

健肝発0401第2号  
平成28年4月1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、平成28年4月1日より適用することとしたので通知する。

## 改正後

### 肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い

健発第0331003号  
平成20年3月31日  
最終一部改正  
健肝発0401第2号  
平成28年4月1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。）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（以下「医師の診断書」という。）、別紙様式例2-9による肝炎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市町村住民税（昭和25年法律第226号）の規定による特別区住民税（同法の規定による市町村住民税を含む。）の課税年額を証明する書類を添えて、申請者が居住する都道府県知事に申請するものとする。

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、医師の診断書に代わって、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を添え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. ～9. 略

## 改正前

### 肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い

健発第0331003号  
平成20年3月31日  
最終一部改正  
健肝発0609第1号  
平成27年6月9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。）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による肝炎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市町村住民税（昭和25年法律第226号）の規定による市町村住民税（同法の規定による特別区住民税を含む。）の課税年額を証明する書類を添えて、申請者が居住する都道府県知事に申請するものとする。

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。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. ～9. 略

改正後

(別添1) 略 略 (別紙様式例1-1~2-7)

(別紙様式例2-8)

肝炎検査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	〒 ( ) 昭 和 大 平	
郵便番号	新居番号	
電話番号	電話番号	
診断年月	前医 (お礼は記 載する。)	医療機関名 医師名
	昭和・平成 年 月	
	前回申請時データ (検査日:平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)	更新直前直前のデータ (検査日:平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)
	1. B型肝炎ウイルス スマーカー (1)HBs抗原 Be抗原 HBc抗体 HBV-DNA (2)HBV-DNA定量 (検査日:平成 年 月 日) (単位: ) (測定法: )	1. B型肝炎ウイルス (検査日:平成 年 月 日) (単位: ) (測定法: )
	2. 血液検査 AST ALT 血小版数 (検査日:平成 年 月 日)	2. 血液検査 AST ALT 血小版数 (検査日:平成 年 月 日)
	3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)	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○で囲む。 (B型肝炎ウイルスによる) 1. 慢性肝炎 2. 代償性肝硬変 3. 非代償性肝硬変 (非用)の場合は複数選択)	
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. テソブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他(具体的に記載)	
治療薬剤の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. ありに○の場合 変更前薬剤名( ) 変更日(平成 年 月 日)	
治療上の問題点		
上記のとおり、B型肝炎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。	記載年月日 平成 年 月 日	
医療機関名及び所在地	印	
医師氏名	印	

(注)  
1. 前回申請時データが空欄の場合は、前回申請時以降の検査でできる範囲内の最も古いデータを記載してください。  
2. 既往の慢性・更新直前直前の検査結果は、前回申請時以降の検査でできる範囲内の最も古いデータを記載してください。  
3. 記入漏れのある場合は訂正できないことがあるため、ご注意ください。

(別紙様式例2-9)

略 略

改正前

(別添1) 略 略 (別紙様式例1-1~2-7)

(別紙様式例2-8)

肝炎検査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	〒 ( ) 昭 和 大 平	
郵便番号	新居番号	
電話番号	電話番号	
診断年月	前医 (お礼は記 載する。)	医療機関名 医師名
	昭和・平成 年 月	
	前回申請時データ (検査日:平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)	更新直前直前のデータ (検査日:平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)
	1. B型肝炎ウイルス スマーカー (1)HBs抗原 Be抗原 HBc抗体 HBV-DNA (2)HBV-DNA定量 (検査日:平成 年 月 日) (単位: ) (測定法: )	1. B型肝炎ウイルス (検査日:平成 年 月 日) (単位: ) (測定法: )
	2. 血液検査 AST ALT 血小版数 (検査日:平成 年 月 日)	2. 血液検査 AST ALT 血小版数 (検査日:平成 年 月 日)
	3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)	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○で囲む。 (B型肝炎ウイルスによる) 1. 慢性肝炎 2. 代償性肝硬変 3. 非代償性肝硬変 (非用)の場合は複数選択)	
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. テソブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他(具体的に記載)	
治療薬剤の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. ありに○の場合 変更前薬剤名( ) 変更日(平成 年 月 日)	
治療上の問題点		
上記のとおり、B型肝炎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。	記載年月日 平成 年 月 日	
医療機関名及び所在地	印	
医師氏名	印	

(注)  
1. 既往検査の検査結果は、記載日から起算して3か月以内です。  
2. 既往検査データが空欄の場合は、前回の検査日から起算して3か月以内の最新の検査結果を記載してください。  
3. 前回の検査データが不明の場合は、前回申請時以降の検査でできる範囲内の最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訂正できないことがあるため、ご注意ください。

(別紙様式例2-9)

略 略

## 核酸アナログ製剤治療費助成の更新申請に係る診断書の簡素化について

○趣旨： 肝炎医療費助成に係る核酸アナログ製剤による治療費助成の更新手続きについては、従来より手続きの簡素化が求められてきたが、更新を行う多くの患者において治療内容(製剤)の変化がないことを踏まえ、平成28年度より、以下のとおり簡素化を図る。

- 改正点
- 更新申請の添付書類について、診断書以外の添付でも可とする。
  - これらの添付書類は、直近の認定・更新時以降に作成されたものとする。

### 診断書の場合

(別紙様式例2-8)

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	明昭 大平	年 月 日 生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )		
診断年月	昭和・平成 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) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2) HBV-DNA定量 (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)		直近の認定・更新時以降のデータ 更新時直近データ (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)		
治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 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)		
治療剤の変更	該当する方を○で囲む。 前申請時からの治療剤の変更 1. あり 2. なし 1. ありに○の場合 変更前薬剤名( ) 変更日(平成 年 月 日)		
治療上の問題点	上記のとおり、B型肝炎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	記載年月日 平成 年 月 日		
医師氏名	印		

直近の認定・更新時以降に  
検査された内容を記載

診断書の有効期  
間は削除

### 新設

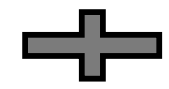
#### 診断書以外の場合

診断書の代わりに、  
(a)検査内容(血液検査結果等)が分かる資料  
(b)受けている治療内容が分かる資料  
の添付でも可とする。

(a)の例; 検査結果報告書の写し、  
健診・人間ドックの結果の写し 等



直近の認定・更新時以降の日付で  
発行されたものであること



(b)の例; お薬手帳の写し、薬剤情報提供書の写し 等



直近の認定・更新時以降の日付で  
発行されたものであること

(注)  
 ① 記載内容の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
 ② 更新時直近データは記載日前3ヶ月以内の資料に基づいて記載してください。  
 ③ 前申請時データが不明の場合は、前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。  
 ④ 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を記載することとなります。  
 ⑤ 直近の認定・更新時以降のデータが複数存在する場合は、直近のデータを記載してください。  
 ⑥ 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。