

肝炎ウイルス検査の委託医療機関を募集します

対象医療機関	奈良県(奈良市除く)の医療機関
検査対象者	奈良県(奈良市除く)在住者 ※再検査が必要な方を除き、過去に検査を受けた方は対象外
検査内容	B型肝炎ウイルス検査(HBs抗原検査) C型肝炎ウイルス検査(HCV抗体検査(定量)、抗体検査の結果、 中力価及び低力価の場合はHCV核酸増幅法を実施)
検査方法	受診された方に医師から当該検査をすすめていただき、 同意を得られた方へ検査実施
検査日	令和8年10月1日(木)から令和9年2月28日(日)まで
請求方法	「請求書」に必要事項を記入の上、 <u>検査を実施した日の翌月10日までに</u> 県疾病対策課へ郵送(必着) (「請求書」は受診票送付時に同封するとともに、 奈良県ホームページにも掲載します)
申込方法	「請書」、「受診票希望数確認書」に必要事項を記入の上、 <u>令和8年9月25日(金)までに</u> 県疾病対策課へ郵送(必着) (各様式は奈良県ホームページにも掲載します)
委託料	一人あたり6,500円(核酸増幅法を実施した場合 5,000円)
その他	本事業に申し込みいただいた医療機関の一覧について、 県ホームページで公表させていただきます。

申込手続きが完了しましたら、「受診票」を送付します。
「受診票」の追加送付を希望される場合は、下記までご連絡をお願いします。

<請書及び請求書の郵送先・問い合わせ先>

〒630-8501奈良市登大路町30

奈良県福祉保険部医療政策局疾病対策課感染症係

TEL:0742-27-8612

ご協力よろしくお願いします

