

山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査費用助成）事業実施要領

1 目的

この要領は、肝炎ウイルス検査により把握した肝炎ウイルス陽性者等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ため、肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用を助成することについて必要な事項を定めるものとする。

2 助成対象者

この事業の対象者は、次のとおりとする。

（1）初回精密検査の助成対象者

山口県内に住所を有し、県が定める以下の全ての要件に該当する者

ア 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。）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年以内に県及び下関市が実施する肝炎ウイルス検査若しくは各市町が実施する健康増進事業の肝炎ウイルス検診又は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。）において陽性と判定された者

ウ 県（下関市に住所を有するものは下関市）又は市町が実施するフォローアップ事業に同意した者

（2）定期検査の助成対象者

山口県内に住所を有し、県が定める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、肝硬変及び肝がんの患者（治療後の経過観察を含む）

ウ 住民税非課税世帯に属する者又は市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯に属する者

エ 県（下関市に住所を有するものは下関市）又は市町が実施するフォローアップ事業に同意した者

オ 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

（1）対象者が、県が別に指定する山口県肝疾患診療連携拠点病院、山口県肝疾患専門医療機関及び県に登録した日本肝臓学会認定肝臓専門医の常勤医療機関（8日本肝臓学会認定肝臓専門医の常勤医療機関の登録等の手続き参照）において初回精密検査又は定期検査を受診し、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助成する。

（2）前号の金額は、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(2)に該当する者については、1回につき、次のアに規定する額からイに規定する自己負担額限度額を控除した額とする(当該控除した額が零以下となる場合の助成は行わない)。

ア 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

イ 別表1に定める自己負担限度額

この際、別表1の甲又は乙に該当するかについては、5(2)イ(エ)により申請者から提出された課税等証明書等により確認するものとする。なお、別表1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。

4 対象となる検査及び助成回数

対象となる検査及び助成回数は、次のとおりとする。

(1) 初回精密検査における対象検査等

対象者について1回を限度に、初診料(再診料)、ウイルス疾患指導料及び別表2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。

(2) 定期検査における対象検査等

対象者について、年2回((1)の検査を含む)を限度に、初診料(再診料)、ウイルス疾患指導料及び別表2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。

5 助成金の申請等

(1) この要領により、検査費用の助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、山口県肝炎検査費助成事業申請書(以下「申請書」という。)(別記第1号様式)を、その住所を有する市町を管轄する健康福祉センター(下関市に住所を有する者は下関市立下関保健所)を経由して知事に提出するものとする。

(2) 申請書は、次のとおりとする。

① 初回精密検査

別記第1-1号様式による申請書に加え、以下の書類を添付しなければならない。

ア 県及び下関市が実施する肝炎ウイルス検査若しくは各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の場合

- (ア) 医療機関の領収書
- (イ) 診療明細書
- (ウ) 肝炎ウイルス検査の結果通知書

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) 医療機関の領収書
- (イ) 診療明細書
- (ウ) 肝炎ウイルス検査の結果通知書

(エ) 職域検査受検証明書（対象者が保有している場合に限る）（別記第1－2号様式）

なお、職域検査受検証明書の添付がない場合は、別記第1－1号様式により、申請者の同意を得て、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（別記第1－3号様式）により検診実施医療機関に照会を行い、検診実施医療機関から回答を受けるものとする。

② 定期検査

別記第2号様式による申請書に加え、以下の書類を添付しなければならない。

- (ア) 医療機関の領収書
- (イ) 診療明細書
- (ウ) 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。）の住民票の写し（発行日から3カ月以内）
- (エ) 課税等証明書等（発行日から3カ月以内）

申請時期に応じて取得できる直近の年度のものとする。

a 別表1による自己負担限度額階層区分の甲に当たる場合、世帯構成員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、別記第4号様式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。

b 市町村民税課税年額の算定に当たって、次に定めるところによるものとする。

(a) 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。

(b) 平成30年度以降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月以降において、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った女子であって、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った男子であって、現に婚姻していないもの」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。

(オ) 医師の診断書（別記第2号様式）

(カ) 申請の際、上記（ア）から（オ）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。

a 医師の診断書

以前に知事から定期検査費用の支払いを受けた場合、もしくは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（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。）

b 世帯構成員の住民票の写し、世帯構成員の市町村民税課税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

(3) 申請書は、肝炎検査を受けた日の属する年度の末日までに提出するものとする。

ただし、特別な事情がある場合は除く。

(4) 知事は、申請書を受理した場合において、速やかにその内容の審査を行い、助成の可否について、申請者に通知する。

(5) 知事は、申請を承認した場合には、申請者に助成費用を支給する。

6 検査費用の返還等

知事は、偽り、その他不正な手段により肝炎検査費用の助成を受けた者がいるときは、その者から、助成金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

7 個人情報の取扱い

事業の実施にあたっては、助成対象者の個人情報をみだりに他に漏らし、又は不当な

目的に使用してはならない。また、助成対象者の個人情報も適切に管理するとともに、その取扱いにあたっては助成対象者の権利利益を不当に侵害することのないよう努めなければならない。

8 日本肝臓学会認定肝臓専門医の常勤医療機関の登録等の手続き

(1) 登録申請

ア 山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査費用助成）事業の対象医療機関の登録を受けようとする医療機関の長は、「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書」（別記第5号様式）により、山口県知事に申請する。

イ 登録期間は、原則として年度毎として、登録期間が終了する30日前までに、「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書」（別記第5号様式）により、山口県知事に申請する。

なお、新規開設や医師の異動等により、年度途中で登録を受けようとする場合は、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査費用助成）事業で助成する肝炎検査を実施しようとする30日前までに、「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書」（別記第5号様式）により、山口県知事に申請する。

(2) 登録の取消等

山口県知事は、日本肝臓学会肝臓専門医の常勤医療機関に常勤医師が居なくなった場合、あるいは当該医療機関から「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録辞退届」（別記第6号様式）があった場合は、登録を取り消すことができる。

なお、登録を取り消した場合は、その結果を当該医療機関に通知する。

(3) 登録内容の公表

山口県は、登録申請を受けた医療機関の名簿を作成し、県ホームページで公表する。

9 その他

この要領に定めるもののほか、必要な事項については別に定める。

附 則

この要領は平成26年9月5日から施行し、平成26年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成27年7月9日から施行し、平成27年4月9日以降に対象者が負担した肝炎検査（定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成28年4月14日から施行し、平成28年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成29年7月25日から施行し、平成29年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成29年12月19日から施行し、平成30年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成30年4月12日から施行する。

この要領の一部改正は令和元年6月25日から施行し、平成31年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用について適用する。

別表 1

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

別表 2

項目	検査内容
血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像
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
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
腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、 PIVKA-II定量
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
微生物核酸同定・定量 検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量
超音波検査	断層撮影法(胸腹部)

(別記第1-1号様式)

肝炎検査（初回精密検査）費用助成申請書

山口県知事 様

関係書類を添えて下記のとおり肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を申請します。

請求金額： 円

請求者氏名： 印

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	〒 ー 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		口座番号	
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（シ印）	<input type="checkbox"/> 山口県が、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。			

【添付書類】

- ※1 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
- ※2 費用助成の承認・不承認の決定通知は、記載の住所に送付します。
- ※3 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（本事業の助成を受けるため、診断書等を医療機関に求める際には、県健康福祉センター（下関保健所含む）受付印を押印した本申請書を確認のためお見せください）。

フォローアップ事業説明済

県健康福祉
センター等
受付印

(別記第1 - 2号様式)

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山口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、山口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。初回精密検査費用の助成について詳しくは、山口県健康増進課・県健康福祉センター・下関市立下関保健所にお問い合わせ下さい。

(別記第1 - 3号様式)

(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、山口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

山口県健康福祉部健康増進課
所在地：山口市滝町1-1
電話番号：083-933-2956

〈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、当機関の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、当機関の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：

(別記第2号様式)

肝炎検査（定期検査）費用助成申請書

山口県知事様

関係書類を添えて下記のとおり肝炎検査（定期検査）に要した費用を申請します。

請求金額： 円

請求者氏名： 印

フリガナ		性別	生年月日	
対象者氏名		男女	年 月 日生	
住所	〒 ー 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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	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、もしくは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（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"/> 世帯構成員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 世帯構成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			

【添付書類】

医療機関の領収書、診療明細書、世帯構成員の住民票の写し、世帯構成員の課税等証明書等（必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書）又は住民税非課税証明書、及び医師の診断書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。

※1 「世帯構成員」とは、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員のことをいいます。

※2 費用助成の承認・不承認の決定通知は、記載の住所に送付します。

※3 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（本事業の助成を受けるため、診断書等を医療機関に求める際には、県健康福祉センター（下関保健所含む）受付印を押印した本申請書を確認のためお見せください）。

フォローアップ事業説明済

県健康福祉
センター等
受付印

(別記第3号様式)

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 (<input type="checkbox"/> HBs 抗原陽性・ <input type="checkbox"/> HBV-DNA 陽性) <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー (<input type="checkbox"/> HCV 抗体陽性・ <input type="checkbox"/> 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 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。

(別記第4号様式)

山口県知事 様

市町民税額合算対象除外希望申請書

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制上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、市町民税額の合算対象から除外することを希望します。

年 月 日

申請者氏名

印

記

除外希望者氏名		申請者との続柄	※配偶者は対象外です。
		申請者との続柄	※配偶者は対象外です。
		申請者との続柄	※配偶者は対象外です。

※合算除外を申請される場合は、肝炎検査費用助成申請書に添付する住民票(全世帯員が記載されているもの)で、続柄の記載を省略しないでください。

※除外希望者と申請者及びその配偶者との関係について、相互に扶養関係にないことを証明できる書類(下記参照)を添付すること。

〈地方税法上の扶養関係がない〉
 ○市町民税課税(所得税とは異なります。)に際して、申請者ご本人およびその配偶者の方と、除外を希望される世帯員の方がどちらも互いの被扶養者となっていない。

〈医療保険上の扶養関係がない〉
 ○申請者ご本人およびその配偶者の方と、除外を希望される世帯員とが、互いが加入する健康保険で被扶養者となっていない。

経 由 保 健 所 名 (健康福祉センター)		保健所受付年月日	年 月 日
---------------------------	--	----------	-------

(受付時に確認してチェックをしてください)

- 住民票との突合済
- 申請者本人及びその配偶者、除外希望者の地方税法上の扶養関係に関する確認済
(裏面を活用してください。)
- 申請者本人及びその配偶者の健康保険証、除外希望者の健康保険証での確認済(写しの添付要)

(申請時確認作業用)

各保健所での聞き取り時の担当者メモ等に利用してください。

住民票に記載されている全世帯員		地方税法上・健康保険上の 扶養関係の確認	
名 前	申 請 者 と の 続 柄 ※ 申請者本人に◎ ※ 申請者の配偶者に●	(健康保険) 被保険者発行機関 被保険者本人・家族の別等	(市町民税課税に係る扶 養関係)

- ※ 申請者本人の配偶者は、合算除外の対象とはなりません。
- ※ 申請者本人と扶養関係があると認められる場合だけでなく、申請者の配偶者との扶養関係が認められる場合は、合算除外の対象とはなりません。
- ※ 申請者本人又はその配偶者が『扶養している』世帯員、または申請者本人又はその配偶者が『扶養されている』世帯員は、合算除外の対象とはなりません。
- ※ 市町民税課税証明書等に扶養控除の適用人数のみが記載されているような場合は、世帯員のうちの誰が誰を扶養しているのか等を十分に聞きとり、整合性があるかどうかを確認してください。

(別記第5号様式)

山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書

年 月 日

山口県知事様

郵便番号

医療機関名

所在地

開設者氏名

(代表者氏名)

印

電話番号

当医療機関は、下記のとおり、日本肝臓学会認定肝臓専門医が常勤しており、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査）の役割を担うことができるので、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関として登録されるよう申請します。

記

- 1 常勤する日本肝臓学会認定肝臓専門医の氏名（常勤の医師をすべて記入）

医師氏名 _____

医師氏名 _____

医師氏名 _____

- 2 申請の理由（年度途中の登録申請の場合のみ記入）

- 日本肝臓学会認定肝臓専門医が常勤となったため
 新規で医療機関を開設したため
 その他（※理由を記入）

- 3 事務担当者名

氏名 _____ 役職 _____

(別記第6号様式)

山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録辞退届

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号

医療機関名

所在地

開設者氏名

印

(代表者氏名)

電話番号

下記のとおり、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関の登録辞退を申し出ます。

記

辞退の理由等	<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医が常勤でなくなったため () <input type="checkbox"/> 医療機関の廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()
辞退年月日 (辞退の理由が生じた日)	年 月 日
備 考	

山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査費用助成）事業実施要領新旧対照表

改正後	改正前
<p>山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査費用助成）事業実施要領</p> <p>1 (略)</p> <p>2 助成対象者</p> <p>(1)</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 1年以内に県及び下関市が実施する肝炎ウイルス検査若しくは各市町が実施する健康増進事業の肝炎ウイルス検診又は職域で実施する肝炎ウイルス検査（以下「<u>職域の肝炎ウイルス検査</u>」という。）において陽性と判定された者</p> <p>ウ (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>3 (略)</p> <p>4 (略)</p> <p>5</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 申請書は、次のとおりとする。</p> <p>① <u>初回精密検査</u></p> <p><u>別記第1-1号様式による申請書に加え、以下の書類を添付しなければならない。</u></p> <p>ア <u>県及び下関市が実施する肝炎ウイルス検査若しくは各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の場合</u></p> <p><u>(ア) 医療機関の領収書</u></p> <p><u>(イ) 診療明細書</u></p> <p><u>(ウ) 肝炎ウイルス検査の結果通知書</u></p> <p>イ <u>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</u></p> <p><u>(ア) 医療機関の領収書</u></p> <p><u>(イ) 診療明細書</u></p> <p><u>(ウ) 肝炎ウイルス検査の結果通知書</u></p> <p><u>(エ) 職域検査受検証明書（対象者が保有している場合に限る）（別記第1-2号様式）</u></p> <p><u>なお、職域検査受検証明書の添付がない場合は、別記第1-1号様式により申請者の同意を得て、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</u></p>	<p>山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査費用助成）事業実施要領</p> <p>1 (略)</p> <p>2 助成対象者</p> <p>(1)</p> <p>ア (略)</p> <p>イ 1年以内に県及び下関市が実施する肝炎ウイルス検査又は各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</p> <p>ウ (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>3 (略)</p> <p>4 (略)</p> <p>5</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 申請書は、次のとおりとする。</p> <p>ア <u>初回精密検査</u></p> <p><u>別記第1号様式による申請書に加え、以下の書類を添付しなければならない。</u></p> <p><u>(ア) 医療機関の領収書</u></p> <p><u>(イ) 診療明細書</u></p> <p><u>(ウ) 肝炎ウイルス検査の結果通知書</u></p>

(別記第1—3号様式)により検診実施医療機関に照会を行い、検診実施医療機関から回答を受けるものとする。

② 定期検査

別記第2号様式による申請書に加え、以下の書類を添付しなければならない。

- (ア) 医療機関の領収書
- (イ) 診療明細書
- (ウ) 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。)の住民票の写し(発行日から3カ月以内)

(エ) 課税等証明書等(発行日から3カ月以内)

申請時期に応じて取得できる直近の年度のものとする。

- a 別表1による自己負担限度額階層区分の甲に当たる場合、世帯構成員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、別記第4号様式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。

b 市町村民税課税年額の算定に当たって、次に定めるところによるものとする。

- (a) 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。

- (b) 平成30年度以降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月以降において、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った女子であって、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った男子であって、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

イ 定期検査

別記第1号様式による申請書に加え、以下の書類を添付しなければならない。

- (ア) 医療機関の領収書
- (イ) 診療明細書
- (ウ) 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。)の住民票の写し(発行日から3カ月以内)

(エ) 課税等証明書等(発行日から3カ月以内)

申請時期に応じて取得できる直近の年度のものとする。

- 別表1による自己負担限度額階層区分の甲に当たる場合、世帯構成員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、別記第3様式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。

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。

(オ)～(カ) (略)

(3)～(5) (略)

6～7 (略)

8 日本肝臓学会認定肝臓専門医の常勤医療機関の登録等の手続き

(1) 登録申請

ア 山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査費用助成）事業の対象医療機関の登録を受けようとする医療機関の長は、「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書」（別記第5号様式）により、山口県知事に申請する。

イ 登録期間は、原則として年度毎として、登録期間が終了する30日前までに、「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書」（別記第5号様式）により、山口県知事に申請する。

なお、新規開設や医師の異動等により、年度途中に登録を受けようとする場合は、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査費用助成）事業で助成する肝炎検査を実施しようとする30日前までに、「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書」（別記第5号様式）により、山口県知事に申請する。

(2) 登録の取消等

山口県知事は、日本肝臓学会肝臓専門医の常勤医療機関に常勤医師が居なくなった場合、あるいは当該医療機関から「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録辞退届」（別記第6号様式）があった場合は、登録を取り消すことができる。

なお、登録を取り消した場合は、その結果を当該医療機関に通知する。

(3) (略)

9 (略)

附 則

この要領は平成26年9月5日から施行し、平成26年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用について適用する。

(オ)～(カ) (略)

(3)～(5) (略)

6～7 (略)

8 日本肝臓学会認定肝臓専門医の常勤医療機関の登録等の手続き

(1) 登録申請

ア 山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査費用助成）事業の対象医療機関の登録を受けようとする医療機関の長は、「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書」（別記第4様式）により、山口県知事に申請する。

イ 登録期間は、原則として年度毎として、登録期間が終了する30日前までに、「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書」（別記第4様式）により、山口県知事に申請する。

なお、新規開設や医師の異動等により、年度途中に登録を受けようとする場合は、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査費用助成）事業で助成する肝炎検査を実施しようとする30日前までに、「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書」（別記第4様式）により、山口県知事に申請する。

(2) 登録の取消等

山口県知事は、日本肝臓学会肝臓専門医の常勤医療機関に常勤医師が居なくなった場合、あるいは当該医療機関から「山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録辞退届」（別記第5様式）があった場合は、登録を取り消すことができる。

なお、登録を取り消した場合は、その結果を当該医療機関に通知する。

(3) (略)

9 (略)

附 則

この要領は平成26年9月5日から施行し、平成26年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成27年7月9日から施行し、平成27年4月9日以降に対象者が負担した肝炎検査（定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成28年4月14日から施行し、平成28年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成29年7月25日から施行し、平成29年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成29年12月19日から施行し、平成30年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成30年4月12日から施行する。

この要領の一部改正は令和元年6月25日から施行し、平成31年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用について適用する。

別表1（略）

別表2（略）

この要領の一部改正は平成27年7月9日から施行し、平成27年4月9日以降に対象者が負担した肝炎検査（定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成28年4月14日から施行し、平成28年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成29年7月25日から施行し、平成29年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成29年12月19日から施行し、平成30年4月1日以降に対象者が負担した肝炎検査（初回精密検査・定期検査）に要する費用について適用する。

この要領の一部改正は平成30年4月12日から施行する。

別表1（略）

別表2（略）

(別紙第1号様式)

肝臓検査（初回精密検査）費用助成申請書

山口県知事 様

関係書類を添えて下記のとおり肝臓検査（初回精密検査）に際した費用を申請します。

請求金額： 円

請求者氏名： 印

フリガナ 対象者氏名	性別 男 女	生年月日 年 月 日
住 所	電話番号 ()	
加入医療 保 険	保険種別 船・船・共・国・世 被保険者証 発行機関名	請求者 との関係 被保険者証の 記号・番号
拠点口座	所在地	
	フリガナ	
	口座名義	店 名
	金融機関名	店 番 号
	口座種別	口座番号
肝臓検査 （初回精密検査） 費用助成申請書	<input type="checkbox"/> 山口県が上記検査者が県内で受診する肝臓検査費用を助成することを通 知する必要がある場合は、上記検査者が県内で受診する肝臓検査費用を助成する旨を申請 したかどうかについて、案件の肝臓検査結果を通知し又は検査結果を通知する旨を申請 した旨を申請すること。	

【添付書類】

- ※1 医療機関の領収書、診療明細書及び肝臓検査の結果通知書
- ※2 費用助成の承認、不承認の決定通知は、記載の住所に送付します。
- ※3 医療機関によっては、診療明細書や領収書に項目が異なる場合がありますが、その費用は自
己負担となります（本事業の助成を受けるため、診療明細書や領収書に項目が異なる場合には、医療機
構にセクサー（下欄様所含む）受付印を押印した本申請書を郵送のためにお見せください）。

山口県知事 様
関係書類を添えて下記のとおり肝臓検査（初回精密検査）に際した費用を申請します。

請求金額： 円

請求者氏名： 印

山口県知事 様

(別紙第1号様式)

肝臓検査（初回精密検査・定期検査）費用助成申請書

山口県知事 様

関係書類を添えて下記のとおり肝臓検査（初回精密検査・定期検査）に際した費用を申請します。

請求金額： 円

請求者氏名： 印

フリガナ 対象者氏名	性別 男 女	生年月日 年 月 日
住 所	電話番号 ()	
加入医療 保 険	保険種別 船・船・共・国・世 被保険者証 発行機関名	請求者 との関係 被保険者証の 記号・番号
拠点口座	所在地	
	フリガナ	
	口座名義	店 名
	金融機関名	店 番 号
	口座種別	口座番号
定期検査 費用助成申請書	<input type="checkbox"/> 以前に定期検査費用を支払った場合、もしくは1年以内に肝臓検査から肝臓検査への 移行など期間に要北がなかった場合は、医療機関の領収書、診療明細書及び肝臓検査の結果通知書 を添付してください。	

【添付書類】

- 1 初回精密検査の場合、医療機関の領収書、診療明細書及び肝臓検査の結果通知書
- 2 定期検査の場合、医療機関の領収書、診療明細書、被保険者証の住所記載の住所、被保険者の
医療機関の住所、被保険者の住所、被保険者の住所、被保険者の住所、被保険者の住所、被保険者の住所、
及び医療機関の住所を添付してください。なお、上記住所に該当する場合は、医療機関を記載する
ことができません。

- ※1 「医療機関」とは、申請者が受診する医療機関の住所を指すこととさせていただきます。
- ※2 費用助成の承認、不承認の決定通知は、記載の住所に送付します。
- ※3 医療機関によっては、診療明細書や領収書に項目が異なる場合がありますが、その費用は自
己負担となります（本事業の助成を受けるため、診療明細書や領収書に項目が異なる場合には、医療機
構にセクサー（下欄様所含む）受付印を押印した本申請書を郵送のためにお見せください）。

山口県知事 様
関係書類を添えて下記のとおり肝臓検査（初回精密検査・定期検査）に際した費用を申請します。

請求金額： 円

請求者氏名： 印

山口県知事 様

山口県知事 様

山口県知事 様

(別記第1-2号様式)

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は除く。
- ※ 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山口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、山口県又は市町村が行う医療機関受検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は詳しくは、山口県健康増進課にお問い合わせ下さい。

(新設)

(新設)

(別添第1-3号様式)

(医療機関名) _____ 届出

腫瘍での肝炎ウイルス検査の実施に関する照会について

上記の者について、山口県において肝炎ウイルスに係る初回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、検査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。下記の回答欄に記入の上、添付して下さい。また、よろしくお願いたします。

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) 下記の者が腫瘍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、下記の者の照会に照会しないで下さい。

記

フリガナ	性別	生年月日
氏名		____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

山口県医療福祉部健康増進課
所在地：山口市横町1-1
電話番号：083-933-2956

(医療機関長印)

※ 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、当機関の腫瘍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、当機関の腫瘍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 _____

(別記第2号様式)

肝炎検査(定期検査)費用助成申請書

山口県知事 様

関係書類を添えて下記のとおり肝炎検査(定期検査)に要した費用を申請します。

請求金額: 円

請求者氏名: 印

フリガナ	性別	生年月日
対象者氏名	男女	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・団・後
	被保険者証発行機関名	被保険者証の記号・番号
	所在地	
振込口座	フリガナ	
	口座名義	
	金融機関名	店名
定期検査申請での省路書類(レ印)	□ 医療種別	□ 普通 □ 当座 □ 口座番号
	・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、もしくは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(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。)	
	□ 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。 □ 世帯構成員の住民票の写し □ 世帯構成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	

【添付書類】

- 医療機関の領収書、診療明細書、世帯構成員の住民票の写し、世帯構成員の課税等証明書等(必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書)又は住民税非課税証明書、及び医師の診断書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。
- ※1 「世帯構成員」とは、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員のことをいいます。
- ※2 費用助成の承認・不承認の決定通知は、記載の住所に送付します。
- ※3 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(本事業の助成を受けるため、診断書等を医療機関に求める際には、県健康福祉センター(下関保健所含む)受付印を押印した本申請書を確認のためお見せください)。

フォローアップ事業説明書

県健康福祉センター等
受付印

(別記第1号様式)

肝炎検査(初回精密検査・定期検査)費用助成申請書(年度 回日)

山口県知事 様

年 月 日

関係書類を添えて下記のとおり肝炎検査(初回精密検査・定期検査)に要した費用を申請します。

請求金額: 円

請求者氏名: 印

フリガナ	性別	生年月日
対象者氏名	男女	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・団・後
	被保険者証発行機関名	被保険者証の記号・番号
	所在地	
振込口座	フリガナ	
	口座名義	
	金融機関名	店名
定期検査申請での省路書類(レ印)	□ 医療種別	□ 普通 □ 当座 □ 口座番号
	・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、もしくは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(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。)	
	□ 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。 □ 世帯構成員の住民票の写し □ 世帯構成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	

【添付書類】

- 1 初回精密検査の場合 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
- 2 定期検査の場合 医療機関の領収書、診療明細書、世帯構成員の住民票の写し、世帯構成員の課税等証明書等(必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書)又は住民税非課税証明書、及び医師の診断書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。
- ※1 「世帯構成員」とは、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員のことをいいます。
- ※2 費用助成の承認・不承認の決定通知は、記載の住所に送付します。
- ※3 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(本事業の助成を受けるため、診断書等を医療機関に求める際には、県健康福祉センター(下関保健所含む)受付印を押印した本申請書を確認のためお見せください)。

フォローアップ事業説明書

県健康福祉センター等
受付印

(別記第3号様式)

定額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
住所	〒 ()	
電話番号	()	
該当する項目にチェックをしてください。 ※肝ウイルス検査後の場合は、治療開始のデータに基づいて記載してもよいです。		
肝炎ウイルススマーカー	<input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルススマーカー (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。 ※各診断の治療後の場合は、「その他」の病区内にその目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。		
医師署名及び所在地	記載年月日	年月日
医師氏名	印	

※「診断」欄の「その他」は、該ウイルス慢性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。

(別記第2号様式)

定額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
住所	〒 ()	
電話番号	()	
該当する項目にチェックをしてください。 ※肝ウイルス検査後の場合は、治療開始のデータに基づいて記載してもよいです。		
肝炎ウイルススマーカー	<input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルススマーカー (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。 ※各診断の治療後の場合は、「その他」の病区内にその目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。		
医師署名及び所在地	記載年月日	年月日
医師氏名	印	

※「診断」欄の「その他」は、該ウイルス慢性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。

(別記第1号様式)

山口県知事 様

市町民税額合算対象除外希望申請書

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割上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、市町民税額の合算対象から除外することを希望します。

年 月 日

申請者氏名

印

記

除外希望者氏名		申請者との 親 続	※配偶者は対象外です。
		申請者との 親 続	※配偶者は対象外です。
		申請者との 親 続	※配偶者は対象外です。

※合算除外を申請される場合は、所定申請費用補助申請書に添付する住民票(世帯員が記載されているもの)で、除籍の記載を省略しないでください。

※除外希望者と申請者及びその配偶者との関係について、相互に扶養関係にないことを証明できる書類(下記参照)を添付すること。

《地方税割上の扶養関係がない》

○市町民税課税(所得税とは異なります。)に際して、申請者ご本人およびその配偶者の方と、除外を希望される世帯員の方がどちらも互いの被扶養者となっていない。

《医療保険上の扶養関係がない》

○申請者ご本人およびその配偶者の方と、除外を希望される世帯員とが、互いが加入する健康保険で被扶養者となっていない。

届 出 所	年 月 日
(健康福祉センター)	

(受付時に確認してチェックをしてください)

住民票との実合算

申請者本人及びその配偶者、除外希望者の地方税割上の扶養関係に関する確認書
(裏面を添付してください)

申請者本人及びその配偶者の健康保険証、除外希望者の健康保険証での確認済(写しの添付票)

ウラ面 (略)

(別記第2号様式)

山口県知事 様

市町民税額合算対象除外希望申請書

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割上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、市町民税額の合算対象から除外することを希望します。

年 月 日

申請者氏名

印

記

除外希望者氏名		申請者との 親 続	※配偶者は対象外です。
		申請者との 親 続	※配偶者は対象外です。
		申請者との 親 続	※配偶者は対象外です。

※合算除外を申請される場合は、所定申請費用補助申請書に添付する住民票(世帯員が記載されているもの)で、除籍の記載を省略しないでください。

※除外希望者と申請者及びその配偶者との関係について、相互に扶養関係にないことを証明できる書類(下記参照)を添付すること。

《地方税割上の扶養関係がない》

○市町民税課税(所得税とは異なります。)に際して、申請者ご本人およびその配偶者の方と、除外を希望される世帯員の方がどちらも互いの被扶養者となっていない。

《医療保険上の扶養関係がない》

○申請者ご本人およびその配偶者の方と、除外を希望される世帯員とが、互いが加入する健康保険で被扶養者となっていない。

届 出 所	年 月 日
(健康福祉センター)	

(受付時に確認してチェックをしてください)

住民票との実合算

申請者本人及びその配偶者、除外希望者の地方税割上の扶養関係に関する確認書
(裏面を添付してください)

申請者本人及びその配偶者の健康保険証、除外希望者の健康保険証での確認済(写しの添付票)

ウラ面 (略)

(別記第5号様式)

山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
医療機関名
所在地
開設者氏名
(代表者氏名)
電話番号

当医療機関は、下記のとおり、日本肝臓学会認定肝臓専門医が常勤しており、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査）の役割を担うことができますので、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関として登録されるよう申請します。

記

- 1 常勤する日本肝臓学会認定肝臓専門医の氏名（常勤の医師をすべて記入）

医師氏名 _____

医師氏名 _____

医師氏名 _____

- 2 申請の理由（年度途中の登録申請の場合のみ記入）

- 日本肝臓学会認定肝臓専門医が常勤となったため
 新規で医療機関を開設したため
 その他（※理由を記入）

- 3 事務担当者名

氏名 _____ 役職 _____

(別記第4号様式)

山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録申請書

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
医療機関名
所在地
開設者氏名
(代表者氏名)
電話番号

当医療機関は、下記のとおり、日本肝臓学会認定肝臓専門医が常勤しており、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ（肝炎検査）の役割を担うことができますので、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関として登録されるよう申請します。

記

- 1 常勤する日本肝臓学会認定肝臓専門医の氏名（常勤の医師をすべて記入）

医師氏名 _____

医師氏名 _____

医師氏名 _____

- 2 申請の理由（年度途中の登録申請の場合のみ記入）

- 日本肝臓学会認定肝臓専門医が常勤となったため
 新規で医療機関を開設したため
 その他（※理由を記入）

- 3 事務担当者名

氏名 _____ 役職 _____

(別記第5号様式)

山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録辞退届

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
医療機関名
所在地
開設者氏名
(代表者氏名)
電話番号

下記のとおり、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関の登録辞退を申し出ます。

記

辞退の理由等	<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医が常勤でなくなったため 〔 〕
	<input type="checkbox"/> 医療機関の廃止
	<input type="checkbox"/> その他 〔 〕
辞退年月日 (辞退の理由が生じた日)	年 月 日
備 考	

(別記第5号様式)

山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関登録辞退届

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
医療機関名
所在地
開設者氏名
(代表者氏名)
電話番号

下記のとおり、山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ医療機関の登録辞退を申し出ます。

記

辞退の理由等	<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医が常勤でなくなったため 〔 〕
	<input type="checkbox"/> 医療機関の廃止
	<input type="checkbox"/> その他 〔 〕
辞退年月日 (辞退の理由が生じた日)	年 月 日
備 考	

山口県肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業<概要>

1 事業概要

肝炎ウイルス検査で陽性となった者等について、医療機関での初回精密検査や定期検査の受診を勧奨するとともに、それらの受診に要する費用を助成する。

(1) 陽性者のフォローアップ

肝炎ウイルス検査等で陽性となった者を把握し、医療機関受診状況等に関する台帳を整備し、初回精密検査や定期検査の受診状況の確認及び受診勧奨を実施する。

【実施内容】

○肝炎ウイルス検査で陽性となった者の把握

⇒ 山口県（健康増進課・健康福祉センター(保健所)）

○陽性者のデータベース化（登録台帳整備）

⇒ 山口県（健康増進課・健康福祉センター(保健所)）

健康増進課：陽性者台帳（一覧表）、健康福祉センター(保健所)：陽性者台帳（個別票）

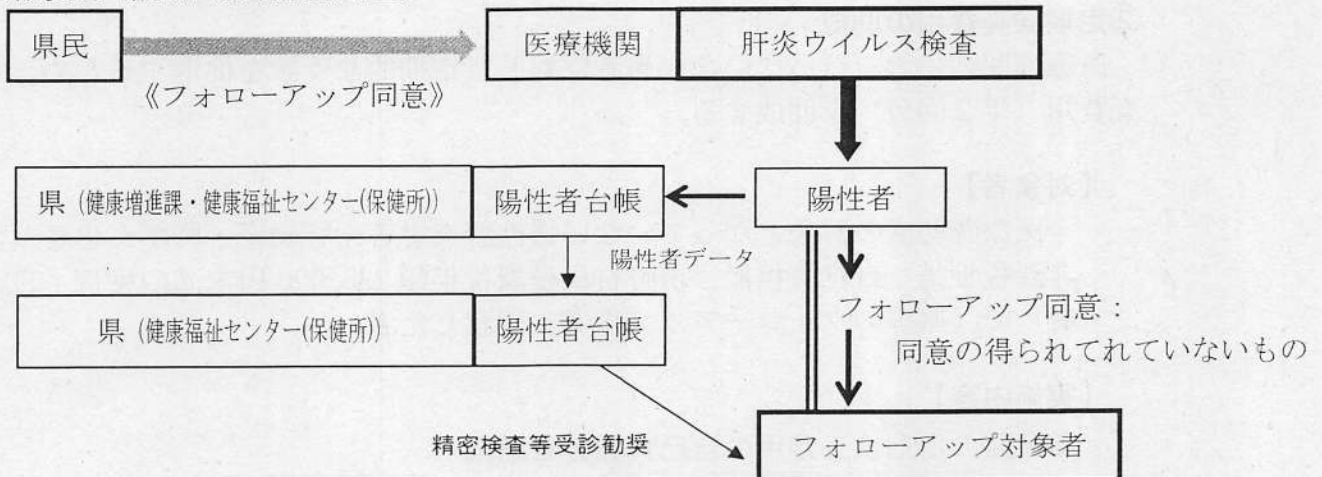
○陽性者への精密検査等の受診勧奨（電話、郵送）

⇒ 山口県（健康福祉センター(保健所)）

健康福祉センター(保健所)：フォローアップ同意者を対象に実施

【実施主体】山口県

※概要図（保健所には下関保健所を含む）



(2) 肝炎検査（初回精密検査・定期検査）費用助成

肝炎ウイルス検査で陽性となった者等について、医療機関での初回精密検査や定期検査に要する費用を助成する。

①初回精密検査費用の助成

陽性者の初回精密検査の受診を促進するため、初回の精密検査費用を助成

【対象者】

肝炎ウイルス陽性者で県等のフォローアップ事業に同意した者

【実施内容】

初回精密検査費用の自己負担分を助成

⇒ **健康福祉センター(保健所)**

申請受付、同意取得（職域検査受検証明書を保有していない職域の肝炎ウイルス検査で陽性と判定された者）

健康増進課

職域検査受検証明書を保有していない職域の肝炎ウイルス検査で陽性と判定された者については検査実施機関へ照会、審査・支払

- 山口県肝疾患診療連携拠点病院、山口県肝疾患専門医療機関、
県に登録した日本肝臓学会認定肝臓専門医の常勤医療機関において受診
- 検査内容：血液検査、超音波検査 等

【実施主体】山口県

②定期検査費用の助成

医療機関の受診を行っていない患者に対し、定期的な受診を促進するため、定期検査費用（年2回分）を助成する。

【対象者】

医療費助成の対象となっていない慢性肝炎患者や肝硬変・肝がん患者（住民税非課税世帯：自己負担無、市町村民税課税年額 235,000 円未満の世帯：自己負担有）で、県等のフォローアップ事業に同意した者

【実施内容】

年2回の定期検査費用の自己負担分を助成

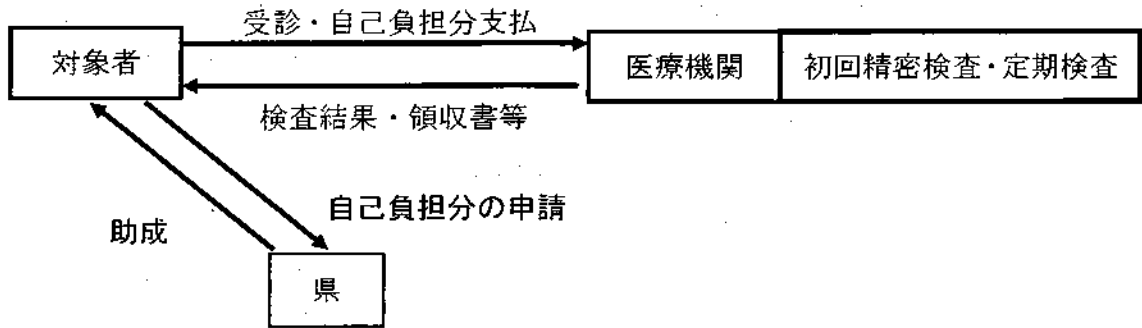
⇒ **健康福祉センター(保健所)** 申請受付 **県健康増進課** 審査・支払

- 山口県肝疾患診療連携拠点病院、山口県肝疾患専門医療機関、
県に登録した日本肝臓学会認定肝臓専門医の常勤医療機関において受診
- 検査内容：血液検査、超音波検査 等

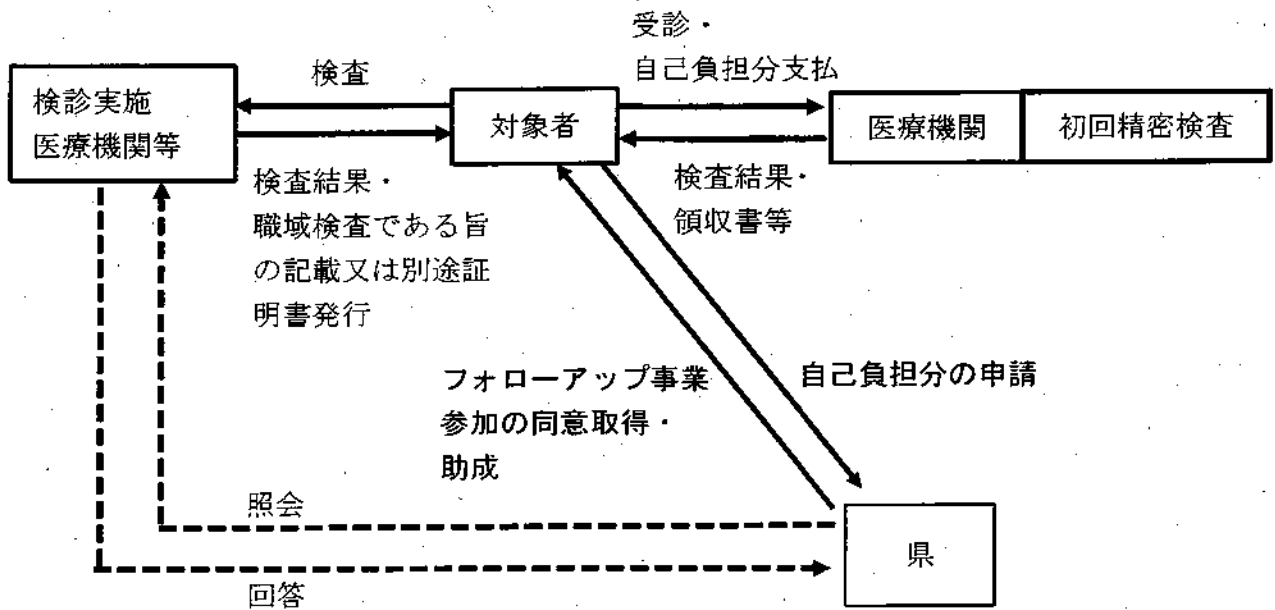
【実施主体】 山口県

※概要図

【県及び下関市が実施する肝炎ウイルス検査若しくは各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】

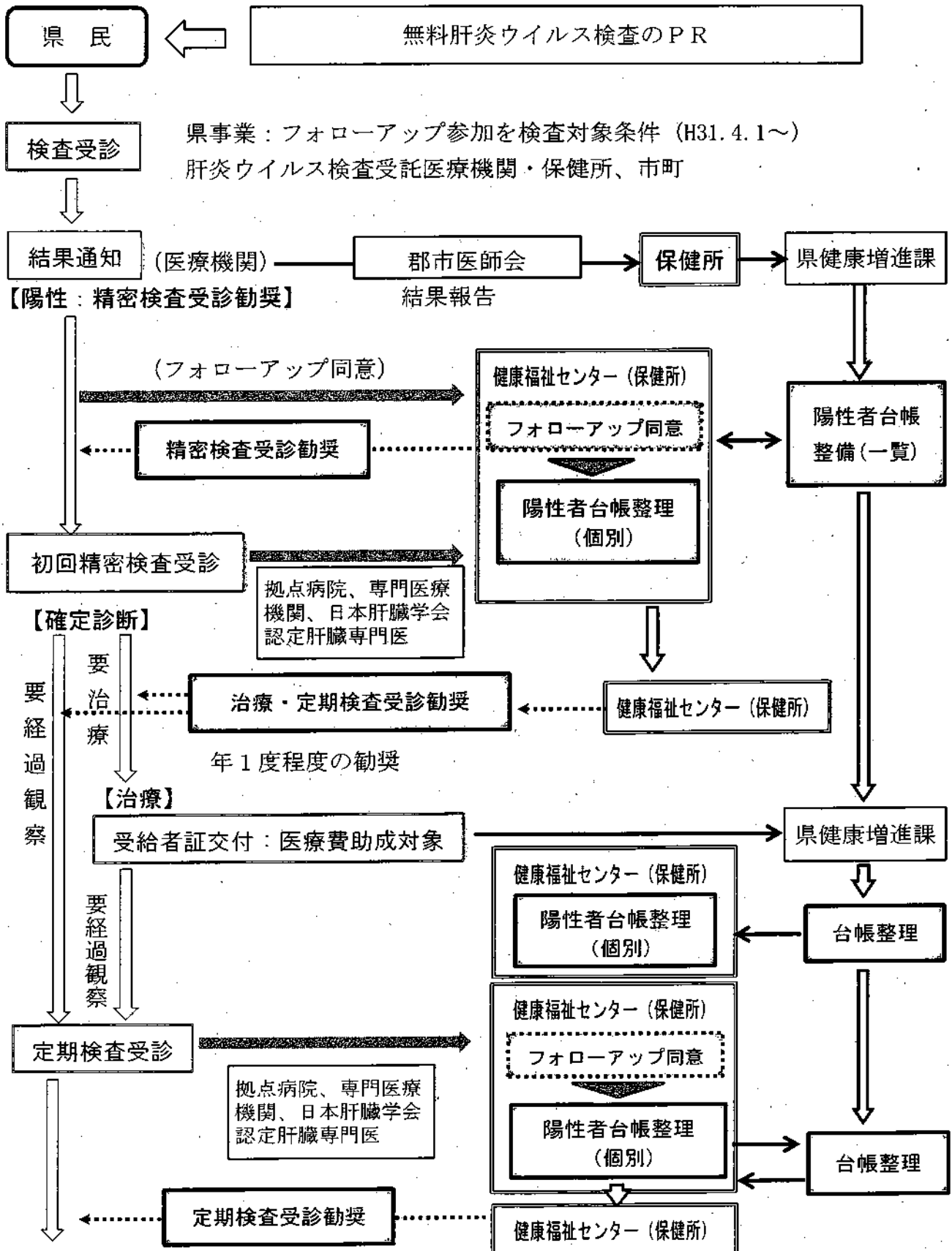


【職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者の場合】

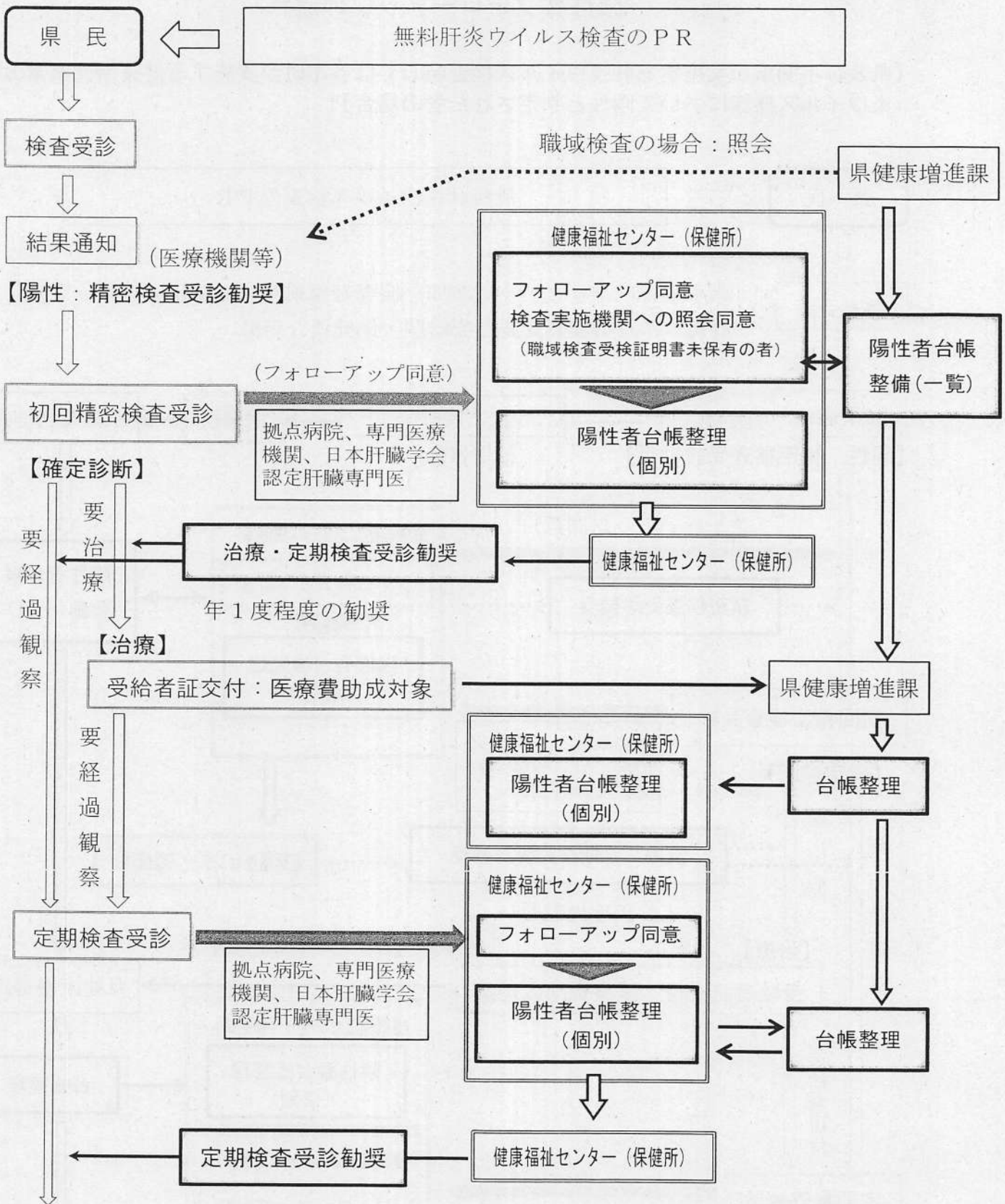


肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業 〈陽性者フォローアップの流れ〉

【県及び下関市が実施する肝炎ウイルス検査若しくは各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の場合】

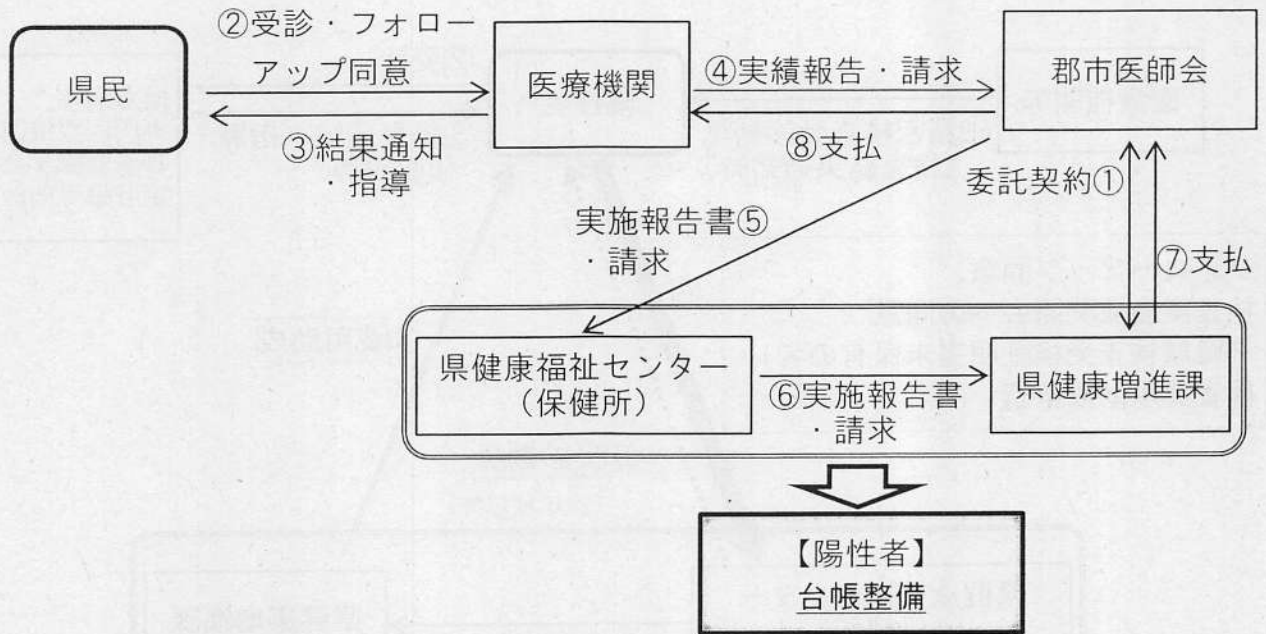


【職域・市町の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者の場合】



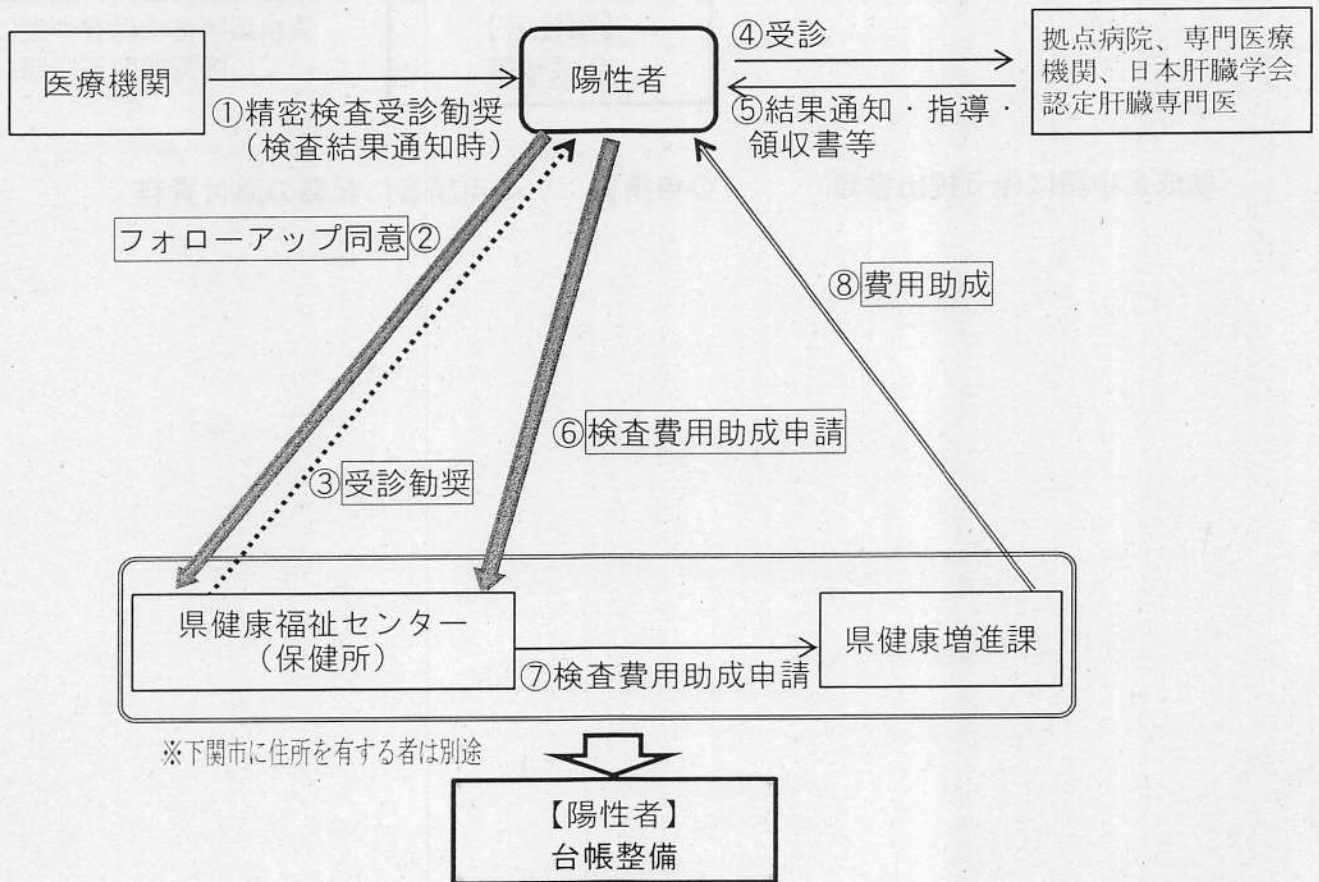
肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業 ＜フォローアップ・費用助成のフロー＞

◆肝炎ウイルス検査(肝炎ウイルス検査)事業 [医療機関委託実施]



◆フォローアップ・肝炎検査(初回精密検査・定期検査)費用助成

※肝炎ウイルス検査後にフォローアップに同意し、初回精密検査等を受診する場合

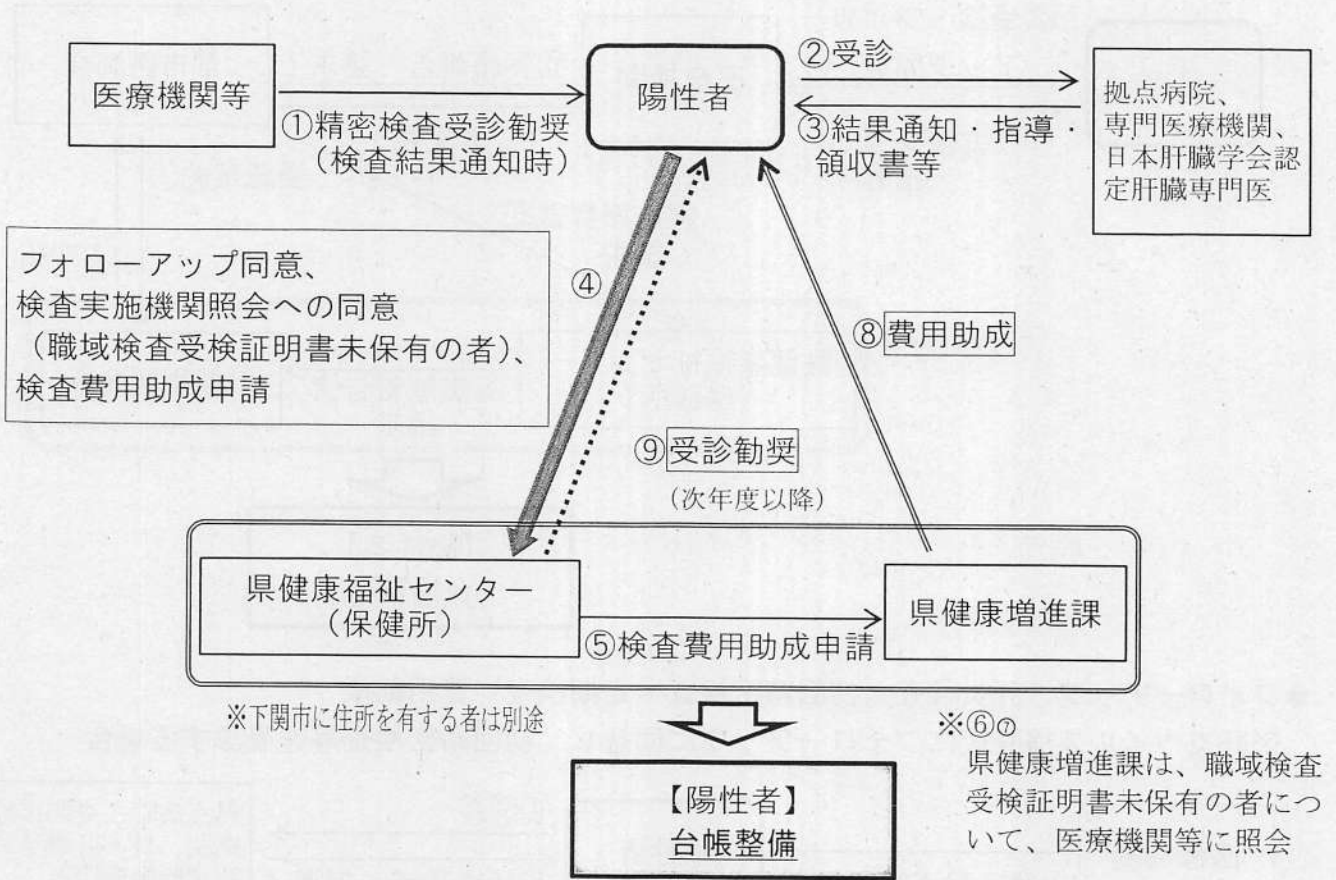


＜助成金申請に伴う提出書類＞

◇申請書

◇申請書に記載の添付資料

- ◆フォローアップ・肝炎検査（初回精密検査・定期検査）費用助成
- ※初回精密検査・定期検査受診後にフォローアップに同意する場合
（職域の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された場合）



<助成金申請に伴う提出書類>

◇申請書

◇申請書に記載の添付資料

山口県肝炎検査（初回精密検査・定期検査）費用助成事業

【初回精密検査】

区分	内容																				
対象者	山口県内に住所を有し、以下の全てに該当するもの <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1年以内に県・各市町・職域検査で実施した肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者 <input type="checkbox"/> 県(下関市に住所を有する者は下関市)又は市町が実施するフォローアップ事業に同意した者																				
助成対象費用 (助成対象となる検査等)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>検査内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 初診料（再診料）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血液形態・機能検査</td> <td>末梢血液一般検査、末梢血液像</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 出血・凝固検査</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 血液化学検査</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー</td> <td>AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、 PIVKA-II定量</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス関連検査</td> <td>HBe抗原、HBe抗体、HCV血清群別判定、 HBVジェノタイプ判定等</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 微生物核酸同定・定量検査</td> <td>HBV核酸定量、HCV核酸定量</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 超音波検査</td> <td>断層撮影法（胸腹部）</td> </tr> </tbody> </table>	項目	検査内容	<input type="checkbox"/> 初診料（再診料）		<input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料		<input type="checkbox"/> 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、 PIVKA-II定量	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量	<input type="checkbox"/> 超音波検査	断層撮影法（胸腹部）
	項目	検査内容																			
	<input type="checkbox"/> 初診料（再診料）																				
	<input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料																				
	<input type="checkbox"/> 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像																			
	<input type="checkbox"/> 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																			
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、 PIVKA-II定量																			
	<input type="checkbox"/> 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																			
<input type="checkbox"/> 微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量																				
<input type="checkbox"/> 超音波検査	断層撮影法（胸腹部）																				
※上記に関連する費用として県が認めた費用。ただし医師が必要と判断したものに限り。																					
対象回数	初回1回のみ																				
医療機関	山口県肝疾患診療連携拠点病院、山口県肝疾患専門医療機関、 県に登録した日本肝臓学会認定肝臓専門医の常勤医療機関																				
申請書	申請書（別記第1-1号様式） 【添付書類】 <input type="checkbox"/> 医療機関の領収書、 <input type="checkbox"/> 診療明細書、 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査の結果通知書 ※以下、職域の肝炎ウイルス検査で陽性と判定された者 <input type="checkbox"/> 職域検査受検証明書（保有している場合）																				
申請窓口	県健康福祉センター（下関市内に居住する者は下関保健所）																				
助成額	助成対象費用の自己負担分として支払った費用を助成 ※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。																				
支払方法	償還払い（申請者の口座に振り込み） ※医療機関でいったんは助成対象費用（各種保険の自己負担分）を支払っていただき、その後、県に助成額を申請し、承認されると助成額が支払われる仕組みです。																				

＜申請窓口＞

居住する市町	最寄りの健康福祉センター等		
岩国市、和木町	岩国健康福祉センター	岩国市三笠町1-1-1	0827-29-1523
柳井市、周防大島町、上関町、田布施町、平生町	柳井健康福祉センター	柳井市古開作中東条658-1	0820-22-3631
周南市、下松市、光市	周南健康福祉センター	周南市毛利町2-38	0834-33-6425
山口市	山口健康福祉センター	山口市吉敷下東3-1-1	083-934-2531
防府市	山口健康福祉センター 防府支所	防府市駅南町13-40	0835-22-3740
宇部市、美祢市、山陽小野田市	宇部健康福祉センター	宇部市常盤町2-3-28	0836-31-3200
長門市	長門健康福祉センター	長門市東深川1344-1	0837-22-2811
萩市、阿武町	萩健康福祉センター	萩市江向531-1	0838-25-2667
下関市	下関市立下関保健所	下関市南部町1-1	083-231-2664

【定期検査】

区 分	内 容																				
対 象 者	<p>山口県内に住所を有し、以下の全てに該当するもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯に属する者又は市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円未満の世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 県(下関市に住所を有する者は下関市)又は市町が実施するフォローアップ事業に同意した者 <input type="checkbox"/> 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 																				
助成対象費用 (助成対象となる検査等)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">項 目</th> <th style="text-align: center;">検 査 内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>初診料（再診料）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ウイルス疾患指導料</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>血液形態・機能検査</td> <td>末梢血液一般検査、末梢血液像</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>出血・凝固検査</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>血液化学検査</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>腫瘍マーカー</td> <td>AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、 PIVKA-II定量</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>肝炎ウイルス関連検査</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>微生物核酸同定・定量検査</td> <td>HBV核酸定量、HCV核酸定量</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>超音波検査</td> <td>断層撮影法（胸腹部）</td> </tr> </tbody> </table> <p>※上記に関連する費用として県が認めた費用。ただし医師が必要と判断したものに限る。 ※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も可。 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。</p>	項 目	検 査 内 容	<input type="checkbox"/> 初診料（再診料）		<input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料		<input type="checkbox"/> 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、 PIVKA-II定量	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量	<input type="checkbox"/> 超音波検査	断層撮影法（胸腹部）
項 目	検 査 内 容																				
<input type="checkbox"/> 初診料（再診料）																					
<input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料																					
<input type="checkbox"/> 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像																				
<input type="checkbox"/> 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																				
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、 PIVKA-II定量																				
<input type="checkbox"/> 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																				
<input type="checkbox"/> 微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量																				
<input type="checkbox"/> 超音波検査	断層撮影法（胸腹部）																				
対象回数	年2回（初回精密検査を含む）																				
医療機関	山口県肝疾患診療連携拠点病院、山口県肝疾患専門医療機関、 県に登録した日本肝臓学会認定肝臓専門医の常勤医療機関																				
申 請 書	<p>申請書（別記第1号様式）</p> <p>【添付書類】<input type="checkbox"/>医療機関の領収書 <input type="checkbox"/>診療明細書 <input type="checkbox"/>世帯構成員の住民票の写し（発行から3か月以内） <input type="checkbox"/>世帯構成員の課税等証明書等（必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書）又は住民税非課税証明書（発行から3か月以内）</p> <p>※ただし、住民票の写し、課税等証明書等又は住民税非課税証明書については、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は、該当書類を省略することができます。</p> <p><input type="checkbox"/>医師の診断書（別記第2号様式）</p> <p>※ただし、以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、もしくは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（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。）については、医師の診断書の添付を省略することができます。</p>																				
申請窓口	県健康福祉センター（下関市内に居住する者は下関保健所）																				
助 成 額	<p>助成対象費用の自己負担分として支払った費用を助成。但し、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は、慢性肝炎 2,000 円、肝硬変・肝がん 3,000 円を限度に自己負担があります。</p> <p>※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。</p>																				
支払方法	<p>償還払い（申請者の口座に振り込み）</p> <p>※医療機関でいったんは助成対象費用（各種保険の自己負担分）を支払っていただき、その後、県に助成額を申請し、承認されると助成額が支払われる仕組みです。</p>																				