

令和3年度佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成事業実施要領

第1 目的

本県の肝がんによる死亡率が高い中、精密検査未受診者の解消を図るため、B型、C型肝炎ウイルス検査における陽性者に対して精密検査受診費用を助成することにより早期治療に繋げ、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 実施主体

実施主体は佐賀県とする。

第3 助成対象者

この事業の助成対象者（以下「対象者」という）は、次に掲げる各号の要件のいずれにも該当する者とする。

- (1) 佐賀県内に住民登録をしている20歳以上の者
- (2) B型、C型肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者
- (3) 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者もしくは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
- (4) 過去に精密検査を受けたことがない者
- (5) 第7の各号に掲げる事項について同意した者

第4 検査内容

精密検査は、次に掲げる検査項目に関連するもの（医師が真に必要と判断したものに限る）を、原則として同一の医療機関で受診することとする。ただし、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、保険適用外の検査は助成の対象とはならない。

	B型肝炎ウイルス陽性の場合	C型肝炎ウイルス陽性の場合
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、 γ -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	HBe抗原、HBe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））	

第5 対象期間

助成対象とするのは、令和3年4月1日から令和4年3月31日までに精密検査を受診し、令和3年4月1日から令和4年3月31日までに県が申請を受理したものとする。
なお、郵送による提出の場合は令和4年3月31日付消印のものまでとする。

第6 精密検査実施医療機関

対象者は原則として、佐賀県肝疾患検診医療提供体制登録医療機関の2次又は3次医療機関（以下、「精密検査実施医療機関」という）にて精密検査を受診することとする。

ただし、対象者が県外においてウイルス性肝炎の治療を行う場合は、県外の佐賀県ウイルス性肝炎治療費助成医療機関で精密検査を受診しても差し支えない。

第7 精密検査の実施

本事業の利用を希望する者は、事前にその旨を精密検査実施医療機関へ申し出ることとする。

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、当該申し出をした者が対象者であること及び次に掲げる事項について同意があることを確認したうえで精密検査を実施する。

- (1) 県及び市町から定期的に調査票を送付し、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、連絡を行う場合があること
- (2) 必要な相談支援を行う他、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等の連絡を行う場合があること
- (3) 精密検査を受診したことが市町へ情報提供されること
- (4) 匿名化の上、佐賀県肝疾患データベースへ登録されること
- (5) 関係機関に、肝炎ウイルス検査が陽性であることの確認を行うこと
- (6) 医療機関に対して精密検査内容等を照会すること

第8 申請書等の提出

対象者は、精密検査を受診後、佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成金申請書・請求書（様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、各保健福祉事務所へ持参又は健康増進課へ郵送する。

- (1) 当該精密検査に係る医療機関の領収書（レシートは不可とする）
- (2) 診療明細書
- (3) 肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し（可能な限り添付すること）
- (4) 肝炎ウイルス精密検査結果報告書（様式第1号または第2号）の写し
（市町の検診及び県の無料検査に限る。また、可能な限り添付すること）

第9 助成の内容

助成の対象及び助成額は、「第4 検査内容」に記載する検査を実施した日における医療費（初診料、再診料、各種加算等含む）にかかる自己負担額の全額とする。

また、精密検査費助成の回数は1人につき1回とする。

第10 支給決定等

知事は佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成金申請書・請求書の提出があったときは、その内容を審査し、支給の可否を決定する。申請が承認された場合は指定口座への振込により承認の通知に代えることとする。

不承認の場合は、佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成金不承認通知書（様式第2号）によ

り、提出された申請書類を添えて通知することとする。

附 則

この要領は令和3年4月1日から適用する。

佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成金申請書

佐賀県知事 様

私は、佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成実施要領の規定により、次の事項に同意し、申請します。

- ・ 県及び市町から定期的に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し、連絡を行う場合があること
- ・ 必要な相談支援を行う他、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等の連絡を行う場合があること
- ・ 精密検査を受診したことが市町へ情報提供されること
- ・ 匿名化の上、佐賀県肝疾患データベースへ登録されること
- ・ 関係機関に、肝炎ウイルス検査が陽性であることの確認を行うこと
- ・ 医療機関に対する精密検査内容等を照会すること

※1 太枠内を記入してください

住 所	〒 ー		
フリガナ		性 別	生年月日 年 月 日生
氏 名		男・女	電話番号(携帯など日中に連絡が取れるもの) ー ー
陽性とわかった肝炎ウイルス検査の種類	保険使用の医療機関検査・職域検査オプション・ドック・市町の検診・県の無料検査・妊婦検診・手術前検査・その他()		

申請額 金	円也	(自己負担額は添付の領収書のとおり)
-------	----	--------------------

佐賀県 審査欄	申請者の自己負担額		※助成額は、助成対象医療費にかかる自己負担額の全額。※助成の回数は1人につき1回とする。	
	検査日(診療日)	支払額		
	年 月 日	円	助成対象額	助成決定額
	年 月 日	円		
	年 月 日	円		
	合計	円	円	円

佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成金請求書

佐賀県収支等命令者 様

請求額 金					円也
-------	--	--	--	--	----

佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成実施要領に基づく助成金として上記金額を請求します。

住 所	〒 ー		
フリガナ			
氏 名			

振込先口座

フリガナ		金 融 機関名	銀 行 金庫	本 店 支店・出張所
氏 名				
預金種別	普通・当座	口座番号		

※2 申請者(請求者)と口座名義人は同一であること。申請者(請求者)と口座名義人が異なる場合は委任状を添付してください

※3 上記申請書及び請求書の押印は、同一印を2カ所に押印してください(みとめ印可)

県受付印

書類不備の場合、助成金が支給できない場合がありますのでご注意ください。

- 添付書類
- 医療機関が発行した領収書
 - 診療明細書
 - 肝炎ウイルス検査の結果通知書の写し
 - 肝炎ウイルス精密検査結果報告書(様式第1、第2号)の写し

(様式第2号)

健第 年 月 号
日

様

佐賀県知事

佐賀県肝炎ウイルス精密検査費助成金不承認通知書

先に申請のあった佐賀県ウイルス性肝炎精密検査費の助成について、次の理由により不承認としましたので、通知します。

記

1 理由

- 対象者に該当しない
- 提出書類の不足 ()
- その他

(参考様式)

委任状

年 月 日

佐賀県知事 様

委任者（肝炎ウイルス精密検査受診者）

住所 _____

氏名 _____

肝炎ウイルス精密検査費助成金の受領に関する権限を下記の者へ委任します。

受任者

住所 _____

氏名 _____（続柄 _____）