

Q1 費用助成請求日とはいつですか？

A1 費用助成請求日とは、東京都が申請書類を収受した日となります。
住民票の写し等の提出の際は発行日にご注意ください。

Q2 血液検査と超音波検査を別の日に行いましたが、助成金の申請はできますか？

A2 一連の検査が複数の日にわたった場合、検査日の間隔が1か月の期間内のものであれば一連の検査とみなされますので、まとめて請求してください。

Q3 助成金は、請求書類を提出したらすぐに口座に振り込まれますか？

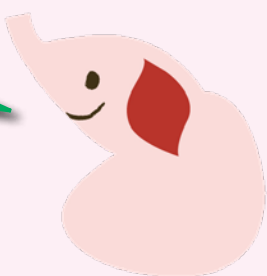
A3 振り込みまでにおおむね2か月かかります。ただし、書類の記載漏れや添付書類が不足している場合は、さらに期間がかかる場合があります。振り込みをする前に、決定通知書をお送りします。
不承認となった場合も、書面で通知します。

Q4 フォローアップとは、具体的にどのようなことをやるのですか？

A4 肝炎検査の結果、陽性であった方が確実に医療に繋がるよう、東京都や区市町村から、医療機関の受診状況等の確認を行っています。必要に応じて年1回程度、調査票を送付したり、電話をかけたりします。
検査費用の助成を受けるためには、フォローアップ事業への参加が必須条件となっています。

以下の費用は助成対象外ですので、ご注意ください。

- 肝臓に関して行われたものではない検査の費用
- 選定療養費
- 住民票の取得にかかる費用
- 医療機関までの交通費
- 申請書類の郵送にかかる切手代 等



都では、B型ウイルス肝炎・C型ウイルス肝炎に対して行われる治療の医療費や、経過観察のための定期検査に対する費用助成を行っています。
詳しくは、東京都疾病対策課までお問い合わせください。

お問い合わせ先

東京都保健医療局 保健政策部 疾病対策課 03-5320-4476

東京都 肝炎対策

検索

初回精密検査費用助成について

https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/kenkou/kanen_senryaku/kanen_syokai_kensa

令和7年3月発行（令和6年度）

登録番号（6）229

編集・発行 東京都 保健医療局 保健政策部 疾病対策課



リサイクル適性(A)
この印刷物は、印刷用の紙へリサイクルできます。

肝炎ウイルス検査の結果が陽性であった方へ

肝炎初回精密検査費用助成の御案内

東京都では、区市町村・東京都保健所、職域健診、妊婦健診又は手術前検査における肝炎ウイルス検査で陽性と判定された後、初めて医療機関で精密検査を受けた際の医療費の自己負担分を助成します。



対象者	以下の肝炎ウイルス検査で陽性と判定された、東京都にお住まいの方 ① 区市町村・東京都保健所 ② 職域（職場）健診 ③ 妊婦健診 ④ 手術前検査
助成対象費用	・初診料（再診料） ・ウイルス疾患指導料 ・対象となる検査に関連する費用として東京都が認めた費用 ※医師が真に必要と判断したものに限りします。 ※保険適用外の検査は助成対象外です。 ※医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受け、対象者が自己負担した費用が対象となります。 ※助成費用は、助成対象とならない費用を除いて算定するため、医療機関で支払った金額と助成支給額が異なる場合があります。
対象となる検査	肝炎ウイルス検査で陽性と判定された後、初めて医療機関で受ける精密検査 1. 血液形態・機能検査 5. 肝炎ウイルス関連検査 2. 出血・凝固検査 6. 微生物核酸同定・定量検査 3. 血液化学検査 7. 超音波検査（断層撮影法（胸腹部）） 4. 腫瘍マーカー ※CT撮影又はMRI撮影に係る費用は助成対象外です。
助成回数	1回
申請期間	肝炎ウイルス検査で陽性と判定されてから1年以内 ※③妊婦健診 ④手術前検査 で陽性と判定された場合は、申請期間に特例がございます。 詳細は、3ページをご確認ください。

申請書類を揃えて
下記に郵送してください。

切り取ってお手持ちの封筒に貼り、切手を貼って投函してください。



〒163-8001

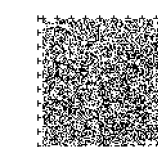
東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

東京都保健医療局 保健政策部

疾病対策課 行

【問合せ・提出先】

東京都保健医療局 保健政策部 疾病対策課 疾病対策推進担当
住所 〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
電話 03-5320-4476



対象者・費用の請求書類

精密検査の受診後に、以下の申請書類を揃えて、東京都疾病対策課まで郵送にて申請してください。
なお、書類はボールペン等の字が消えないペンで記入してください。

1 区市町村・都保健所で肝炎ウイルス検査を受けて陽性と判定された方

対 象 者	以下の全ての要件に該当する方 1. 助成申請時に東京都内に住民票のある方 2. 医療保険各法（後期高齢者含む）の規定による被保険者又は被扶養者 3. 区市町村又は東京都保健所が実施した肝炎ウイルス検査を受け、費用助成請求日の前1年以内に陽性と判定された方 4. 受診状況等の確認の連絡（フォローアップ）を受けることに同意した方
書 類 の 準 備	検査を受けた区市町村、東京都保健所又はこれらの委託先から、「初回精密検査費用請求書」、「フォローアップ事業参加同意書」を受け取ります。
申請に必要な書類	1. 初回精密検査費用請求書 様式3-1 2. 医療機関の領収書（レシートやコピーは不可） 3. 医療機関の診療明細書（コピーは不可） 4. 肝炎ウイルス検査の結果通知書のコピー ※ 区市町村・都保健所で実施した肝炎ウイルス検査の結果（初回精密検査の結果ではありません） 5. 住民票の写し（コピーは不可） ※ 請求日前3か月以内の発行のもの ※ 個人番号（マイナンバー）の記載がないもの 6. フォローアップ事業参加同意書 様式1

2 職域（職場）の健診で肝炎ウイルス検査を受けて陽性と判定された方

対 象 者	以下の全ての要件に該当する方 1. 助成申請時に東京都内に住民票のある方 2. 医療保険各法（後期高齢者含む）の規定による被保険者又は被扶養者 3. 職域（職場）で実施する肝炎ウイルス検査を受け、費用助成請求日の前1年以内に陽性と判定された方 4. 受診状況等の確認の連絡（フォローアップ）を受けることに同意した方
書 類 の 準 備	東京都保健医療局ホームページからダウンロード 又は 都へ電話などにより資料請求します。
申請に必要な書類	1. 初回精密検査費用請求書 様式3-2 2. 医療機関の領収書（レシートやコピーは不可） 3. 医療機関の診療明細書（コピーは不可） 4. 肝炎ウイルス検査の結果通知書のコピー ※ 職域で実施した肝炎ウイルス検査の結果（初回精密検査の結果ではありません） 5. 住民票の写し（コピーは不可） ※ 請求日前3か月以内の発行のもの ※ 個人番号（マイナンバー）の記載がないもの 6. フォローアップ事業参加同意書 様式1 7. 職域検査受検証明書 様式10 ※お持ちの場合のみ

3 妊婦健診の肝炎ウイルス検査を受けて陽性と判定された方

対 象 者	以下の全ての要件に該当する方 1. 助成申請時に東京都内に住民票のある方 2. 医療保険各法（後期高齢者含む）の規定による被保険者又は被扶養者 3. 妊婦健診の肝炎ウイルス検査において、費用助成請求日の前1年以内に陽性と判定された方 ※ 陽性と判定されてから1年以内の請求を原則としますが、妊娠中の通院や出産後の育児等により、陽性と判定されてから1年以内に精密検査の受診及び請求が困難であった場合は、陽性と判定されてから4年以内であれば請求できます。 4. 受診状況等の確認の連絡（フォローアップ）を受けることに同意した方
書 類 の 準 備	東京都保健医療局ホームページからダウンロード 又は 都へ電話などにより資料請求します。
申請に必要な書類	1. 初回精密検査費用請求書 様式3-3 2. 医療機関の領収書（レシートやコピーは不可） 3. 医療機関の診療明細書（コピーは不可） 4. 母子健康手帳の「保護者氏名」「肝炎ウイルス検査の検査日」「検査結果」が確認できるページのコピー ※ 初回精密検査の結果ではありません。 ※ 母子健康手帳により検査日及び検査結果が確認できない場合は、母子健康手帳の「保護者氏名」が確認できるページの写し及び医療機関が発行する妊婦健診の肝炎ウイルス検査の検査結果通知書の写しを提出してください。 5. 住民票の写し（コピーは不可） ※ 請求日前3か月以内の発行のもの ※ 個人番号（マイナンバー）の記載がないもの 6. フォローアップ事業参加同意書 様式1

4 手術前検査の肝炎ウイルス検査を受けて陽性と判定された方

対 象 者	以下の全ての要件に該当する方 1. 助成申請時に東京都内に住民票のある方 2. 医療保険各法（後期高齢者含む）の規定による被保険者又は被扶養者 3. 手術前の肝炎ウイルス検査において、費用助成請求日の前1年以内に陽性と判定された方 ※ 陽性と判定されてから1年以内の請求を原則としますが、手術後の検査入院等により、陽性と判定されてから1年以内に精密検査の受診及び請求が困難であった場合は、陽性と判定されてから2年以内であれば請求できます。 4. 受診状況等の確認の連絡（フォローアップ）を受けることに同意した方
書 類 の 準 備	東京都保健医療局ホームページからダウンロード 又は 都へ電話などにより資料請求します。
申請に必要な書類	1. 初回精密検査費用請求書 様式3-4 2. 医療機関の領収書（レシートやコピーは不可） 3. 医療機関の診療明細書（コピーは不可） 4. 手術前検査において実施した肝炎ウイルス検査の検査結果通知書のコピー ※ 初回精密検査の結果ではありません。 5. 手術前検査において実施した肝炎ウイルス検査後に受けた手術に係る手術料が算定されたことが確認できる診療明細書の写し 6. 住民票の写し ※ 請求日前3か月以内の発行のもの ※ 個人番号（マイナンバー）の記載がないもの 7. フォローアップ事業参加同意書 様式1