

高知県肝炎ウイルス検査及び陽性者フォローアップ事業実施要領

第1 目的

この要領は、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（平成26年3月31日健肝発0331第1号厚生労働省健康局長疾病対策課肝炎対策推進室長通知）をうけ、高知県民の利便性に配慮した肝炎ウイルス検査を実施することにより肝炎ウイルス陽性者を早期に発見するとともに、相談やフォローアップにより陽性者を早期治療に繋げ、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 事業の内容

この要領は、以下の事業の実施について必要な事項を定める。

- 1 肝炎ウイルス検査
- 2 B型及びC型肝炎ウイルスに関する相談事業
- 3 陽性者フォローアップ事業

第3 事業の実施主体

この要領により行う事業の実施主体は、高知県（以下「県」という。）とする。

第4 肝炎ウイルス検査

1 実施方式

各福祉保健所又は県から委託を受けた医療機関（以下「委託医療機関」という。）において実施する。

なお、福祉保健所で実施する場合のスクリーニング検査（第4の3で定める検査項目の実施。以下同じ。）は、県が委託する検査機関（以下「スクリーニング検査委託機関」という。）において実施する。

また、各福祉保健所又は委託医療機関の施設以外の検査会場においても、当該検査を実施することができるものとする。

ただし、この場合は、採血等の実施に必要な条件を満たすこと。

2 対象者

肝炎ウイルス検査の対象者は、高知県内に住所を有する者で、肝炎ウイルス検査を希望する者とし、受診は、1人につき1回とする。

ただし、過去に県が実施した肝炎ウイルス検査を受けたことがある者、医療保険各法その他の法令に基づく保健事業等のサービスを受ける際に合わせて肝炎ウイルス検査に相当する検査を受けた者、検査を受けることを予定している者又は健康増進事業の対象者については除くものとするが、結果的に受けられなかった者及び再検査の必要性のある者については、この限りではない。

3 肝炎ウイルス検査の項目

肝炎ウイルス検査の項目は、B型肝炎ウイルス検査及びC型肝炎ウイルス検査とする。

(1) B型肝炎ウイルス検査

ア HBs抗原検査

凝集法で実施する。

委託医療機関において他の検査方法を用いる場合は、定性的な判断ができる検査方法を用いること。

(2) C型肝炎ウイルス検査

ア HCV抗体検査

E I A法（アキシム）で実施し高力価群、中力価群、低力価群に適切に分類する。

委託医療機関において他の検査方法を用いる場合は、H C V抗体検査として対外診断用医薬品の承認を受けた測定範囲が広く、高力価群、中力価群、低力価群に適切に分類することができるH C V抗体測定系を用いること。

なお、H B s抗原検査と同時に採血する場合は、同じ採血管を使用しても差し支えないこと。

イ H C V核酸増幅検査

H C V抗体検査により、中力価及び低力価と分類された検体に対してR T - P C R法により行う。

なお、この場合、他の採血管とは別に核酸増幅検査用の採血管を使用すること。

4 検査結果の判定（別紙1参照）

(1) B型肝炎ウイルス検査

ア H B s抗原検査

凝集法等を用いて、H B s抗原の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定する。

ただし、H B s抗原検査は、B型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定することが難しい場合があることに留意すること。

(2) C型肝炎ウイルス検査

ア H C V抗体検査

(ア) H C V抗体高力価

検査結果が高力価を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定する。

(イ) H C V抗体中力価及び低力価

検査結果が中力価及び低力価を示す場合は、H C V核酸増幅検査を行う。

(ウ) 陰性

各検査法でスクリーニングレベル以下を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定する。

イ H C V核酸増幅検査

H C V抗体検査により、中力価及び低力価とされた検体に対して、核酸増幅検査を行い、H C V - R N Aの検出を行い、検出された場合は「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、検出されない場合は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定する。

なお、いずれの検査についても、その結果の判定に当たっては、健診に携わる医師によって行うものであること。

5 指導区分

B型肝炎ウイルス検査において「陽性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者（以下「陽性者」という。）については、高知県肝疾患専門医療機関登録要領により県が登録している肝疾患専門医療機関（以下「専門医療機関」という。）での受診を勧奨する。

なお、医師が必要と判断した者については、必要な指導あるいは専門医療機関への受診勧奨のほか、本人の同意を得た上で下記第6に示すフォローアップを行う。

B型肝炎ウイルス検査において「陰性」と判定された者及びC型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された者については、検査結果と検査日を記録しておくことを勧奨する。

6 検査の手順

(1) 福祉保健所で実施する場合（別紙2参照）

ア 実施日

各福祉保健所において毎月数回の実施日を設定し、年度当初に実施計画を策定することとする。

イ 相談及び予約

肝炎ウイルス検査は、基本的に受診希望者が事前に福祉保健所に電話で連絡し、検査の予約を行い実施することとする。

なお、ウイルス肝炎の感染に不安を持つ者等が福祉保健所に来所した若しくは電話相談があった際は、福祉保健所の担当者は相談に応じるとともに検査の希望及び対象者であるか確認し、希望する場合は検査の予約を行う。

ウ 検体回収の依頼

検査の予約があった場合は、事前に福祉保健所担当者からスクリーニング検査委託機関へ電話連絡し、スクリーニング検査を依頼する。

エ 受付及び問診

福祉保健所は、検査当日の受付時に受診希望者に対し問診票（別添様式1）へ必要事項を記載してもらう。

なお、記載は予約時に福祉保健所職員が聞き取りにより行うことでもよい。

オ 採血及び検体の回収

福祉保健所は、受診希望者に検査希望を再度確認のうえ採血を行うとともに、検査依頼書（スクリーニング検査委託機関が用意する専用用紙）に必要事項を記入する。この際、検体の取り違えのないように注意する。

スクリーニング検査委託機関が回収で来所したときは、検体及び検査依頼書を手渡し、検査を依頼する。

カ スクリーニング検査委託機関での検査及び結果の報告

スクリーニング検査委託機関は、検査を実施し、検査依頼後6日以内に、検査を依頼した福祉保健所に結果報告書（スクリーニング検査委託機関の任意様式）により報告する。

再検査を要する場合は、検査依頼後6日以内にスクリーニング検査委託機関より福祉保健所に電話等により連絡することとする。

キ 受診者への検査結果の通知及び指導

福祉保健所は、受診者に対し検査結果を結果通知書（別添様式2）及び判定結果書（別紙1）により、郵送または来所によって直接告知する。

また、その際には、下記第6に示す陽性者のフォローアップ（初回調査）を行うとともに、検査費用の助成について周知を行うこと。

なお、通知に際しては、個人のプライバシーの保護に十分な注意を払うこと。

ク 検査件数及び相談件数等の報告

福祉保健所は、検査件数を月報（別添様式3）により健康対策課に報告する。

ケ スクリーニング検査委託機関への検査料金の支払

スクリーニング検査委託機関は、県に対して書面をもって3ヶ月分の委託料を請求し、県は、請求書を受理した日から30日以内に当該委託料をスクリーニング検査機関に支払うこととする。

(2) 委託医療機関で実施する場合

ア 実施日

委託医療機関において実施日時を設定し実施すること。

イ 受付

委託医療機関は、来所者から肝炎ウイルス検査の受診希望の申し出があった場合には、肝炎ウイルス検査問診票（別添様式4）に必要事項を記載し提出してもらうこと。

ウ 問診

委託医療機関は、受診希望者に対し過去の検査実施の有無、現在のB型及びC型肝炎治療の有無等について聴取し、検査の内容、結果の返し方、感染がわかった場合の専門医療機関への受診について説明を行うこと。

また、検査の実施に当たっては、必ず、本人の同意を得ること。

エ 検査結果の通知

委託医療機関は、検査を実施し、結果については別紙2を参考として指導区分を肝炎ウイルス検査問診票（別添様式4）に付し、コピーを取った後、原本を委託医療機関より受診者に速やかに通知すること。

また、その際には、下記第6に示す陽性者のフォローアップ及び検査費用の助成について周知を行うこと。

なお、通知に際しては、個人のプライバシーの保護に十分な注意を払うこと。

7 受診者からの検査料金の徴収

本要領に基づき行う検査に要した費用は、受診者からは徴収しないこと。

8 実施機関からの検査結果報告

実施機関は、県に対して、検査結果報告書を提出すること。

第5 B型及びC型肝炎ウイルスに関する相談事業

各福祉保健所において、B型及びC型肝炎ウイルスに関する一般的な相談に対応する。

第6 陽性者フォローアップ事業

1 陽性者のフォローアップ

(1) フォローアップの内容（別紙3参照）

各福祉保健所において、下記(2)に示す対象者の同意を得た上で、医療機関の受診状況等に関する内容の調査を定期的に行い、対象者の医療機関へ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専門医療機関の受診を勧奨する。

(2) フォローアップの対象者

ア 第4の肝炎ウイルス検査で判定された陽性者

イ 第6の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、職域で実施する肝炎ウイルス検査（以下「職域の肝炎ウイルス検査」という。）を受けた者などからの情報提供等により把握した陽性者

フォローアップに当たっては、個人情報取り扱いに留意のうえ、必要に応じ適宜県内の市町村や保健所設置市（以下「市町村等」という。）の健康増進事業担当部局等と連携を図るとともに、その実施においては、肝疾患診療連携拠点病院や市町村等の適当と認められる実施機関に委託することができる。

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こととする。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陽性者フォローアップの対象とすることができることとする。

(3) フォローアップの手順

ア 対象者把握時の初回調査及び意向確認

福祉保健所は、フォローアップの対象者を把握した場合は、初回調査として訪問等により、専門医療機関への受診指導を行うとともに、上記(2)ア及びウで把握した対象者には、陽性者フォローアップ事業の周知を行い、参加同意書（別添様式5）により事業への参加の本人同意を得る。

また、下記イによるフォローアップの連絡日時について確認をしておくこと。

イ フォローアップの実施

陽性者フォローアップ事業への参加同意が得られた者には、以下によりフォローアップを行う。

(ア) 直近の検査で初めて陽性と確認された者への対応

福祉保健所は、初回調査時に確認した連絡日時に訪問等を行い、医療機関の受診状況等に関する調査票（別添様式6）に示す内容を聞き取る。

医療機関への受診（精密検査の受診）が確認された場合は、次回以降（イ）に示す対応を行う。

医療機関への受診が確認されなかった場合は、受診予定日を再度確認し、同様に受診状況の確認を行う。

(イ) 精密検査受診済の者（経過観察者等）への対応

福祉保健所は、医療機関への受診（精密検査の受診）を確認後、年1回程度、訪問等により、医療機関の受診状況等に関する調査票（別添様式6）に示す内容を聞き取る。

調査は、抗ウイルス療法による治療が完了するまで実施する。

なお、対象者が希望する場合は、抗ウイルス療法による治療が完了した後も調査を継続してもよい。

2 初回精密検査費用及び定期検査費用の助成（別紙4参照）

(1) 助成の内容

ア 助成範囲

対象者が専門医療機関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 助成額

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(ア)に規定する額から(イ)に規定する額を控除した額とする。

(ア) 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

(イ) 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、(5)のイの(エ)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) 費用助成の対象者

ア 初回精密検査

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年以内に本事業における肝炎ウイルス検査、健康増進事業の肝炎ウイルス検査、職域の肝炎ウイルス検査又は医療機関で実施した肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者

(ウ) 第6の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

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世帯あたりの市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の者

(エ) 第6の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。

(オ) 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

ア 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 -GT、総コレステロール、AST、ALT、LD）

(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））

イ 定期検査

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び上記ア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) 助成回数

ア 初回精密検査

1回（第6の2（3）に示す各検査1回分とし、検査日が異なる場合は、それぞれの初診料（再診料）及び判断料は重複して算定できる）

イ 定期検査

アの検査を含んだ場合でも1年度2回（第6の2（3）に示す各検査1回分とし、検査日が異なる場合は、それぞれの初診料（再診料）及び判断料は重複して算定できる。また、以前に定期検査費用の支払いを受けた者は、直近の申請日以降に受けた検査を対象とする。）

(5) 検査費用の申請について

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、以下の（ア）の書類に（イ）から（オ）に掲げる関係書類を添付して知事に申請するも

のとする。

(ア) 肝炎検査費用申請書（別添様式7-1）

(イ) 専門医療機関の領収書及び診療明細書

(ウ) 肝炎ウイルス検査の結果通知書

医療機関が発行する氏名、検査日、検査結果が記載された検査結果表で可とする。

(エ) 職域健診検査証明書（別添様式7-2）

対象者が保有している場合に限る。

職域健診検査証明書の添付がなく、対象者が職域の肝炎ウイルス検査を受けたことを確認出来ない場合で、対象者本人の同意が得られた場合は、別添様式7-3により県から医療機関に照会を行い、その回答を代用することも可とする。

(オ) フォローアップの参加同意書（別添様式5）

イ 定期検査

申請者は、以下の（ア）の書類に（イ）から（オ）に掲げる関係書類を添付して知事に申請するものとする。また、初回精密検査の費用助成を利用しておらず、初めて定期検査の費用助成を利用する者は、上記にフォローアップの参加同意書（別添様式5）を添えること。

(ア) 肝炎検査費用申請書（別添様式7-4）

(イ) 専門医療機関の領収書及び診療明細書

(ウ) 対象者及び対象者と同一世帯に属する全員の記載のある住民票の写し

(エ) (ウ)の全員の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し。ただし、知事が第7の2に定める要件に該当し、その適用を受けようとする場合は、市町村民税額合算対象除外希望申立書（別添様式8）を提出しなければならない。また、市町村民税課税年額の算定に当たって調整を希望するものは、世帯調書（別添様式9）を提出しなければならない。

(オ) 専門医療機関の医師（日本肝臓学会または日本消化器病学会の専門医）が記載した診断書（別添様式10）。

(カ) 対象者は申請の際、上記（ウ）及び（エ）に寄らず、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 医師の診断書

以前に同じ都道府県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。）又は1年以内に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希望申請書

以下に該当する場合において、従前に都道府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都道府県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) 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場合

(6) 検査費用の支払いについて

知事は、申請を受けたときは、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

1 関係機関との連携等

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と。

2 市町村民税額合算対象除外希望申立書提出の要件

- (1) 配偶者以外の者であって、受給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ものであること。
- (2) (1)の「相互に地方税法上及び医療保険上の扶養家族にない」とは、次のいずれをも満たすものとする。
 - ア 地方税法上の扶養関係にない
市町村民税課税の際、受給者及び配偶者が除外対象の被扶養者とされておらず、かつ、除外対象者が受給者又はその配偶者の被扶養者とされていないこと。
 - イ 医療保険上の扶養関係にない
受給者及び配偶者が控除対象者の加入する健康保険の被扶養者でなく、かつ、除外対象者が受給又はその配偶者の加入する健康保険の被扶養者でないこと。なお、国民健康保険・長寿医療制度は、個人単位の加入であるため、その被保険者は、他の世帯員と医療保険上の扶養関係にないものとする（国民健康保険における退職被保険者及び退職被保険者の被扶養者を除く。）。
- (3) 申請者は、知事の求めに応じ、(1)の要件を満たすことを証明する書類を提出すること。

第8 その他

この要領に定めのない事項及び疑義が生じたときは、関係者が協議のうえ定めるものとする。

附 則

(施行期日)

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

(旧要領の廃止)

平成17年4月1日付けで制定施行された高知県ウイルス肝炎対策に係るスクリーニング検査事業実施要領及び平成20年5月1日付けで制定施行された高知県・高知市緊急肝炎ウイルス検査事業実施要領は、廃止する。

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4月9日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年6月1日から施行する。

ただし、精密検査費用の助成対象については、平成28年4月1日に遡って適用する。

附 則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和3年1月18日から施行する。

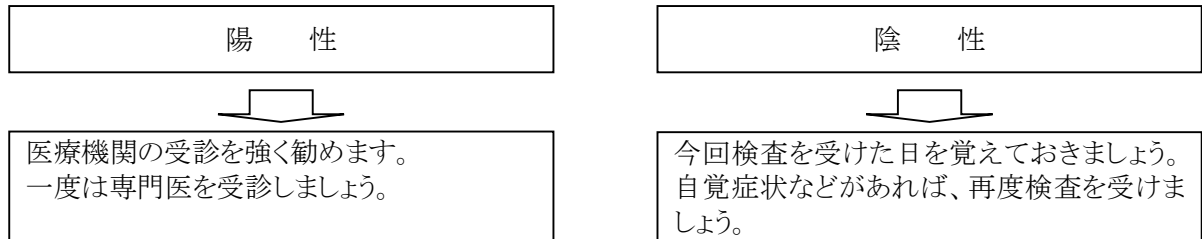
(別表)

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(所得税)課税年額が235,000円未満の世帯に属するもの	2,000円	3,000円
乙	住民税非課税世帯に属する者	0円	0円

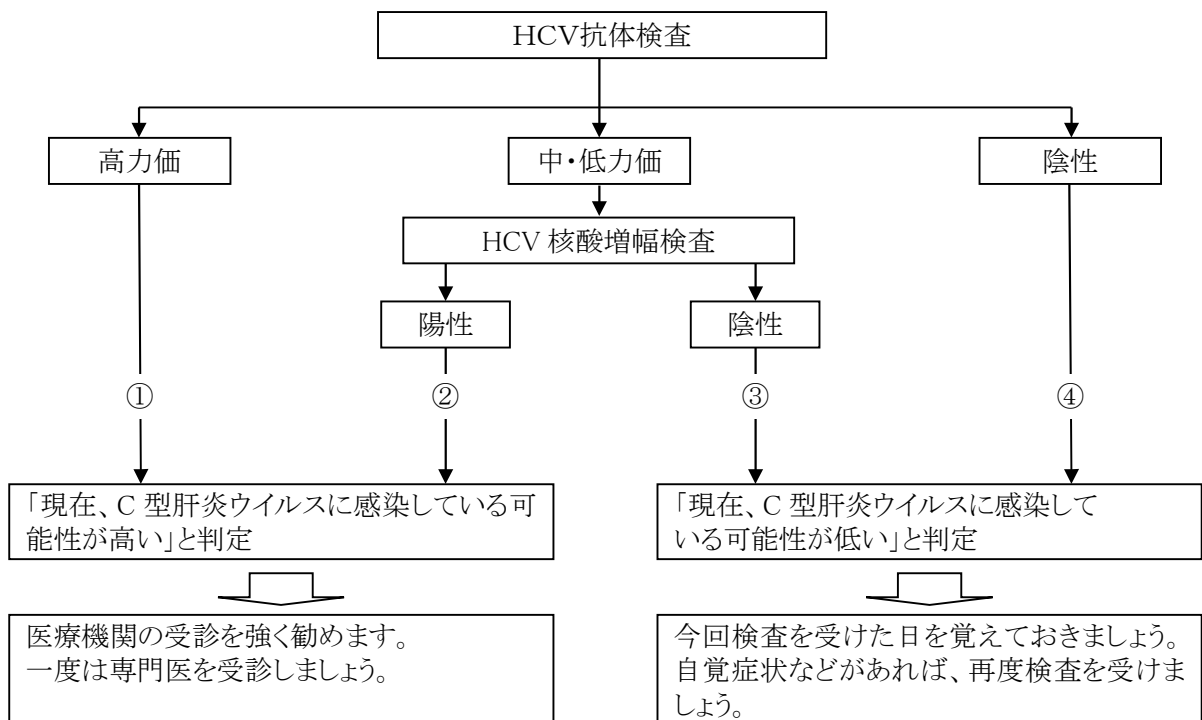
肝炎ウイルス検査結果の判定方法

● B型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査）結果の判定



● C型肝炎ウイルス検査結果の判定

1. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました。
判定理由 ① ②
2. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されました。
判定理由 ③ ④



<注意事項>

B型肝炎ウイルス検査が陰性となった場合にも、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス（HCV）に感染することはほとんどないことがわかっています。したがって、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところ、上図に示す手順を踏んだ検査を1回受ければよいとされています。

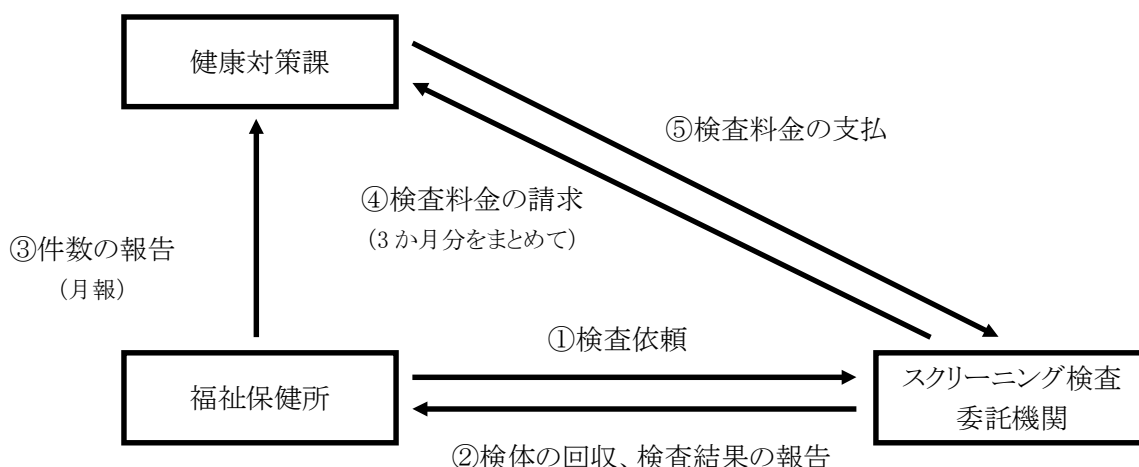
なお、2. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス（HCV）以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス（HCV）に感染する場合（きわめてまれとされています。）があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

福祉保健所での肝炎ウイルス検査の手順

1 受付・採血・相談機関

福祉保健所名 住 所	電話番号 (FAX番号)	ウイルス肝炎検査 受付日時
安芸福祉保健所 安芸市矢ノ丸1丁目4-36	0887-34-3177 (0887-34-3170)	第2・4木曜日 13:00～15:00(予約制)
中央東福祉保健所 香美市土佐山田町山田1128-1	0887-53-3173 (0887-52-4561)	第1・3木曜日 13:30～15:00(予約制)
中央西福祉保健所 高岡郡佐川町甲1243-4	0889-22-1249 (0889-22-9031)	第1・3火曜日 13:00～15:00(予約制)
須崎福祉保健所 須崎市東古市町6-26	0889-42-1875 (0889-42-8924)	第1月曜日13:00～15:00(予約制) 第3月曜日13:00～15:00、 17:30～18:30(予約制)
幡多福祉保健所 四万十市中村山手通19	0880-34-5120 (0880-35-5980)	第1・3火曜日 13:30～15:00(予約制)

2 検査に係るフロー図



※検体の回収、検査結果の報告

○検体は、次の福祉保健所で回収する。

- 安芸福祉保健所
- 中央東福祉保健所
- 中央西福祉保健所
- 須崎福祉保健所
- 幡多福祉保健所

○検査結果は、依頼福祉保健所に報告する。

福祉保健所での陽性者フォローアップの手順

肝炎ウイルス検査を受け新たに陽性と判定された者や、過去の検査により陽性と判定された後医療につながっていない者等の陽性者に対し、精密検査の受診勧奨、その後の経過観察や治療状況の確認等を下記のフローチャートを参考に行うことにより、医療機関の未受診あるいは受療中断の防止を図る。

なお、陽性者のフォローアップについては、原則、肝疾患の治療開始が確認されるまでとする。

① 対象者の把握

- ・福祉保健所での肝炎ウイルス検査で判定された陽性者
- ・医療機関や市町村等から福祉保健所への情報提供により把握した陽性者
- ・検査費用の助成の申請により把握した陽性者
- ・委託医療機関での肝炎ウイルス検査で判定された陽性者
- ・医療機関や市町村等から本庁への情報提供により把握した陽性者

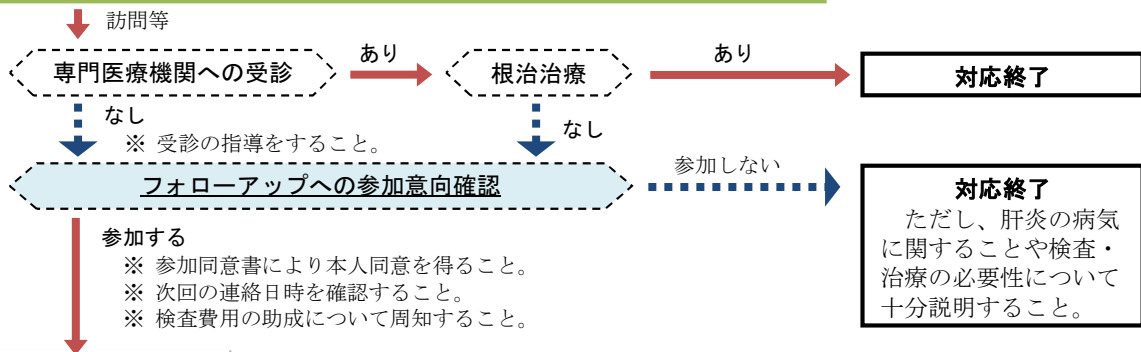
※ 対象者把握後速やかに実施

② 初回面接

- 専門医療機関への受診指導または受療状況の聞き取り
- フォローアップ事業の周知及び参加意向確認
 - ・事業の概要を周知し、参加同意書（別添様式5）により本人同意を得る。

報告

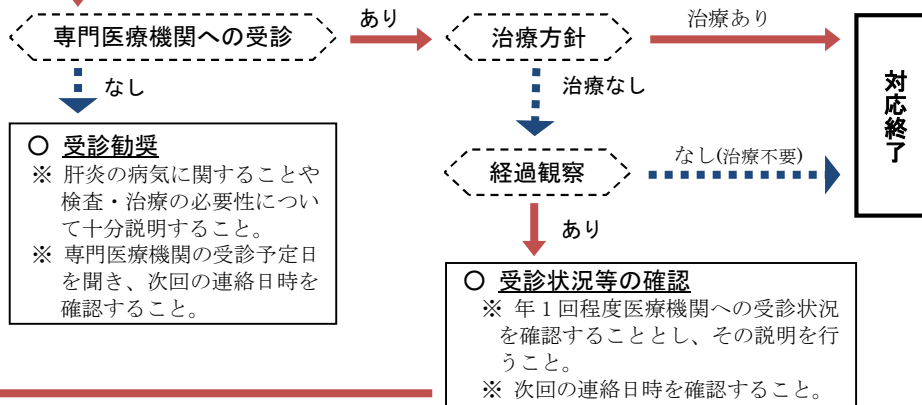
実施後直ぐに初回面接の結果を別添様式6_1により本庁へ報告



③ フォローアップ

- 専門医療機関での精密検査受診までは適宜実施
- 精密検査受診後の経過観察の確認は年1回程度実施

訪問等(別添様式6_2による郵送調査も可)



報告

実施後直ぐにフォローアップの結果を別添様式6_1により本庁へ報告

※ 本庁において結果を台帳管理する。

検査費用助成の手順

フォローアップの対象者が**肝疾患専門医療機関**において初回精密検査又は定期検査を受診し、医療保険各法等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。
 なお、助成回数は**初回精密検査は1回、定期検査は初回精密検査を含んだ場合でも年2回（世帯あたりの市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の者）**とする。

① 対象者

○ 初回精密検査

- 以下の全ての要件に該当する者
- ・医療保険各法等の規定による被保険者、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
 - ・1年以内に県、市町村、医療機関又は職域健診で実施した肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者
 - ・フォローアップに同意した者

○ 定期検査

- 以下の全ての要件に該当する者
- ・医療保険各法等の規定による被保険者、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
 - ・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）
 - ・住民税非課税世帯に属する者
 - ・フォローアップに同意した者
 - ・肝炎治療費助成受給者証の交付を受けていない者

← 周知

県ホームページ・広報、
 県及び市町村のフォローアップ時の説明、
 肝疾患専門医療機関でのポスター等掲示 等

→ 周知

精密検査受診

② 初回精密検査費用の請求

○ 対象者は県福祉保健所・県健康対策課に以下の書類を提出（郵送可）

- ・肝炎検査費用請求書（別添様式7-1）
 - ・医療機関の領収書、診療明細書
 - ・肝炎ウイルス検査の結果通知書
 - ・フォローアップの参加同意書（別添様式5）
※県のフォローアップ同意者は省略可
 - ・職域健診検査証明書
- ※対象者が保有している場合に限る

検査費用の支払（県健康対策課）

※助成対象費用

初診料（再診料）及び下記の検査に関連すると県が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

- ・血液形態・機能検査、出血・凝固検査、血液化学検査、腫瘍マーカー、肝炎ウイルス関連検査、微生物核酸同定・定量検査、超音波検査
- ・肝硬変・肝がんの場合は、CT撮影又はMRI撮影（造影剤の加算も可）

※ フォローアップにより治療状況確認（各福祉保健所）

根治治療の開始

あり

治療後の経過観察

なし

↓ なし

定期検査費用助成の対象者？

いいえ

↓ はい

約1年後に定期検査費用の助成について連絡（県健康対策課）

定期検査受診

対応終了

※未治療の場合は、引き続きフォローアップを実施

③ 定期検査費用の請求

○ 対象者が直接、県健康対策課に以下の書類を提出（郵送可）

- ・肝炎検査費用請求書（別添様式7-4）
 - ・医療機関の領収書、診療明細書
 - ・医師の診断書※1（別添様式10）
 - ・世帯全員の住民票の写し及び世帯全員の市町村民税の課税年額証明書※2
 - ・フォローアップの参加同意書（別添様式5）
- ※初回精密検査の費用助成時等で、既に県のフォローアップに同意している者は省略可

※1、※2は要件を満たせば省略可

肝炎ウイルス検査問診票

氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日

住所

- 1 あなたは、次のどの血液検査を受けますか。
 - ① B型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査)
 - ② C型肝炎ウイルス検査

- 2 1の血液検査を受ける理由は、次のどれですか。(複数回答可)
 - ① 1992(平成4)年以前に輸血を受けたことがある
【いつ頃・どこで】
 - ② 長期に血液透析を受けている(受けたことがある)
 - ③ 輸入非加熱血液凝固因子製剤を投与したことがある
 - ④ ③と同様のリスクを要する非加熱凝固因子製剤を投与したことがある
 - ⑤ フィブリノゲン製剤(フィブリン糊としての使用を含む。)を投与したことがある
【いつ頃・どこで】
 - ⑥ 大きな手術を受けたことがある
【いつ頃・どこで】
 - ⑦ 臓器移植を受けたことがある
【いつ頃・どこで】
 - ⑧ 薬物乱用者、入れ墨をしている
 - ⑨ ボディピアスを施している
 - ⑩ 感染の不安があるから
 - ⑪ その他(過去に健康診断等で肝機能検査の異常を指摘されているにも関わらず、その後肝炎の検査を実施していない等)

3. 検査結果方法は、次のどれですか。
 - ① 郵送にて
 - ② 来所にて

別添様式2

肝炎ウイルス検査結果用

※「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」、「陽性」と判定された者については、別に医療機関への紹介状を添付する。

年 月 日

受診者名 様

福祉保健所長

肝炎ウイルス検査の結果について

あなたの肝炎ウイルス検査の結果を下記のとおりお知らせいたします。

記

1 採血日

年 月 日

2 肝炎ウイルス検査結果（必ず別紙1もお読みください）

■ B型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査）

- 1 陽性
- 2 陰性

■ C型肝炎ウイルス検査

- 1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い
- 2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い

※判定結果は別紙1「C型肝炎ウイルス検査」の判定理由 によります。

■ 指導区分

1 要指導

この結果通知書と健康保険証を持参し、かかりつけ医等精密検査の実施可能な医療機関を受診してください。

2 特になし

FAX 送信書

送信先 健康対策課感染症担当
FAX番号 088-873-9941

送信日 年 月 日
送信元 福祉保健所

年 月分報告書

(1) HIV抗体検査等実施件数

検査項目		スクリーニング検査		確認検査WB法		陽性者		電話・来所相談	
		日中	夜間等 その他	日中	夜間等 その他	日中	夜間等 その他	日中	夜間等 その他
HIV抗体 検査	通常								
	即日								
クラミジア抗体検査				/				/	
梅毒検査				/				/	

(2) HIV抗体検査等（スクリーニング検査）受検者内訳

	男 性				女 性							
	10～19歳(人)	20～29歳(人)	30～39歳(人)	40～49歳(人)	50～59歳(人)	60歳以上(人)	10～19歳(人)	20～29歳(人)	30～39歳(人)	40～49歳(人)	50～59歳(人)	60歳以上(人)
HIV												
クラミジア												
梅毒												

(3) ウイルス肝炎検査実施件数

HCV抗体検査（件数）				HBs抗原検査（数）		電話・来所相談
高力価①	HCV核酸増幅検査		陰性④⑤	陽性	陰性	
	陽性②	陰性③				

※HCV抗体検査の①～⑤は、検査報告書のクラス判定(1)～(5)と一致します。

(4) 腸内細菌検査：感染症発生時等における福祉保健所での検査数

検体名	(例) 赤痢			
総検体数				

(5) 感染症発生時（勧告等）の書面通知数 ※結核を除く

	健康診断	入院	就業制限	合計
総通知数				

肝炎ウイルス検査問診票

肝炎ウイルス検査を希望される方は、以下の項目についてご記入ください。

検査日： 年 月 日

氏名	ふりがな	性別	生年月日	年 月 日		
		男・女		年	月	日
住所	〒 高知県			TEL	年 月 日	
問診欄	<p>該当する□にレ印をいれ、()に数字を記入してください。</p> <p>1. 現在または過去に、B型肝炎又はC型肝炎の治療を受けていますか。 <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>わからない <input type="checkbox"/>はい(年頃 ; B型・C型) → 検査対象外</p> <p>2. 過去に、B型肝炎又はC型肝炎といわれたことがありますか。 <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>わからない <input type="checkbox"/>はい(年頃 ; B型・C型) → 検査対象外</p> <p>3. これまでC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 (5年以内に献血や手術をした方は、検査をしていると考えられます。) <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>わからない <input type="checkbox"/>はい(年頃) → 検査対象外</p> <p>4. 肝炎ウイルス検査の目的等について理解した上で、B型肝炎ウイルス検査及びC型肝炎ウイルス検査を希望しますか。</p> <p><input type="checkbox"/>B型・C型肝炎ウイルス検査を希望する <input type="checkbox"/>B型肝炎ウイルス検査を希望する <input type="checkbox"/>C型肝炎ウイルス検査を希望する</p> <p>* 検査の結果によっては、高知県福祉保健所の保健師からお電話をさせていただくことがありますのでご了承ください。</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (自署してください)</p>					
	* ここから下は記入の必要はありません。					

肝炎ウイルス検査結果(医療機関記入欄) HCV抗体検査陽性の場合は()内に力価を記入してください。

HCV抗体検査			HBs抗原検査		
高力価 ()	中力価・低力価()		陰性	陽性	陰性
	HCV核酸増幅検査				
	陽性	陰性			
A	B	C	D	E	F
<p>現在、「C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました</p>			<p>現在、「C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されました</p>		
			陽性		陰性
医療機関名			医師名		

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

肝炎に感染した場合、自覚症状がないまま病気が進行し、慢性肝炎、肝硬変、肝がんへと重症化する可能性があります。

そのため、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。

高知県では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。

フォローアップ事業へご参加いただいた場合、年1回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させていただきます。

また、必要に応じて電話等でご連絡を差し上げる場合があります。

本事業にご参加いただいた方には、随時必要な相談支援を行うほか、肝疾患治療の最新情報や相談会・講習会等のご案内を差し上げます。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、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。

下記のいずれかにチェックをつけて、必要事項をご記入の上、ご提出ください。

フォローアップに同意する

フォローアップに同意しない

氏名（自署）： _____ 性別： 男 ・ 女

生年月日： _____ 年 月 日 電話番号： _____ - _____

住 所： 〒 _____

【同意書の提出先及びお問い合わせ先】

〒〇〇〇-〇〇〇〇 高知県〇〇市〇〇町〇-〇-〇

高知県〇〇福祉保健所（TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇）

医療機関の受診状況等に関する調査票

氏名		Q1. 検査結果が分かっているか	Q2. 医療機関を受診したか (過去1年以内)	Q3. (Q2で「はい」の場合) 説明を受けた病状	Q4. (Q2で「はい」の場合) 現在の治療状況と今後の予定	指導内容・補足・課題等 (医療機関との関わり等)
ID		[] 知らない・忘れた	[] はい	[] 無症候性キャリア	[] 肝臓の治療を受けている	
性別	年齢	[] 分かっている	直近の受診日 (年 月 日)	[] 慢性肝炎	[] インターフェロン治療-3剤	
住所 (TEL)			医療機関名 ()	[] 肝硬変	[] インターフェロン治療-2剤	
検査日			[] いいえ	[] 肝がん	[] インターフェロンフリー治療	
検査場所			受診をしていない理由 ()	[] その他	[] 核酸アナログ製剤治療	
ウイルス型				()	[] その他	
対応日					()	
対応者					[] 肝臓の治療を受けていない	
対応方法					[] 核酸アナログ製剤治療	
					[] その他	
					()	
氏名		Q1. 検査結果が分かっているか	Q2. 医療機関を受診したか (過去1年以内)	Q3. (Q2で「はい」の場合) 説明を受けた病状	Q4. (Q2で「はい」の場合) 現在の治療状況と今後の予定	指導内容・補足・課題等 (医療機関との関わり等)
ID		[] 知らない・忘れた	[] はい	[] 無症候性キャリア	[] 肝臓の治療を受けている	
性別	年齢	[] 分かっている	直近の受診日 (年 月 日)	[] 慢性肝炎	[] インターフェロン治療-3剤	
住所 (TEL)			医療機関名 ()	[] 肝硬変	[] インターフェロン治療-2剤	
検査日			[] いいえ	[] 肝がん	[] インターフェロンフリー治療	
検査場所			受診をしていない理由 ()	[] その他	[] 核酸アナログ製剤治療	
ウイルス型				()	[] その他	
対応日					[] 肝臓の治療を受けていない	
対応者					[] 核酸アナログ製剤治療	
対応方法					[] その他	
					()	
氏名		Q1. 検査結果が分かっているか	Q2. 医療機関を受診したか (過去1年以内)	Q3. (Q2で「はい」の場合) 説明を受けた病状	Q4. (Q2で「はい」の場合) 現在の治療状況と今後の予定	指導内容・補足・課題等 (医療機関との関わり等)
ID		[] 知らない・忘れた	[] はい	[] 無症候性キャリア	[] 肝臓の治療を受けている	
性別	年齢	[] 分かっている	直近の受診日 (年 月 日)	[] 慢性肝炎	[] インターフェロン治療-3剤	
住所 (TEL)			医療機関名 ()	[] 肝硬変	[] インターフェロン治療-2剤	
検査日			[] いいえ	[] 肝がん	[] インターフェロンフリー治療	
検査場所			受診をしていない理由 ()	[] その他	[] 核酸アナログ製剤治療	
ウイルス型				()	[] その他	
対応日					[] 肝臓の治療を受けていない	
対応者					[] 核酸アナログ製剤治療	
対応方法					[] その他	
					()	

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、高知県肝炎ウイルス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】

高知県健康政策部健康対策課 (TEL 088-823-9677)

高知県〇〇福祉保健所〇〇課 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

【肝炎に関するご相談窓口】

高知大学医学部附属病院肝疾患相談センター (TEL 088-880-2338)

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: 年 月 頃 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。

- 無症候性キャリア (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
 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 ()
- 肝臓病の治療は受けていない。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: 頃)
 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。

お名前 (またはID): _____ 記載年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

肝炎検査費用申請書（初回精密検査）

申請金額： _____ 円

_____ 年 _____ 月 _____ 日

高知県知事 様

肝炎検査（初回精密検査）に要した費用を上記のとおり申請します。

(申請者) 住所： _____

氏名： _____

電話番号 _____ - _____

(対象者との続柄： _____)

フリガナ				性 別	生 年 月 日		
対象者氏名				男 女	年 月 日生		
住 所	〒 _____ 電話番号 (_____)						
対象者の 加入医療 保険	被保険者 氏 名			対 象 者 との続柄			
	保険種別	協・組・共・国・後		被保険者証 の記号・番号			
	被保険者証 発行機関名						
	所 在 地						
振込口座 (申請者名 の口座)	フリガナ						
	口座名義						
	金融機関名				店舗名		
	口座種別	普通・当座			口座番号		
受診した 検査の種類	<input type="checkbox"/> 県福祉保健所もしくは高知市保健所の無料の肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 県が各イベント会場で行った無料の肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 市町村が特定健診に合わせて行った肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 職域健診で実施された肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 医療機関で受診した無料の肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 医療機関への入院時や手術時に有料（保険診療含む）で行った肝炎ウイルス検査						
職場健診の 場合の照会	<input type="checkbox"/> 高知県が、職域健診で受診した肝炎ウイルス検査であるかどうか確認するため 必要があるときは、上記対象者が肝炎ウイルス検査を受けたかどうかについ て、添付の肝炎ウイルス検査結果通知書に記載の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。						

※本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、肝炎ウイルス検査の結果通知書、職域健診検査証明書（対象者が保有している場合に限る）及び陽性者フォローアップの同意書を添付してください。

※「職域健診の場合の照会」の欄には、対象者本人が同意する場合にレ印を記入してください。

※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、その費用は自己負担となります。

職域健診検査証明書

下記の者について、当医療機関において、職域健診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

氏 名： _____

検査番号： _____

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。検査番号に代えて、住所、性別及び生年月日を記載することができる。

※ 氏名は、記載を省略することができる。ただし、検査番号に代えて住所等を記載する場合を除く。

※ 検査日は、記載を省略することができる。

年 月 日

医療機関名： _____

所在地： _____

電話番号： _____

(注)

※ 本証明書は、職域健診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、高知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、高知県又は市町村が行う医療機関受診状況のフォローアップ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、高知県健康政策部健康対策課の肝炎対策担当にお問い合わせ下さい。

(医療機関名) 御中

職域健診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、高知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、職域健診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

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男女	年月日生
住所	〒 -		
検査日	年月日	検査結果通知日	年月日

年 月 日

高知県健康政策部〇〇課 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、返信してください。

上記の者は、当医療機関で職域健診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、当医療機関で職域健診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： _____

肝炎検査費用申請書（定期検査）（ 年度 回目）

申請金額： _____ 円

年 月 日

高知県知事 様

肝炎検査（定期検査）に要した費用を上記のとおり申請します。

（申請者）住所： _____

氏名： _____

電話番号 - -
（対象者との続柄： ）

フリガナ				性別	生年月日		
対象者氏名				男女	年 月 日生		
住所	〒 _____						
	電話番号 ()						
対象者の加入医療保険	被保険者氏名				対象者との続柄		
	保険種別	協・組・共・国・後			被保険者証の記号・番号		
	被保険者証発行機関名						
	所在地						
振込口座 (申請者名の口座)	フリガナ						
	口座名義						
	金融機関名				店舗名		
	口座種別	普通・当座			口座番号		
省略書類	<ul style="list-style-type: none"> ・以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、又は1年以内に肝炎治療特別促進事業で医師の診断書を提出した場合(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。) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 医師の診断書 ・同一年度内で、2回目の申請又は肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付の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 <ul style="list-style-type: none"> <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等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 ・以前の申請時に以下の書類を提出したことがある場合 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書 						

※ 「世帯全員」とは、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員のことをいいます。

※ 本請求書に医療機関の領収書、診療明細書、世帯全員の住民票の写し、世帯全員の市町村民税の課税年額証明書及び医師の診断書を添付してください。

なお、上記要件に該当する場合は、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、その費用は自己負担となります。

市町村民税額合算対象除外希望申立書

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又は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

(ふりがな) 除外希望者氏名	申請者との続柄

(ふりがな)

申請者氏名 _____

世 帯 調 書

(18 歳以下用)

申請者氏名						
(1) 肝炎治療受給者の属する世帯員	18歳以下の世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職業	税法上の扶養者氏名

(2) 世帯外18歳以下の扶養親族	氏名・住所		続柄	性別	生年月日	職業	税法上の扶養者氏名
	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						

【記入上の注意】

- 1 前年の状況について記入してください。
- 2 同一世帯員が、18歳以下の者を税法上扶養している場合のみ記入してください。
- 3 「税法上の扶養者氏名」欄には、前年の所得税の申告（扶養控除申告や確定申告等）において、当該世帯員を扶養控除対象扶養親族として申告した者の氏名を記入してください。
- 4 続柄の欄は、申請者からみた続柄を記入してください。
- 5 添付書類だけでは市町村民税課税年額の算定に必要な扶養親族の情報が得られない場合は、居住する市町村に照会させていただきますので、以下の同意をお願いします。

市町村民税課税年額の算定に必要な扶養親族に関する情報を高知県が市町村から情報収集することについて同意します。

ウイルス性肝炎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	年月日生
住所	〒 ー 電話番号 ()		
肝炎ウイルスマーカー	<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もよいです。</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー (HBs 抗原陽性 ・ HBV-DNA 陽性) <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー (HCV 抗体陽性 ・ HCV-RNA 陽性)</p>		
診断	<p>該当する診断名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。			
		記載年月日	年 月 日
医療機関名及び所在地			
医師氏名			

※ 高知県に登録されている肝疾患専門医療機関の専門医によるものに限りません。

※ 「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してください。