

新 旧 対 照 表

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領


改 正 前	改 正 後
<p>静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領</p> <p>第1～第5 (略)</p> <p>第6 検査費用助成事業の内容</p> <p>1 対象者</p> <p>(1) 初回精密検査</p> <p>ア 県保健所検査、県委託医療機関検査及び市町肝炎ウイルス検診において陽性と判定されてから1年以内であつて、以下の全ての要件に該当する者 (ア)～(ウ) (略)</p> <p>イ 職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定されてから1年以内であつて、以下の全ての要件に該当する者 (ア)～(ウ) (略)</p> <p>ウ 妊婦検診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定されてから原則1年以内（出産後の状況等に鑑み特段の事情があると認められる場合を除く。）であつて、以下の全ての要件に該当する者 (ア)～(ウ) (略)</p> <p>エ 手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定されてから原則1年以内（手術後の状況等に鑑み特段の事情があると認められる場合を除く。）であつて、以下の全ての要件に該当する者 (ア)～(ウ) (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>2～5 (略)</p> <p>6 検査費用の請求について</p> <p>(1) 初回精密検査 対象者は、次に掲げる書類により知事に請求するものとする。 なお、保険医療機関の領収書又は診療明細書については、ウイルス性肝炎患者等重症化予防事業検査明細書（様式第4号）により代えることができる。</p> <p>ア 県保健所検査、県委託医療機関検査、市町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)～(オ) (略)</p> <p>イ 職域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) (略) (イ) 職域検査受検証明書（様式第3号の2） (ウ)～(カ) (略)</p> <p>ウ 妊婦検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)～(オ) (略)</p> <p>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)～(カ) (略)</p>	<p>静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領</p> <p>第1～第5 (略)</p> <p>第6 検査費用助成事業の内容</p> <p>1 対象者</p> <p>(1) 初回精密検査</p> <p>ア 県保健所検査、県委託医療機関検査及び市町肝炎ウイルス検診において陽性と判定されてから1年以内であつて、以下の全ての要件に該当する者 (ア)～(ウ) (略) <u>(エ) 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又は当該受給者証の有効期間外に検査を受検した者</u></p> <p>イ 職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定されてから1年以内であつて、以下の全ての要件に該当する者 (ア)～(ウ) (略) <u>(エ) 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又は当該受給者証の有効期間外に検査を受検した者</u></p> <p>ウ 妊婦検診の肝炎ウイルス検査において陽性と判定されてから原則1年以内（出産後の状況等に鑑み特段の事情があると認められる場合を除く。）であつて、以下の全ての要件に該当する者 (ア)～(ウ) (略) <u>(エ) 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又は当該受給者証の有効期間外に検査を受検した者</u></p> <p>エ 手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定されてから原則1年以内（手術後の状況等に鑑み特段の事情があると認められる場合を除く。）であつて、以下の全ての要件に該当する者 (ア)～(ウ) (略) <u>(エ) 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又は当該受給者証の有効期間外に検査を受検した者</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>2～5 (略)</p> <p>6 検査費用の請求について</p> <p>(1) 初回精密検査 対象者は、次に掲げる書類により知事に請求するものとする。 なお、保険医療機関の領収書又は診療明細書については、ウイルス性肝炎患者等重症化予防事業検査明細書（様式第4号）により代えることができる。</p> <p>ア 県保健所検査、県委託医療機関検査、市町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)～(オ) (略) <u>(カ) 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類</u></p> <p>イ 職域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) (略) (イ) 職域検査受検証明書（様式第3号の2） <u>(対象者が保有している場合に限る。)</u> (ウ)～(カ) (略) <u>(キ) 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類</u></p> <p>ウ 妊婦検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)～(オ) (略) <u>(カ) 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類</u></p> <p>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)～(カ) (略) <u>(キ) 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類</u></p>


改正前	改正後
<p>(2) 定期検査 ア 提出書類 対象者は、次に掲げる書類により知事に請求するものとする。ただし、請求は定期検査費用の支払日から1年以内にならなければならない。 なお、(ウ)又は(エ)については、ウイルス性肝炎患者等重症化予防事業検査明細書（様式第4号）により代えることができる。 (ア) 肝炎検査費用請求書（<u>様式第3号</u>） (イ)～(キ) （略）</p> <p>イ （略） ウ 提出書類の省略 対象者は申請の際、上記ア及びイによらず、以下要件に該当する場合は、以下に掲げる書類を省略することができる。 (ア)～(ウ) （略） (エ) 市町村民税合算対象除外希望申請書（様式第7号） (イ)、(ウ)及び(エ)については以下に該当する場合において、同一年度内に本県に提出した書類と同様である場合 a （略） b 受給者証の交付を受けた場合</p> <p>(3) <u>請求先</u> <u>対象者は別に知事が定める保健所を経由して疾病対策課に請求するものとする。</u></p> <p>7 検査結果の確認について (1) 初回精密検査結果の確認 6により、初回精密検査の費用請求があった場合には、<u>疾病対策課</u>は当該検査を実施した医療機関に対して、様式第1号又は市町が認める同意書の写しを添えて、初回精密検査結果報告書（様式第5号）による初回精密検査結果を照会し、その提供を求めることができるものとする。 (2) （略）</p> <p>第7 （略）</p>	<p>(2) 定期検査 ア 提出書類 対象者は、次に掲げる書類により知事に請求するものとする。ただし、請求は定期検査費用の支払日から1年以内にならなければならない。 なお、(ウ)又は(エ)については、ウイルス性肝炎患者等重症化予防事業検査明細書（様式第4号）により代えることができる。 (ア) 肝炎検査費用請求書（<u>様式第3号の4</u>） (イ)～(キ) （略） <u>(ウ) 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類</u></p> <p>イ （略） ウ 提出書類の省略 対象者は申請の際、上記ア及びイによらず、以下要件に該当する場合は、以下に掲げる書類を省略することができる。 (ア)～(ウ) （略） (エ) 市町村民税合算対象除外希望申請書（様式第7号） (イ)、(ウ)及び(エ)については以下<u>のいずれか</u>に該当する場合において、同一年度内に本県に提出した書類と同様である場合 a （略） b <u>肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けた場合</u> <u>(オ) 静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業参加同意書（様式第1号）又は市町が認める同意書の写し</u> <u>(カ) 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類</u> <u>(オ)及び(カ)については以下のいずれかに該当する場合において、同一年度内に本県に提出した書類と同様である場合</u> a <u>初回精密検査費用の助成を受けた場合</u> b <u>1回目の定期検査費用の助成を受けた場合</u></p> <p>(3) <u>書類の経由</u> <u>この要領の規定により知事に提出すべき書類は、対象者の住所地を管轄する保健所の長を経由するものとする。ただし、静岡市又は浜松市に住所地を有する対象者が提出する書類については、この限りでない。</u></p> <p>7 検査結果の確認について (1) 初回精密検査結果の確認 6により、初回精密検査の費用請求があった場合には、<u>県</u>は当該検査を実施した医療機関に対して、様式第1号又は市町が認める同意書の写しを添えて、初回精密検査結果報告書（様式第5号）による初回精密検査結果を照会し、その提供を求めることができるものとする。 (2) （略）</p> <p>第7 （略）</p> <p>附 則 <u>1 この要領は、令和4年2月1日から施行する。</u> <u>2 この要領の施行の際、改正前の静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領の規定及び様式により提出されている請求書等は、改正後の静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領の相当する規定及び様式により提出された請求書等とみなす。</u></p>

新 旧

対 照 表

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領

改 正 前	
様式第1号（用紙 日本産業規格A4縦型）	
静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業参加同意書	
<p>肝炎ウイルスに感染した場合、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。 静岡県及び県内の市町では、肝炎ウイルス検査陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。</p>	 <small>厚生労働省肝炎総合対策におけるマスコ</small>
<p>◆事業の目的 B型、C型肝炎ウイルス検査陽性の方に対して、受診勧奨や情報提供を行い、適切な肝炎治療を受けていただくことにより、肝疾患による死亡率の低減を目指します。</p> <p>◆事業の内容 ・年1回調査票をお送りする等により、医療機関の受診状況等を確認させていただきます。 ・精密検査（定期検査）を実施した医療機関に検査結果を照会させていただきます。 ・肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等の御案内を差し上げます。 ・「初回精密検査・定期検査」費用の助成を行います。 （初回精密検査：1人1回限り / 定期検査：1年度2回（世帯の所得制限あり） ※ただし、事業内容は、実施主体（市町、保健所）により一部異なることがありますので御了承ください。</p> <p>◆個人情報の取扱い ・本事業で入手した個人情報につきましては、県及びお住まいの市町で共有しますが、県個人情報保護条例その他個人情報保護に関する規定により適切に管理し、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。</p>	
本事業への参加に同意いただける場合には、以下の必要事項を御記入の上、 肝炎ウイルス検査実施主体（市町、県保健所等）に御提出ください。	
静岡県及び市町が実施するフォローアップに同意します。 記入日：_____年____月____日 氏 名（自署）： _____ _____ 印 性 別： <u>男</u> ・ 女 生年月日： _____年____月____日 住 所： 〒 _____ 静岡県 電話番号： _____ - _____	【受付印押印欄】

改 正 後	
様式第1号（用紙 日本産業規格A4縦型）	
静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業参加同意書	
<p>肝炎ウイルスに感染した場合、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。 静岡県及び県内の市町では、肝炎ウイルス検査陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。</p>	 <small>厚生労働省肝炎総合対策におけるマスコ</small>
<p>◆事業の目的 B型、C型肝炎ウイルス検査陽性の方に対して、受診勧奨や情報提供を行い、適切な肝炎治療を受けていただくことにより、肝疾患による死亡率の低減を目指します。</p> <p>◆事業の内容 ・年1回調査票をお送りする等により、医療機関の受診状況等を確認させていただきます。 ・精密検査（定期検査）を実施した医療機関に検査結果を照会させていただきます。 ・肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等の御案内を差し上げます。 ・「初回精密検査・定期検査」費用の助成を行います。 （初回精密検査：1人1回限り / 定期検査：1年度2回（世帯の所得制限あり） ※ただし、事業内容は、実施主体（市町、保健所）により一部異なることがありますので御了承ください。</p> <p>◆個人情報の取扱い ・本事業で入手した個人情報につきましては、県及びお住まいの市町で共有しますが、県個人情報保護条例その他個人情報保護に関する規定により適切に管理し、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。</p>	
本事業への参加に同意いただける場合には、以下の必要事項を御記入の上、 肝炎ウイルス検査実施主体（市町、県保健所等）に御提出ください。	
静岡県及び市町が実施するフォローアップに同意します。 記入日：_____年____月____日 氏 名（自署）： _____ _____ 印 性 別： <u>男</u> ・ 女 生年月日： _____年____月____日 住 所： 〒 _____ 静岡県 電話番号： _____ - _____	【受付印押印欄】

新 旧

対 照 表

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領

改 正 前

様式第3号 (用紙 日本産業規格A4縦型)
 肝炎検査費用請求書 (初回精密検査・定期検査) (年度 回目)

静岡県知事 様

肝炎検査に要した費用を下記のとおり請求します。

保険診療分検査対象者 請求者 (年 月 日)
 一部負担合計額 (円)
 査定合計額 (円)

住所 (〒 -) 氏名 電話番号 - - 検査対象者との続柄

(検査対象者)

ふりがな	性別	生年月日
対象者氏名	男・女	年 月 日
住所	静岡県 電話番号 - -	
保険区分	被保険者氏名	
	保険種別	協・組・共・国・後 被保険者証の記号・番号
	保険者名	

(振込先口座)

金融機関名 (該当に○)、支店名	預金種別 (該当に○)、口座番号	口座名義人 (請求者本人)
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金・当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

(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【初回精密検査の場合のみ記載】)
 (対象者本人が同意する場合チェックを入れてください。)

静岡県が、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に同意します。

(注) 1. 本枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。本枠以外の欄は記入しないでください。
 2. 記載の訂正は、該当箇所を二重線で括弧し、訂正用「市町健康増進事業」を併記し、正しい字句を書き添えてください。
 3. 市町健康増進事業で属性と判別した方については、市町のフォローアップ事業への同意が条件となりますので、お住まいの市町に市町フォローアップ事業への同意の有無について照会します。

【提出書類一覧】

1. 共通

(1) 肝炎検査費用請求書(様式第3号)

(2) フォローアップ事業参加同意書の写し(様式第1号又は市町の定める様式)

(3) 領収書(医療機関で発行した原本) (1若しくは2を提出した場合)

(4) 診療明細書(医療機関で発行した原本) 検査明細書(様式第4号)

2. 初回精密検査 ※共通に加えて

(5) 肝炎ウイルス検査「陽性」結果通知書の写し(妊婦検診の肝炎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り) **【受付印押印欄】**

(6) 職域検査受検証明書(様式第3号の2)(職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合に限り)

(7) 母子健康手帳の表紙、肝炎ウイルス検査日及び検査結果が確認できるページの写し(妊婦検診の肝炎ウイルス検査を受けた場合に限り)

(8) 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に限り)

3. 定期検査費用 ※共通に加えて

(9) 「世帯全員」の住民票(3か月以内に交付されたもの・写しも可)

(10) 世帯全員の所得課税証明書(直近の年度のもの)

(11) 市町村民税額合算対象除外希望申請書(除外を希望する場合)(様式第7号)

(12) 定期検査費用の助成に係る医師の診断書(様式第6号)

改 正 後

様式第3号 (用紙 日本産業規格A4縦型)
 肝炎検査費用請求書 (初回精密検査)
 (表)

静岡県知事 様

肝炎検査 (初回精密検査) に要した費用を下記のとおり請求します。
 ※検査対象者と請求者 (振込先の口座名義人) が異なる場合は、裏面の委任状に記入してください。

保険診療分検査対象者 請求者 (年 月 日)
 一部負担合計額 (円)
 査定合計額 (円)

住所 (〒 -) 氏名 電話番号 - - 検査対象者との続柄

(検査対象者)

ふりがな	性別	生年月日
対象者氏名	男・女	年 月 日
住所	静岡県 電話番号 - -	
保険区分	被保険者氏名	
	保険種別	協・組・共・国・後 被保険者証の記号・番号
	保険者名	

(振込先口座)

金融機関名 (該当に○)、支店名	預金種別 (該当に○)、口座番号	口座名義人 (請求者本人)
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金・当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

(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チェックを入れてください。)

静岡県が、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に同意します。

(注) 1. 本枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。本枠以外の欄は記入しないでください。
 2. 市町健康増進事業で属性と判別した方については、市町のフォローアップ事業への同意が条件となりますので、お住まいの市町に市町フォローアップ事業への同意の有無について照会します。

【提出書類一覧】

(1) 肝炎検査費用請求書(様式第3号)

(2) フォローアップ事業参加同意書の写し(様式第1号又は市町の定める様式)

(3) 領収書(医療機関で発行した原本) (1若しくは2を提出した場合)

(4) 診療明細書(医療機関で発行した原本) 検査明細書(様式第4号)

(5) 肝炎ウイルス検査「陽性」結果通知書の写し ※ 妊婦検診の肝炎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り

※精密検査を受けるきっかけとなった市町肝炎ウイルス検診等の結果通知であって、初めて精密検査をした際の結果通知ではありません。 **【受付印押印欄】**

(6) 振込先の口座番号等が確認できる資料(通帳の写し等) 以下、該当する場合に提出が必要です。

(職域の肝炎ウイルス検査を受けた場合)

(7) 職域検査受検証明書(様式第3号の2)(保有している場合に限り)

(妊婦検診の肝炎ウイルス検査を受けた場合)

(8) 母子健康手帳の表紙、肝炎ウイルス検査日及び検査結果が確認できるページの写し

(手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合)

(9) 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

新 旧

対 照 表

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領

改 正 前

〔注〕以下の事件に該当する場合は、該頁書類を省略することができます。

- 1. ①～④については、前一年度内で、2回目の申請又は肝表治療特別促進事業の受給者証交付の後申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合
- 2. ①については、過去、定期検査費用の支払いを受けた場合若しくは1年以内に肝表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（以前支払）を受けた時とは、慢性肝炎から肝硬変への移行等病態に変化あった場合は除く。肝がん・重症肝硬変治療研究促進事業の申請において臨床調査費（人費及び経費）を費用した場合又は別に定められた方法で病態を確認できる場合

改 正 後

(第)

委 任 状

私は、以下の者を代理人と定め、下記事項を処理する一切の権限を委任します。

代理人
住 所
氏 名

記

委任事項（※該当する項目（請求・受領）を○で囲む）

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業
における検査費の（ 請求 ・ 受領 ）事務

年 月 日

(委任者：請求書の検査対象者)

住 所

氏 名

新 旧

対 照 表

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領

改 正 前

様式第3号の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

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。
- ※ 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： _____ 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、県又はお住まいの市町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、最寄りの保健所にお問い合わせ下さい。

改 正 後

様式第3号の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

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。
- ※ 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、県又はお住まいの市町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、最寄りの保健所にお問い合わせ下さい。

新 旧

対 照 表

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領

改 正 前

(新設)

改 正 後

様式第3号の4 (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝炎検査費用請求書 (定期検査) (年度 回目)

(表)

静岡県知事 様

肝炎検査 (定期検査) に要した費用を下記のとおり請求します。

※検査対象者と請求者 (振込先の口座名義人) が異なる場合は、裏面の委任状に記入してください。

保険診療分検査対象者

請求者

年 月 日

一部負担合計額

(千 円)

円

住 所

氏 名

査定合計額

円

電話番号

検査対象者との続柄

(検査対象者)

お名前	性 別	生年月日
対象者氏名	男 ・ 女	年 月 日
住 所	〒 静岡県 電話番号	
保険区分	被保険者氏名	
	保険種別	協・組・共・国・県 被保険者証の 記号・番号
	被保険者名	

(振込先口座)

金融機関名 (該当に○)	支店名	預金種別 (該当に○)	口座番号	口座名義人 (請求者本人)
銀行・信金・信組		普通預金 ・ 当座預金		カナ
農協・労金		(総合口座)		漢字
支店				

(省略書類) 省略する場合に、チェックを入れてください。

省略書類	省略できる場合
<input type="checkbox"/> ⑤ 医師の診断書	以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、又は1年以内に肝炎治療特別推進事業で医師の診断書を提出した場合等(慢性肝炎から肝臓癌への移行など病態に変化があった場合は除く。)
<input type="checkbox"/> ⑥ 世帯全員の住民票の写し	前1年度内で、2回目の申請又は肝炎治療特別推進事業の受給者証の交付の届本申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合
<input type="checkbox"/> ⑦ 市町村民税額合算対象除外希望申請書	前1年度内で、2回目の申請 (初回精密検査の申請を含む) であつて、以前の申請時と同様の内容の書類である場合
<input type="checkbox"/> ⑧ フォローアップ事業参加同意書の写し	
<input type="checkbox"/> ⑨ 振込先の口座番号等が確認できる資料	

(注) 太枠内の項目は、すべて請求者に記入してください。太枠以外の欄は記入しなくても可い。

【提出書類一覧】

- ① 肝炎検査費用請求書 (様式第3号の4) 【受付印押印欄】
- ② フォローアップ事業参加同意書の写し (様式第1号又は市町の定める様式)
- ③ 領収書 (医療機関が発行した原本) ④ 若し③が紛失した場合
- ④ 診療明細書 (医療機関が発行した原本) 検査明細書 (様式第4号)
- ⑤ 世帯全員の住民票の写し (3か月以内に交付されたもの・コピーも可)
- ⑥ 世帯全員の所得課税証明書 (直近の年度のもの)
- ⑦ 市町村民税額合算対象除外希望申請書 (除外を希望する場合) (様式第7号)
- ⑧ 定期検査費用の助成に係る医師の診断書 (様式第6号)
- ⑨ 振込先の口座番号等が確認できる資料 (通帳の写し等)

新 旧

対 照 表

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領

改 正 前

(新設)

改 正 後

（廃）

委 任 状

私は、以下の者を代理人と定め、下記事項を処理する一切の権限を委任します。

代理人
住 所
氏 名

記

委任事項（※該当する項目（請求・受領）を○で囲む）

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業
における検査費の（ 請求 ・ 受領 ）事務

年 月 日

（委任者：請求書の検査対象者）

住 所

氏 名

新 旧

対 照 表

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領

改 正 前

様式第4号の2(用紙 日本産業規格A4縦型)

肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業 検査明細書 (C型肝炎用)

対象者氏名 検査日 年 月 日

区分	内容	点数	実施	備考		
初診・再診 指導料 等	A000 初診料		<input type="checkbox"/>			
	A001 再診料		<input type="checkbox"/>			
	注11 明細書発行体制等加算		<input type="checkbox"/>			
	A002 外来診療料		<input type="checkbox"/>			
	B001.1 ウイルス疾患指導料1		<input type="checkbox"/>			
初診・再診・指導料合計						
血液学的 検査	D005 a 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査 末梢血液像(自動機械法15) 末梢血液像(鏡検法25)	<input type="checkbox"/>			
	D006 b 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	<input type="checkbox"/>			
	血液学的検査 計					
	血液学的検査 計					
生化学的 検査 (I)	D007 c 血液化学検査	総ビリルビン	<input type="checkbox"/>			
		直接ビリルビン	<input type="checkbox"/>			
		総蛋白	<input type="checkbox"/>			
		アルブミン	<input type="checkbox"/>			
		ALP	<input type="checkbox"/>			
		CRE	<input type="checkbox"/>			
		γ-GT	<input type="checkbox"/>			
		総コレステロール	<input type="checkbox"/>			
		AST	<input type="checkbox"/>			
		ALT	<input type="checkbox"/>			
		LD	<input type="checkbox"/>			
		上記D007 5項目以上7項目以下				
		上記D007 8項目又は9項目				
		上記D007 10項目以上				
生化学的検査(I) 計						
生化学的 検査 (II)	D009 腫瘍マーカー	AFP	<input type="checkbox"/>			
		AFP-L3%	<input type="checkbox"/>			
		PIVKA-II半定量	<input type="checkbox"/>			
		PIVKA-II定量	<input type="checkbox"/>			
		上記D009 2項目				
		上記D009 3項目				
上記D009 4項目以上						
生化学的検査(II) 計						
免疫学的 検査	D013 肝炎ウイルス関連検査	HCV血清群別判定	<input type="checkbox"/>			
	肝炎ウイルス関連検査 計					
微生物学的 検査	D023 微生物核酸同定・定量検査	HCV核酸定量	<input type="checkbox"/>			
	微生物核酸同定・定量検査 計					
検体検査 判断料 他	[留意] 検体検査実施料	外来迅速検体検査加算(出外・急病時)	<input type="checkbox"/>			
	検体検査実施料 計					
	D026 検体検査判断料	血液学的検査判断料				
		生化学的検査(I)判断料				
		生化学的検査(II)判断料				
		免疫学的検査判断料				
		微生物学的検査判断料				
		検体検査管理加算(I)	<input type="checkbox"/>			
	検体検査判断料 計					
	D400 血液採取	静脈	<input type="checkbox"/>			
D215 超音波検査	断層撮影法(腹部)	<input type="checkbox"/>				
検査物成対象医療に係る検査 合計						
				点		
うち 公費請求分 保険者請求分				円		
うち 患者負担額				円		

上記のとおり検査を行ったことを証明する。

記載年月日: 年 月 日

所在地:
医療機関名:
代表者名:

印

改 正 後

様式第4号の2(用紙 日本産業規格A4縦型)

肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業 検査明細書 (C型肝炎用)

対象者氏名 検査日 年 月 日

区分	内容	点数	実施	備考		
初診・再診 指導料 等	A000 初診料		<input type="checkbox"/>			
	A001 再診料		<input type="checkbox"/>			
	注11 明細書発行体制等加算		<input type="checkbox"/>			
	A002 外来診療料		<input type="checkbox"/>			
	B001.1 ウイルス疾患指導料1		<input type="checkbox"/>			
初診・再診・指導料合計						
血液学的 検査	D005 a 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査 末梢血液像(自動機械法15) 末梢血液像(鏡検法25)	<input type="checkbox"/>			
	D006 b 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	<input type="checkbox"/>			
	血液学的検査 計					
	血液学的検査 計					
生化学的 検査 (I)	D007 c 血液化学検査	総ビリルビン	<input type="checkbox"/>			
		直接ビリルビン	<input type="checkbox"/>			
		総蛋白	<input type="checkbox"/>			
		アルブミン	<input type="checkbox"/>			
		ALP	<input type="checkbox"/>			
		CRE	<input type="checkbox"/>			
		γ-GT	<input type="checkbox"/>			
		総コレステロール	<input type="checkbox"/>			
		AST	<input type="checkbox"/>			
		ALT	<input type="checkbox"/>			
		LD	<input type="checkbox"/>			
		上記D007 5項目以上7項目以下				
		上記D007 8項目又は9項目				
		上記D007 10項目以上				
生化学的検査(I) 計						
生化学的 検査 (II)	D009 腫瘍マーカー	AFP	<input type="checkbox"/>			
		AFP-L3%	<input type="checkbox"/>			
		PIVKA-II半定量	<input type="checkbox"/>			
		PIVKA-II定量	<input type="checkbox"/>			
		上記D009 2項目				
		上記D009 3項目				
上記D009 4項目以上						
生化学的検査(II) 計						
免疫学的 検査	D013 肝炎ウイルス関連検査	HCV血清群別判定	<input type="checkbox"/>			
	肝炎ウイルス関連検査 計					
微生物学的 検査	D023 微生物核酸同定・定量検査	HCV核酸定量	<input type="checkbox"/>			
	微生物核酸同定・定量検査 計					
検体検査 判断料 他	[留意] 検体検査実施料	外来迅速検体検査加算(出外・急病時)	<input type="checkbox"/>			
	検体検査実施料 計					
	D026 検体検査判断料	血液学的検査判断料				
		生化学的検査(I)判断料				
		生化学的検査(II)判断料				
		免疫学的検査判断料				
		微生物学的検査判断料				
		検体検査管理加算(I)	<input type="checkbox"/>			
	検体検査判断料 計					
	D400 血液採取	静脈	<input type="checkbox"/>			
D215 超音波検査	断層撮影法(腹部)	<input type="checkbox"/>				
検査物成対象医療に係る検査 合計						
				点		
うち 公費請求分 保険者請求分				円		
うち 患者負担額				円		

上記のとおり検査を行ったことを証明する。

記載年月日: 年 月 日

所在地:
医療機関名:
代表者名:

新 旧

対 照 表

静岡県肝炎ウイルス検査陽性等重症化予防推進事業実施要領

改 正 前

様式第4号の3(用紙 日本産業規格A4縦型)
 肝炎ウイルス検査陽性等重症化予防推進事業 検査明細書 (定期画像検査用)

対象者氏名 検査日 年 月 日

区分	内容	点数	実施	備考	
			<input type="checkbox"/>		
E200 コンピューター断層撮影 (CT撮影)	64列以上のマルチスライス型(共同)		<input type="checkbox"/>		
	64列以上のマルチスライス型(その他)		<input type="checkbox"/>		
	16列以上64列未満のマルチスライス型		<input type="checkbox"/>		
	4列以上16列未満のマルチスライス型		<input type="checkbox"/>		
	上記以外		<input type="checkbox"/>		
	[注]造影剤使用加算		<input type="checkbox"/>		
	E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	3テスラ以上(共同)		<input type="checkbox"/>	
		3テスラ以上(その他)		<input type="checkbox"/>	
		1.5テスラ以上3テスラ未満		<input type="checkbox"/>	
		上記以外		<input type="checkbox"/>	
	[注]造影剤使用加算		<input type="checkbox"/>		
撮影料 計					
E203 コンピューター断層診断					
[適用]電子画像管理加算					
診断料 計					

区分	内容	円	実施	備考
			<input type="checkbox"/>	
薬剤等	生理食塩水	20ml	<input type="checkbox"/>	
		100ml	<input type="checkbox"/>	
		250ml	<input type="checkbox"/>	
	造影剤	(製品名)		
薬剤料 計				

検査助成対象医療に係る検査 合計		点
うち 公費請求分 保険者請求分		円
うち 患者負担額		円

上記のとおり検査を行ったことを証明する。

記載年月日: 年 月 日

所在地:
 医療機関名:
 代表者名: 垂

改 正 後

様式第4号の3(用紙 日本産業規格A4縦型)
 肝炎ウイルス検査陽性等重症化予防推進事業 検査明細書 (定期画像検査用)

対象者氏名 検査日 年 月 日

区分	内容	点数	実施	備考	
			<input type="checkbox"/>		
E200 コンピューター断層撮影 (CT撮影)	64列以上のマルチスライス型(共同)		<input type="checkbox"/>		
	64列以上のマルチスライス型(その他)		<input type="checkbox"/>		
	16列以上64列未満のマルチスライス型		<input type="checkbox"/>		
	4列以上16列未満のマルチスライス型		<input type="checkbox"/>		
	上記以外		<input type="checkbox"/>		
	[注]造影剤使用加算		<input type="checkbox"/>		
	E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	3テスラ以上(共同)		<input type="checkbox"/>	
		3テスラ以上(その他)		<input type="checkbox"/>	
		1.5テスラ以上3テスラ未満		<input type="checkbox"/>	
		上記以外		<input type="checkbox"/>	
	[注]造影剤使用加算		<input type="checkbox"/>		
撮影料 計					
E203 コンピューター断層診断					
[適用]電子画像管理加算					
診断料 計					

区分	内容	円	実施	備考
			<input type="checkbox"/>	
薬剤等	生理食塩水	20ml	<input type="checkbox"/>	
		100ml	<input type="checkbox"/>	
		250ml	<input type="checkbox"/>	
	造影剤	(製品名)		
薬剤料 計				

検査助成対象医療に係る検査 合計		点
うち 公費請求分 保険者請求分		円
うち 患者負担額		円

上記のとおり検査を行ったことを証明する。

記載年月日: 年 月 日

所在地:
 医療機関名:
 代表者名:

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領

改 正 前

様式第5号(用紙 日本産業規格A4縦型) (医療機関検査用)

初回精密検査結果報告書
(肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業)

静岡県知事 様

所在地
医療機関名 (二次・専門)
医師名

受診者氏名 男 女 生年月日 年 月 日 (歳)
受診者住所 静岡県 電話番号
一次健診結果 (検査年月日) HBs抗原 () HCV抗体 () その他 ()

精密受診年月日 年 月 日 精密検査助成の使用 あり なし
精密検査結果 ※血液検査やウイルス量などは必須項目です。必ず御記載をお願いします。

AST (U/L)	グノタイプ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	ウイルス型 <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型
ALT (U/L)	(EIA法) <input type="checkbox"/> C その他()	<input type="checkbox"/> その他()
血小板 (万/μl)	HBV-DNA <input type="checkbox"/> LC/ml	HCV-RNA <input type="checkbox"/> LogU/ml
	<input type="checkbox"/> 検出下限未満(シグナル+) <input type="checkbox"/> 検出せず	<input type="checkbox"/> 検出下限未満(シグナル+) <input type="checkbox"/> 検出せず

画像検査所見(エコー又は造影CT) 肝がん 肝硬変 慢性肝炎 正常範囲内 その他()
指導区分 ※B型、C型の診療ガイドラインに則って指導区分を記載してください。
1. 指導区分(※必ず御記載をお願いします。)

要医療

- 抗ウイルス治療の適応あり
 - 導入予定
 - 導入不可
 - 理由
 - 高齢
 - 拒否/意欲無し
 - 基礎疾患あり
 - その他()
- 抗ウイルス治療の適応なし
 - 肝臓療法など

- 治療中/後
- (C型) SVR達成
- (B型) 核酸アナログ製剤
- その他

要観察 - 血液検査(か月後)
画像検査(か月後)

医療・観察不要 - 理由()

判定不能

- 通院/検査の中断、測定項目不足
- 他院への紹介
- その他()

2. 紹介(精密検査後の他医療機関への紹介の有無をご記入ください)
なし あり: 医療機関名 (紹介元 高次医療機関 その他)

チェック欄 画像検査(腹部エコー検査など) 検査項目 ウイルス量 指導区分
上記のすべての に記載がある事を確認してご郵送ください。

・空欄・不明な点は後日、問い合わせをさせて頂く場合があります。
・過去検査済みの方は、過去最新の結果を御記載ください。

改 正 後

様式第5号(用紙 日本産業規格A4縦型) (医療機関検査用)

初回精密検査結果報告書
(肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業)

静岡県知事 様

所在地
医療機関名 (二次・専門)
医師名

受診者氏名 男 女 生年月日 年 月 日 (歳)
受診者住所 静岡県 電話番号
一次健診結果 (検査年月日) HBs抗原 () HCV抗体 () その他 ()

精密受診年月日 年 月 日 精密検査助成の使用 あり なし
精密検査結果 ※血液検査やウイルス量などは必須項目です。必ず御記載をお願いします。

AST (U/L)	グノタイプ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	ウイルス型 <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型
ALT (U/L)	(EIA法) <input type="checkbox"/> C その他()	<input type="checkbox"/> その他()
血小板 (万/μl)	HBV-DNA <input type="checkbox"/> LC/ml	HCV-RNA <input type="checkbox"/> LogU/ml
	<input type="checkbox"/> 検出下限未満(シグナル+) <input type="checkbox"/> 検出せず	<input type="checkbox"/> 検出下限未満(シグナル+) <input type="checkbox"/> 検出せず

画像検査所見(エコー又は造影CT) 肝がん 肝硬変 慢性肝炎 正常範囲内 その他()
指導区分 ※B型、C型の診療ガイドラインに則って指導区分を記載してください。
1. 指導区分(※必ず御記載をお願いします。)

要医療

- 抗ウイルス治療の適応あり
 - 導入予定
 - 導入不可
 - 理由
 - 高齢
 - 拒否/意欲無し
 - 基礎疾患あり
 - その他()
- 抗ウイルス治療の適応なし
 - 肝臓療法など

- 治療中/後
- (C型) SVR達成
- (B型) 核酸アナログ製剤
- その他

要観察 - 血液検査(か月後)
画像検査(か月後)

医療・観察不要 - 理由()

判定不能

- 通院/検査の中断、測定項目不足
- 他院への紹介
- その他()

2. 紹介(精密検査後の他医療機関への紹介の有無をご記入ください)
なし あり: 医療機関名 (紹介元 高次医療機関 その他)

チェック欄 画像検査(腹部エコー検査など) 検査項目 ウイルス量 指導区分
上記のすべての に記載がある事を確認してご郵送ください。

・空欄・不明な点は後日、問い合わせをさせて頂く場合があります。
・過去検査済みの方は、過去最新の結果を御記載ください。

新 旧

対 照 表

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領

改 正 前

様式第6号（用紙 日本産業規格A4縦型）

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 ()		
肝炎 ウイルス マーカー	該当する項目にチェックをしてください。 ※抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載してもよいです。 <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー（HBs抗原陽性 ・ HBV-DNA陽性） <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー（HCV抗体陽性 ・ HCV-RNA陽性）		
診 断	該当する診断名にチェックをください。 ※各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に記載してください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他 記載すべ き事項			
上記のとおり診断します。 記載年月日 年 月 日			
医療機関名及び所在地			
医師氏名 印			

※「診断」欄の「その他」は、抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っているなどの場合に記入する。

改 正 後

様式第6号（用紙 日本産業規格A4縦型）

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 ()		
肝炎 ウイルス マーカー	該当する項目にチェックをしてください。 ※抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載してもよいです。 <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー（HBs抗原陽性 ・ HBV-DNA陽性） <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー（HCV抗体陽性 ・ HCV-RNA陽性）		
診 断	該当する診断名にチェックをください。 ※各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に記載してください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他 記載すべ き事項			
上記のとおり診断します。 記載年月日 年 月 日			
医療機関名及び所在地			
医師氏名			

※「診断」欄の「その他」は、抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っているなどの場合に記入する。

新 旧

対 照 表

静岡県肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業実施要領

改 正 前

様式第7号(用紙:日本産業規格A4縦型)

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

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

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

改 正 後

様式第7号(用紙:日本産業規格A4縦型)

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

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

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)

【添付書類】

- 除外希望者が、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の扶養関係にないことを証明する書類(所得課税証明書等)
- 除外希望者が、申請者及びその配偶者との関係において相互に医療保険上の扶養関係にないことを証明する書類(健康保険証のコピー等)