



福島医発第 1715 号 (地)

平成 27 年 9 月 25 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松田 峻一良

(公 印 省 略)

「福岡県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要綱」について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、本県においては、現在、会員医療機関協力のもと、「肝炎ウイルス検査事業」及び「肝炎治療特別促進事業」が行われているところですが、今般、肝炎対策の更なる推進のため、肝炎ウイルス陽性者の精密検査への受診を促進させ、肝硬変や肝がんへの重症化を予防することを目的として標記事業を本年 11 月 1 日より新たに実施する旨、別添のとおり本事業所管の福岡県保健医療介護部健康増進課より通知が参りました。

本事業は、福岡県内に住所を有する方のうち、B 型、C 型肝炎ウイルスによる慢性肝炎・肝硬変・肝がんの療養者を対象とし、検査実施医療機関となる福岡県肝疾患専門医療機関において実施された初回精密検査又は定期検査にかかる患者負担（窓口負担）に対して助成がなされるものです。

※詳細につきましては、別紙要綱を参照願います。

つきましては、貴会におかれましても本事業の趣旨をご理解いただくとともに、貴会会員へご周知くださいますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 本事業周知用のポスター及びリーフレットにつきましては、後日、送付させていただきます。
- 2) 本事業の実施医療機関となる福岡県肝疾患専門医療機関に対する説明会が 10 月中に予定されておりますが、詳細については、改めてお知らせいたします。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 白石恒明
会長 廣瀬真恵

「公印省略」

27 健第 2984 号

平成 27 年 9 月 18 日

公益社団法人
福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課母子保健係)

「福岡県ウイルス性肝炎患者等重症化予防
推進事業実施要綱」について（通知）

日頃から本県の保健医療行政の推進にあたりましては、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本県の肝炎対策では、貴会の協力の下、肝炎ウイルス検査事業及び肝炎治療特別促進事業を行っているところですが、肝炎対策の更なる推進のために、今回、肝炎ウイルス陽性者の精密検査への受診を促進し、肝硬変や肝がんへの重症化を防止するための標記事業を新たに実施することとしました。

つきましては、別添のとおり実施要綱を制定しましたので、貴会員への周知とともに本事業へのご協力についてよろしくお願いいたします。

なお、本事業周知のためのポスター及びリーフレットにつきましては、別途送付させていただきます。

また、本事業における実施医療機関である福岡県肝疾患専門医療機関に対する説明会を 10 月に開催する予定としておりますので、併せてお知らせいたします。

福岡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 事業の目的

この事業は、精密検査及び定期検査の未受診者の解消を図るため、B型、C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎・肝硬変・肝がんの療養者に対し、精密検査又は定期検査の費用を助成することにより、早期治療や定期的な医療機関の受診につなげ、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

この事業の実施主体は、福岡県（以下、「県」という。）とする。

第3 事業内容

1 実施方法

（1）初回精密検査

本事業の利用者は、「第4 検査に係る申請窓口及び申請書等の提出」に基づき、事前に受付窓口で申請を行う。

受付自治体は、内容を確認し、福岡県肝炎ウイルス初回精密検査受診証明書兼請求書（様式第1号）を申請者に交付する。

精密検査実施医療機関は、本事業利用による精密検査受診の申し出があった場合、福岡県肝炎ウイルス初回精密検査受診証明書兼請求書（様式第1号）を確認した上で精密検査を実施する。

（2）定期検査

本事業の利用者は、「第4 検査に係る申請窓口及び申請書等の提出」に基づき、事前に受付窓口で申請を行う。

受付自治体は、内容を確認し、福岡県肝炎ウイルス定期検査受診証明書兼請求書（様式第2号）を対象者に交付する。

定期検査実施医療機関は、本事業利用による定期検査受診の申し出があった場合、福岡県肝炎ウイルス定期検査受診証明書兼請求書（様式第2号）を確認した上で定期検査を実施する。

（3）検査費用の助成

ア 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。）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（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控除した額とする。

2 対象者

(1) 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

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 1年以内に特定感染症検査等事業における肝炎ウイルス検査又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

ウ 県又は北九州市、福岡市、久留米市及び大牟田市が実施する「肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業」に同意した者

(2) 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

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

エ 県又は北九州市、福岡市、久留米市及び大牟田市が実施する「肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業」に同意した者

カ 福岡県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

初回精密検査及び定期検査項目は以下のとおりとし、原則、同一医療機関で受診したものとする。ただし、二つの医療機関で検査をした場合、一か月以内に実施した検査（紹介状は除く）は対象とする。

なお、保険適用外の検査等は助成の対象とはならない。

(1) 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、ALP、ChE、 γ -GTP、総コレステロール、AST、ALT、LDH、ZTT）
- 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））

(2) 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 実施医療機関

対象者は、福岡県肝疾患専門医療機関にて初回精密検査及び定期検査を受診することとする。

5 助成回数

(1) 初回精密検査

1回

(2) 定期検査

年2回（（1）の検査を含む）

第4 検査に係る申請窓口及び申請書等の提出

1 申請窓口

(1) 初回精密検査

対象者は、下記の表のとおり、肝炎ウイルス陽性が判明した検査事業

に応じて、各受付窓口へ提出する。

対象となる検査事業	受付窓口
福岡県保健福祉（環境）事務所で実施する肝炎ウイルス検査事業	居住地を管轄する各保健福祉（環境）事務所
福岡県が医療機関に委託する肝炎ウイルス検査事業	
市町村が健康増進事業で実施する肝炎ウイルス検査	
北九州市、福岡市、久留米市の保健所で実施する肝炎ウイルス検査事業	居住地を管轄する各市の保健福祉センター又は保健所
北九州市、福岡市、久留米市、大牟田市が医療機関に委託する肝炎ウイルス検査事業	

（２）定期検査

北九州市、福岡市、久留米市及び大牟田市の対象者については、居住地を管轄する各市の保健福祉センター又は保健所、それ以外の対象者については、居住地を管轄する各保健福祉（環境）事務所に提出する。

２ 申請書類等

対象者は、検査を受診する前に、以下の書類を添えて、受付窓口へ提出若しくは郵送する。

（１）初回精密検査

肝炎ウイルス紹介状兼報告書（ただし、北九州市、福岡市、久留米市及び大牟田市にあつては、「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業」または「健康増進事業」の肝炎ウイルス検査結果書、市町村が実施する肝炎ウイルス検査にあつては、「健康増進事業」の肝炎ウイルス検査の結果書）

（２）定期検査

ア 世帯全員の住民票の写し

イ 世帯全員の住民税非課税証明書

ウ 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式第３号）

ただし、以前に定期検査費用の支払いを受けた者（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。）については、様式第３号による医師の診断書の添付を省略することができる。

第5 検査費用の請求

1 請求手続き

(1) 初回精密検査

対象者は、様式第1号による福岡県肝炎ウイルス初回精密検査受診証明書兼請求書に、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を添えて、当該対象者の居住地を管轄する保健所を経由して知事に請求するものとする。

(2) 定期検査

対象者は、様式第2号による福岡県肝炎ウイルス定期検査受診証明書兼請求書に、医療機関の領収書、診療明細書を添えて、保健所を経由して知事に請求するものとする。

第6 検査費用の支払い

知事は、請求を受けたときは、その内容を審査して支払額を決定し、速やかに支払うものとする。

第7 実施に当たっての留意事項

本事業の企画及び立案に当たっては、事業を効率的、効果的に実施するため、関係機関等と連携を密にし、地域の実情に応じた事業の推進に努めることとする。

また、検査等の実施に際しては、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27年11月1日から施行する。

(様式第 1 号)

平成 年 月 日

〇〇 〇〇 様

福岡県肝炎ウイルス初回精密検査受診証明書

申請がありました福岡県肝炎ウイルス初回精密検査について、関係書類を確認した結果、当該制度の対象者であることを証明します。

また、今回、「肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業」に参加していたことから、受診状況や治療内容確認のため年 1 回調査票をお送りさせていただきますので、ご承諾願います。

なお、初回精密検査費用については、右記の請求書を受診した医療機関にて記載してもらい、受付窓口へ提出してください。後日、支給決定額を指定口座に振り込ませていただきます。

福岡県知事 小川 洋

【証明書発行窓口】

印

【有効期間：平成 年 月 日まで】

肝炎ウイルス初回精密検査費用請求書

年 月 日

肝炎ウイルス初回精密検査費用として下記のとおり請求します。

申請者	住所	〒			
	カナ氏名		生年月日	M・T S・H	年 月 日 生 (歳)
加入医療保険	国保一般 ・ 国組 (本人・家族) ・ 国退 (本人・家族) ・ 協会 (本人・家族) ・ 組合 (本人・家族) ・ 共済 (本人・家族) ・ 後期高齢 ・ その他 ()				
陽性とわかった肝炎ウイルス検査の種別	☐ 県 (政令市) の無料検査 (保健所実施) ☐ 県 (政令市) の無料検査 (医療機関委託) ☐ 市町村の検診				

委任状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎ウイルス初回精密検査費用の受領を委任します。

請求者 (受給者)	受任者
住所	住所
氏名	カナ氏名
	請求者との続柄：請求者の ()

医療機関記入欄

受診者の保険種別 (○で囲む)	国保一般 ・ 国組 (本人・家族) ・ 国退 (本人・家族) ・ 協会 (本人・家族) ・ 組合 (本人・家族) ・ 共済 (本人・家族) ・ 後期高齢 ・ その他 ()			
受 療 期 間	保険診療総点数	左記点数のうち 肝炎ウイルス初回精密検査 に係る診療点数	患者負担額	
平成 年月	日	点	点	円
	日	点	点	円
	日	点	点	円
上記のとおり、患者負担金については肝炎ウイルス初回精密検査事業において対象とされている検査のため、申請者より領収済みであることを証明します。				
年 月 日	医療機関所在地	医療機関コード	()	
名 称		(TEL	()	
医療機関の長名		(記入者	()	

- 申請者の方へ (注意事項)
- ①この請求書を医療機関に証明してもらい、証明印をもらってください。
 - ②請求書受付窓口へ提出の際は、この請求書と領収書、診療明細書、通帳、認印をお持ちの上、各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

《記載要領》

○ 請求者（対象者）の方へ

記入する欄は①の太枠内です。（支給額を他の方の口座に振り込む場合は、②も記入してください。）

②は医療機関に記入を依頼してください。当該請求書は1医療機関につき1枚必要です。複数の医療機関で診療があった場合には請求書をコピーして使用してください。

様式第1号

肝炎ウイルス初回精密検査費用請求書

福岡県知事殿

年 月 日

肝炎ウイルス初回精密検査費用として下記のとおり請求します。

①

申請者	住所	〒812-0000 福岡市博多区・・・			Tel092-000-0000		
	カナ	フクオカ タロウ		生年月日	M・T 59年 1月 1日生 S・H (〇〇歳)		
	氏名	福岡 太郎 ㊞					
加入医療保険		国保一般・国組（本人・家族）・国退（本人・家族）・協会（本人・家族）・組合（本人・家族）・共済（本人・家族）・後期高齢・その他（ ）					
陽性とわかった肝炎ウイルス検査の種別		☐ 県（政令市）の無料検査（保健所実施） ☐ 県（政令市）の無料検査（医療機関委託） ☐ 市町村の検診					

受給者以外の方の口座へ振り込みを希望される場合に、記入・押印してください。

委任状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎ウイルス初回精密検査費用の受領を委任します。

請求者（受給者）	受任者
住所 福岡市博多区・・・	住所 福岡市博多区・・・
氏名 福岡 太郎 ㊞	カナ フクオカ ハナコ 氏名 福岡 花子 ㊞
	請求者との続柄：請求者の（ 妻 ）

②

医療機関記入欄				
受給者の保険種別（〇で印す）	国保一般・国組（本人・家族）・国退（本人・家族）・協会（本人・家族）・組合（本人・家族）・共済（本人・家族）・後期高齢・その他（ ）			
受療期間		保険診療点数	左記点数のうち 肝炎ウイルス初回精密検査に係る診療点数	患者負担額
平成〇〇年 4月分	16日	10,000点	9,050点	27,150円
	日	点	点	円
	日	点	点	円
上記のとおり、患者負担金については肝炎ウイルス初回精密検査事業において対象とされている検査のため、受給者より領収済みであることを証明します。				
〇〇年 5月 30日		医療機関コード (123456789)		
医療機関所在地 福岡市博多区・・・				
名 称 〇〇病院		(Tel 092-000-0000)		
医療機関の長名 病院長 〇〇		(記入者 〇〇〇)		
		印		

○ 受給者の方へ（注意事項）

① 裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。

○ 医療機関の方へ（注意事項）

裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。

尚、記入がない医療費については、計算対象になりません。

(様式第2号)

平成 年 月 日

〇〇 〇〇 様

福岡県肝炎ウイルス定期検査受診証明書

申請がありました福岡県肝炎ウイルス定期検査について、関係書類を確認した結果、当該制度の対象者であることを証明します。

また、今回、「肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業」に参加していただいていることから、受診状況や治療内容確認のため年1回調査票をお送りさせていただきますので、ご承諾願います。

なお、定期検査費用については、右記の請求書を受診した医療機関にて記載してもらい、受付窓口へ提出してください。後日、支給決定額を指定口座に振り込ませていただきます。

福岡県知事 小川 洋

【証明書発行窓口】

印

【有効期間：平成 年 月 日まで】

肝炎ウイルス定期検査費用請求書

福岡県知事 殿

年 月 日

肝炎ウイルス定期検査費用として下記のとおり請求します。

申請者	住所	〒			
	カナ 氏名		生年月日	M・T S・H	年 月 日 生 (歳)
加入医療保険		国保一般 ・ 国組 (本人・家族) ・ 国退 (本人・家族) ・ 協会 (本人・家族) ・ 組合 (本人・家族) ・ 共済 (本人・家族) ・ 後期高齢 ・ その他 ()			

委任状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎ウイルス定期検査費用の受領を委任します。

請求者 (受給者)	受任者
住所	住所
氏名	カナ 氏名
	請求者との続柄：請求者の ()

医療機関記入欄

受診者の保険種別 (○で囲む)		国保一般 ・ 国組 (本人・家族) ・ 国退 (本人・家族) ・ 協会 (本人・家族) ・ 組合 (本人・家族) ・ 共済 (本人・家族) ・ 後期高齢 ・ その他 ()		
受 療 期 間		保険診療総点数	左記点数のうち 肝炎ウイルス定期検査に係 る診療点数	患者負担額
平成 年月	日	点	点	円
	日	点	点	円
	日	点	点	円
上記のとおり、患者負担金については肝炎ウイルス定期検査事業において対象とされている検査のため、申請者より領収済みであることを証明します。				
年 月 日		医療機関コード ()		
医療機関所在地		()		
名 称		(TEL ()		
医療機関の長名		(記入者 ()		

○申請者の方へ (注意事項)

- ①この請求書を医療機関に証明してもらい、証明印をもらってください。
- ②請求書受付窓口に提出の際は、この請求書と領収書、診療明細書、通帳、認印をお持ちの上、各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

《記載要領》

○ 請求者（対象者）の方へ

記入する欄は①の太枠の中です。（支給額を他の方の口座に振り込む場合は、②も記入してください。）

②は医療機関に記入を依頼してください。当該請求書は1医療機関につき1枚必要です。複数の医療機関で診療があった場合には請求書をコピーして使用してください。

様式第2号

肝炎ウイルス定期検査費用請求書

福岡県知事殿

年 月 日

肝炎ウイルス定期検査費用として下記のとおり請求します。

①

申請者	住所	〒812-0000 福岡市博多区・・・			Tel092-000-0000		
	カナ	フクオカ タロウ		生年月日	M・T 59年 1月 1日生 S・H (〇〇 歳)		
	氏名	福岡 太郎 ㊞					
加入医療保険		国保一般・国組（本人・家族）・国退（本人・家族）・協会（本人・家族）・組合（本人・家族）・共済（本人・家族）・後期高齢・その他（ ）					

受給者以外の方の口座へ振り込みを希望される場合に、記入・押印してください。

委任状	
私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎ウイルス定期検査費用の受領を委任します。	
請求者（受給者）	受任者
住所 福岡市博多区・・・	住所 福岡市博多区・・・
氏名 福岡 太郎 ㊞	カナ フクオカ ハナコ 氏名 福岡 花子 ㊞
請求者との続柄：請求者の（ 妻 ）	

②

医療機関記入欄				
受給者の保険種別 (〇印)	国保一般・国組（本人・家族）・国退（本人・家族）・協会（本人・家族）・組合（本人・家族）・共済（本人・家族）・後期高齢・その他（ ）			
受療期間		保険診療点数	左記点数のうち 肝炎ウイルス定期検査に係る診療点数	患者負担額
平成〇〇年 4月分	16日	10,000点	9,050点	27,150円
	日	点	点	円
	日	点	点	円
上記のとおり、患者負担金については肝炎ウイルス定期検査事業において対象とされている検査のため、受給者より領収済みであることを証明します。				
〇〇年 5月 30日		医療機関コード (123456789)		
医療機関所在地 福岡市博多区・・・				
名称 〇〇病院		(Tel 092-000-0000)		
医療機関の長名 病院長 〇〇		(記入者 〇〇〇)		
		印		

○ 受給者の方へ（注意事項）

① 裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。

○ 医療機関の方へ（注意事項）

裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。

尚、記入がない医療費については、計算対象になりません。

肝炎ウイルス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	明 昭 大 平	年 月 日生
住所	〒 — (電話番号) — — 福岡県			
検査所見	直近の所見を記入してください。 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) 2 血液検査(検査年月日: 平成 年 月 日) AST(GOT) _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____ IU/L) ALT(GPT) _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____ IU/L) 血小板数 _____ /μ L (施設の基準値: _____ ~ _____ /μ L) 3 画像検査(検査年月日: 平成 年 月 日) 所見: [] 4 その他(検査年月日: 平成 年 月 日) 所見: [] 5 肝がんの有無(ありの場合は治療歴の有無を記載してください。 有 ・ 無 (治療歴の 有 ・ 無)			
その他記載すべき事項				
診 断	該当する診断名、項目にチェック及び○をしてください。 ☐ 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(			
医療機関所在地: 記載年月日: 平成 年 月 日 医療機関名: 医師氏名 _____ 印				