

# 埼玉県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要綱

## 1 目的

埼玉県における肝炎ウイルス検査受検後のウイルス性肝炎陽性者等を早期に治療に繋げ、重症化予防を図ることを目的とする。

## 2 実施主体

埼玉県

## 3 実施事業

次の（１）及び（２）とする。

- （１）陽性者フォローアップ事業
- （２）検査費用助成事業

## 4 陽性者フォローアップ事業

### （１）対象者

埼玉県（地域保健法（昭和２２年法律第１０１号）第５条第１項の政令で定める市（以下「保健所設置市」という。）を除く。）に在住の者で、以下のいずれかに該当する者のうち、フォローアップ事業への参加に同意した者

ア 埼玉県医療機関委託肝炎ウイルス検査事業によるHBs抗原検査において「陽性」と判定された者又はC型肝炎ウイルス検査において「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 埼玉県内の保健所において実施する肝炎ウイルス検査による陽性者

ウ ５の検査費用の請求により把握した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

### （２）実施方法

ア ４の（１）のアの対象者

埼玉県医療機関委託肝炎ウイルス検査事業実施要綱の様式２においてフォローアップに同意した者に対し、本事業の案内及び別紙様式１による同意書を送付し、初回精密検査の受診状況等を確認する。

確認の結果、未受診の場合には受診を勧奨する。また、別紙様式１による同意書により本人の同意を得た上で、別紙様式５による調査票を年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。

実施については、埼玉県肝疾患診療連携拠点病院に委託して行うものとする。

イ ４の（１）のイの対象者

陽性告知の際に本事業の説明を行い、別紙様式２による同意書により本人の同意を得た上で、初回精密検査の受診状況等を確認する。確認の結果、未受診の場合には受診を勧奨する。また、別紙様式５による調査票を年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。

初回精密検査の受診状況等の確認以降の実施については、埼玉県肝疾患診療連携拠点病院に委託して行うものとする。

陽性者の住所地が保健所設置市の場合の実施については、管轄する保健所が行うものとする。

ウ 4の(1)のウの対象者のうち定期検査費用の請求者

別紙様式3による同意書により本人の同意を得た上で、別紙様式5による調査票を年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。

実施については、陽性者の住所地を管轄する保健所が行うものとする。

エ 4の(1)のウの対象者のうち職域又は手術前の肝炎ウイルス検査において陽性と判定された場合の初回精密検査費用の請求者

別紙様式4による同意書により本人の同意を得た上で、別紙様式5による調査票を年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。

実施については、埼玉県肝疾患診療連携拠点病院に委託して行うものとする。

## 5 検査費用助成事業

### (1) 対象者

#### ア 初回精密検査

埼玉県に在住の者で、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) 下記のいずれかの肝炎ウイルス検査又は肝炎ウイルス健診の陽性者

a 埼玉県若しくは埼玉県内の保健所設置市が実施する肝炎ウイルス検査陽性者で、検査結果通知書の発行日から1年以内の者

b 埼玉県内の市町村が実施する健康増進事業の肝炎ウイルス検診における陽性者で、検査結果通知書の発行日から1年以内の者

c 職域の肝炎ウイルス検査陽性者で、検査結果通知書の発行日から1年以内の者

d 埼玉県内の市町村が実施する妊婦健診における肝炎ウイルス検査陽性者で、検査結果の通知から4年以内の者

e 手術前の肝炎ウイルス検査陽性者で、検査結果通知書の発行日から2年以内の者

(ウ) 別紙様式1、2、若しくは4によるフォローアップ事業参加同意書に同意した者又は市町村が実施するフォローアップ事業に同意した者

(エ) 埼玉県が実施する肝炎治療特別促進事業（肝炎治療医療費助成）において診断書に記載ができる医師（日本肝臓学会肝臓専門医又は埼玉県肝炎医療研修会受講修了医師）（以下、「県が指定した医師」という。）が所属する医療機関（以下、「県が指定した医療機関」という。）において検査を受けた者

#### イ 定期検査

埼玉県に在住の者で、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) 別紙様式1、2、3若しくは4によるフォローアップ事業参加同意書に同意した者又は市町村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
  - (カ) 県が指定した医師による検査を受けた者

## (2) 実施方法

ア 5の(1)の対象者が保険医療機関（健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する保険医療機関をいう。）のうち県が指定した医療機関において初回精密検査又は県が指定した医師による定期検査を受診し、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。）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。

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差し引いた額とする。ただし、5の(1)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、別表の課税世帯又は非課税世帯に該当するかについては、5の(5)イ(イ)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、助成を行わない。

## (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埼玉県が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

- (ア) 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査、末梢血液像）
- (イ) 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）
- (ウ) 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、AL

- P、ChE、 $\gamma$ -GT、総コレステロール、AST、ALT、LD)
- (エ) 腫瘍マーカー (AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量)
- (オ) 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)
- (カ) 微生物核酸同定・定量検査 (HBV核酸定量、HCV核酸定量)
- (キ) 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埼玉県が認めた費用。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。

(4) 助成回数

- ア 初回精密検査 1回
- イ 定期検査 年度ごとに2回 (アの検査を含む)

(5) 検査費用の請求について

ア 初回精密検査

5の(1)のアの対象者は、別紙様式6-1による請求書に、医療機関の領収書、診療明細書、住民票の写し及び助成金振込先金融機関の口座がわかる書類に加え、肝炎ウイルス検査又は肝炎ウイルス健診を受けた機会により下記(ア)から(エ)のいずれかの書類を添えて、当該対象者の居住地を管轄する保健所長を経由して埼玉県知事に請求するものとする。

なお、住民票の写しについては、マイナンバーを用いた情報連携によって確認することが可能な場合、省略することができる。この場合、「様式11-1 肝炎検査費用助成 個人番号利用同意書」及び「様式11-2 肝炎検査費用助成 個人番号届」の提出を要する。

(ア) 埼玉県又は埼玉県内の保健所設置市が実施する肝炎ウイルス検査若しくは埼玉県内の市町村が実施する健康増進事業の肝炎ウイルス検診における陽性者の場合 (申請期限は肝炎ウイルス検査又は肝炎ウイルス健診の結果通知書の発行日から1年以内)

- a 肝炎ウイルス検査又は肝炎ウイルス健診の結果通知書又は写し
- b 別紙様式1、2若しくは市町村が実施するフォローアップ事業参加同意書又は写し

(イ) 職域における肝炎ウイルス検査陽性者の場合 (申請期限は肝炎ウイルス検査の結果通知書の発行日から1年以内)

- a 肝炎ウイルス検査の結果通知書又は写し

b 別紙様式4又は写し

c 別紙様式6-2による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「職域検査証明書」という。）（対象者が保有している場合に限る。）

なお、県は、対象者からの請求に職域検査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、別紙様式6-3により医療機関に照会を行い、及び医療機関から回答を受けることができる。

(ウ) 埼玉県内の市町村が実施する妊婦健診における肝炎ウイルス検査陽性者の場合（申請期限は肝炎ウイルス検査の結果通知から4年以内）

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

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。ただし、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合であっても、妊婦健診の対象者であることの確認のため、母子健康手帳の表紙等の写しを添付するものとする。

b 市町村が実施するフォローアップ事業参加同意書又は写し

(エ) 手術前の肝炎ウイルス検査陽性者の場合（申請期限は肝炎ウイルス検査の結果通知書の発行日から2年以内）

a 肝炎ウイルス検査の結果通知書又は写し

b 別紙様式4又は写し

## イ 定期検査

(ア) 5の(1)のイの対象者は、別紙様式6-4による請求書に、医療機関の領収書、診療明細書、世帯全員の住民票の写し、次項に定める課税等証明書等、別紙様式1、2、3、若しくは4によるフォローアップ事業参加同意書若しくは市町村が実施するフォローアップ事業参加同意書又は写し（初回のみ。）、別紙様式7による医師の診断書（以下「診断書」という。）及び助成金振込先金融機関の口座がわかる書類を添えて、検査を受診した年度内に、当該対象者の居住地を管轄する保健所長を経由して埼玉県知事に請求するものとする。

なお、2回分の検査を同時に申請する場合は、世帯全員の住民票の写し、次項に定める課税等証明書等及び助成金振込先金融機関の口座がわかる書類は、各1通ずつ添えることでよいものとする。

(イ) 自己負担限度額階層区分の認定に係る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の課税世帯に当たる場合、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。）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、非課税世帯に当たる場合は、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、別紙様式8による市町村民税額合算対象除外希望申請書並びに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ことを証明する書類に基づき、

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）に寄らず、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

以下のいずれかに該当する場合。

(a) 以前に埼玉県知事から定期検査費用の支払いを受けた場合（以前支払を受けた時に比べ、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) 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埼玉県知事へ提出した場合（以前申請をした時に比べ、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。）

(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

及び同意書を埼玉県知事へ提出した場合

(d) 県が発行する肝炎患者支援手帳の様式に県が指定した医師が記載することにより、病態等を確認できる場合

b 世帯全員の住民票の写し、世帯全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、市町村民税額合算対象除外希望申請を行う場合における、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ことを証明する書類

以下のいずれかに該当する場合

(a) 同一年度内に埼玉県知事から1回目の定期検査費用の助成を受け、そのときに申請した内容と変わらない場合

(b) 定期検査助成申請から1年以内に埼玉県知事に対し肝炎治療特別促進事業による肝炎治療受給者証の申請を行い、交付を受けた場合

(c) マイナンバーを用いた情報連携によって確認することが可能な場合  
なお、この場合、「様式11-1 肝炎検査費用助成 個人番号利用同意書」及び「様式11-2 肝炎検査費用助成 個人番号届」の提出を要する

#### (6) 検査費用の支払いについて

埼玉県知事は、(5)の請求を受けたときは、その内容を審査し、次のとおり助成の可否を決定する。

##### ア 承認の場合

別紙様式9による(初回精密検査費用助成・定期検査費用助成)決定通知書により、速やかに通知し、指定口座へ振り込むものとする。

##### イ 不承認の場合

提出された申請書類を添えて、別紙様式10による(初回精密検査費用助成・定期検査費用助成)不承認通知書により、速やかに通知するものとする。

#### 6 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。

#### 7 その他

この要綱に定めるもののほか、埼玉県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の実施に関し、必要な事項は、疾病対策課長が定める。

##### 附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

##### 附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

ただし5（5）（ウ）a（c）については、平成30年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年7月2日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

(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
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
住民税非課税世帯に属する者	0円	0円

## 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。

埼玉県では、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おり、事業を「埼玉県肝疾患診療連携拠点病院」に委託しています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、年に一回程度調査票をお送りするなどにより、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差し上げる場合がございます。

本事業にご参加いただいた方には、初回精密検査費用の助成\*がご利用いただけるほか、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で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方の場合には、定期検査費用の助成\*もご利用いただくことができます。

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。

\*助成には一定の要件があります。詳しくは下記の「お問い合わせ先」までお問い合わせください。

上記を確認の上、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： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住民票記載の住所： 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

※本同意書は、検査費用の助成の申請の時に住まいの市町村を管轄する保健所にご提出ください

## 【同意書のお問い合わせ先】

〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38  
埼玉県肝疾患診療連携拠点病院（埼玉医科大学病院）内 埼玉県肝臓病相談センター  
（電話番号 049-276-2038）

## 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。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、初回精密検査の受診状況等を確認させていただき、他に、年に一回程度調査票をお送りするなどにより、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差し上げる場合がございます。

本事業にご参加いただいた方には、初回精密検査費用の助成\*がご利用いただけるほか、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で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方の場合には、定期検査費用の助成\*もご利用いただくことができます。

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。

\*助成には一定の要件があります。詳しくは下記の「お問い合わせ先」までお問い合わせください。

上記を確認の上、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： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住民票記載の住所： 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

※本同意書は、検査結果説明時に検査受検保健所にご提出ください

## 【フォローアップ実施機関・お問い合わせ先】

〒〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県〇〇〇市〇〇〇〇-〇-〇  
 〇〇〇〇市保健所（電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）  
 〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38  
 埼玉県肝疾患診療連携拠点病院（埼玉医科大学病院）内 埼玉県肝臓病相談センター  
 （電話番号 049-276-2038）

どちらかを  
記載する

## 【検査実施保健所】

〇〇〇〇保健所（電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）

## 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。

埼玉県では、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、年一回程度、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差し上げる場合がございます。

本事業にご参加いただいた方のうち、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で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方の場合には、定期検査費用の助成\*もご利用いただくことができます。

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。

\*助成には一定の要件があります。詳しくは下記の「お問い合わせ先」までお問い合わせください。

上記を確認の上、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： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住民票記載の住所： 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

※本同意書は、検査費用の助成の申請の時に住まいの市町村を管轄する保健所にご提出ください

## 【同意書のお問い合わせ先】

〒〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県〇〇〇市〇〇 〇-〇-〇

埼玉県〇〇〇保健所（電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）

## 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。

埼玉県では、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おり、事業を「埼玉県肝疾患診療連携拠点病院」に委託しています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、年に一回程度調査票をお送りするなどにより、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差し上げる場合がございます。

本事業にご参加いただいた方には、初回精密検査費用の助成\*がご利用いただけるほか、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で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方の場合には、定期検査費用の助成\*もご利用いただくことができます。

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。

\*助成には一定の要件があります。詳しくは下記の「お問い合わせ先」までお問い合わせください。

上記を確認の上、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： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住民票記載の住所： 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

※本同意書は、検査費用の助成の申請の時に住まいの市町村を管轄する保健所にご提出ください

## 【同意書のお問い合わせ先】

〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38

埼玉県肝疾患診療連携拠点病院（埼玉医科大学病院）内 埼玉県肝臓病相談センター  
（電話番号 049-276-2038）

## 医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、埼玉県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業における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回程度実施しております。

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。

## 【本調査に関するお問い合わせ先】

埼玉県〇〇〇〇保健所（TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）

埼玉県肝疾患診療連携拠点病院内 埼玉県肝臓病相談センター（TEL 049-276-2038）

## 【肝炎に関するご相談窓口】

埼玉県肝疾患診療連携拠点病院内 埼玉県肝臓病相談センター（TEL 049-276-2038）

どちらかを記載  
してください。

●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
- 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（ )
- 肝臓病の治療を受けていない。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 日

## 肝炎検査費用請求書（初回精密検査）

年 月 日

(宛先)  
埼玉県知事

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を下記のとおり請求します。

請求者氏名： \_\_\_\_\_

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	〒 _____ 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・共・国・後	記号・番号	
	保険者名			
	所在地			
振込先金融機関名	銀行 _____ 支店 _____ (ゆうちょ銀行の場合は支店番号)			
口座番号	普通・当座 (○で囲む) 口座番号 _____ ( _____ )			
(フリガナ) 口座名義人	_____ (※フリガナを必ずご記載ください。)			
受検した 肝炎ウイルス検査の 実施主体  〔 該当するものに レ印 〕	<input type="checkbox"/> 市町村が実施する肝炎ウイルス検査又は肝炎ウイルス検診 <input type="checkbox"/> 保健所の肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 県が委託した医療機関の肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 職場における肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 手術前の肝炎ウイルス検査			
職場の肝炎ウイルス 検査を受けた場合の 医療機関への照会  〔 対象者本人が同意する 場合にレ印 〕	<input type="checkbox"/> 県が、上記対象者が職場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必要があるときは、上記対象者が職場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。			

注1 初回精密検査の場合の添付書類

- ①医療機関の領収書
- ②診療明細書
- ③肝炎ウイルス検査の結果がわかるもの（肝炎ウイルス検査結果通知書や、妊婦健診陽性者については母子手帳など。コピー可）
- ④職域検査証明書（職場の肝炎ウイルス検査を受けた場合で、保有している場合のみ）
- ⑤住民票（マイナンバー記載なし、申請日以前3か月以内に発行のもの）
- ⑥フォローアップ事業参加同意書（コピー可）
- ⑦振込先口座がわかる書類（通帳のコピー等）

\*⑤については、マイナンバーを用いた情報連携によって確認することが可能な場合、省略することができます。この場合、「様式11-1 肝炎検査費用助成 個人番号利用同意書」及び「様式11-2 肝炎検査費用助成 個人番号届」の提出が必要です。

- 2 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、その費用は助成対象外となります。
- 3 対象者本人と請求者（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。



(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、埼玉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

所 属 : \_\_\_\_\_

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。

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）（ 年度 回目）

年 月 日

(宛先)  
埼玉県知事

肝炎検査（定期検査）に要した費用を下記のとおり請求します。

請求者氏名： \_\_\_\_\_

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	〒 _____ 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・共・国・後	被保険者証の記号・番号		
	被保険者発行機関名				
	所在地				
振込先金融機関名	銀行 支店 (ゆうちょ銀行の場合は支店番号)				
口座番号	普通・当座 (○で囲む) 口座番号				
(フリガナ) 口座名義人	( ) <u>(※フリガナを必ずご記載ください。)</u>				
定期検査申請での省略書類 (レ印)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・下記のいずれかに該当する場合                             <ul style="list-style-type: none"> <li>ア. 以前に定期検査費用の支払いを受けた場合</li> <li>イ. 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埼玉県知事へ提出した場合</li> <li>ウ. 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埼玉県知事へ提出した場合</li> <li>エ. 県が発行する肝炎患者支援手帳の様式に県が指定した医師が記載することにより、病態等を確認できる場合</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 医師の診断書</li> <li>・同一年度で、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。                             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票</li> <li><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</li> <li><input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書</li> </ul> </li> </ul> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px; margin-top: 5px;">                     市町村民税額合算対象除外希望申請を行う場合                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 申請者及びその配偶者と相互に地方税法上の扶養関係者でないことを証明する書類</li> <li><input type="checkbox"/> 申請者及びその配偶者と相互に医療保険上の扶養関係者でないことを証明する書類</li> </ul> </div>				

注1 定期検査の場合の添付書類

- ①医療機関の領収書
- ②診療明細書
- ③診断書（指定様式）又は診断書に代わる様式
- ④世帯全員の住民票（マイナンバー記載なし、申請日以前3か月以内に発行のもの）
- ⑤世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書住民税非課税証明書又は世帯全員の市町村民税の課税年額を証する書類（申請時に取得できる最新のもの）
- ⑥フォローアップ事業参加同意書（コピー可）（定期検査費用の助成を初めて申請する場合）
- ⑦市町村民税額合算対象除外希望申請書（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を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希望する場合）
- ⑧⑦を提出する場合は、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の扶養関係にないことを証明する書類及び医療保険上の扶養関係にないことを証明する書類
- ⑨振込先口座がわかる書類（預金通帳のコピー等）

なお、表面記載の要件（定期検査申請での省略書類（レ印））に該当する場合は、該当書類を省略することができます。

\*④⑤⑧については、マイナンバーを用いた情報連携によって確認することが可能な場合、省略することができます。この場合、「様式11-1 肝炎検査費用助成 個人番号利用同意書」及び「様式11-2 肝炎検査費用助成 個人番号届」の提出が必要です。

- 2 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、その費用は助成対象外となります。
- 3 対象者本人と請求者（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 定期検査については、非課税世帯に属する者は、対象となる費用の全額が助成されます。それ以外の者は、病態により対象となる費用のうち2千円又は3千円を差し引いた額が助成されます。

## 委 任 状

受 任 者（請求書の請求者）

住 所

氏 名

私は、上記の者を代理人と定め、埼玉県から受領する肝炎検査費用の請求及び受領について、一切の権限を委任します。

年 月 日

委 任 者（請求書の対象者）

住 所

氏 名

## 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	〒           — 電話番号           (           )		
肝炎ウイルス マーカー	直近の所見を記入する 1. 肝炎ウイルスマーカー (検査年月日   平成   年   月   日) HBs 抗原       ( +、 - ) HBV-DNA 定量 _____ (単位:           、測定法           ) HCV-RNA 定量 _____ (単位:           、測定法           )		
診 断	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)		
その他 記載すべき事項	※ウイルス性肝疾患の既往 (治癒後も含む) や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してください。		
医療機関名及び所在地		記載年月日                           年   月   日	
医師氏名		<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 埼玉県肝炎医療研修会受講修了者 (受講者番号: 第       —       号)	
<p>該当する□欄にレ点を入れてください。→</p>			

別紙様式 8

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

年 月 日

(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)

添付書類

- 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の扶養関係にないことを証明する書類
- 申請者及びその配偶者との関係において相互に医療保険上の扶養関係にないことを証明する書類

別紙様式 9

(初回精密検査費用助成・定期検査費用助成) 決定通知書

第 号  
年 月 日

様

埼玉県保健医療部疾病対策課長

年 月 日付で申請のあった肝炎（初回精密検査・定期検査）費用助成金については、下記のとおり決定したので、通知します。

記

交付金額

円

別紙様式 10

(初回精密検査費用助成・定期検査費用助成) 不承認通知書

第 号  
年 月 日

様

埼玉県保健医療部疾病対策課長

年 月 日付けで申請のあった肝炎（初回精密検査・定期検査）費用助成金については、下記のとおり不交付と決定したので、通知します。

記

不交付となった理由

## 肝炎検査費用助成 個人番号利用同意書

○ 初回精密検査費用助成においては、「本人の住民票」が必要です。  
 定期検査費用助成においては、「世帯全員が記載されている住民票」及び「世帯全員の市町村民税（所得割）課税年額等を証明する書類」が必要です。（世帯合算対象除外申請をする場合を除く）

○ また、世帯合算対象除外申請をする場合、申請者及び除外申請する方について、医療保険上の扶養関係にないことを証明する書類が必要です。

○ 同意のあった方については、個人番号（マイナンバー）の利用により、これらの添付書類を省略することができます。省略を希望する方についてご記入ください。

\* 「課税市町村」の欄には、市町村民税の課税が行われた市町村をご記入ください。  
 1月から6月までに申請する場合…前年の1月1日時点の住民票に基づいた市町村  
 7月から12月に申請する場合……申請年の1月1日時点の住民票に基づいた市町村

\* 個人番号で情報を取得できなかった場合は、後日、書類の提出を求める場合があります。

記入日		年	月	日
-----	--	---	---	---

氏名（自署）	続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな) ----- (氏名)	本人	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	

氏名（自署）	続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな) ----- (氏名)		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	

氏名（自署）	続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな) ----- (氏名)		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	

(記載欄が不足する場合は、裏面に記載ください)

氏名（自署）	続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	
(氏名)				

氏名（自署）	続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	
(氏名)				

氏名（自署）	続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	
(氏名)				

氏名（自署）	続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	
(氏名)				

氏名（自署）	続柄	省略を希望する書類	個人番号による情報取得に係る同意	課税市町村
(ふりがな)		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類	<input type="checkbox"/> 同意する	
(氏名)				

肝炎検査費用助成 個人番号届

(ふりがな)	個人番号 (マイナンバー) ※12桁											
(氏名)												
(ふりがな)	個人番号 (マイナンバー) ※12桁											
(氏名)												
(ふりがな)	個人番号 (マイナンバー) ※12桁											
(氏名)												

(記載欄が不足する場合は、裏面に記載ください)

	委 任 状	年 月 日
埼玉県知事	委任者 (申請者)	
	住所 _____	
	氏名 _____	
私 (申請者) は、下記の者に個人番号利用・提供等の取扱いを委任します。		
	代理人	
	住所 _____	
	氏名 _____	
	委任者との関係 _____	

【保健所記入欄】

提出方法	来所 : <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 郵送
身元確認	<input type="checkbox"/> 顔写真入り身分証明書 1つ → <input type="checkbox"/> 個人番号カード (マイナンバーカード)、 <input type="checkbox"/> 運転免許証、 <input type="checkbox"/> パスポート、 <input type="checkbox"/> 他 ( ) <input type="checkbox"/> 顔写真なし身分証明書 2つ → <input type="checkbox"/> 年金手帳、 <input type="checkbox"/> 住民票、 <input type="checkbox"/> 課税 (非課税) 証明書、 <input type="checkbox"/> 他 ( )
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード (マイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票 <input type="checkbox"/> その他 ( )
受付確認	年 月 日 確認者

(ふりがな)	個人番号 (マイナンバー) ※12桁											
(氏名)												
(ふりがな)	個人番号 (マイナンバー) ※12桁											
(氏名)												
(ふりがな)	個人番号 (マイナンバー) ※12桁											
(氏名)												
(ふりがな)	個人番号 (マイナンバー) ※12桁											
(氏名)												
(ふりがな)	個人番号 (マイナンバー) ※12桁											
(氏名)												