

青森県肝炎ウイルス定
期検査費助成事業
実施要綱

青森県肝炎ウイルス定期検査費助成事業実施要綱

第1 目的

この事業は、肝炎ウイルス検査陽性者の定期検査の受診を促進することにより、ウイルス性肝炎患者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、青森県（以下「県」という。）とする。

第3 事業内容

(1) 実施方法

ア 対象者が、青森県肝炎治療特別促進事業実施要綱の規定により県が指定する医療機関において定期検査を受診し、医療保険各法（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をいう。以下同じ。）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。

イ 対象者が、市町村民税所得割の合計が235,000円未満の世帯に属する者の場合、前項の費用に相当する額は、次の①に規定する額の合計額から②に規定する対象者が負担する額を控除した額とする。

① 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当該検査に要する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

② 対象者の負担限度額は、別表のとおりとする。

(2) 助成対象者

県内に住所を有し、以下の全ての要件に該当する者

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 住民税非課税世帯又は市町村民税所得割の合計が235,000円未満の世帯に属する者

エ 県又は市町村が実施するフォローアップ事業に同意した者

オ 青森県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

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び以下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。

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。

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、

- γ-GT、総コレステロール、AST、ALT、LD、ZTT)
- 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））

(4) 助成回数

1年度2回（青森県肝炎ウイルス初回精密検査費助成事業による助成を含む）

(5) 検査費用の請求について

対象者は、その検査を受けた年度末までに、肝炎ウイルス定期検査費用請求書（別紙様式1）に、以下の書類を添えて知事に請求するものとする。

なお、対象者の請求は、原則、その請求者のフォローアップ事業実施主体である自治体を經由して、知事に請求するものとする。

- ア 医療機関の領収書
- イ 診療明細書
- ウ 定期検査費用振込先金融機関の口座の分かる書類（通帳の写し等）
- エ 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し
- オ 世帯全員の住民票の写し
- カ 世帯全員の市町村民税課税（非課税）証明書等、世帯全員の市町村民税の課税年額を証明する書類
- キ 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（別紙様式2）

(6) 自己負担限度額階層区分の認定に係る課税等証明書等の提出について

別表による自己負担限度額階層区分の甲に当たる場合、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員（以下「世帯構成員」という。）に係る市町村民税課税証明書等を提出するものとする。一方、乙にあたる場合は、世帯構成員の住民税非課税証明書を提出するものとする。

ただし、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（配偶者以外の者に限る。）については、別紙様式3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を認めることができるものとする。

なお、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。

(7) 書類の省略について

対象者は申請の際、上記（5）及び（6）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 医師の診断書

以前に同じ知事から定期検査費用の支払いを受けた場合（以前支払を受けた時に比べ、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。）

イ 世帯全員の住民票写し、世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書、市町村民税額合算対象除外希望申請書

以下に該当する場合において、従前に知事へ提出した書類と同様の内容である場合。なお、

いずれも同一年度内で同じ知事に対し行われる場合とする。

(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による受給者証の交付を受けた場合

(8) 検査費用の支払について

知事は、請求を受けたときは、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。

第4 実施にあたっての留意事項

本事業の企画及び立案にあたっては、事業を効率的、効果的に実施するため、関係機関等と連携を密にし、地域の実情に応じた事業の推進に努めること。

また、検査等の実施に際しては、個人のプライバシー等人権の保護に十分配慮すること。

附則 この要綱は、平成28年4月11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6月26日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

(経過措置)

- 1 平成28年4月1日から平成28年4月10日までに行われた定期検査については、第3の(1)中「青森県肝炎治療特別促進事業実施要綱の規定により県がしている医療機関」を「保険医療機関(健康保険法(大正11年法律第70号)に規定する医療機関をいう。)」と読み替えるものとする。

(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

肝炎ウイルス定期検査費用請求書

平成 年 月 日

青森県知事 殿

肝炎ウイルス定期精密検査に要した費用を下記のとおり請求します。

請求者(対象者)氏名: _____ 印

請求金額(支給決定額): _____ 円

フリガナ		性別	生年月日	
対象者氏名		男女	明昭 大平	年 月 日生
住所	〒 _____ 電話番号 ()			
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・船・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			
振込口座	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名		店 舗 名	
	口座種別	当座・普通	口座番号	
定期検査申 請での省略 書類(レ印)	・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合(以前支払いを受けた時に比べ、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"/> 医師の診断書			
	・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"/> 世帯全員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書			

注1 本請求書に以下の書類を添付してください。

- ・検査を受けた医療機関が発行した領収書

- ・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）
 - ・定期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）
 - ・申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し
 - ・世帯全員の住民票の写し
 - ・世帯全員の市町村民税課税（非課税）証明書等、世帯全員の市町村民税の課税年額を証明する書類、市町村民税額合算対象除外希望申請書（必要な場合）
 - ・定期検査費用の助成に係る医師の診断書（別紙様式2）
- ただし、上記要件に該当する場合は、該当書類を省略することができます。
- 2 医療機関によっては、診断書や診療明細書の発行に費用がかかる場合がありますが、その費用は自己負担となります。
 - 3 請求者は対象者本人です。（請求者氏名と対象者氏名は一致）
 - 4 請求者（対象者）本人と振込先の口座名義人が違う場合は、委任状（裏面）を記入してください。

委任状

受任者(表面請求書の口座名義人)

住所

氏名

印

私は、上記の者を代理人と定め、青森県から受領する肝炎ウイルス定期検査費用の受領について、一切の権限を委任します。

平成 年 月 日

委任者(表面請求書の請求者)

住所

氏名

印

注 受任者の印は、委任者の印と異なるものを押印すること。

(市町村記載欄)

フォローアップへの同意の有無

フォローアップに同意している（同意書があれば写しを添付してください）

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	明昭 大平	年 月 日生
住所	〒 - 電話番号 ()			
肝炎ウイルスマーカー	<p>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。</p> <p><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)</p>			
診断	<p>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。</p> <p><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 ()</p>			
その他記載すべき事項				
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">記載年月日 平成 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地</p> <p>医師氏名 印</p>				

※「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

除外希望者氏名

除外希望者氏名

申請者氏名

印 (認・押はは

署)