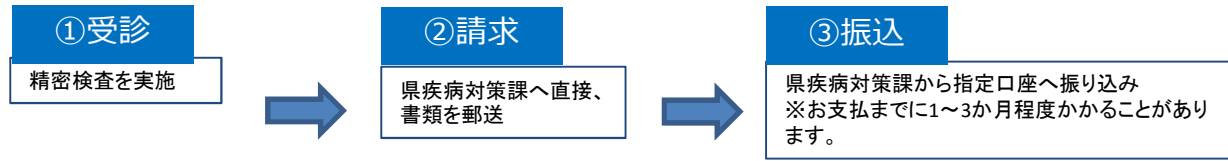


千葉県が実施する検査費用助成制度について



定期検査費用を助成します。

肝炎ウイルスの感染を原因とする**慢性肝炎・肝硬変・肝がん**の治療後、経過観察で受けた定期検査費用です

対象者：①②のあてはまる方

①肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変又は肝がんの患者で**指定医療機関**で定期検査を受けた方（治療後の経過観察を含む）

②市町村民税（所得割）の世帯課税年額が、23万5千円未満の方

※肝炎治療特別促進事業の受給者証が有効期限内の方は対象外です。

請求期限：検査を受けた日の**年度末まで**（年2回まで）

対象となる費用 ※**文書料、選定療養費等は対象外**です。

①初診料又は再診料	<input type="checkbox"/> 血液形態・機能検査 <input type="checkbox"/> 出血・凝固検査 <input type="checkbox"/> 血液化学検査 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス関連検査 <input type="checkbox"/> 微生物核酸同定・定量検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査※
②ウイルス疾患指導料	
③右記の検査に関連する費用として千葉県が認めた費用	

※肝硬変・肝がんの場合は、超音波検査に代えてCT撮影又はMRI撮影も対象

助成金額

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
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	2,000円	3,000円
住民税非課税世帯に属する方	0円	0円

市町村民税の世帯課税額が23万5千円以上の方でも、同一世帯で扶養に入っていない方がいる場合、助成を受けられる場合がありますので裏面をごらんください。

定期検査費用助成を希望される方は、以下①～⑧を提出してください。

※受診の際は保険証を必ず提示してください。

- ① 肝炎検査費用請求書（様式3-1）
- ② 指定医療機関の領収書・原本（レシート不可）
- ③ 診療明細書
- ④ 定期検査費用の助成にかかる医師の診断書（様式4）
- ⑤ 世帯全員の住民票（コピー可）
- ⑥ 世帯全員の課税証明書等又は住民税非課税証明書
- ⑦ フォローアップ事業参加同意書又は写し
（初めて定期検査費用助成を申請する場合）
- ⑧ 助成金振込先金融機関の口座がわかる書類
（預金通帳のコピー等）

次の場合、**④医師の診断書(様式4)**を省略できます。

※以前の診断書と病態に変化があった場合（慢性肝炎が肝硬変に移行した等）は診断書の提出を省略できません。

○以前に定期検査費用の支払を受けたことのある方

○1年以内に肝炎治療特別促進事業の申請において診断書を提出した方

○肝がん・重度肝硬変治療研究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方

○診断書の代用として、「画像診断や超音波検査の検査結果通知書(指定医療機関名、診断した医師氏名、診断名が記載されているもの)の写し」と併せて過去に使用した「千葉県肝炎治療受給者証の写し」を提出した方

○今年度、2回目の申請の方又は肝炎治療特別促進事業の受給者証を使って治療された方は、

⑤ 世帯全員の住民票の写し

⑥ 世帯全員の課税証明書等又は住民税非課税証明書

を省略できます。

省略は同一年度中のみ。なお、申請を行う際に、以前の申請時と変更がある場合は再度提出が必要です。

市町村民税の世帯課税額が23万5千円以上の方でも、同一世帯で扶養に入っていない方がいる場合、以下の書類の提出により、助成を受けられる場合があります。

⑨ 市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式7）

⑩ 申請者とその配偶者及び合算対象から除外を希望する方の保険証の写し

【お問合せ・提出先】 ※提出時、住所記載不要

〒260-8667

電話

千葉県健康福祉部疾病対策課

043-223-2665