



© 2014 大阪府もずやん

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の一部を助成します。

※令和3年4月1日以降の検査が対象です。

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) 大阪府肝炎専門医療機関で定期検査を受けた方
- (4) 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
- (5) 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
- (6) 肝炎治療医療費助成の受給者証の交付を現在受けていない方

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
② 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

2回 / 年度（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の翌年度の4月20日（消印有効）まで

助成の流れ

受診

- 大阪府肝炎専門医療機関で定期検査を受診します
- 領収書・診療明細書は必ず保管してください

必要書類

- 裏面「申請に必要な書類」をご確認ください

※申請に必要な様式は大阪府ホームページからダウンロードできます

申請

- 申請書類一式を大阪府に提出（郵送）します
 - 内容を審査の上、大阪府から助成額を振り込みます
- ※請求から入金までに2ヶ月程度要します

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	HB _e 抗原、HB _e 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（様式第1号）
- 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（請求日前3か月以内に発行のもの）
- 5 世帯全員の市町村民税課税（非課税）証明書
- 6 医師の診断書（様式第2号）
※「過去に定期検査費用の助成を受けたことがある方」「1年以内に肝炎治療医療費助成の申請において診断書を提出した方」は、診断書の提出は不要です。（慢性肝炎から肝硬変への移行等の病態に変化があった方は必要です。）
- 7 フォローアップ事業参加同意書（様式第3号）※はじめて申請する場合



※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。
 ※上記4, 5については、同一年度に「定期検査費用の助成を受けた方」「肝炎治療受給者証の交付を受けた方」は、以前の申請時の内容と変更がない場合は、添付を省略することができます。
 ※市町村民税（所得割）課税年額が235,000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、次の書類の提出により、助成を受けられる場合があります。
市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式第1号の裏面）
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医療保険証の写し

大阪府 肝炎対策 検索



請求書等の様式は、大阪府ホームページからダウンロードできます。

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
生活習慣病・がん対策グループ
電話 06-6941-0351（代表）

▼申請書類送付用ラベル（切り取ってお使いください）▼
※切手を貼って投函してください。

〒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》