

【初回精密検査】

区分	内 容																					
対 象 者	山口県内に住所を有し、以下の全てに該当するもの <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1年以内に県・各市町・職域検査・妊婦健診・手術前検査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 <input type="checkbox"/> 県(下関市に住所を有する者は下関市)又は市町が実施するフォローアップ事業に同意した者																					
助成対象費用 (助成対象となる検査等)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項 目</th> <th>検 査 内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>初診料（再診料）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ウイルス疾患指導料</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>血液形態・機能検査</td> <td>末梢血液一般検査、末梢血液像</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>出血・凝固検査</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>血液化学検査</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>腫瘍マーカー</td> <td>AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>肝炎ウイルス関連検査</td> <td>HBs抗原、HBs抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>微生物核酸同定・定量検査</td> <td>HBV核酸定量、HCV核酸定量</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>超音波検査</td> <td>断層撮影法（胸腹部）</td> </tr> </tbody> </table>		項 目	検 査 内 容	<input type="checkbox"/> 初診料（再診料）		<input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料		<input type="checkbox"/> 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量	<input type="checkbox"/> 超音波検査	断層撮影法（胸腹部）
	項 目	検 査 内 容																				
	<input type="checkbox"/> 初診料（再診料）																					
	<input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料																					
	<input type="checkbox"/> 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像																				
	<input type="checkbox"/> 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																				
	<input type="checkbox"/> 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																				
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量																				
	<input type="checkbox"/> 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																				
<input type="checkbox"/> 微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量																					
<input type="checkbox"/> 超音波検査	断層撮影法（胸腹部）																					
※上記に関連する費用として県が認めた費用。ただし医師が必要と判断したものに限る。																						
対象回数	初回1回のみ																					
医療機関	山口県肝疾患診療連携拠点病院、山口県肝疾患専門医療機関、県に登録した日本肝臓学会認定肝臓専門医の常勤医療機関																					
申 請 書	申請書（別記第1-1号様式） 【添付書類】 <input type="checkbox"/> 医療機関の領収書、 <input type="checkbox"/> 診療明細書、 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査の結果通知書(妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、母子健康手帳により検査日等が確認できない場合に限る) ※1 職域の肝炎ウイルス検査で陽性と判定された者 <input type="checkbox"/> 職域検査受検証明書（保有している場合） ※2 妊婦健診の肝炎ウイルス検査で陽性と判定された者 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページの写し ※3 手術前の肝炎ウイルス検査で陽性と判定された者 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書																					
申請窓口	県健康福祉センター（下関市内に居住する者は下関保健所）																					
助 成 額	助成対象費用の自己負担分として支払った費用を助成 ※医療機関によっては、診療明細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。																					
支払方法	償還払い（申請者の口座に振り込み） ※医療機関でいったんは助成対象費用（各種保険の自己負担分）を支払っていただき、その後、県に助成額を申請し、承認されると助成額が支払われる仕組みです。																					

<申請窓口>

お住まいの市町	最寄りの健康福祉センター等		
岩国市、和木町	岩国健康福祉センター	岩国市三笠町 1-1-1	0827-29-1523
柳井市、周防大島町、上関町、田布施町、平生町	柳井健康福祉センター	柳井市南町 3-9-3	0820-22-3631
周南市、下松市、光市	周南健康福祉センター	周南市毛利町 2-38	0834-33-6425
山口市	山口健康福祉センター	山口市吉敷下東 3-1-1	083-934-2531
防府市	山口健康福祉センター 防府支所	防府市駅南町 13-40	0835-22-3740
宇部市、美祢市、山陽小野田市	宇部健康福祉センター	宇部市琴芝町 1-1-50	0836-31-3202
長門市	長門健康福祉センター	長門市東深川 1344-1	0837-22-2811
萩市、阿武町	萩健康福祉センター	萩市江向 531-1	0838-25-2667
下関市	下関市立下関保健所	下関市南部町 1-1	083-231-2664

【定期検査】

区 分	内 容																				
対 象 者	山口県内に住所を有し、以下の全てに該当するもの <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 県(下関市に住所を有する者は下関市)又は市町が実施するフォローアップ事業に同意した者 <input type="checkbox"/> 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																				
助成対象費用 (助成対象となる検査等)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">項 目</th> <th style="background-color: #f4a460;">検 査 内 容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>初診料（再診料）</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ウイルス疾患指導料</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>血液形態・機能検査</td> <td>末梢血液一般検査、末梢血液像</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>出血・凝固検査</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>血液化学検査</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>腫瘍マーカー</td> <td>AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>肝炎ウイルス関連検査</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>微生物核酸同定・定量検査</td> <td>HBV核酸定量、HCV核酸定量</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>超音波検査</td> <td>断層撮影法（胸腹部）</td> </tr> </tbody> </table> <p>※上記に関連する費用として県が認めた費用。ただし医師が必要と判断したものに限る。 ※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も可。 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。</p>	項 目	検 査 内 容	<input type="checkbox"/> 初診料（再診料）		<input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料		<input type="checkbox"/> 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量	<input type="checkbox"/> 超音波検査	断層撮影法（胸腹部）
項 目	検 査 内 容																				
<input type="checkbox"/> 初診料（再診料）																					
<input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料																					
<input type="checkbox"/> 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像																				
<input type="checkbox"/> 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																				
<input type="checkbox"/> 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																				
<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量																				
<input type="checkbox"/> 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																				
<input type="checkbox"/> 微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量、HCV核酸定量																				
<input type="checkbox"/> 超音波検査	断層撮影法（胸腹部）																				
対象回数	年2回（初回精密検査を含む）																				
医療機関	山口県肝疾患診療連携拠点病院、山口県肝疾患専門医療機関、県に登録した日本肝臓学会認定肝臓専門医の常勤医療機関																				
申 請 書	申請書（別記第2号様式） 【添付書類】 <input type="checkbox"/> 医療機関の領収書 <input type="checkbox"/> 診療明細書 <input type="checkbox"/> 世帯構成員の住民票の写し（発行から3か月以内） <input type="checkbox"/> 世帯構成員の課税等証明書等（必要により市町村民税額合算対象除外希望申請書）又は住民税非課税証明書（発行から3か月以内） ※ただし、住民票の写し、課税等証明書等又は住民税非課税証明書については、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は、該当書類を省略することができます。 <input type="checkbox"/> 医師の診断書（別記第3号様式） ※ただし、以前に定期検査費用の支払いを受けた場合、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（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。）又は肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業の申請において臨床調査個人票及び同意書を提出した場合については、医師の診断書の添付を省略することができます。																				
申請窓口	県健康福祉センター（下関市内に居住する者は下関保健所）																				
助 成 額	助成対象費用の自己負担分として支払った費用を助成。但し、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は、慢性肝炎 2,000 円、肝硬変・肝がん 3,000 円を限度に自己負担があります。 ※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。																				
支払方法	償還払い（申請者の口座に振り込み） ※医療機関でいったんは助成対象費用（各種保険の自己負担分）を支払っていただき、その後、県に助成額を申請し、承認されると助成額が支払われる仕組みです。																				