

肝炎ウイルス検診に関する実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、健康増進法(平成14年法律第103号)第19条の2の規定に基づく肝炎ウイルス検診(以下「本検診」という。)を実施するために、必要な事項を定める。

(対象者)

第2条 本検診を受けることができる者(以下「対象者」という。)は、検診日において本市に住民登録がある者その他市長が特に必要と認める者で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 当該年度末現在で満40歳となる者(ただし、医療保険各法その他の法令に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて本検診に相当する検診を受けた者又は受けることを予定している者(当該検診を受けられなかった者についてはこの限りでない。))は除くものとする。
- (2) 当該年度末現在で満41歳以上となる者であつて、過去に本検診に相当する検診を受けたことがなく、かつ、本検診の受診を希望する者。なお、当該年度の高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)に基づく特定健康診査及びその他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断において肝機能検査の数値に異常が見られた者であり、かつ、本検診の受診を希望する者については、過去に本検診に相当する検診を受けた者であっても受診することができるが、原則として速やかに医療機関での受診を勧奨するものとする。

2 前項各号に掲げる者のうち、当該年度末現在で別表に掲げる年齢となる者については、個別に通知等を配布することにより、必要に応じて受診の勧奨(以下「個別勧奨」という。)を行うものとする。

(実施)

第3条 本検診は、一般社団法人相模原市医師会(以下「市医師会」という。)に委託し、市医師会加入で協力が得られる医療機関(以下「協力医療機関」という。)で実施するものとする。

(受診方法)

第4条 本検診の受診を希望する対象者は、あらかじめ市長から交付を受けた肝炎ウイルス検診受診券(以下「受診券」という。)を市長の指定した期間内に持参

して、協力医療機関で受診するものとする。

(検診の内容)

第5条 本検診は、次の各号に掲げる検査を行う。

- (1) 問診 過去に肝機能異常を指摘されたことがあるか否かなどについて聴取する。
- (2) C型肝炎ウイルス検査 血液のHCV抗体検査及び必要に応じて実施するHCV核酸増幅検査(HCV抗体検査で中・低力価となった検体に実施)により、現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い又は現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い、のいずれに区分されるか判定を行う。
- (3) B型肝炎ウイルス検査 血液のHBs抗原検査により、陰性又は陽性のいずれに区分されるか判定を行う。

(実施報告)

第6条 検診を実施した協力医療機関は、検診を実施した月の翌月の20日までに、検診結果を次の各号に掲げる書類に取りまとめ、市医師会に提出する。

- (1) 肝炎ウイルス検診票(第1号様式)
- (2) 肝炎ウイルス検診医療機関別集計表(第2号様式)

2 市医師会は、前項の規定により提出された書類に肝炎ウイルス施設検診実施結果総括表(第3号様式)を添え、検診を実施した月の翌月の末日までに市長に報告する。

(一部負担金)

第7条 検診を受診する対象者は、受診の際、一部負担金として1,200円を当該協力医療機関に支払わなければならない。

(一部負担金の免除)

第8条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者については一部負担金の支払いを免除するものとする。

- (1) 当該年度末現在で70歳以上の者(第6号に該当する者は除く。)
- (2) 当該年度末現在で69歳以下の後期高齢者医療制度加入者
- (3) 生活保護法(昭和25年法律第144号)に規定する生活保護又はこれに準ずる措置を受けている世帯に属する者
- (4) 次に掲げるいずれかの支援給付を受けている者

ア 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等

及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)第14条第1項に規定する支援給付

イ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成19年法律第127号)附則第4条第1項に規定する支援給付

ウ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律(平成25年法律第106号)附則第2条第2項の規定によりなお従前の例によることとされた支援給付

(5) 市民税非課税世帯に属する者

(6) 個別勸奨による本検診の対象者

- 2 前項第1号及び第6号の規定により一部負担金の免除を受けようとする者は、受診の際、市長から交付された受診券を協力医療機関に提出するものとする。
- 3 第1項第2号から第4号までの規定により一部負担金の免除を受けようとする者及び同項第5号の規定により一部負担金の免除を受けようとする者のうち65歳から69歳までのものは、受診の際、免除事由を証明する証書等を提示するとともに、健康診査等一部負担金免除申請書(第8号様式)に必要事項を記入して協力医療機関に申請するものとする。
- 4 第1項第5号の規定により一部負担金の免除を受けようとする者のうち64歳以下のもの及び前項の規定による免除事由を証明する証書等のないもの(以下「第5号免除希望者」という。)は、あらかじめ、健康診査等一部負担金免除申請書(免除通知用)(第9号様式)に必要事項を記入して市長へ申請するものとする。
- 5 市長は、前項の規定による申請書の提出があった場合において、一部負担金を免除することが認められるものについては健康診査一部負担金免除決定通知書(第10号様式。以下「免除決定通知書」という。)により、免除することが認められないものについてはその旨を第5号免除希望者に通知するものとする。
- 6 第5号免除希望者は、受診の際、前項の規定により交付された免除決定通知書を協力医療機関に提出するものとする。

(委託料等)

第9条 検診の委託料及び委託料の支払い方法は、別に定める。

(検診受診後の指導等)

第10条 検診を受診した者への結果の通知は、検診を実施した医療機関が行うものとし、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、及びB型肝炎ウイルス検査において陽性と判定された者（以下、陽性者という）については、医療機関への受診を強く勧奨するものとする。

2 市長は、陽性者のうち受診状況が確認できない者に対して、適正な指導等を行うものとする。

(検診記録の整備)

第11条 市長は、第6条に定める実施報告等に基づき、検診受診者の氏名、生年月日、年齢、住所、検診結果等の記録を整備するものとする。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

(新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた令和2年度における一部負担金の免除特例)

2 令和元年度に第2条第2項の規定による個別勧奨の対象であって、当該年度に本検診を受診しなかった者については、令和2年度において同項の個別勧奨の対象者とみなして、第8条の規定を適用する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

(生活保護法による保護の基準の改正による特例措置)

2 平成26年3月31日において生活保護法の規定による生活保護を受けている

世帯に属する者であつて、生活保護法による保護の基準の改正に伴い同年４月１日に同法の規定による生活保護を受けている世帯に属する者でなくなったものについては、同日から平成２７年３月３１日までの間、同法の規定による生活保護を受けている世帯に属する者とみなして、第８条を適用する。

附 則

この要綱は、平成２６年１０月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成２９年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成３０年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成３０年１０月１日から施行する。

附 則

この要綱は、平成３１年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、令和２年６月１８日から施行する。

附 則

この要綱は、令和３年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、令和５年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、令和６年４月１日から施行する。

附 則

この要綱は、令和７年４月１日から施行する。

別表（第 2 条関係）

年齢
4 0 歳
4 5 歳
5 0 歳
5 5 歳
6 0 歳
6 5 歳
7 0 歳

年齢
7 5 歳
8 0 歳
8 5 歳
9 0 歳
9 5 歳
1 0 0 歳

(第1号様式)

肝炎ウイルス検診票

16 市記入欄

検診日	²⁰ 令和 年 月 日	受診者番号 (下8桁)	²⁹							
肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検診を希望します。										
ふりがな			性別	³⁷ []						
氏名 (自署)			男・女	電話						
現住所	緑区 中央区 南区		生年 月 日	大正 昭和	⁴⁸ 年 月 日 () 歳					
質 問 事 項				回 答 欄						
1) 過去に、肝臓病や肝機能異常を指摘されたことがことがありますか。				☐ はい (歳頃)			☐ いいえ		☐ わからない	
2) 広範な外科的処置(大きな手術等)を受けたことがありますか。				☐ はい (歳頃)			☐ いいえ		☐ わからない	
【は い】と答えた人に同います。 定期的に肝機能検査を受けていますか。				☐ はい			☐ いいえ			
3) (女性のみ) 妊娠・出産時に多量に出血したことがありますか。				☐ はい (歳頃)			☐ いいえ		☐ わからない	
【は い】と答えた人に同います。 定期的に肝機能検査を受けていますか。				☐ はい			☐ いいえ			
4) これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。				☐ はい (歳頃)			☐ いいえ		☐ わからない	
5) 現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。				☐ はい (歳頃)			☐ いいえ		☐ わからない	
6) これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。				☐ はい (歳頃)			☐ いいえ		☐ わからない	
7) 現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。				☐ はい (歳頃)			☐ いいえ		☐ わからない	
医療機関記入欄										
肝炎ウイルス検診対象者となる事由 (いずれかにレ印を記入してください)										
⁵⁵ ☐ 過去に肝炎ウイルス検診を受けたことがないため ¹ ☐ 特定健康診査等において、肝機能検査の数値に異常がみられたため ² (原則として、速やかに医療での受診を勧奨してください)										
検査結果 (結果にレ印を記入してください) ※記入間違いにご注意ください										
C型肝炎ウイルス検査		HCV抗体検査結果		現在C型肝炎ウイルスに						
		⁵⁶ ☐ 陰 性 (-) ¹		⁵⁸ ☐ 感染している 可能性が <u>低い</u> ¹						
		☐ 低力価 ²		HCV-RNA検査結果 ⁵⁷ ☐ 陰 性 (-) ¹ ☐ 陽 性 (+) ²						
		☐ 中力価 ³								
		☐ 高力価 ⁴		☐ 感染している 可能性が <u>高い</u> ² (精密検査対象)						
B型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査)		⁵⁹ ☐ 陰 性 (-) ¹ ・ ☐ 陽 性 (+) ² (精密検査対象)								
一部負担金について (いずれかにレ印を記入してください)				医療機関名						
☐ 徴収者 ☐ 免除者 →				⁶⁰ <免除要件> ☐ 70歳以上 ¹ ☐ 免除申請書 (8号様式) ² ☐ 免除決定通知書 (10号様式) ³ ☐ 無料検診 ⁵						

一次検診に関する個人情報については一次検診実施機関及び事業委託先の市医師会と情報共有し、検診の精度管理、事後指導、受診勧奨及び統計作成の目的に限り使用します。

(第 2 号様式)

肝炎ウイルス検診医療機関別集計表

年 月 日

相模原市長 殿

協力医療機関

住 所

氏 名

年 月分の肝炎検診を次のとおり実施したので、検診票を添え
報告します。

1. 実施件数

検査項目	一部負担金の徴収の有無	件 数
HCV抗体・HBs抗原検査	① 徴 収 し た 者	
	② 免 除 し た 者	
合 計 (① + ②)		

検査項目	一部負担金の徴収の有無	件 数
HCV - RNA検査	徴収者・免除者の合計	

※検診実施結果表は不要です。

以 上

※市記入欄

支払年月					医療機関コード									
1					6									
					1	4	1							

(第3号様式)

肝炎ウイルス施設検診実施結果総括表

年 月 日

相模原市長 殿

年 月分の肝炎ウイルス検診における実施結果について、次のとおり報告します。

1. 受診者数

(1) C型感染可能性(高)	名
(2) C型感染可能性(低)	名
(3) B型陽性(+)	名
(4) B型陰性(-)	名
月分受診者数計	名
うち免除者	名

2. 実施医療機関数

(1) 協力医療機関数	医療機関
(2) 実施医療機関数	医療機関

以 上

(第8号様式)

健康診査等一部負担金免除申請書

年 月 日

相模原市長 あて

次のとおり、一部負担金の免除を受けたいので申請します。

ふりがな											生 年 月 日		
氏 名											昭和 平成		
受診者番号 (受診券記載の下8桁)											年 月 日		
住 所	相模原市 緑区 ・ 中央区 ・ 南区												
電 話	— — — — — — — — — —												
健診の種類 (該当する番号に ○を付けてください)	1. 健康診査（医療保険未加入の生活保護制度利用者等のみ） ※国民健康保険加入者はこの申請書では申請できません。詳しくは健康増進課へお問い合わせ下さい。 2. 肝炎ウイルス検診 3. 胃がん検診 4. 子宮がん検診 5. 乳がん検診 6. 肺がん検診 7. 大腸がん検診 8. 前立腺がん検診 （4月2日から翌年4月1日までの間に 55・60・65歳の誕生日を迎える男性）												
理 由 (該当する番号に ○を付けてください) ※健診当日に免除申請が できるのは1～4に該当 する人になります。その 他の人は、予め申請が必要 です。	該当項目 1. 後期高齢者医療制度加入の人 2. 生活保護世帯に属する人 3. 市民税非課税世帯に属する人のうち 65～69 歳の人で、 <u>【6月中旬以前】</u> 相模原市の令和6年度介護保険料納入通知書の保険料 賦課の段階区分・根拠が「第1～3段階」の人 <u>【6月中旬以降】</u> 相模原市の令和7年度介護保険料納入通知書の保険料 賦課の段階区分・根拠が「第1～3段階」の人 4. 中国残留邦人等で支援給付を受給している人										確認を必要とする証明書類 被保険者証等 生活保護受給票 相模原市の介護保険 料納入通知書 本人確認証		
※ 実施年月日	年 月 日												
※ 実施医療機関名													

※印欄は実施医療機関で記載

(注1) 70歳以上の人は、費用無料のため、この申請書を提出する必要はありません。

(第9号様式)

- ① この申請書を、健診を受診する前に太枠内をご記入いただいた上、市へ提出してください。

② 申請書の到達後、市民税の課税状況を確認させていただき、免除の対象となる人には、「免除決定通知書」または、「施設健診受診券」を作成しお送りします。

◆ この申請書を医療機関や健診機関に提出しても、免除にはなりませんのでご注意ください。

◆ 健診受診後に申請をしても、一部負担金の返還はできませんのでご注意ください。

健康診査等一部負担金免除申請書（免除通知用）

令和 年 月 日

相模原市長 あて
次のとおり、一部負担金の免除を受けたいので申請します。（市民税非課税世帯用）

ふりがな											生 年 月 日		
申 請 者 氏 名											昭和 年 月 日 平成		
受診者番号	(下8桁)												
被保険者証番号 (国保加入者のみ)	(8桁)												
住 所	緑 区 相模原市 中央区 南 区												
電 話	— —												
健 診 の 種 類 (受診予定のすべての番号に○を付けてください。)	1. 肝炎ウイルス検診（平成14年度以降、一度も受診していない方のみ） 2. 胃がん検診 3. 子宮がん検診 4. 乳がん検診 5. 大腸がん検診 6. 肺がん検診 7. 前立腺がん検診 （4月2日から翌年4月1日までの間に55・60・65歳の誕生日を迎える男性） 8. お口の健康診査 9. 国民健康保険特定健康診査												
理 由	市民税非課税世帯に属するため（世帯員全員が非課税のため） ※上欄9に関しては、国民健康保険加入世帯全員（擬主も含む）が非課税のため												
租税公簿の閲覧承諾書 ※同一世帯で国民健康保険以外の地域保険、職域保険に加入の方（申請者を含める）全員の氏名をご記入ください。 私は、一部負担金の免除申請に伴い、相模原市長が私の租税に関する公簿を閲覧することを承諾します。 氏 名 _____ 氏 名 _____ 氏 名 _____ 氏 名 _____													

※ 同一世帯の中に、市民税が未申告の人がいる場合、棄却となりますのでご承知おください。
※ 5月31日までに到着した申請書については前年度、6月1日以降に到着した申請書については今年度の市民税の課税状況を基に判断し、結果を通知します。

市 記 入 欄	受付年月日			受付者		市税判定年度		免除認定状況			交付年月日		
	年 月 日					年度		☐ 非課税世帯 ☐ 課税世帯			年 月 日		
	上記申請者及び世帯員の市民税課税状況を確認した結果に基づき、次のとおり通知してよろしいか。												
	免除 ☐ 1 肝炎 ☐ 2 胃 ☐ 3 子宮 ☐ 4 乳 ☐ 5 大腸 ☐ 6 肺 ☐ 7前立腺 ☐ 8 お口 ☐ 9 特定												
	棄却 ☐ 1 肝炎 ☐ 2 胃 ☐ 3 子宮 ☐ 4 乳 ☐ 5 大腸 ☐ 6 肺 ☐ 7前立腺 ☐ 8 お口 ☐ 9 特定												
	備考 ☐ 課税 ☐ 未申告 ☐ 確認不能（氏名： _____ ） ☐ 受診済(受診日： 年 月 日)・ ☐ 受診対象外 ☐ その他（ _____ ） 無料クーポン券対象者(子宮21歳・乳41歳)【 ☐ 受診歴なし(無料クーポン対象) ☐ 受診歴あり(無料クーポン対象外)】 ☐ 肝炎無料対象者(40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳)												

(第10号様式)

年 月 日

様

《受診者番号》

相模原市長

健康診査一部負担金免除決定通知書

年 月 日付けで申請のありました一部負担金の免除を次のとおり決定します。

検 診 の 種 類	
理 由	市民税非課税世帯に属するため
有 効 期 限	年 月 日 (検診前に提出した場合のみ有効)

※ この決定通知書は、検診を受ける際に、医療機関や検診機関へ提出することにより、一部負担金(検診費用)が免除になるものです。(受診の際は、受診券が必要です。)

※ 検診後に、この決定通知書を提出しても、一部負担金の返還はできませんので、ご注意ください。

以 上

■ 実施医療機関で記入

■ 実施年月日	年 月 日
■ 実施医療機関名	

※ この決定通知書を提出した人の一部負担金は、免除扱いとしてください。

※ 「健康診査一部負担金免除申請書」を記入してもらう必要はありません。

※ 市へ検診結果を提出する際に、この決定通知書を添付してください。