

令和5年度版

所沢市肝炎ウイルス個別検診 実施マニュアル

〒359-0025

所沢市上安松1224-1

所沢市健康推進部保健センター

健康管理課 検診グループ

TEL 04-2991-1811

FAX 04-2995-1178

(令和5年3月改訂)

1 概要

1 検診の目的

B型およびC型肝炎の早期発見の推進により市民の健康保持に資すること。

2 実施主体

所沢市が所沢市医師会に委託し、所沢市医師会の会員において事業を行う。

3 対象者

検診時、本市に住民票があり当該年度に満40歳以上の方。ただし、職場での健康診断等において肝炎ウイルス検査を受ける機会のある方及び過去に検診を受けたことがある方を除く。

4 周知

市内全戸配布の冊子「健康ガイドところざわ」、所沢市ホームページ等に掲載。

5 申し込み

電子申請、保健センター窓口、健康ガイドに付属の葉書等により対象者が事前に申し込み、案内が手元に届いてから申込者が医療機関に予約する

6 実施期間

令和5年6月～令和6年2月末日 開始時期にご注意ください。

7 一部負担金

700円

ただし、市民税非課税世帯に属する方及び生活保護法による被保護世帯に属する方で、受診時に必要書類を提示した場合は負担金免除となる。該当する場合は検診票右上に赤字で「一部負担金免除」と記入し、**証明書はコピーをとり原本は本人に返却する。**

必要書類は次のとおり。

(1) 市民税非課税世帯に属する方

市県民税所得課税証明書（交付日が令和5年6月1日以降で、**保健センター検診用**の朱印があるもの）

保健センター検診用の朱印がないと負担金免除の対象とならないことがあるため、保健センターに確認すること。

平成29年12月から市県民税所得課税証明書のコンビニ交付が可能です。コンビニ交付の場合は**保健センター検診用**の朱印がないため、必ず保健センターに確認をお願いします。

- (2) 生活保護法による被保護世帯に属する方
生活保護受給証明書 (令和 5 年度に発行されたもの)

8 請求方法

- (1) 委託料は、1 か月分を取りまとめて市指定の請求書に記載し、「肝炎ウイルス検診申込書兼問診票 (請求書添付用)」を添え提出する。
提出先：保健センター健康管理課
提出期限：受診翌月の 1 0 日 (必着)
- (2) 内容を審査し、請求のあった医療機関に口座振替で支払う。

2 検診の実際

1 検診のながれ

申込

対象者が保健センター健康管理課に申し込む。

検診票の送付

保健センター健康管理課が申込者に
肝炎ウイルス検診のご案内
肝炎ウイルス検診申込書兼問診票
肝炎ウイルス検診協力医療機関一覧
を送付する。

受診予約

申込者が希望の医療機関に予約をする。

検診の受付

予約した医療機関に「肝炎ウイルス検診 申込書兼問診票」を提出する。

問診及び採血の実施

問診事項を確認する。
受診者は一部負担金 700 円(市民税非課税世帯・生活保護世帯の方は免除)
を支払う。
HBs 抗原検査及び HCV 抗体検査のための採血を実施する。
結果の説明日時を受診者に伝える。

結果の説明及び精密検査の対応

検診票に必要事項を記入する。受診者には後日、原則として対面で総合判定及び検査指示を伝える。

問診票と請求書の提出

所定の請求書に「肝炎ウイルス検診 申込書兼問診票 (請求書添付用)」
を添えて市に提出する。

負担金免除の証明書コピーも添付すること。

提出先：保健センター健康管理課

提出期限：受診翌月の 10 日 (必着)

10 日が土・日・祝祭日の場合は、その前日必着で提出してください。

(例) 令和 5 年 9 月 10 日 (日) 9 月 8 日 (金) まで

2 検診の実施

(1) 問診

肝炎ウイルス検診の受診歴有無、肝臓病歴、手術歴、妊娠・分娩時の多量出血経験、
肝炎の治療歴等に関する事項を、問診票をもとに聴取・確認する。

(2) 採血

HBs 抗原・HCV 抗体検査を実施する。なお、HCV 核酸増幅検査まで必要になることを想定し、必要な本数の採血を行う。

(3) 結果判定と説明

- ・問診票の判定結果欄の C 型に、判定基準をもとに判定 ~ のいずれかにチェックを記入する。
- ・問診票の判定結果欄の B 型に、結果を記入する。
- ・B 型・C 型のいずれかで陽性の場合、受診者に精密検査実施医療機関を紹介する。
- ・問診票に実施医療機関名、医師名を記入する。
- ・受診者に肝炎ウイルス検診申込書兼問診票の 1 枚目（結果通知用）を渡し、原則として対面で結果を説明する。

3 判定結果が陽性となった場合

要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることと、精密検査は保険診療となる旨を説明する。

(1) 精密検査を一次検診実施医療機関で実施した場合

必要事項を「肝炎ウイルス検診精密検査依頼書兼結果連絡票」に記入し、返信用封筒（保健センター健康管理課宛）を使用し、郵送で提出する。

(2) 精密検査を他の医療機関に紹介する場合

- ・「肝炎ウイルス検診精密検査依頼書兼結果連絡票」の太枠以外の空欄（氏名・生年月日・検診受診日・受診番号）に記入。 受診者コードは空欄で構いません。
- ・「肝炎ウイルス検診陽性者紹介状」を記入し、コピーを取る。「紹介状」は受診者に渡し、コピーは問診票、請求書（診療情報提供料に計上）とともに市に提出する。

他の医療機関に紹介する際の必要書類

「精密検査の参考資料用」封筒に下記 3 点を封入

- ・肝炎ウイルス検診精密検査依頼書兼結果連絡票（太枠内以外を記入したもの）
- ・肝炎ウイルス検診陽性者紹介状
- ・返信用封筒（肝炎ウイルス検診精密検査連絡票送付用 所沢市保健センター健康管理課宛）

必要に応じて、「精密検査実施医療機関一覧」を受診者へお渡しください。

3 新型コロナウイルス感染症対策について

検診は、マスク着用・手指消毒の徹底や 3 つの密の回避など、十分な感染症対策のうえ実施いただくようお願いいたします。

また、結果の説明については、原則として対面で実施することとしておりますが、前年度に引き続き、令和 5 年度も、対面での説明に代えて郵送による結果通知を行ってもよいことといたします。

ただし、受診者が対面での結果説明を希望する場合は、可能な限り実施していただきますようお願いいたします。

所沢市 肝炎ウイルス検診 申込書兼問診票

自己負担 あり なし 個別検診 健康診査と同時受診

太枠の中をご記入ください。3枚複写になっていますので、強めに記入してください。

検査受診日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	生年月日	大正 <input type="text"/> 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	記入をお願いします。
フリガナ		年齢	<input type="text"/> 歳	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	様	電話	(<input type="text"/>)	
住所	〒359- 所沢市			

<検診の目的・確認事項>

この検診は、所沢市が医療機関に委託している事業です。この問診票及び検査の結果は所沢市に提供されます。また、検査の結果「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合には、フォローアップ事業に同意された方へ、早期治療・重症化予防を目的に所沢市から個別に連絡を行います。検診の目的及び確認事項に同意した方のみ、以下をご記入ください。

<問診項目> ~ を記入してください(該当する に✓)

これまでB型及びC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	ある(<input type="text"/> 年頃) 無い わからない
受けたことがある場合はこの検診を受診できません。 健康診断・人間ドック等の血液検査で肝炎の検査をしたことがある場合も「ある」に該当します。	
肝臓病になったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。	ある(<input type="text"/> 年頃) 無い
大きな手術などを受けたことがありますか。	ある(<input type="text"/> 年頃) 無い
	定期的に肝機能検査を受けていますか。 はい いいえ
【女性のみ】妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。	ある(<input type="text"/> 年頃) 無い
	定期的に肝機能検査を受けていますか。 はい いいえ
現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。	ある(<input type="text"/> 年頃) 無い わからない
現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。	ある(<input type="text"/> 年頃) 無い わからない
所沢市の肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業に同意しますか。	同意する 同意しない
同意されますと、陽性の場合、その後の医療機関の受診状況や治療内容等について、年一回程度、確認のお願いがございます。また、精密検査受診の際、初回の検査費が埼玉県から助成されます。(一定の要件あり)	
	記入をお願いします。

【検査実施医療機関記入欄】

判定結果	B型	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性	
	C型	HCV抗体検査 高力価 → 判定 → C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い HCV核酸増幅検査 → 陽性 → 判定 → C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い 中・低力価 → HCV核酸増幅検査 → 陰性 → 判定 → C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い 陰性 → 判定 → C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い	
		実施医療機関名	医師 氏名
		医院	

B型・C型いずれかで陽性の場合、精密検査実施医療機関を紹介してください
紹介状発行日 年 月 日
紹介先

結果通知用

請求書

記入例

令和5年度 肝炎ウイルス

(あて先) 所 沢 市 長

作成年月日

令和 5 年 9 月 10 日

・代表者名は、市に口座登録をしたとおりに正確にご記入ください。※登録した代表者名がわからない場合は健康管理課へお問い合わせください。
 ・合計金額以外の欄は、訂正印で訂正が可能です（修正テープ等は不可）。

住 所 所沢市上安松1224-1

名 称 医療法人 航空会 保健センター病院

代表者役職 院長 代表者名 所沢 太郎

登録番号* この欄はインボイス制度で使用します

請求金額は、下部記載の総合計と一致します。訂正印での訂正は不可。修正する場合書き直します。

提出する問診票を確認し、提出する検診受診日の期間を記入してください。

請求金額 ¥222,350

肝炎ウイルス検診 (令和 5 年 8 月 1 日 ~ 令和 5 年 8 月 31 日 実施分)

摘 要		単価(税込)	数 量	金 額			
個 別	肝炎ウイルス検診 検査料	6,300	1 0	6	3	0	0
	肝炎ウイルス検診 検査料(一部負担金免除)	7,000	1	7	0	0	0
	肝炎ウイルス検診及びHCV核酸増幅検査料	13,300	4	5	3	2	0
	肝炎ウイルス検診及びHCV核酸増幅検査料(一部負担金免除)	14,000	0				0
同 時 受 診	肝炎ウイルス検診 検査料	4,150	1 5	6	2	2	5
	肝炎ウイルス検診 検査料(一部負担金免除)	4,850	0				0
	肝炎ウイルス検診及びHCV核酸増幅検査料	11,150	2	2	2	3	0
	肝炎ウイルス検診及びHCV核酸増幅検査料(一部負担金免除)	11,850	1	1	1	8	5
	診療情報提供料	2,750	1	2	7	5	0
※は『軽減税率対象			①合計	2	2	2	3
「肝炎ウイルス検診陽性者紹介状」を作成したらこの欄に記入				5	0	0	0

消費税		同じ金額	
消費税10%対象金額 ※①と同じ	2 2 2 3 5 0 円	うち消費税額(10%) ※①÷11	2 0 2 1 3 円
			0 円

ーインボイス（適格請求書）制度についてー
 令和5年10月に消費税法改正が予定されています。
 新たにできるインボイス（適格請求書）制度に対応するため、税率ごとの内訳欄が新たに加わりました。
 肝炎ウイルス検診委託料については、全て消費税率10%対象のため8%の欄は使用しません。インボイス制度の詳細については国税庁のホームページをご確認ください。

合計金額の消費税相当分(11で割った額)を記載してください。
 ※小数点以下切り捨て

- ・肝炎ウイルス検診は税込単価のため、がん検診とは請求書の記載方法が一部異なりますのでご注意ください。
- ・口座登録の内容（理事長名・院長名・口座名義・住所等）に変更があった場合、速やかに連絡してください。
- ・指定口座への支払いは、請求書を提出いただいてから1~2か月程度かかります。

請求書提出時の確認事項（提出前に再度ご確認ください。）

請求書の数字はボールペンで書かれていますか？

- ・鉛筆で書かれたものは無効となります。
- ・合計金額を訂正している請求書は無効となります。

合計金額以外の部分については、押印による訂正が可能です。

小さな訂正印ではなく、代表者印または標準的な大きさの印鑑をご使用ください。

- ・提出後に人数や金額の間違いが判明しても数字の訂正ができません。

再提出となり、処理に時間がかかります。

- ・令和3年10月から押印は省略可能となりました。
- ・実施期間は必ずご記入ください。

書類はホチキスや紐で綴じないでください。

検診票と受診券は別々にそろえて提出してください。

検診票に記入漏れはありませんか？