様式第二号（第二十条関係）

（１ページ）

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　日生						男・女
発行者名称		年　月　日 社会保険診療報酬支払基金理事長　印						

定 期 検 査 受 診 票

年

①血液学的検査、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				
医師名	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		
医師名	印	印

※ 担当医師は、該当する回の受診年月日、医療機関名、医師名の欄に記入いただき、ご本人にお渡し下さい。
※ 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、ＺＴＴ、総コレステロール、ＡＦＰ、ＰＩＶＫＡ－Ⅱ、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。