

ウイルス性肝炎患者等の検査費助成について

1 目的

肝炎患者等に対する相談やフォローアップ等を実施することにより、陽性者を早期治療に繋げ、重症化予防を図ることを目的とします。

2 検査実施機関（肝臓専門医療機関）にて行っていただくこと

（1）検査費助成に係る周知について

- 自治体の肝炎ウイルス検査を実施した陽性の患者様には初回精密検査助成について、別添チラシにより周知をお願いいたします。
- 肝炎医療費助成を受けていない、慢性肝炎、肝硬変、肝がんの患者様（治療後の経過観察も含みます）で定期検査を実施されている場合に、定期検査助成について、別添チラシにより周知をお願いいたします。

（2）助成対象者の確認

- 初回精密検査及び定期検査のそれぞれの助成要件に合致しているか、声かけをお願いします。
- 特に、フォローアップを実施していない自治体に住民票を持つ場合は、助成対象とならないことをお伝えください。

（3）検査の実施

- 上記2に記載する検査項目で実施してください。
- 検査が保険適用外にならないようご注意ください。

- 検査が複数の日にわたる場合は、検査日の間隔が1か月以内で終了するようにしてください。

(4) 検査日の請求

- 窓口では、通常の診療と同様に自己負担額を請求してください。

患者さんに領収書（レシート不可）を発行してください。また、診療明細書（様式第2号）の証明をお願いします。（証明書料は助成対象外です）

初回精密検査及び定期検査の申請締切日

平成28年4月1日～平成29年3月31日に受けた検査の助成申請締切は、平成29年4月20日（消印有効）です。

3 助成内容

(1) 肝炎ウイルス検査陽性者の初回精密検査費用の助成

保健所等の特定感染症検査等事業に基づく肝炎ウイルス検査及び市町村の健康増進事業による肝炎ウイルス検診で陽性となった方が、県もしくは東京都が指定する肝臓専門医療機関において初回精密検査を受診した場合の自己負担額を助成します。

区分	内容																				
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内に住所を有する方 ・ 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 ・ H26.6.1以降に受診した保健所等の特定感染症検査等事業に基づく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方 ・ 陽性者フォローアップに同意した方。<u>ただし、肝炎ウイルス検査等実施自治体が陽性者フォローアップ事業を実施している場合に限り。</u> 																				
助成対象費用	<p>検査が複数の日にわたる場合、検査日が1ヶ月以内であれば一連の検査とみなします。また、以下の項目で医師が必要と判断したものに限り。</p> <p>なお、文書証明書料は助成対象外です。</p> <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>初診料（再診料）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウイルス疾患指導料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>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>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>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、ZTT</td> </tr> <tr> <td>腫瘍マーカー</td> <td>AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量</td> </tr> <tr> <td>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>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>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	初診料（再診料）		ウイルス疾患指導料		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、ZTT	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）
項目	検査内容																				
初診料（再診料）																					
ウイルス疾患指導料																					
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、ZTT																				
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）																				
対象回数	初回1回のみ																				

(2) 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変、肝がん患者の定期検査費用の助成

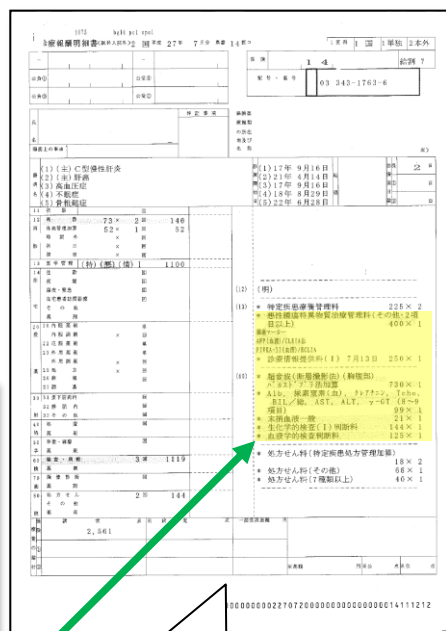
肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変、肝がん患者（治療後の経過観察を含む）の方が、県もしくは東京都が指定する肝臓専門医療機関において定期検査を受診した場合の自己負担額を助成します。

区分	内容																				
対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県内に住所を有する方 ・ 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 ・ 住民税非課税世帯に属する方、もしくは市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円未満の世帯に属する方 ・ 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） ・ 陽性者フォローアップに同意した方 ・ 肝炎治療費特別促進事業の受給者証の交付を申請時に受けていない方 																				
助成対象費用	<p>検査が複数の日にわたる場合、検査日が 1 ヶ月以内であれば一連の検査とみなします。また、以下の項目で医師が必要と判断したものに限ります。 なお、文書証明書料は助成対象外です。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>検査内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>初診料（再診料）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ウイルス疾患指導料</td> <td></td> </tr> <tr> <td>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>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>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、ZTT</td> </tr> <tr> <td>腫瘍マーカー</td> <td>AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量</td> </tr> <tr> <td>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>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>超音波検査</td> <td>断層撮影法（胸腹部）</td> </tr> </tbody> </table> <p>※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します。</p>	項目	検査内容	初診料（再診料）		ウイルス疾患指導料		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、ZTT	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）
項目	検査内容																				
初診料（再診料）																					
ウイルス疾患指導料																					
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、ZTT																				
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）																				
対象回数	年 2 回																				

診療明細書の証明について

ウイルス性肝炎に関する検査に関連するもの（判断料や加算など含む）についてチェックした上で、検査費用を計算して記入してください。

画像診断については、造影剤なども含めてください。



チェックするかわりに、レセプト写しに肝炎関連部分にマーカーしたものを添付していただいてもOKです

端数調整してください

初回精密検査の場合は、記載不要です

様式第2号

初回精密検査・定期検査 診療明細書

フリガナ	性別	生年月日(年齢)	
患者氏名	男・女	明昭 大平	年 月 日 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
検査項目・費用	実施した検査にチェックをしてください		
	<input type="checkbox"/> 初診料(再診料)、ウイルス疾患指導料 <input type="checkbox"/> 初診料(再診料) <input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料 血液形質・機能検査 <input type="checkbox"/> 末梢血液一般検査 <input type="checkbox"/> 末梢血液像 出血・凝固検査 <input type="checkbox"/> プロトロンビン時間 <input type="checkbox"/> 活性化部分トロンボプラスチン時間 血液化学検査 <input type="checkbox"/> 総ビリルビン <input type="checkbox"/> 直接ビリルビン <input type="checkbox"/> 総蛋白 <input type="checkbox"/> アルブミン <input type="checkbox"/> ALP <input type="checkbox"/> ChE <input type="checkbox"/> γ-GT <input type="checkbox"/> 総コレステロール <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> ZTT 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> AFP-L3% <input type="checkbox"/> PIVKA-II半定量 <input type="checkbox"/> PIVKA-II定量 肝炎ウイルス関連検査 <input type="checkbox"/> HBe抗原 <input type="checkbox"/> HBe抗体 <input type="checkbox"/> HBVジェノタイプ判定 <input type="checkbox"/> HCV血清型別判定 微生物核酸同定・定量検査 <input type="checkbox"/> HBV核酸定量 <input type="checkbox"/> HCV核酸定量		
検査年月日	超音波検査(慢性肝炎は断層撮影法のみ。肝硬変・肝がんは断層撮影法、CT撮影、MRI撮影から選択可) <input type="checkbox"/> 断層撮影法(胸腹部) <input type="checkbox"/> CT撮影 <input type="checkbox"/> MRI撮影		
上記検査に要した費用は以下のとおりです。(上記以外の検査は含まない)			
検査費用総額(A)		医療保険等負担額(B)	患者負担額(請求額)(C) = (A) - (B)
円		円	円
診断 (定期検査の場合のみ記載)	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 ()		
その他記載すべき事項			
医療機関名および所在地 (医療機関コード)			
代表者氏名	連絡先電話番号: 証明担当者名(部署名):		
(診断名記載する場合は医師氏名及び押印をお願いします)	医師氏名	印	(理)