

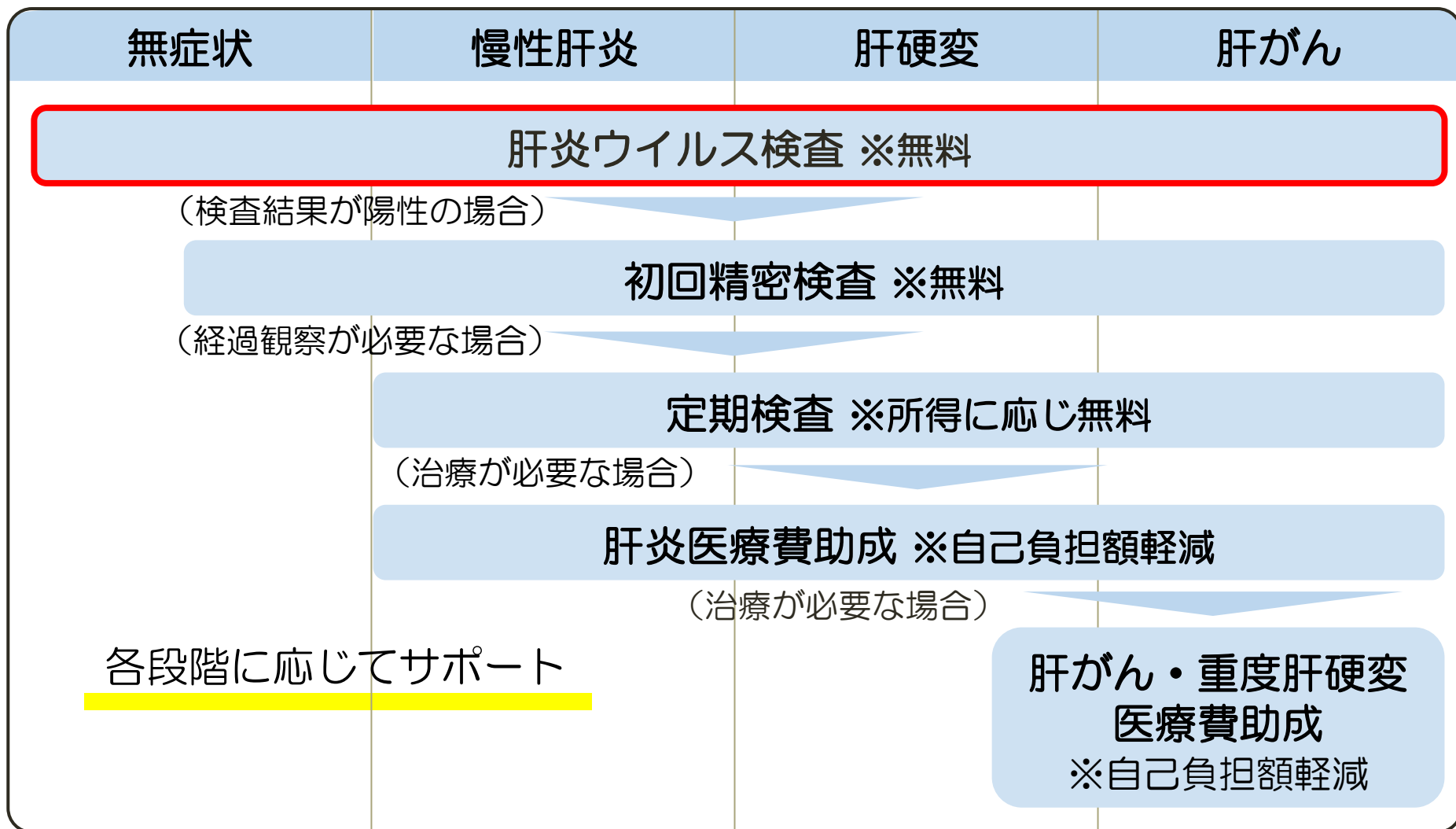
香川県の肝炎対策と 診断書記載時の注意点 について

香川県健康福祉部感染症対策課

目次

1. 香川県の肝炎対策制度について
2. 診断書等の様式変更について
3. 診断書記載時の注意点について

1. 香川県の肝炎対策制度について



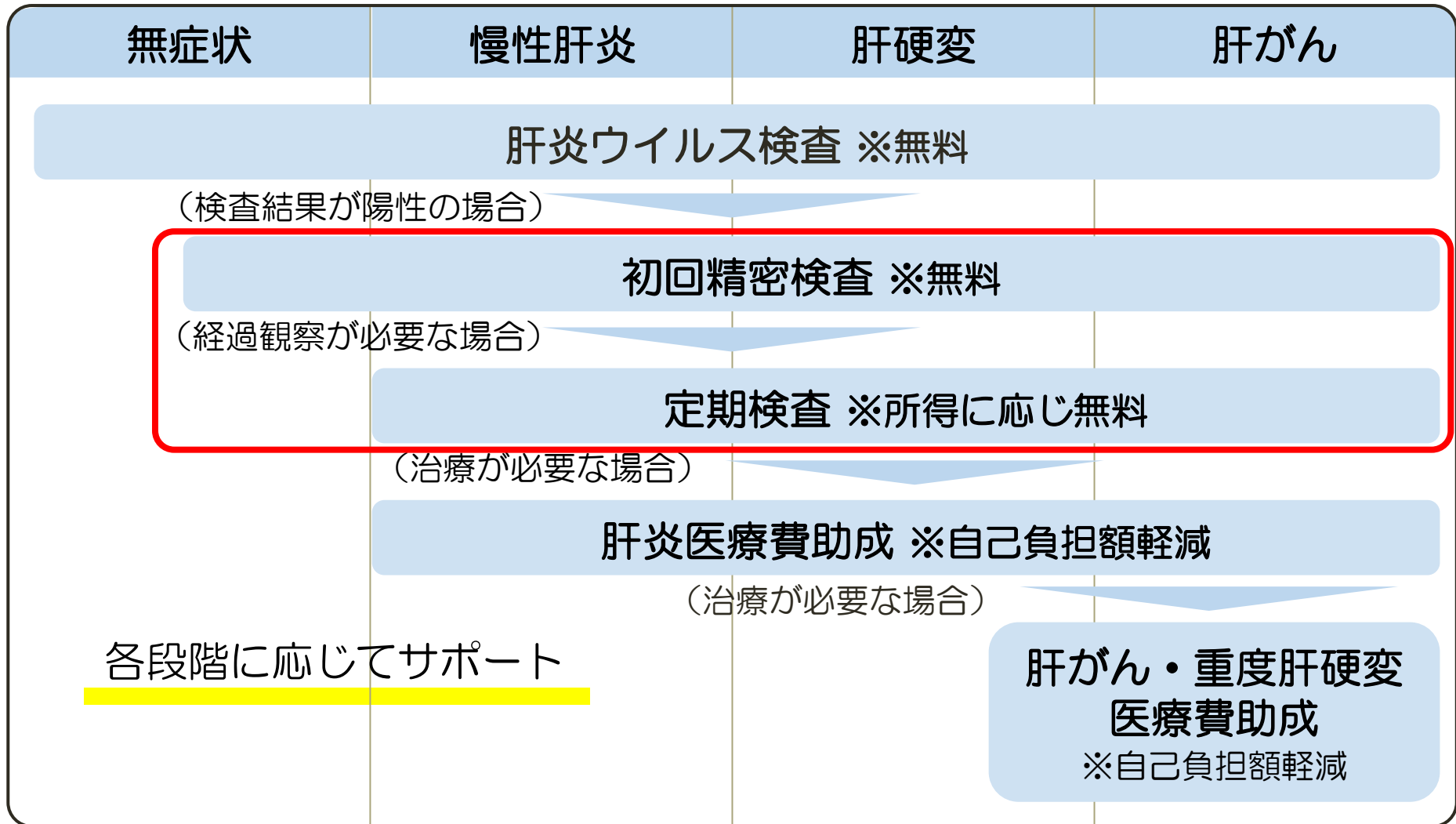
自治体が実施する肝炎ウイルス検査について

- 県では保健所と指定医療機関(61箇所)において
無料の肝炎ウイルス検査を実施

対象者	県内に住所を有する方で、過去に一度もB型及びC型肝炎ウイルス検査を受けたことのない方
費用	無料
場所	県内の保健所及び指定医療機関 ※ただし、高松市に住所を有する方は、高松市保健所または高松市内にある指定医療機関および香川大学医学部附属病院で受検可能。
検査日時	要お問合せ (検査場所によって異なるので、検査を受ける保健所または指定医療機関にお問い合わせください。)

- 各市町では、住民健診として肝炎ウイルス検査を実施
(40歳以上の方を対象に5歳刻みで受検勧奨)

肝炎の進行と対策イメージ



肝炎初回精密検査・定期検査費用助成制度について

【初回精密検査】

1年以内に県や市町、職域、妊婦健診、手術前の肝炎検査で陽性と判定された後、初めて受ける精密検査

（助成回数）1回限り

（対象）

医療保険に入っている方で、県や市町が定期的に状況確認の連絡を行うことに同意された方が対象

【定期検査】

肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変、肝がん患者が定期的に受ける検査（治療後の経過観察も含む）

（助成回数）1年度2回まで

（対象）

- 医療保険に入っている方
- 県や市町が定期的に状況確認の連絡を行うことに同意された方
- 住民税非課税世帯の方又は世帯の市町民税課税年額が235,000円未満の方
- 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

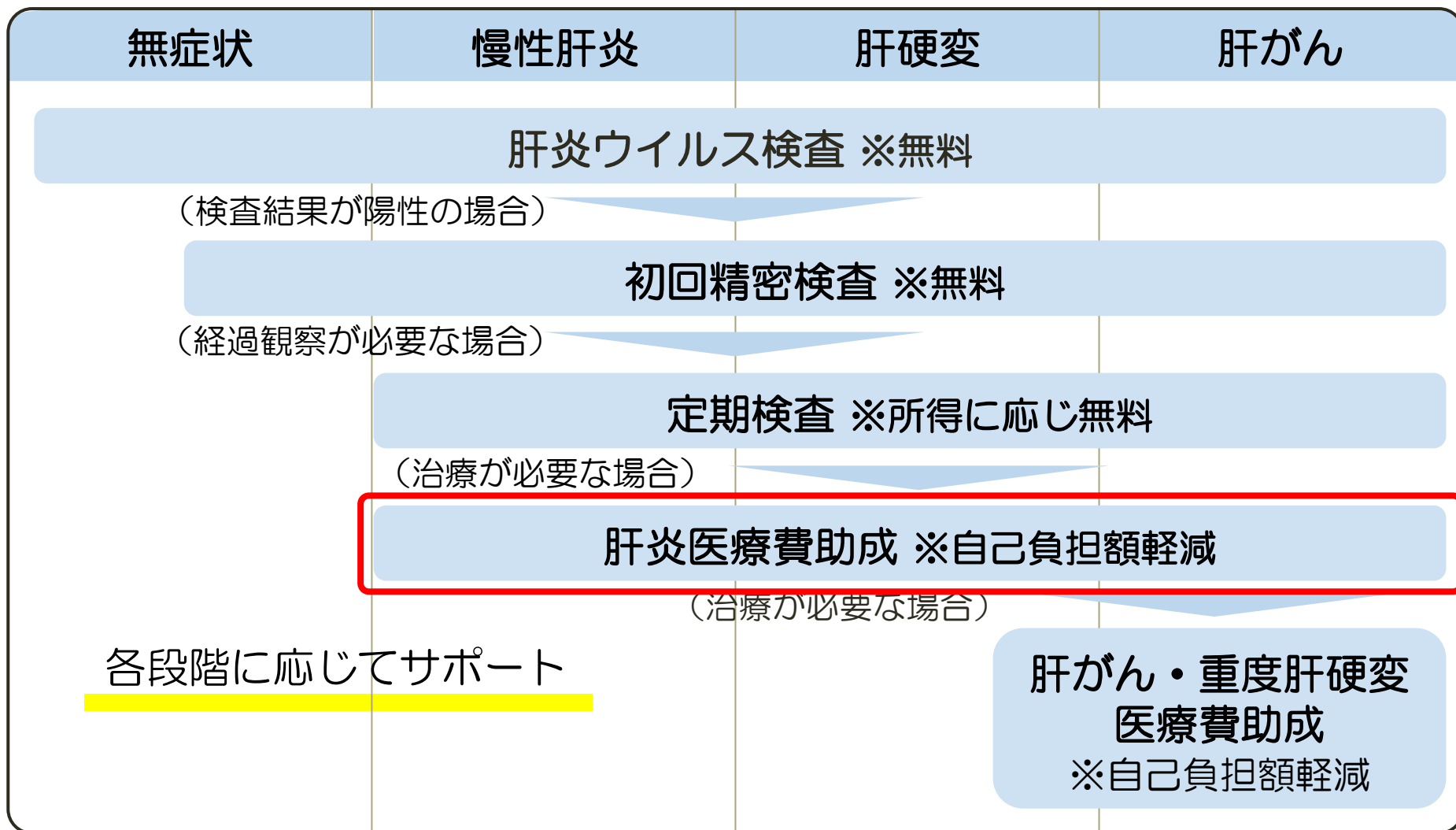
検査費用の請求に必要な書類

初回精密検査	定期検査
<ul style="list-style-type: none">①肝炎検査費用請求書（様式7-1）②専門医療機関の領収書及び診療明細書③肝炎ウイルス検査の結果通知書 （県又は市町が実施する肝炎ウイルス検査の結果通知書）④職域検査証明書（様式7-2） ※職域検査の場合⑤陽性者フォローアップ事業の参加同意書（様式5）⑥妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、 母子健康手帳の検査日、検査結果が確認できるページの写し⑦手術前の肝炎ウイルス検査を受けた場合は、 肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書	<ul style="list-style-type: none">①肝炎検査費用請求書（様式7-4）②専門医療機関の領収書及び診療明細書③世帯全員の住民票（謄本）④世帯全員の市町村民税所得課税証明書⑤<u>専門医療機関の医師の診断書（様式8）</u>⑥陽性者フォローアップ事業の参加同意書（様式5）

住民票・市町村民税所得課税証明書・医師の診断書については、所定の要件を満たせば提出を省略することができます。

（詳細はチラシを参照）

肝炎の進行と対策イメージ



肝炎治療医療費助成制度について

香川県ではB型及びC型ウイルス性肝炎に対する肝炎治療費の助成を平成20年4月から実施しています。

B型肝炎、C型肝炎の早期治療を促し、将来肝硬変や肝がんといった重篤な病態に進行するのを予防し、県民の健康の保持・増進を図ることを目的としています。

医療費助成の対象となる疾患

- B型慢性肝疾患（B型肝炎ウイルスによる
慢性肝炎・代償性肝硬変・非代償性肝硬変）
- C型慢性肝疾患（C型肝炎ウイルスによる
慢性肝炎・代償性肝硬変・非代償性肝硬変）

医療費助成の内容

C型ウイルス性肝炎 … インターフェロン、インターフェロンフリー治療

B型ウイルス性肝炎 … インターフェロン、核酸アナログ製剤治療

上記に係る保険診療の医療費のうち、月額自己負担限度額を超えた金額を助成します。

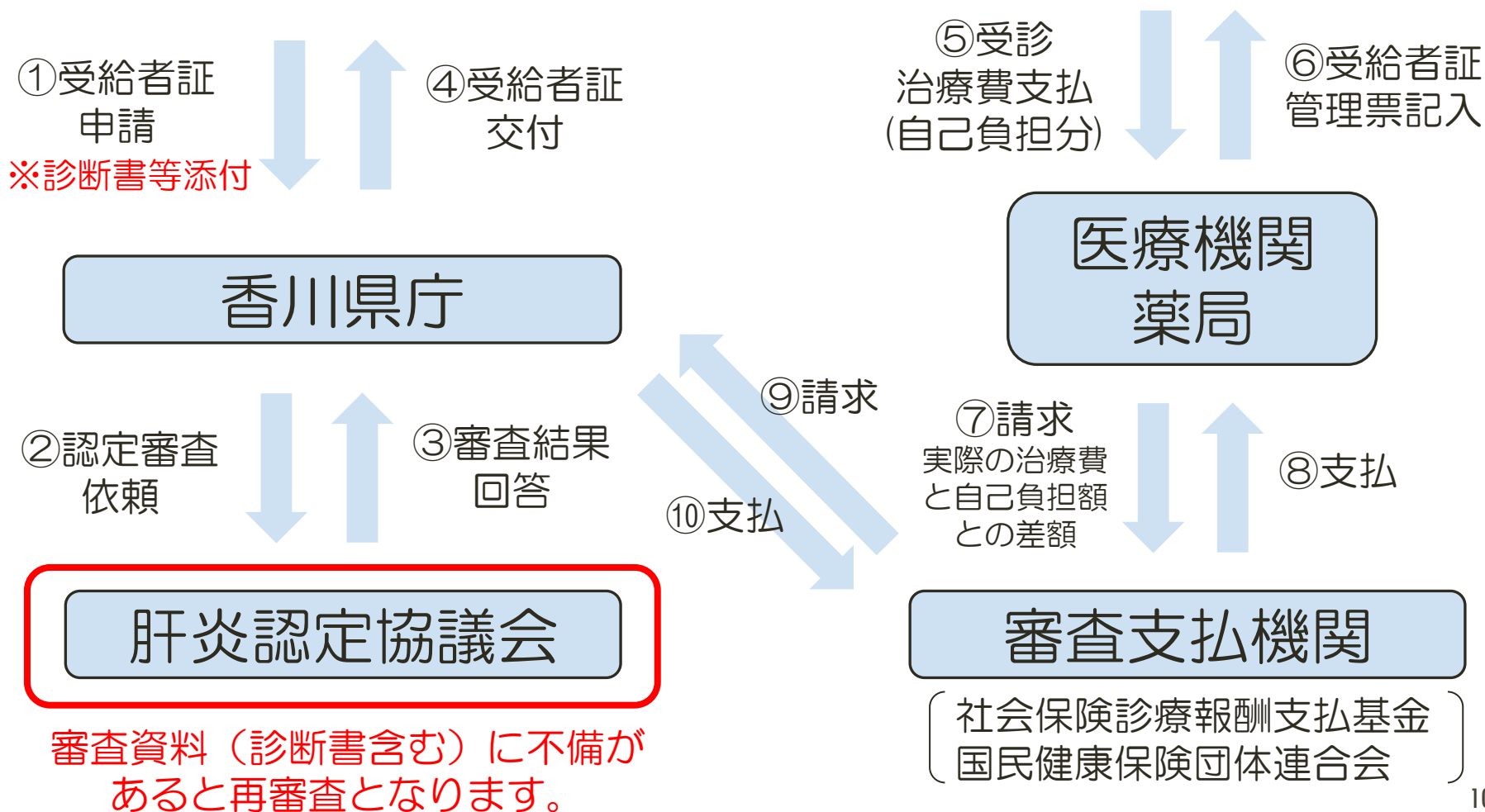
※上記の治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料等は助成対象となりますが、無関係な治療費は助成の対象となりません

【月額自己負担限度額】

階 層 区 分		自己負担限度額 (月額)
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上	20,000円
乙	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満	10,000円

医療費助成の仕組み

肝炎患者



2. 診断書様式等の変更

■ 令和7年11月28日付けで以下の様式を変更

- (様式1-1) インターフェロン申請書
- (様式1-2) インターフェロンフリー申請書
- (様式1-3) アナログ新規申請書
- (様式1-4) アナログ更新申請書
- (様式2-4) アナログ新規診断書
- (様式2-8) アナログ更新診断書
- (様式5) 変更申請書
- (様式8) 再交付申請書

2. 診断書様式等の変更

様式1-1、1-2、1-3、1-4 共通変更内容

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）交付申請書						
申 請 者	氏 ^リ が名	元号を選択式に変更			性 別	男 ・ 女
	生年月日	明・大・昭 平・令	年	月	日	年 齢
	住 所	(〒) (電話番号)				
	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名		受給者との 続 柄		
		記号・番号	保険証情報の記入欄の簡素化			
		被保険者証 発行機関名				
病 名		B型慢性肝炎 ・ C型慢性肝炎 ・ C型代償性肝硬変				
保険医療機関・薬局の 名 称	病名を選択式に変更					

2. 診断書様式等の変更

(様式2-4) アナログ新規診断書 変更内容

(様式2-4)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)

診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル (バラクルード) 2. ラミブジン (ゼフィックス) 3. アデホビル (ヘブセラ) 4. テノゼット (テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩(TDF)) 5. ペムリディ (テノホビル アラフェナミドフマル酸塩(TAF)) 6. その他(具体的に記載:) 治療開始日(予定を含む。) 年 月 日
治療上の問題点	再活性化予防に係る治療の概要を記載
ガイドラインに遵守していないが治療を開始する理由	該当番号を○で囲む 1. 再活性化予防 2. その他()

薬剤 一般名称追加

再活性化予防の記入欄追加

2. 診断書様式等の変更

(様式2-8) アナログ更新診断書 変更内容

(様式2-8)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(更新)

フリガナ			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			男・女	年 月 日 生 (満 歳)	
住所	郵便番号				
	電話番号 ()				
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名		
検査所見	1. B型肝炎ウイルスマーカー (1)HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2)HBV-DNA定量 2. 血液検査 AST ALT 血小板数 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>前回申請時データ (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)</p> <p>(+・-)</p> <p>(+・-)</p> <p>(+・-)</p> <p>____(単位: 、測定法)</p> <p>(検査日: 年 月 日)</p> <p>____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)</p> <p>____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)</p> <p>____ /μl (施設の基準値: ____ ~ ____)</p> <p>(検査日: 年 月 日)</p> <p style="text-align: center;">※記載不要</p> </div>		
	<p>直近の認定・更新時以降データ (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)</p> <p>(+・-)</p> <p>(+・-)</p> <p>(+・-)</p> <p>____(単位: 、測定法)</p> <p>(検査日: 年 月 日)</p> <p>____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)</p> <p>____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)</p> <p>____ /μl (施設の基準値: ____ ~ ____)</p> <p>(検査日: 年 月 日)</p>				

前回申請時データを
記載不要に

3. 診断書記載時の注意点

- 各治療の様式(診断書)に記入ください。
- 記入漏れが無いようにご確認ください。
- 診断書発行日と治療開始日を1か月以上あけてください。
※申請書提出から受給者証発行まで約1か月～1か月半程度かかります。
※すぐに治療が必要な方もいると思いますので必須ではないです。
- 診断書記載資格をご確認ください。

香川県で診断書を記載できる医師は以下のとおりです

治療	肝臓専門医	消化器専門医 (IFN治療経験あり)	本研修会の受講者
インターフェロン	○	○	○
インターフェロンフリー	○	○	×
核酸アナログ	○	×	○

注 意 点 ①

■ 診断書の様式の違い

例) インターフェロンフリー治療とインターフェロン治療の違い

例) アナログ製剤治療の新規と更新の違い

※古い様式を使用されている方もいますので、最新の様式を県のHPよりダウンロードしてご使用ください。

<https://www.pref.kagawa.lg.jp/kansensyo/kansensyoujouhou/kanen/jyosei.html>

〔 県HP ホーム＞組織から探す＞感染症対策課＞香川県感染症情報＞
肝炎対策＞医療費助成制度に係る様式 〕

※患者さんへご説明いただいている本助成制度の申請書様式も、様式の違いがないようにご案内をお願いいたします。

注 意 点 ②

■ 記載漏れ

- 例 1) 検査所見の単位、測定法及び施設の基準値の記載漏れ
- 例 2) その他、核酸アナログ更新の治療薬剤の変更の有無等の○囲みの記載漏れ
- 例 3) 再活性化予防が選択されていない、再活性化予防に係る治療の概要が治療上の問題点欄に記入されていない

(参考) 核酸アナログ製剤治療 新規診断書

		核酸アナログ製剤治療開始前のデータ	直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要)
検査所見	1. B型肝炎ウイルスマーカー	(検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)	(検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)
	(1) HBs抗原	(+・-)	(+・-)
	HBe抗原	(+・-)	(+・-)
	HBe抗体	(+・-)	(+・-)
	(2) HBV-DNA定量	____ (単位: 、測定法)	____ (単位: 、測定法)
	2. 血液検査	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)
	AST	____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)	____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)
	ALT	____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)	____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)
	血小板数	____ / μl (施設の基準値: ____ ~ ____)	____ / μl (施設の基準値: ____ ~ ____)
	3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)	(検査日: 年 月 日) (所見)	(検査日: 年 月 日) (所見)

注意点③

■ 記載誤り

例) 専門医番号に本研修会の修了証の番号を記載されている等

(参考) 核酸アナログ製剤治療診断書

記載年月日	年 月 日	<p>この診断書の記載には、次のいずれかに該当する必要があります。 該当する口欄にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である。 【専門医番号】</p> <p><input type="checkbox"/> 香川県が指定する研修の修了者である。 【修了証番号】</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外で県外の医療機関に在籍する医師であり、当該医療機関 所在地の都道府県における診断書記載の要件を具備している者である。</p>
医療機関名及び所在地		
医師氏名		

例) インターフェロンフリー治療の治療予定期間の誤り

12週必要なのに8週となっている等

(参考)

慢性肝炎 マヴィレット 8週 エプクルーサ 8週

代償性肝硬変 マヴィレット 12週 エプクルーサ 12週

※セロタイプやChild-Pughの点数によって期間は変わってくる
のでご注意ください。

新規申請する際に必要な書類

- ①肝炎治療受給者証交付申請書
- ②**医師の診断書**
- ③資格確認書等の保険証情報が分かるもののコピー
- ④世帯全員が記載されている住民票
- ⑤世帯全員の市町村民税所得課税証明書

※受給者証の有効期間は申請書受理日の属する月の初日から

ex) 申請書受理 1月15日の場合 受給者証有効期間1月1日～

※受給者証発行まで1か月～1か月半程度必要

※申請書・診断書の様式は県のHPからダウンロードできます

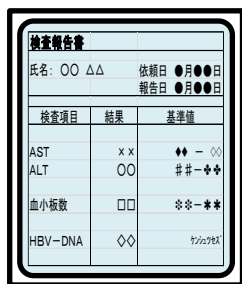
「香川県 肝炎 医療費助成制度に係る様式」で検索

核酸アナログ製剤治療費助成の更新申請の簡略化

平成28年4月の制度改正により医師の診断書(様式2-8)の代わりに、

**(a) 検査内容が分かる資料 + (b) 受けている治療内容(薬)が分かる資料
の提出でも可となりました。**

(a) 検査内容が分かる資料
血液検査結果報告書の写し等



検査項目	結果	基準値
AST	xx	♦♦ - ◇◇
ALT	○○	## - ◆◆
血小板数	□□	※※ - ※※
HBV-DNA	◇◇	※※※※※

- ・直近の認定・更新時以降の日付で発行されたものであること。

- ・検査結果の中に以下の①～④の検査項目の結果が全て記載されていること。

- ① HBV-DNA定量
- ② AST (GOT)
- ③ ALT (GPT)
- ④ 血小板数 (PLT)

+



(b) 受けている治療内容(薬)
が分かる資料
お薬手帳の写し、薬剤情報提供書の写し等

- ・直近の認定・更新時以降の日付で発行されたものであること。

- ・核酸アナログ製剤を服用していることが分かるものであること。

医療費助成制度等の申請・相談窓口

窓口	所在地	電話番号
中讃保健所	丸亀市土器町東八丁目526	0877-24-9962
西讃保健所	観音寺市坂本町七丁目3-18 三豊合同庁舎内	0875-25-2052
東讃保健所	さぬき市津田町津田930-2 大川合同庁舎内	0879-29-8261
小豆保健所	小豆郡土庄町湊崎甲2079-5	0879-62-1373
香川県 感染症対策課	高松市番町4-1-10 香川県庁本館16階	087-832-3303

高松市の方の医療費助成の申請は、香川県感染症対策課で受付けています。

申請書や診断書の様式は県ホームページ「肝炎対策」内の「医療費助成制度に係る様式」からダウンロードできます。保健所や感染症対策課にもあります。

後日、受講確認書の
提出をお願いします。

キーワード：肝炎診断2025

肝炎に関する情報は県ホームページ「香川県肝炎対策」をご参照ください
<https://www.pref.kagawa.lg.jp/kansensyo/kansensyoujouhou/kanen/kfvn.html>

