

愛媛県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業実施要領

1 目的

この事業は、肝炎ウイルス陽性者を早期治療につなげ、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。

2 実施主体

この事業の実施主体は、愛媛県（以下「県」という。）とする。

3 事業の内容

(1) 陽性者のフォローアップ

同意書等により肝炎ウイルス検査の前または後で本人の同意を得ている対象者に対し、調査票を年1回送付する等により医療機関の受診状況や診療状況を確認するとともに、未受診の場合は、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。

① 対象者

県内に住所を有し、ア又はイのいずれかに該当する者

ア 県保健所又は県が委託する医療機関で行う肝炎ウイルス検査で「陽性」又は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者（以下「陽性者」という。）

イ (2)の検査費用の請求により把握した陽性者

フォローアップにあたっては、個人情報取り扱いに留意のうえ、必要に応じ松山市や県内市町の健康増進事業担当部局等(以下「市町等」という。)と連携を図るとともに、その実施においては、肝疾患診療連携拠点病院や市町等の適当と認められる実施機関に委託することができる。

なお、市町等からの情報提供により把握した本事業以外の陽性者（市町や医療機関で実施する肝炎ウイルス検査（職域で実施する肝炎ウイルス検査（以下「職域の肝炎ウイルス検査」という。）、母子保健法に基づき市町が実施する妊婦健康診査における肝炎ウイルス検査（以下「妊婦検診の肝炎ウイルス検査」という。）及び手術前1年以内に行われた肝炎ウイルス検査（以下「手術前の肝炎ウイルス検査」という。）を含む。))についても、フォローアップの対象者とすることができる。

一方、フォローアップの対象者を市町等へ情報提供することにより、健康増進事業におけるフォローアップの対象とすることができる。

② 実施方法

①のアに該当する者への対応

県保健所は、対象者に対し、医療機関への受診指導（精密検査の受診指導）をするとともに、フォローアップ事業を周知し、同意書（様式1）により事業参加の意思を確認する。

県保健所は、参加の同意を得られた者に対して、1回以上調査票（様式2）を送付する等により、精密検査の受診状況等を確認する。

次回以降は、定期的（年1回以上）に調査票（様式2）を送付する等によ

り、受診状況等を確認する。

①のイに該当する者への対応

定期的（年1回以上）に調査票（様式2）を送付する等により、受診状況等を確認する。

③ その他

受診状況等を確認した結果、未受診の場合は、必要に応じて電話、通知等により受診を勧奨する。

受診状況等の確認は、治療が完了するまで実施する。ただし、対象者がフォローアップの継続を希望しない場合は、この限りではない。

(2) 初回精密検査費用及び定期検査費用の助成

① 実施方法

ア 対象者が肝炎ウイルス検診精密検査実施医療機関（愛媛県生活習慣病検診等管理指導会議肝がん部会が作成した「肝炎ウイルス検診精密検査実施医療機関」リストに登録されている医療機関）にて初回精密検査又は定期検査を実施し、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を受けた場合、対象者が負担した費用を交付する。

なお、対象者が県外に所在する医療機関で初回精密検査又は定期検査を受診する場合は、やむを得ない理由があると認められ、かつ、検査を実施する医師が一般社団法人日本肝臓学会専門医であるときに限り、対象者が負担した費用を交付する。

イ 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のイに該当する者については、1回につき、次の a に規定する額から b に規定する自己負担限度額を控除した額とする。

a 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

b 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、⑤イ（イ）により申請者から提出された市町民税課税証明書により確認するものとする。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

ア 初回精密検査

a 愛媛県内に住所を有する者で、本事業における肝炎ウイルス検査若しくは健康増進事業の肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者であって、以下の全ての要件に該当する者

- (a) 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
 - (b) 1年以内に「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業の実施について」（平成14年3月27日健発第0327012号厚生労働省健康局長通知）に基づいて、県又は松山市が実施する肝炎ウイルス検査、若しくは県内市町が実施する健康増進事業の肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者
 - (c) (1)の陽性者のフォローアップに同意した者
なお、健康増進事業における陽性者フォローアップに同意している者も対象とすることができる。
- b 職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者であって、以下の全ての要件に該当する者
- (a) 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
 - (b) 1年以内に職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者
 - (c) (1)の陽性者のフォローアップに同意した者
- c 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であって、以下の全ての要件に該当する者
- (a) 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
 - (b) 原則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。
また、各医療機関に配置されている肝炎医療コーディネーター（医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、助産師、医療ソーシャルワーカーをはじめとする医療従事者や医療機関職員等）の連携などを通じて、対象者が当該制度につながるよう留意されたい。
 - (c) (1)の陽性者のフォローアップに同意した者
- d 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であって、以下の全ての要件に該当する者
- (a) 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
 - (b) 原則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。
また、各医療機関に配置されている肝炎医療コーディネーター（医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、助産師、医療ソーシャルワーカーをはじめとする医療従事者や医療機関職員等）の連携などを通じて、対象者が当該制度につながるよう留意されたい。
 - (c) (1)の陽性者のフォローアップに同意した者

イ 定期検査

愛媛県内に住所を有する者で、以下の全ての要件に該当する者

- a 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
- b 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）
- c 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
- d (1)の陽性者フォローアップに同意した者
なお、健康増進事業における陽性者フォローアップに同意している者も対象とすることができる。
- e 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

ア 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知事が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

- a 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査、末梢血液像）
- 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）
- c 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 -G T、総コレステロール、AST、ALT、LD）
- d 腫瘍マーカー（AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量）
- e 肝炎ウイルス関連検査（HB e抗原、HB e抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等）
- f 微生物核酸同定・定量検査（HBV核酸定量、HCV核酸定量）
- g 超音波検査（断層撮影法（胸腹部））

イ 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知事が認めた費用。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。

④ 助成回数

ア 初回精密検査

1回

イ 定期検査

1年度2回（アの検査を含む）

⑤ 検査費用の請求

ア 初回精密検査

検査費用の助成を受けようとする者は、次に掲げる a の書類に、b から

d の関係書類を添えて、住所地を所管する県保健所を経由して知事へ提出する。

なお、申請者について個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）に規定する個人番号をいう。以下同じ。）を提出し、医療保険の支給に関する情報について知事が取得することに同意し自ら署名を行った場合は、これらの提出書類の一部を省略することができる。

- a 肝炎検査費用請求書（様式3）
- b 医療機関の領収書、診療明細書
- c 申請者の氏名が記載された医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等
- d 肝炎ウイルス検査の結果通知書（請求日から1年以内に発行されたもの）

・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

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、次に掲げる（a）及び（b）の関係書類を添えて、住所地を所管する県保健所を経由して知事へ提出する。

- （a）「職域の肝炎ウイルス検査を受けたことについての証明書（以下「職域検査受検証明書」という。）（対象者が保有している場合に限る。）
- （b）フォローアップの同意書

※対象者からの請求に職域検査受検証明書の添付がない場合は、職域の肝炎ウイルス検査を受けたことが確認できる書類を添えることで職域検査受検証明書を省略することができる。

また、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、別紙様式により医療機関等に照会を行い、医療機関等から回答を受けることができる。

・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

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、次に掲げる（a）及び（b）の関係書類を添えて、住所地を所管する県保健所を経由して知事へ提出する。

- （a）母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページの写し
- （b）フォローアップの同意書

※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により確認するものとする。

・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

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、次に掲げる（a）、（b）及び（c）の関係書類を添えて、住所地を所管する県保健所を経由して知事へ提出する。

- （a）肝炎ウイルス検査の結果通知書
- （b）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

(c) フォローアップの同意書

イ 定期検査

(ア) 検査費用の助成を受けようとする者は、次に掲げる a の書類に、b から f までの関係書類を添えて、住所地を所管する県保健所を経由して知事へ提出する。また、申請者及び申請者と同一の世帯に属する者について個人番号を提出し、地方税関係情報又は医療保険の支給に関する情報若しくはその両方について知事が取得することに同意し自ら署名を行った場合は、これらの提出書類の一部を省略することができる。

なお、初回精密検査の費用助成を利用しておらず、初めて定期検査の費用助成を利用する者は、フォローアップの参加同意書（様式 1）を添えること。

a 肝炎検査費用請求書（様式 4）

b 医療機関の領収書、診療明細書

c 申請者の氏名が記載された医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等

d 世帯全員の住民票の写し

e 世帯全員の市町民税課税証明書

f ウイルス性肝炎定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式 5）

(イ) 自己負担限度額階層区分の認定に係る市町民税課税等証明書等の提出について

a 別表による自己負担限度額階層区分を決定するため、申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員（以下、「世帯構成員」という。）に係る市町民税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（配偶者以外のものに限る。）については、別紙世帯調書兼同意書（様式 6-1）又は市町民税額合算対象除外希望申出書（様式 6-2）に基づき、世帯構成員における市町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。

b 市町村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。

(a) 平成 24 年度以降に実施された定期検査分の市町民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。

(b) 平成 30 年度以降に実施された定期検査分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、市町村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村民税所得割の標準税率（6%）により算

定を行うものとする。

- (c) 平成30年9月から令和2年12月までの期間に実施された定期検査における市町村民税課税年額の算定に当たっては、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つた女子であつて、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つた男子であつて、現に婚姻をしていないもの」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号イに定める寡婦又は同項第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村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。
- (ウ) 対象者は申請の際、上記(ア)及び(イ)によらず、以下の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。

a 医師の診断書

以下のいずれかに該当する場合。なお、(a)、(b)については慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があつた場合を除く。

(a) 以前に県知事から定期検査費用の支払いを受けた場合

(b) 1年以内に肝炎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。

(c) 肝がん・肝硬変治療研究促進事業の申請において臨床調査個人票及び同意書を提出した場合

b 世帯構成員の住民票の写し、世帯全員の市町民税課税証明書、市町民税合算対象除外希望申出書

以下に該当する場合において、従前に県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県知事に対し行われる場合とする。

(a) 1回目の定期検査費用の助成を受けた場合

(b) 肝炎治療特別促進事業による肝炎治療受給者証の交付を受けた場合

⑥ 検査費用の支払い

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。

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ものとする。

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ものとする。

5 その他

この要領に定めのない事項及び疑義が生じたときは、別に定めるものとする。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成 27 年 9 月 25 日から施行し、平成 27 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成 28 年 5 月 9 日から施行し、平成 28 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成 29 年 6 月 20 日から施行し、平成 29 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成 30 年 5 月 21 日から施行し、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

(施行期日)

この要領は、令和元年 6 月 7 日から施行し、平成 31 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

(施行期日)

この要領は、令和 2 年 8 月 26 日から施行し、令和 2 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

(施行期日)

この要領は、令和 5 年 11 月 24 日から施行し、令和 5 年 12 月 1 日から適用する。

附 則

(施行期日)

この要領は、令和 7 年 3 月 14 日から施行し、令和 7 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

(施行期日)

この要領は、令和 8 年 4 月 21 日から施行し、令和 8 年 4 月 1 日から適用する。

(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

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎に感染した場合、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、御自身の状態を確認することが重要です。

愛媛県では、肝炎ウイルス陽性者の方に対する『フォローアップ事業』を実施しています。

事業への参加に同意される場合は、下記の必要事項を御記入の上、この同意書を御提出ください。

～フォローアップ事業について～

- 1 参加された方に、年1回アンケート調査を行い、医療機関の受診状況や治療内容を確認します。
また、必要に応じて電話等で連絡する場合があります。
- 2 随時必要な相談支援を行うほか、肝疾患治療の講習会等をご案内します。
- 3 初回精密検査費用の一部について、愛媛県が実施する助成制度を利用できます。
慢性肝炎、肝硬変又は肝がんと診断された場合には、住民税非課税世帯又は市町民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯の方は、定期検査費用の一部についても助成制度を利用できます。
- 4 本事業で入手した個人情報は、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が、市町の健康増進事業担当部局等と連携して事業を実施するため、相互に情報提供します。

年 月 日

フォローアップ事業への参加に同意します。

氏名（自署）： _____

生年月日： _____ 年 月 日 電話番号： _____ - _____

住 所： 〒 _____

※ 市町の住民健診等で陽性と判定された方は、お住いの市町にてフォローアップを行いますので、この同意書をお住いの市町へ送付します。

【同意書提出先・お問い合わせ先】お住まいの住所地を管轄する県保健所に提出してください。

保健所名・担当課名	所在地	電話番号
四国中央保健所 保健課	四国中央市三島宮川 4-6-53 (〒799-0404)	0896-23-3360
西条保健所 健康増進課	西条市喜多川 796-1 (〒793-0042)	0897-56-1300
今治保健所 健康増進課	今治市旭町 1丁目 4-9 (〒794-8502)	0898-23-2500
中予保健所 健康増進課	松山市北持田町 132 (〒790-8502)	089-909-8757
八幡浜保健所 健康増進課	八幡浜市北浜 1丁目 3-37 (〒796-0048)	0894-22-4111
宇和島保健所 健康増進課	宇和島市天神町 7-1 (〒798-8511)	0895-22-5211

県保健所記載欄

・無料匿名検査結果：肝炎ウイルス検査 陽性（B型・C型）

・検査実施日： _____ 年 月 日 ・検査受付番号： (_____)

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、愛媛県肝炎ウイルス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。

調査のご回答を受けて、当方から問い合わせる場合があります。

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。なお、回答内容の集計に当たっては、市町の健康増進事業担当部局等と連携して事業を実施するため、相互に情報提供しますが、個人を特定できないよう配慮します。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。(□にチェックをお願いします)

【本調査に関するお問い合わせ先】

愛媛県保健福祉部健康衛生局健康増進課 (TEL 089-912-2402)

愛媛県〇〇保健所 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

【肝炎に関するご相談窓口】

愛媛大学医学部附属病院 肝疾患診療相談センター (TEL 089-960-5955)

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 月頃 医療機関名:)

いいえ (受診をしていない理由:)

問2 (問1で「はい」と回答した場合) 差し支えなければ、説明を受けた病状を教えてください。

無症候性キャリア (B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス)

慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)

肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)

肝がん (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)

その他 ()

問3 (問1で「はい」と回答した場合) 現在の治療状況と今後の予定を教えてください。

肝臓病の治療を現在受けている。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

インターフェロンフリー治療

核酸アナログ製剤治療

その他 ()

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 (次回の受診目安: ころ)

その他 ()

肝臓病の治療を完了した。

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

(注) こちらには記入しないでください

様式 3

決定金額： 円

肝炎検査費用請求書（初回精密検査）（ 年度）

年 月 日

愛媛県知事 様

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を上記のとおり請求します。

請求金額： 円

（請求者）住所： 電話番号 - -

氏名： 印（対象者との続柄）

フリガナ				生 年 月 日
対象者氏名				年 月 日生
住 所	〒 - 電話番号 ()			
振込口座 (請求者名 の口座)	フリガナ			
	口座名義			
	金融機関名	店舗名		
	口座種別	普通・当座	口座番号	
病 態 (レ印)	該当する診断名、項目にチェック、○をしてください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 肝硬変（B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 肝がん（B型肝炎ウイルスによる、C型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> その他 ()		受診医療 機関名 (医師氏名)	(担当医師：)
職域検査の医 療機関等への 照会 (レ印)	<input type="checkbox"/> 愛媛県が、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かどうかについて、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等に照会を行い、当該医療機関等から回答を受けることに同意します。			

※医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等として、以下①②のいずれかを添付してください。

①保険者から発行される「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」

②マイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」(あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む)

※本請求書に医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書（請求日から1年以内に発行されたもの）を添付してください。

※医療機関によっては、診療明細書や診断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。

※職域で実施する肝炎ウイルス検査を受けた場合は、職域検査受検証明書（保有している場合に限る。）及び陽性者フォローアップの同意書（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

※妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページの写し及び陽性者フォローアップの同意書（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

※手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、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及び陽性者フォローアップの同意書（同意をしていない場合に限る。）も添付してください。

(注) こちらには記入しないでください

様式 4

決定金額 : 円

肝炎検査費用請求書 (定期検査) (年度 回目)
年 月 日

愛媛県知事 様

肝炎検査 (定期検査) に要した費用を上記のとおり請求します。

請求金額 : 円

(請求者) 住所 : 電話番号 - -

氏名 : 印 (対象者との続柄)

Form with fields forフリガナ, 対象者氏名, 住所, 振込口座 (フリガナ, 口座名義, 金融機関名, 店舗名, 口座種別, 普通・当座, 口座番号), 病態 (レ印), 受診医療機関名 (医師氏名), 担当医師, 定期検査申請での省略書類 (レ印)

※医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等として、以下①②のいずれかを添付してください。

- ①保険者から発行される「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」
②マイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」(あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む)

※本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、世帯全員の住民票の写し、世帯全員の市町民税課税証明書及び医師の診断書(様式5)を添付してください。なお、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。

※医療機関によっては、診療明細書や診断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。

ウイルス性肝炎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	<p>該当する項目にチェックをしてください。 <small>※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かまいません。</small> (検査年月日 年 月 日)</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)		
診断	<p>該当する診断名、項目にチェック、○をしてください。 <small>※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。</small></p> <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> その他 ()		
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 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地</p> <p style="text-align: center;">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載する。

※愛媛県が作成した「肝炎ウイルス検診精密検査実施医療機関」リストに掲載されている医療機関によるものに限ります。

世帯調書兼同意書

1. 申請者が属する住民票上の同一世帯員は下表のとおりです。(全員の氏名・続柄を下記に記載してください。)
2. 世帯全員の**地方税関係情報**を知事が取得することについて、
 - 希望(同意)します。→**世帯全員がそれぞれ下記に署名し、マイナンバーを記載してください。**
ただし、マイナンバーを用いた情報連携が実施できない場合は、書類の提出を依頼することがあります。
 - 希望(同意)しません。→**世帯全員分の市町民税所得課税証明書(原本)の提出が必要です。**
 - 定期検査費用の助成における自己負担限度額を決定するためには、世帯全員の課税状況を証明する書類が必要になります。(定期検査が実施された年度の前年の所得に応じた課税状況を確認します。)
住民税非課税世帯:階層区分「乙:0円」
世帯の市町民税所得割合算額235,000円未満:階層区分「甲:慢性肝炎2,000円、肝硬変又は肝がん3,000円」
 - 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については、下表の「合算除外希望者」欄にチェックし、配偶者及び該当者の医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等を追加提出することで、市町村民税額合算対象から除外できます。
ただし、未就学児又は義務教育学校に在籍中の者については、課税状況を証明する書類の提出は不要です。
義務教育以外の学校等に在学する生徒・学生でアルバイト等の収入がない者については、下表の「学生等」欄にチェックすることで、課税状況を証明する書類の提出を省略することができます。
3. **医療保険の支給に関する情報**を知事が取得することについて、
 - 希望(同意)します。→**該当者がそれぞれ下記に署名し、マイナンバーを記載してください。**
ただし、マイナンバーを用いた情報連携が実施できない場合は、資料等の提出を依頼することがあります。
 - 希望(同意)しません。→**該当者について、以下のいずれかの資料等の提出が必要です。**

【医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等】

- ①保険者から発行される「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」
- ②マイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」(あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む)

ふりがな	続柄	学生等 (収入がない場合に限る)	合算除外 希望者	上記2・3の情報照会を希望する方のみ記載		保健所確認欄
氏名 (上記2・3の情報照会を希望する方は 自署(中学生以下は代筆可))				個人番号(マイナンバー)	情報照会 を希望する 項目	市町民税 (所得割) 課税年額
				医療保険の種別		
	本人	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <small>※市町村民税合算対象からの除外を希望しない場合は、保険情報のチェックは不要です。</small>	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <small>※市町村民税合算対象からの除外を希望しない場合は、保険情報のチェックは不要です。</small>	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <small>※市町村民税合算対象からの除外を希望しない場合は、保険情報のチェックは不要です。</small>	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 健保組合 <input type="checkbox"/> 国保組合 <input type="checkbox"/> 船員保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <small>※市町村民税合算対象からの除外を希望しない場合は、保険情報のチェックは不要です。</small>	課税 <input type="checkbox"/> 保険 <input type="checkbox"/>	
世帯の市町村民税(所得割)課税年額			【保健所記載欄】	階層区分	【保健所記載欄】 非課税世帯 ・ 235,000未満	
申請者 (又は代理人※代理申請は 来所申請の場合のみ) の本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書 (運転免許証・パスポート・その他()) <input type="checkbox"/> 顔写真のない身分証明書 ※2つ必要 () ()			申請者 及び世帯員 の番号確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 個人番号付きの住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード(氏名、住所等の記載事項に変更がないものに限る)	

市町民税額合算対象除外希望申出書

(市町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)

※上記申出内容が確認できる書類（除外希望者の氏名が記載された医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等の写し）を添付してください。

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（健診）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愛媛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、愛媛県又は市町村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。

(医療(健診)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、愛媛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		生 年 月 日	
氏 名		年	月 日生
住 所	〒 ー		
検査日	年 月 日	検査結果通知日	年 月 日

年 月 日

愛媛県保健福祉部健康衛生局健康増進課 担当者：_____

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(健診)名：_____

担当部署・担当者：_____

所 在 地：_____

電 話 番 号：_____