

神戸市、姫路市、尼崎市、西宮市、明石市を除く
郡 市 医 師 会 様

兵庫県医師会
(担当：平林常任理事)
(公印省略)

令和 7 年度兵庫県が実施する①肝炎ウイルス検査業務並びに
②妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査事業について

平素は、本会事業の推進にご協力賜り厚く御礼申し上げます。

標題①②の事業に関しましては、令和 7 年度からも兵庫県事業として引き続き実施されますが、兵庫県と医療機関の直接契約となることについて、令和 7 年 2 月 21 日付(兵医発第 1566 号)事務連絡においてご通知申し上げたところです。

今般、兵庫県疾病対策課より本会あて、別紙の通り令和 7 年度の本事業に関する詳細な通知があり、昨年度から継続して協力いただける医療機関も含め、今後は下記兵庫県のホームページ内から、それぞれの事業に関する必要な手続きを改めて進めていただくこととなりました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下医療機関への周知方につきご高配のほどお願い申し上げます。

なお、本件については週報に掲載の上、会員あてに周知いたします。

記

①肝炎ウイルス検査業務

●県ホームページURL

https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/hw12_000000082.html

●申請用URL「兵庫県電子申請共同運営システム（e-ひょうご）」から

<https://www.e-hyogo.elg-front.jp/hyogo/uketsuke/form.do?id=1741755280671>



②妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査事業

●県ホームページURL

<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/07fushinnkoutaikensairyoukikann.html>

●申請用URL「兵庫県電子申請共同運営システム（e-ひょうご）」から

<https://www.e-hyogo.elg-front.jp/hyogo/uketsuke/form.do?id=1740222488968>



※兵庫県問合せ

①肝炎ウイルス検査業務

兵庫県保健医療部疾病対策課がん対策班 078-341-7711(内線 3237)

②妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査事業

兵庫県保健医療部疾病対策課感染症対策班 078-341-7711(内線3196)

問合せ

一般社団法人兵庫県医師会事務局

業務 1 課：影山・西田・仲田・宇野

TEL：078-231-4114

E-mail：kosyu-jimu@hyogo.med.or.jp

令和 7 年 3 月 21 日

一般社団法人兵庫県医師会長 様

兵庫県保健医療部疾病対策課長

肝炎ウイルス検査実施医療機関の募集について（依頼）

肝疾患対策の推進につきましては、平素より格別のご協力を賜り、お礼申し上げます。

さて、貴会のご協力のもと実施している医療機関における無料の肝炎ウイルス検査については、令和 7 年 2 月 7 日付け疾第 7011 号により来年度からの契約形態変更をお知らせしているところです。

つきましては、来年度、当事業に協力いただく医療機関を下記により募集いたしますので、貴会会員への週報掲載等での周知についてご協力を賜りますようお願いいたします。

なお、昨年度から継続して協力いただける医療機関におかれましても、下記 URL よりあらためて申請が必要となりますことを申し添えます。

記

1 募集期間

令和 7 年 4 月 30 日まで（一次締切日）

令和 7 年 5 月以降の募集については、下記の県ホームページにてお知らせいたします。

https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/hw12_000000082.html

2 申請方法

下記 URL より「兵庫県電子申請共同運営システム（e-ひょうご）」にアクセスして申請してください。

<https://www.e-hyogo.elg-front.jp/hyogo/uketsuke/form.do?id=1741755280671>



3 対象医療機関

神戸市、姫路市、尼崎市、明石市、西宮市を除く県内の医療機関

4 申請後の流れ

申請確認後、県より委託契約書（2通）を郵送いたします。委託契約書が届きましたら、契約条項をご了承のうえ、記名押印し、1通をご返送願います。その際、次の書類等のご提出をお願いします。

（必要書類等）

- ・収入印紙（200 円）（契約書に貼付）
- ・納税証明書（その3）

※県税（個人県民税及び地方消費税を除く）に係る徴収金（延滞金等の附帯金を含む）の滞納がないことを証する納税証明書

5 支払（委託料）

県は、請求書類等に不備がないことを確認した場合は、実施医療機関に委託料を支払います。委託料の詳細は次のとおりです（令和6年度と同様の金額）。

	検 査 項 目	1 件につき
①	B 型(HBs抗原精密検査) + C 型(HCV抗体検査)	金 3, 7 4 0 円
②	B 型(HBs 抗原精密検査)のみ	金 2, 7 2 0 円
③	C 型(HCV抗体検査)のみ	金 2, 8 6 0 円
④	C 型肝炎ウイルス検査(HCV核酸増幅検査)追加	金 5, 2 0 0 円

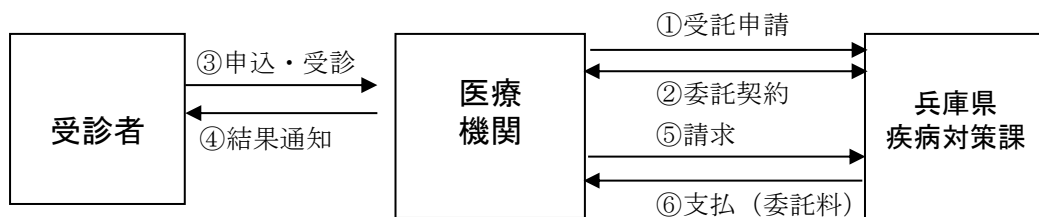
※上記に加え、事務処理費として、1 人の検査につき 150 円を支払います。

※診療報酬の改定等により、委託料が変動する場合があります。

6 請求方法

別紙1「兵庫県肝炎ウイルス検査事業委託実施状況報告書兼請求書」および、検査を実施した方の別紙2「兵庫県肝炎ウイルス検査受診申込書兼結果報告書」を兵庫県保健医療部疾病対策課がん対策班あてに提出いただきます。なお、送付方法については電子メール、郵送のどちらでも差し支えございません。

<参考> 令和7年度肝炎ウイルス検査の検査実施の流れ



- ①受託申請（医療機関→県）
- ②委託契約（県⇄医療機関）
- ③申込・受診（受診者→医療機関）
- ④検査結果通知（医療機関→受診者）
- ⑤結果報告・検査費請求（医療機関→県）
- ⑥支払（委託料）（県→医療機関）

— <本件に関する問い合わせ先> —

650-8567 神戸市中央区下山手通 5-10-1
兵庫県保健医療部疾病対策課がん対策班
TEL : 078-341-7711 (内線 3237)

(別紙様式1)

兵庫県肝炎ウイルス検査事業委託 実施状況報告書兼請求書

第 _____ 号
年 月 日

兵庫県知事 齋藤 元彦 様

医療機関住所
医療機関名
院長名
電話番号

兵庫県肝炎ウイルス検査業務委託契約書第8条第1項の規定に基づき、下記のとおり報告するとともに委託料を請求します。

記

1 _____月 実施分

2 請求額 金 _____円(※1+※2)

3 実施件数及び請求額の内訳

(1) 検査費

検査費計 _____円 × 110 / 100 = _____円

(※1)小数点以下は切り捨て

	検査項目	実施単価	実施件数	検査費
①	HBs抗原精密、HCV抗体検査	3,740円	件	円
②	HBs抗原精密のみ	2,720円	件	円
③	HCV抗体検査のみ	2,860円	件	円
④	HCV核酸増幅検査 追加	5,200円	件	円
計			件	円

(2) 事務処理費

検査人数 _____人 × 150円 = _____円(※2)

4 添付書類

「兵庫県肝炎ウイルス検査受診申込書兼結果報告書(写し)」 _____枚

様式第1号（第5条関係）

兵庫県肝炎ウイルス検査受診申込書兼結果報告書

兵庫県知事 様

(フリガナ)
氏 名（自署）

年 月 日

私は、兵庫県肝炎ウイルス検査の趣旨を理解のうえ、受診を申し込みます。

留 意 事 項（必ずお読みください）
今回の肝炎ウイルス検査は、現在、肝炎ウイルスに感染している可能性について判定するものです。対象者は、20歳以上の県内（原則として神戸市、姫路市、尼崎市、明石市、西宮市を除く）居住者で、実施するB型・C型肝炎ウイルス検査それぞれについて、これまで受診したことがない方、市町や健康保険組合及び協会けんぽが行う肝炎ウイルス検査の受診機会がない方です。 検査によって、ウイルス感染を早期に発見し、感染者が適切な医療を受けることにより、肝がん等の発症を予防することを目的としています。検査結果について、保健所等から必要により今後の受診状況や治療内容をお伺いすることや、医療機関の受診を支援することがありますので、ご承知おきのうえ、以下の項目にご記入ください。

【本人記入欄】（該当欄に記入または○をつけてください。）

生年月日	年 月 日（満 歳）	男・女
住 所	（〒 - ）	電話
検査項目	・ B型肝炎＋C型肝炎ウイルス検査 ・ B型 ・ C型	
1. 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか ・ はい（ B型・C型 ） ・ いいえ ・ わからない		
2. 1で「はい」と答えた方にお聞きします。肝炎ウイルス検査受診後、新たに手術などの事由が生じましたか ・ はい（ 年前 ） ・ いいえ（過去に肝炎ウイルス検査を受けた方は、受診した検査と同型のウイルス検査は対象になりません） ・ わからない		
3. 市町や健康保険組合及び協会けんぽが行う健診で肝炎ウイルス検査を受診できますか ・ はい（肝炎ウイルス検査の受診機会がある場合は、対象者となりません） ・ いいえ ・ わからない		
4. 現在又は過去に肝炎の治療を受けていますか ・ はい（ B型 年前、現在治療中、C型 年前、現在治療中 ） ・ いいえ ・ わからない		
5. 過去に広範な外科的処置（大きな手術など）を受けた、又は妊娠・分娩時に多量の出血をしたことがありますか ・ はい（ 年前 ） ・ いいえ ・ わからない		
6. 過去にフィブリノゲン製剤の投与を受けたことがありますか ・ はい（ 年前 ） ・ いいえ ・ わからない		
7. 過去に肝臓病にかかったこと、肝機能が悪いと言われたことがありますか ・ はい（ 年前 ） ・ いいえ ・ わからない		

【医療機関記入欄】

検 査 結 果（該当欄に記入または○をつけてください。）			
C型肝炎ウイルス検査（HCV抗体検査等）	・ 実施 ・ 未実施	判定結果	1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。 2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。
		判定理由	・判定① ・判定② ・判定③ ・判定④
B型肝炎ウイルス検査（HBs抗原精密）	・ 実施 ・ 未実施	判定結果	・ 陽性 ・ 陰性

上記のとおり検査結果をお知らせします。また、肝炎ウイルスに感染している可能性が高いと判定した場合は、健康サポート手帳を配布します。

年 月 日

実施医療機関名
及 び 医 師 名
住 所
電 話

疾 第 7 7 7 8 号
令和 7 年 3 月 12 日

一般社団法人兵庫県医師会長 様

兵庫県保健医療部
疾病対策課長

令和 7 年度兵庫県妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査事業
の流れについて（医療機関向け）（依頼）

本県の保健医療行政の推進につきましては、平素より格別のご配慮を賜り、厚くお礼申し上げます。

令和 7 年 2 月 7 日付け疾第 7049 号「令和 7 年度妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査業務について（依頼）」により別途通知することとしておりました令和 7 年度の契約方法等の詳細につきまして、別紙「兵庫県妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査事業の流れについて（医療機関向け）」のとおり進めさせていただくこととなりました。委託料については下記のとおり予定しています。

つきましては、令和 7 年度の事業の流れについて、週報掲載等での郡市医師会及び医療機関への周知にご協力いただきますよう、何卒よろしくお願いいたします。

なお、令和 7 年度より医療機関と直接契約する形で事業を実施させていただくこととなりましたので、受託を希望される医療機関は必ず受託申請を行っていただきますよう、あわせて周知をお願いいたします。

記

令和 7 年度兵庫県妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査事業委託料（予定）

検査費※	金 5, 540 円／件
事務処理費	金 150 円／件
合計	金 6, 259 円／件 (取引にかかる消費税及び地方消費税を含む。)

※ウイルス抗体価による方法（HI 法）

(担 当)

兵庫県保健医療部疾病対策課

感染症対策推進班：矢野

〒650-8567 神戸市中央区下山手通 5-10-1

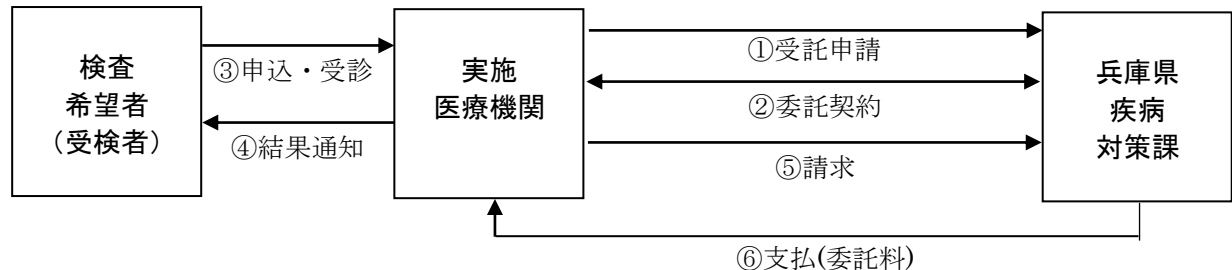
TEL : 078-341-7711(内線 3196)

FAX : 078-362-3933

Mail : shippeitaisaku@pref.hyogo.lg.jp

兵庫県妊娠を希望する女性等に対する 風しん抗体検査事業の流れについて（医療機関向け）

事業の主な流れ



① 受託申請

県のホームページ「令和7年度兵庫県妊娠を希望する女性等を対象とした風しん抗体検査事業について（医療機関向け）」より、受託申請を行ってください。

県ホームページURL

<https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/07fushinnkoutaikensairyoukikann.html>

受託申請用URL

<https://www.e-hyogo.elg-front.jp/hyogo/uketsuke/form.do?id=1740222488968>

② 委託契約

県と実施医療機関で委託契約を締結します。

（１）①の申請確認後、県より委託契約書（２通）を郵送にて送付します。

（２）委託契約書が届きましたら、契約条項をご了承のうえ、記名押印し、１通をご返送願います。その際、次の書類等の提出をお願いします。

（必要書類等）

- ・ 収入印紙（契約書に貼付）
- ・ 納税証明書（その３）

③ 申込・受診

検査希望者（以下、「受検者」という。）は、県のホームページ「令和7年度兵庫県妊娠を希望する女性等を対象とした風しん抗体検査事業について（検査希望者向け）」より、「兵庫県風しん抗体検査申込書・個人票（様式第１号）（以下、「様式第１号」という。）」をダウンロードし、必要事項を記載。実施医療機関に電話等で予約を行ったうえで、予約当日に様式第１号を実施医療機関に提出します。実施医療機関は、HI法により抗体検査を実施してください。

④結果通知

検査結果を口頭または電話等で受検者に伝えてください。

⑤請求

実施医療機関は、次の書類を原則検査を実施した月の翌月10日までに県に提出し、請求してください。ただし、検査結果判明の時期が検査日や検査機関等により異なるため、前々月以前の請求書についても前月検査分とみなします。

（必要書類）

- ・兵庫県妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査業務実施状況報告書兼請求書（別紙様式1）
- ・様式第1号

⑥支払

県は、請求書類等に不備がないことを確認した場合は、実施医療機関に委託料を支払います。委託料は次のとおりです。

検 査 項 目	ウイルス抗体価による方法（HI法）
1 件につき	金 6, 2 5 9 円※ （取引にかかる消費税及び地方消費税を含む。）

※初診料、検査料、判断料、血液採取料のほか事務処理費を含みます。

※診療報酬の改定等により、委託料が変動する場合があります。