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)

「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて」の一部改正について

標記事業については、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「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い」により行わ れているところであるが、今般、その一部を別添「新旧対照表」のとおり改正し、 令和2年4月1日より適用することとしたので通知する。 肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い

旧

健疾発第 0331003 号 平成 20 年 3 月 31 日

最終一部改正 健肝発0327第2号 令和2年3月27日 健疾発第 0331003 号 平成 20 年 3 月 31 日

最終一部改正 健肝発 0327 第 2 号 平成 31 年 3 月 27 日

1. 医療給付の申請について

「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5「肝炎治療特別促進事業実施要綱」(以下「実施要綱」という。)の3に定める医療の給付を受けようとする者(以下「申請者」という。)については、別紙様式例1-1から1-4による肝炎治療受給者証交付申請書(以下「交付申請書」という。)に、別紙様式例2-1から2-8による肝炎治療受給者証の交付申請に係る医師の診断書、別紙様式例2-9による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意見書(必要な場合に限る。)、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のあ

1. 医療給付の申請について

「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5「肝炎治療特別促進事業実施要綱」(以下「実施要綱」という。)の3に定める医療の給付を受けようとする者(以下「申請者」という。)については、別紙様式例1-1から1-4による肝炎治療受給者証交付申請書(以下「交付申請書」という。)に、別紙様式例2-1から2-10による肝炎治療受給者証の交付申請に係る医師の診断書、別紙様式例2-11による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意見書(必要な場合に限る。)、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載の

る住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含む。)の課税年額を証明する書類を添えて、申請者の居住する都道府県知事に申請させるものとする。

ただし、例外的に助成期間の延長が必要となる受給者については、一定の要件を満たす必要があるため、あらかじめ、当該受給者から別紙様式例 1-5 による有効期間延長申請書を提出させるものとする。また、副作用等の要因により受給者証の有効期間延長が必要となる受給者については、当該受給者から別紙様式例 $1-\underline{6}$ による有効期間延長申請書を提出させるものとする。

なお、核酸アナログ製剤治療については、医師が治療継続が必要と認める場合、更新の申請を行うことができるものとする。 その際、都道府県知事は、医師の診断書に代えて、直近の認定 (更新時の認定を含む。以下同じ。)以降に行われた検査内容及 び治療内容が分かる資料を提出させることができるものとす る。また、検査内容が分かる資料については、診断書又は検査 内容が分かる資料が提出された認定以降2回目までの認定においては、提出を省略させることができるものとする。更新の申 請に係る申請書類の提出については、郵送によることも可能と する。 ある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含む。)の課税年額を証明する書類を添えて、申請者の居住する都道府県知事に申請させるものとする。

ただし、例外的に助成期間の延長が必要となる受給者については、一定の要件を満たす必要があるため、あらかじめ、当該受給者から別紙様式例 1-5 から 1-6 による有効期間延長申請書を提出させるものとする。また、副作用等の要因により受給者証の有効期間延長が必要となる受給者については、当該受給者から別紙様式例 1-7 による有効期間延長申請書を提出させるものとする。

なお、核酸アナログ製剤治療については、医師が治療継続が必要と認める場合、更新の申請を行うことができるものとする。 その際、都道府県知事は、医師の診断書に代えて、直近の認定 (更新時の認定を含む。以下同じ。)以降に行われた検査内容及 び治療内容が分かる資料を提出させることができるものとす る。また、検査内容が分かる資料については、診断書又は検査 内容が分かる資料が提出された認定以降2回目までの認定にお いては、提出を省略させることができるものとする。更新の申 請に係る申請書類の提出については、郵送によることも可能と する。

2、3 (略)

2、3 (略)

- 4. 肝炎治療受給者証の交付等について
- (1) 肝炎治療受給者証

都道府県知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、別紙様式例 4-1 から 4-3 による肝炎治療受給者証(以下「受給者証」という。)を交付するものとする。 (2)、(3) (略)

 $5 \sim 9$ (略)

(別添1)

認 定 基 準

- 1. (略)
- 2. C型慢性肝疾患
- (1) 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 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よる3剤併用療法に係る治療歴のある場合、副

- 4. 肝炎治療受給者証の交付等について
- (1) 肝炎治療受給者証

都道府県知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、別紙様式例 4-1 から $4-\underline{4}$ による肝炎治療受給者証 (以下「受給者証」という。)を交付するものとする。

(2)、(3) (略)

 $5 \sim 9$ (略)

(別添1)

認 定 基 準

- 1. (略)
- 2. C型慢性肝疾患
- (1) 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 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、<u>2.(2)</u>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 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 (略)

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(<u>2</u>)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、自治体の実情に応じて、各都道府県が適当と定める医師が作成してもよい。

(削除)

る。

※2 (略)

- ※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、自治体の実情に応じて、各都道府 県が適当と定める医師が作成してもよい。
- (2) 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、 リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行 う予定、又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

(2) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝疾患(C型慢性肝炎若しくは Child-Pugh 分類AのC型代償性肝硬変又は Child-Pugh 分類 B若しくは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、又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型慢性肝炎又は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又は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)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よる3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2、3 (略)

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、自治体の実情に応じて、各都道府 県が適当と定める医師が作成してもよい。

(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型慢性肝炎若しくは Child-Pugh 分類 AのC型代償性肝硬変又は Child-Pugh 分類 B若しくは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、又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型慢性肝炎又は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又は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)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2、3 (略)

(別添2)

助成期間の延長に係る取扱い

例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。
 (1) (略)

(削除)

(2) 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記の(1)とは別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。ただし、再治療(再投与)及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。

(別添2)

助成期間の延長に係る取扱い

- 1. 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。
 - (1) (略)
 - (2) C型慢性肝炎セログループ1 (ジェノタイプ1) 型症例に 対する、シメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当た り、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及 びリバビリンを更に24週投与することが適切と判断する場 合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。
 - ※ この場合、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間 は48週を超えないこと。
 - (3)副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記の(1)<u>または(2)</u>とは別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。ただし、再治療(再投与)及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。
 - 注)シメプレビルの添付文書中、用法・用量に関連する使用上の 注意において、『副作用や治療効果不十分等により本剤を中止 した場合には、本剤の投与を再開しないこと』との記載があ る。

- 2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。
 - 1 (1) について (略)

(削除)

参考) (略)

 $(別紙様式例1-1) \sim (別紙様式例1-5)$ (略)

- 2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。
 - 1(1)について (略)
 - 1 (2) について
 - ① これまでの24週以上のインターフェロン治療[(ペ グ)インターフェロン製剤単独、リバビリンとの併用療法 及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法]で HCV-RNAが一度も陰性化しなかった者。
 - ② または、インターフェロン治療の開始 12 週後に HCV-RNA が前値(※)の1/100以下に低下せず、治療が 24 週 未満で中止となった者。

※ 前値:治療開始約半年前~直前までのHCV-RNA 定量値。

参考) (略)

 $(別紙様式例1-1) \sim (別紙様式例1-5)$ (略)

 _(別紙様式例1-6)
(シメプレビルを含む3剤併用療法延長用)
肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) 有効期間延長申請書
私は、プロテアーゼ阻害剤(シメブレビル)を含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48 週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)の有効期間延長を申請します。
※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。
記載年月日 年月日 申請者氏名 (フリガナ) () 印 性 別 男・女 年月日 生年月日 年月日 現 住 所 〒 。 電話番号 ())
※ お手持ちの肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)を確認の上、記入してください。 受給者番号 (□□□□□□□) 現行有効期間 (開始 年 月 日~終了 年 月 日)
注1)本申請書は、〇〇〇都道府県に申請してください。 2)延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
3)記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(担当医記載欄) ※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。 記載年月日 年 月 日 医療機関名 () その所在地 ((〒・))) 担当医師名 ()
確認事項 ※担当医師は、該当する項目の□にチェックを入れてください。 有効期間延長の認定には、1.の治療歴のいずれかの項目、および2.の判断にチェックが入っていることが必要です。
申請者(、フリガナ:)について、C型慢性肝炎セログループ1 (ジェノタイプ1) 症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、
1. 治療歴について これまでのインターフェロン治療 [(ペグ) インターフェロン製剤単独、リバビリン併用療法及び他 のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法] の無効例と認められ、
 □ 申請者は、これまでの 24 週以上のインターフェロン治療で HCV·RNA が一度も陰性化しなかった者である。 □ 申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始 12 週後に HCV·RNA が前値の 1/100 以下に低下せず、治療が 24 週末満で中止となった者である。
2. 3 剤併用療法の治療期間延長の判断について □ 3 剤併用期間に終く 12 週のペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に 24 週 (総治療期間 48 週) 延長することが適切であると判断する。
[変更後の予定期間:(開始: 年 月~終了: 年 月予定)]
(注)シメプレビルを含む3 預件用療法の実施において、ベグインターフェロン及びリバビリンの総投 与期間は48 週を超えないこと。

(別紙様式例 1 - <u>6</u>)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書	
丌火冶炼文和名献(1ノナーノエロノ冶炼/有刈粉间施女中销售	
(申請者記載欄)	
〇〇〇知事 殿	
私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を 超える可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請 します。	
※ 以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください。	
記載年月日 年 月 日	
申請者氏名(フリガナ)() 印	
性 別 男・女	
生年月日 年 月 日生 (満 歳)	
現住所 〒 -	
電話番号 ()	
※ お手持ちの肝炎治療受給者証 (インターフェロン治療) を確認の上、ご記入ください。	
受給者番号(□□□□□□)	
現行有効期間(年月日~年月日)	
(担当医記載欄)	
申請者(:フリガナ)について、インターフェロン投与	
期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える(計2か月までの延	
長)可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長が必	
要であると判断する。	
記載年月日 年 月 日	
医療機関名 その所在地 〒 -	

注1) 本申請書は、○○○都道府県に申請してください。

担当医師名

2) 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

ことがありますのでご了承ください。

3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(注) なお、副作用等の要因について、都道府県担当者より確認の連絡をさせていただく

(別紙様式例 1 - <u>7</u>)

	(副作用等延長用)
肝炎治療受給者証 <u>(インターフェロン治療) 有効期間廻</u> 申請者記載欄)	長申請書
○○○知事 殿	
私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当	当初の治療予定期間を
超える可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の)有効期間延長を申請
します。	
※ 以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください。	
記載年月日 年 月 日	
申請者氏名(フリガナ)() ED
性 別 男・女	
生年月日 年月日生(満歳)	
現住所 〒 -	
電話番号 ()	
※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、	ご記入ください。
受給者番号(□□□□□□□)	
現行有効期間(年月日~年月日)	
旦当医記載欄)	
申請者(:フリガナ)について、イン	ノターフェロン投与
期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える	(計2か月までの延
長) 可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療) 0)有効期間延長が必
要であると判断する。	
記載年月日 年 月 日	
医療機関名	
その所在地 〒 -	
担当医師名	ED
(注) なお、副作用等の要因について、都道府県担当者より確認の連絡	各をさせていただく
ことがありますのでご了承ください。	

- 注1) 本申請書は、○○○都道府県に申請してください。
- 2) 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
- 3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(別紙様式例2-1)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ			性別				生年月	月日(年齢	>		
患者氏名			男・女		年	Я	B	生	(湖	歳)	
住所	郵便番号										
	電話番号	()								
診断年月	年月	(あれば記	医療機関名 医師名								
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに 1.3剤併用療法(へ 3剤併用療法) 3剤併用療法 (具体的な経過・ 2.インターフェロン 立前の抗ウィ	《グインター》 の治療歴な(を受けたこと 理由: フリー治療器 ンフリー治療	フェロン、リバ し。 : があるが、十 E &歴あり。 (3	ビリン及び 分量の24 5剤名:	プロテ 直投与	アーゼ	电害声		歷)	
検査所見	・ 回のか途間時前 1. 思想計歩が (1) HBs抗原((2) HBs抗原((3) HBy-DNA定 2. C型肝炎ウイルン((2) ケイルン(フィークイルン(3. 血液検索 検索 AST ALT ALT ALT ALT ALT ALT ALT ALT ALT AL	スマーカー +・一)(H +・一) HB :量 (J スマーカー と量 該当する項 ブ(グループ	検索	測定法 年、測定法 ・ ・ ジェノタイ ジェノタイ (施設の基 (施設の基 (施設の基	月 プ1 プ2 準集体値:)(検査	年日:) 	日) _月	a)	
26 Mi	該当番号を〇で囲む 1. 慢性肝炎 2. 慢性肝炎 3. 代價性肝硬質	(B型肝炎 (C型肝炎	ミウイルスに。 ミウイルスに。 ミウイルスに。	(る)							
肝がんの合併	肝がん 1.8	by 2. t	¥L								
治療内容	該当番号を〇で囲む 1. インターフェロ 2. インターフェロ 3. ペグインター 4. インターフェロ 5. インターフェロ 6. ペグインター 7. その他(具体 治療予定期間	コンα製剤 ロンβ製剤 フェロン製剤 コンα製剤 コンα製剤 コンβ製剤 フェロン製剤 フェロン戦 的に記載:	独 単独 -リパピリン製 -リパピリン製 +リパピリン	剤	Я~) 年	月)			
治療上の問題点											
医療機関名及び	所在地				80	B载年月	B	年	Я	B	
(直前の抗ウイル	レス治療がインターフ 日本肝能	ェロンフリー W学会肝臓を	-治療の場合(専門医					定める医師	5)		
医師氏名					ED						
(注)											

- (注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起葉して3か月以内です。 2. HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、大Bs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、大記載日本がある場合は活度である。 開始的の資料に基づして記載して代き込い。 3. 記入選析のある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例2-1)

肝炎治療受給者証(3<u>利併用療法を除く</u>インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ			性別				生年月	月日(年齢)		
患者氏名			男·女		年	л	B	生	(満	歳)	
住所	郵便番号 電話番号	(,								
診断年月	年 月	前医 (あれば記 載する)	医療機関名								
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに 1.3剤併用療法(ハロリンの) 3剤併用療法 □、3剤併用療法 □、3剤併用療法 (具体的な経過・2.インターフェロン □ 直前の抗ウイ	くグインター の治療歴な を受けたこと 理由: フリー治療器	フェロン、リバ し。 :があるが、十 ほ 変歴あり。 (3	ピリン及び 分量の24 8剤名:	プロテ	アーゼ	阻害力		型)	
検査所見	今回の治療期始前 1. B型計失ウイル 1. B型計失ウイル 1. HB3抗原 (2) HB4抗原 (3) HBV-DNA境 2. C型計失ウイルス型 (1) HGV-RNA別 (2) ウイルス型 イ) セロタイ イ) セロタイ 表記す 血小板数 4. 画像診断及び針 (所見)	スマーカー +・一) (4 +・一) HB: 量 (7) スマーカー を量 (8) ボングルーフ ブングルーフ		-) (検 -) (検 -) 次 -) 年 -) 第 -) 8 -)	月 ププ 2 連単準 連続値:)(検査日)	~	, 4	B) 月	B)	
診断	該当番号を〇で囲む 1. 慢性肝炎 2. 慢性肝炎 3. 代債性肝硬質	(B型肝)	とウイルスに。 とウイルスに。 とウイルスに。	とる)							
肝がんの合併	肝がん 1.8	BU 2. 1	なし								
治療内容	該当番号を〇で囲む。 1. インターフェに 2. インターフェに 3. ペグインター 4. インターフェに 5. インターフェに 6. ペグインター 7. その他(具体)	コンα 製剤 リコンβ 製剤 リフェロン製剤 リフェロン製剤 リコンβ 製剤 フェロン製剤 フェロン製剤 フェロン製剤 フェロン製剤 フェロン製剤 カリストランシ製剤 カリストランシ	l独 単独 -リパピリン製 -リパピリン製	荆	月~)年	д			
治療上の問題点											
医療機関名及び	レス治療がインターフ				にチェ		必要)		Я	B	
	口 日本肝脈	属学会肝臓 耳	非門医		都道系	子県 が遠	当と	定める医療	5)		

- (注)
 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原、HBs抗原中の場合は治療関始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例2-2)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

フリガナ			19.30			- 4	年月日	(年齢)			
患者氏名			男・女		st.		日生		(満	歳)	
住所	郵便番号										
	電話番号)								
診断年月	年月	前医 (あれば記載)	医療機関名			DK	86名				
過去の治療歴	36週目まで (2):出までの (2):過去の3割停日 (3) 3割停用療法 (具体的な超過 (3) インターフェロ (3) インターフェロ (3) (3) (4) (5) (5) (6) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7	LEFF 炎の場合の場合の場合の場合のようなテフェ信託などの一フェロ信託はなりないまたはの型を用いたのいずれたいという治療において、自治療は一般において、自療は一般において、自療は一般になった。 ・理から、自療性があり、自療性があり、自療性があり、自療性があり、自療性があり、自療性があり、自療性があり、自身性があり、自動性が、自動性があり、自動性がものものものものは、自動性があり、自動性がものものものものものものものものものものものものものものものものものものもの	ン世紀のは、 ・ は ・ は ・ は ・ は ・ は ・ は ・ は ・ は	治療を受けて 合・ ・	お像歴 ロン及り パピリ なびプロ	びリバビ ン併用(ロテアー	療法によ ゼ昭害弁	る72週8	と与から	-	
検査所見	今部のインターフ: 1. B型肝炎ウイル (1) HB-結抗原 (2) HB-抗原 (3) HBV-DNA! (1) HCV-RNA! (2) ウイルス受 イ) セロター 3. 血液検索 検 AST ムー水板数 4. 画像診断及びI	・スマーカー (十・一) (検: (十・一) HBelf 定量 (年 ・スマーカー (ま) (ま) 全事 (年 (ブ(グループ)) (ブ(グループ)) 査日: U.	を日: (体 (+・一) 位: (株 (+・一) 位: (株 (本 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	年 月 (検査日: 明定法 年 別定法 シェノタイプ1 ェノタイプ2 日設の基準値: 設設の基準値: 設設の基準値:		年(検査日日)	;" }	目) 年	Я	(a)	
20 Wi	該当番号を〇で囲 1. 慢性肝炎(E	3型肝炎ウイルス 2型肝炎ウイルス	スによる)	5)							
肝がんの合併	肝がん 1.	あり 2.なし									
治療内容	2. インターフェ 3. ペグインター 4. インターフェ	ロンα製剤単社 ロンβ製剤単社 -フェロン製剤単 ロンα製剤+リ ロンβ製剤+リ -フェロン製剤+リ	k l独 パピリン製剤 パピリン製剤)					
	治療予定期間	遊	(年 月~		年	月)				
治療上の問題点											
医療機関名及	び所在地					1	2載年月	B	年	Я	В
(直前の抗ウイル	レス治療がインター	フェロンフリーだ 属学会肝臓専門		いずれかにチョ			! める医(15)			
医師氏名				ED							

- (注)
 1. 診断者の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. HB-抗原、HB-抗原、HB-抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療期効時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入遅れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例2-2)

肝炎治療受給者証(3<u>利併用療法を除く</u>インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

フリガナ			性別			生生	年月日(年	F龄)		
患者氏名			男・女	4	¥.	Я Е	生	(38	級)
住所	郵便番号									
	電話番号)							
診断年月	年月	(あれば記載)	医療機関名			医蛇	名			
過去の治療歴	36週目まで	ェックする。 会プインターフェに サインターフェロ サインターフェロ とか像において、 当像において、 当像において、 当像において、 一角療法を既たい、 一角療法を いづい一治療 したのと カー治療・ コンフリー治療・ コンフリー治療・	コン製剤によるる コン製剤によるる コン製剤による は計様での場合である。 は当分量のべった。 は当分量のでのなか、 は、でグイフ・ いが、あるが、十分 歴歴あり。(業別	治療を受けてい合合・併用療法の治パインターフェロースをケースフェロン及びリバ、リバビリン及	療歴 ン及び パピリン びプロー が行わ	ン併用療	法による	72週投与力		
検査所見	今回のインターフ: 1. B型肝炎ウイバ (1) HBs抗原 (2) HBs抗原 (3) HBV-DNA' (1) HCV-RNA' (1) HCV-RNA' (2) ウイルスターイ イ) セロターイ 3. 血液検査 A. エー	レスマーカー (+・-) (検 (+・-) HBei (大・-) HBei (定量	査日: 抗様 (+・-) (検査日: (様位: 1 (基本) 1 (基本) 2 (表表のいはジ 年) (原本) (ex)	年 月 (検査日: 明定法 年) 月 (検査日: 明定法 年) エノタイプ 2 日) 設の基準値: 設めの基準値: 設めの基準値: 設めの基準値:) (年 検査日: 3)) ~ ~		1) 年 月	B)	
診断	族当番号を〇で囲 1. 慢性肝炎(E 2. 慢性肝炎(C 3. 代償性肝硬	B型肝炎ウイル C型肝炎ウイル	スによる)	s)						
肝がんの合併	肝がん 1.	あり 2. な	L							
治療内容	該当番号を〇で囲 1. インターフェ 2. インターフェ 3. ペグインター 4. インターフェ 6. ペグインター 7. その他(具	ロンα製剤単 ロンβ製剤単 -フェロン製剤+ ロンα製剤+ ロンβ製剤+ -フェロン製剤+	独 単独 リバビリン製剤 リバビリン製剤)				
	治療予定期間	湖	(年 月~		年	月)			
台僚上の問題点										
台僚上の問題点 医療機関名及:	び所在地					151	眬年月日	年	Я	В
医療機関名及	レス治療がインター	フェロンフリー: 臓学会肝臓専		ハずれかにチョ 口 《都道府		(必要)			Я	В

- (注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。 2. HBs抗原、HBs抗原、HBs抗体以外の検査所見は、記載目前らか月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療 開始時)の資料に基づいて記載してください。 3. 起入選小のある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例2-3)、(別紙様式例2-4) (別紙様式例2-3)、(別紙様式例2-4) (略) (略) (削除) (別紙様式例2-5) 狂炎治療受給者証(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剤3剤併用療法)の交付申請に係る診断書(新規) フリガナ 生年月日(年齡) 12.21 患者氏名 男·女 年月日生 (温度) 郵便委号 住所 常然委号 医療機関名 前医 診断年月 年 月 BRITEE ESS 温地点 は当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療理 ロ インターフェロン治療理ない。 ロ インターフェロン治療理ない。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目をOで囲む) ア ヘタインターフェロン及びリバビリン併用療法(中止・再燃・無効) イ 上記以外の治療 (日よいとなど) 過去の治療歴) (中止・高燃・無効) 今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日 独查所见 2. 血液核查 (核查日: 年 月 日) □ □ (施設の基準値: □ □ (施設の基準値: z/d (施設の基準値: AST IU/I ALT IU/I ヘモグロビン g/d 血小板 /ul (施設の基準値: 3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見: 該当番号を○で囲む。1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)2. 代信性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) 18 16 軒がんの合併 肝がん 1. あり 2. なし ベグインターフェロン、リバビリン及びブロテアーゼ阻害剤(薬剤名:)3剂併用療法 治療内容 治療予定期間 24 週 (年 治療上の問題点 起數年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) □ 日本肝臓学会肝臓専門医 □ (都道府県が適当と定める医師) 医矫氏名 122
 1 診断者の有効限制は、記載日から起算して3か月以内です。
 2 記載日前のカリ以内(ただし、3形使用治療中の場合は治療関治時)の資料に基づいて記載してください。
 3 記入圏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
 4 本診断者は治療実施医療機関が発行することとする。

(削除)	(別紙様式係	例 2 一	6)		
	肝炎治療5	受給者証(ペグイ	(ンターフェロン、リバビ	ピリン及びブロラ	アーゼ阻害剤3剂併用療法)の交付申請に係る診断書(再治療)
	フリガナ	- 1		12.50	生年月日(年齢)
	患者氏名			男·女	年月日生 (満歳)
		郵便番号	t		
	住所	童話番号			
	診断年月	n	年 月 前医(あれば足板)	医療機関名	
	過去の治療	1. インター ロ イング (チェッ ア ヘ 33 ウ 上 (最体を) 2. インター ロ イング	グインターフェロン及び	の治療内容にご びリパピリン併 パピリンおよび 再燃・無効)	
	埃查所見	1. C型肝: (1) H (2) つ ア) イ) 4. 2. 血液検 AS	T II	(検査日: (単位: 道里をOで囲む:)1.あるいはジ)2.あるいはジ 年 月 U/I (語 U/I (語	年月日) 、測定法) ニンタイプ1 エノタイプ2 日) 股の基準値 ~) 股の基準値 ~) 股の基準値 ~) 版の基準値 ~)
		_(所見:	断及び肝生検などの別		<u>)</u>
	10 105	該当番号2 1. 慢性 2. 代價1	<u> </u>	フイルス(こよる) フイルス(こよる)	
	肝がんの含	会供 肝がん	1.80 2.5	L.	
	治療内容	SZ	ーフェロン、リバビリン		
		治療予	定期間 24 週		年月~年月)
	治療上の問				
	上記のとおり	り、他のプロテア	ーゼ阻害剤を用い <u>た</u> 3	3剤併用療法に	よる再治療を行うことが適切であると判断します。 記載年月日 年 月 日
	医療機関名				記載年月日 年 月 日
	(直前の抗ウ	ウイルス治療がクロ	インターフェロンフリー? 日本肝臓学会肝臓専!	治疫の場合は(門医	ヽずれかにチェックが必要〕 □ 《都道府県が適当と定める医師》
	医師氏	8			£D
		前6か月以内(ナ	記載日から起算して3 ただし、3別併用治療性 (認定できないことがあ 医療機関が発行するこ	Pの場合は治療 るので、ご注意	(開始時)の資料に基づいて記載してください。

(別紙様式例 2 - <u>5</u>)

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ			性別			4	E年月	日(年齢)	
患者氏名			男・女		年	月	В	生	(満	歳)
住所	郵便番号電話番号	()							
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名医師名							
過去の治療歴	該当する場合、チェン インターフェロン (チェックした場合 ア・ベグインタ・ 3 剤併用療、ウ・上記以外の (具体的に記載	・治療歴あり。 、これまでの ーフェロン ひ ーフェロン、リ 法 (中止・)治療	台療内容につ メリバビリン供 バビリンおよい	用療法(中止·	再燃·	無效))
検査所見	イ) セロタ・	スマーカー (定量 ((該当する項 ((該当する項 ((対) () がルーン イブ () がルーン ・	検査日: (単位: 目をOで囲む: 目をOで囲む (1) (1) (2) (3) (3) (4) (5) (5) (6) (6) (7)	はジェノタイ はジェノタイ ノタイプ検引 日) 施設の基準 施設の基準 施設の基準 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	と プ1 プ2 データ 性値: 価値: 年	—~~ ~~ 月	日)	7)
診断	該当番号を〇で囲む 1.慢性肝炎 2.代償性肝硬変	(C型肝炎ウ	フイルスによる フイルスによる		-Pughź	· 類AI:	関る			
肝がんの合併	肝がん 1. ま	5り 2.な	L							
治療内容	インターフェロンフリ (薬剤名 : 治療予定期間		(4	: 月	~		年	月))
治療上の問題点										
医療機関名及	び所在地			158	戦年月 E	3	4	年 月	B	
(いずれかにチ 医師氏名	ェックが必要) 口	日本肝臓学		E D	《都道》	府県が	適当。	と定める	医師》	

- (注)1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例 2 - <u>7</u>)

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ			性別			4	年月	日(年齢))	
患者氏名			男・女		年	月	B	生	(満	歳)
住所	郵便番号 電話番号	()							
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名医師名							
過去の治療歴	該当する場合、チェ ロ インターフェロン (チェックした場合 ア・ペグインタ イ・ペグインタ 3剤併用の ウ・上記以外に (具体的に記載	ン治療歴あり。 、これまでの ーフェロン及り ーフェロン、リ 法 (中止・ の治療	治療内容につ	用療法(中止・非	耳燃・	無効))
検査所見	イ) セロタ	スマーカー 定量 (実施当する項イブ(グルー: イブ(グルー: イブ(ガルー: カレ・ずれも該 を日:	(検査日:	ジェノタイ ジェノタイ ジェノタイプ タイプ 検引	定 プ1 プ2 をデータ: 低値: 生値: 年	~ ~ 	日))
診断	該当番号を〇で囲る 1. 慢性肝炎 2. 代償性肝硬変	(C型肝炎	ウイルスによる ウイルスによる		Pugh分	類AI:	限る			
肝がんの合併	肝がん 1. 8	あり 2. な	iL							
治療内容	インターフェロンフ! (薬剤名: 治療予定期間		(年	月	~		年	月))
治療上の問題点										
医療機関名及	び所在地			158	談年月日	l	ź	F 月	B	
(いずれかにチ	ェックが必要) 口	日本肝臓学	会肝臓専門医		《都道席	守県が	適当。	上定める[医師》	

- (注)1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。3. 記入瀾れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例 2 - <u>6</u>)

肝炎治療受給者証(非代僕性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(再治療)

フリガナ				性別			-	tr de D	日(年龄)	
患者氏名				男・女	年	Я		3 ±	(満	歳)
住所	郵便番号									
	電話番号		()						
診断年月	年	Я	前医 (あれば記載)	医療機関名医師名						
過去の治療歴	1. インターフ ロ インター ア. ベグ イ. ペグ 3剤(ウ. 上記 (具体的):	エロンパーフェロンパーフェロンパーフェロンパーインター ドロックの表現ののこれが表現ののこれが表現がある。	ックする。チェ ・ 台級歴 ・ とかり ・ フェロン、リル ・ 大・ (中止・・) ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	ックした場合 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	明療法 (中止・ ブロテアーゼ思)	再燃・	無効)	項目を〇で囲む。)))(中止・调	5 燃 · 無効)
	ア) イ) ウ) 2. 血液検査	フイルス /-RNA ルス型 セロター セロター 上記の	マーカー (グ 定量 (該当する項 (ブ(グループ (ブ(グループ いずれも該当 日:	検査日: (単位: 目を〇で囲む)1、あるいは)2、あるいは しない(ジェノ 年月	ジェノタイプ1 ジェノタイプ2 タイプ検査データ	日)	場合に	# 12 65		
検査所見	3. 画像診断 (所見:	血液検及び肝	IL 査所見(必要 生検などの所	J/I (類 'si (類 に応じて記載 見 (検査日:		~ ~	日)	5)	,)
验斯	該当番号をC 1. 慢性肝が 2. 代償性制	té .	(C型肝炎ウ	イルスによる) イルスによる)		iA္版	関る			
肝がんの合併	肝がん	1. 35	9 2.4	L						
	12.42-7-5									
治療内容	インターフェロ (薬剤名)			(f	я ~		年	д)	
本診断書を作成 する医師	インターフェロロ 肝疾患	ンフリー	一治療の再治 携拠直病院!	合僚の場合、S に常動する日本	下のいずれかの	項目に	チェッ	うがな	い場合は助成対象。 見書を添付している	
治療上の問題点										
	+ tan + to	at res	かとけ思わる。	().42-7-D	-711—15 m = 1-	r z w	10.00	1550	多要があると診断しま	ndr.
I	TRACES	7	ILLIAM AO	, . ,	- / - /u mc mt la					
医療機関名及び	び所在地					1	記載年	月日	年	я в
医師氏名				fi	p					

- (注)
 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日前のか月以内(ただし、治療中の場合は治療関始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例 2 -<u>8</u>)

肝炎治療受給者証(非代債性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(再治療)

フリガナ			性別					t de B	日(年齢)		
100,811.00						_					
患者氏名			男・女		年	Я	E	生	(満	歳〉	
住所	郵便番号										
	電話番号	()								
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名医師名								
過去の治療歴	該当する項目にチェ 1. インターフェロン: ロ インターフェロア・ペグインター イ・ペグインター イ・ペグインター ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	台療歴 ン治療歴あり ーフェロン及む ーフェロン、リル 去(中止・単)治療 フリー治療歴	。 ドリパピリン併 パピリンおより 写燃・無効)	用療法(中 グロテアー	正 - 知	燃 - :	無党为)		項目をOで囲む。)))(中止・)	再燃・無	勃)
	イ) セロター	くマーカー () 定量 (該当する項 イブ(グルーフ イブ(グルーフ	検査日: (単位:	、測定 ジェノタイプ ジェノタイプ	法 1 2	日) (ある)	場合に) t:)		
検査所見	2. 血液検査 (検査 AST ALT 血小板 その他の血液検 (の 3. 画像診断及び肝 (所見: 4. (肝硬変症の場合	II II / / / / / / / / / / / / / /	J/I (競い (競い)に応じて記載	. 4	i:		日)		,)
診断	該当番号を〇で囲む 1. 慢性肝炎 2. 代償性肝硬変)。 (C型肝炎ウ	イルスによる)							
肝がんの合併	肝がん 1. ま										
治療内容	インターフェロンフリ (薬剤名: 治療予定期間		(年	л		4	ŧ	Я)		
本診断書を作成 する医師		携拠点病院に	二常動する日本	ド肝臓学会	干臟專門	** BE			ない場合は助成対象 見書を添付している		th.
治療上の問題点											
医療機関名及		前とは異なる。	インターフェロ	ンフリー治療	まご薬		自僚を		必要があると診断し! 年		B
医師氏名			E	р							

- (注)1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。2. 記載日前のか月以内(ただし、治療中の場合は治療関制的)の資料に基づいて記載してください。3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例 2 - <u>7</u>)

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ			性別			生年月	日(年	(名皇			
患者氏名			男・女			年	Я	В	生	(35	政)
住所	郵便番号 電話番号	()								
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名								
過去の治療歴	該当する項目にチ: ロ インターフェロ ア. ペグインタ イ. ペグインタ 3剤併用療 ウ. 上記以外(ロ インターフェロ	ン治療歴あり ーフェロン及び ーフェロン、リル 法 (中止・) の治療(具体)	・ ドリパビリン併 パビリンおより 写燃・無効) 的に記載:	用療法 (中 プロテアー・	止・再燃・1	明 (改 則	支当項目)		無効)
核查所見	イ) セロタイ	スマーカー (定量 定量 (該当する項目 で が の で が の が で が の の で が の の で が の の の の	検査日: (単位: 多〇で圏は、5〇で圏は、1、あるいは、2、あるいは、2、なるいは、2、ないジェハないジェハない・ジェハない・ジェハない・ジェハは、1、1、1、1、1、1、1、1、1、1、1、1、1、1、1、1、1、1、1) スノタイプ1 (- 夕がある場 ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~	18 10 10 10 10	当する 2 日 軽度 日 28~: 3 40~? 3 20~:	1-II 3.5 0 3.0	0	多入れ。 3点 登録(団 中等度) 25未満 30起)で囲む	以上)
29 Wi	該当番号を〇で囲 1. 非代信性肝硬		ウイルスによ	る)※Child	-Pugh分類8.	&UC!	:限る				
肝がんの合併	肝がん 1.8	あり 2.な	L								
治療内容	インターフェロンフリ 治療予定期間)一治療 (薬剤 週 (я ~	年		я))		
本診断書を 作成する医師	インターフェロンフリ □ 肝疾患診療道 □ 他の日本肝能	技術系点病院 (:常勤する日	本肝腸学会!	干编専門医						
治療上の問題点											
上記のとおり、非	代償性肝硬変に対	するインターフ	フェロンフリー	台僚を行う必	要があると判	断しま	す。				
医療機関名及び	所在地				1	2载年	A B		年	Я	В
			-								
医師氏名			Ð								

- (注)1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療関始時)の資料に基づいて記載してください。3. 記入職れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例 2 - <u>9</u>)

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ			性別			生年	月日(年	(館)			
患者氏名			男·女			年	月	В	生	(満	歳)
住所	郵便番号										
	電話番号	()								
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名医師名								
過去の治療歴	該当する項目にチェ ロ インターフェロ ア・ペグインタ・ イ・ペグインタ・ イ・ペグインター 3剤併用療 ウ・上記以外の ロ インターフェロ	ン治療歴あり ーフェロン及び ーフェロン、リル 法 (中止・事)治療(具体的	。 ドリバビリン併 バビリンおより 写燃・無効) 的に記載:	用療法(中	止・再燃・	無効)	該当項)	じ。) 再燃・	無効)
検査所見	イ) セロタイ・ウ)上記のU 2. 血液検査 (検着 AST ALT 血小板 その他の血液検 (ママーカー (i 定量	検査日: (季位: 多〇で囲む。) (多〇で囲む。) (まる) (まる) (まる) (まる) (まる) (まる) (まる) (まる	アスノタイプ1 アスノタイプ2 アスノタイプ2 アスノタイプ2 アスノタイプ2 アスノリス・アスティー アスティー	ータがある場 ~ ~ ~ ~ 1 2 1 2 2	35 35 35 31 31 31 31	実当する2回軽度□ 2.8~□ 40~□ 2.0~	点 (I · II 3.5 70 3.0		7を入れ 3月 昏睡(月 中等度度 28未達 40未満 30超 ○ で囲む	以上
2余 附行	(所見: 該当番号を〇で囲む 1. 非代信性肝硬:			7) Wall	D + () W		- en 7				
肝がんの合併	肝がん 1. 8			w/ monito	- JEN 77 SEC	- X (- (-)	C MI				
治療内容	インターフェロンフリ 治療予定期間		利名 :	月 ~	a	r.	月)		2)	
本診断書を 作成する医師	インターフェロンフリ 口 肝疾患診療連 口 他の日本肝臓	携拠点病院	に常勤する日:	本肝臓学会別	F臟専門医						
治療上の問題点											
上記のとおり、非	・ 代債性肝硬変に対	するインターフ	フェロンフリー	台療を行う必					_		_
医療機関名及び	所在地					記載年	月日		年	Я	В
医師氏名			ED								
(24)											

- (注)1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。3. 記入選れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例 2 -<u>8</u>)

肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書

フリガナ			性別			生	年月日	(年齢))		
患者氏名			男・女			年	月	B	生	(満	歳)
住所	郵便番号 電話番号	()								
診断年月	年 月	前医 (あれば記 載する。)	医療機関名 医師名								
	1. B型肝炎ウイル スマーカー (1) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2) HBV-DNA定量		当する方をC (+・- (+・- (+・-	月)で囲む。)	B) ,)		直近の記 を査日: (該当	(- (- (-	年 5を〇 ト・ー) ト・ー)	月で囲む。	日)
検査所見	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	1U/	1 (施設の基準 1 (施設の基準 1 (施設の基準	值:	B)		査日: IU/I IU/I / µI 検査日:	(施設の (施設の (施設の	基準信息	l:	B)
	3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)	(60.00)	a: 4	,	B)	,	to at the		*	И	В/
診断	該当番号を〇で囲む 1. 慢性肝炎 2. 代償性肝硬変 3. 非代償性肝硬	(B型肝	炎ウイルスに 炎ウイルスに 炎ウイルスに	よる)							
治療内容	該当番号を〇で囲む 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他(具体的		易合は複数選	択))					
治療薬剤の変更	該当する方を〇で囲 前回申請時からの治 1. ありに〇の場合 変更前薬剤名(療薬剤の変) 変更日(2. t	まし 月	日)				
治療上の問題点											
上記のとおり、	B型慢性肝疾患に対す	る核酸アナ	ログ製剤治療	の継続	が必要であ	ると認め	ます。				
医療機関名及(び所在地			ı	2載年月日		年	Я	B		
医師氏名					印						

- (注)
 1. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
 2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。
 なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
 3. 記入瀬れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例2-10)

肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書

フリガナ			性別				生	年月日	(年齢)		
患者氏名			男・女				年	Я	日	生	(満	歳)
住所	郵便番号電話番号	()									
診断年月	年 月	前医 (あれば記 載する。)	医療機関名医師名									
検査所見	1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HB s抗原 HB e抗体 (2) HB V-DNA定量 2. 血液検査 AST ALT 血小板数 3. 圖像診断及び肝 生核などの所見 (現本的に記載)	(単 (検査日 IU/ / μ	(+・- (+・- (+・- (+・-	月かりで囲む。)))))))))))))))))))))		,	(8	(養日: (族) (集)	当する: (・(・(・(・(・(・(・(・(に)))))))))))))))))))))	年 大を〇・ ・・一) ・・一) ・・一) ※年 ・・一) ※年 ・・一) ※年 ・・一) ※年 ・・一) ・・一) ※年 ・・一) ・・一 ・・一	プログライス	日)
診断	該当番号を〇で囲む 1. 慢性肝炎 2. 代價性肝硬変 3. 非代信性肝硬	(B型肝 (B型肝	炎ウイルスに 炎ウイルスに 炎ウイルスに	よる)								
治療内容	該当番号を〇で囲む 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他(具体が	。(併用の	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,)					
治療薬剤の変更	該当する方を〇で囲 前回申請時からの治	む。 療薬剤の変) 変更日(2. なl 年		B)				
治療上の問題点												
上記のとおり、「医療機関名及び	 B型慢性肝疾患に対す が所在地	する核酸アナ	ログ製剤治療			である。月日		ます。年		B		
医師氏名					ED							

- (注)
 1. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
 2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。
 なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例2-9)

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

フリガナ			性別		生	年月E	3(年齢	3)	
患者氏名			男・女	年	月	日	生	(満	酸)
44-8C	郵便番号								
住所	電話番号	()						

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1. 認定基準(抜粋)

(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型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代債性肝硬変又はChild-Pugh分類 B若しくはCのC型非代債性肝硬変)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、又は実施中の者のう ち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代價性肝硬変に対しては原則1回のみの助成と し、Child-Pugh分類已又はCのC型非代價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動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、自治体の実情に応じて、各都道府県が適当と定める医師が作成してもよい。

※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又は自治体の実情に応じて各都道府県が適当と定める医師が「肝 支治療免給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

- 1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります(該当する項目をチェックする)。
 - □ 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。
 - □ 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
 - □ ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。
- 2. 該当する意見にチェックの上返信して下さい。
 - □ インターフェロンフリー治療による再治療は、適切である。 (推奨する治療:
 - □ インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

- (注) 1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
 - 2. 本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常動する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

(別紙様式例2-11)

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

リガナ		性別		生名	F月日	(年齡)			
者氏名		男·女	年	月	B	生	(満	酸))
	郵便番号								
主所									
	電話番号	()							
インタ・	肝炎治療特別 ーフェロンフリー治療について	同促進事業の実務上のI	取扱い別添1.	認定基	準(抜業	()			
しくは	陽性のC型慢性肝疾患(C型 CのC型非代償性肝硬変)で の合併のないもの。								
上記	記については、C型慢性肝炎 Pugh分類B又はCのC型非代	又はChild-Pugh分類A	のC型代價性	肝硬変	に対し	ては原	則1回の	みの財	成と
Shild-F	Pugh分類B又はCのC型非代 ある者については、肝疾患診	: 價性肝硬変に対しては 療連携拠点病院に常見	は1回のみのII 助する日本肝	助成とす	る。た肝臓療	だし、イ	ンターフ よって他	エロンフ	フリー
コンフ	リー治療薬を用いた再治療を なお、2.(1)及び2.(2)に	行うことが適切である。	と判断される						
	記については、初回治療の場 新書」を作成すること。ただし、								
	記については、再治療の場合								
た上て	TENLY TO TERM WAS	干臓専門医又は自治体	の事件に立し	THE PART AND					
夜受!	給者証の交付申請に係る論則		の美情に応じ	(合作	通用计明	たかっ国コ	当と定める	5医師#	PAL BIT
療受練			の美情に応じ	して行信	祖州明	長刀い園 □	当と定めく	5医師#	PKI B±
療受練			(V)美丽已(C)	. C 19 fil	地面材	· 四·四:	当と定める 	5医師力	
		断書」を作成すること。							
本意見	給者証の交付申請に係る診!	所書」を作成すること。 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	ている必要か	いありま	す(該	当する	項目をチ		
本意見	給者証の交付申請に係る診験 	所書」を作成すること。 の項目を全て満たし 事業の実務上の取扱	ている必要か	いありま	す(該	当する	項目をチ		
本意見	給者証の交付申請に係る診験 	新書」を作成すること。 の項目を全て満たし 事業の実務上の取扱 台療ガイドラインを精影	ている必要か いにおける証 売した。	いありま	す(該	当する	項目をチ		
本意見	給者証の交付申請に係る診験 	新書」を作成すること。 の項目を全て満たし 事業の実務上の取扱 台療ガイドラインを精影	ている必要か いにおける証 売した。	いありま	す(該	当する	項目をチ		
本意見	給者証の交付申請に係る診験 	所書」を作成すること。 「の項目を全て満たし事業の実務上の取扱 台僚ガイドラインを精設 こ十分な知識・経験を	ている必要か いにおける証 売した。	いありま	す(該	当する	項目をチ		
本意見口口	総者証の交付申請に係る診師 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	所書」を作成すること。 「の項目を全て満たし事業の実務上の取扱 台僚ガイドラインを精設 こ十分な知識・経験を して下さい。	ている必要か いにおける影 売した。 持っている。	いありま	す(該	当する	項目をチ		
本意見口口	給者証の交付申請に係る診師 記書を記載する医師は、以下 上記の肝炎治療特別保進 日本肝臓学会のC型肝炎 ウイルス性肝疾患の治療に る意見にチェックの上返信 インターフェロンフリー治療	所書」を作成すること。 「の項目を全て満たし事業の実務上の取扱 台僚ガイドラインを精設 こ十分な知識・経験を して下さい。	ている必要か いにおける影 売した。 持っている。	いありま	す(該	当する	項目をチ		
本意見口口以当ず	給者証の交付申請に係る診断 過書を記載する医師は、以下 上記の肝炎治療特別促進 日本肝臓学会のC型肝炎: ウイルス性肝疾患の治療! 「る意見にチェックの上返信 インターフェロンフリー治療! (推奨する治療:	所書」を作成すること。 「の項目を全て満たし事業の実務上の取扱 台療ガイドラインを精設 こ十分な知識・経験を して下さい。	ている必要かいにおける影 さいにおける影 表した。 持っている。	がありま 記定基準	す(該	当する 認した。	項目をチ		
本意見口口以当ず	給者証の交付申請に係る診師 記書を記載する医師は、以下 上記の肝炎治療特別保進 日本肝臓学会のC型肝炎 ウイルス性肝疾患の治療に る意見にチェックの上返信 インターフェロンフリー治療	所書」を作成すること。 「の項目を全て満たし事業の実務上の取扱 台療ガイドラインを精設 こ十分な知識・経験を して下さい。	ている必要かいにおける影 さいにおける影 表した。 持っている。	がありま 記定基準	す(該	当する 認した。	項目をチ		
本意見口口談当す	給者証の交付申請に係る診断 過書を記載する医師は、以下 上記の肝炎治療特別促進 日本肝臓学会のC型肝炎: ウイルス性肝疾患の治療! 「る意見にチェックの上返信 インターフェロンフリー治療! (推奨する治療:	所書」を作成すること。 「の項目を全て満たし事業の実務上の取扱 台僚ガイドラインを精設 こ十分な知識・経験を して下さい。 とによる再治療は、適 様による再治療は、適	ている必要かいにおける影 さいにおける影 表した。 持っている。	くありま 記定基準	す(該	当する。認した。	- 一頭目をチ		
本意見	総者証の交付申請に係る診計 記書を記載する医師は、以下 上記の肝炎治療特別促進 日本肝臓学会のC型肝炎; ウイルス性肝疾患の治療! であ意見にチェックの上返信 インターフェロンフリー治療: インターフェロンフリー治療:	所書」を作成すること。 「の項目を全て満たし事業の実務上の取扱 台僚ガイドラインを精設 こ十分な知識・経験を して下さい。 とによる再治療は、適 様による再治療は、適	ている必要かいにおける影 さいにおける影 表した。 持っている。	くありま 記定基準	す(該	当する。認した。	- 一頭目をチ	エック・	する)。
本意見 □ □ 当す □ □ 診	総者証の交付申請に係る診計 記書を記載する医師は、以下 上記の肝炎治療特別促進 日本肝臓学会のC型肝炎; ウイルス性肝疾患の治療! であ意見にチェックの上返信 インターフェロンフリー治療: インターフェロンフリー治療:	所書」を作成すること。 「の項目を全て満たし事業の実務上の取扱 台療ガイドラインを精設 こ十分な知識・経験を して下さい。 【による再治療は、適 性による再治療は、適 生地	ている必要かいにおける影 さいにおける影 表した。 持っている。	くありま 記定基準	す(該	当する。認した。	- 一頭目をチ	エック・	

2. 本意見書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が記載する必要があります。

(別紙様式例3) (略)

(別紙様式例4-1)

(表面)

			肝炎治療	受給者証				
			(インター)	フェロン治療)				
公	費負担者番号							
公の	費負担 医療受給者番号							
20,	住 所							
受給者	氏 名							
4	生年月日		年	月	日生	男	. ;	女
疾	病 名							
保口								
険保医) 名 称							
療機機関								
又	名 称							
有	効 期 間	自至	年年	月月	日日			
月限	額自己負担 度 額						円	
	道府県知事名 び 印							
交	付年月日		年	月	Ħ			

(別紙様式例3) (略)

(別紙様式例4-1)

(表 面)

Г		[肝炎	治療受	給者証						
			(<u>3</u>	制併用規	法	<u>を除く</u> 4	インター	フェロン	台寮)	+			
公費	負担者番号	}-											
公費の受	負担医療給者番号	K.											
	住 房	ŕ											
	氏 4	á											
者 -	生年月日	3				年		月		日生	男		女
疾	病('n											
保は険保	所在均	<u> </u>											
医険	名	ķ											
療薬機局	所在均	b b											
関又	名	k											
有	効 期 [自至				年年		月月		日日			
	自己負担度 8											円	
	府県知事名 び 印												
交(寸年月 日	1			年		月			В			

(別紙様式例4-2) (別紙様式例4-2) (略) (略) (削除) (別紙様式例4-3) (表面) 肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) (シメプレビル) 公費負担者番号 公費負担医療 の受給者番号 受 氏 五 <u>男 · 女</u> 生年月日 日生 病 名 関 X 年 月 日 有 効 期 間 日 月額自己負担 都道府県知事名 び印 年 月 日 交付年月日

(別紙様式例 4 -<u>3</u>)

(表面)

ı			肝	炎治療受	給者証						
			(インタ	ーフェロ	ンフリー	·治療)					
公	费負担者番号										
公の	費負担医療受給者番号										
25,	住 所										
受給水	氏 名										
者	生年月日			年		月	日生		男	*	女
疾	病 名										
保に険値											
医療	魚 名 称										
機用関											
又	名 称										
有	効 期 間	自至		年年		月月		日日			
月限	額自己負担 度 額									円	
	道府県知事名 び 印										
交	付年月日		年		月		日				

(別紙様式例 4 - <u>4</u>)

(表面)

			肝	炎治療受	給者証						
			(インタ	ノ ーフェロ	ンフリー	-治療)					
公費	負担者番号										
公費の受	負担医療 給者番号										
受	主 所										
給且	壬 名										
者生	生年月日			年		月	日	生	男		女
疾	病 名										
保は	所 在 地										
険保 医険	名 称										
療薬機局	所 在 地										
関又	名 称										
有	効 期 間	自至		年年		月月		日日			
	自己負担 度 額									円	
	府県知事名 び 印										
交 付	年月日		4	Ę.	月		日				

(寒而)

肝炎治療特別促進事業

(目的)

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療(インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療)によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は月額の医療費が高額となること、また、長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては国民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険、保険医療機関又は保険薬局に変更があった ときは、○○日以内に、○○○知事にその旨を届け出てください。

また、都道府県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、 転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出して ください。

- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに○○○知事に 返還してください。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、○○○知事にその旨を届け出てください。
- 7 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

○○○都道府県○○部○○課○○係 (TEL 0000-000-0000) 又は○○○保健所 (TEL 0000-000-000)

(別紙様式例5) (略)

(裏面)

肝炎治療特別促進事業

(目的

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療(インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療)によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は月額の医療費が高額となること、また、長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては国民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険、保険医療機関又は保険薬局に変更があった ときは、○○日以内に、○○○知事にその旨を届け出てください。

また、都道府県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、 転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出して ください。

- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに○○○知事に 返還してください。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、○○○知事にその旨を届け出てください。
- 7 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

○○○都道府県○○部○○課○○係 (TEL 0000-000-0000) 又は○○○保健所 (TEL 0000-000-000)

(別紙様式例5) (略)

(参考:改正後全文)

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い

健疾発第 0331003 号 平成 20 年 3 月 31 日

最終一部改正 健肝発0327第2号 令和2年3月27日

1. 医療給付の申請について

「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5「肝炎治療特別促進事業実施要綱」(以下「実施要綱」という。)の3に定める医療の給付を受けようとする者(以下「申請者」という。)については、別紙様式例1-1から1-4による肝炎治療受給者証交付申請書(以下「交付申請書」という。)に、別紙様式例2-1から2-8による肝炎治療受給者証の交付申請に係る医師の診断書、別紙様式例2-9による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意見書(必要な場合に限る。)、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和25年法律第226号)の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含む。)の課税年額を証明する書類を添えて、申請者の居住する都道府県知事に申請させるものとする。

ただし、例外的に助成期間の延長が必要となる受給者については、一定の要件を満たす必要があるため、あらかじめ、当該受給者から別紙様式例1-5による有効期間延長申請書を提出させるものとする。また、副作用等の要因により受給者証の有効期間延長が必要となる受給者については、当該受給者から別紙様式例1-6による有効期間延長申請書を提出させるものとする。

なお、核酸アナログ製剤治療については、医師が治療継続が必要と認める場合、 更新の申請を行うことができるものとする。その際、都道府県知事は、医師の診 断書に代えて、直近の認定(更新時の認定を含む。以下同じ。)以降に行われた 検査内容及び治療内容が分かる資料を提出させることができるものとする。ま た、検査内容が分かる資料については、診断書又は検査内容が分かる資料が提出 された認定以降2回目までの認定においては、提出を省略させることができるも のとする。更新の申請に係る申請書類の提出については、郵送によることも可能 とする。

2. 対象患者の認定について

都道府県知事は、実施要綱の7に定める認定を行う際には、認定協議会(以下「協議会」という。)に意見を求め、別添1及び別添2に定める対象患者の認定基準(以下「認定基準」という。)により適正に認定するものとする。

ただし、核酸アナログ製剤治療の更新に関する認定においては、都道府県知事は、申請者に診断書又は検査内容及び治療内容が分かる資料を提出させた場合を除き、協議会に意見を求めることを省略することができるものとする。

- 3. 自己負担限度額階層区分の認定について
- (1)自己負担限度額階層区分については、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員に係る市町村民税課税年額を合算し、その額に応じて認定するものとする。

ただし、申請者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者(配偶者以外の者に限る。)については、申請者からの申請(別紙様式例3)に基づき、当該世帯における市町村民税課税年額の合算対象から除外することを認めることができるものとする。

- (2) 市町村民税課税年額の算定に当たっては、次に定めるところによるものとする。
 - ア 平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、「控除廃止の影響を受ける制度等(厚生労働省健康局所管の制度に限る。)に係る取扱いについて」(平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知)により計算を行うものとする。
 - イ 平成30年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、市町村民 税所得割の納税義務者が地方自治法(昭和22年法律第67号)第252条 の19第1項の指定都市の区域内に住所を有する場合については、地方税法 及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律(平成29年法律第2号)第 1条による改正前の地方税法に規定する市町村民税所得割の標準税率(6%)により算定を行うものとする。
 - ウ 平成30年9月以降において、申請者を含む世帯構成員のいずれかが、未婚のひとり親として、地方税法第292条第1項第11号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となった女子であって、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号イに該当することとなる者又は同項第12号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となった男子であって、現に婚姻していないもの」

と読み替えた場合に同号に該当することとなる者であるときは、その者を同項第11号イに定める寡婦又は同項第12号に定める寡夫とみなして、同法第295条第1項の規定により当該市町村民税が課されないこととなる者として、又は同法第314条の2第1項第8号の規定による寡婦控除及び寡夫控除並びに同条第3項の規定による特別寡婦控除が適用された場合の所得割額を用いることとして、算定を行うことができるものとする。

4. 肝炎治療受給者証の交付等について

(1) 肝炎治療受給者証

都道府県知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、別紙様式例4-1から4-3による肝炎治療受給者証(以下「受給者証」という。)を交付するものとする。

(2) 交付申請書等の取扱い

都道府県知事は、交付申請書を受理したときは受理した日(以下「受理日」 という。)から速やかに当該申請に対し、その可否を決定し、否とした場合に は具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。

(3) 肝炎治療受給者証の有効期間

受給者証の有効期間は1年以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から起算するものとする。

5. 対象患者が負担すべき額について

- (1) 実施要綱の6の(2)のアにより対象患者が保険医療機関等(健康保険法 (大正11年法律第70号)に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。 以下同じ。)に支払うべき額が、実施要綱の6の(2)のイに定める額(以下「自己負担限度額」という。)に満たない場合は、その全額を負担すべきものとする。
- (2) 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)の規定による被保険者については、同法上の患者負担額の範囲内で、実施要綱の6の(2)のイに定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。

6. 自己負担限度月額管理の取扱い

- (1)都道府県知事は、受給者に対し、別紙様式例5による肝炎治療自己負担限度 月額管理票(以下「管理票」という。)を交付するものとする。
- (2)管理票の交付を受けた受給者は、肝炎治療を受ける際に受給者証とともに管理票を保険医療機関等に提示するものとする。
- (3)管理票を提示された保険医療機関等は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が抗ウイルス治療(インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療)につ

いて、支払った自己負担の累積額を管理票に記載するものとする。当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載するものとする。

なお、当該自己負担限度月額は、インターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療を併用する者の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する1人当たりの限度月額として取り扱うものであること。

(4) 受給者から、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた保険医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収しないものとする。

7. 都道府県外へ転出した場合の取扱いについて

受給者証を所持する患者(以下「受給者」という。)が、都道府県外へ転出し、 転出先においても引き続き当該受給者証の交付を受けようとする場合には、転出 日の属する月の翌月末日までに、転出前に交付されていた受給者証の写し等を添 えて転出先の都道府県知事に届け出るものとする。転出先の都道府県は、当該届 出を受理した旨を転出元の都道府県に伝達するとともに、転出日以降、費用を負 担するものとする。

なお、この場合における受給者証の有効期間は、転出前に交付されていた受給 者証の有効期間の終期までとする。

8. 対象医療及び認定基準等の周知等について

都道府県知事は、本事業の適正な運用を確保するために保険医療機関等に対して本事業の対象医療及び認定基準等の周知に努めなければならない。

また、都道府県は、保険医療機関等に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、適正な治療が実施されていない保険医療機関等に対して、本事業における適正化の推進に必要な措置を講じるものとする。

9. その他

都道府県知事は、必要に応じて、本事業のより効果的な運用に資するための情報収集等を行うことができるものとする。

(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、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並びに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よる3剤併用療法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、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、自治体の実情に応じて、各都道府県が適当と定める医師が作成してもよい。

(2) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝疾患(C型慢性肝炎若しくは Child-Pugh 分類 Aの C型代償性肝硬変又は Child-Pugh 分類 B若しくは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、又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型慢性肝炎又は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又は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)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よる3剤併用療法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、自治体の実情に応じて、 各都道府県が適当と定める医師が作成してもよい。
- ※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又は自治体の実 情に応じて各都道府県が適当と定める医師が「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。

助成期間の延長に係る取扱い

- 1. 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。
 - (1) C型慢性肝炎セログループ 1 (ジェノタイプ 1) 型かつ高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師が 72 週投与 (48 週プラス 24 週) が必要と判断する場合に、6 か月を限度とする期間延長を認めること。
 - (2) 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上 記の(1)とは別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。ただし、再治 療(再投与)及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。
- 2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。
 - 1 (1) について
 - ① 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 48 週を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化したが再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNA が 36 週までに陰性化した症例」に該当する場合。
 - ② ①に該当しない者であり、今回の治療において、「投与開始後 12 週後に HCV-RNA 量が前値(※)の 1/100 以下に低下するが、HCV-RNA が陽性(Real time PCR)で、36 週までに陰性化した症例」に該当する場合。
 - 参考) 平成 22 年 3 月現在、ペグインターフェロン製剤添付文書中、重要な基本的注意において、 『48 週を超えて投与をした場合の有効性・安全性は確立していない。』旨の記載がある。

		(イ	T炎治療5 ンターフ	受給者記 エロン ・ 杉	E (新 治療 を酸アフ	新規 ・ ・ イ ナログ	更 シター V剤治郷	新) ク ·フェロ 寮)	交付申 ンフリ	請書	療	
		が な 名							性	別	男	女
	生 年	月日		:	年	月	日		職	業		
申	住	所						(E	電話)
請	加	入	被保険者	省 氏名					申請続	者と	の 柄	
			保険	種別	協	・組・共	• 国 • <i>*</i>	後	被保 記 号	険者 ・ 番	Eの : 号	
者	医	療	被保険発行機								·	
	保	険	所 在	地								
病		名										
	ド助成計 削 用			あり 者証番号 明間 (!. な ¹)		年		日)
保力	ス 名	称										
険に 医傷	所	在 地										
療隊	全 名	称										
機選関局	一所	在 地										
の対治療	カ果・ 資受給す	副作用等 者証(イ	ェロン治療 等について インターこ 所規・更新	て説明を フェロン	と受け、 と治療	治療を ・インタ	受ける	ることし	こ同意	しまし	たので	ご、肝炎
		年	月	日	申請者	省 氏名						印
		' '	Л	Н		知事	平 殿					

(注) 助成を受けることができるのは、別添1の<u>認定基準を満たした場合に限られます</u>ので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)交付申請書																
	ふりえ	が な 名										性	別	j	男	女
	生年	月日				3	年	月		日		職	業			
申	住	所									(電	話)
請	-1 m	7	被任	 呆険ā		名						申請続	青者と	: の 柄		
		入	保	険	種	別	協	• 組• 🥫	共・国	• 後		被保記号	:険者i 分 • 番	証の番号		
者	医療	険		保険行機												
	VΚ	PX	所	在		地										
病		名														
本助成制度 利 用 歴			Ĕ	1 . ā 受給ā 有効其	皆証		Ţ (年		な) ~		年		月	日)
保又	2 名	称														
険に 医傷	所 7	生 地														
療隊	全 名	称														
機選関局	所有	生 地														
インターフェロン治療の効果・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)の交付を申請します。																
		F	ı	-	H		申請	者氏	Ż							印
		年	J	┧	日			9	和事	殿						

(注) 助成を受けることができるのは、別添1の<u>認定基準を満たした場合に限られます</u>ので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

(別紙様式例1-3)

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)交付申請書												
	^{ふり} 氏	が な 名							性	別	男	女
	生年	月日		年	Ē	月	F	I	職	業		
申	住	所						(訇	 言話)
請	加	入	被保険者足	名					申読続	清者と	が	
			保 険 種	別	協・約	狙・共・	国•後		被仍記	R険者記号 ・ 番	正の号	
者	医療 保険	除除	被保険者発行機関									
	νĸ	陜	所 在	地								
病		名		l								
本助成制度 利 用 歴		 1. あり 受給者記 有効期間 	E番号			2. な 月)		年	月	日)	
保又	ス 名	称										
険に 医傷	所	在 地										
療隊	角 名	称										
機選関局	所	在 地										
ے ک	インターフェロンフリー治療の効果・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(インターフェロンフリー治療)の交付 を申請します。											
					申請者	氏名						印
		年	月	1		知	事 殿					

(注) 助成を受けることができるのは、別添1の<u>認定基準を満たした場合に限られます</u>ので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

	肝炎治療	受給者証(核酸アナログ製剤治療)(新規・更	新)交付申請書
	ふりがな 氏 名	性	. 別 男 女
	生年月日	年 月 日 職	業
申	住所	(電話	j)
請	加入	被保険者氏名 申続	請者との柄
	医療	保険種別協・組・共・国・後認	保険者証の 1号・番号
者	保険	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名	
	床 娛	所 在 地	
病	名	•	
フ オ	下助成制度 训 用 歴	1. あり2. なし受給者証番号()有効期間(年 月 日~	年 月 日)
保习	又 名 称		
険に 医伊	所 在 地		
療隊	角		
機選関局	一所 在 地		
杉同意付	亥酸アナログ勢 意しましたので と申請します。	製剤治療の効果・副作用等について説明を受け で、肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療	、治療を受けることに 家)の(新規・更新)交
		申請者氏名	印
	年	月 日	
		知事 殿	

(72 週投与用)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

〇〇〇知事 殿

私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、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)の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日		年	月	日				
申請者氏名	(フリガナ)				()	印
性 別	男 • 女							
生年月日		年	月	日生	(満	歳)		
現 住 所	₹	_						
電話番号		()				

※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入してください。

受給者番号(□ □ □ □ □	ЦЦ					
現行有効期間(開始	年	月	日~終了	年	月	日)

- 注1) 本申請書は、○○○都道府県に申請してください。
 - 2) 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
 - 3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(担当医記載欄)	
※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してく	ださい。
記載年月日 年 月 日	
医療機関名 ()
その所在地 ((〒 -))
担当医師名 () 即
<u>確認事項</u>	
※ 担当医師は、該当する場合、共通項目の□、かつ、(1)若しくは(2	りの口にチェックを入れてください。
(有効期間延長の認定には、共通項目のすべての□、かつ(1)若しくは(2))のすべての□にチェックが入っていることが必要です。)
)について、C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイ
プ1)かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及び	「リバビリン併用療法の実施に当たり、
(U) 7 - T =)	
(共通項目)	
□ 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」	
□ 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セ	ログルーノ1(シェノダイノ1)かつ高ワイルス重であ
□ 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週 から最大で72週間である。	型目に建物して24週目を延長するもので、沿線開始 1
プロス () アン	年 月予定)]
[多文後のアた朔間、(開始: 中 月で於):	4 71/2/1
(1) これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリ HCV-RNA が陰性化したが再燃した者で、『今回の治療に 化した症例に該当する。』と認められるので 48 週プラス 2 ると判断する。 □ 申請者は、これまでの治療において、ペグインターフェロ に HCV-RNA が陰性化したが再燃した者である。 □ 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 あり、現在治療開始後()週目で継続中である(一時 □ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と半 投与開始後、継続的に治療を続け、 ・ 投与開始後 36 週までに HCV-RNA が陰性化。(一時	おいて、HCV-RNAが投与開始後36週までに陰性24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までを開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中で休薬期間は除く。)。
(2)(1)に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始 12 週後 IHCV-RNA が陽性(Real time PCR)で、36 週までに陰性化ス 24 週(トータル 72 週間)の投与期間延長が必要である。 申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後(申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と半投与開始後、継続的に治療を続け、 ・投与 12 週後は、HCV-RNA が陽性のままであり、かっ・投与 36 週までに HCV-RNA が陰性化(一時休薬期間	にした症例に該当する。』と認められるので、48 週プラと判断する。 法の標準的治療(48 週間)を開始し、本申請時、当)週目で継続中である(一時休薬期間は除く。)。 判断されること。 つ、HCV-RNA 量が前値の 1/100 以下に低下
(注) ペグインターフェロン製剤添付文書 【使用上の注意】の	重要な基本的注意 において、「本剤を48週を超え

て投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

(副作用等延長用)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)有効期間延長申請書

(申請者記載欄)	
〇〇〇知事 殿	
私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、 超える可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療) します。	
※ 以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください。	
記載年月日 年 月 日	
申請者氏名(フリガナ)()印
性 別 男・女 生年月日 年 月 日生(満 歳)	
現住所 〒 -	
電話番号()	
※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上	、ご記入ください。
受給者番号(🔲 🔲 🔲 🔲 🔲 🗎)	
現行有効期間(年月日)日~年月日)	
(担当医記載欄) 申請者(::フリガナ::フリガナ:)について、イ	ンターフェロン也ら
期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える	
長)可能性があるため、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)	
要であると判断する。	
記載年月日 年 月 日 医療機関名	
その所在地 〒 -	
担当医師名	印
担当医師名	印
(注) なお、副作用等の要因について、都道府県担当者より確認の連	·
	·

- 注1) 本申請書は、○○○都道府県に申請してください。
 - 2) 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
 - 3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ				性別			<u> </u>	生年月	月日(年齢)		
患者氏名				男·女		年	月	日	生	(満	歳)
	郵便番号										
住所											
	電話番号		()							
診断年月	年	月	前医 (あれば記 載する)	医療機関名 医師名							
過去の治療歴	(具体的な 2. インターフ □ インター	₹法(へ 割療経ロンロ	ペグインター: の治療歴ない を受けたこと 理由: フリー治療歴 ンフリー治療	フェロン、リバ っ。 :があるが、十	ビリン及で ·分量の2 薬剤名:	びプロテ [・] 4週投与	アーゼ系が行わる	且害者		法)
検査所見	(2) HBe抗 (3) HBV-[2. C型肝炎ウ (1) HCV- (2) ウイル ア) セ	ァイル 原 原 のNA アイル RNA マロタイ	スマーカー +・一) (札 +・一) HBe 量 (単 スマーカー E量 (要 該当する項 プ(グループ	食査日: ⋻抗体 (+・− 単位: 、	-) (検 測定法 年 、測定 。) :ジェノタィ	査日: 月 法 (プ1			月 E 年)	i) 月	日)
	3. 血液検査 AST ALT 血小材 4. 画像診断》 (所見)	汳数		IU/I IU/I /μΙ	(施設の基施設の基 (施設の基	基準値:_		-)	日)	
診断		炎 炎	(B型肝炎 (C型肝炎	&ウイルスに。 &ウイルスに。 &ウイルスに。							
肝がんの合併	肝がん	1. đ	5り 2. な	ïL							
治療内容	2. インター 3. ペグイン 4. インター 5. インター	-フェローフェローフェローフェローフェローフェローフェロー(具体	$1 \sim \alpha$ 製剤 $1 \sim \alpha$ 製剤 $1 \sim \alpha$ 製剤 $1 \sim \beta$ 製剤 製剤 $1 \sim \alpha$ 製剤 製剤 $1 \sim \beta$ 製製製制 $1 \sim \beta$ 以下に記載:	独	剤	月~)年	月)		
 治療上の問題点											
医療機関名及び							載年月	日	年	月	日
	· · · -					,,,		-	•	• •	
(直前の抗ウイル			'ェロンフリー 逮学会肝臓!						定める医師	»	
医師氏名						印					

- (注)
 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 マスマルのちょは合け設定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例2-2)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

フリガナ			性別			生年	月日(年齢)			
患者氏名			男·女	4	Ŧ	月 日	生	(満	歳)	
₽₽₽	郵便番号									
住所	電話番号	()							
診断年月	年月	前医(あれば記載)	医療機関名			医師:	名			
過去の治療歴	36週目まで ②これまでの (2)過去の3剤併 □ 3剤併用療法 □ (具体的な経過 (3)インターフェロ □ インターフェロ □ 直前の抗ウっ	E肝炎の場合 バインターフェヴィンターフェヴィンターフェヴィンターフェヴィンターフェヴィンターフェヴィンのかずれにて、治療法(ペグレの治療法(ペグレの治療を受けた。・理由・一治療療・フフリー療がインス治療がインス治療がインス	ン製用では、	治療を受けている。 会 が併用療法の治 デインターフェロー フェロン及びリル フェロン及びリル 、リバビリン及 量の24週投与 引名: フリー治療でき	清療歴 シスと バビリン びプロ	ン併用療	法による723 阻害剤)の流	周投与が:		
検査所見		·スマーカー (+・一) (検注 (+・一) HBeが 定量 (単 ·スマーカー (で定量 ((では、では、のでは、のでは、のでは、のでは、のでは、のでは、のでは、のでは、ので	査日: (t体 (+・一) (t体 (+・一)) (t体 (+ 1)) (the (+ 1)) (年 検法 年 検法 定 定 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大) (年 検査日: 3)		月	日)	
診断	該当番号を〇で囲 1.慢性肝炎(E 2.慢性肝炎(C 3.代償性肝硬	3型肝炎ウイルス 2型肝炎ウイルス	スによる)	5)					,	
肝がんの合併		<u> </u>		••						
治療内容	該当番号を〇で囲	む。 ロン α 製剤単独 ロン β 製剤単独 -フェロン製剤 半リ ロン β 製剤 ロン β 製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン製剤 -フェロン -フェロン -フェロン -フェロン -フェロン -フェロン -フェロン -フェロン -フェロン -フェロン -フェロシ - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	は は 1独 バビリン製剤 バビリン製剤 - リバビリン製)	月)			
		旭	(т л~		+	n/			
治療上の問題点 										
医療機関名及	び所在地					記載	域年月日	年	月	日
(直前の抗ウイル	レス治療がインター □ 日本肝	フェロンフリー治 臓学会肝臓専門		ハずれかにチョ □ 《都道府			かる医師》			
医師氏名				印						

- (注)1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

(別紙様式例2-3)

肝炎治療受給者証(B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ			性別			生生	F月日(年齢))		
患者氏名			男·女		年	月 目	生生	(満	歳)	
住所	郵便番号 電話番号	()							
診断年月	年月	前佐	医療機関名			医師	名			
過去の治療歴	該当する項目にチロー これまでにイロン製剤による治	・ェックする。 インターフェロン		ターフェロン専	製剤を	除く)による	る治療を受け	-、その後ペ	グインタ-	- フェ
検査所見	今回のインターフ: 1. B型肝炎ウイ川 (1) HBs抗原 (2) HBe抗原 (3) HBV-DNA: 2. 血液検査 (検 AST ALT 血小板数 3. 画像診断及び (所見:	ンスマーカー (+・一) (検3 (+・一) HBe抗 定量(単 査日: : : : IU)	を日: は体 (+・一) を位: 、 に体 (+・一) を位: 、 に体 月 / I (施 ル I (施	年 月 (検査日: 測定法 日) 設の基準値: 設の基準値: 設の基準値:)	年 (検査日: _~ _~	年		日)	
診断	該当する項目にチ □ 慢性肝炎(ェックする。 B型肝炎ウイル	スによる)							
肝がんの合併	肝がん 1.	あり 2. なし	•							
治療内容	該当番号を〇で囲 1. ペグインター 2. その他(具) 治療予定期間	-フェロン製剤単		年 月~)年	月)			
治療上の問題点										
医療機関名及	び所在地					គឺថ	已載年月日	年	月	日
医師氏名				印						

- (注)
 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ			性別			生年	三月日(年齢)			
患者氏名			男∙女			年	月	日	生	(満	歳〉)
住所	郵便番号 電話番号	()									
診断年月	年月	前医 (あれば記 載する。)	医療機関名 医師名									
現在の治療	現在の核酸アナログ ありの場合、核酸ア			必要	1. あり 1. あり	2. なし 2. なし						
		核酸アナ	ログ製剤治療	聚開始前	゙゙ のデ ータ	(治療	開始後		のデ - 以内の	-タ D者はi	2載不	要)
	1. B型肝炎ウイル スマーカー		: 年 当する方を〇		日)		を日: (該当で			月 ぎ囲む。)	日)	
	(1)HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2)HBV-DNA定量	(単	(+ • - (+ • - (+ • -)))		<u>(</u> 単位	(+• (+• (+•	_) _)	定法)
検査所見	2. 血液検査 AST		: 年 I(施設の基準	月	日)		6日:			月 :	日)	\
	AST ALT 血小板数	IU/	I (施設の基準) I (施設の基準∫ I (施設の基準∫	直:	_~)	I	U/I(fi	色設の	基準値	:	~	
	3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)	(検査日 (所見)	: 年	月	日)	(検 (所見)	査日:		年	月	日)	
診断	該当番号を〇で囲む 1. 慢性肝炎 2. 代償性肝硬変 3. 非代償性肝硬	(B型肝炎 (B型肝炎		(る)								
治療内容	該当番号を〇で囲む 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他(具体的		合は複数選択	(5))							
	治療開始日(予定	を含む。)	年	月	日							
治療上の問題点												
医療機関名及び						 ā	記載年月			年	月	日
医師氏名					印							

- (注)
 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。ただし「治療開始前データ」については、核酸アナログ製剤治療中 の場合は、治療開始時の資料に基づいて記載してください。 3. 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。

 - 4. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ			性別			生年	月日	(年齢)		
患者氏名			男·女		年	月	日生	<u> </u>	(満	歳)
住所	郵便番号 電話番号	()							
診断年月	年月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名							
過去の治療歴	該当する場合、チェ インターフェロン (チェックした場合 ア・ペグインタ・イ・ペグインタ・3剤併用療 ウ・上記以外の	が治療歴あり。 、これまでのだ ーフェロン及で ーフェロン、リ 法 (中止・ の治療	治療内容につ ゾリバビリン併 バビリンおよび	用療法(中止・神	再燃・無))
検査所見	イ) セロタ・	スマーカー (定量 !(該当する項 イプ(グルーフ イプ(グルーフ)いずれも該 至日: !! !! /	検査日: _ (単位: !目をOであい!: !	た。) はジェノタイ はジェノタイプ リタイプ検査 田) 一 一 一 田 一 田 い 本 設 の 基 巻 準 も さ 、 き で も う の ま 巻 さ き で も の り を も で も の の も も も の の を も も も も も も も も も も も	プ1 プ2 査データ ^{集値} : ^{集値} :	~_ ~_ ~_))))	
診断	該当番号を〇で囲む 1. 慢性肝炎 2. 代償性肝硬変	(C型肝炎ウ			l-Pugh分	·類Aに限	! る			
肝がんの合併	肝がん 1. ま	あり 2. な	に							
治療内容	インターフェロンフリ (薬剤名 : 治療予定期間	一治療	(年	三月	~	年		月))
治療上の問題点										
医療機関名及	び所在地			記	載年月日	1	年	月	日	
(いずれかにチ	ェックが必要) 口	日本肝臓学	会肝臓専門的	E □	《都道府	有県が適	当と気	どめる医	師》	
医師氏名				印						

- (注)
 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(再治療)

フリガナ			性別				生年月	日(年齢)		
患者氏名			男・女		年	月			前	į)
	郵便番号		I							
住所										
	電話番号	(1							
診断年月	年月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名							
過去の治療歴	該当する項目にチェ 1. インターフェロン:	台療歴 ン治療歴あり。 -フェロン及び -フェロン、リハ 去 (中止・ 再)治療 フリー治療歴	。 「リバビリン併り バビリンおよび 「「然・無効)	用療法 (中止 プロテアーゼ	・再り	然・無	効))	・再燃・	無効)
検査所見	イ) セロタイ	スマーカー (札 定量 (該当する項目 イプ(グループ イブ(グループ いずれも該当 :日:		。) ジェノタイプ1 ジェノタイプ2 タイプ検査デ 日) 設の基準値: 設の基準値: 設の基準値:	― タが	~)			
	3. 画像診断及び肝 (所見: 4. (肝硬変症の場合	合) Child-Pugh					,)		
診断	該当番号を〇で囲む 1. 慢性肝炎 2. 代償性肝硬変	(C型肝炎ウ	イルスによる) イルスによる)		gh分類	Aに限	る			
肝がんの合併	肝がん 1.あ	5り 2. なl	_		_	_				
治療内容	インターフェロンフリー (薬剤名 : 治療予定期間	_	(年	月 ~		年	月))		
本診断書を作成 する医師	インターフェロンフリー	携拠点病院に	常勤する日本	肝臓学会肝	臓専門	医				ません。
治療上の問題点										
	上記のとおり、以前	— <u>—</u> 前とは異なるっ	<u></u> (ンターフェロ)	 ノフリー治療薬	をによる	 西治鄉	を行う心	 必要があると診断	します。	
医療機関名及び		,, <u>,</u> ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			K1 - 0 · (战年月日	年	月	日
医師氏名			Eļ	1						

- (注)
 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ			性別			生年	月日(年	齢)			
患者氏名			男·女			年	月	日	生	(満	歳)
	郵便番号		•								
住所											
	電話番号	()								
診断年月	年月	前医	医療機関名								
沙树千万	+ 7	(あれば記載)	医師名								
	該当する項目にチュロ インターフェロ			、これまでの)治療内容(こついて	該当項	目をC	で囲る	む 。	
	ア. ペグインタ イ. ペグインタ)	
過去の治療歴	3剤併用療	法(中止・耳	耳燃・無効)	·/ u / / -	C四百別()	未別句.				,	
	ウ. 上記以外の ロ インターフェロ			名:) (1) 中止・	再燃・	無効)
	今回の治療開始前								· -	127///	,,,,,,,
	1. C型肝炎ウイル (1)HCV-RNA			年)					
	(1) HCV-RNA (2) ウイルス型(ζ:	,					
		゚゚゚゚ プ(グループ) プ(グループ)									
		ハずれも該当し				場合は証	己載:)			
	 2. 血液検査 (検査	5 日:	年 月	日)							
	AST		U/L (施設 U/L (施設	の基準値:	~_)					
	ALT 血小板		U/L (施設 /uL (施設)					
	その他の血液検	査所見(必要	に応じて記載)							`
検査所見											
	3. Child-Pugh分類	(検査日:	年	月 日))						
			結果	施設基準値	直 1点				チェック	7を入れる 3点	
	肝性脳症		和未	施政基华]				<u>!点</u> 〔Ⅰ・Ⅱ) [3点] 昏睡(Ⅱ	
	腹水 アルブミン値(a/dl)		~	□ なし □ 3.5超		□ 軽度 □ 2.8~	3.5] 中等度] 2.8未満	以上
	プロトロンビン	時間(%)		~	□ 70超		□ 40 ~ 1	70] 40未満	
	総ビリルビン値	(mg/dL)		~	□ 2.0未溢		2.0~			3.0超	
					_ 点(A))(該:	当する)力を(しで囲む)
	4. 画像診断及び肝 (所見:	生検などの別	f見 (検査日	: :	年 月	日)					
	該当番号を〇で囲	ts.									
診断	1. 非代償性肝硬		ウイルスによ	る)※Chil	d-Pugh分類	B及びC	に限る				
肝がんの合併	肝がん 1. を	あり 2. な	L								
治療内容	インターフェロンフリ	一治療 (薬剤	割名 :)	
707%110	治療予定期間	週(年	月 ~		年	月)				
本診断書を	インターフェロンフリ						ない場	合は即	助成対	象となり	ません。
作成する医師	│ □ 肝疾患診療連 │ □ 他の日本肝臓						紙意見	書を済	た付し [・]	ている医	師
治療上の問題点											
ト記のとおり ョ	 	 するインター ⁻	フェロンフリー・	台療を行う心	3要があると	- 半 紙 . す					
			/						-	_	
医療機関名及び	「所在地					記載年	月日		年	月	日
医師氏名			印								

- (注)
 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 2. 記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書

フリガナ	性別 生年月日(年齢)										
患者氏名			男∙女			年	月	日	生	(満	歳)
住所	郵便番号 電話番号	()								
診断年月	年月	前医(あれば記	医療機関名								
検査所見	1. B型肝炎ウイル スマーカー (1)HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2)HBV-DNA定量	(該	当する方をC(+・-(+・-(+・-位:、;	月)で囲む。))	日))	(村		当する方 (日 (日 (日 江:	年 『をOで -・一) -・一) -・一)	月	日)
快宜灯兄	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	IU/	(施設の基準 (施設の基準 (施設の基準 : 年	直:	~)		_ IU/I(_ IU/I(_ / µ I((検査日:	施設の 施設の	基準値 基準値	: :	-~) -~) -~)
	3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)										
診断	該当番号を〇で囲む。 1. 慢性肝炎 2. 代償性肝硬変 3. 非代償性肝硬	(B型肝 (B型肝	炎ウイルスに 炎ウイルスに 炎ウイルスに	よる)							
治療内容	該当番号を〇で囲む。 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他(具体的)に記載:	易合は複数選	択))					
治療薬剤の変更	該当する方を〇で囲る 前回申請時からの治 1. ありに〇の場合 変更前薬剤名(い。 療薬剤の変]		变更日(2. な 年	り	日)				
治療上の問題点											
上記のとおり、E	B型慢性肝疾患に対す	る核酸アナ	ログ製剤治療	の継続が	が必要である	ると認め	めます。				
医療機関名及び	が 所在地			ā	己載年月日		年	月	日		
医師氏名					印						

(注)

- -1. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
- 2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。 なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
- 3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

フリガナ		₩ D1			上 左	 	左岭、			
カリカテ患者氏名		<u>性別</u> 男·女		——— 年	<u>生年.</u> 月		生生	<u>'</u> (満	歳)
忠日以石	郵便番号	∌ · X		+			<u> </u>	(小山	对 义。	,
住所	JICH 1									
	電話番号()								
-	肝炎治療特別促進事	業の実務上	の取扱い	引添1. 訂	忍定基準	.(抜料	<u>•</u>)			•
(3)インター	-フェロンフリー治療について				:::::::::::::::::::::::::::::::::::::::		·			
分類B若し	陽性のC型慢性肝疾患(C型慢性原 くはCのC型非代償性肝硬変)で、 、肝がんの合併のないもの。									
成とし、Chi ンフリー治療	Bについては、C型慢性肝炎又はC Id-Pugh分類B又はCのC型非代債 療歴のある者については、肝疾患 フェロンフリー治療薬を用いた再治	賞性肝硬変(診療連携拠 診療を行うこ	こ対しては !点病院に とが適切で	1回の <i>a</i> 常勤する であると	りの助成る日本肝 り断され	とする 臓学 る場	る。たた 会肝脈	だし、イン 歳専門医/	ターフ: こよって	ェロ て他
※2 上訂	ことができる。なお、2. (1)及び2 己については、初回治療の場合、原 断書」を作成すること。ただし、自	原則として日	本肝臓学	会肝臓耳	専門医か	汀肝纟				
※3 上ii を踏まえた	記については、再治療の場合、肝療 上で、原則として日本肝臓学会肝 治療受給者証の交付申請に係る詞	臟専門医又	は自治体	の実情に						
1. 本意見	 書を記載する医師は、以下の項	目を全て満	たしている	る必要か	「ありま [・]	す(該	当する	る項目を -	チェック	ウ する
	上記の肝炎治療特別促進事業の	の実務上の	取扱いに	おける話	忍定基準	を確	認した	- °		
	日本肝臓学会のC型肝炎治療力	イドラインを	を精読した							
	ウイルス性肝疾患の治療に十分	な知識∙経	験を持って	ている。						
2. 該当す	る意見にチェックの上返信して下	さい。								
П	インターフェロンフリー治療による	る再治療は	、適切で	ある。						
_	(推奨する治療:			.500)			
	インターフェロンフリー治療によ	る再治療は	:、適切でに	はない。			•			
_			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	. 2 - 0						
肝疾患診療	療連携拠点病院名及び所在地				記載	年月	日	年	月	日
本意見を返	述べた日本肝臓学会肝臓専門医	の氏名								印

- (注) 1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
 - 2. 本意見書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が記載する必要があります。

(別紙様式例3)

市町村民税額合算対象除外希望申請書

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名(フリガナ)

申請者氏名(フリガナ)

印

				肝	炎治療受	給者証						
	(インターフェロン治療)											
公事	身 負担者番	号										
公り	費負担医受給者番	療号										
受	住	所										
文 給 者	氏	名										
相	生年月	日			年		月	日生		男	•	女
疾	病	名										
保に		地										
険 傷 医 磨	角 名	称										
療薬機局		地										
関 又	名	称										
有	効 期	間	自至		年 年		月 月		3			
月額自己負担 限 度 額										円		
都道府県知事名 及 び 印												
交	付 年 月	日			F	月		日				

	肝炎治療受給者証										
	(核酸アナログ製剤治療)										
公堻	費負担者番号										
公別の	費負担医療受給者番号										
受	住所										
文 給 者	氏 名										
自	生年月日			年		月	日生		男	•	女
疾	病名										
保に											
険保 医隙 療	名 称										
療業機局関											
又	名称										
有	効 期 間	自至		年 年		月 月		3			
月額自己負担 限 度 額										円	
都道府県知事名 及 び 印											
交	付 年 月 日			F	月		日				

				肝	炎治療受	給者証						
				(インタ	7ーフェロ	コンフリー	-治療)					
公費	 負担者番	:号										
公り	費負担医受給者番	療号										
受	住	所										
文 給 者	氏	名										
有	生年月	日			年		月	日生		男	•	女
疾	病	名										
保に		地										
険 伊 医 隆	角 名	称										
療薬機局		地										
関 又	名	称										
有	効 期	間	自至		年 年		月 月		3			
月額自己負担限 度 額										円		
都道及	道府県知事の	名 印										
交	付 年 月	月			F	月		目				

肝炎治療特別促進事業

(目的)

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療(インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療)によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は月額の医療費が高額となること、また、長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては国民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添 えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険、保険医療機関又は保険薬局に変更があった ときは、○○日以内に、○○○知事にその旨を届け出てください。

また、都道府県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、 転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出して ください。

- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに○○○知事に 返還してください。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、○○○知事にその旨を届け出 てください。
- 7 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

○○○都道府県○○部○○課○○係 (TEL 000-000-000)

又は○○○保健所 (TEL 000-000-000)

年 月分 肝炎治療自己負担限度月額管理票 「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」

月額自己負担限度額 円

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
月日		

日付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
月日				

【医療機関等の方へ】

本票に記載された月額自己負担限度額は、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療を併用する方の場合であっても、<u>両治療に係る自己負担の合算額に対する1人当たりの限度額となります</u>ので、ご注意ください。

〇年〇月分 肝炎治療自己負担限度月額管理票

(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)



月額自己負担限度額 10,000 円

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
○月○日	○○病院	印

例	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
〇月△日	○○病院	5, 700	5, 700	印
〇月口日	○○薬局	2, 250	7, 950	印
〇月〇日	〇〇病院	2, 050	10, 000	印
月 日				
月 日	この病院での保険適用をあったが、患者は、2,05 担限度額である10,000	O円を支払うこと	によって、当該患者の	り自己負
月日	する。			
Pol Pol				
例				
	☆★病院(核酸アナログ製剤治療)	2, 100	2, 100	印
●月 ○日	☆★病院(インターフェロン治療+ 核酸アナログ製剤治療)	7, 900	10,000	印
月 日				
月日	この病院での保険適用 ンターフェロン分 <u>17,500円</u> +材	を酸アナログ分 <u>2,10</u> 0	<u>0円</u>)であったが、患者	皆は、7,9
月日	OO円(インターフェロン分 <u>7,05</u> ! 払うことによって、当該患 るので、当該欄には「 <u>7,</u>	者の自己負担限	 	
月日				

【医療機関等の方へ】

本票に記載された月額自己負担限度額は、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療を併用する方の場合であっても、<u>両治療に係る自己負担の合算額に対する1人当たりの限度額となります</u>ので、ご注意ください。