**資料６-①**

未定稿

予算案提案中

（案）

肝炎ウイルスによる慢性肝疾患等で療養中の方へ

****

**肝炎定期検査費用助成のご案内**

大阪府では、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（治療後の　　　　　　　　経過観察含む）の方が、定期的に受ける検査費用の自己負担分を助成します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 大阪府に住所を有する方で以下の要件をすべて満たす方   1. 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者 2. 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変又は肝がん患者の方（治療後の経過観察含む） 3. 住民税非課税世帯又は市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯に属する方 4. 府又は市町村の実施する定期的な状況確認の連絡（フォローアップ）を受けることに同意した方 5. 肝炎治療医療費助成の受給者証の交付を受けていない方   **※令和3年4月1日以降の検査が対象です。** | |
| 助成額 | 対象となる検査の費用から、自己負担限度額（下表参照）を差し引いた額 | |
| 区分 | 自己負担限度額（1回につき） |
| 1. 住民税非課税世帯に属する方 | ０円 |
| 1. 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 | 慢性肝炎：2,000円 |
| 肝硬変・肝がん：3,000円 |
| 助成回数 | 年２回（初回精密検査を含む） | |
| 申請期間 | 検査を受けた日の属する年度末まで | |

**～助成の流れ～**

助成対象となる費用

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大阪府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る。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 | |
| 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） | |

※肝硬変・肝がん（経過観察を含む）の場合は、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。また、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

※診断書料（文書料）は助成の対象となりません。

申請に必要な書類



|  |
| --- |
| 1. 肝炎定期検査費用請求書（様式～） 2. 大阪府肝炎専門医療機関の領収書（コピー不可） 3. 大阪府肝炎専門医療機関の診療明細書（コピー不可） 4. 世帯全員の住民票の写し 5. 世帯全員の市町村民税課税（非課税）証明書 6. 診断書 7. フォローアップ参加同意書   ※**上記２，３については、令和3年4月1日以降のものに限る** |

申請書提出・問い合わせ先

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課

申請書類送付用ラベル（切り取ってお使いください）

|  |
| --- |
| 〒540-8570（府庁専用郵便番号）  大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課  生活習慣病・がん対策グループ　行  《定期検査費用助成申請書類在中》 |

生活習慣病・がん対策グループ

電話　０６－６９４１－０３５１（代表）