

沖縄県ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業

**初回精密検査の助成について**

- 沖縄県ではB型、C型肝炎ウイルス検査で陽性と判定された方に対して、初回精密検査費用助成を行っております。
- 申請する前に、ご自身が検査費用助成の対象者に該当するか必ず確認してください。

## ●検査費用請求の一般的な流れ



※助成額は、助成対象費用の自己負担分として、申請者が医療機関に支払った費用です。  
 ※助成方法は償還払い(医療機関でいったん支払い、その後申請者の口座へ振り込まれます。)

●初回精密検査費用助成(助成回数 1回限り) ※肝炎治療を始める**前**の検査

|             |  |
|-------------|--|
| <b>対象者</b>  | <p>以下の<b>すべて</b>に当てはまる方</p> <p>①沖縄県内に住所を有している方</p> <p>②フォローアップに同意した方<br/>(市町村が行う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含む)</p> <p>③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</p> <p>④県、市町村、職域、妊婦検診または手術前1年以内に行われた肝炎ウイルス検査で陽性と判明した方</p>  |
| <b>申請書類</b> | <p><input type="checkbox"/>①肝炎検査費用請求書(様式4-1)</p> <p><input type="checkbox"/>②医療機関の領収書(原本)</p> <p><input type="checkbox"/>③診療明細書(原本)</p> <p><input type="checkbox"/>④振込口座が確認できる書類(写し)・債権者登録申請書(保健所にて記載)<br/>※県の財務会計システムに登録されていない場合に必要</p> <p><input type="checkbox"/>⑤印鑑</p> <p><input type="checkbox"/>⑥肝炎ウイルス検査の結果通知書等(写し)<br/>※市村での健診で陽性の場合→写しを提出<br/>※保健所の検査で陽性の場合→提出不要<br/>※職域検査で陽性の場合→職域検査受検証明書(様式4-2)を提出<br/>※妊婦健診で陽性の場合→母子保健健康手帳の検査日、結果結果が確認出来るページの写しを提出<br/>※手術前検査で陽性の場合→肝炎ウイルス検査後の手術に係る手数料が算定されている診療明細書</p> <p><input type="checkbox"/>⑦参加同意書(様式2)(写し)</p> <p><b>※様式は保健所もしくは沖縄県のホームページからダウンロード可能です。</b></p> |
| <b>請求期限</b> | <p>●県、市村、職域、妊婦健診、または手術前1年以内に行われた肝炎ウイルスの検査通知日から1年以内</p>   |

|          |  |   |            |
|----------|--|---|------------|
| 対象となる費用  | ●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。ただし医師が真に必要と判断したものに限る。  |   |            |
|          | 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、 $\gamma$ -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    |
|          | 超音波検査  | 断層撮影法(胸腹部)  |            |
| 留意事項     | <ul style="list-style-type: none"> <li>●検査費用の助成を受けるには、<b>フォローアップへの同意</b>が必要です。</li> <li>●診断書の様式等は、必ず<b>県が指定する様式</b>を使用してください。☒</li> <li>●申請書類である領収書及び診療明細書は<b>必ず発行</b>してもらってください。</li> <li>●診断書等の申請書類には費用がかかることもありますが、その費用は<b>自己負担</b>となります。</li> <li>●検査費用の助成額より申請書類にかかる費用の方が大きくなることもありますのでご注意ください。</li> </ul>  |   |            |
| 精密検査の結果… | <p><b>治療が必要な場合⇒肝炎治療医療費助成制度</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●精密検査の結果、治療が必要となった場合、☒<br/>インターフェロン治療、拡散アナログ製剤治療、インターフェロンフリー治療に係る保険診療の医療費のうち、月額自己負担限度額(10,000円もしくは20,000円)を超えた額を助成</li> </ul> <p><b>経過観察が必要な場合⇒定期検査費用助成制度</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●肝炎ウイルスによる慢性肝炎、肝硬変、肝がんと診断された方やその治療を終えた方が、定期的に受ける検査費用の一部を年度につき2回まで助成。</li> </ul> |   |            |
| 申請窓口     | <p>沖縄県宮古保健所 健康推進班 肝炎担当<br/>〒906-0007 宮古島市平良字東仲宗根476番地<br/>電話:0980-73-5074<br/>平日(土日祝除く) 8:30-12:00/13:00-17:00<br/>※担当が不在の場合がありますので、来所する際は1度お電話ください。</p>   |   |            |