

◎検査費用の助成を受けるためには、お住まいの市町村を管轄する保健所（下記一覧表）での
フォローアップ事業への同意が必要となります。

令和4年3月発行

＜検査費用助成の流れ＞

① フォローアップ事業に同意

保健所へ**本同意書(原本)**、**肝炎ウイルス検査結果通知書(陽性判定)**又は**母子健康手帳(検査日、検査結果が把握できるページ)**の写し、**下記の確認資料**を提出し、費用助成に必要な書類を受け取る。

② 受 診

医療機関を受診し、窓口で請求された検査費用を支払う。

③検査費用の請求

請求書類一式を愛知県感染症対策課に郵送する。審査で助成の決定がなされた方に、対象費用が振込まれる。(2ヶ月程度かかります。)

フォローアップ事業の該当を確認するため、職場の健診又は手術前検査で陽性となった場合は、以下の確認資料を原則提出してください。

【確認資料】 職場の健診 「職場検査受検証明書」の写し（保有している場合のみ）
手術前検査 「当該検査を受けた手術に係る手術料が算定されている診療明細書」の写し

＜フォローアップ事業とは＞

保健所があなたの受診状況等を確認します。確認方法は書類の受付や電話等です。(※保健所により確認方法は異なります。)
肝臓がん・肝硬変にならないよう専門医のいる医療機関の御案内や早期の受診・定期的な受診等をお勧めさせていただくものです。

＜フォローアップ事業参加同意書について＞

フォローアップ事業の参加に御同意くださる場合は、下記に必要事項を御記入の上、お住まいの市町村を管轄する保健所（下記一覧表）へ、**本同意書（原本）、肝炎ウイルス検査結果通知書（陽性判定）又は母子健康手帳（検査日、検査結果が把握できるページ）の写し、上記の確認資料（職場健診又は手術前検査の陽性者のみ）を直接御持参**いただくか、又は、**郵送にて御提出ください。**

フォローアップ事業参加同意書

私は、フォローアップ事業の参加に同意します。

氏名（自署）：_____

性別： 男 ・ 女

生年月日： 明・大・昭・平 年 月 日

電話番号： — —

※直接連絡が取れる番号をご記載ください。

住民票記載の住所 ： 〒 — 愛知県

☐ 都道府県等 ☐ 市町村（肝炎ウイルス検診）（市町村名 _____）
☐ 職場の健診 ☐ 妊婦健診 ☐ 手術前検査

※検査（健診）の実施方式にチェックしてください。
（市町村に該当の方は、検査を受けた市町村名の記入をお願いします。）

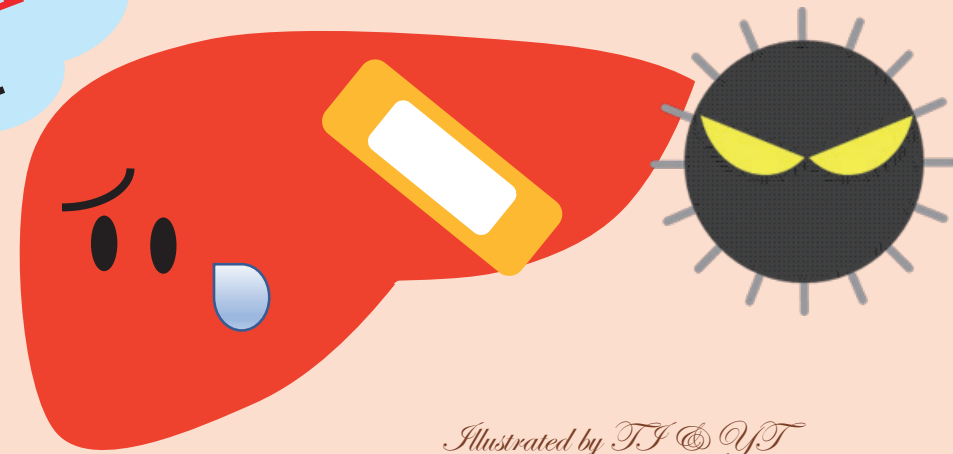
※本事業で入手した個人情報については、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。
※本紙は手続きを簡素化するため、フォローアップ事業同意書を兼ねておりますが、事前にフォローアップ事業について詳しく知りたい方は、下記保健所までお問合せください。**郵送でフォローアップ事業に参加申込を頂く場合は、保健所から確認のお電話を差し上げます。**

＜保健所一覧（フォローアップ事業に関するお問い合わせ先・同意書提出先）＞

名 称	郵便番号	住 所	電話番号	管轄市町村
名古屋市保健所	460-8508	名古屋市中区三の丸三丁目1-1	052-972-2633	名古屋市
豊橋市保健所 感染症対策室	441-8539	豊橋市中野町字中原100	0532-39-9104	豊橋市
岡崎市保健所 保健予防課	444-8545	岡崎市若宮町二丁目1-1	0564-23-5082	岡崎市
一宮市保健所 保健予防課	491-0867	一宮市古金町一丁目3	0586-52-3854	一宮市
豊田市保健所 感染症予防課	471-8501	豊田市西町三丁目60	0565-34-6180	豊田市
瀬戸保健所	489-0808	瀬戸市見付町38-1	0561-82-2197	瀬戸市・尾張旭市・豊明市・日進市・長久手市・東郷町
春日井保健所	486-0927	春日井市柏井町二丁目31	0568-31-2189	春日井市・小牧市
江南保健所	483-8146	江南市布袋下山町西80	0587-56-2157	犬山市・江南市・岩倉市・大口町・扶桑町
清須保健所	452-0961	清須市 春日振形129	052-401-2100	清須市・北名古屋市・豊山町・稲沢市
津島保健所	496-0038	津島市橋町四丁目50-2	0567-26-4137	津島市、愛西市、弥富市、あま市、大治町・蟹江町・飛島村
半田保健所	475-0903	半田市出口町一丁目45-4	0569-21-3342	半田市、阿久比町・東浦町・南知多町・美浜町・武豊町
知多保健所	478-0001	知多市八幡字荒古後88-2	0562-32-6211	常滑市・東海市・大府市・知多市
衣浦東部保健所	448-0857	刈谷市大手町一丁目12	0566-21-4797	碧南市・刈谷市・安城市・知立市・高浜市・みよし市
西尾保健所	445-0073	西尾市寄住町下田12	0563-56-5241	西尾市・幸田町
新城保健所	441-1326	新城市字中野6-1	0536-22-2204	新城市・設楽町・東栄町・豊根村
豊川保健所	442-0068	豊川市諏訪三丁目237	0533-86-3177	豊川市・蒲郡市・田原市



肝炎ウイルス検査で陽性のあなた！



Illustrated by T.T & Y.T

精密検査を受けましょう！

今は症状がなくても、将来**肝硬変**や**肝臓がん**になる可能性があります

最大 9,000 円の精密検査が無料になります

肝臓専門の医療機関で診てもらいましょう！

都道府県等の保健所、市町村、職場の健診、妊婦健診、手術前の肝炎ウイルス検査で陽性と判定され、

県が指定する医療機関又は肝疾患専門医療機関で精密検査を受けた場合、**初回精密検査費用が助成**されます。

治療を安く受けられます

B 型・C 型ウイルス性肝疾患の方を対象とした、**医療費の助成制度**があります！

所得に応じた自己負担額（月 1～2 万円）で治療が受けられます。

初回精密検査の費用助成を受けたい方は、保健所でフォローアップ事業の手続きが必要です。
（詳しくは裏面へ）

費用助成を希望されず保険を使って精密検査を受ける方は、お早めに肝疾患専門医療機関を受診してください。

御不明な点などございましたら、下記お問い合わせ先まで御連絡ください。

検査費用の申請 〒 460-8501 名古屋市中区三の丸3-1-2

書類の送付先 愛知県保健医療局感染症対策局感染症対策課

お問い合わせ先 TEL 052-954-6626 FAX 052-954-7430

「あいち肝炎ネットワーク」

URL http://www.pref.aichi.jp/kenkotaisaku/kanen/link/link_top.html



詳しくはこちら

このリーフレットは厚生労働科学省研究費補助金（肝炎等克服政策研究事業）「新たな手法を用いた肝炎ウイルス検査受検率・陽性者受診率の向上に資する研究」、愛知県、名古屋市、豊橋市、岡崎市、一宮市、豊田市、名古屋市立大学で作成されました。
無断複製・転載・配布行為を禁止します。

初回精密検査・定期検査費用助成のご案内



愛知県では、次の「助成の対象者」に該当する方を対象に、肝炎ウイルスの初回精密検査又は定期検査を受けた際の医療費の自己負担分を助成しています。

※定期検査費用助成は所得状況等により医療費の自己負担(2,000 円又は 3,000 円)が必要になる場合があります。

診断書・診療明細書の発行費用は定期検査費用助成の対象に含まれません。

	初回精密検査	定期検査
対象検査	次の機会に肝炎ウイルス検査(健診)で陽性と判定された後、初めて医療機関で受ける精密検査 □都道府県等(保健所・委託医療機関) □市町村(肝炎ウイルス検診) □職場 □妊婦健診 □手術前検査	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が定期的に受ける検査
助成の対象者	<u>愛知県内に住民登録している方で、以下の全ての要件に該当する方</u> ① 医療保険各法(後期高齢者含む)の規定による被保険者又は被扶養者 ② 上記初回精密検査の対象検査欄の肝炎ウイルス検査において原則1年以内に陽性と判定された者 ③ 県又は県内の市町村が定期的に状況確認の連絡を行うこと(フォローアップ)に同意した者 ④ 県が指定する医療機関又は肝炎患専門医療機関において検査を受けた者	<u>愛知県内に住民登録している方で、以下の全ての要件に該当する方</u> ① 医療保険各法(後期高齢者含む)の規定による被保険者又は被扶養者 ② 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎患者、肝硬変患者、肝がん患者(治療後の経過観察を含む) ③ 住民税非課税世帯又は市町村民税(所得割)課税年額が235,000 円未満の世帯に属する者 ④ 県又は県内の市町村が定期的に状況確認の連絡を行うこと(フォローアップ)に同意した者 ⑤ 肝炎治療特別促進事業(インターフェロン等の医療費助成)の受給者証の交付を受けていない者
助成の対象費用	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、医師が真に必要なと判断したものに限る。 なお、これらの検査が複数の日にわたる場合において、検査日が1ヶ月以内の期間に属するものについては、一連の検査とみなします。 注)保険適用外の検査は助成対象となりません。	
助成回数	1回	年2回(4月から3月までの年度毎に2回)

《 助成の対象となる検査項目 》

	B型肝炎ウイルス	C型肝炎ウイルス
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	HBe抗原、HBe抗体、HBVジェノタイプ判定等	HCV血清群別判定等
微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量	HCV核酸定量
画像診断	超音波検査(断層撮影法(胸腹部))	

定期検査において、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ます。CT撮影又はMRI撮影をした場合、いずれも造影剤を使用した場合の加算等の関連する費用も助成対象となります。

初回精密・定期検査の費用請求に必要な書類

【初回精密検査】

- ① 肝炎ウイルス検査(健診)の結果通知書の写し又は母子健康手帳(検査日・検査結果が把握できるページ)の写し
- ② 確認書類(職場の健診、妊婦健診、手術前検査での陽性者の方が対象です。詳細は下記のとおりです。)

③ 共通請求書類 (詳細は、下記の「共通請求書類」とおりです。)

検査(健診)実施方式	請求期限	確認書類
都道府県(保健所等) 市町村(肝炎ウイルス検診)	検査結果通知日から1年以内	不 要
職場の健診		検査結果通知書から職場の健診かどうか確認できない場合は、「 職域検査受検証明書 」の写しを提出してください。「職域検査受検証明書」を保有していない場合は、審査の際に愛知県から健診実施機関に確認しますので、提出は不要です。
妊婦健診	検査結果通知日から原則 1 年以内 (下記の場合は請求期限延長が可能)	母子健康手帳に検査結果通知日が確認できない場合は、「 医療機関が発行した検査結果通知書の写し 」の提出をお願いします。
手術前検査		「 当該検査を受けた手術に係る手術料が算定されている診療明細書 」の写しの提出をお願いします。

妊婦健診又は手術前検査で陽性となった方は、出産後又は手術後に特段の事情がある場合に限り、検査結果通知日から1年の請求期限をそれぞれ**最長4年(妊婦健診)、最長2年(手術前検査)まで延長できます**ので、検査結果通知日から1年を超過して初回精密検査費用を請求する場合は、**肝炎検査費用請求書に遅延理由を記載してください。**

【定期検査】

- ① 本人及び本人と同一世帯に属する全員の記載のある住民票の写し(直近のもの)
- ② ①の世帯全員の住民税非課税証明書又は市町村民税(所得割)課税年額が証明できる書類(原本・直近のもの)
- ③ 医師の診断書[県指定の様式](省略できる場合があります。)

④ 共通請求書類 (詳細は、下記の「共通請求書類」とおりです。)

【共通請求書類】

☐	肝炎検査費用請求書[県指定の様式] (対象者以外の方が請求する場合は委任状が必要)
☐	医療機関の領収書(レシート不可)及び医療機関の診療明細書〔又は県指定の様式〕(いずれも原本)
☐	肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書の写し(初回請求時のみ必要)
☐	医療保険証の写し
☐	助成金振込先金融機関の口座がわかる書類(預金通帳のコピー等)

検査費用の請求書類の提出先 : 〒460-8501
名古屋市中区三の丸 3-1-2 愛知県感染症対策課 結核・肝炎グループ

留 意 事 項 《 受診する前にまずはチェック ☑ 》

□同意書の提出 助成制度のご利用には、フォローアップ事業への同意(同意書の提出)が必要となります。

＊お住まいの市町村でフォローアップ事業を実施している場合、市町村が実施する肝炎ウイルス検診又は妊婦健診で陽性と判定された方は、お住まいの市町村にお問い合わせください。

□医 療 機 関 初回精密検査の受診医療機関は、県ホームページで確認するか、県保健所又は感染症対策課にお問い合わせください。(ホームページアドレス http://www.pref.aichi.jp/kenkotaisaku/kanen/link/link_top.html)

□助 成 回 数 助成の利用は、初回精密検査は1回、定期検査は年度ごとに2回です。ただし、初回精密検査の助成を申請した場合は、その年度内の定期検査の助成回数は1回となります。

□請 求 期 限 初回精密検査は、肝炎ウイルス検査結果通知書の発行日から原則1年以内です。定期検査は、精密検査を受診した年度内です。

《 医療機関の受診時に 》

□助成利用の申出 受診する際に(事前予約する場合はその際に)必ず、県の助成制度を利用する旨を医療機関にお伝えください。

□診 断 書 定期検査の費用請求時には、医師の**診断書**[県指定の様式]が必要ですので、受診時に医療機関に提出してください。

□支 払 医療機関に請求された自己負担額を支払い、**医療機関の領収書(レシート不可)**と**診療明細書**の発行を必ずお願いします。

医療機関によっては、診断書・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。**