

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

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。



厚生労働省肝炎総合対策におけるマスコット

◆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。

◆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。

◆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。

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。

<p>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。</p> <p>記入日：_____年____月____日</p> <p>氏名（自署）： _____</p> <p>性別：男・女</p> <p>生年月日：_____年____月____日</p> <p>住所：〒_____</p> <p>静岡県_____</p> <p>電話番号：_____ - _____</p>	<p>【受付印押印欄】</p>
--	-----------------

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、静岡県肝炎ウイルス検査陽性者フォローアップ事業に参加いただいた方を対象に、医療機関の受診状況や治療内容等を確認し、必要な相談支援を行うことを目的に、年1回実施しております。

調査の御回答を受けて、皆様の健康管理を支援する目的で、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。

なお、個人情報及び回答内容につきましては、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。

御協力よろしくお願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

静岡県〇〇保健所（TEL 〇〇-〇〇-〇〇）

【肝炎に関するご相談窓口】

〇〇病院肝疾患相談センター（TEL 〇〇-〇〇-〇〇）

問1 過去1年以内に肝臓の病気に関して医療機関を受診しましたか。

はい（直近の受診日： 年 月 ころ / 医療機関名： ）

いいえ →

＜理由： 受診する時間がない 特に自覚症状がない 医師に受診不要と言われた
 経済的な問題 その他（ ）＞

問2 差し支えなければ、医師から説明を受けたあなたの病状（最新の状態）を教えてください。

無症候性キャリア 慢性肝炎 肝硬変 肝がん その他（ ）

説明を受けたことがない 忘れた・わからない

→上記はどちらのウイルスによるものですか？ B型肝炎ウイルス C型肝炎ウイルス

問3 （問1で「はい」と回答した場合）この1年に受けた治療又は今後の治療予定を教えてください。

この1年に肝臓病の治療を受けた（現在受けている）。または今後受ける予定である。

→差し支えなければ、治療内容を教えてください。

インターフェロン治療（注射＋飲み薬／注射） インターフェロンフリー治療（飲み薬）

核酸アナログ製剤治療（飲み薬） 肝臓を保護する治療（強力ネオミノファーゲンシー等）

その他（ ） わからない

この1年に肝臓病の治療は受けていない。または今のところ治療の予定はない。

今後の予定をご回答ください。

経過観察（次回の受診予定： 年 月 ころ）

その他（ ）

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前 _____

記載年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

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
一部負担合計額
円
査定合計額
円

年	月	日
(千	—)
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	・
	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。)

<input type="checkbox"/>	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 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太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陽性と判明した方については、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)
- ④ 診療明細書 (医療機関で発行した原本)
- ⑤ 肝炎ウイルス検査「陽性」結果通知書の写し ※ (妊婦健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る)

※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査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る)

(妊婦健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

(裏)

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

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。

(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、静岡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	〒 -		
検査日	年月日	検査結果通知日	年月日

年 月 日

静岡県 部 局 課

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

医療機関名： _____

担当部署・担当者： _____

所在地： _____

電話番号： _____

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

一部負担合計額

円

査定合計額

円

		年	月	日
		(千	—)
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					
				氏					
				名					
				保					
				険					
				種					
				別					
				協					
				・					
				組					
				・					
				共					
				・					
				国					
				・					
				後					
				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

(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"/> ⑧ 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促進事業で医師の診断書を提出した場合等(慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった場合は除く。)
<input type="checkbox"/> ⑤ 世帯全員の住民票の写し	同一年度内で、2回目の申請又は肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付の後本申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合
<input type="checkbox"/> ⑥ 世帯全員の所得課税証明書	
<input type="checkbox"/> ⑦ 市町村民税額合算対象除外希望申請書	
<input type="checkbox"/> ② フォローアップ事業参加同意書の写し	同一年度内で、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"/> ⑨ 振込先の口座番号等が確認できる資料	

(注) 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。

【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 (医療機関で発行した原本)
- ④ 診療明細書 (医療機関で発行した原本)
- 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)

(裏)

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

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 (B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	<input type="checkbox"/>		
		末梢血液像(自動機械法15)	<input type="checkbox"/>		
		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	<input type="checkbox"/>		
	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					
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"/>		
		ChE	<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	HBe抗原	<input type="checkbox"/>		
		HBe抗体	<input type="checkbox"/>		
		HBVジェノタイプ判定	<input type="checkbox"/>		
		上記D013 3項目			
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	HBV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(10点×最大5項目)	<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(胸腹部)		<input type="checkbox"/>		
検査助成対象医療に係る検査 合計				点	
		うち 公費請求分		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:

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	末梢血液一般検査		<input type="checkbox"/>		
		末梢血液像(自動機械法15)		<input type="checkbox"/>		
		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		<input type="checkbox"/>	
		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						
生化学的 検査 (I)	D007 c	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"/>		
		ChE		<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	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(10点×最大5項目)		<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(胸腹部)		<input type="checkbox"/>		
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:

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 (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	
コンピュータ断層診断撮影	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				<input type="checkbox"/>		
[通則]電子画像管理加算				<input type="checkbox"/>		
診断料 計						

	区分	内容	円	実施	備考
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:

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。

Table with columns for blood test results (AST, ALT, platelets) and virus types (B, C), including HBV-DNA and HCV-RNA results.

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。)

Flowchart for treatment guidance. Includes options for antiviral treatment (with/without indication), liver protection, and observation. Includes yellow callout boxes: '(C型)治療の適応が広がりました。積極的な治療を御考慮ください。', '(C型)SVR後も発癌の報告があり、定期的な画像検査が必要です。', '(B型)非活動性キャリアでも発癌の可能性あります。特に40歳以上や男性、飲酒、血小板15万/μl以下、線維化進行例、肝がんの家族歴などは注意が必要です。'

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。

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してください。 ※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。

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）

職域検査促進事業における実施状況報告

報告者名称

連絡先住所、電話番号

（ 年度）

事項	報告内容	備考
実施対象	保険者名 (事業所名) (検診機関名)	
肝炎の啓発実施	実施の可否 実施 / 実施していない 啓発対象者数 人 実施方法 (資料配付、説明会、他)	
肝炎ウイルス検査の 勧奨	実施の可否 実施 / 実施していない 実施期間 年 月 ~ 年 月 勧奨実施者数 人	
肝炎ウイルス検査の 受診者等	実施期間 年 月 ~ 年 月 受診者数 人 陽性者数 人	

(注) 啓発、勧奨を実施した範囲に応じて作成するものとする。この際、各人員については、報告可能な範囲で記載するものとし、注記すべき点があれば備考欄に記載のこと。