



福岡県医発第 785 号 (地)

令和元年 6 月 17 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、標記事業の実施については、平成 27 年 9 月 25 日付福岡県医発第 1715 号(地)にてお知らせしておりましたが、今般、標記事業実施要綱の一部改正について、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より通知がありました。改正内容は下記のとおりです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、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。

なお、本改正にあわせて、「福岡県肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業実施要綱」も同様に改正されておりますことを申し添えます。

記

<実施要綱改正内容>

- (1) 初回精密検査の対象者に「職域で実施する肝炎ウイルス検査による陽性者」を追加。
- (2) 市町村民税課税額の算定について、税源移譲や寡婦控除の記載を追加。
- (3) 各様式中の年号の削除。

以上

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎

公印省略

1 疾 病 第 9 0 6 号
令 和 元 年 6 月 6 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疾病対策係)

「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。

さて、平成27年9月18日付け27健第2984号により通知いたしました「福岡県ウイルス性患者等重症化予防推進事業実施要綱」について、下記のとおり一部改正しましたので別添にて送付いたします。

つきましては、貴会員に周知いただくとともに、本事業にご協力いただきますようお願いいたします。

また、標記要綱にあわせて、平成27年10月20日付け27健第3448号により通知いたしました「福岡県肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業実施要綱」も同様に一部改正しましたので参考までに送付いたします。

記

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

- (1) 初回精密検査の対象者に「職域で実施する肝炎ウイルス検査による陽性者」を追加。
- (2) 市町村民税課税額の算定について、税源移譲や寡婦控除の記載を追加。
- (3) 各様式中の年号の削除。

各医師会通知



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若しくは健康増進事業の肝炎ウイルス検診、又は職域で実施する肝炎ウイルス検査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）

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（HBs抗原、HBs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	
職域が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	
職域が実施する肝炎ウイルス検査	

(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、受付窓口提出若しくは郵送する。

(1) 初回精密検査

対象者は、下記の表のとおり、肝炎ウイルスが判明した検査事業の実施主体に応じて、各書類を提出する。

肝炎ウイルス検査の実施主体	提出書類
福岡県	肝炎ウイルス紹介状兼報告書
北九州市、福岡市、久留米市及び大牟田市	「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業」又は「健康増進事業」の肝炎ウイルス検査結果書
市町村	「健康増進事業」の肝炎ウイルス検査結果書
職域が実施する肝炎ウイルス検査※	肝炎ウイルス検査結果書及び職域検査受検証明書（様式第3号）

※ ただし、職域検査受検証明書の添付が無く、職域が実施する肝炎ウイルス検査を受けたことを確認できない場合には、県は、受検者本人の同意を得て様式第4号で照会を行うことができる。

(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

(ア) 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7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。

(イ) 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。

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 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式第5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。

（ア）医師の診断書（様式第5号）

以下のいずれかに該当する者（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6号を提出した場合。

a 以前に定期検査費用の支払を受けた者

b 1年以内に福岡県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者

（イ）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7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8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。

附則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和元年5月20日から施行し、平成31年4月1日から適用する。

(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)

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
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、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： 年 月 日まで】

福岡県知事 殿

年 月 日

決定金額	円
------	---

申請者	住所	〒			TEL		
	カナ 氏名		生年月日 (印)		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					

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

受診者の保険種別 (〇で印し)		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
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			()	
名 称			(TEL)	
医療機関の長名			(印) (記入者)	

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、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

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	S 59年 1月 1日生 (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）

住所 福岡市博多区・・・

氏名 福岡 太郎 ㊟

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 ㊟

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 (○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	
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・・・		(TEL 092-000-0000) (記入者 〇〇〇)		
名称 〇〇病院 医療機関の長名 病院長 〇〇				
		印		

○ 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。

(様式第2号)

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： 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。

決定金額 円

申請者	住所	〒			TEL
	カナ 氏名		生年月日	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
	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
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の太枠の中です。（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枚が必要です。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。

決定金額 円

①

申請者	住所	〒812-0000 福岡市博多区・・・			TEL 092-000-0000	
	カナ	フクオカ タロウ	生年月日	S 59年 1月 1日生 (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。

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 福岡市博多区・・・	住所 福岡市博多区・・・
カナ フクオカ タロウ	カナ フクオカ ハナコ
氏名 福岡 太郎 ㊟	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				
受診者の保険種別 (〇〇〇)	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	
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		(TEL 092-000-0000)		
医療機関の長名 病院長 〇〇		(記入者 〇〇〇)		
		印		

○ 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。

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

・受検者氏名：_____

・検査番号：_____

・住 所：_____

・性 別：_____

・生 年 月 日：_____ 年 _____ 月 _____ 日生

・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こと。
※ 検査番号の記載があれば、住所・性別・生年月日・検査日は 省略可。 〕

年 月 日

医療機関名：_____ ⑩

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福岡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、福岡県又は北九州市、福岡市、久留米市及び大牟田市が行う「肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業」に同意していただ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、福岡県内のお住まいを管轄する保健所の肝炎対策担当部署にお問い合わせ下さい。

(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、福岡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当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、下記の医療機関回答欄に記入の上、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

<受検者本人記載欄>

フリガナ		性 別	
氏 名		生年月日	年 月 日生
住 所	〒		
検 査 日	年 月 日	検査結果 通 知 日	年 月 日
同意確認 (✓印)	☐ 福岡県が、私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必要があるときは、私が肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて、受検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。		

年 月 日

(申請受付窓口) 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。

年 月 日

医療機関名:

担当部署・担当者:

所在地:

電話番号:

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			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: 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: 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: 年 月 日) 所見: [] 4 その他(検査年月日: 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)治癒後 ☐ C型肝炎ウイルスによる(慢性肝炎 ・ 肝硬変 ・ 肝がん)治癒後 ☐ その他(		
医療機関所在地:		記載年月日: 年 月 日	
医療機関名:		医師氏名 印	

様式第6号

福岡県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業
における定期検査に係る申請書

私は、標記事業に係る申請に関して、以下の①又は②のいずれかの要件に該当します。（ に該当）

- ① 以前に定期検査費用の支払いを受けており、現在も前回申請時の診断（慢性肝炎・肝硬変・肝がん）と病態の変化はありません。
- ② 1年以内に福岡県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ており、現在も前回申請時の診断（慢性肝炎・肝硬変・肝がん）と病態の変化はありません。

なお、前回の申請時の内容は下記のとおりです。

氏 名	
住 所	
前回の定期検査の申請日 (①に該当する場合)	
申請時の診断名	
医療費の受給者番号 (②に該当する場合)	

上記の申請者の申し出のとおり、前回申請時、又は1年以内の福岡県肝炎治療特別促進事業の申請時から、病態の変化はないことを確認しました。

年 月 日確認

申請受付窓口
確 認 者

(様式第7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）

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	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	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)

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新旧対象表

新	旧
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～第2 略) 第3 事業内容 (1 実施方法 略) 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 <u>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若しくは健康増進事業の肝炎ウイルス検診、又は職域で実施する肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者</u> 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	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～第2 略) 第3 事業内容 (1 実施方法 略) 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 略)

(4 実施医療機関 略)

(5 助成回数 略)

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	
職域が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	
職域が実施する肝炎ウイルス検査	

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

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 略)

(4 実施医療機関 略)

(5 助成回数 略)

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、受付窓口へ提出若しくは郵送する。

(1) 初回精密検査

対象者は、下記の表のとおり、肝炎ウイルスが判明した検査事業の実施主体に応じて、各書類を提出する。

肝炎ウイルス検査の実施主体	提出書類
福岡県	肝炎ウイルス紹介状兼報告書
北九州市、福岡市、久留米市及び大牟田市	「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業」又は「健康増進事業」の肝炎ウイルス検査結果書
市町村	「健康増進事業」の肝炎ウイルス検査結果書
職域が実施する肝炎ウイルス検査※	肝炎ウイルス検査結果書及び職域検査受検証明書（様式第3号）

※ ただし、職域検査受検証明書の添付が無く、職域が実施する肝炎ウイルス検査を受けたことを確認できない場合には、県は、受検者本人の同意を得て様式第4号で照会を行うことができる。

(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または市町村民税の課税年額を証明する書類

(ア) 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7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。

(イ) 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。

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。

(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。

(新規)

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。

(新規)

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 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式第5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。

（ア）医師の診断書（様式第5号）

以下のいずれかに該当する者（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6号を提出した場合。

a 以前に定期検査費用の支払を受けた者

b 1年以内に福岡県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者

（新規）

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）

以下のいずれかに該当する者（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。

（a） 以前に定期検査費用の支払を受けた者

（b） 1年以内に福岡県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者

(イ) 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7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～第6 略）

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8号）を知事に提出しなければならない。

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。

附則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和元年5月20日から施行し、平成31年4月1日から適用する。

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～第6 略）

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。

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。

附則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

((別表) 略)

様式第1号(表 左側)

【様式第1号】

年 月 日

〇〇 〇〇 様

福岡県肝炎ウイルス初回検査実施説明書

申請がありました福岡県肝炎ウイルス初回検査について、関係書類を記載した結果、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フォローアップ事業」に参加していたこと、受診状況や治療内容記載のため年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、初回検査費用については、お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： 年 月 日まで】

((別表) 略)

様式第1号(表 左側)

【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検査実施説明書

申請がありました福岡県肝炎ウイルス初回検査について、関係書類を記載した結果、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フォローアップ事業」に参加していたこと、受診状況や治療内容記載のため年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、初回検査費用については、お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(表 右側)

様式第1号
肝炎ウイルス初回精密検査費用請求書
 等開票加算 院 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	〒			
	姓	氏			
生年月日	年 月 日	年 月 日	生	年 月 日	生
加入保険会社	国保一般・国保(本人・家族)・国保(本人・家族)・組合(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後援会等・その他()				
医療機関の名称	☐ 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) ☐ 市町村の無料検査				

委任状
 私は下記の者を代理人と定め、等開票からの肝炎ウイルス初回精密検査費用の返還を委任します。

請求者(受給者)	住所	氏名
住所	住所	住所
氏名	氏名	氏名

請求者との関係: 請求者の()

医療機関記入欄

受給者の所属機関(任意欄)	国保一般・国保(本人・家族)・国保(本人・家族)・組合(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後援会等・その他()
受 費 期 間	保険料受給期間 年 月 日 年 月 日 年 月 日
支払金額	支払金額のうち 肝炎ウイルス初回精密検査に係る支払金額 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、申請者より徴収済みであることを証明します。

年 月 日 医療機関代表者
 医療機関の名称
 名 称
 医療機関の名称 金 (記入者)

①この請求書を医療機関に提出していただき、証明印をもらってください。
 ②請求書受付窓口で領収書の印は、この請求書と領収書、請求明細書、通知、証明をお持ちの上、各受付窓口で請求の平復をお願いたします。

様式第1号(表 右側)

様式第1号
肝炎ウイルス初回精密検査費用請求書
 等開票加算 院 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	〒			
	姓	氏			
生年月日	年 月 日	年 月 日	生	年 月 日	生
加入保険会社	国保一般・国保(本人・家族)・国保(本人・家族)・組合(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後援会等・その他()				
医療機関の名称	☐ 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) ☐ 市町村の無料検査				

委任状
 私は下記の者を代理人と定め、等開票からの肝炎ウイルス初回精密検査費用の返還を委任します。

請求者(受給者)	住所	氏名
住所	住所	住所
氏名	氏名	氏名

請求者との関係: 請求者の()

医療機関記入欄

受給者の所属機関(任意欄)	国保一般・国保(本人・家族)・国保(本人・家族)・組合(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後援会等・その他()
受 費 期 間	保険料受給期間 年 月 日 年 月 日 年 月 日
支払金額	支払金額のうち 肝炎ウイルス初回精密検査に係る支払金額 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、申請者より徴収済みであることを証明します。

年 月 日 医療機関代表者
 医療機関の名称
 名 称
 医療機関の名称 金 (記入者)

①この請求書を医療機関に提出していただき、証明印をもらってください。
 ②請求書受付窓口で領収書の印は、この請求書と領収書、請求明細書、通知、証明をお持ちの上、各受付窓口で請求の平復をお願いたします。

様式第1号(裏)

[illegible]

様式第1号(裏)

[illegible]

様式第2号(表 左側)

〔様式第2号〕

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、関係書類を漏脱した特票、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」に参加していることから、受診状況や治療内容漏脱のため年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。仮日、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： 年 月 日まで〕

様式第2号(表 左側)

〔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、関係書類を漏脱した特票、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」に参加していることから、受診状況や治療内容漏脱のため年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。仮日、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(表 右側)

様式第2号		肝炎ウイルス定期検査費用請求書										
申請者 氏名		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 〒	氏名										
氏名	生年月日	年 月 日 生										
加入保険会社 国民一寿・国産(本人・家族)・国産(本人・家族)・協会(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後援会等・その他												
委任状 私は下記の者を代理人と定め、貴会からの肝炎ウイルス定期検査費用の返還を委任します。 <table border="1"> <tr> <td>請求者(受給者)</td> <td>住所</td> <td>氏名</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>住所</td> <td>住所</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>氏名</td> <td>氏名</td> </tr> </table> 請求者との関係: 請求者の				請求者(受給者)	住所	氏名	住所	住所	住所	氏名	氏名	氏名
請求者(受給者)	住所	氏名										
住所	住所	住所										
氏名	氏名	氏名										
医療機関記入欄												
受診者の住所(〒)	国民一寿・国産(本人・家族)・国産(本人・家族)・協会(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後援会等・その他											
受診期間	保険診療有無	左記表のうち 肝炎ウイルス定期検査に係る診療有無	検査費負担額									
年 月 日	有 無	有 無	円									
年 月 日	有 無	有 無	円									
年 月 日	有 無	有 無	円									
上記のとおり、検査費負担金については肝炎ウイルス定期検査事業において決定されている検査のため、申請者より徴収済みであることを証明します。												
年 月 日 医療機関所在地 名 所 TEL												
医療機関の長 氏名 氏名												
ご申請者の方へ(注意事項) ①この請求書を医療機関に提出してもらい、返却印をもらってください。 ②請求書受け忘れに備えて、この請求書と領収書、請求明細書、返却、返却印をお持ちの上、お受け忘れに備えて請求書の平複をお預けします。												

様式第2号(表 右側)

様式第2号		肝炎ウイルス定期検査費用請求書										
申請者 氏名		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 〒	氏名										
氏名	生年月日	年 月 日 生										
加入保険会社 国民一寿・国産(本人・家族)・国産(本人・家族)・協会(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後援会等・その他												
委任状 私は下記の者を代理人と定め、貴会からの肝炎ウイルス定期検査費用の返還を委任します。 <table border="1"> <tr> <td>請求者(受給者)</td> <td>住所</td> <td>氏名</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>住所</td> <td>住所</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>氏名</td> <td>氏名</td> </tr> </table> 請求者との関係: 請求者の				請求者(受給者)	住所	氏名	住所	住所	住所	氏名	氏名	氏名
請求者(受給者)	住所	氏名										
住所	住所	住所										
氏名	氏名	氏名										
医療機関記入欄												
受診者の住所(〒)	国民一寿・国産(本人・家族)・国産(本人・家族)・協会(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後援会等・その他											
受診期間	保険診療有無	左記表のうち 肝炎ウイルス定期検査に係る診療有無	検査費負担額									
年 月 日	有 無	有 無	円									
年 月 日	有 無	有 無	円									
年 月 日	有 無	有 無	円									
上記のとおり、検査費負担金については肝炎ウイルス定期検査事業において決定されている検査のため、申請者より徴収済みであることを証明します。												
年 月 日 医療機関所在地 名 所 TEL												
医療機関の長 氏名 氏名												
ご申請者の方へ(注意事項) ①この請求書を医療機関に提出してもらい、返却印をもらってください。 ②請求書受け忘れに備えて、この請求書と領収書、請求明細書、返却、返却印をお持ちの上、お受け忘れに備えて請求書の平複をお預けします。												

様式第2号(裏)

*注意事項:

① 請求書(請求書)の記入

記入する欄は上の表の中です。(注釈欄を色の異なる口番に記入する場合は、右注釈も記入してください。)

②は請求期間に記入をお願いします。当請求書は1請求期間につき1枚の表です。次の請求期間の請求がある場合は請求書番号をコピーして使用してください。

請求書番号

請求書番号の記入方法

請求書の記入

請求書番号の記入方法として下記のとおり記載します。

請求書番号	請求書番号		請求書番号		請求書番号	
	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
①	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号

→
近接する請求書の口番へ記入する場合は、請求書番号を記入してください。

② 請求期間の記入

請求書番号	請求書番号		請求書番号		請求書番号	
	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号

上記のとおり、請求書番号の記入は請求書番号の記入方法として下記のとおり記載します。

- ① 請求書番号(請求書番号)
請求書番号の記入は請求書番号の記入方法として下記のとおり記載します。

- ② 請求期間(請求書番号)
請求書番号の記入は請求書番号の記入方法として下記のとおり記載します。

様式第2号(裏)

*注意事項:

① 請求書(請求書)の記入

記入する欄は上の表の中です。(注釈欄を色の異なる口番に記入する場合は、右注釈も記入してください。)

②は請求期間に記入をお願いします。当請求書は1請求期間につき1枚の表です。次の請求期間の請求がある場合は請求書番号をコピーして使用してください。

請求書番号

請求書番号の記入方法

請求書の記入

請求書番号の記入方法として下記のとおり記載します。

請求書番号	請求書番号		請求書番号		請求書番号	
	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
①	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号

→
近接する請求書の口番へ記入する場合は、請求書番号を記入してください。

② 請求期間の記入

請求書番号	請求書番号		請求書番号		請求書番号	
	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号
請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号	請求書番号

上記のとおり、請求書番号の記入は請求書番号の記入方法として下記のとおり記載します。

- ① 請求書番号(請求書番号)
請求書番号の記入は請求書番号の記入方法として下記のとおり記載します。

- ② 請求期間(請求書番号)
請求書番号の記入は請求書番号の記入方法として下記のとおり記載します。

様式第3号

(新規)

様式第3号

駐域検査受検証明書

下記の方について、当該域において、域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

・受検者氏名：_____

・検査番号：_____

・住 所：〒_____

・住 居：_____

・生 年 月 日： 年 月 日生

・検 査 日： 年 月 日

・検査結果通知日： 年 月 日

〔 注 検査結果には、検査結果通知書に記載された個人情報を記載すること。
 三 上記項目の内、記載していないものは省略可。 〕

年 月 日

区域検査官：_____ 印

所 在 地：_____

電話番号：_____

(注)

※ 本証明書は、域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当該域に初回陽性検査費用の助成を請求する際に、事件書類として必要となるものです。

※ 初回陽性検査費用の助成を受けるには、当該域又は北九州市、福岡市、川崎市及び大田市が行う「肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業」に参加していただくことが必要となります。初回陽性検査費用の助成について詳しくは、当該域内のお住まいを管轄する保健所の肝炎対策担当部署にお問い合わせ下さい。

様式第4号

様式第4号

(医 療 機 関 名) 様

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、諸関係において肝炎ウイルスに係る初回検査検査費用の助成を行うに当たり必要であるため、下記の者が貴機関において、要請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、下記の照会様式回答欄に記入の上、返信して下さい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) 下記の者が要請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、下記の者の所属先に照会しないで下さい。

記

<元検査主人記載欄>

フリガナ	姓 名
氏 名	生年月日 年 月 日生
住 所	〒
検査日	検査場所 年 月 日 添付日 年 月 日
照会履歴 (√印)	☐ 検査者が、元が要請で実施する肝炎ウイルス検査を受けたことを通知する必要があるとせば、元が肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについて、元が所属先に照会を行い、当該所属先から回答を受けることに同意します。

年 月 日

(申請受付窓口) 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と、返信して下さい。

☐ 上記の者は、当機関で要請で実施する肝炎ウイルス検査を受けた者と認められます。

☐ 上記の者は、当機関で要請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:

(新規)

様式第5号

様式第5号

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				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: 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: 年 月 日) AST(GOT) _____ U/L 既往の基準値: _____ ~ _____ U/L ALT(GPT) _____ U/L 既往の基準値: _____ ~ _____ U/L 血小板数 _____ / μ L 既往の基準値: _____ ~ _____ / μ L 3 画像検査(検査年月日: 年 月 日) 所見: _____ 4 その他(検査年月日: 年 月 日) 所見: _____ 5 肝炎の有無(ありの場合は治療の有無を記載してください。 有・無(治療の有・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記号を記入してください。 ☐ 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: 年 月 日				
医療機関名:	医師氏名 印				

様式第3号

様式第3号

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	国 外	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) _____ U/L 既往の基準値: _____ ~ _____ U/L ALT(GPT) _____ U/L 既往の基準値: _____ ~ _____ U/L 血小板数 _____ / μ L 既往の基準値: _____ ~ _____ / 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(ありの場合は治療の有無を記載してください。 有・無(治療の有・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記号を記入してください。 ☐ 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6号

様式第6号

福岡県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業
における定期検査に係る申請書

私は、様記事業に係る申請に関して、以下の①又は②のいずれかの要件に該当します。（ ）に該当）

- ① 以前に定期検査費用の支払いを受けており、現在も前回申請時の診断（慢性肝炎・肝硬変・肝がん）と病態の変化はありません。
- ② 1年以内に福岡県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ており、現在も前回申請時の診断（慢性肝炎・肝硬変・肝がん）と病態の変化はありません。

なお、前回の申請時の内容は下記のとおりです。

氏 名	
住 所	
前回の定期検査の申請日 (①に該当する場合)	
申請時の診断名	
医療費の負担者番号 (②に該当する場合)	

上記の申請者の申し出のとおり、前回申請時、又は1年以内の福岡県肝炎治療特別促進事業の申請時から、病態の変化はないことを確認しました。

年 月 日 確認

申請受付窓口
確認者

様式第4号

様式第4号

福岡県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業
における定期検査に係る申請書

私は、様記事業に係る申請に関して、以下の①又は②のいずれかの要件に該当します。（ ）に該当）

- ① 以前に定期検査費用の支払いを受けており、現在も前回申請時の診断（慢性肝炎・肝硬変・肝がん）と病態の変化はありません。
- ② 1年以内に福岡県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ており、現在も前回申請時の診断（慢性肝炎・肝硬変・肝がん）と病態の変化はありません。

なお、前回の申請時の内容は下記のとおりです。

氏 名	
住 所	
前回の定期検査の申請日 (①に該当する場合)	
申請時の診断名	
医療費の負担者番号 (②に該当する場合)	

上記の申請者の申し出のとおり、前回申請時、又は1年以内の福岡県肝炎治療特別促進事業の申請時から、病態の変化はないことを確認しました。

年 月 日 確認

申請受付窓口
確認者

様式第7号

(様式第7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)

年 月 日
申請者 氏名

印

申請者 住所〒

In

様式第5号

(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〒

In

様式第8号

様式第8号				
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				
氏 名	氏 名		生 年 月 日	年 月 日 生
	住 所	〒		
		電話番号 (- -)		
	検査履歴	初回検査検査 - 定期検査		
有効期間	年 月 日まで ※ 定期検査の日は平素日の日付となります。			
再交付を必要とする理由	1 変更のため			
	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 (初回検査検査受診証明書・定期検査受診証明書) の再交付を申請します。 〒 国 県 市 町 村 年 月 日 住所 〒 電話番号 (- -) 申請者 氏名 印 (担当者との捺印)				
				(保健所長受印)

様式第6号

様式第6号				
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				
氏 名	氏 名		生 年 月 日	年 月 日 生
	住 所	〒		
		電話番号 (- -)		
	検査履歴	初回検査検査 - 定期検査		
有効期間	年 月 日まで ※ 定期検査の日は平素日の日付となります。			
再交付を必要とする理由	1 変更のため			
	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 (初回検査検査受診証明書・定期検査受診証明書) の再交付を申請します。 〒 国 県 市 町 村 年 月 日 住所 〒 電話番号 (- -) 申請者 氏名 印 (担当者との捺印)				
				(保健所長受印)

福岡県肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業実施要綱

第1 目的

この事業は、肝炎ウイルス陽性者等に対し、医療機関への受診状況や診療状況等の確認（以下「陽性者等フォローアップ」という。）を行うことにより、受診勧奨をすることで早期治療につなげ、ウイルス性肝炎患者の重症化予防を図ることを目的とする。

第2 実施主体

実施主体は福岡県（保健所設置市を除く。）とする。

第3 陽性者等フォローアップ対象者

下記に該当する者であって、県が実施する「福岡県肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業」に同意する者とする。

なお、対象者に対する周知は、検査実施機関において、下記の陽性者へパンフレットを配布して行う。

- 1 県が実施する保健福祉（環境）事務所又は肝炎ウイルス検査委託事業の検査医療機関の結果が以下のいずれかに該当する者。
 - (1) HBs抗原検査において「陽性」と判断された者
 - (2) HCV抗体検査またはHCV核酸増幅検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判断された者
- 2 市町村が実施する健康増進事業の肝炎ウイルス検診結果が、上記「1の(1)、(2)」に該当する者。
- 3 職域で実施する肝炎ウイルス検査結果が、上記「1の(1)、(2)」に該当する者。
- 4 「福岡県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業」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。

第4 実施機関及び実施方法

1 実施機関

当該事業は、がん感染症疾病対策課及び保健福祉（環境）事務所（以下「保健所」という。）で実施する。

2 実施方法

- (1) 当該事業への同意者は、居住地を管轄する保健所にその旨を伝え、「肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業参加同意書（様式第1号）」（以下「同意書」という）を提出する。

がん感染症疾病対策課は、同意書の提出のあった者を、別に定める「肝炎ウイルス陽性者等フォローアップ事業同意者台帳」（以下「台帳」という）に記載登録する。

- (2) がん感染症疾病対策課は、台帳に登録された者に対し、保健所又は市町村を通じて「医療機関の受診状況等に関する調査票（様式第2号）」を年1回送付し、医療機関の受診状況等を確認する。

ただし、第3の1及び3の対象者にあつては保健所を通じて実施し、第3の2にあつては市町村に実施を依頼する。

- (3) 上記(2)の調査の結果、受診が確認できない場合、保健所又は市町村は必要に応じて電話等により受診勧奨を行う。

なお、第3の1及び2を対象としたフォローアップについては、原則、肝炎ウイルスによる肝疾患の治療開始が確認されるまでとする。

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29年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和元年5月20日から施行し、平成31年4月1日から適用する。