

令和6年度 肝炎ウイルス検診受診勧奨通知書について

対象者の方に、「肝炎ウイルス検診受診勧奨通知書」を送付し、無料検診を実施します。

- 1 対象者 鹿児島市にお住まいで、令和6年度中に以下の年齢に達する方が対象になります。
ただし、肝炎ウイルス検診が未受診の方に限ります。

年齢	生 年 月 日	
40歳	昭和 59 (1984) 年 4 月 1 日	～ 昭和 60 (1985) 年 3 月 31 日
45歳	昭和 54 (1979) 年 4 月 1 日	～ 昭和 55 (1980) 年 3 月 31 日
50歳	昭和 49 (1974) 年 4 月 1 日	～ 昭和 50 (1975) 年 3 月 31 日
55歳	昭和 44 (1969) 年 4 月 1 日	～ 昭和 45 (1970) 年 3 月 31 日
60歳	昭和 39 (1964) 年 4 月 1 日	～ 昭和 40 (1965) 年 3 月 31 日
65歳	昭和 34 (1959) 年 4 月 1 日	～ 昭和 35 (1960) 年 3 月 31 日
70歳	昭和 29 (1954) 年 4 月 1 日	～ 昭和 30 (1955) 年 3 月 31 日

- 2 受診勧奨通知書送付日 令和6年6月24日(月)

- 3 有効期間 令和6年7月1日から令和7年3月31日まで

**※6月中は、有効期間外であることを、必ず受付担当の方へ周知してください。
有効期間外に受け付けたものについては、無料にはなりません。**

4 償還払い(自己負担分払い戻し)

この事業の対象者で、令和6年4月1日から令和6年6月30日までの間に、既にいきいき受診券による検診を受診した方については、自己負担分の払い戻し制度に基づき、本人の申請により自己負担分の払い戻しを行います。

対象者には、鹿児島市より9月頃に手続き用紙をお送りしますので、その旨ご案内ください。
(払い戻し制度については、対象者へ無料クーポンを送付した際の案内にも記載しております)

5 処理手続き及び注意点

- ①検診受付時には、受診勧奨通知書持参者の本人確認を必ず行った後に検診を実施してください。
下記場合は、無料検診の対象とはなりませんので、必ず受付時に受診勧奨通知書をご確認ください。
 - ・受付時に受診勧奨通知書をお持ちでない場合
 - ・有効期間外での受診勧奨通知書の提出
 - ・検診受付時に、鹿児島市外に引越しをされている方
- ②いきいき受診券の発行対象者については、いきいき受診券についても確認、回収を行ってください。
紛失している方については、再発行しますので保健予防課までご連絡ください。ただし、他のがん検診の受診を希望されない方につきましては、いきいき受診券の回収は不要です。受診勧奨通知書のみ回収をお願いいたします。
- ③請求事務処理については、いきいき受診券による検診の請求時に、「受診勧奨通知での受診者」に計上して請求してください。

～お願い～

上記対象者で、検診受付時に受診勧奨通知書を提出されない場合には、受診勧奨通知書をお持ちでないかの確認をお願いいたします。受診勧奨通知書送付後の鹿児島市への転入者や、受診勧奨通知書の対象者であることをご存じでない方もいらっしゃいますので、確認、説明にご協力ください。受診者本人が受診勧奨通知書を紛失している場合には、再発行をいたしますが、その場合につきましても、原則、受診受付時に受診勧奨通知書の提出が必要となります。受診勧奨通知書を再発行の上、持参して受診するようお願いください。

6 検診から請求、支払までの流れ

通常の肝炎ウイルス検診と同様の手続きです。

～裏面もお読みください～

問い合わせ先
鹿児島市 保健予防課
TEL099-803-6927

7 見本

肝炎ウイルス検診受診勧奨通知書

表

裏

(提出する部分)

(勧奨通知書使用の注意点)

- 検診の際は、本勧奨通知書、いきいき受診券、健康保険証等本人確認できるものと一緒に受付に提出してください。
- 本勧奨通知書を忘れた場合、自己負担金がかかります。後から払戻しはできません。
- 本勧奨通知書が届く前(令和6年4月～令和6年6月)に「いきいき受診券」で受診し、自己負担額を支払った方には、9月頃に払戻しの通知をする予定です。

(検診機関→保健所) (きりとり)

令和6年度 肝炎ウイルス検診受診勧奨通知書

受診券番号 1-0000001 2-00000001

氏名 鹿児島 太郎

生年月日 昭和29年 12月31日

住所 鹿児島市123番地4

有効期間： 令和6年7月1日から令和7年3月31日まで

鹿児島市長 下鶴 隆央

(検診機関控え)

受付年月日 令和6年7月1日

氏名 鹿児島 太郎

生年月日 昭和29年12月31日

住所 鹿児島市123番地4

鹿児島市

このミシン目は切り離さず
に検診機関へお出し
ください。

【受診者の方へ】

- 1度使用された勧奨通知書は使用できません。
- この勧奨通知書が、盗難・紛失または滅失された場合はすぐに問い合わせ先へ連絡してください。
- 再発行を希望される方は、有効期間内であれば再発行します。
- この勧奨通知書の売買、第三者への譲渡はできません。
- この勧奨通知書に記入された内容が修正された場合は、使用できません。

【検診機関の方へ】

- 表面から見て左側の〈検診機関→保健所〉は検診関係の書類と一緒に提出してください。
- 表面から見て右側は検診機関控えになりますので、切り離して検診機関にて保管してください。
- この勧奨通知書を受け付ける場合は、保険証や身分証明書等で必ず本人確認を行ってください。
- 本勧奨通知書使用に関する問い合わせのほか、紛失された場合は必ずご連絡ください。

受診日 令和 年 月 日

検診機関名

住所

代表者

(問い合わせ先) 鹿児島市 保健予防課 電話 099-803-6927

この部分を切り離し、
記録票に貼り付けて
(別紙参照)
提出してください。

検診機関控え

肝炎ウイルス検診受診
勧奨通知書の裏面には、
**検診機関名等を必ず
記載してください。**

日付は、**肝炎ウイルス
検診の受診日を記載して
ください。**

(記入例)

(保健所提出用)

様式第2 (第14条関係)

肝炎ウイルス検診受診者名簿

(7) 月分

実施機関名
医療機関コード

受付年月日	採血番号	氏名	年齢	性別		住所	C型検査結果				B型検査		備考
				男	女		①	②	③	④	陽性	陰性	
R6.7.1		鹿児島 太郎	60	○		山下町11-1						○	
R6.7.2		桜島 花子	47		○	備考欄に「無料券」と記入し、8ケタの整理番号2-○○○○○○○○○を記入してください。						○	非課税
R6.7.3		鴨池 保子	75									○	後期高齢者
R6.7.4		鴨池 健一	55	○								○	無料券 2-98765432
R6.7.5		山田 一郎	50	○			吉野町3257-3					○	無料券 2-98765433
R6.7.6		山田 花子	50		○		吉野町3257-4					○	無料券 2-98765434
R6.7.7		川田 次郎	71	○			吉野町3257-5					○	
R6.7.8		田中 二三子	40		○		永吉2-21-6					○	単独
R6.7.9		南 北郎	48	○			山下町10-5			○		○	単独
R6.7.10		中田 花子	45		○		永吉2-21					○	単独 無料券 2-11112222
R6.7.11		東 西二	65	○			山下町10-1111		○				単独 無料券 2-11113333

10

20

	節目等検診			単独・肝機能要指導領域者検診		
	B+C肝炎	B肝炎のみ	C肝炎のみ	B+C肝炎	B肝炎のみ	C肝炎のみ
1. 受診者数	6 名	名	1 名	3 名	名	1 名
2. 自己負担 納入者	1 名	名	名	2 名	名	名
3. 自己負担 免除者 (除く受診勧奨通知利用者)	2 名	名	1 名	名	名	名
4. 受診勧奨通知での受診者	3 名	名	名	1 名	名	1 名

5. HCV核酸増幅検査

「肝炎ウイルス検診受診勧奨通知書」を利用した受診者は、「4. 受診勧奨通知での受診者」の欄に、計上してください。

「肝炎ウイルス検診受診勧奨通知書」の取り扱いについて

特定健診等と併せて肝炎ウイルス検診を受診する場合はこの記録票を使います。

様式第1 (第9条関係)		肝炎ウイルス検診記録票				(請求用)			
受診日		年	月	日					
● 肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検査を希望しますか。 肝炎ウイルス検査について、(1. B型、C型ともに希望する。 2. B型のみ希望する。 3. C型のみ希望する。) 氏名 _____ (自署してください。)									
鹿児島市	町	番地	号	性	別	1. 男	2. 女	年 齢	歳
フリカケ	丁目	番		生	年 月 日	年	月	日	
氏名				電 話 番 号					
● 1から6の項目ごとにあてはまる数字を○で囲み、該当するところに数字を記入してください。									
1. 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。 4. 現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。 1. はい()年頃 2. いいえ (検診機関→保健所) 1. はい()年頃 2. いいえ 3. わからない									
令和6年度 肝炎ウイルス検診受診勧奨通知書					令和6年度 肝炎ウイルス検診受診券				
診券番号 1-0000001 2-00000001 名 鹿児島 太郎 年月日 昭和29年 12月31日 所 鹿児島市123番地4 効期間： 令和6年7月1日から令和7年3月31日まで 鹿児島市長 下鶴 隆央					受診券番号 000000013333333 住所 123番地4 氏名 鹿児島 太郎				
テープ等で貼る					テープ等で貼る				
及び 実施機関名					検査結果 性 性 コード				
この記録票は鹿児島市保健所に提出されます。これらの情報は、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療及び健康についての認識と自覚の高揚を図るために利用され、これ以外の目的に使用されることはありません。									

記録票の表面に、「肝炎ウイルス検診受診勧奨通知書」と、「いきいき受診券」を記録票からはみ出さないように、セロテープ等でしっかりと貼り付けて提出してください。

「肝炎ウイルス検診受診勧奨通知書」の取り扱いについて

肝炎ウイルス検診のみを受診する場合は
この記録票を使います。

様式第4 (第9条関係) (請求用)

肝炎ウイルス検診(単独・肝機能要指導領域者)記録票

医療機関長 殿 今年度の特定健康診査において、下記の方の肝機能(GPT)が要指導領域にありましたので、肝炎ウイルス検診を実施
くださるようお願いいたします。

鹿児島市	町	番地	性別	1. 男	2. 女	電話番号	
	丁目	番	号	生	年	月	日()歳
フリガナ				特定健康診査受診日		年	月
氏名				肝機能(GPT)数値		()	U/L

受診日 年 月 日(※下記の自署欄は、必ずご記入ください。)

●肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検査を希望しますか。
肝炎ウイルス検査について、(1. B型、C型ともに希望する。 2. B型のみ希望する。 3. C型のみ希望する。)

(検診機関→保健所)

令和6年度 肝炎ウイルス検診受診勧奨通知書

診券番号 1-0000001 2-00000001
名 鹿児島 太郎
年月日 昭和29年 12月31日
所 鹿児島市123番地4
効期間: 令和6年7月1日から令和7年3月31日まで
鹿児島市長 下鶴 隆央

令和6年度 肝炎ウイルス検診受診券

受診券番号
000000013333333
住所 123番地4
氏名 鹿児島 太郎

陽性	→ ②	に感染している可能性が低い	1. 陽性
陰性	→ ③		2. 陰性
陰性	→ ④		医療機関コード
医療機関名			

この記録票は鹿児島市保健所に提出されます。これらの情報は、生活習慣病の予防、早期発見、早期治療及び健康についての
認識と自覚の高揚を図るために利用され、これ以外の目的に使用されることはありません。 ①

記録票の表面に、「肝炎ウイルス検診受診勧奨通知書」と、「いきいき受診券」を
記録票からはみ出さないように、セロテープ等でしっかりと貼り付けて提出して
ください。