



群馬県のマスコット
くんまちゃん

定期検査費用助成

定期検査費用助成とは

医療機関において、以下の条件を満たす方を対象に、定期検査を受診した際に支払う自己負担額のうち、助成対象となる費用について申請者からの請求に基づき群馬県が助成するものです。

助成の対象となる方	群馬県内に住所を有する方で、以下の全ての要件に該当する方 (1) 住民税非課税世帯又は世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円未満の世帯に属する者* (2) 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 患者(治療後の経過観察を含む) (3) 医療保険各法(後期高齢者を含む)の規定による被保険者又は被扶養者 (4) 保健福祉事務所又は市町村が実施するフォローアップ事業の参加に同意した者 (5) 定期検査受診時に群馬県肝炎治療費等助成事業(インターフェロン等の治療費助成)の受給者証の交付を受けていない者 *フォローアップ事業については裏面(留意事項)をご覧ください。
助成の対象費用	初診料(再診料)、ウイルス疾患指導料及び関連する費用として県が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限り。 *裏面(助成対象となる検査項目)をご覧ください。
助成回数	年2回(年度内)

自己負担限度額

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*へは、下記のとおり自己負担限度額を控除した額を給付します。

	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
甲	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*	2,000円	3,000円
乙	住民税非課税世帯に属する者	0円	0円

*一定の条件を満たす方は、合算額から除外することができます。詳しくは窓口でご確認ください。



検査費用の請求に必要な書類

申請者は、下記の(1)請求書に(2)から(7)の書類を添付して、上記お問い合わせ先に記載の保健福祉事務所・保健所へ提出して下さい。(指定様式は、保健福祉事務所・保健所に置いてあります。)

- (1) 肝炎検査費用請求書(定期検査)(指定様式)
- (2) 助成対象となる検査に係る医療機関発行の領収書及び診療明細書
- (3) 本人及び本人と同一世帯に属する全員の記載のある住民票の写し(個人番号の記載のない住民票の写しに限る。)
- (4) 世帯全員の住民税課税証明書もしくは非課税証明書
- (5) 定期検査費用の助成に係る医師の診断書(指定様式)
- (6) フォローアップ事業参加同意書(指定様式)の写し
- (7) 預金通帳の口座番号のわかるページの写し

(注) 医師の診断書作成料及び住民票や証明書等の準備にかかる費用が、助成額を上回る場合がありますので、事前に保健福祉事務所・保健所にご相談するようお願いします。

裏面もご覧ください

助成対象となる検査項目

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、県が認めた費用が助成の対象となります。ただし、医師が真に必要と判断したものに限りです。

(注)保険適用外の検査は助成対象となりません。

○定期検査費用助成の対象となる検査

		【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	HCV血清群別判定
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	慢性肝炎	超音波検査(断層撮影法(胸腹部))	
	肝硬変又は肝がん	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ができます。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助成対象となります。	

留意事項

【定期検査費用助成制度の説明】

- 下記に記載の保健福祉事務所・保健所へ連絡し助成制度の説明を受けてください。
- フォローアップ事業とは、定期検査費用の助成を申請された方に対して、本人の同意を得たうえで調査表を年1回送付し、医療機関の受診状況や診療状況を確認する事業です。

【定期検査費用申請書類の提出先】

- お問い合わせ先に記載の保健福祉事務所・保健所に提出してください。
- 対象者本人と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任状の提出が必要です。(指定様式)

【医療機関において必要な書類】

- 医師の診断書：定期検査費用の助成に係る医師の診断書(指定様式)が必要です。
- 領収書・明細書：定期検査に係る自己負担額費用分の領収書と診療明細書が必要です。

(注)診療明細書や診断書の作成は有料の場合がありますが、その費用は自己負担となります。

【市役所、町村役場で交付してもらう書類】

- 住民票：本人及び本人と同一世帯に属する全員の記載のある住民票の写しが必要です。
- 住民税課税証明書又は非課税証明書：住民票の写しに記載の全ての方の証明書が必要です。

(注)証明書等の交付にかかる費用は自己負担となります。

【助成費用の支払い】

- 内容を審査の上、対象費用と認められた額をお支払いします。申請からお支払いまで、2か月程度かかります。

お問い合わせ先

慢性肝炎、肝硬変及び肝がんに係る定期検査費用の助成についてのご質問・ご相談は、下記保健福祉事務所・保健所で受け付けています。助成制度を申請する前に、まずは説明を十分お聞きになってください。

名称	住所	電話番号	名称	住所	電話番号
渋川保健福祉事務所	渋川市金井 394	0279-22-4166	利根沼田保健福祉事務所	沼田市薄根町 4412	0278-23-2185
伊勢崎保健福祉事務所	伊勢崎市下植木町 499	0270-25-5066	太田保健福祉事務所	太田市西本町 41-34	0276-31-8243
安中保健福祉事務所	安中市高別当 336-8	027-381-0345	桐生保健福祉事務所	桐生市相生町 2-351	0277-53-4131
藤岡保健福祉事務所	藤岡市下戸塚 2-5	0274-22-1420	館林保健福祉事務所	館林市大街道 1-2-25	0276-72-3230
富岡保健福祉事務所	富岡市田島 343-1	0274-62-1541	前橋市保健所	前橋市朝日町 3-36-17	027-220-5784
吾妻保健福祉事務所	中之条町西中之条 183-1	0279-75-3303	高崎市保健所	高崎市高松町 5-28	027-381-6112

(別紙様式8)

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

フリガナ		性別	生年月日	
受診者氏名		男・女	明昭 大平	年 月 日生
住所	〒 ー 電話番号 ()			
肝炎ウイルスマーカー	該当する項目にチェックをしてください。 ※抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載してもよいです。 <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー (HBs抗原陽性 ・ HBV-DNA陽性) <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー (HCV抗体陽性 ・ HCV-DNA陽性)			
診断	該当する項目にチェックをしてください。 ※各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に記載してください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他記載すべき事項				
上記のとおり診断します。		記載年月日：平成 年 月 日		
医療機関名及び所在地		医師氏名 印		

※「診断」欄の「その他」は、抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っているなどの場合に記入する。