

# 山梨県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要綱

## 第1 目的

この事業は、「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26年3月31日健肝発0331第1号厚生労働省健康局疾病対策課肝炎対策推進室長通知）」に基づき、利便性に配慮した肝炎ウイルス検査を実施することにより肝炎ウイルス陽性者を早期に発見するとともに、相談やフォローアップにより陽性者を早期治療に繋げ、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。

## 第2 事業の実施主体

実施主体は、山梨県（以下「県」という。）とする。

## 第3 事業内容

### 1 肝炎ウイルス検査

#### (1) 実施方式

各保健福祉事務所又は甲府市保健所（以下、これらを「保健所」という。）において実施する。

#### (2) 対象者

肝炎ウイルス検査を希望する者とする。

ただし、過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがある者、医療保険各法その他の法令に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、併せて当該肝炎ウイルス検査に相当する検査を受けた者又は当該検査を受けることを予定している者若しくは健康増進事業の対象者については除くものとするが、結果的に受けられなかった者又は再検査の必要性のある者については、この限りではない。

#### (3) 肝炎ウイルス検査の実施

県作成の特定感染症「HIV感染症・性器クラミジア感染症・梅毒・ウイルス性肝炎（B型、C型）・HTLV-1」相談・検査の手引き（以下「手引」という。）により実施する。

### 2 B型及びC型ウイルス肝炎に関する相談事業

保健所において、B型及びC型肝炎ウイルスに関する一般的な相談に対応する。相談対応は、手引により実施する。

### 3 陽性者フォローアップ事業

#### (1) 陽性者のフォローアップ

##### ア フォローアップの内容

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、医療機関の受診状況や治療状況を確認し、未受診の場合は、必要に応じて受診を勧奨する。

## イ フォローアップの対象者

県内に住所を有し、以下のいずれかに該当する者

- (ア) 保健所が行う肝炎ウイルス検査により、陽性（Ｂ型肝炎ウイルスにおいては「陽性」、Ｃ型肝炎ウイルスにおいては「感染している可能性が高い」と判定された者
- (イ) (２) の検査費用の請求により把握した陽性者
- (ウ) 市町村や医療機関等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村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「妊婦健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。）を受けた者などからの情報提供により把握した陽性者
- (エ) その他希望する者で、県が認めたもの

## ウ フォローアップの実施方法

保健所は次により、陽性者のフォローアップを行う。

- (ア) イの（ア）で把握した陽性者の場合
  - a 医療機関への受診指導を行うとともに、陽性者フォローアップ事業について周知を行い、同意書（様式１）により、本人のフォローアップ事業への参加同意を得る。
  - b 参加同意を得られた者に、調査票（様式２）により、精密検査の受診状況等の確認を行った後、定期的（年１回以上）に受診状況等の確認を行う。
- (イ) イの（イ）、（ウ）及び（エ）で把握した陽性者の場合
  - a 陽性者フォローアップ事業の周知及び事業への参加同意の確認を行う。
  - b 市町村のフォローアップ事業対象者以外の者について、定期的（年１回以上）に調査票（様式２）を送付し、受診状況等の確認を行う（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判定された者については、市町村の陽性者のフォローアップの対象となる。）。
- (ウ) フォローアップの留意事項
  - a 受診状況等の確認の結果、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。
  - b 受診状況等の確認は、抗ウイルス療法による治療が完了するまで実施する。なお、対象者が希望する場合は、抗ウイルス療法による治療が完了した後も受診状況等の確認を継続することができる。
  - c 必要に応じて、陽性者のフォローアップ対象者について、本人の同意を得た上で市町村に情報提供を行う。

## (２) 検査費用の助成

### ア 助成の内容

#### (ア) 実施方法

対象者が保険医療機関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。

(イ) 助成額

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のうち、知事が認めた額。ただし、イの(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に規定する額を控除した額とし、当該控除後の額が零以下となる場合は、助成は行わない。

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1に定める自己負担限度額

この際、対象者が当該表に定める階層区分のいずれに該当するかについて、別表2で定める課税等の証明書等により確認するものとする。

イ 助成の対象者

(ア) 初回精密検査

県内に住所を有し、以下の全ての要件に該当する者

a 保健所が行う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(※)に保健所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の肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者

※ 検査結果通知書の発行日から1年以内に請求書を提出する。

(c) 3(1)によりフォローアップに同意した者

ただし、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については、市町村におけるフォローアップ事業への参加についての同意書(市町村任意様式)により同意を得た者を対象とする。

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診において陽性と判定された者

※ 検査結果通知書の発行日から1年以内に請求書を提出する。

(c) 3(1)により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) 1年以内(※)に妊婦健診の肝炎ウイルス検診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疾患コーディネーター(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)の連携等を通じて、対象者が当該制度につながるよう留意する。

※ 検査結果通知書の発行日から1年以内に請求書を提出する。

(c) 3(1)により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診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疾患コーディネーター(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師、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)の連携を通じて、対象者が当該制度につながるよう留意する。

※ 検査結果通知書の発行日から1年以内に請求書を提出する。

(c) 3(1)によりフォローアップに同意した者

(イ) 定期検査

県内に住所を有し、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村民税(所得割)課税年額が235,000円未満の世帯に属する者

d 3(1)によりフォローアップに同意した者

ただし、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については、市町村においてフォローアップ事業への参加について同意書(市町村任意様式)により同意を得たものを対象とする。

e 山梨県肝炎治療助成事業実施要綱第8条第5項に規定する受給者証の交付を受けていない者

## ウ 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次表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。

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か月以内の期間に属するものについては、一連の検査とみなすことができるものとする。

また、血液検査及び超音波検査（断層撮影法（胸腹部））は、同一の医療機関で受診するものとする。

### 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、 $\gamma$ -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   | HBs抗原、HBs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））  |            |

注）保険適用外の検査は助成の対象とならない。

### (イ) 定期検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び上表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。

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か月以内の期間に属するものについては、一連の検査とみなすことができるものとする。

なお、肝硬変又は肝がん（治療後の経過観察含む）の場合には、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。この場合において、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。

## エ 助成回数

初回精密検査、定期検査の助成回数は次のとおりとする。

### (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)

オ 検査費用の請求について

(ア) 初回精密検査

- a 保健所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の肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者

助成の対象者は、請求書(様式 3-1)に、次のものを添えて、保健所に提出するものとする。

(a) 上記検査に係る医療機関の領収書

(b) 診療明細書

(c) 結果通知書(保健所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の結果通知書)

- 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

助成の対象者は、請求書(様式 3-1)に、次のものを添えて、保健所に提出するものとする。

(a) 上記検査に係る医療機関の領収書

(b) 診療明細書

(c) 結果通知書(職域の肝炎ウイルス検診の結果通知書)

(d) 職域検査受検証明書(様式 3-2)(本人が保有している場合に限る。)

(e) 同意書(様式1)(申請時に同意していない場合に限る。)

県は、対象者からの請求に職域検査受検証明書の添付がなく、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、様式 3-3 により医療機関に照会を行うものとする。

- 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

助成の対象者は、請求書(様式 3-1)に、次のものを添えて、保健所に提出するものとする。

(a) 上記検査に係る医療機関の領収書

(b) 診療明細書

(c) 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

(d) 同意書(様式1)(申請時に同意していない場合に限る。)

なお、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。

- 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

助成の対象者は、請求書(様式 3-1)に、次のものを添えて、保健所に提出するものとする。

(a) 上記検査に係る医療機関の領収書

(b) 診療明細書

(c) 肝炎ウイルス検査の結果通知書

(d) 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

(e) 同意書（様式1）（申請時に同意していない場合に限る。）

(イ) 定期検査

助成の対象者は、請求書（様式3－4）に、次のものを添えて、保健所に提出するものとする。

- a 上記検査に係る医療機関の領収書
- b 診療明細書
- c 申請者の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。）の住民票の写し
- d （ウ）に定める世帯構成員の課税等の証明書等
- e 医師の診断書（様式4）

(ウ) 別表1に定める階層区分の確認及び課税等の証明書等の提出

申請者が別表1に定める階層区分のいずれに該当するかを確認を行うために申請者に提出させる書類は、別表2に定めるところによる。ただし、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及び医療保険上の扶養関係にない者については、申請に基づき世帯構成員に係る市町村民税課税年額の合算対象から除外できるものとし、その申請は、市町村民税合算対象除外希望申請書（様式5）により行うものとする。なお、マイナンバーを用いた情報連携を実施することが可能な場合、個人番号提供書兼同意書（様式6）の提出によりこれらの提出を省略することができる。

(エ) 市町村民税課税年額の算定に当たっての留意事項

- a 平成24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、「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。

(オ) (イ)、(ウ) 及び (エ) の規定にかかわらず添付を省略することができる書類申請者が次のいずれかに該当する場合は、当該各号に定める書類の添付を省略することができる。

- a 以前に定期検査費用の支払いを受けた者（ただし、慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった者は除く。） (イ) e
- b 同一の年度内に定期検査費用の助成を請求した者又は山梨県肝炎治療助成事業実施要綱に基づく医療費の給付を申請した者（ただし、当該請求又は申請時に提出された書類と同様の内容である場合に限る。） (イ) c 及び d
- c 肝がん・重度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者 (イ) e

#### カ その他

初回精密検査費用及び定期検査費用の助成に当たって行う医療保険の加入関係の確認は、個人番号提供書兼同意書（様式6）の提出によりマイナンバーを用いた情報連携を実施することで行うものとする。ただし、情報連携を実施することが難しい場合については、申請者等が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又は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。）により確認を行うこと。

なお、経過措置として、令和6年12月1日時点で発行されている健康保険証は最大で1年間、従前のおり使用することが可能であることから、それまでの間は、住所や負担割合等に変更がない限り、健康保険証による確認も可能とする。

#### キカ 検査費用の支払いについて

(ア) 保健所は、請求を受けたときは、その内容を審査の上、感染症対策センターに進達する。

(イ) 感染症対策センターは、内容を審査の上、支払額を決定し、請求のあった指定の口座に支払う。

### 第4 実施に当たっての留意事項

本事業の実施に際しては、個人のプライバシー等人権の保護に十分配慮する。

#### 附 則

この要綱は、平成26年9月1日から施行し、平成26年4月1日から適用する。

この要綱は、平成27年4月23日から施行し、平成27年4月9日から適用する。

この要綱は、平成28年5月27日から施行し、平成28年4月1日から適用する。

この要綱は、平成29年6月30日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

この要綱は、平成30年4月20日から施行し、平成30年4月1日から適用する。



この要綱は、令和元年８月９日から施行し、平成３１年４月１日から適用する。

この要綱は、令和２年１１月２５日から施行し、令和２年４月１日から適用する。

この要綱は、令和７年１月２４日から施行し、令和６年１２月２日から適用する。

この要綱は、令和８年２月２日から施行する。

(別表 1)

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<br>(1回につき) |            |
|------|---|--------------------|------------|
|      |   | 慢性肝炎               | 肝硬変<br>肝がん |
| 甲    | 市町村民税(所得割)課税<br>年額が235,000円未満の世帯<br>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)

定期検査費用の助成における課税等の証明書等の提出書類

| 階層区分 | 提出書類        |
|------|-------------|
| 甲    | 市町村民税課税年証明書 |
| 乙    | 住民税非課税証明書   |

## 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎ウイルスに感染した場合、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、ご自身の状態を確認することが重要です。

山梨県では、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行っています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、年 1 回調査票をお送りして、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただきます。

また、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。

本事業にご参加いただいた方には、随時必要な相談支援を行うほか、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等のご案内を差し上げます。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、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が、必要に応じお住まいの市町村に情報提供することがあります。

下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

年 月 日

☐ フォローアップに同意する

☐ フォローアップに同意しない

フリガナ

氏名（自署）： 性別： 男 ・ 女

生年月日： 年 月 日 電話番号： - -

住 所：〒

フォローアップの連絡：県からの郵送→ 可・不可、電話→ 可・不可

【同意書の提出先及びお問い合わせ先】

〒〇〇〇〇－〇〇〇〇 山梨県〇〇市〇〇町〇－〇－〇

山梨県〇〇保健福祉事務所（TEL 〇〇－〇〇－〇〇〇〇）

肝炎ウイルス検査実施機関 ☐ 保健所 ☐ その他（ ）

※この書類は、山梨県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の検査費用請求をする場合に必要となるものです。

## 医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、山梨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、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。

なお、個人情報につきましては、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。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。（□にレ点、記入をお願いします）

## 【本調査に関するお問い合わせ先】

山梨県〇〇保健福祉事務所地域保健課（TEL 055-〇〇〇-〇〇〇〇）

山梨県感染症対策センター（TEL 055-223-1505）

## 【肝炎に関するご相談窓口】

山梨大学医学部附属病院肝疾患センター

TEL 055-273-9872（医療福祉支援センター相談窓口）

●該当する項目にチェックをつけて、必要事項を記入してください。

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：平成 年 月ころ 医療機関名： ）

☐ いいえ（受診をしていない理由： ）

問2 精密検査又は定期検査を受けましたか。

☐ はい（直近の検査日：平成 年 月ころ）

☐ いいえ（平成 年 月ころ検査予定）

問3 （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4 （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

☐ 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。→ ☐ 完治したがフォローアップの継続を希望する。

問5 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

【管理番号：

】

## 肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

年 月 日

山梨県知事 殿

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を次のとおり請求します。

請求者氏名：

印

請求金額：

円

|                            |   |               |      |               |  |
|----------------------------|---|---------------|------|---------------|--|
| フリガナ                       |   |               | 性 別  | 生 年 月 日       |  |
| 対象者氏名                      |   |               | 男 女  | 年 月 日生        |  |
| 住 所                        | 〒 ー<br>電話番号 ( )   |               |      |               |  |
| 対象者の<br>加入医療<br>保険         | 被保険者<br>氏 名   |               |      | 対 象 者<br>との続柄 |  |
|                            | 保険種別  | 協・組・共・国・<br>後 |      | 記号・番号         |  |
|                            | 保険者名  |               |      |               |  |
|                            | 所 在 地   |               |      |               |  |
| 振込口座<br>(請求者名<br>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 |               |  |
| 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 | <input type="checkbox"/> 山梨県が、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ために必要があるときは、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。<br>※対象者本人が同意する場合にレ印を記入してください。 |               |      |               |  |

- 注 1 本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、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。妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合に限る。）を添付してください。
- 2 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（同意していない場合に限る。）も添付してください。
- 3 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（同意していない場合に限る。）も添付してください。
- 4 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（同意していない場合に限る。）も添付してください。
- 5 医療機関によっては、診療明細書や診断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。
- 6 請求者本人と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状を添付してください。
- 7 内容審査の上、対象費用と認めた額を支払います。申請から支払まで2か月程度かかります。
- 8 本請求書の提出時には、医療保険の加入が確認できる書類（申請者等が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等）を提示してください。

## 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  
医療機関名 :  
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梨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、山梨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頂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、山梨県福祉保健部感染症対策センター（TEL055-223-1505）までお問い合わせください。

(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、山梨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あ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、返信していただきますようお願いします。

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) 下記のもの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ください。

## 記

|      |       |         |         |
|------|-------|---------|---------|
| フリガナ |       | 性 別     | 生 年 月 日 |
| 氏 名  |       | 男 女     | 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

山梨県

担当者：

所在地：

電話番号：

## &lt;医療機関回答欄&gt;

※以下のいずれかにチェックの上、返信してください。

- ☐ 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

医療機関名：

担当部署・担当者：

所在地：

電話番号：

## 肝炎検査費用請求書（定期検査）

年 月 日

山梨県知事 殿

肝炎検査（定期検査）に要した費用を次のとおり請求します。

請求者氏名：

印

請求金額：

円

|                              |   |               |               |         |  |
|------------------------------|---|---------------|---------------|---------|--|
| フリガナ                         |   |               | 性 別           | 生 年 月 日 |  |
| 対象者氏名                        |   |               | 男 女           | 年 月 日生  |  |
| 住 所                          | 〒 ー<br>電話番号 ( )   |               |               |         |  |
| 対象者の<br>加入医療<br>保険           | 被保険者<br>氏 名   |               | 対 象 者<br>との続柄 |         |  |
|                              | 保険種別  | 協・組・共・国・<br>後 | 記号・番号         |         |  |
|                              | 保険者名  |               |               |         |  |
|                              | 所 在 地   |               |               |         |  |
| 振込口座<br>(請求者名<br>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          |         |  |
| 定期検査<br>申請での<br>省略書類<br>(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。）<br><input type="checkbox"/> 医師の診断書  |               |               |         |  |
|                              | ・ 同一年度内で2回目の申請又は山梨県肝炎治療助成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。<br><input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し<br><input type="checkbox"/> 世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書<br><input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書 |               |               |         |  |

注

- 1 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、世帯全員の市町村民税（地方税の規定による特別区民税を含む。）課税等証明書（及び必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式5））又は世帯全員の住民税非課税証明書及び医師の診断書（様式4）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。
- 2 医療機関によっては、診療明細書や診断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。
- 3 請求者本人と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状を添付してください。
- 4 内容審査の上、対象費用と認めた額を支払います。申請から支払まで2か月程度かかります。
- 5 本請求書の提出時には、医療保険の加入が確認できる書類（申請者等が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等）を提示してください。



## 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<br>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。</p> <p>※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差し支えありません。</p> <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 )</p> <p><input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー ( HCV抗体陽性 ・ HCV-RNA陽性 )</p>         |     |         |
| 診 断   | <p>該当する診断名にチェックしてください。</p> <p>※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。</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性肝炎</p> <p><input type="checkbox"/> 肝硬変</p> <p><input type="checkbox"/> 肝がん</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> |     |         |
| その他<br>記載すべき<br>事項  | <p><input type="checkbox"/>現在の病態は 年から変更はありません。</p> <p><input type="checkbox"/>現在の病態は 年に変更がありました。(変更前の病態 )</p>   |     |         |
| <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・所在地</p> <p style="text-align: right;">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入する。

## 定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書

(市町村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村  
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）

印

## 個人番号提供書兼同意書

提出日 年 月 日

山梨県知事 殿

提出者住所

提出者氏名

ウイルス性肝炎検査費用助成事務で利用する個人番号について、下記のとおり提供します。

- 1 下記の者が、私（申請者）及び私が属する住民票上の同一世帯員です
- 2 私及び下記の同一世帯員は直近年度の地方税関係情報を取得することについて
  - ・同意する場合：下記の「同意します」にチェックの上、同意する本人それぞれが署名してください。
  - ・同意しない場合：市町村民税（所得割）の課税年額について紙による提出が必要です。

|       | ふりがな（自署）   | 生年月日 | 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 15 歳以下                   | 続柄 | 旧住所（市町村） |
|-------|--|------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|----|----------|
|       | 氏名（自署）   | 性 別  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
| 申請者   |  |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> | 本人 |          |
|       |  |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       | 健康保険の種別（□紙による提出）<br>□国保 □後期 □協会けんぽ □健康保険組合 □その他（ ） |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       | 直近年度の地方税関係情報を取得することに □ 同意します □ 同意しません              |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
| 同一世帯員 |  |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |    |          |
|       |  |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       | 健康保険の種別（□紙による提出）<br>□国保 □後期 □協会けんぽ □健康保険組合 □その他（ ） |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       | 直近年度の地方税関係情報を取得することに □ 同意します □ 同意しません              |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       |  |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |    |          |
|       |  |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       | 健康保険の種別（□紙による提出）<br>□国保 □後期 □協会けんぽ □健康保険組合 □その他（ ） |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       | 直近年度の地方税関係情報を取得することに □ 同意します □ 同意しません              |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       |  |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |    |          |
|       |  |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       | 健康保険の種別（□紙による提出）<br>□国保 □後期 □協会けんぽ □健康保険組合 □その他（ ） |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       | 直近年度の地方税関係情報を取得することに □ 同意します □ 同意しません              |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       |  |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> |    |          |
|       |  |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       | 健康保険の種別（□紙による提出）<br>□国保 □後期 □協会けんぽ □健康保険組合 □その他（ ） |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |
|       | 直近年度の地方税関係情報を取得することに □ 同意します □ 同意しません              |      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |    |          |

※15 歳以下の者の同意（自署）は不要です。

※旧住所（市町村）については、申請年の1月1日以降（1月～6月の間に申請する場合は、申請年の前年の1月1日以降）に転居があった場合に記入してください。

※窓口で申請者本人のマイナンバーと身元確認を行うので（1）又は（2）のいずれかをご持参ください。

（1）マイナンバーカード （2）通知カード＋顔写真入りの身分証明書

代理人が申請する場合は、別途委任状が必要となります。

また、世帯員のマイナンバーの確認できる書類等をご持参ください。

郵送による申請の場合は、これらの写しを添付してください。