

青森県肝炎ウイルス初回精密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初回精密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

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初回精密検査を受診し、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「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) 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 1年以内に県、青森市及び八戸市が行う肝炎ウイルス検査又は市町村が行う健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者

ウ 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

(3) 助成対象費用

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、 γ -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））

(4) 助成回数

1回

(5) 検査費用の請求について

対象者は、県、青森市及び八戸市が行う肝炎ウイルス検査又は市町村が行う健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診において陽性と判定された日（結果通知日）から1年以内に精密検査を受け、原則、その年度内に肝炎ウイルス初回精密検査費用請求書（別紙様式）に、以下の書類を添えて知事に請求するものとする。

なお、対象者のうち、青森市及び八戸市が行う肝炎ウイルス検査又は市町村が行う健康増進事業に基づく肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者については、青森市又は市町村を経由して、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 初回精密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 肝炎ウイルス検査結果通知書の写し

(6) 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2月17日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

附則 この要綱は、平成28年4月8日から施行する。

附則 この要綱は、平成28年7月5日から施行する。

附則 この要綱は、平成29年6月21日から施行する。

附則 この要綱は、平成30年5月22日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

(経過措置)

- 1 平成27年4月1日から平成28年2月16日までに行われた初回精密検査については、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指定する医療機関」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。

肝炎ウイルス初回精密検査費用請求書

年 月 日

青森県知事 殿

肝炎ウイルス初回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	

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）
- ・ 初回精密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
- ・ 肝炎ウイルス検査結果通知書の写し

2 医療機関によっては、診療明細書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初回精密検査費用の受領について、一切の権限を委任します。

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・保健所記載欄)

下記項目について記入もしくはチェックをしてください。

○検査日

年 月 日

○検査結果

B型 陽性 陰性

C型 陽性 陰性

○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