



福岡医発第 1093 号 (地)
平成 29 年 7 月 2 1 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」の一部改正について

さて、平成29年6月20日付福岡医発第831号(地)「「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」の一部改正について」にてお知らせしておりましたが、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より標記の件について、お知らせがありました。

変更内容については、下記のとおりとなっております。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了解いただき、貴会会員への周知方ご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。

記

【変更部分 (定期検査)】

	変更前	変更後	備考
自己負担額	① 住民税非課税世帯に属する者は無料 ② 市町村民税 (所得割) 課税年額が 235,000 円の世帯に属する者で <u>慢性肝炎の場合は 3 千円/回</u> <u>肝硬変及び肝がんの場合は 6 千円/回</u>	① 住民税非課税世帯に属する者は無料 ② 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で <u>慢性肝炎の場合は 2 千円/回</u> <u>肝硬変及び肝がんの場合は 3 千円</u>	変更

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄
会長 白石恒明

「公印省略」

29 疾病 第 23 号
平成 29 年 4 月 1 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
(がん感染症疾病対策課難病対策係)

「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」の一部改正について（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。

このことについて、標記要綱を別添のとおり一部改正しましたので、お知らせします。

なお、変更内容については下記のとおりとなっています。

記

【変更部分（定期検査）】

	変更前	変更後	備考
自己負担額	①住民税非課税世帯に属する者は無料 ②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で <u>慢性肝炎の場合は 3 千円/回</u> <u>肝硬変及び肝がんの場合は 6 千円/回</u>	①住民税非課税世帯に属する者は無料 ②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で <u>慢性肝炎の場合は 2 千円/回</u> <u>肝硬変及び肝がんの場合は 3 千円/回</u>	変更



関係通知

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。ただし、定期検査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、別表甲又は乙に該当するかについては、第4の2(2)イ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、助成は行わない。

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 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

「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
オ 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（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）
- 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

年度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、各受付窓口に提出する。

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、受付窓口に出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っては、「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または市町村民税の課税年額を証明する書類

別表による自己負担限度額階層区分の甲に当たる場合、市町村民税課税証明書等の提出、乙に当たる場合は、原則、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、様式第5号による申請者からの申請に基づき、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。

なお、平成24年度以降分の市町村税課税年額の算定にあたっては、「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。

ウ 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式第3号）

エ 対象者は上記（ア）、（イ）及び（ウ）に寄らず、次の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（様式第3号）

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。）が様式第4号を提出した場合。

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申請書（様式第5号）

肝炎治療特別促進事業による肝炎治療受給者証の交付を受けた者が、従前に福岡県知事へ提出した書類と同様の内容である場合。なお、いずれも同一年度で同じ福岡県知事に対して行われる場合とする。

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 福岡県肝炎ウイルス初回精密検査受診証明書兼請求書及び福岡県肝炎ウイルス定期検査受診証明書兼請求書の交付を受け、既に有している者が、紛失、破損等の理由により再交付の申請をするときは、ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業再交付申請書（様式第6号）を知事に提出しなければならない。

第8 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日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成28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。

(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
甲	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
乙	住民税非課税世帯に 属する者	0円	0円

(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の、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

【検査有効期間：平成 年 月 日まで】

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。

決定金額 円

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（受診者）	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	医療機関コード ()		
医療機関所在地	(TEL)		
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の太枠内中です。（支給額を他の方の口座に振り込む場合は、委任状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。

決定金額 円

①

由 請 者	住所	〒812-0000 福岡市博多区・・・			ℓ092-000-0000		
	カナ	フクオカ タロウ	生年月日	M・T	59年	1月	1日生
	氏名	福岡 太郎 雄		S・II	(〇〇 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（ ）					
陽性とわかつた肝炎ウイルス検査の種類		☐ 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

私は下記の方を代理人と定め、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（受診者）

住所 福岡市博多区・・・

氏名 福岡 太郎 ⑤

受任者

住所 福岡市博多区・・・

カナ フクオカ ハナコ
氏名 福岡 花子 ⑤

請求者との続柄：請求者の（ 妻 ）

受診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。

②

医療機関記入欄				
受診者の 保険種別 (7桁)	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、受診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		ℓ092-000-0000)		
医療機関の長名 病院長 〇〇		印	(記入者 〇〇〇)	

○ 受診者の方へ（注意事項）

① 裏面の記入要領に右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
(自己負担限度額：〇円・二千元・三千元／回)

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

【検査有効期間：平成 年 月 日まで】

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。

決定金額 円

申請者	住所	〒			
	カナ氏名	⑩	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(受診者)	受任者
住所	住所
氏名	カナ氏名
⑩	⑩
請求者との続柄：請求者の()	

医療機関記入欄

受診者の保険割引 (〇で囲む)		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		⑩ (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の太枠内中です。（支給額を他の方の口座に振り込む場合は、委任状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

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。

決定金額 円

①

申請者	住所	〒812-0000 福岡市博多区・・・			〒092-000-0000		
	カナ	フクオカ タロウ			生年月日	M・T S・H	59年 1月 1日、生 (〇〇 歳)
	氏名	福岡 太郎 敬					
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（受診者）

住所 福岡市博多区・・・

氏名 福岡 太郎 敬

受任者

住所 福岡市博多区・・・

カナ フクオカ ハナコ

氏名 福岡 花子 敬

請求者との続柄：請求者の（ 妻 ）

受診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。

②

医療機関記入欄				
受診者の 保険種別 (○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、受診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		
医療機関の長名		病院長 〇〇		
		印 (〒 092-000-0000) (記入者 〇〇〇)		

○ 受診者の方へ（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 _____ /μL (施設の基準値: _____ ~ _____ /μL) 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) ☐ B型肝炎ウイルスによる(慢性肝炎 ・ 肝硬変 ・ 肝がん)治療後 ☐ C型肝炎ウイルスによる(慢性肝炎 ・ 肝硬変 ・ 肝がん)治療後 ☐ 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 _____			

様式第4号

福岡県ウイルス性肝炎患者等重症化予防事業に係る
定期検査の申請について（2回目以降）

標記事業に係る申請について、前回の申請時の診断（慢性肝炎・
肝硬変・肝がん）に変化はありません。

【申請者】

氏名：

住所：

前回の申請日：

（ 診 断 ）

上記申請者の申し出のとおり、前回の申請時に提出された診断書
と変化はありませんので、様式第3号（診断書）を省略しています。

平成 年 月 日確認

窓口

担当者

(様式第5号)

市町村民税課税額合算対象除外申請書

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）

平成 年 月 日

申請者氏名

印

申請者住所〒

TEL

ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業　再交付申請書					
該 当 者	氏名		生年 月日	明大昭平年　月　日生	
	住所	〒 電話番号（　—　—　）			
	検査種別	初回精密検査　・　定期検査			
	有効期間	平成　年　月　日まで ※　定期検査の方は年度末の日付となります。			
再交付を必要とする理由	1　破損のため 2　紛失のため 3　その他（理由を記入すること）				
上記のとおり、ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業における（初回精密検査受診証明書・定期検査受診証明書）の再交付を申請します。 福岡県知事殿平成　年　月　日 住所 〒 電話番号（　—　—　） 申請者 氏名印 （該当者との続柄）)					
					(保健所收受印)