

記入に当たっては、別紙の記入例を参照してください。

肝炎治療受給者証(新規・更新)交付申請書

(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)

受療者	フリガナ					性別	1 男	2 女
	氏名					生年月日	年	月 日
	住所	〒 -	三重県			電話	(自宅)	(携帯)
	加入医療保険	保険種別	1 協会	2 組合	3 共済	4 国保	5 後期	6 その他()
		被保険者証発行機関名						
		被保険者証の記号・番号						
		フリガナ						
		被保険者氏名 (本人以外の場合記入)						
	病 名		1 慢性肝炎(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)		
			3 代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)			4 代償性肝硬変(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)			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 受給者証番号()						
		有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)						
		2. なし						
保健医療機関	名称							
	所在地							
	名称							
	所在地							
<p>(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(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(新規・更新)交付を申請します。</p> <p>申請者氏名: _____</p> <p style="text-align: center;">肝炎総合対策を推進するための情報提供についての同意書</p> <p>私が、今後公費負担によって受ける肝炎治療に係る治療経過及び結果について、必要に応じて診断書作成医療機関から三重県に対して報告され、厚生労働省の研究利用に提供されることに同意します。</p> <p>氏 名: _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">三重県知事 あて</p>								
<table border="1" style="float: right; margin-right: 20px;"> <tr> <td style="width: 100px; height: 40px;">受付欄</td> </tr> </table>								受付欄
受付欄								

(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、申請にあたり主治医等とよくご相談ください。肝炎総合対策を推進するための情報提供については、プライバシーの保護に十分配慮し、本目的以外に使用することはありません。

(受療者以外の宛先へ受給者証の送付を希望する場合のみ記入)

受給者証の送付先	住所	〒 -		受給者証の有効期間は原則として、申請書類が受理された月の初日から各薬剤の治療予定期間に即した期間になります。 新規申請で受理月以降の月からの開始を希望する場合は下欄に記載してください。	
	氏名				
	電話番号		受療者との続柄		
				有効期間開始希望	年 月から治療開始予定

(別添1)

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

HBe 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、又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、HBe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ず

(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、又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及びインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又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、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害薬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週治療が行われてい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及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及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. (2)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が診断書を作成すること。

(2) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC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1回のみ助成とする。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)及びペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害薬に係る治療歴の有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、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が診断書を作成すること。

※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、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会消化器病専門医が診断書を作成すること。

保健所記入欄				○特記事項				
○診断書(更新時)				○扶養対象者の申告		○除外申請		
1	2	3	4	1	2	1	2	
診 断 書	検 査 結 果	(省 2 回 目 略)	(省 3 回 目 略)	あ り	な し	あ り	な し	

肝炎治療受給者証(新規・更新)交付申請書

(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)

裏面「保険種別」を参考に○をつけてください。

保険者証を見ながら記入してください

診断書を見ながら記入してください。

・受療者の氏名を記入してください

○情報提供にご同意いただける方はご記入をお願いします。
 ○必要に応じて厚生労働省の治療効果等に関する研究事業に活用します。
 ○プライバシーの保護に十分配慮し、本目的以外には使用することはありません。ご理解ご協力お願い致します。
 ○同意の有無は認定には関係ありません。

希望される方のみ記入してください。

フリガナ		ミエ タロウ	性別	1 男 2 女
氏名		三重 太郎	生年月日	△△ 年△△月△△日
住所		〒△△△-△△△△ 三重県△△市△△町△△△番地	電話	(自宅)△△△△-△△-△△△△ (携帯)△△△-△△△-△△△△
受療者	加入医療保険	保険種別	1 協会 2 組合 3 共済 4 国保 5 後期 6 その他()	
		被保険者証発行機関名	三重県△△△保険事務所	
		被保険者証の記号・番号	△△△△ △△△	
		フリガナ		
	被保険者氏名 (本人以外の場合記入)			
病名		1 慢性肝炎(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) 3 代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる) 4 代償性肝硬変(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) 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 受給者証番号() 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日) 2. なし		
保健医療機関	名称	〇〇〇〇 病院		
	所在地	三重県〇〇市〇〇町〇〇〇		
	名称			
	所在地			
(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(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(新規・更新)交付を申請します。				
申請者氏名: _____				
肝炎総合対策を推進するための情報提供についての同意書 私が、今後公費負担によって受ける肝炎治療に係る治療経過及び結果について、必要に応じて診断書作成医療機関から三重県に対して報告され、厚生労働省の研究利用に提供されることに同意します。				
氏名: _____				
年 月 日				
三重県知事 あて				
受付欄				

(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、申請にあたり主治医等とよくご相談ください。肝炎総合対策を推進するための情報提供については、プライバシーの保護に十分配慮し、本目的以外には使用することはありません。

(受療者以外の宛先へ受給者証の送付を希望する場合のみ記入)

受給者証の送付先	住所	〒 -		
	氏名			
	電話番号		受療者との続柄	
受給者証の有効期間は原則として、申請書類が受理された月の初日から各薬剤の治療予定期間に即した期間になります。 新規申請で受理月以降の月からの開始を希望する場合は下欄に記載してください。				
有効期間開始希望	_____ 年 月 から治療開始予定			

表1 保険種別

- 1 協会 : 全国健康保険協会管掌健康保険
- 2 組合 : 組合管掌健康保険
- 3 共済 : 国家公務員共済保険、地方公務員共済保険、私立学校教職員共済保険等
- 4 国保 : 国民健康保険(退職者分を除く)
- 5 後期 : 後期高齢者医療

保健所記入欄		
世帯員氏名	課税年額(円)	
		合計課税年額
		決定階層
階層区分		自己負担限度額(月額)
甲	世帯の市町村民課税額235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民課税額235,000円未満の場合	10,000円