実施要綱

令和８年度埼玉県医療機関委託肝炎ウイルス検査事業実施要綱

１　目的

肝炎ウイルスの検査希望者の利便性を向上させ、もって県民の受診機会の拡大を図ることにより、肝炎に対する県民の不安を解消する。

また、Ｂ型及びＣ型肝炎ウイルス感染者を早期に発見し、適切な医療に導くことにより、県民の健康維持に資するものである。

２　実施期間

令和８年４月１日から令和９年３月３１日まで

３　対象者

この事業による検査の対象者は、埼玉県に在住の者（さいたま市、川越市、川口市及び越谷市在住の者を除く。）で、以下のいずれかに該当する者とする。ただし、市町村が行う肝炎ウイルス検診や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者を除くものとする。

（１）昭和６３年（１９８８年）１月２７日以前に生まれた者

（２）以下の感染リスク等がある者

ア　平成４年（１９９２年）以前に輸血を受けたことがある。

イ　平成６年（１９９４年）以前に非加熱凝固因子製剤やフィブリノゲン製剤を使用された可能性がある。

ウ　長期にわたり血液透析を受けている。

エ　大きな手術を受けたことがある。

オ　臓器移植を受けたことがある。

カ　過去に健康診断等で肝機能検査の異常を指摘されたことがある。

キ　その他感染したことについての不安がある。

（ただし３か月以内に肝炎ウイルス検査を受けたことがある者を除く）

（３）医師が必要と認めた場合

４　検査実施医療機関

この事業への参加を申し出た県内の医療機関

５　検査項目

（１）Ｂ型肝炎ウイルス検査

ＨＢｓ抗原検査を行う。

（２）Ｃ型肝炎ウイルス検査

ア　ＨＣＶ抗体検査

ＨＣＶ抗体検査として体外診断用医薬品の承認を受けた測定範囲が広く、高力価群、中力価群及び低力価群に適切に分類することのできるＨＣＶ抗体測定系を用いること。

イ　ＨＣＶ核酸増幅検査

ＨＣＶ抗体検査により中力価及び低力価とされた検体に対して行うこと。

６　結果の判定

結果の判定は、別紙１による。

７　採血方法

採血時には、ＨＣＶ核酸増幅検査まで必要となることを想定し、必要な本数の採血を行うこと。採血方法及び必要な採血本数については、各医療機関において検査機関と調整する。

８　検査後の指導

検査を行った医療機関は、ＨＢｓ抗原検査において「陽性」と判定された者及びＣ型肝炎ウイルス検査において「現在、Ｃ型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者（以下、「陽性と判定された者」という。）に対して、埼玉県が実施する肝炎治療特別促進事業において診断書に記載ができる医師（日本肝臓学会肝臓専門医又は埼玉県肝炎医療研修会受講修了医師）が所属する医療機関（以下、「県が指定した医療機関」という。）である場合を除き、県が指定した医療機関を紹介し、受診を勧めるものとする。紹介状については、参考までに様式１を示すが、各医療機関で通常使用しているものでもよい。

ＨＢｓ抗原検査において「陰性」と判定された者及びＣ型肝炎ウイルス検査において「現在、Ｃ型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された者に対しては、検査結果と検査日を記録しておくことを勧

める。

９　受診方法

（１）医療機関での受診を希望する者は、肝炎ウイルス検査申込書（医療機関実施用）（様式２）に必要事項を記載の上、検査実施医療機関に提出して検査を受ける。

（２）検査実施医療機関は肝炎ウイルス検査申込書の提出があった場合は、申込者の住所及び問診項目等を確認して検査を行う。

　また、検査を行った医療機関は、検査結果を渡し、受診者に説明する。

（３）検査実施医療機関は、陽性と判定された者に対して県が指定した医療機関である場合を除き、県が指定した医療機関を紹介し、受診を勧める。この場合の精密検査や治療等に要する経費は、受診者の負担となる。ただし、以下の全ての要件に該当する場合は、埼玉県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業における検査費用助成事業のうち初回精密検査の助成事業の対象とすることができる。

ア　医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者

イ　この事業による検査を受診した者で、検査結果通知の日から１年以内の者

ウ　埼玉県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業におけるフォローアップ事業の参加に同意した者

エ　県が指定した医療機関において検査を受けた者

（４）検査実施医療機関は、肝炎ウイルス検査申込書（医療機関実施用）（様式２）の問診項目等の最後の項目に同意された受診者のうち陽性と判定された者には、埼玉県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業について説明する。

10　契約

（１）一般社団法人埼玉県医師会会長は、この事業に参加を希望する会員医療機関を代表して、埼玉県知事と一括して契約する。

（２）一般社団法人埼玉県医師会（以下「医師会」という。）の会員以外で、本事業に参加を希望する医療機関は、埼玉県と個別に契約する。

（３）医師会は、本事業に参加する医療機関のリストを作成し、埼玉県に報告する。変更があった場合も同様とする。

11　委託料等

（１）検査委託料は別紙２のとおりとする。

（２）受診者の了解を得て、「上記８」により紹介状を作成し受診者に渡した場合は、別紙２の診療情報提供料を支払う。

（３）受診者からは検査に係る費用を徴収しないものとする。

12　検査実施状況等の報告並びに検査料の支払い等

（１）肝炎ウイルス検査を実施した医療機関（以下「検査医療機関」という。）は、肝炎検査を実施した月の翌月の１５日まで（３月実施分については、３月３１日まで）に、肝炎ウイルス検査実施状況報告書兼請求書（様式３）（以下「報告書兼請求書」という。）及び肝炎ウイルス検査申込書（医療機関実施用）（様式２）に検査結果を記入したものを提出して実績を報告するとともに、検査料を埼玉県知事（保健医療部疾病対策課）（以下「県」という。）に請求する。

（２）県は、報告書兼請求書を受理したときは、その日から１０日以内に実施状況を確認するための検査を行うものとする。県は、当該検査の結果、実施状況を合格と認めたときは、その日から３０日以内に、検査医療機関に検査料を支払うものとする。

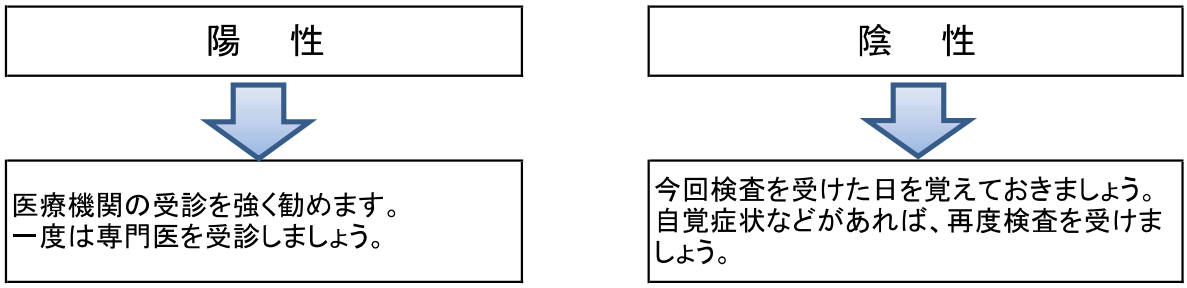
（３）県は、検査医療機関からの報告に基づき、肝炎ウイルス検査実施状況表（様式４）を作成する。

附 則

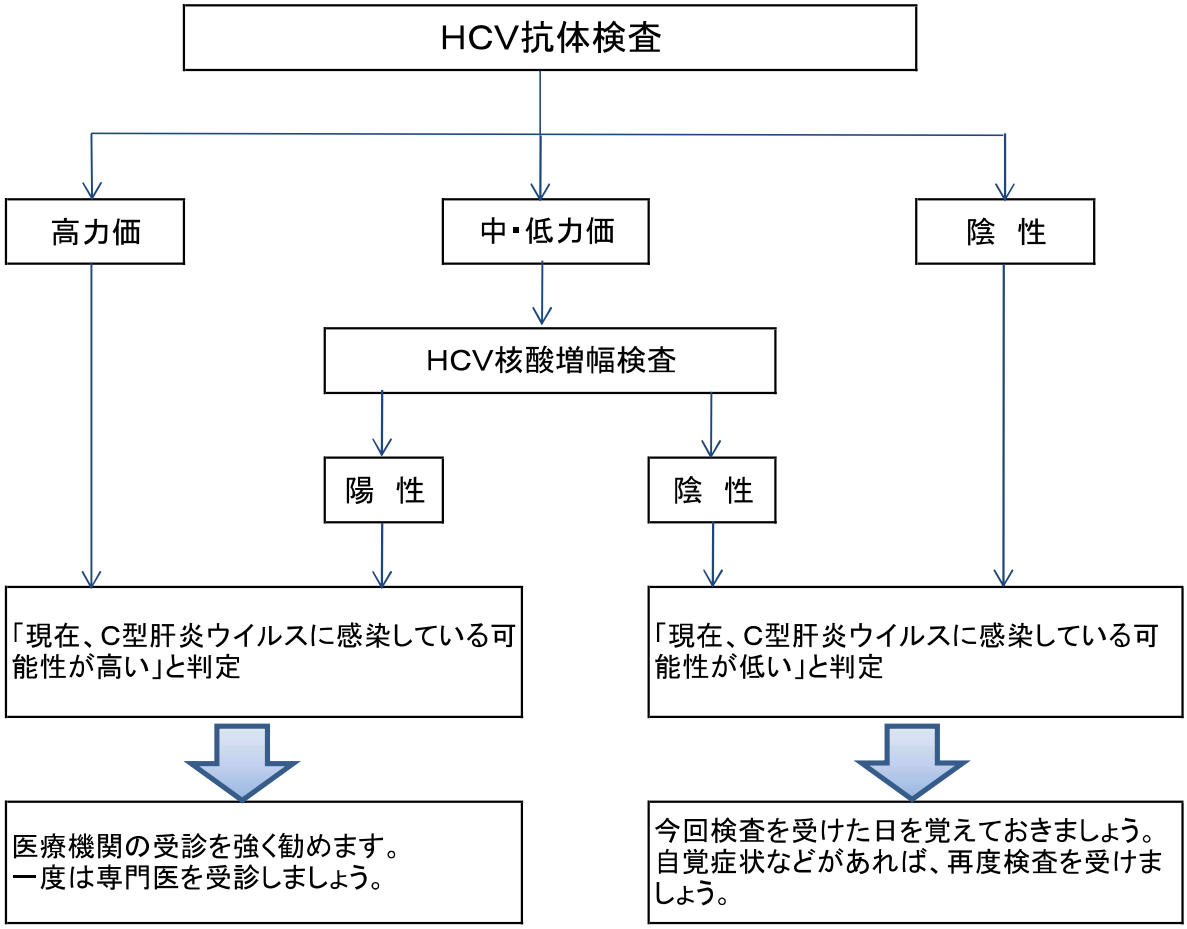
この要綱は、令和８年４月１日から施行する。

別紙1

■判定結果（HBs抗原検査）



■判定結果（C型肝炎ウイルス検査）



別紙2

	項　　目	金　額	
			うち消費税
1	ＨＢｓ抗原検査 ＨＣＶ抗体検査	6，700円	609円
2	ＨＢｓ抗原検査 ＨＣＶ抗体検査及びＨＣＶ核酸増幅検査	12，850円	1，168円
3	診療情報提供料（一人につき１回に限る）	2，750円	250円

様式１（検査医療機関→治療医療機関）

肝炎ウイルス検査陽性者紹介状

年　　月　　日

御中

医療機関名：

医　師　名：

電話番号：

患者氏名	男・女	年齢　　歳
住　　所 (電話番号)　自宅：　　－　　－　　携帯：　　－　　－		

－紹　介　状－

上記の方は、当院において肝炎ウイルス検査を実施した結果、下記のとおり判定されました。
御多忙中、恐縮ですが精密検査及び治療方針の決定等について御検討をお願いいたします。

C型肝炎ウイルス	判定結果	１．現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い
		２．現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い
	判定理由	①～⑥のいずれかを記入　　（　　）
B型肝炎ウイルス（HBs抗原検査）		１　陽性
		２　陰性

※ 判定理由
① 高力価
② 中力価・ＨＣＶ核酸増幅検査陽性
③ 中力価・ＨＣＶ核酸増幅検査陰性
④ 低力価・ＨＣＶ核酸増幅検査陽性
⑤ 低力価・ＨＣＶ核酸増幅検査陰性
⑥ 陰性

その他参考となる事項

様式2（受診希望者→検査医療機関→埼玉県疾病対策課（写し可））

令和8年度肝炎ウイルス検査申込書（医療機関実施用）



（宛先）
埼玉県知事　大野　元裕　（埼玉県委託医療機関）

下記のとおり肝炎ウイルス（B型・C型）検査の受診を申し込みます。　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男　・　女
受診者 氏名		生年月日	年　　月　　日 生 （　　）歳
ふりがな			
受診者 住所	〒		
電話番号			

≪検査を受けるにあたっての確認事項≫　全項目を確認のうえチェックしてください。
□　埼玉県（さいたま市、川越市、川口市、越谷市を除く。）に在住である。 ※埼玉県外の方、さいたま市、川越市、川口市及び越谷市在住の方は、この検査を申込むことができません。
□　これまでに肝炎ウイルス検査を受けたことがない。（手術前検査、妊婦健診、献血等で受ける機会があります。） ※受けたことがある場合、前回の検査以降に感染の機会のある方、心配のある方を除き対象となりません。
□　市町村が行う肝炎ウイルス検診や職場での健康診断等で肝炎ウイルス検査を受ける機会がない。 ※お住まいの市町村や職場での肝炎ウイルス検査を受ける機会がある場合は、この検査を申込むことができません。

≪検査理由≫ 当てはまる項目をチェックしてください。	
□　昭和63年（1988年）1月27日以前に生まれた。	□　臓器移植を受けたことがある。
□　平成4年（1992年）以前に輸血を受けたことがある。	□　過去に健康診断等で肝機能検査の異常を指摘されたことがある。
□　平成6年（1994年）以前に非加熱凝固因子製剤やフィブリノゲン製剤を使用された可能性がある。	□　その他感染したことについての不安がある。 （ただし3か月以内に肝炎ウイルス検査を受けたことがある者を除く）
□　長期にわたり血液透析を受けている。	□　医師が必要と認めた場合 **医療機関記入欄**：検査が必要な理由を記入してください。
□　大きな手術を受けたことがある。	

≪陽性者フォローアップ事業への同意≫
判定結果が陽性の場合には、埼玉県の実施するフォローアップ事業への参加に同意しますか。 □　同意する　　□　同意しない ※同意された場合は、埼玉県が指定した「埼玉県肝疾患診療連携拠点病院」から医療機関の受診状況等について連絡を差し上げることになります。 ※同意された方には、医療機関の受診状況等を確認させていただくほか、県が認めた初回精密検査費用の自己負担分が返還される制度をご利用いただけます。（医療保険に加入していること及び埼玉県が指定した医療機関での受診に限ります。）

※この検査の費用は、原則として埼玉県が全額負担しますので、検査を受けられる方の負担はありません。

（検査実施医療機関記入欄）　検査結果は必ず書面で伝えてください。

検査年月日	年　　月　　日
B型肝炎ウイルス検査	□　陽性　　□　陰性
C型肝炎ウイルス検査	□　現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い □　現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い
「陽性」又は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者に対する指導	□　当院で指導する（県が指定した医療機関である） □　県が指定した医療機関を紹介した （紹介先：　　） □　その他（　　）
検査結果説明	□　結果説明　（　来院　　その他（　　）） ［　　年　　月　　日　］

※埼玉県が指定した医療機関とは、埼玉県が実施する肝炎治療特別促進事業において診断書に記載ができる医師（日本肝臓学会肝臓専門医又は埼玉県肝炎医療研修会受講修了医師）が所属する医療機関です。

検査理由等について確認し、検査を実施しました。

（医療機関名）

様式3（検査医療機関→埼玉県疾病対策課）

令和8年度　肝炎ウイルス検査実施状況報告書兼請求書

請求金額　　円　（消費税及び地方消費税を含む）

（内訳）

	検　査　項　目		委託単価（円）（消費税及び地方消費税を含む）	件　数	金　　額（円）
①	基本検査	HBs抗原検査 HCV抗体検査	6,700		
②		HBs抗原検査 HCV抗体検査→HCV核酸増幅検査	12,850		
③	紹介状作成		2,750		
合　　計					

■肝炎ウイルス検査申込書（様式2）に検査結果を記入したもの（写し可）を添付してください。（必須）
■②HCV核酸増幅検査を行った場合、検査結果（写し）を添付してください。

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

（宛先）埼玉県知事
（保健医療部疾病対策課）

所 在 地
電話番号

請求医療機関　名　　称

代表者名

振込口座

金融機関名	銀行	支　店 出張所
預金種目	普通　・　当座	
口座番号	No.	
ふりがな 口座名義	（ふりがな） （口座名義）	

〈報告書兼請求書（様式3）及び検査結果記入済みの申込書（様式2）の送付先〉
〒330-9301　埼玉県さいたま市浦和区高砂3丁目15番1号
　埼玉県保健医療部疾病対策課　総務・疾病対策担当