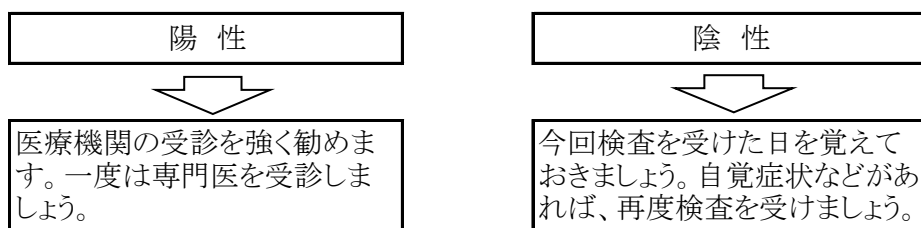


令和8年度 肝炎ウイルス検診 単価表

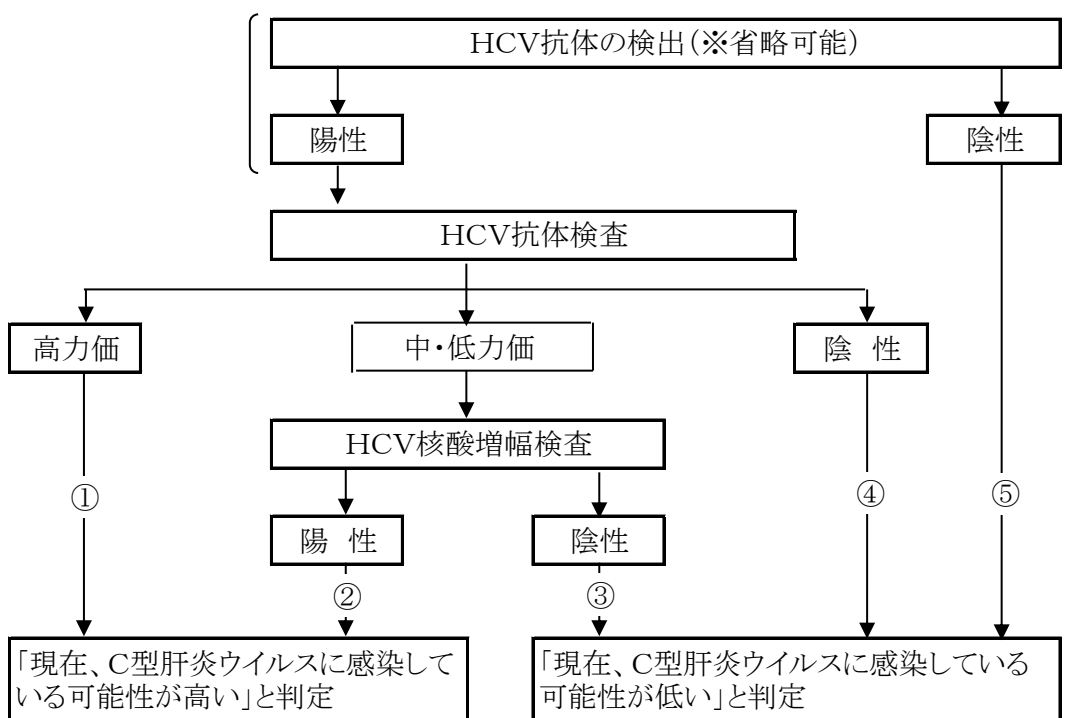
検 査 項 目	自己負担区分	単価（税込み）
肝炎ウイルス検査（一次検診、B型・C型の両方）	徴収者	1,825円
	免除者 個別勧奨対象者	3,025円
HBs抗原検査のみ（一次検診、B型のみ）	徴収者	703円
	免除者 個別勧奨対象者	1,903円
HCV抗体検査のみ（一次検診、C型のみ）	徴収者	1,506円
	免除者 個別勧奨対象者	2,706円
肝炎ウイルス検査（一次検診、C型のみ） HCV核酸増幅検査（二次検診）	徴収者	6,786円
	免除者 個別勧奨対象者	7,986円
肝炎ウイルス検査（一次検診、B型・C型の両方） HCV核酸増幅検査（二次検診）	徴収者	7,105円
	免除者 個別勧奨対象者	8,305円

判定結果(HBs 抗原検査)



判定結果(C型肝炎ウイルス検査)

1. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました。
判定理由 ① ②
2. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されました。
判定理由 ③ ④ ⑤



〈 注意事項 〉

HBs抗原検査が陰性となった場合にも、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス(HCV)に感染することはほとんどないことがわかっています。したがって、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところ、上図に示す手順を踏んだ検査を1回受ければよいとされています。なお、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス(HCV)以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス(HCV)に感染する場合(きわめてまれとされています。)があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

肝炎ウイルス検診完了報告書

医療機関番号

〇

年 月 日

藤 沢 市 長

所在地

医療機関

名 称

氏 名

月 に実施した肝炎ウイルス検診について、次のとおり報告します。

徴 収 者	件 数		単 価	金 額
肝炎ウイルス検査 (B型＋C型) 【C型判定理由が ①④⑤】	件		1,825円	円
肝炎ウイルス検査 (B型＋C型＋核酸増幅) 【C型判定理由が ②③】	件		7,105円	円
HBs抗原検査のみ	件		703円	円
HCV抗体検査のみ 【判定理由が ①④⑤】	件		1,506円	円
HCV抗体検査のみ (C型＋核酸増幅) 【判定理由が ②③】	件		6,786円	円
			小 計	円
免 除 者	件 数		単 価	金 額
	一般免除者	無料券対象者		
肝炎ウイルス検査 (B型＋C型) 【C型判定理由が ①④⑤】	件	件	3,025円	円
肝炎ウイルス検査 (B型＋C型＋核酸増幅) 【C型判定理由が ②③】	件	件	8,305円	円
HBs抗原検査のみ	件	件	1,903円	円
HCV抗体検査のみ 【判定理由が ①④⑤】	件	件	2,706円	円
HCV抗体検査のみ (C型＋核酸増幅) 【判定理由が ②③】	件	件	7,986円	円
			小 計	円

合 計 金 額

円

※提出期限は、翌月20日(当日が土日祝日の場合は前開庁日)必着です。

医療機関番号

○

肝炎ウイルス検診完了報告書

藤 沢 市 長

藤沢市医師会が指定する番号のうち、下5桁を記入してください。

2026年 5月 1日

所在地

藤沢市朝日町 1 - 1

医療機関

名 称

朝日町病院

氏 名

院長 朝日太郎

6

月

に実施した肝炎ウイルス検診について、次のとおり報告します。

徴 収 者	件 数	単 価	金 額	
肝炎ウイルス検査 (B型+C型) 【C型判定理由が①④⑤】	1 件	1,825円	1,825 円	
肝炎ウイルス検査 (B型+C型+核酸増幅) 【C型判定理由が②③】	2 件	7,105円	14,210 円	
HBs抗原検査のみ	件	703円	円	
HCV抗体検査のみ 【判定理由が①④⑤】			円	
HCV抗体検査のみ (C型+核酸増幅) 【判定理由が②③】			円	
小 計			16,035 円	
免 除 者	件 数		単 価	金 額
	一般免除者	無料券対象者		
肝炎ウイルス検査 (B型+C型) 【C型判定理由が①④⑤】	1 件	0 件	3,025円	3,025 円
肝炎ウイルス検査 (B型+C型+核酸増幅) 【C型判定理由が②③】	1 件	0 件	8,305円	8,305 円
HBs抗原検査のみ	件	件	1,903円	円
HCV抗体検査のみ 【判定理由が①④⑤】	件	件	2,706円	円
HCV抗体検査のみ (C型+核酸増幅) 【判定理由が②③】	件	件	7,986円	円
小 計			11,330 円	
書き誤りの際は新しい用紙に書き直すか、 二重線で消し、訂正してください。				
合 計 金 額			27,365 円	

※提出期限は、翌月20日(当日が土日祝日の場合は前開庁日)必着です。

肝 炎 ウ イ ル ス 検 診 問 診 票

個別勧奨無料券

重要事項

検診結果等の個人情報につきましては、検診機関及び検診事業主体である「藤沢市」が個人情報の保護に関する法律他に基づき管理し、統計事業及び保健指導等に活用します。

☐ ①徴収

免除

- ☐ ②個別勧奨
☐ ③生保
☐ ④障がい
☐ ⑤非課税等

受診者番号 (左詰めで記入)											
フリガナ	フジサワ タロウ		氏 名	藤沢 太郎		☒ 男 ☐ 女	住 所	藤沢市 朝日町1234			
生 年 月 日	②大正							電話 番号	0466-25-0000		
医療保険各法その他の法令等に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けることを予定していますか。							はい	☒ いいえ			「いいえ」の方のみ受診できます。
肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。							はい (年頃)	☒ いいえ			
広範な外科的処置（大きな手術など）を受けたことがありますか。							はい (年頃)	☒ いいえ			
「はい」と答えた方に伺います。 定期的に肝機能検査を受けていますか。							はい	☐ いいえ			
(女性のみ) 妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。							はい (年頃)	☐ いいえ			
「はい」と答えた方に伺います。 定期的に肝機能検査を受けていますか。							はい	☐ いいえ			
これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。							はい (年頃)	☒ いいえ			分からない
現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。							はい (年頃)	☒ いいえ			分からない
これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。							はい (年頃)	☒ いいえ			分からない
現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。							はい (年頃)	☒ いいえ			分からない
H B s 抗原検査について							☒ 希望する	☐ 希望しない			受診者本人の署名を必ずお願いします。
C型肝炎ウイルス検査について							☒ 希望する	☐ 希望しない			
氏 名							藤沢 太郎				(自署してください)
今回の結果が陽性だった場合、神奈川県が実施している精密検査等の助成制度について、市の担当課への情報提供及び資料送付を希望しますか。							☒ はい	☐ いいえ			

肝 炎 ウ イ ル ス 検 診 結 果 通 知 書

どちらかに○をお願いします。

受 診 年 月 日	20				年			月			日
H B s 抗原検査	② 陽 性		☒ ① 陰 性		⑨ 検査を受けず						
C 型 肝 炎 ウ イ ル ス 検 査	判定結果	② 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い ① 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い ⑨ 検査を受けず									
	判定理由	①	②	③	④	⑤					
医療機関名	朝日町医院										
所 在 地	朝日町1-1										医療機関番号
医 師 名	院長 朝日 太郎										0

①藤沢市提出用