様式第二号(第二十条関係)

<table>
<tr><td colspan="10">特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証</td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担医療の
受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">受給者</td><td>住所</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="7">年　月　日
生</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td colspan="2">発行者名称</td><td colspan="8">年　月　日

社会保険診療報酬支払基金理事長　印</td></tr>
</table>

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				

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				

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10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(しょう)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　　)

(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。