

健肝発 1 2 1 5 第 2 号
平成 2 6 年 1 2 月 1 5 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
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」の一部改正について

標記については、平成 2 0 年 6 月 1 8 日健疾発第 0 6 1 8 0 0 1 号厚生労働省健康局疾病対策課長通知「肝炎医療費支払状況等調について」により提出いただいているところですが、今般、別紙の様式を別添「新旧対照表」のとおり改正したので通知します。

なお、提出期限等については変更ありませんので、引き続き、御協力をお願いいたします。

(別紙1)

平成〇〇年度肝炎医療費支払状況調(医科分)

都道府県名

区 分			4月	5月	6月	小 計 (4～6月)	7月	8月	9月	小 計 (7～9月)
インターフェéron	審査支払機関分	甲	件数			0				0
			金額			0				0
		乙	件数			0				0
			金額			0				0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0
	償還払分	甲	件数			0				0
			金額			0				0
		乙	件数			0				0
			金額			0				0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0
	小計	甲	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		乙	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
インターフェéronフリー	審査支払機関分	甲	件数			0				0
			金額			0				0
		乙	件数			0				0
			金額			0				0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0
	償還払分	甲	件数			0				0
			金額			0				0
		乙	件数			0				0
			金額			0				0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0
	小計	甲	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		乙	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
核酸アナログ製剤	審査支払機関分	甲	件数			0				0
			金額			0				0
		乙	件数			0				0
			金額			0				0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0
	償還払分	甲	件数			0				0
			金額			0				0
		乙	件数			0				0
			金額			0				0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0
	小計	甲	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		乙	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
合 計	小計	甲	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		乙	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0

(注)1. 区分欄の甲、乙は、自己負担限度額の階層区分の各階層を指すものであること。

2. 各欄の「件数」及び「金額」には、それぞれ当該月に請求のあった件数及び公費負担額を記入すること。

平成〇〇年度肝炎医療費支払状況調（医科分）

都道府県名

区 分			10月	11月	12月	小 計 (10～12月)	1月	2月	3月	小 計 (1～3月)	合 計
インターフェéron	審査支払機関分	甲 件数				0				0	0
		乙 件数				0				0	0
		計 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		金額	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0	0
	償還払分	甲 件数				0				0	0
		乙 件数				0				0	0
		計 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		金額	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0	0
	小計	甲 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		乙 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		計 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		金額	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		総点数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
インターフェéronフリー	審査支払機関分	甲 件数				0				0	0
		乙 件数				0				0	0
		計 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		金額	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0	0
	償還払分	甲 件数				0				0	0
		乙 件数				0				0	0
		計 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		金額	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0	0
	小計	甲 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		乙 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		計 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		金額	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		総点数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
核酸アナログ製剤	審査支払機関分	甲 件数				0				0	0
		乙 件数				0				0	0
		計 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		金額	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0	0
	償還払分	甲 件数				0				0	0
		乙 件数				0				0	0
		計 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		金額	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		総点数				0				0	0
	小計	甲 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		乙 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		計 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		金額	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		総点数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計		甲 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		乙 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		計 件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		金額	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		総点数	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(注) 1. 区分欄のA、B、Cは、自己負担限度額の階層区分の各階層を指すものであること。

2. 各欄の「件数」及び「金額」には、それぞれ当該月に請求のあった件数及び公費負担額を記入すること。

(別紙1)

平成〇〇年度肝炎医療費支払状況調(調剤等分)

都道府県名

区 分			4月	5月	6月	小 計 (4～6月)	7月	8月	9月	小 計 (7～9月)
インターフェéron	審査支払機関分	甲	件数			0				0
			金額			0				0
		乙	件数			0				0
			金額			0				0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
	償還払分	総点数				0				0
		甲	件数			0				0
			金額			0				0
		乙	件数			0				0
			金額			0				0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
	小計	総点数				0				0
		甲	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		乙	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
インターフェéronフリー	審査支払機関分	計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		総点数	0	0	0	0	0	0	0	0
	償還払分	甲	件数			0				0
			金額			0				0
		乙	件数			0				0
			金額			0				0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
	小計	総点数				0				0
		甲	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		乙	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
核酸アナログ製剤	審査支払機関分	計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
	償還払分	総点数	0	0	0	0				0
		甲	件数			0				0
			金額			0				0
		乙	件数			0				0
			金額			0				0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
	小計	総点数				0				0
		甲	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		乙	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
合 計	審査支払機関分	計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
	償還払分	総点数	0	0	0	0				0
		甲	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		乙	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
	小計	計	件数	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0
		総点数	0	0	0	0	0	0	0	0

(注)1. 区分欄の甲、乙は、自己負担限度額の階層区分の各階層を指すものであること。

2. 各欄の「件数」及び「金額」には、それぞれ当該月に請求のあった件数及び公費負担額を記入すること。

3. 調剤等、医科以外の診療請求は当様式に計上すること。

平成〇〇年度肝炎医療費支払状況調（調剤等分）

都道府県名											
区 分			10月	11月	12月	小 計 月）（10～12	1月	2月	3月	小 計 （1～3月）	合 計
インターフェéron	審査支払機関分	甲	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		乙	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0	0
	償還払分	総点数				0				0	0
		甲	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		乙	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	総点数				0				0	0
		甲	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0	0
		乙	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
インターフェéronフリー	審査支払機関分	甲	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		乙	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0	0
	償還払分	総点数				0				0	0
		甲	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		乙	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	総点数				0				0	0
		甲	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0	0
		乙	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
核酸アナログ製剤	審査支払機関分	甲	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		乙	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0	0
	償還払分	総点数				0				0	0
		甲	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		乙	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
	小計	総点数				0				0	0
		甲	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0	0
		乙	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	審査支払機関分	甲	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		乙	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0	0
			金額	0	0	0	0	0	0	0	0
	償還払分	総点数				0				0	0
		甲	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		乙	件数			0				0	0
			金額			0				0	0
		計	件数	0	0	0	0	0	0	0	0

（注）1. 区分欄のA、B、Cは、自己負担限度額の階層区分の各階層を指すものであること。
2. 各欄の「件数」及び「金額」には、それぞれ当該月に請求のあった件数及び公費負担額を記入すること。
3. 調剤等、医科以外の診療請求は当様式に計上すること。

[illegible][illegible]

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