

特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証								
公費負担者番号								
公費負担医療 の受給者番号								
受給者	住所							
	氏名							
	生年月日	年	月	日	男・女			
発行者名称	<p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">社会保険診療報酬支払基金理事長 印</p>							

定期検査受診票

年

①血液学的検査

受診回	1回目	2回目	3回目	4回目
受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
医療機関名	印	印	印	印

②画像検査(腹部エコー)

受診回	1回目	2回目	3回目	4回目
受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
医療機関名	印	印	印	印

③画像検査(造影CT若しくは造影MRI又は単純CT若しくは単純MRI)

受診回	1回目	2回目
受診年月日	年 月 日	年 月 日
医療機関名	印	印

- ※ 医療機関において、該当する回の受診年月日、医療機関名の欄に記入いただき、ご本人にお渡し下さい。
- ※ 複数の項目を同時に実施した場合には、それぞれの欄に記載してください。
- ※ この票は、年(1月～12月)を単位として記入してください。

注意事項

- 1 この証は、特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法第6条第1項第7号に該当する方（特定無症候性持続感染者）を対象として交付されます。
- 2 この証を交付された方は、慢性肝炎又は肝がんの発症を確認するため①から③までの定期検査を受けた場合、①及び②については年4回まで、③については年2回までは定期検査及びその診断のための費用（医科診療報酬点数表及び使用薬剤の薬価（薬価基準）によるものに限る）の自己負担分を支払う必要はありません。
 - ①血液学的検査
※血液学的検査の対象となる検査項目は、赤血球数、白血球数、血色素（ヘモグロビン）測定、ヘマトクリット値、血小板数、末梢血液像、プロトロンビン時間測定、活性化トロンボプラスチン時間測定、AST（GOT）、ALT（GPT）、ALP、 γ -GTP（ γ -GT）、総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ChE、総コレステロール、AFP、PIVKA-II、AFP-L3%、HBe抗原、HBe抗体、HBV-DNAとする。
 - ②画像検査（腹部エコー）
 - ③画像検査（造影CT若しくは造影MRI又は単純CT若しくは単純MRI）
- 3 この証を交付された方は、子を出産した場合にその子に対するB型肝炎ウイルスの母子感染を防止するため、保険診療により血液学的検査（HBe抗原及びHBe抗体）を受けた場合、子1人につき1回まではその自己負担分を支払う必要はありません。
- 4 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 5 氏名、住所、加入している医療保険、振込先に変更があったときは、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- 6 病態の進行や死亡で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに社会保険診療報酬支払基金に返還してください。
- 7 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- 8 定期検査受診票の記載欄が無くなったときは、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- 9 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

社会保険診療報酬支払基金 (TEL)

(日本工業規格B7)

注 2 ページについては、必要に応じ、適宜増やして差し支えない。