

富山県肝炎治療特別促進事業実施要領 新旧対照表

改正後	改正前
<p style="text-align: center;">富山県肝炎治療特別促進事業実施要領</p> <p>目次</p> <p>第1章 ウイルス性肝炎医療費助成事業</p> <p>第2章 ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業</p> <p style="padding-left: 2em;">第1章 ウイルス性肝炎医療費助成事業</p> <p>第1条～第10条の2 (略)</p> <p>(インターフェロンフリー治療に対する有効期間)</p> <p>第11条 受給者証の有効期間は7か月以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から起算するものとする。</p> <p>第12条～第12条の2 (略)</p> <p>(自己負担限度額の変更)</p> <p>第13条 受給者証の交付を受けている者で、受給者証の有効期間中に、自己負担限度額の変更が生じたときは、肝炎治療自己負担限度額変更申請書(様式第8号)に受給者証及び第8条第3号及び第4号に規定する書類を添えて、所長等を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 (略)</p> <p>4 前項の規定により変更された自己負担限度額は、変更申請書が受理された日の属する月の<u>翌月</u>から適用する。</p> <p>第14条～第16条 (略)</p> <p><u>(受給者証の返還)</u></p> <p>第17条 <u>受給者証の交付を受けている者等は、治癒、死亡、県外転出、他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われることになったこと等により第3条に規定する要件を欠いたときは、肝炎治療受給者証返還届(様式第12号)に受給者証を添えて、所長等を経由して速やかに知事に届けなければならない。</u></p>	<p style="text-align: center;">富山県肝炎治療特別促進事業実施要領</p> <p>目次</p> <p>第1章 ウイルス性肝炎医療費助成事業</p> <p>第2章 ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業</p> <p style="padding-left: 2em;">第1章 ウイルス性肝炎医療費助成事業</p> <p>第1条～第10条の2</p> <p>(インターフェロンフリー治療に対する有効期間)</p> <p>第11条 受給者証の有効期間は7か月以内で、治療予定期間<u>(12週または24週)</u>に即した期間とし、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から起算するものとする。</p> <p>第12条～第12条の2 (略)</p> <p>(自己負担限度額の変更)</p> <p>第13条 受給者証の交付を受けている者で、受給者証の有効期間中に、自己負担限度額の変更が生じたときは、肝炎治療自己負担限度額変更申請書(様式第8号)に受給者証及び第8条第3号及び第4号に規定する書類を添えて、所長等を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 (略)</p> <p>4 前項の規定により変更された自己負担限度額は、変更申請書が受理された日の属する月の<u>初日</u>から適用する。</p> <p>第14条～第16条 (略)</p> <p><u>(新設)</u></p>

改正後

(雑則)

第18条 この要領の実施に当たり、この要領に定めのない事項については、別に定めるものとする。また、知事は必要に応じて、本事業のより効果的な運用に資するための情報収集等を行うことができるものとする。

第2章 ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業

(目的)

第19条 ウイルス性肝炎に関する相談や啓発及び陽性者のフォローアップにより、ウイルス性肝炎、肝硬変、肝がんの重症化予防を図ることを目的とする。

(事業内容)

第20条 県は、本要領に基づき、重症化予防に取り組む。

1 陽性者のフォローアップ

(1) 実施方法

対象者に対し、県及び市町村が、必要により様式第14号による同意書等により本人の同意を得えた上で、様式第13号による調査票を年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とともに、未受診の場合は、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。

なお、実施においては、本要領及び富山県肝炎持続感染者対応マニュアル(以下「マニュアル」という。)に基づき行うものとする。

(2) 対象者

県内に住所を有し、以下のいずれかに該当し、様式第14号によりフォローアップへの参加について同意を得た者

ア 厚生センター(支所)・富山市保健所又は委託医療機関等での肝炎ウイルス検査において「陽性」又は「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 2の検査費用の請求により把握した陽性者

ウ その他、市町村や医療機関などからの情報提供等により把握した陽性者

なお、市町村等からの情報提供により把握した本事業以外の陽性者についても、フォローアップの対象とすることができる。一方、フォローアップの対象者を市町村等へ情報提供することにより、市町村が実施する健康増進事業におけるフォローアップの対象とすることができる。

2 初回精密検査費用及び定期検査費用の助成

(1) 実施方法

ア 県は、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

改正前

(雑則)

第17条 この要領の実施に当たり、この要領に定めのない事項については、別に定めるものとする。また、知事は必要に応じて、本事業のより効果的な運用に資するための情報収集等を行うことができるものとする。

第2章 ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業

(目的)

第18条 肝炎ウイルス陽性者の相談やフォローアップ及び検査費用の助成を行うことにより、ウイルス性肝炎、肝硬変、肝がんの重症化予防を図ることを目的とする。

(事業内容)

第19条 県及び市町村は、富山県肝炎ウイルス持続感染者対応マニュアル(以下「マニュアル」という。)及び本要領に基づき、重症化予防に取り組む。

(1) 陽性者のフォローアップ

ア 実施方法

(ア) 市町村は、マニュアルにより、健康増進法に基づく肝炎ウイルス陽性者のフォローアップを行う。

(イ) 市町村によるフォローアップの同意が得られない場合は、県が行うものとする。

(ウ) フォローアップは、対象者に対し、様式第12号による調査票を年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し、未受診の場合は、必要に応じて電話等により受診を勧奨するものとする。

イ 対象者

県内に住所を有し、以下のいずれかに該当し、様式第13号によりフォローアップへの参加について同意を得た者

(ア) 厚生センター(支所)・富山市保健所又は委託医療機関等での肝炎ウイルス検査において「陽性」又は「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) (2)の検査費用の請求により把握した陽性者

(ウ) その他、医療機関や職域からの情報提供等により把握した陽性者

(2) 検査費用の助成

ア 実施方法

(ア) 県は、対象者が保険医療機関において初回精密検査又は定期検査を受

改正後

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、(2)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 (略)

b 別添4に定める自己負担限度額

この際、別添4甲又は乙に該当するかについては、(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、別添4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

ア 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

a~b (略)

c 1の陽性者のフォローアップに同意した者

なお、健康増進事業における陽性者フォローアップに同意している者も対象とすることができる。

イ 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

a~b (略)

c 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

d 1の陽性者のフォローアップに同意した者

なお、健康増進事業における陽性者フォローアップに同意している者も対象とすることができる。

e (略)

(3) 助成対象費用

初診料、再診料、ウイルス疾患指導料及び検査に関連する費用として県が認め

改正前

診し、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、イの(イ)に該当する者については、次のaに規定する額からbに規定する自己負担限度額を控除した額とする(当該控除した額が零以下となる場合は助成を行わない)。

a (略)

b 1回につき別添4に定める額を限度とする額

イ 対象者

(ア) 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

a~b (略)

c フォローアップ事業に同意した者

(イ) 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

a~b (略)

c 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(ただし、平成28年4月1日以降に定期検査を受けた者に限る)

d フォローアップ事業に同意した者

e (略)

ウ 助成対象費用

初診料、再診料、ウイルス疾患指導料及び検査に関連する費用として県が認め

改正後

た費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

ア 初回精密検査

a ～g (略)

イ 定期検査

(略)

(4) 助成回数

ア 初回精密検査

1回

イ 定期検査

1年度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

上記(1)の規定により検査費用の助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、ウイルス性肝炎初回精密検査費用助成請求書(様式第15号)に、医療機関の領収書及び診療明細書、結果通知書(県又は市町村が行う肝炎ウイルス検査等の結果)、申請者の氏名が記載されている健康保険証の写し及びフォローアップ同意書(様式第14号)を添えて、検査通知日から1年以内に所長等を經由して知事に請求するものとする。

イ 定期検査

(ア) 申請者は、ウイルス性肝炎定期検査費用助成請求書(様式第16号)、医療機関の領収書及び診療明細書、定期検査費用の助成に係る医師の診断書(様式第18号)、申請者の氏名が記載されている健康保険証の写し、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フォローアップ同意書(様式第14号)を添えて、検査を受診した年度内に所長等を經由して知事に請求するものとする。

(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

別添4による自己負担限度額階層区分の甲に当たる場合、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、乙にあたる場合は、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、市町村民税額合算対象除外希望申請書(様式第17号)に基づき、世帯構成員における市町村民税課

改正前

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) 初回精密検査

a ～g (略)

(イ) 定期検査

(略)

エ 助成回数

(ア) 初回精密検査

1回

(イ) 定期検査

年2回(当該年度に初回精密検査の助成を受けた者は、年1回)

オ 検査費用の請求について

(ア) 初回精密検査

対象者は、初回精密検査実施日より2ヶ月以内に、様式第14号によるウイルス性肝炎初回精密検査費用請求書に、医療機関の領収書、診療明細書、結果通知書(県又は市町村が行う肝炎ウイルス検診等の結果)、健康保険証の写し及びフォローアップ同意書を添えて、所長等を經由して知事に請求するものとする。

(イ) 定期検査

対象者は、定期検査実施日より2ヶ月以内に、様式第15号によるウイルス性肝炎定期検査費用請求書に、医療機関の領収書、診療明細書、定期検査費用の助成に係る医師の診断書(様式第16号)、健康保険証の写し、世帯全員の住民票の写し、世帯全員の住民税非課税証明書又は世帯全員の市町村民税(地方税の規定による特別区民税を含む)の課税年額を証する書類及びフォローアップ同意書を添えて、所長等を經由して知事に請求するものとする。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16号による医師の診断書の添付を省略することができる。

(新設)

改正後

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民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) 申請者は申請の際、上記（ア）及び（イ）によらず、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 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式第18号）

以前に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 申請者の氏名が記載された健康保険証の写し、申請者の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（様式第17号）

以下に該当する場合において、従前に知事へ提出した書類と同様の内容である場合。なお、いずれも同一年度内で知事に対し行われる場合とする。

(a) 1回目の定期検査費用の助成を受けた場合

(b) 第1章による医療費助成事業の受給者証の交付を受けた場合

(6) 検査費用の支払いについて

(略)

2 職域検査促進事業

(1) 実施方法

職域での健康診断を実施する保険者（協会けんぽ等）（以下「保険者」という。）や肝炎ウイルス検査を実施する医療機関（以下「検診機関」という。）の協力を得て、以下ア又はイにより肝炎にかかる啓発若しくは肝炎ウイルス検査への勧奨を行うものとする。

この場合、保険者や検診機関と実施方法について協議の上、肝炎ウイルス検査の個別勧奨のための資材等の提供、若しくは同等の効果を得られると考えられる啓発用資材の提供を行うものとする。この際、必要と認められれば、保険者や検診機関に対し当該内容を委託することができる。

併せて、資材等の提供又は委託を行った保険者、検診機関に対しては、以下ウにより報告を受けるものとする。

ア 全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）等の場合

協会けんぽ等（各都道府県の協会けんぽ支部、国民健康保険組合、等）が行う肝炎ウイルス検査の実施に際して、加入する事業所の従業員等に対する肝炎対策への理解浸透、及び肝炎ウイルス検査への受検を促すよう、検診機関又は加入事業所を通じて肝炎にかかる啓発若しくは肝炎ウイルス検査への勧奨を行うものとする。

改正前

(新設)

(ウ) 検査費用の支払いについて
(略)

(新設)

改正後

イ 健康保険組合等の場合

健康保険組合等が実施する職域健診等において、検診機関による肝炎ウイルス検査の実施に際して、加入する事業所の従業員等に対する肝炎対策への理解浸透、及び肝炎ウイルス検査への受検を促すよう、検診機関又は加入している健康保険組合等を通じて肝炎にかかる啓発若しくは肝炎ウイルス検査への勧奨を行うものとする。

ウ 実施状況の取りまとめ

上記ア及びイにより実施する場合、様式第19号により報告がなされるよう協力を求めるものとする。この際、勧奨を行った者の動向の把握が困難であれば、啓発又は勧奨を行った事業所など一定の範囲を区切って報告を求める。

(2) 対象者

啓発の対象は、事業所の従業員とする。ただし、効率等を勘案して事業所毎に行うなど計画的に実施するものとする。

また勧奨の対象は、基本的に、過去、肝炎ウイルス検査を受けていない者とするが、この際、当検査を受けているか不明である場合は、可能性のある者まで幅広く勧奨する。

(3) 留意点

上記の実施においては、富山県肝疾患診療連携拠点病院からの協力を得て、適切な情報が提供されるよう留意する。また、必要であれば、自治体が行う肝炎ウイルス検査の案内を行うなど、希望する者が当検査を受けられるよう配慮する。また、(1)ウによる報告の際、外部に個人が特定されるようなことが無いよう、取扱いについて留意するとともに、必要により保険者や検診機関など関係者と協議を行うものとする。

なお、肝炎ウイルス検査の勧奨にあたっては、自主的な受診を促す形で行うとともに、必要によっては検査希望者を募るなど各者の意向に沿った対応が図られるよう留意する。

(実施に当たっての留意事項)

第21条 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。この要領について疑義が生じた事項又はこの要領に定めない事項については、必要に応じて関係者が協議のうえ定めるものとする。

改正前

(実施に当たっての留意事項)

第20条 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。この要領について疑義が生じた事項又はこの要領に定めない事項については、必要に応じて関係者が協議のうえ定めるものとする。

改正後

附則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成21年10月16日から施行する。

附則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成23年8月1日から施行する。

附則

この要領は、平成23年9月26日から施行する。

附則

この要領は、平成23年12月26日から施行する。

附則

この要領は、平成25年12月4日から施行する。

附則

この要領は、平成26年9月2日から施行する。

附則

この要領は、平成26年12月15日から施行する。

附則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成27年6月9日から施行する。

附則

この要領は、平成27年8月31日から施行する。

附則

この要領は、平成27年12月1日から施行する。

改正前

附則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成21年10月16日から施行する。

附則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成23年8月1日から施行する。

附則

この要領は、平成23年9月26日から施行する。

附則

この要領は、平成23年12月26日から施行する。

附則

この要領は、平成25年12月4日から施行する。

附則

この要領は、平成26年9月2日から施行する。

附則

この要領は、平成26年12月15日から施行する。

附則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成27年6月9日から施行する。

附則

この要領は、平成27年8月31日から施行する。

附則

この要領は、平成27年12月1日から施行する。

改正後

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年2月15日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年3月24日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年6月13日から施行し、平成29年4月1日より適用する。

別添1～3 (略)

改正前

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年2月15日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年3月24日から施行する。

別添1～3 (略)

改正後

別添4

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	<u>2,000円</u>	<u>3,000円</u>
乙	住民税非課税世帯に属する者	0円	0円

様式第1号～様式第8号 (略)

改正前

別添4

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	<u>3,000円</u>	<u>6,000円</u>
乙	住民税非課税世帯に属する者	0円	0円

様式第1号～様式第8号 (略)

様式8号の2

(H29.6 改正版)

市町村民税額合算対象除外希望申請書

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

(フリガナ)

除外希望者氏名

平成 年 月 日

(フリガナ)

申請者氏名

印

※除外要件(全てを満たさないと課税額合算対象から除外できません)

- 1 配偶者以外であること(住民票の続柄から確認します)
- 2 申請者及びその配偶者と除外対象者との間に地方税法上扶養関係又は被扶養関係がないこと(課税等証明書等から確認します)
- 3 申請者及びその配偶者と除外対象者との間に医療保険上扶養関係又は被扶養関係がないこと(健康保険証から確認します)

※上記の内容を確認するため、次の書類を添付ください。

- 配偶者以外であること:世帯全員の住民票の写し(続柄明記のこと)
- 地方税法上の扶養関係にないこと:申請者及びその配偶者、除外対象者の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類(扶養控除関係が明記されたもの)
- 医療保険上の扶養関係にないこと:申請者の配偶者、除外対象者の健康保険証の写し

様式第9号～様式第11号 (略)

様式8号の2

市町村民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

(フリガナ)

除外希望者氏名

平成 年 月 日

(フリガナ)

申請者氏名

印

様式第9号～様式第11号 (略)

改正後

改正前

様式第12号

富山県知事 石井 隆一 殿

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(連絡先: _____)

肝炎治療受給者証返還届

下記のとおり肝炎治療受給者証を返還します。

記

受給者番号	
受給者氏名	
返還理由 <small>(該当するものを○で選んでください)</small>	1 治癒 2 受給者証の有効期限が終了 3 治療中止 4 県外転出 5 死亡 6 その他 (_____)
返還事由発生年月日	年 月 日

(注) 受給者証を添付してください。

(新設)

様式第13号

(H29 6改正版)

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業に係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、個人情報及び回答内容につきましては、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】
(市町村または県の担当課)〇〇課 TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇

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 (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。

- 無症状性キャリア (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 ()
わからない

問3 (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 ()
治療内容は、わからない

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 ()

問4 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。

Blank box for additional comments.

お名前: _____ 記載年月日:平成 年 月 日

連絡先: _____

(様式第12号)

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業に係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、個人情報及び回答内容につきましては、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】

(市町村または県の担当課)〇〇課 TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇

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 (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。

- 無症状性キャリア (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3 (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
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 ()

問4 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。

Blank box for additional comments.

お名前: _____ 記載年月日:平成 年 月 日

改正後

様式第14号

(H29.6改正版)

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書

肝炎は、自覚症状がないまま重症化することがあります。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。

そこで、県内の市町村及び富山県では、あなたの健康を守るため、肝炎ウイルス陽性者の方に対して受診状況や治療内容について確認等のフォローアップを行います。

【内容】

- ①市町村又は県厚生センター・支所から、医療機関の受診状況等の確認のため年1回程度、ご連絡差し上げます。(調査票の送付・電話による連絡等)
- ②お住まいの市町村又は県厚生センター・支所に本書の写しを提供することがあります。また、肝炎ウイルス検査結果や検査内容、治療内容等の情報を提供することがあります。
- ③必要に応じて、医療機関等に肝炎ウイルス検査結果や検査内容等の照会を行うことがあります。
- ④個人情報につきましては、他の目的に用いることはありません。

上記内容を確認の上、フォローアップの参加に同意します。

同意日 平成 年 月 日

住 所	〒		
氏名(自署)		性別	男・女
電話番号	— —		
生年月日	明大 昭平	年 月 日	(歳)
フォローの実施主体 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> お住まいの市町村 (市・町・村) のフォローアップに同意 <input type="checkbox"/> 県のフォローアップに同意 (市町村のフォローアップは同意しない)		

-富山県又は〇〇市町村-

改正前

(様式第13号)

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書

肝炎は、自覚症状がないまま重症化することがあります。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。

そこで、県内の市町村及び富山県では、あなたの健康を守るため、肝炎ウイルス陽性者の方に対して受診状況や治療内容について確認等のフォローアップを行います。

【内容】

- ①市町村又は富山県(厚生センター(支所)を含む)から、医療機関の受診状況等の確認のため年1回程度、ご連絡差し上げます。(調査票の送付・電話による連絡等)
- ②お住まいの市町村に本書の写しを提供することがあります。
- ③必要に応じて、医療機関等に肝炎ウイルス検査結果や検査内容等の照会を行うことがあります。
- ④個人情報につきましては、他の目的に用いることはありません。

上記内容を確認の上、フォローアップの参加に同意します。

同意日 平成 年 月 日

住 所	〒		
氏名(自署)		性別	男・女
電話番号	— —		
生年月日	明大 昭平	年 月 日	(歳)
フォローの実施主体 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> お住まいの市町村 (市・町・村) のフォローアップに同意 <input type="checkbox"/> 県のフォローアップに同意 (市町村のフォローアップは同意しない)		

改正後

様式第15号

(H29.6改正版)

ウイルス性肝炎初回精密検査費用請求書

富山県知事 殿

平成 年 月 日

ウイルス性肝炎の初回精密検査に要した費用を下記のとおり請求します。

申請者	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名	印		男女	明大昭平	年月日生
	住所	〒 ()				
	電話番号	()				
加入保険	被保険者氏名			続柄		
	保険種別	協会・組合・船員・共済		被保険者の記号・番号		
	被保険者証発行機関名	国保・後期高齢者				
	所在地					
請求金額	円 ※文書料等の対象外費用を含む場合、請求額は変更となります。					
振込先	フリガナ					
	口座名義					
	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協	支店 出張所	金融機関コード	店番	
	口座種別	普通・当座		口座番号 (右端で記入)		

注) 申請者は検査を受けた本人です。(申請者と振込口座の名義が異なる場合は委任状も併せて記載ください。)

(委任状)

私は、富山県から受けるウイルス性肝炎の初回精密検査費用の受領に関する権限を下記のとおり委任します。

平成 年 月 日

委任者(受給者) 氏名 印

受任者(口座名義) 氏名 (続柄:)

住所 〒

次の書類を添付ください。

【添付書類】(レ印)

- 検査を受けた医療機関が発行した領収書
- 検査を受けた医療機関が発行した診療明細書
- 肝炎ウイルス検査の結果通知書(県又は市町村が行う肝炎ウイルス検査)
- 申請者の氏名が記載された健康保険証の写し
- フォローアップ同意書(様式第14号)

※医療機関によっては、診療明細書等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。

改正前

(様式第14号)

ウイルス性肝炎初回精密検査費用請求書

原則、検査実施日より
2ヶ月以内に申請

ウイルス性肝炎の初回精密検査に要した費用を下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

富山県知事 殿

申請者	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名	印		男女	明大昭平	年月日生
	住所	〒 ()				
	電話番号	()				
加入保険	社保本人・社保家族・国保(一般)・国保(退職本人)・国保(退職者家族)・後期高齢					
請求金額	円 ※文書料等の対象外費用を含む場合、請求額は変更となります。					
振込先	フリガナ					
	口座名義					
	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協	支店 出張所	金融機関コード	店番	
	口座種別	普通・当座		口座番号 (右端で記入)		

注) 申請者は検査を受けた本人です。(申請者と振込口座の名義が異なる場合は委任状も併せて記載ください。)

(委任状)

私は、富山県から受けるウイルス性肝炎の初回精密検査費用の受領に関する権限を下記のとおり委任します。

平成 年 月 日

委任者(受給者) 氏名 印

受任者(口座名義) 氏名 (続柄:)

住所 〒

【添付書類】

- ① 医療機関の領収書及び診療明細書
- ② 肝炎ウイルス検査の結果通知書
- ③ 健康保険証の写し
- ④ フォローアップ同意書

以下、請求者の記入は不要です。

※【厚生センター(支所)・富山市保健所確認欄】

1. 陽性者フォローアップについて
 - 市町村のフォローアップに同意あり
 - 県のフォローアップに同意あり(※原則として富山市は除く)
2. ウイルス検査について
 - 陽性の判定日(結果通知日)が請求日より過去1年以内である
 - ウイルス検査を市町村、厚生センター・富山市保健所、委託医療機関、出張型にて受けている

改正後

様式第16号

(H29.6改正版)

ウイルス性肝炎定期検査費用請求書(平成 年度 回目)

平成 年 月 日

富山県知事 殿

ウイルス性肝炎の定期検査に要した費用を下記のとおり請求します。

申請者	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名	印	男女	明大昭平	年月日生	
	住所	〒 ー				
	電話番号	()				
加入保険	被保険者氏名			続柄		
	保険種別	協会・組合・船員・共済 国保・後期高齢者	被保険者の 記号・番号			
	被保険者証 発行機関名					
	所在地					
請求金額			円	※文書料等の対象外費用を含む場合、 請求額は変更となりますことがあります。		
振込先	フリガナ					
	口座名義					
	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協	支店 出張所	金融機関コード	店番	
	口座種別	普通・当座	口座番号 (右詰で記入)			
定期検査申請での省略書類(レ印)	<input type="checkbox"/> 以前に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。) <input type="checkbox"/> 定期検査費用の助成に係る医師の診断書(様式第18号) <input type="checkbox"/> 同一年度内で、2回目の申請又は肝炎治療受給者証の交付後、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。 <input type="checkbox"/> 申請者の氏名が記載された健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 世帯全員の課税等証明書又は住民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書					

注) 申請者は検査を受けた本人です。(申請者と振込口座の名義が異なる場合は委任状も併せて記載ください。)

(委任状)

私は、富山県から受けるウイルス性肝炎の初回精密検査費用の受領に関する権限を下記のとおり委任します。

平成 年 月 日

委任者(受給者) 氏名

印

受任者(口座名義) 氏名

(続柄:)

住所 〒

※裏面の添付書類をご確認ください。

改正前

(様式第15号)

ウイルス性肝炎定期検査費用請求書

原則、検査実施日より
2ヶ月以内に申請

ウイルス性肝炎の定期検査に要した費用を下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

富山県知事 殿

申請者	フリガナ			性別	生年月日	
	氏名	印	男女	明大昭平	年月日生	
	住所	〒 ー				
加入保険	社保本人・社保家族・国保(一般)・国保(退職本人)・国保(退職者家族)・後期高齢					
請求金額			円	※文書料等の対象外費用を含む場合、 請求額は変更となりますことがあります。		
振込先	フリガナ					
	口座名義					
	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協	支店 出張所	金融機関コード	店番	
	口座種別	普通・当座	口座番号 (右詰で記入)			
【助成確認欄】該当する項目にチェックしてください。 今まで定期検査費用助成を受けたことが <input type="checkbox"/> ある (年度) <input type="checkbox"/> ない 今回の申請は今年度 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) です。						

注) 申請者は検査を受けた本人です。(申請者と振込口座の名義が異なる場合は委任状も併せて記載ください。)

(委任状)

私は、富山県から受けるウイルス性肝炎の定期検査費用の受領に関する権限を下記のとおり委任します。

平成 年 月 日

委任者(受給者) 氏名

印

受任者(口座名義) 氏名

(続柄:)

住所 〒

【添付書類】

- ①医療機関の領収書及び診療明細書
- ②医師の診断書(様式第16号)
- ③健康保険証の写し
- ④世帯全員の住民票
- ⑤世帯全員の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
- ⑥フォローアップ同意書

以下、請求者の記入は不要です。

※【厚生センター(支所)・富山市保健所確認欄】

- 1. 陽性者フォローアップについて
 - 市町村のフォローアップに同意あり
 - 県のフォローアップに同意あり(※原則として、富山市は除く)
- 2. 医療費助成制度の利用について
 - 肝炎医療費助成の受給中でない(※「検査」及び「申請」が、受給者証の有効期間内でない)
- 3. その他
 - 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245,000円未満の世帯に属する者

改正後

様式第16号(裏面)

次の書類を添付ください。

【添付書類】(レ印)

- 検査を受けた医療機関が発行した領収書
- 検査を受けた医療機関が発行した診療明細書
- 定期検査費用の助成に係る医師の診断書(様式第18号)
- 申請者の氏名が記載された健康保険証の写し
- 世帯全員の住民票
- 世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書
- フォローアップ同意書(様式第14号)
- 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(様式第17号)
(申請者本人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(配偶者以外の者に限る。)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)

※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。

※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。

改正前

(新設)

様式第17号

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

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

(フリガナ)

除外希望者氏名

平成 年 月 日

(フリガナ)

申請者氏名

印

※除外要件(全てを満たさないと課税額合算対象から除外できません)

- 1 配偶者以外であること(住民票の続柄から確認します)
- 2 申請者及びその配偶者と除外対象者との間に地方税法上扶養関係又は被扶養関係がないこと(課税等証明書等から確認します)
- 3 申請者及びその配偶者と除外対象者との間に医療保険上扶養関係又は被扶養関係がないこと(健康保険証から確認します)

※上記の内容を確認するため、次の書類を添付ください。

- 配偶者以外であること:世帯全員の住民票の写し(続柄明記のこと)
- 地方税法上の扶養関係にないこと:申請者及びその配偶者、除外対象者の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類
(扶養控除関係が明記されたもの)
- 医療保険上の扶養関係にないこと:申請者の配偶者、除外対象者の健康保険証の写し

(新設)

改正後

様式第18号

(H29.6改正版)

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	明大昭平	年月日生
住所	〒 ー 電話番号 ()			
肝炎ウイルス スマーカー	<p>該当する項目にチェックをしてください。 ※抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載していただいてもかまいません。</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルススマーカー (HBs抗原陽性・HBV-DNA陽性) <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルススマーカー (HCV抗体陽性・HCV-RNA陽性)</p>			
診断	<p>該当する診断名、項目にチェックしてください。 ※各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に記載してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> その他 ()</p>			
その他 記載すべき 事項				
上記のとおり診断します。				
医療機関名及び所在地 記載年月日 平成 年 月 日				
医師氏名 印				

※「診断」欄の「その他」は、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する。

改正前

(様式第16号)

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	明大昭平	年月日生
住所	〒 ー 電話番号 ()			
検査所見	<p>直近の所見を記入する</p> <p>1. 肝炎ウイルススマーカー (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 _____)</p> <p>2. 血液検査 (検査年月日 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ ×10⁴/μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3. 画像検査 (検査年月日 平成 年 月 日) (所見: _____)</p> <p>4. その他 (検査年月日 平成 年 月 日) (所見: _____)</p>			
本人への 指示事項				
診断	<p>該当する診断名、項目にチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (<input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型) <input type="checkbox"/> 肝硬変 (<input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型) <input type="checkbox"/> 肝がん (<input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型) <input type="checkbox"/> その他 ()</p>			
医療機関名及び所在地 記載年月日 平成 年 月 日				
医師氏名 印				

改正後

改正前

様式第19号

(新設)

職域検査促進事業における実施状況報告

報告者名称

連絡先住所、電話番号

(平成 年度)

事項	報告内容	備考
実施対象	保険者名 (事業所名) (検診機関名)	
肝炎の啓発実施	実施の可否 実施 / 実施していない 啓発対象者数 人 実施方法 (資料配付、説明会、他)	
肝炎ウイルス検査の勧奨	実施の可否 実施 / 実施していない 実施期間 年 月 ~ 年 月 勧奨実施者数 人	
肝炎ウイルス検査の受診者等	実施期間 年 月 ~ 年 月 受診者数 人 陽性者数 人	

(注) 啓発、勧奨を実施した範囲に応じて作成するものとする。この際、各人員については、報告可能な範囲で記載するものとし、注記すべき点があれば備考欄に記載のこと。

