。

(様式第2-1号)

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成事業実績報告書
(初回精密検査)

年度第 四半期分

保健所名

| | 申請日 | 助成決定額(円) | 在住市町村 | 一次検診種別(※) | 備考 |
|----|-----|----------|-------|-----------|----|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

※一次検診種別の記載方法・・・以下①～⑥の番号のいずれかを記入してください。

- 県または鳥取市保健所(①保健所、②委託医療機関)
- ③市町村健康増進事業の検診
- ④職域
- ⑤妊婦健診
- ⑥手術前の検査

(様式第2-2号)

鳥取県肝炎ウイルス精密検査費助成事業実績報告書
(定期検査)

年度第 四半期分

保健所名

| | 申請日 | 助成決定額(円) | 在住市町村 | 診断名 ^{※1} | ウイルス型等 | 当該年度 助成回数 ^{※2} |
|----|-----|----------|-------|-------------------|--------|----------------------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |

※1 診断名の記載方法…以下①～③の番号のいずれかを記入してください。

①慢性肝炎、②肝硬変、③肝がん

※2 定期検査の回数(1回目、2回目)を記入してください。

2回分まとめて申請された場合も、それぞれ分けて記入してください。

(様式第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 | 年 月 日生 |
| 住所 | 〒 ー 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 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 年 月 日) AST _____U/L (施設の基準値: ~) ALT _____U/L (施設の基準値: ~) 血小板数 _____/μL (施設の基準値: ~) 3 画像検査(検査年月日 年 月 日) (所見 :) 4 その他(検査年月日 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 | 年 月 日 |
| 医師氏名 | 印 | | |

(様式第4号)

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎に感染した場合、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。

鳥取県では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業をおこなっています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただきます。

また、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、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。

同意いただける場合は、下記にチェックをつけて、必要事項をご記入の上、御提出ください。

フォローアップに同意する

(同意事項)

- ・医療機関が検査結果(精密検査の結果を含む)を事業実施主体である県へ報告すること。
- ・県がお住まいの市町村の福祉保健部門に対し、あなたの検査結果を提供すること。
- ・情報提供を受けた市町村において検査対象者管理や陽性者への定期検査の勧奨等に活用する場合があること。
- ・県が検査結果を個人が特定されない形で各種統計情報としてとりまとめ、傾向分析及び国への報告等に活用すること。(個人を特定できる形で検査結果を公表することはありません。)

氏名(自署)： 性別： 男 ・ 女

生年月日： 電話番号： — —

住民票住所：〒

送付先住所：〒

【同意書の提出先及びお問合せ先】

| 所 属 名 | 連 絡 先 |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 鳥取市保健所 保健医療課 | 鳥取市富安二丁目138-4 電話：0857-30-8532 ファクシミリ：0857-20-3962 |
| <input type="checkbox"/> 中部総合事務所倉吉保健所 医薬・感染症対策課 | 倉吉市東巖城町2 電話：0858-23-3145 ファクシミリ：0858-23-4803 |
| <input type="checkbox"/> 西部総合事務所米子保健所 医薬・感染症対策課 | 米子市糶町1丁目160 電話：0859-31-9317 ファクシミリ：0859-34-1392 |

(様式第5号)

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

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）

印

(様式第6-1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

氏 名 :

検査番号 :

検査日 :

検査結果通知日 :

- ※ 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、お住いの市町村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、下記にお問い合わせください。

お問い合わせ先 (申請窓口)

鳥取市保健所

電話 : 0857-30-8532

鳥取県中部総合事務所倉吉保健所

電話 : 0858-23-3145

鳥取県西部総合事務所米子保健所

電話 : 0859-31-9317

(様式第6-2号)

(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、鳥取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

〇〇保健所 担当者：

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（検診）機関名：

担当部署・担当者：

所在地：

電話番号：

