

定期検査費用助成 対象検査項目

	B型肝炎ウイルス	C型肝炎ウイルス
血液形態・機能検査	末梢血液一般検査、末梢血液像	
出血・凝固検査	プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間	
血液化学検査	総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、 γ-GT、総コレステロール、AST、ALT、LD	
腫瘍マーカー	AFP、AFP-L3%、PIVKA-2.半定量、PIVKA-2.定量	
肝炎ウイルス関連検査	HBe抗原、HBe抗体、HBV ジェノタイプ判定等	HCV血清群別判定等
微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量	HCV核酸定量
画像診断	超音波検査(断層撮影法(胸腹部))	

※ 初診料(再診料)、ウイルス疾患指導料及び下記の検査に関連する費用として
 県が認めた費用が助成の対象となります。ただし、医師が真に必要と判断したものに限り
 (注) 保険適用外の検査は助成対象となりません。

※ 定期検査において、肝硬変・肝がん(治療後の経過観察を含む)の場合は、
 超音波検査に代えてCT撮影またはMRI撮影を対象とすることができます。
 CT撮影またはMRI撮影をした場合、いずれも造影剤を使用した場合の加算等の関連する
 費用も助成対象です。