

# 肝炎定期検査費用助成のご案内(申請者用)

滋賀県では、肝炎ウイルス検査で陽性となった方で、以下の要件に該当する方を対象に、医療機関で定期検査を受けた際の医療費の自己負担分および診断書作成費用を助成しています。

対象となる検査	肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝疾患等で療養中の方が病状把握のために定期的に受ける検査
助成の対象者	滋賀県内に住所を有する方で、以下のすべての要件に該当する方 (1) 医療保険各法の規定による被保険者または被扶養者なら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 (2) 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変または肝がん患者（治療後の経過観察を含む） (3) 住民税非課税世帯に属する者または市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円未満の世帯に属する方 (4) 県または市町が行う陽性者のフォローアップに同意した方 (5) 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方 (6) 肝疾患連携拠点病院、肝疾患専門医療機関または日本肝臓学会肝臓専門医が勤務する医療機関による検査であること。※
助成回数	2回/年度（初回精密検査を含む）

※肝疾患連携拠点病院、肝疾患専門医療機関は滋賀県ホームページで確認できます。  
日本肝臓学会肝臓専門医は、日本肝臓学会ホームページで確認できます。

## 助成対象となる検査項目・費用

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料および下記の検査に関連する費用として県が認めた費用が助成の対象となります。ただし、医師が真に必要としたものに限ります。（保険適用外の検査は助成対象とはなりません。）

また、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撮影またはMRI撮影を対象とすることができ、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なります。

あわせて、定期検査費用の助成に係る医師の診断書作成費用も対象となります。ただし、診断書の添付が省略できる場合は、診断書作成費用は助成対象とはなりません。

	B型肝炎ウイルス	C型肝炎ウイルス
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	
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、 $\gamma$ -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))	

## 助成対象期間

○定期検査受診期間：令和5年4月1日～令和6年3月31日

ただし、これらの検査が複数の日にわたる場合、検査日がおおむね1ヶ月以内に属するものであれば、一連の検査とみなし、上記期間内の検査については、助成の対象となります。

○申請書受付期間：令和6年4月22日まで（受理または消印）

なお、令和6年4月22日を過ぎると請求することができませんので、ご注意ください。

滋賀県

## 請求に必要な書類

- (1) 請求書（別紙様式4-4）
- (2) 医療機関の領収書
- (3) 診療明細書
- (4) 医療保険証の写し
- (5) 世帯全員の住民票の写し
- (6) 世帯全員の住民税課税証明書等
- (7) 医師の診断書（別紙様式5）
- (8) フォローアップ事業参加同意書の写し
- (9) 口座番号がわかる通帳等、印鑑

- ・市町村民税額合算対象除外希望申請書（別紙6）により市町村民税（所得割）課税年額の合算対象から世帯構成員を除外することができる場合があります。
- ・世帯構成によっては、市町村民税（所得割）課税年額が減額になる場合があります。
- ・（5）、（6）および（7）については、提出を省略できる場合があります。

※詳しくは保健所までご相談ください。

## 請求の手続

### 1 助成対象となる医療機関を確認

（県ホームページ、保健所または日本肝臓学会ホームページで確認してください。）

### 2 定期検査を受診（令和6年3月31日まで）

必ず事前に、医療機関で**定期検査費用助成金を申請予定**とお伝えください。

### 3 医療機関での支払

医療機関では請求された金額を支払い、**医療機関の領収書と診療明細書**を必ず発行してもらってください。

※医療機関によっては、発行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。

### 4 助成の申請（提出先：お住まいの住所地を管轄する保健所）

申請期間 令和6年4月22日まで（受理または消印）

### 5 県による審査、申請者への支払い

- ・申請内容を審査し、承認された場合は指定の口座に助成金を支給します。
- ・不受理の場合は、その旨を通知します。

住民税非課税世帯に属しない場合、自己負担額が生じます（慢性肝炎 2,000円/回、肝硬変または肝がん 3,000円/回）。

お住まいの市町	管轄の保健所	電話番号
大津市	大津市保健所	077-522-6766
草津市、栗東市、守山市、野洲市	草津保健所	077-562-3534
甲賀市、湖南市	甲賀保健所	0748-63-6147
近江八幡市、東近江市、竜王町、日野町	東近江保健所	0748-22-7290
彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町	彦根保健所	0749-21-0283
長浜市、米原市	長浜保健所	0749-65-6662
高島市	高島保健所	0740-22-2526