

健肝発0817第1号
令和2年8月17日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局がん・疾病対策課
肝炎対策推進室長
(公印省略)

肝炎医療費支払状況等調について

肝炎治療特別促進事業につきましては、「感染症対策特別促進事業について」（平成20年3月31日健発第0331001号厚生労働省健康局長通知）の別添「肝炎治療特別促進事業実施要綱」及び「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて」（平成20年3月31日健疾発第0331003号厚生労働省健康局疾病対策課長通知）により実施いただいているところです。

肝炎治療特別促進事業の推進に当たっては、各都道府県における事業実施実績の把握が必要と考えており、これまで肝炎治療特別促進事業の医療費支払状況等について、「肝炎医療費支払状況等調について」（平成20年6月18日健疾発第0618001号厚生労働省健康局疾病対策課長通知）（以下「同通知」という。）により毎月提出いただいておりますが、今後は、下記により当該年度分をまとめて年1回提出いただくことといたしますので、引き続き御協力をお願いいたします。なお、同通知は本日をもって廃止いたします。

記

- 1 提出期限 事業完了の翌年度の6月30日まで
(例：令和2年度分は、令和3年6月30日まで)
- 2 様式 別紙のとおり
- 3 提出先 がん・疾病対策課肝炎対策推進室肝炎医療係
- 4 提出方法 電子メールにより提出

調査票新旧

改正後

令和〇年度肝炎医療費助成対象者数調査票

階層区分		令和〇年4月																			
		インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びソフィブシリン併用治療										核酸アナログ製剤治療									
		初回			2回目			3回目				当月末の助成対象者数									
		新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	更新件数	当月の助成対象者数	うちインターフェロン助成対象者	うち2ヶ月延長の認定者	うち3ヶ月延長の認定者	うち6ヶ月延長の認定者	うち2回目利用者	うち3回目利用者	うちインターフェロン併用利用者	うち核酸アナログ製剤助成対象者
B型	甲																				
	乙																				
	計																				
C型慢性肝炎	甲																				
	乙																				
	計																				
C型代償性肝硬変	甲																				
	乙																				
	計																				
C型非代償性肝硬変	甲																				
	乙																				
	計																				
合計	甲																				
	乙																				
	計																				

階層区分		合計																			
		インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びソフィブシリン併用治療										核酸アナログ製剤治療									
		初回			2回目			3回目				当月末の助成対象者数									
		新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	更新件数	当月の助成対象者数	うちインターフェロン助成対象者	うち2ヶ月延長の認定者	うち3ヶ月延長の認定者	うち6ヶ月延長の認定者	うち2回目利用者	うち3回目利用者	うちインターフェロン併用利用者	うち核酸アナログ製剤助成対象者
B型	甲																				
	乙																				
	計																				
C型慢性肝炎	甲																				
	乙																				
	計																				
C型代償性肝硬変	甲																				
	乙																				
	計																				
C型非代償性肝硬変	甲																				
	乙																				
	計																				
合計	甲																				
	乙																				
	計																				

1. 「新規申請件数」「新規交付件数」欄には、各自体において当月の新規申請・新規交付として整理している件数を計上すること。また、「更新件数」欄には、更新申請件数ではなく、更新申請が認められて引き続き助成制度を利用することとなった者で、各自体において当月の更新件数として整理している数を計上すること。

2. 「当月の助成対象者数」欄には、当月において各項目の受給対象となる者の数を計上すること。

(1) 受給者証の返納があった者については、届出のあった月までを助成期間として計上し、それ以外の者については助成期間満了までの各月に計上すること。
(2) ある同一の者がインターフェロン製剤治療費助成と核酸アナログ製剤治療費助成を同時に利用している者は、インターフェロン・核酸アナログ製剤の「新規申請件数」「新規交付件数」欄に各1名分として「1」を計上し、「当月末の助成対象者数」欄には「2」を計上すること。

3. 2ヶ月、6ヶ月を同時に申請し、延長期間の切り分けができない場合には、「6ヶ月認定者」欄に計上すること。

4. 転出入者については、「当月末の助成対象者数」欄において整理すること。(転入者を「新規申請件数」「新規交付件数」に含めない)

5. 令和2年4月30日付け事務連絡「新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえた公費負担医療等の取扱いについて」に基づき1年延長された受給者証について、

(1) 核酸アナログ製剤治療…更新申請があったもの、申請なしに1年延長したものを合わせて、「更新件数」に計上すること。
(2) (1)以外の治療…新規申請、新規交付手続きの各1回のみ計上すること。(延長に係る重複計上は不要)

現行

(元号)〇年度肝炎医療費助成対象者数調査票

階層区分		(元号)〇年4月																			
		インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びソフィブシリン併用治療										核酸アナログ製剤治療									
		初回			2回目			3回目				当月末の助成対象者数									
		新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	更新件数	当月の助成対象者数	うちインターフェロン助成対象者	うち2ヶ月延長の認定者	うち3ヶ月延長の認定者	うち6ヶ月延長の認定者	うち2回目利用者	うち3回目利用者	うちインターフェロン併用利用者	うち核酸アナログ製剤助成対象者		
B型	甲																				
	乙																				
	計																				
C型慢性肝炎	甲																				
	乙																				
	計																				
C型代償性肝硬変	甲																				
	乙																				
	計																				
C型非代償性肝硬変	甲																				
	乙																				
	計																				
合計	甲																				
	乙																				
	計																				

階層区分		合計																			
		インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びソフィブシリン併用治療										核酸アナログ製剤治療									
		初回			2回目			3回目				当月末の助成対象者数									
		新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	新規申請件数	新規交付件数	更新件数	当月の助成対象者数	うちインターフェロン助成対象者	うち2ヶ月延長の認定者	うち3ヶ月延長の認定者	うち6ヶ月延長の認定者	うち2回目利用者	うち3回目利用者	うちインターフェロン併用利用者	うち核酸アナログ製剤助成対象者		
B型	甲																				
	乙																				
	計																				
C型慢性肝炎	甲																				
	乙																				
	計																				
C型代償性肝硬変	甲																				
	乙																				
	計																				
C型非代償性肝硬変	甲																				
	乙																				
	計																				
合計	甲																				
	乙																				
	計																				

1. 「新規申請件数」「新規交付件数」欄には、各自体において当月の新規申請・新規交付として整理している件数を計上すること。また、「更新件数」欄には、更新申請件数ではなく、更新申請が認められて引き続き助成制度を利用することとなった者で、各自体において当月の更新件数として整理している数を計上すること。

2. 「当月の助成対象者数」欄には、当月において各項目の受給対象となる者の数を計上すること。

(1) 受給者証の返納があった者については、届出のあった月までを助成期間として計上し、それ以外の者については助成期間満了までの各月に計上すること。

(2) ある同一の者がインターフェロン製剤治療費助成と核酸アナログ製剤治療費助成を同時に利用している者は、インターフェロン・核酸アナログ製剤の「新規申請件数」「新規交付件数」欄に各1名分として「1」を計上し、「当月末の助成対象者数」欄には「2」を計上すること。

3. 2ヶ月、6ヶ月を同時に申請し、延長期間の切り分けができない場合には、「6ヶ月認定者」欄に計上すること。

4. 転出入者については、「当月末の助成対象者数」欄において整理すること。(転入者を「新規申請件数」「新規交付件数」に含めない)

健疾発第 0618001 号
平成 20 年 6 月 18 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局疾病対策課長



肝炎医療費支払状況等調について

肝炎治療特別促進事業につきましては、平成20年3月31日健発第0331001号厚生労働省健康局長通知「感染症対策特別促進事業について」の別添7「肝炎治療特別促進事業実施要綱」及び平成20年3月31日健疾発第0331003号当職通知「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて」により実施いただいているところですが、当該事業の推進に当たっては、各都道府県における事業実施実績の把握が不可欠と考えております。

つきましては、貴職における肝炎治療特別促進事業の医療費支払状況等について、下記により提出いただきますよう、御協力をお願いいたします。

記

- 1 提出期限 診療月の翌々月の末日
(第1回目となる4月診療分については6月30日までとし、以降、毎月末までに提出。)
- 2 様 式 別紙のとおり
- 3 提出先 疾病対策課肝炎対策推進室肝炎医療係
- 4 提出方法 電子メールにより提出