

## 広島県ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業実施要領

### 第1 目的

肝炎ウイルス陽性者をフォローアップにより早期治療に繋げ、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

広島県

### 第3 事業内容

初回精密検査費用及び定期検査費用の助成

#### 1 実施方法

(1) 対象者が健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する保険医療機関（以下「医療機関」という。）において初回精密検査又は定期検査を受診し、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法（以下「医療保険各法」という。）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を受けた場合、対象者が負担した費用を交付する。

(2) 前項の金額は、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額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とする。ただし、2の(2)に該当する者については、1回につき、次のアに規定する額からイに規定する額を控除した額とする。

ア 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額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

イ 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、6により認定するものとする。

なお、別表に該当しない場合、又は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。

#### 2 対象者

県内市町に居住し、次の全ての要件に該当する者

##### (1) 初回精密検査

ア 特定感染症検査等事業における肝炎ウイルス検査又は健康増進事業における肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者の場合

(ア) 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

(イ) 1年以内に特定感染症検査等事業における肝炎ウイルス検査又は健康増進事業における肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者

(ウ) 「広島県肝疾患患者フォローアップシステム」への登録に同意した者

イ 職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者の場合

(ア) 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

(イ) 1年以内に職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者

(ウ) 「広島県肝疾患患者フォローアップシステム」への登録に同意した者

ウ 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の場合

(ア) 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

(イ) 原則として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  
なお、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。

(ウ) 「広島県肝疾患患者フォローアップシステム」への登録に同意した者

エ 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の場合

(ア) 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

(イ) 原則として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  
なお、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) 「広島県肝疾患患者フォローアップシステム」への登録に同意した者

## (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

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（治療後の経過観察を含む）

ウ 住民税非課税世帯に属する者又は市町民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯に属する者

エ 「広島県肝疾患患者フォローアップシステム」への登録に同意した者

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

## 3 助成対象費用

### (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 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査、末梢血液像）

イ 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）

ウ 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)

- エ 腫瘍マーカー（AFP, AFP-L3%, PIVKA-II半定量, PIVKA-II定量）
- オ 肝炎ウイルス関連検査（HBe抗原, HBe抗体, HCV血清群別判定, HBVジェノタイプ判定等）
- カ 微生物核酸同定・定量検査（HBV核酸定量, HCV核酸定量）
- キ 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、県が認められた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

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。

## 4 助成回数

### （1）初回精密検査

1回

### （2）定期検査

1年度2回（ただし、（1）を含む回数）

## 5 検査費用の請求について

### （1）初回精密検査

対象者は、別紙様式第1-1号による申請書に、次に定める書類を添えて知事に申請するものとする。

ア 特定感染症検査等事業における肝炎ウイルス検査又は健康増進事業における肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者の場合

（ア）検査を受けた医療機関が発行した領収書

（イ）検査を受けた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）

（ウ）肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し

（エ）申請年度又は申請前年度に肝疾患専門医療機関が記入した「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票」（同意者保管用）の写し

イ 職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者の場合

（ア）検査を受けた医療機関が発行した領収書

（イ）検査を受けた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）

（ウ）肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し

（エ）別紙様式第1-2号による職域検査受検証明書その他職域で実施する肝炎ウイルス検査を受検したことが確認できる書類

なお、県は、対象者からの請求に職域検査受検証明書等の添付がなく、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、

別紙様式第1-3号により医療機関に照会を行い、回答を受けることができる。

(オ) 申請年度又は申請前年度に肝疾患専門医療機関が記入した「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票」(同意者保管用)の写し

ウ 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の場合

(ア) 検査を受けた医療機関が発行した領収書

(イ) 検査を受けた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)

(ウ) 母子健康手帳の表紙及び検査日、検査結果が確認できるページの写し

なお、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の写しを併せて添付するものとする。

(エ) 申請年度又は申請前年度に肝疾患専門医療機関が記入した「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票」(同意者保管用)の写し

エ 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の場合

(ア) 検査を受けた医療機関が発行した領収書

(イ) 検査を受けた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)

(ウ) 肝炎ウイルス検査の結果通知書

(エ) 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

(オ) 申請年度又は申請前年度に肝疾患専門医療機関が記入した「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票」(同意者保管用)の写し

## (2) 定期検査

対象者は、別紙様式第2号による申請書に、次に定める書類を添えて知事に申請するものとする。

ア 肝炎等検査費用の助成に係る医療費確認書(別紙様式第3号)

イ 検査を受けた医療機関が発行した領収書

ウ 検査を受けた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)

エ 世帯全員の住民票の写し

オ 対象者および対象者と同一の世帯に属するすべての者の住民税非課税証明書又は市町民税(所得割)の課税年額を証する書類

カ 申請年度又は申請前年度に肝疾患専門医療機関が記入した「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票(同意者保管用)」の写し

なお、エ及びオについては、以下に該当する場合において、同一年度内に知事に提出した書類と同様の内容である場合は、省略することができる。

(ア) 1回目の定期検査費用の助成を受けた場合

(イ) 肝炎特別促進事業の肝炎治療受給者証の交付を受けた場合

## 6 定期検査費用の助成における自己負担限度額階層区分の認定について

(1) 申請者の階層区分の認定は、世帯全員の市町民税（所得割）の合算額により行うものとする。

ただし、配偶者以外の者であって、申請者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、当該世帯の市町民税課税額の合算対象から除外できることとする。この場合、申請者は、別紙様式第4号「市町民税課税額合算対象除外申告書」を知事に提出するものとする。

(2) 市町民税課税年額の算定に当たっては、次に定めるところによるものとする。

ア 平成24年度以降分の市町民税課税年額の算定に当たっては、「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。

イ 平成30年度以降分の市町民税課税年額の算定に当たっては、市町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料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民税所得割の標準税率（6%）により算定を行うものとする。

ウ 平成30年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イに該当することとなる者又は同項第12号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻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「婚姻によらないで父となった男子であって、現に婚姻していないもの」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号イに定める寡婦または同項第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。

(3) 以下に該当する場合において、同一年度内に知事に提出した書類と同様の内容である場合は、別紙様式第4号の添付を省略することができる。

ア 1回目の定期検査費用の助成を受けた場合

イ 肝炎治療特別促進事業の肝炎治療受給者証の交付を受けた場合

## 7 請求の期限

(1) 初回精密検査

ア 2(1)ア又はイの場合

肝炎ウイルス検査結果通知日から1年以内

イ 2 (1) ウまたはエの場合

肝炎ウイルス検査結果通知日から原則として1年以内

(2) 定期検査

定期検査を受けた日から1年以内

#### 8 検査費用の支払い

知事は、別紙様式第1-1号及び別紙様式第2号による申請を受けたときは、その内容を審査して支払額を決定し、速やかに支払うものとする。

附 則

この要領は平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要領は平成27年4月9日から施行する。

附 則

この要領は平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は平成29年6月15日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

なお、改正前の様式を使用した時は、当面の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

附 則

この要領は令和元年7月24日から施行し、平成31年4月1日から適用する。

なお、改正前の様式を使用した時は、当面の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

附 則

この要領は令和2年5月29日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

なお、改正前の様式を使用した時は、当面の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

附 則

この要領は令和3年1月26日から施行し、令和2年12月25日から適用する。

なお、改正前の様式を使用した時は、当面の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

(別表)

定期検査費用の助成における自己負担限度額表

階層区分		自己負担限度額 (1回につき)	
		慢性肝炎	肝硬変 肝がん
甲	市町民税(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

肝炎等検査費用（初回精密検査）支給申請書

年 月 日

広島県知事様

肝炎検査に要した費用を請求します。

請求者(対象者) 住 所	〒 ー
ふりがな 請求者(対象者)氏名	
ID番号 (県記入)	

ふりがな		性別	生年月日	
対象者氏名		男女	年 月 日生	
住 所	〒 ー 電話番号 ( ) ー 携帯電話 ( ) ー			
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・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 (対象者本人が同意 する場合にレ印)	<input type="checkbox"/> 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に必要 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に同意します。			

○ 添付書類及び助成の対象となる検査内容については、裏面をご覧ください。

支給決定額 \_\_\_\_\_ 円 (※記入しないでください。)



次の書類を添付すること。

- ・検査を受けた保険医療機関が発行した領収書（原本）
- ・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（診療明細書）
- ・肝炎ウイルス検査結果通知書の写し（妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合に限る。）
- ・職域検査受検証明書その他職域で実施する肝炎ウイルス検査を受検したことが確認できる書類（職域で実施する検査の場合）
- ・母子健康手帳の表紙及び検査日、検査結果が確認できるページの写し（妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合）
- ・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（手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合）
- ・申請年度又は申請前年度に肝疾患専門医療機関が記入した「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票」（同意者保管用）の写し
- ・検査費用振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳の写し等）

注1）請求者（対象者）と振込口座の名義が異なる場合は委任状の提出が必要です。

注2）診療明細書の内容について、薬務課から直接、医療機関にお問合せすることがあります。

#### 【対象となる費用】

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、医師が必要と判断したものに限る。

- (1) 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査、末梢血液像）
- (2) 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）
- (3) 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）
- (4) 腫瘍マーカー（AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量）
- (5) 肝炎ウイルス関連検査（HBe抗原、HBe抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等）
- (6) 微生物核酸同定・定量検査（HBV核酸定量、HCV核酸定量）
- (7) 超音波検査（断層撮影法（胸腹部））

## 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： \_\_\_\_\_年 月 日

検査結果通知日： \_\_\_\_\_年 月 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。

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広島県に初回精密検査費用の助成を請求する際に、添付してください。
- ※ 初回精密検査費用の助成を受けるには、「広島県肝疾患患者フォローアップシステム」への登録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、広島県健康福祉局薬務課（電話 082-513-3078）にお問い合わせください。

(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、広島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、返信して下さる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ください。

記

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男女	年月日生
住所	〒 -		
検査日	年月日	検査結果通知日	年月日

年 月 日

所在地: \_\_\_\_\_

所属: \_\_\_\_\_

担当者: \_\_\_\_\_

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、返信してください。

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

所在地: \_\_\_\_\_

医療機関名: \_\_\_\_\_

担当部署・担当者: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_

## 肝炎等検査費用（定期検査）支給申請書

年 月 日

広島県知事様

肝炎検査に要した費用を請求します。

請求者(対象者) 住所	〒 ー
ふりがな 請求者(対象者)氏名	
ID番号（県記入）	

ふりがな		性別	生年月日	
対象者氏名		男女	年 月 日生	
住所	〒 ー 電話番号（ ） ー 携帯電話（ ） ー			
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・当座	口座番号	

次の書類を添付すること。

なお、以下に該当する場合は、4、5及び8の書類は提出を省略できます。該当する場合は、✓を記入してください。

- 今年度2回目の肝炎等検査費用（定期検査）支給申請である。  
 今年度、肝炎治療受給者証交付申請書を提出した。

- 1 肝炎等費用の助成に係る医療費確認書（別紙様式3号）
- 2 検査を受けた保険医療機関が発行した領収書（原本）
- 3 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（診療明細書）
- 4 世帯全員の住民票の写し（コピーは不可）
- 5 世帯全員の住民税非課税証明書又は世帯全員の市町民税（所得割）の課税年額を証する書類
- 6 申請年度又は申請前年度に肝疾患専門医療機関が記入した「広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票」（同意者保管用）の写し
- 7 検査費用振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳の写し等）
- 8 市町民税課税合算対象除外希望申告書 ※必要な場合。申請者及び除外する者の健康保険証の写しを添付する。

支給決定額 \_\_\_\_\_ 円（※記入しないでください。）

## 肝炎等検査費用助成に係る医療費確認書

患者氏名 \_\_\_\_\_

診 療 日	検査助成対象医療に係る 患者負担額	検査助成対象医療に係る 検査公費対象点数
年 月 日 (~ 年 月 日)	円	点
年 月 日 (~ 年 月 日)	円	点
年 月 日 (~ 年 月 日)	円	点
合 計	円	検査公費対象点数 点

医療機関名

記入者所属及び氏名

問合せ先 ( ) -

## 【対象となる検査】

## 定期精密検査

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、医師が必要と判断したもの。

- (1) 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査，末梢血液像）
- (2) 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）
- (3) 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）
- (4) 腫瘍マーカー（AFP，AFP-L3%，PIVKA-II半定量，PIVKA-II定量）
- (5) 肝炎ウイルス関連検査（HBe抗原，HBe抗体，HCV血清群別判定，HBVジェノタイプ判定等）
- (6) 微生物核酸同定・定量検査（HBV核酸定量，HCV核酸定量）
- (7) 超音波検査（断層撮影法（胸腹部））

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。（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。）

## 市町民税課税額合算対象除外希望申告書

年 月 日

広島県知事様

次の者については、申告者である私との関係において配偶者に該当せず、かつ、私及び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民税課税額の合算対象から除外することを希望します。

ふりがな 申告者氏名		生年月日	年 月 日生
住 所	〒 ー 電話 ( )		
除外希望者 氏 名	_____ _____		

注1 医療保険上の扶養関係にない事実を証明する次の書類を添付すること。

- 申告者本人の健康保険証等の写し  
 除外希望者全員の健康保険証等の写し

注2 世帯全員の市町民税（所得割）の課税年額を証する書類は、扶養控除の内訳がわかるものを添付すること。

## 県記入欄

世帯員	本 人	配偶者			計	所得階層
(除外前) 市町民税（所得割）額	円	円	円	円	円	ー
(除外後) 市町民税（所得割）額	円	円	円	円	円	甲

- 配偶者以外であること。  
 地方税法上の扶養関係にないこと。  
 医療保険上の扶養関係にないこと。