

様式3

肝炎検査費用請求書（初回精密検査・定期検査(1回目、2回目)）

平成 年 月 日

沖縄県知事 殿

沖縄県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業実施要領の規定により次の事項について内容を理解したうえで同意し、下記のとおり申請します。

- ・県が肝炎ウイルス検査、精密検査及び定期検査の内容や費用について、関係機関へ照会すること。
- ・県がお住まいの市町村等へフォローアップに必要な情報を提供・照会する場合があること。
- ・肝炎ウイルス検査等を受けた県又は市町村から調査票が送付される等により、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要に応じて電話等により連絡をする場合があること。

※ 申請にあたっては裏面の留意事項についてもお確認ください

フリガナ			性別	生年月日	
氏名	(歳) 印	男女	明昭 大平		
住所	〒 _____ 電話番号 _____				
加入医療 保険	被保険者 氏名			請求者との 続柄	
	保険種別				
	被保険者証発 行機関名				
	所在地				
振込口座	フリガナ □座名義				
	金融機関名	銀行		支店	
	□座種別	□座番号			
		請求額	円		

病態	該当する診断名、項目にチェック及び○をしてください。					
	<input type="checkbox"/>	慢性肝炎（B型肝炎ウイルス）	<input type="checkbox"/>	慢性肝炎（C型肝炎ウイルス）		
	<input type="checkbox"/>	肝硬変（B型肝炎ウイルス）	<input type="checkbox"/>	肝硬変（C型肝炎ウイルス）		
	<input type="checkbox"/>	肝がん（B型肝炎ウイルス）	<input type="checkbox"/>	肝がん（C型肝炎ウイルス）		
	<input type="checkbox"/>	その他（ _____ ）				

領収済証明書 (医療機関記載欄)			※ 県記載欄			
年月分	患者負担額 (領収済み額) ①	左記のうち対象外とな る費用額（保険適用 外・高額療養など） ②	対象検査 患者負担額 (徴収済額) ①-②=③	対象検査 患者負担額 (徴収済額) ③	対象外費用 ④	支払決定金額 ③-④
	円	円	円	円	円	円

上記のとおり、初回精密検査費用・定期検査費用を領収済みであることを証明します。

※助成の対象となる検査項目については、裏面をご確認ください

(医療機関等) 印

※留意事項

- ・初回精密検査の場合、本請求書に医療機関の領収書、診療明細書及び肝炎ウイルス検査の結果通知書等を添付してください。
- ・定期検査の場合、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、世帯全員の住民税非課税証明書及び医師の診断書（様式4）を添付してください。ただし、以前に定期検査費用の支払いを受けた場合（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を除く）については、医師の診断書の添付を省略できます。
- ・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。
- ・請求内容の精査結果により、請求額と支給決定額が異なる場合があります。

対象となる検査項目は以下のとおりとなります。

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、知事が認めた額。

検査項目	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、ZTT	
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））	

定期検査において、肝硬変・肝がん（治療後の経過観察を含む）の場合は、超音波検査にかえて、CT撮影又はMRI撮影を対象とすることが出来ます。

CT撮影又はMRI撮影をした場合は、いずれも造影剤を使用した場合の加算等の関連する費用も助成対象となります。