

(様式第1号)

肝炎治療受給者証交付申請書

		受給者番号								
申請内容		1 新規 2 2回目 3 保険医療機関等変更 4 保険医療機関等追加 5 更新								
治療		1 インターフェロン治療 2 インターフェロンフリー治療 3 核酸アナログ製剤治療								
申請者	ふりがな				性別	1 男 2 女				
	氏名				生年月日	年 月 日				
	住所	(〒 -)			住所コード					
	電話番号	() -			職業					
	加療保	被保険者氏名				申請者との続柄				
		保険種別	1 協会 2 組合 3 船員 4 共済 5 国保 6 後期高齢者							
		被保険者証の記号・番号								
		被保険者証発行機関名								
	他に受けている医療の給付		なし あり ()							
	病名		1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 4 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 5 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) 6 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)							
本助成制度利用歴		1 あり 2 なし 受給者番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)								
保険医療機関または保険薬局	名称				医療機関コード					
	所在地									
	名称				医療機関コード					
	所在地									
	名称				医療機関コード					
	所在地									
	保険医療機関等を変更する場合の変更前の保険医療機関等									
名称				医療機関コード						
所在地										
他都道府県からの転入	1 有	転出都道府県名 :			転入日 :		年 月 日		2 無	
		受給者番号 :			月額自己負担限度額 :		万円			
		受給者証の有効期間 :			年 月 日まで					
(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療) の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の (交付・更新) を申請します。 年 月 日 申請者氏名 福井県知事 様										

添付書類 (新規、2回目、更新の場合)

①医師の診断書 ②被保険者証の写し ③住民票の写し ④市町村民税の課税年額の証明書

受付保健所名	1 福井 2 坂井 3 奥越 4 丹南 5 二州 6 若狭 7 福井市								
受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで								
月額自己負担限度額	1、 20,000円 2、 10,000円								

(注) 助成を受けることができるのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

(裏面)

認 定 基 準

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HB e 抗原陽性でかつHBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、またはインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HB e 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、または核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療ならびにインターフェロンおよびリバビリン併用治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、またはインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.(2)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース

② これまでの治療において、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎医療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、肝疾患に関する専門医療機関において肝炎の診療に当たっている医師が作成することも可能とする。

(2) ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、肝疾患に関する専門医療機関において肝炎の診療に当たっている医師が作成することも可能とする。

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎もしくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変またはChild-Pugh分類BもしくはCのC型非代償性肝硬変）で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎またはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみの助成とし、Child-Pugh分類BまたはCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)および2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、肝疾患に関する専門医療機関において肝炎の診療に当たっている医師が作成することも可能とする。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医または肝疾患に関する専門医療機関において肝炎の診療に当たっている医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。