



福島医発第 76 号 (地)
平成21年 4月 7日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公 印 省 略)

「福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱」及び「福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領」の一部改正について

標記の件につきまして、平成21年4月1日付けで一部改正が行われる旨、福岡県保健医療介護部健康増進課より別紙1のとおり通知がありましたので、ご連絡いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、本事業における治療医療機関をはじめ、会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、今回の主な改正は下記のとおりです。

また、今回の改正に伴い、4月27日(月)に福岡県医師会館において『肝炎治療特別促進事業等に関する説明会』が開催されます。本説明会につきましては、サテライト配信を実施いたしますので、サテライト研修の実施について、別紙2を4月9日(木)までに本会までご返送下さい。その結果を基に肝炎治療医療機関に対し、本会より直接ご案内いたします。

記

1. 主な一部改正点

1) 受給者証の有効期間延長(6ヶ月)について

医療費助成の有効期間は1年間を限度としているが、一定の条件を満たした場合、有効期間をトータル1年6ヶ月まで延長することができること。

セログループ1・高ウイルス症例に対するペグインターフェロン＋リバビリン併用療法について「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例で、プラス24週(トータル72週間)の投与期間が望ましい」と医師が判断する場合。

2) 自己負担限度額認定区分に係る「世帯」の例外的取扱いについて

当該事業の自己負担限度額（1万円・3万円・5万円のいずれか）は、申請者の属する世帯全員の市町村民税課税額の合算により決定している。

これまでは原則として、住民票上の世帯により算定していたが、同じ世帯の人であっても、税制上・医療保険上の扶養関係にないと認められる場合などについて、例外的取扱いとして、その人の課税額を除外して算定することができること。

3) その他

各様式等の変更

2. 肝炎治療特別促進事業等に関する説明会

1) と き：平成21年4月27日（月） 19：00

2) ところ：福岡県医師会館

3) 対象者：肝炎治療に携わる医療従事者等（医師・看護師・事務員等）

4) 内 容

「肝炎治療特別促進事業における運用変更等」

「IFN 治療における 72 週投与」

「公印省略」

20健第5156号
平成21年4月1日

福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課疾病対策係)

福岡県肝炎治療特別促進事業（インターフェロン治療費の
助成制度）の運用変更について

標記事業について、平成21年4月1日から下記の2点を運用変更しますのでお知らせします。

貴会員へ周知いただきますようお願い申し上げます。

なお、変更については平成21年4月1日からの実施となっておりますので
申し添えます。

記

1 受給者証の有効期間延長（6ヵ月）について

現在、医療費助成の有効期間は1年間を限度としているが、一定の条件を
満たした場合、有効期間をトータル1年6ヶ月間まで延長することができる
こと。

セログループ1・高ウイルス症例に対するペグインターフェロン＋リバビリン併用療法について「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 timePCR）で、36週までに陰性化した例で、プラス24週（トータル72週間）の投与期間延長が望ましい」と医師が判断する場合。

2 自己負担限度額認定区分に係る「世帯」の例外的取扱いについて

当該事業の自己負担限度額（1万円・3万円・5万円のいずれか）は、申請者の属する世帯全員の市町村民税課税額の合算により決定している。

これまでは原則として、住民票上の世帯により算定していたが、同じ世帯の人であっても、税制上・医療保険上の扶養関係にないと認められる場合などについて、例外的取り扱いとして、その人の課税額を除外して算定することができること。



別 紙 1-2

「公印省略」

20 健第 5373 号
平成 21 年 3 月 30 日

福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課疾病対策係)

「福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱」及び「福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領」の一部改正について（通知）

日頃から本県の保健医療行政の推進にあたりましては、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

このことについて、標記要綱及び要領を別添のとおり一部改正しますので貴会員への周知につきまして、御協力いただきますようお願いいたします。



福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱の一部を改正する要綱

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱(平成20年4月施行)の一部を別紙新旧対照表のとおり改正する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱

新	旧
第1条～第19条 略 附 則 この要綱は、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年7月18日から施行し、平成20年7月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年9月22日から施行し、平成20年9月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年12月1日から施行する。 附 則 <u>この要綱は、平成21年4月1日から施行する。</u>	第1条～第19条 略 附 則 この要綱は、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年7月18日から施行し、平成20年7月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年9月22日から施行し、平成20年9月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年12月1日から施行する。

新

様式第1号(要綱第11条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書					
申請理由 (該当するものに○をつけてください)		1. 新規 2. 他都道府県からの転入			
申請者	フリガナ氏名		性別	男 女	
	生年月日	明昭大平	年 月 日(満歳)	職業	
	住所	〒 (電話)			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	政・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
被保険者証発行機関名					
保険者番号					
病名					
治療医療機関	名称	診断書作成医療機関			
	所在地				
	名称				
	所在地				
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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 福岡県知事 殿					

※申請者が何らかの理由で自署できない場合は、保護者が代筆ください。

※申請書及び診断書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、本事業以外の目的には使用することはありません。

旧

様式第1号(要綱第11条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書					
申請理由 (該当するものに○をつけてください)		1. 新規 2. 他都道府県からの転入			
申請者	フリガナ氏名		性別	男 女	
	生年月日	明昭大平	年 月 日(満歳)	職業	
	住所	〒 (電話)			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	政・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
被保険者証発行機関名					
保険者番号					
病名					
受給期間 (該当するものに○をつけてください)		1. 申請日の属する月の初日 2. 治療開始予定日 (※ただし、既に治療中の場合は1.のみとなります。)			
治療医療機関	名称	診断書作成医療機関			
	所在地				
	名称				
	所在地				
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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 福岡県知事 殿					

※申請者が何らかの理由で自署できない場合は、保護者が代筆ください。

※申請書及び診断書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、本事業以外の目的には使用することはありません。

新			
様式第2号 (要綱第10条関係)			
肝炎インターフェロン治療受給者証認定に係る診断書			
フリガナ	性別	生年月日 (年齢)	
患者氏名	男・女	明昭 年 月 日生 (満 歳) 大平	
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 【必須】	インターフェロン治療開始直前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs 抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む) (2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (該当する方を○で囲む) (3) HBV-DNA 定量 (単位: 、測定法) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (1) HCV-RNA 定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ 1・セロタイプ 2・その他 (該当する方を○で囲む) ゲノタイプ 1a・1b・2a・2b・その他 (該当する方を○で囲む) 3. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l 血小板数 $\times 10^4 / \mu l$ 4. 画像診断および肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日)		
診断 【必須】	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. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)		
合併症	1. なし 2. あり ()		
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. なし 2. あり		
予定治療内容 【必須】	1. 該当する□にチェック (レ点) 記入する □初回治療 □再治療 2. 該当番号を○で囲む 1. インターフェロンα製剤 (1回投与量 単位) 2. インターフェロンβ製剤 (1回投与量 単位) 3. ペグインターフェロン製剤 (1回投与量 μg) 4. リバビリン製剤 (1日服用量 mg) 5. その他 (具体的に記載してください。) ※申請者体重 kg 治療期間 週 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)		
治療上の問題点			

旧			
様式第2号 (要綱第10条関係)			
肝炎インターフェロン治療受給者証認定に係る診断書			
フリガナ	性別	生年月日 (年齢)	
患者氏名	男・女	明昭 年 月 日生 (満 歳) 大平	
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 【必須】	インターフェロン治療開始直前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs 抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む) (2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (該当する方を○で囲む) (3) HBV-DNA 定量 (単位: 、測定法) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (1) HCV-RNA 定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ 1・セロタイプ 2・その他 (該当する方を○で囲む) ゲノタイプ 1a・1b・2a・2b・その他 (該当する方を○で囲む) 3. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l 血小板数 $\times 10^4 / \mu l$ 4. 画像診断および肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日)		
診断 【必須】	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. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)		
合併症	1. なし 2. あり ()		
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. なし 2. あり		
予定治療内容 【必須】	該当番号を○で囲む 1. インターフェロンα製剤 (1回投与量 単位) 2. インターフェロンβ製剤 (1回投与量 単位) 3. ペグインターフェロン製剤 (1回投与量 μg) 4. リバビリン製剤 (1日服用量 mg) 5. その他 (具体的に記載してください。) ※申請者体重 kg 治療期間 週 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)		
治療上の問題点			

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名および所在地

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（但し、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。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名および所在地

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（但し、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。

新

様式第10号(要綱第12条関係)

肝炎インターフェロン治療費請求書(一般医療機関用)

福岡県知事殿

年 月 日

肝炎インターフェロン治療費として下記のとおり請求します。

請求金額	円	*決定金額	円
受給者	住所 〒	〒	
カナ氏名	◎	生年月日	M・T 年 月 日 生 S・H (歳)
病名		受給者証有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
公費負担番号		自己負担限度額	円
受給者番号			
健康保険組合及び共済組合に加入されている場合は、保険者へ確認の上、下記にご記入ください。 付加給付の有無(有・無) 有りの場合は付加給付基準() 保険者氏名() 保険者の連絡先(電話番号)()			
支払方法 (○で囲む)	1 受給者の口座に振替 2 下記委任状により委任された者の口座に振替 3 送金(銀行 支店)		

委任状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎インターフェロン治療費(療養費払い)の受領を委任します。

請求者(受給者)	受任者
住所	住所
氏名	カナ氏名
◎	◎
	請求者との続柄:請求者の()

*支払金額決定欄

入・通 院の別	受療期間	医療費 公費負担額	患者自己負担額
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
計		円	

旧

様式第10号(要綱第12条関係)

肝炎インターフェロン治療費請求書(一般医療機関用)

福岡県知事殿

年 月 日

肝炎インターフェロン治療費として下記のとおり請求します。

請求金額	円	*決定金額	円
受給者	住所 〒	〒	
カナ氏名	◎	生年月日	M・T 年 月 日 生 S・H (歳)
病名		受給者証有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
公費負担番号		自己負担限度額	円
受給者番号			
請求する理由 (○で囲む)	1 受給者証の交付申請後受給者証を受領する前に支払った治療費の払い戻し 2 同一月中に、複数の医療機関にかかった場合又は複数の診療科にかかり治療費を負担した場合の治療費の払い戻し 3その他()		
支払方法(○で囲む)	1 受給者の口座に振替 2 下記委任状により委任された者の口座に振替 3 送金(銀行 支店)		

委任状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎インターフェロン治療費(療養費払い)の受領を委任します。

請求者(受給者)	受任者
住所	住所
氏名	カナ氏名
◎	◎
	請求者との続柄:請求者の()

*支払金額決定欄

入・通 院の別	受療期間	医療費 公費負担額	患者自己負担額
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
入・通	年 月 日～ 日	円	円
計		円	

新

医療機関記入欄						
受給者の保険割 (○で囲む)		国保一般・国退(本人・家族)・政管(本人・家族)・組合(本人・家族) 船員(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()				
受療期間 (実診療日数)	入院・外来の別	保険診療 総点数	左記点数のうち インターフェロン治療 に係る診療点数	患者負 担額	備考	
平成 年 月 分	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
平成 年 月 分	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
平成 年 月 分	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
平成 年 月 分	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～日 (日)	入院・外来	点	点	円	
計					円	
上記のとおり、患者負担金については肝炎治療特別促進事業において対象とされている治療のため、受給者より領収済みであることを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 () 名 称 医療機関の長名 (TEL) ㊤ (記入者 ㊤)						

○受給者の方へ(注意事項)

①この請求書は有効期間の開始日以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある場合に提出してください。

②裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に証明してもらい、証明印をもらってください。

旧

医療機関記入欄			
受給者の保険割 (○で囲む)		国保一般・国退(本人・家族)・政管(本人・家族)・組合(本人・家族)船員(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()	
インターフェロン 初回投与日	年 月 日	院外処方の有無	有・無
受療期間	入院・外来 の別	総医療費 (点数×10円)	患者 一部負担金
年 月 日～日(日)	入院・外来	円	円
年 月 日～日(日)	入院・外来	円	円
年 月 日～日(日)	入院・外来	円	円
年 月 日～日(日)	入院・外来	円	円
年 月 日～日(日)	入院・外来	円	円
年 月 日～日(日)	入院・外来	円	円
年 月 日～日(日)	入院・外来	円	円
計			円
上記のとおり、患者負担金については肝炎治療特別促進事業において対象とされている治療のため、受給者より領収済みであり、公費併用レセプトにより国保連合会及び社会保険支払基金への請求をしていないことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 () 名 称 医療機関の長名 (TEL) ㊤ (記入者 ㊤)			
(記入要領) 《受給者の方へ》 ①記入する欄は左ページの太枠内です。＊欄は記入しないでください。また、上記の医療機関記入欄につきましては、医療機関に記入を依頼してください。 ②治療費の受領を他者に委任する場合は、委任者、受任者共に委任状欄に記入・押印してください。 ③記入後、この請求書と領収書、高額療養費還付額通知書等(該当者のみ)、受給者証、通帳、認印をお持ちの上、各受付窓口で請求の手続きをお願いします。尚、お支払された一部負担金の額が自己負担限度額を超えない場合(月毎に計算)は、還付金はありませんので、ご注意ください。 《医療機関の方へ》 ①受給者証有効期間内の診療分を記載してください。 ②肝炎治療特別促進事業において公費負担の対象となっているインターフェロン治療と並行して他の疾患の治療も行った場合は、当該事業の公費負担の対象となっている治療の医療費のみ記載してください。 ③また高額療養費限度額認定証の提示等があった場合、「限度額認定証提示のため〇〇円領収済」と記載してください。			

③請求書受付窓口に提出の際は、この請求書と領収書(写し)、受給者証、通帳、認印をお持ちの上各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

○医療機関の方へ(注意事項)

受給者証有効期間内の医療費について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。

尚、記入がない医療費については、計算対象になりません。肝炎治療特別促進事業において対象となる医療費のうち、受給者証の自己負担限度額管理票に記入されていないものについては、記入漏れ等がないようにお願いします。

新

様式第10号の2(要綱第12条関係)

肝炎インターフェロン治療費請求書(調剤薬局用)

福岡県知事殿

年 月 日

肝炎インターフェロン治療費として下記のとおり請求します。

請求金額	円	*決定金額	円
住所	〒		
カナ氏名	㊞	生年月日	M・T 年 月 日 生 S・H (歳)
病名		受給者証有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
公費負担番号		自己負担限度額	円
受給者番号			
健康保険組合及び共済組合に加入されている場合は、保険者へ確認の上、下記にご記入ください。 付加給付の有無(有・無) 有りの場合は付加給付基準() 保険者氏名() 保険者の連絡先[電話番号]()			
支払方法 (○で囲む)	1 受給者の口座に振替 2 下記委任状により委任された者の口座に振替 3 送金(銀行 支店)		

委任状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎インターフェロン治療費(療養費払い)の受領を委任します。

請求者(受給者)	受任者
住所	住所
氏名	カナ氏名
㊞	㊞
請求者との続柄: 請求者の()	

○受給者の方へ(記入・書類提出上の注意)

- ①受給者は、上記の太枠内のみ記入し、下記の*欄は記入しないでください。
 ②右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に証明してもらい、証明印をもらってください。
 ③治療費の受領を他者に委任する場合は、委任者、受任者共に委任状欄に記入・押印してください。
 ④請求書受付窓口へ提出の際は、この請求書と領収書、高額療養費還付額通知書等(該当者のみ)、受給者証、通帳、認印をお持ちの上各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

*支払金額決定欄

受領期間	医療費 公費負担額	受領期間	医療費 公費負担額
年 月 日～ 日	日 円	年 月 日～ 日	日 円
年 月 日～ 日	日 円	年 月 日～ 日	日 円
年 月 日～ 日	日 円	年 月 日～ 日	日 円
年 月 日～ 日	日 円	年 月 日～ 日	日 円
計		円	

旧

様式第10号の2(要綱第12条関係)

肝炎インターフェロン治療費請求書(調剤薬局用)

福岡県知事殿

年 月 日

肝炎インターフェロン治療費として下記のとおり請求します。

請求金額	円	*決定金額	円
住所	〒		
カナ氏名	㊞	生年月日	M・T 年 月 日 生 S・H (歳)
病名		受給者証有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
公費負担番号		自己負担限度額	円
受給者番号			
請求する理由 (○で囲む)	1 受給者証の交付申請後受給者証を受領する前に支払った治療費の払い戻し 2 同一月中に、複数の医療機関にかかった場合又は複数の診療科にかかり治療費を負担した場合の治療費の払い戻し 3 その他()		
支払方法 (○で囲む)	1 受給者の口座に振替 2 下記委任状により委任された者の口座に振替 3 送金(銀行 支店)		

委任状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎インターフェロン治療費(療養費払い)の受領を委任します。

請求者(受給者)	受任者
住所	住所
氏名	カナ氏名
㊞	㊞
請求者との続柄: 請求者の()	

○受給者の方へ(記入・書類提出上の注意)

- ①受給者は、上記の太枠内のみ記入し、下記の*欄は記入しないでください。
 ②右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に証明してもらい、証明印をもらってください。
 ③治療費の受領を他者に委任する場合は、委任者、受任者共に委任状欄に記入・押印してください。
 ④請求書受付窓口へ提出の際は、この請求書と領収書、高額療養費還付額通知書等(該当者のみ)、受給者証、通帳、認印をお持ちの上各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

*支払金額決定欄

受領期間	医療費 公費負担額	受領期間	医療費 公費負担額
年 月 日～ 日	日 円	年 月 日～ 日	日 円
年 月 日～ 日	日 円	年 月 日～ 日	日 円
年 月 日～ 日	日 円	年 月 日～ 日	日 円
年 月 日～ 日	日 円	年 月 日～ 日	日 円
計		円	

新

医療機関記入欄

肝炎インターフェロン治療に要する処方箋発行証明書(日別に記入すること)

発行年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

肝炎治療特別促進事業において認定されている疾患の治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。

年 月 日
医療機関所在地
名 称
医療機関の長名

医療機関コード
()
(TEL)
㊤ (記入者) ㊤

調剤薬局記入欄

受給者の保険
種別(○で囲む)

国保一般・国退(本人・家族)・政管(本人・家族)・組合(本人・家族)
船員(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()

調剤料の領収済証明(月別に記入すること)

受 療 期 間		実調剤 日数	保険診療点 数	左記点数のうち インターフェロン治療 に係る診療点数	定率負担金	備 考
年 月 分	日～日	日	点	点	円	
年 月 分	日～日	日	点	点	円	
年 月 分	日～日	日	点	点	円	
年 月 分	日～日	日	点	点	円	
計					円	

上記のとおり、肝炎治療特別促進事業において認定されている疾患の投薬のための費用を受給者より領収済であることを証明します。

年 月 日
調剤薬局所在地
名 称
代表者氏名

医療機関コード
()
(TEL)
㊤ (記入者) ㊤

○医療機関の方へ(注意事項)

肝炎治療特別促進事業において、公費負担の対象となっている薬剤の処方箋の発行年月日を日別に記入してください。記入要領は裏面をご覧ください。

○調剤薬局の方へ(注意事項)

受給者証有効期間内に処方箋の発行があった調剤について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。尚、受給対象期間は処方箋の発行日に基づきますので、処方箋発行日が有効期間外である場合には、当該調剤は公費負担の対象とはなりません。ご注意ください。

尚、記入がない調剤料につきましては、計算対象になりません。肝炎治療特別促進事業において対象となる調剤料のうち、受給者証の自己負担限度額管理票に記載されていないものについては、記入漏れ等がないようにお願いします。

旧

医療機関記入欄

肝炎インターフェロン治療に要する処方箋発行証明書(日別に記入すること)

発行年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

肝炎治療特別促進事業において認定されている疾患の治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。

年 月 日
医療機関所在地
名 称
医療機関の長名

医療機関コード
()
(TEL)
㊤ (記入者) ㊤

調剤薬局記入欄

受給者の保険
種別(○で囲む)

国保一般・国退(本人・家族)・政管(本人・家族)・組合(本人・家族)
船員(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()

薬剤費の領収済証明(月別に記入すること)

受領期間(処方日)	総日数	総医療費(点数×10円)	定率負担金	備 考
年 月 日～日	日	円	円	
年 月 日～日	日	円	円	
年 月 日～日	日	円	円	
年 月 日～日	日	円	円	
年 月 日～日	日	円	円	
年 月 日～日	日	円	円	
年 月 日～日	日	円	円	
計				円

上記のとおり、肝炎治療特別促進事業において認定されている疾患の投薬のための費用を受給者より領収済であり、公費併用レセプトにより国保連合会及び社会保険支払基金への請求をしていないことを証明します。

年 月 日
調剤薬局所在地
名 称
代表者氏名

医療機関コード
()
(TEL)
㊤ (記入者) ㊤

○医療機関の方へ

肝炎治療特別促進事業において、公費負担の対象となっている薬の処方箋の発行年月日を日別に記入してください。

○調剤薬局の方へ

受給者証有効期間内に処方箋の発行があった調剤について、処方日、総医療費及び定率負担金を記載してください。尚、受給対象期間は処方箋の発行日に基づきますので、処方箋発行日が有効期間外である場合には、当該調剤は公費負担の対象とはなりません。ご注意ください。

記載対象は、肝炎治療特別促進事業において公費負担の対象となっている投薬のみです。

新

様式第11号(要領第10条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書(副作用等)				
受給者	ふりがな氏名		性別	男 女
	生年月日	明昭 大平 年 月 日(満 歳)	職業	
	住 所	〒 (電話)		
受給者番号				
受給者証に記載された助成期間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
治療中断期間		平成 年 月 日 平成 年 月 日		
再開後の 投与期間		平成 年 月 日 平成 年 月 日		
助成期間 延長理由		※治療中断となった理由について、具体的に記入してください。(検査所見・併存疾患等) 医療機関名 : 医療機関住所: 医師氏名 : 印		
上記の理由により、当初の治療予定期間を超え、かつ助成期間も超えて治療する可能性が高くなったので、助成期間の延長を申請します。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 福岡県知事 殿				

旧

様式第11号(要領第10条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書				
受給者	ふりがな氏名		性別	男 女
	生年月日	明昭 大平 年 月 日(満 歳)	職業	
	住 所	〒 (電話)		
受給者番号				
受給者証に記載された助成期間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
治療中断期間		平成 年 月 日 平成 年 月 日		
助成延長 期間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
助成期間 延長理由		※治療中断となった理由について、具体的に記入してください。(検査所見・併存疾患等) 医療機関名 : 医療機関住所: 医師氏名 : 印		
上記の理由により、当初の治療予定期間を超え、かつ助成期間も超えて治療する可能性が高くなったので、助成期間の延長を申請します。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 福岡県知事 殿				

新

旧

様式第12号(要領第11条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書(72週投与用)

(申請者記載)

福岡県知事 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、肝炎インターフェロン治療受給者証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 平成 年 月 日

(フリガナ)

申請者氏名 _____ 印

性別 (男・女)

生年月日 (大正・昭和・平成 年 月 日生)

(満 歳)

現住所 〒 _____

電話 () _____

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、記入ください。

受給者番号 ()

現行有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)

※1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前に、福岡県知事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。

(医師記載欄)

フリガナ

申請者()について、「C型慢性肝炎セログループ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ビリバリン併用療法における投与期間延長(72週間投与)の基準である、投与開始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 timePCR)で、36週までに陰性化した症例に該当する。」と認められるので、48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

【主治医記載欄】

※確認事項①～④をすべてに確認の上、署名・捺印ください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 ()

所在地 〒 -

担当医師名 () 印

確認事項

※担当医師は、該当する場合、□にチェック(レ点)を入れてください。

(認定は、下記のすべての□にチェックが入っていることが必要です。)

- ①□ 申請者の診断名は「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- ②□ 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1かつ高ウイルス量症例である。
- ③□ 申請者は、ペグインターフェロン及びビリバリン併用療法の標準的治療(48週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中である。
- ③-1□なお、現在治療開始後()週目で継続中である。(一時休薬期間は除く。)
- ④□ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
- 投与開始後、継続的に治療を続け、
- ④-1□投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつHCV-RNA量が前値の1/100以下に低下
- ④-2□投与36週までにHCV-RNAが陰性化。(一時休薬期間は除く)
- ⑤□ 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
- ⑥□ 変更後の予定期間
(平成 年 月 日～平成 年 月 日予定)
- ⑦□ 当該治療について、肝臓専門医(日本肝臓学会が認定する)と連携し、継続治療を実施している。
- ⑧□ ⑦を確認できる書類を添付。(専門医からの紹介書類等)

(主治医が肝臓専門医である場合は、⑧を省略することができる。)

(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を十分留意してください。

各医療機関においては、本書類は受給者証新規申請時にかかる診断書の変更用という性格の書類であるため、申請者の追加負担とならないようご配慮いただきますようご協力ください。

新

旧

様式第 13 号(要領第5条の4関係)

市町村民税課税額合算対象除外申請書

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)

平成 年 月 日

申請者氏名

印

申請者住所〒

TEL

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱

第1条 目 的

国内最大の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療が奏功すれば、ウイルスを除去し、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である。しかしながら、このインターフェロン治療に係る医療費が高額であるため、早期治療の推進の妨げとなっている。そこで、このインターフェロン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、ひいては県民の健康の保持・増進を図ることを目的とする。

第2条 実施主体

実施主体は福岡県とする。

第3条 対象疾患

B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎とする。

第4条 対象患者

対象患者は、福岡県に住所を有する者で、前条に掲げる対象疾患に罹患したため、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。）において当該疾患に関する医療保険各法の規定による給付を受けている者及び次に掲げる医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者とする。ただし、他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われている者は、原則として除くものとする。

- 1 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の規定による被保険者
- 2 健康保険法、船員保険法（昭和14年法律第73号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）若しくは私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）の規定による被保険者又は被扶養者
- 3 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法第80号）の規定による医療を受けている者

第5条 対象医療の範囲

対象医療の範囲は、B型肝炎ウイルス及びC型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療とする。

なお、当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等については助成の対象とするが、当該治療と無関係な治療は助成の対象としない。

第6条 治療期間

治療の期間は、同一患者につき1年を限度とする。

第7条 実施方法

原則として福岡県が第3条に定める対象疾患の治療を適切に行うことができる保険医療機関等に対し、当該治療に必要な費用に相当する金額を交付することにより行うものとする。

第8条 医療費等

前項の費用に相当する金額は、次の1に規定する額の合計額から2に規定する対象患者が負担する額を控除した額とする。

- 1 医療保険各法の規定による医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該治療に要する費用の額の合計額から医療保険各法の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額
- 2 1ヵ月につき別表に定める額を限度とする額

第9条 治療医療機関

治療を行う医療機関は、福岡県肝炎対策協議会（平成20年2月15日施行）が定める要件を満たしているものとし、肝炎治療特別促進事業に関し、知事と委託契約を締結するものとする。

第10条 認定

福岡県と委託契約を締結した治療医療機関が発行する肝炎インターフェロン治療受給者証認定に係る診断書（様式第2号）（以下、「診断書」という。）を基に、対象患者の認定を行うものとする。認定を行うにあたっては、肝炎対策協議会設置要綱第7条に規定する福岡県慢性肝炎認定審査会が、知事の要請により、肝炎治療特別促進事業の実施に必要な参考意見を具申するものとする。

第 11 条 申請

第 9 条の医療機関において、第 3 条に規定する疾患であると診断されかつ、第 4 条に該当する者又は他都道府県交付の肝炎インターフェロン治療受給者であつて、有効期間内に福岡県に住所を有することとなつた者は、肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書（様式第 1 号。以下「新規申請書」という。）及び住民票その他知事が必要とするものを添えて、所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）を経由し、知事に提出するものとする。

第 12 条 医療費の請求及び支払

医療機関は、受給者証を交付された者（以下「受給者」という。）の医療費を請求するときは、治療を行った翌月 10 日までに第 1 号に掲げる書類を福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）に、第 2 号に掲げる書類を福岡県社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）に提出するものとする。ただし、自己審査を行っている会社等の直営医療機関は、受給者の診療に係る医療費を請求するときは、治療費請求書（様式第 10 号）（以下、「治療費請求書」という。）により知事に請求し、知事は、治療の内容を審査し支払うものとする。

1. 当該医療費に係る事項及び国民健康保険に係る事項を併記した国民健康保険の診療（調剤）報酬請求書並びに診療（調剤）報酬明細書
2. 当該医療費に係る事項及び各種社会保険に係る事項を併記した各種社会保険の診療（調剤）報酬請求書並びに診療（調剤）報酬明細書

第 13 条 受給者証の交付

知事は、申請書を受理した場合は、速やかに福岡県慢性肝炎認定審査会の意見を受けて、適当と認めたときは、保健所を経由し、肝炎インターフェロン治療受給者証を交付するものとする。

第 14 条 受給者証及び登録者記載事項等の変更

1. 受給者証の交付を受けた者が、受給者証記載事項、加入医療保険等に変更を生じたときは速やかに肝炎インターフェロン治療受給者証（変更・返納）届（様式第 7 号）に、これを証する書面を添えて保健所に届け出なければならない。
2. 患者は、受療する医療機関を追加・変更しようとする場合は、肝炎治療特別促進事業医療機関（追加・変更）申請書（様式第 9 号）により、保健所を経由し、知事に申請することができる。

- 3 保健所は、変更事項の確認をし、受給者証の再発行等を行い、その旨、知事に報告するものとする。

第 15 条 受給者証の返納

受給者証の交付を受けた者が、次の各号のいずれかに該当することとなった場合は、速やかに肝炎インターフェロン治療受給者証（変更・返納）届（様式第 7 号）に受給者証を添付して保健所を経由して知事に返納しなければならない。

- 1 福岡県に住所を有しなくなったとき。
- 2 受給者証の交付を受けた者が肝炎インターフェロン治療患者でなくなったとき。
- 3 受給者証の交付を受けた者が生活保護法等他法の適用を受けることとなったとき。
- 4 その他受給者証を必要としなくなったとき。

第 16 条 受給者証の再交付

- 1 受給者証を破損し、又は紛失した者は、肝炎インターフェロン治療受給者証再交付申請書（様式第 8 号。以下「再交付申請書」という。）を保健所に提出し、再交付を申請することができる。
- 2 保健所は、再交付申請書を受理し、審査の結果必要と認めた場合は、速やかに受給者証を再交付し、その旨、知事に報告するものとする。

第 17 条 支払業務の委託

知事は、第 12 条各号に掲げる書類の審査及び医療費の支払等の業務を国保連合会及び支払基金へ委託して行うものとする。

第 18 条 医療費の支払

医療費の支払は、原則として、医療費払いとする。ただし、療養費払いの必要があると認められたときの医療費請求は、肝炎インターフェロン治療費請求書により知事に請求し、知事は治療の内容を審査し、支払うものとする。

第 19 条 秘密保持

患者等に与える精神的影響を考慮して、助成事業によって知り得た事実の取り扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取り扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対してもその旨指導するものとする。

附 則

この要綱は、平成 20 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 20 年 5 月 1 日から施行し、平成 20 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 20 年 7 月 18 日から施行し、平成 20 年 7 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 20 年 9 月 22 日から施行し、平成 20 年 9 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 20 年 12 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 21 年 4 月 1 日から施行する。

(別表)

福岡県肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表

階層区分		自己負担限度額（月額）
A	世帯の市町村民税（所得割）課税年額 が65,000円未満の場合	10,000円
B	世帯の市町村民税（所得割）課税年額 が65,000円以上235,000円未満の場合	30,000円
C	世帯の市町村民税（所得割）課税年額 が235,000円以上の場合	50,000円

様式第1号（要綱第11条関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書						
申請理由 (該当するものに○をつけてください)		1. 新規 2. 他都道府県からの転入				
申請者	フリガナ 氏 名				性 別	男 女
	生年月日	明昭 大平	年	月	日 (満 歳)	職 業
	住 所	〒 (電話)				
	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名			受給者との 続 柄	
		保 険 種 別	政・組・船・共・国・後		被保険者証の 記号・番号	
		被保険者証 発行機関名				
		保険者番号				
病 名						
治療医療機関	名 称	診断書作成 医療機関				
	所在地					
	名 称					
	所在地					
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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 福岡県知事 殿						

※申請者が何らかの理由で自署できない場合は、保護者が代筆ください。

※申請書及び診断書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、本事業以外の目的には使用することはありません。

肝炎インターフェロン治療受給者証認定に係る診断書

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 【必須】	インターフェロン治療開始直前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原(+・-) (該当する方を○で囲む) (2) HBe抗原(+・-) HBe抗体(+・-) (該当する方を○で囲む) (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セログループ1・セログループ2・その他 (該当する方を○で囲む) ゲノタイプ1a・1b・2a・2b・その他 (該当する方を○で囲む) 3. 血液検査(検査日:平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l 血小板数 $\times 10^4 / \mu l$ 4. 画像診断および肝生検などの所見 (検査日:平成 年 月 日)				
診断 【必須】	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. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)				
合併症	1. なし 2. あり ()				
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. なし 2. あり				
予定治療内容 【必須】	1 該当する□にチェック(レ点)を記入する □ 初回治療 □ 再治療 2 該当番号を○で囲む 1. インターフェロン α 製剤 (1回投与量 単位) 2. インターフェロン β 製剤 (1回投与量 単位) 3. ペグインターフェロン製剤 (1回投与量 μg) 4. リバビリン製剤 (服用量 mg) 5. その他(具体的に記載してください)) ※申請者体重 kg 治療期間 週 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)				
治療上の問題点					
記載年月日 平成 年 月 日 医療機関名および所在地 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(但し、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。

様式第 3 号 (要綱第 13 条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証				
公費負担番号				受給者番号
受給者	住 所			
	氏 名			
	性別		生年月日	
病 名				
受療医療機関				
有効期間				
月額自己負担限度額				区 分
平成 年 月 日交付 福 岡 県 知 事				

(裏 面)

肝炎治療特別促進事業

(目的)

国内最大の感染症であるB型・C型のウイルス肝炎は、インターフェロン治療が奏功すれば、ウイルスを除去し、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、このインターフェロン治療に係る医療費が高額であるため、早期治療の促進の観点から、このインターフェロン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、B型・C型ウイルス肝炎について保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、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等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患に対するインターフェロン治療に限られています。
- 3 保険医療機関等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又は保険医療機関等に変更があったときは、30日以内に、福岡県知事にその旨を届け出てください。
また、福岡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、この証を速やかに福岡県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、福岡県知事にその旨を届け出てください。

世 帯 調 書

申請者の属する世帯の構成について記載してください。(世帯全員の住民票に記載されている者について記載してください。)
太枠の中のみ記入してください。

※記入しないでください

氏 名	続柄	生年月日 (年齢)	職 業	市町村民税 (所得割) 課税の有無
	患者 本人	()	(1)勤労者 (2)自営業 (3)幼児・小中学生 (4)高校・大学生 (5)家事従事者 (6)無職 (7)その他 ()	有 ・ 無
		()	(1)勤労者 (2)自営業 (3)幼児・小中学生 (4)高校・大学生 (5)家事従事者 (6)無職 (7)その他 ()	有 ・ 無
		()	(1)勤労者 (2)自営業 (3)幼児・小中学生 (4)高校・大学生 (5)家事従事者 (6)無職 (7)その他 ()	有 ・ 無
		()	(1)勤労者 (2)自営業 (3)幼児・小中学生 (4)高校・大学生 (5)家事従事者 (6)無職 (7)その他 ()	有 ・ 無
		()	(1)勤労者 (2)自営業 (3)幼児・小中学生 (4)高校・大学生 (5)家事従事者 (6)無職 (7)その他 ()	有 ・ 無
		()	(1)勤労者 (2)自営業 (3)幼児・小中学生 (4)高校・大学生 (5)家事従事者 (6)無職 (7)その他 ()	有 ・ 無
		()	(1)勤労者 (2)自営業 (3)幼児・小中学生 (4)高校・大学生 (5)家事従事者 (6)無職 (7)その他 ()	有 ・ 無

市町村民税 (所得割) 課税年額
円
円
円
円
円
円
円
合 計

※記入しないでください

階層区分	自己負担限度額
	円

様式第 5 号（要領第 5 条の 3 関係）

同 意 書

肝炎インターフェロン治療受給者証の交付申請について、
市町村民税課税額証明書の提出を省略することにより、肝炎
治療特別促進事業の自己負担限度額について最高限度額を
適用されることに同意します。

平成 年 月 日

申請者氏名

（対象者との続柄 ）

印

申請者住所〒

TEL

年 月 下記のとおり月額自己負担上限額(円)に達しました。

日 付	医 療 機 関 等 の 名 称	確認印
月 日		

[illegible]

肝炎インターフェロン治療受給者証(変更・返納)届

① 受給者	氏 名			生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)
	受給者番号			受給者証の 有効期間	平成 . . から . . まで	
事 実 発 生 年 月 日 届出理由の生じた日		平成 年 月 日				
② 変 更 届 ※該当に○をつけてください						
変 更 事 項		氏名 ・ 住所 ・ 加入保険 ・ 自己負担限度額 の変更				
変更後の 内容を記載	受給者	フリガナ 氏 名				
		住 所	〒			
	受給者の医療保険	保険種別	政・組・船・共・国・後			
		被保険者 氏 名			受給者との続柄 (受給者の立場から)	
		発 行 機関名			記号 番号	
	自 己 負 担 限度額(月額)	区 分		自 己 負 担 限 度 額	円	
③ 返 納 届 ※該当に○をつけてください						
返 納 理 由		治癒・死亡・県外転出・他法適用・その他()のため				
④ 上記のとおり(変更届・返納届)を提出します。 福岡県知事殿 平成 年 月 日 住所 〒 届出人 氏名 印 (受給者との続柄)						

- 注意1 届出の際は①と④を必ず記入し、肝炎インターフェロン治療受給者証を添付すること。
- 2 変更届提出の場合は②を、返納届提出の場合は③を記入すること。
- 3 氏名及び住所の変更の場合は、住民票を添付すること。
- 4 加入医療保険変更の場合は受給者の医療保険証(健康保険証)を提示(写しを添付)すること。
- 5 自己負担限度額の変更の場合は、世帯調書、受給者の世帯全員の住民票、世帯全員の市町村税課税証明書等を添付すること。
- 6 転出後も肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を希望する場合は、転出日の属する月の翌月末までに、転出先の都道府県に、本県で交付した肝炎インターフェロン治療受給者証の写しを添えて届け出てください。

(保健所収受印)

肝炎インターフェロン治療受給者証 再交付申請書				
受 給 者	氏 名		生 年 月 日	明大 昭平 年 月 日生
	住 所	〒 ☎ (- -)		
	公費負担医療 の受給者番号		病 名	
	受給者証の 有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで		
再 交 付 を 必 要 と す る 理 由	1 破損のため 2 紛失のため 3 その他 (理由を記入すること)			
上記のとおり肝炎インターフェロン治療受給者証の再交付を申請します。 福岡県知事殿 平成 年 月 日 住所 〒 ☎ (- -) 申請者 氏名 印 (受給者との続柄)				
				(保健所收受印)

肝炎治療特別促進事業医療機関 (追加・変更) 申請書

年 月 日

医療機関の追加・変更について、福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱第 14 条の規定により下記のとおり申請します。

公費負担者番号												受給者番号											
受 給 者	氏 名											職 業											
	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)										性 別	男 ・ 女									
	住 所	〒																					
	受 給 者 証 の 有 効 期 間										年 月 日から 年 月 日まで												
医療機関名		現 在 の 医 療 機 関										(追 加 ・ 変 更) 医 療 機 関											
		(医療機関名)										(医療機関名)											
												(所在地)											
		(医療機関名)										(医療機関名)											
												(所在地)											
追加・変更を必要とする理由と行う治療方法																							
上記のとおり、医療機関の追加・変更の必要があると認めます。 年 月 日 医 療 機 関 名 主治医 氏 名 印																							

※当該申請書は、現在の医療機関における主治医の先生の判断により、追加が必要であると認めた理由と、追加先の医療機関名を記載し、押印の上、受給者へお渡しください。

(保 健 所 受 領 印)

肝炎インターフェロン治療費請求書(一般医療機関用)

福岡県知事殿

年 月 日

肝炎インターフェロン治療費として下記のとおり請求します。

請求金額	円	*決定金額	円
住所	〒		
カナ氏名	◎	生年月日	M・T 年 月 日 生 S・H (歳)
病名		受給者証有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
公費負担番号		自己負担限度額	円
受給者番号			
健康保険組合及び共済組合に加入されている場合は、保険者へ確認の上、下記にご記入ください。			
付加給付の有無(有・無) 有りの場合は付加給付基準()			
保険者氏名() 保険者の連絡先(電話番号)()			
支払方法 (○で囲む)	1 受給者の口座に振替 2 下記委任状により委任された者の口座に振替 3 送金(銀行 支店)		

委任状	
私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎インターフェロン治療費(療養費払い)の受領を委任します。	
請求者(受給者)	受任者
住所	住所
氏名	カナ氏名
◎	◎
請求者との続柄: 請求者の()	

*支払金額決定欄				
入・通 院の別	受 療 期 間	医 療 費 公費負担額	患者自己負担額	患者自己負担総額
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
	計	円		

医療機関記入欄

受給者の保険割 (○で囲む)		国保一般・国退(本人・家族)・政管(本人・家族)・組合(本人・家族) 船員(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()				
受 療 期 間 (実診療日数)		入院・外来 の別	保険診療総点数	左記点数のうち インターフェロン治療 に係る診療点数	患者負担額	備考
平成 年 月 分	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
平成 年 月 分	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
平成 年 月 分	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
平成 年 月 分	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円	
計					円	
上記のとおり、患者負担金については肝炎治療特別促進事業において対象とされている治療のため、受給者より領収済みであることを証明します。						
年 月 日		医療機関コード ()				
医療機関所在地		()				
名 称		(TEL ()				
医療機関の長名		◎ (記入者) ◎				

○受給者の方へ(注意事項)

- ①この請求書は有効期間の開始日以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある場合に提出してください。
- ②裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に証明してもらい、証明印をもらってください。
- ③請求書受付窓口に提出の際は、この請求書と領収書(写し)、受給者証、通帳、認印をお持ちの上各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

○医療機関の方へ(注意事項)

受給者証有効期間内の医療費について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。
尚、記入がない医療費については、計算対象になりません。肝炎治療特別促進事業において対象となる医療費のうち、受給者証の自己負担限度額管理票に記入されていないものについては、記入漏れ等がないようにお願いします。

《記載要領》

請求者の方へ

記入する欄は①の太枠の中です。(還付金を他の方の口座に振り込む

場合は、②も記入してください。)

③は医療機関に記入を依頼してください。

当該請求書は1医療機関につき1枚必要です。複数の医療機関で診療

があった場合には請求書をコピーして使用してください。

様式第10号の2(要綱第12条関係)

肝炎インターフェロン治療費請求書(一般医療機関用)

福岡県知事職

年 月 日

肝炎インターフェロン治療費として下記のとおり請求します。

①

請求金額		円		*決定金額		円	
受給者	住所	〒812-0000 福岡市博多区...					
	カナ	フクオカ ハナコ					
	氏名	福岡 太郎	生年月日	M・T 59年 1月 1日 生	S・H (25歳)		
	病名	慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)		受給者証有効期間	平成 21年 4月 1日から 平成 22年 3月 31日まで		
	公費負担番号	38406013		自己負担限度額	10,000 円		
受給者番号	2000000						
健康保険組合及び共済組合に加入されている場合は、保険者へ確認の上、下記にご記入ください。							
付加給付の有無(④・無) 有りの場合は付加給付基準(例:医療機関毎の21,000以上の医療費)							
保険者氏名(〇〇健康保険組合) 保険者の連絡先(電話番号)(03-0000-0000)							
支払方法(〇で囲む)	① 受給者の口座に振替 ② 下記委任状により委任された者の口座に振替 ③ 送金(銀行 支店)						

受給者以外の方の口座へ振り込みを希望される場合に、記入・押印してください。

②

委任状	
私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎インターフェロン治療費(療養費払い)の受領を委任します。	
請求者(受給者)	受任者
住所 福岡市博多区...	住所 福岡市博多区...
氏名 福岡 太郎	カナ フクオカ ハナコ 氏名 福岡 花子
請求者との続柄: 請求者の(妻)	

健康増進課で記入しますので、何も書かなくてください。

*支払金額決定額				
入・通院の別	受療期間	医療費 公費負担額	患者負担額	患者自己負担額
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
計		円		

③

医療機関記入欄					
受給者の 保険種別 (〇で囲む)	国保一般・国退(本人・家族)・救済(本人・家族)・組合(本人・家族) 船員(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()				
受療期間 (実診療日数)	入院・外来 の別	保険診療点数	左記点数のうち インターフェロン治療 に係る診療点数	患者負担額	備考
平成21年 4月分	16日～30日 (15日)	入院 外来	30,000点	27,050点	80,430円 限度額認定 証使用
	日～ 日 (日)	入院 外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院 外来	点	点	円
平成21年 5月分	1日～5日 (5日)	入院 外来	17,000点	15,000点	45,000円
	12日～26日 (3日)	入院 外来	12,000点	11,000点	33,000円 内科
	21日～ 日 (1日)	入院 外来	1,200点	1,000点	3,000円 眼科
平成 年 月分	日～ 日 (日)	入院 外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院 外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院 外来	点	点	円
平成 年 月分	日～ 日 (日)	入院 外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院 外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院 外来	点	点	円
計				円	
上記のとおり、肝炎治療特別促進事業において認定されている疾患の投薬のための費用を受給者より領収済であることを証明します。					
21年 5月 30日 調剤薬局所在地 福岡市博多区... 名称 〇〇薬局 代表者氏名 代表取締役 〇〇 医療機関コード (123456789) (〒 092-000-0000) 印 ④ (記入者 〇〇 ⑤)					

①受給者の方へ(注意事項)

- この請求書は有効期間の開始日以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある場合に提出してください。
- 裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に証明してもらい、証明印をもらってください。
- 請求書受付窓口へ提出の際は、この請求書と領収書(写し)、受給者証、通帳、認印をお持ちの上各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

②医療機関の方へ(注意事項)

受給者証有効期間内の医療費について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。尚、記入がない医療費については、計算対象になりません。肝炎治療特別促進事業において対象となる医療費のうち、受給者証の自己負担限度額管理票に記入されていないものについては、記入漏れ等がないようお願いします。

医療機関の方へ

受給者証有効期間内の医療費について下記に従い記入してください。

<受療期間><実診療日数>

月毎に記入してください。総合病院の場合は1レセプト毎に記載してください。

<保険診療総点数>

肝炎治療特別促進事業において対象となる診療があった日の総点数の合計を記載してください。

<左記点数のうちインターフェロン治療に係る診療点数>

総点数の合計のうち、肝炎治療特別促進事業において対象となっている診療点数のみを抽出して記載してください。対象外の診療点数については差し引いてください。

<患者負担額>

<左記点数のうちインターフェロン治療に係る診療点数>×10

から受給者の保険負担割合を乗じた金額(=肝炎治療特別促進事業において対象となっている医療費の患者負担額)を記載してください。

<備考>

高額療養費限度額認定証等の使用があった場合は備考欄にその旨記載してください。

診療点数に修正があった場合は、修正後の診療点数を記載してください。この場合、患者負担額は、対象医療費のうち、実際に患者さんが負担された金額を記載し、備考欄にその旨記載してください。

肝炎インターフェロン治療費請求書(調剤薬局用)

福岡県知事殿

年 月 日

肝炎インターフェロン治療費として下記のとおり請求します。

請求金額	円	*決定金額	円
受給者	住所	〒	
	カナ	In	
	氏名	◎	生年月日 M・T 年 月 日 生 S・H (歳)
	病名	受給者証有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	公費負担番号	自己負担	限度額 円
受給者番号			
健康保険組合及び共済組合に加入されている場合は、保険者へ確認の上、下記にご記入ください。			
付加給付の有無(有・無) 有りの場合は付加給付基準()			
保険者氏名() 保険者の連絡先〔電話番号〕()			
支払方法 (○で囲む)	1 受給者の口座に振替 2 下記委任状により委任された者の口座に振替 3 送金(銀行 支店)		

委 任 状	
私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎インターフェロン治療費(療養費払い)の受領を委任します。	
請求者(受給者)	受任者
住所	住所
氏名 ◎	カナ ◎ 氏名 ◎
請求者との続柄: 請求者の()	

○受給者の方へ(注意事項)

- ①この請求書は有効期間の開始日以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある場合に提出してください。
- ②裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に証明してもらい、証明印をもらってください。
- ③請求書受付窓口提出の際は、この請求書と領収書(写し)、受給者証、通帳、認印をお持ちの上受付窓口で請求の手続きをお願いします。

*支払金額決定欄			
受 療 期 間	医 療 費 公費負担額	患者負担額	患者自己負担済額
年 月 日～ 日(日)	円	円	円
年 月 日～ 日(日)	円	円	円
年 月 日～ 日(日)	円	円	円
年 月 日～ 日(日)	円	円	円
計	円		

医療機関記入欄

肝炎インターフェロン治療に要する処方箋発行証明書(日別に記入すること)

発行年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
肝炎治療特別促進事業において認定されている治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。				
年 月 日		医療機関コード ()		
医療機関所在地		()		
名 称		(In)		
医療機関の長名		◎ (記入者) ◎		

調剤薬局記入欄

受給者の 保険種別 (○で囲む)	国保一般・国退(本人・家族)・政管(本人・家族)・組合(本人・家族)				
	船員(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()				
調剤料の領収済証明(月別に記入すること)					
受 療 期 間	実調剤 日数	保険診療点数	左記点数のうち インターフェロン治療 に係る診療点数	定率負担金	備 考
年 月 分 日～ 日	日	点	点	円	
年 月 分 日～ 日	日	点	点	円	
年 月 分 日～ 日	日	点	点	円	
年 月 分 日～ 日	日	点	点	円	
計				円	
上記のとおり、肝炎治療特別促進事業において認定されている疾患の投薬のための費用を受給者より領収済であることを証明します。					
年 月 日		医療機関コード ()			
調剤薬局所在地		()			
名 称		(In)			
代表者氏名		◎ (記入者) ◎			

○医療機関の方へ(注意事項)

肝炎治療特別促進事業において、公費負担の対象となっている薬剤の処方箋の発行年月日を日別に記入してください。記入要領は裏面をご覧ください。

○調剤薬局の方へ(注意事項)

受給者証有効期間内に処方箋の発行があった調剤について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。尚、受給対象期間は処方箋の発行日に基づきますので、処方箋発行日が有効期間外である場合には、当該調剤は公費負担の対象とはなりません。ご注意ください。

尚、記入がない調剤料につきましては、計算対象になりません。肝炎治療特別促進事業において対象となる調剤料のうち、受給者証の自己負担限度額管理票に記載されていないものについては、記入漏れ等がないようお願いします。

【記入要領】

受給者の方へ

記入する欄は①の太枠の中です。(還付金を他の方の口座に振り込む場合は、②も記入してください。)

③は医療機関に記入を依頼してください。

④は調剤薬局に記入を依頼してください。

③と④の証明は両方とも必要ですので、ご注意ください。

当該請求書は1医療機関につき1枚必要です。複数の薬局で調剤があった場合には請求書をコピーして使用してください。

様式第10号の2(要綱第12条関係)

肝炎インターフェロン治療費請求書(調剤薬局用)

福岡県知事殿

年 月 日

肝炎インターフェロン治療費として下記のとおり請求します。

①

請求金額	円	*決定金額	円
住所	〒812-0000 福岡市博多区...		
方名	フクオカ ハナコ	生年月日	M・T 59年 1月 1日生 (25歳)
氏名	福岡 太郎	受給者証有効期間	平成 21年 4月 1日から 平成 22年 3月 31日まで
病名	慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)		
公費負担番号	38406013	自己負担限度額	10,000 円
受給者番号	2000000		
健康保険組合及び共済組合に加入されている場合は、保険者へ確認の上、下記にご記入ください。			
付加給付の有無(④・無) 有りの場合は付加給付基準(例:医療機関毎の21,000以上の医療費)			
保険者氏名(〇〇健康保険組合) 保険者の連絡先(電話番号)(03-0000-0000)			
支払方法(〇で囲む)	① 受給者の口座に振替 2 下配委任状により委任された者の口座に振替 3 送金(銀行 支店)		

②

受給者以外の方の口座へ振り込みを希望される場合に、記入・押印してください。

委任状	
私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎インターフェロン治療費(療養費払い)の受領を委任します。	
請求者(受給者)	受任者
住所 福岡市博多区...	住所 福岡市博多区...
氏名 福岡 太郎	カナ フクオカ ハナコ 氏名 福岡 花子
	請求者との続柄: 請求者の(妻)

○受給者の方へ(注意事項)

①この請求書は有効期間の開始日以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある場合に提出してください。

②裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に証明してもらい、証明印をもちってください。

③請求書受付窓口へ提出の際は、この請求書と領収書(写し)、受給者証、通帳、認印をお持ちの上各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

*支払金額決定欄

受 療 期 間	医 療 費 公費負担額	患者負担額	患者自己負担額
年 月 日～ 日(日)	円	円	円
年 月 日～ 日(日)	円	円	円
年 月 日～ 日(日)	円	円	円
年 月 日～ 日(日)	円	円	円
計	円		

健康増進課で記入しますので、何も書かないでください

医療機関の方へ

処方箋の発行年月日の記入を日別に記入してください。

ただし、肝炎治療特別促進事業の対象となる薬剤を処方した日のみを記入してください。

対象となるのは、リバビリン製剤及びインターフェロンによる副作用の治療に関する投薬のみです。

③ 医療機関記入欄

肝炎インターフェロン治療に要する処方箋発行証明書(日別に記入すること)				
発行年月日	21年 4月 17日	21年 5月 5日	21年 5月 10日	21年 5月 28日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
肝炎治療特別促進事業において認定されている治療のため、上記のとおり院外処方箋を発行したことを証明します。				
21年 5月 28日		医療機関コード (123456789)		
医療機関所在地 福岡市博多区...				
名 称 〇〇病院				
医療機関の長名 院長 〇〇〇		印 (In 092-000-0000) (記入者 〇〇)		

④ 調剤薬局記入欄

受給者の保険種別(〇で囲む)	国保一般・国退(本人・家族)・政管(本人・家族)・組合(本人・家族)・船員(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他()				
調剤料の領収済証明(月別に記入すること)					
受療期間(処方日)	実調剤日数	保険診療給付数	左記点数のうちインターフェロン治療に係る診療点数	定率負担金	備考
21年 4月分 17日～ 日	1 日	6,000点	5,500点	16,500円	
21年 5月分 5日～ 28日	3 日	12,000点	10,000点	30,000円	
年 月分 日～ 日	日	点	点	円	
年 月分 日～ 日	日	点	点	円	
計				円	
上記のとおり、肝炎治療特別促進事業において認定されている疾患の投薬のための費用を受給者より領収済であることを証明します。					
21年 5月 30日		医療機関コード (123456789)			
調剤薬局所在地 福岡市博多区...					
名 称 〇〇薬局					
代表者氏名 代表取締役 〇〇		印 (In 092-000-0000) (記入者 〇〇)			

○医療機関の方へ(注意事項)

肝炎治療特別促進事業において、公費負担の対象となっている薬の処方箋の発行年月日を日別に記入してください。記入要領は裏面をご覧ください。

○調剤薬局の方へ(注意事項)

受給者証有効期間内に処方箋の発行があった調剤について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いします。尚、受給対象期間は処方箋の発行日に基づきますので、処方箋発行日がある有効期間外である場合には、当該調剤は公費負担の対象とはなりません。ご注意ください。

尚、記入がない調剤料につきましては、計算対象になりません。肝炎治療特別促進事業において対象となっている調剤料のうち、受給者証の自己負担限度額管理票に記載されていないものについては、記入漏れ等がないようお願いします。

調剤薬局の方へ

医療機関の処方箋発行証明書に基づき肝炎治療特別促進事業において認定されている投薬があった日の調剤料について下記に従い記入してください。

<受療期間><実調剤日数>

月毎に記入してください。

期間については、肝炎治療特別促進事業で認められている投薬があった日のみ記載してください。

<保険診療給付数>

肝炎治療特別促進事業において対象となっている投薬があった日の給付数の合計を記載してください。

<左記点数のうちインターフェロン治療に係る診療点数>

給付数の合計のうち、肝炎治療特別促進事業において対象となっている調剤点数のみを抽出して記載してください。対象外の調剤料については差し引いてください。

<定率負担金>

<左記点数のうちインターフェロン治療に係る診療点数>×10から各受給者の保険負担割合を乗じた金額(=肝炎治療特別促進事業において対象となっている薬剤の負担額)を記載してください。

<備考>

通常の点数計算と金額が異なる場合は、備考欄に理由を記入してください。

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書 (副作用等)						
受給者	ふりがな 氏 名				性 別	男 女
	生年月日	明昭 大平	年	月	日 (満 歳)	職 業
	住 所	〒 (電話)				
受給者番号						
受給者証に記載された助成期間		自	平成	年	月	日
		至	平成	年	月	日
治療中断期間		平成	年	月	日	
		平成	年	月	日	
再開後の投与期間		平成	年	月	日	
		平成	年	月	日	
助成期間延長理由		※治療中断となった理由について、具体的に記入してください。(検査所見・併存疾患等) 医療機関名 : 医療機関住所 : 医師氏名 : 印				
上記の理由により、当初の治療予定期間を超え、かつ助成期間も超えて治療する可能性が高くなったので、助成期間の延長を申請します。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 福岡県知事 殿						

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書(72週投与用)

(申請者記載)

福岡県知事 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、肝炎インターフェロン治療受給者証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 平成 年 月 日

(フリガナ)

申請者氏名 _____ 印

性 別 (男 ・ 女)

生 年 月 日 (大正・昭和・平成 年 月 日生)

(満 歳)

現 住 所 〒 -

電 話 () -

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、記入ください。

受給者番号 ()

現行有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)

※1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前に、福岡県知事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。

(医師記載欄)

フリガナ

申請者 () について、「C型慢性肝炎セログループ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における投与期間延長(72週間投与)の基準である、投与開始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 timePCR)で、36週までに陰性化した症例に該当する。」と認められるので、48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

【主治医記載欄】

※確認事項①～⑧をすべてに確認の上、署名・捺印ください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 ()

所在地 〒 -

担当医師名 () 印

確認事項

※担当医師は、該当する場合、□にチェック(レ点)を入れてください。

(認定は、下記のすべての□にチェックが入っていることが必要です。)

- ①□ 申請者の診断名は「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- ②□ 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1かつ高ウイルス量症例である。
- ③□ 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の標準的治療(48週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中である。
 - ③-1□ なお、現在治療開始後()週目で継続中である。(一時休薬期間は除く。)
- ④□ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。投与開始後、継続的に治療を続け、
 - ④-1□ 投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつHCV-RNA量が前値の1/100以下に低下
 - ④-2□ 投与36週までにHCV-RNAが陰性化。(一時休薬期間は除く)
- ⑤□ 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
- ⑥□ 変更後の予定期間
(平成 年 月 日～平成 年 月 日予定)
- ⑦□ 当該治療について、肝臓専門医(日本肝臓学会が認定する)と連携し、継続治療を実施している。
- ⑧□ ⑦を確認できる書類を添付。(専門医からの紹介書類等)
(主治医が肝臓専門医である場合は、⑧を省略することができる。)

(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を十分留意してください。

各医療機関においては、本書類は受給者証新規申請時にかかる診断書の変更用という性格の書類であるため、申請者の追加負担とならないようご配慮いただきますようご協力ください。

市町村民税課税額合算対象除外申請書

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)

平成 年 月 日

申請者氏名

印

申請者住所〒

TEL

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領の一部を改正する要領

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領(平成20年4月施行)の一部を別紙新旧対照表のとおり改正する。

附 則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領

新	旧
第1条～第3条 略 第4条 肝炎インターフェロン治療受給者証の交付等について 1 肝炎インターフェロン治療受給者証 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、肝炎インターフェロン治療受給者証（以下「受給者証」という。）（様式第3号）を交付するものとする。 2 交付申請書等の取扱い 知事は、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 受給者証の有効期間 受給者証の有効期間は1年とし、<u>原則として所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）受理日の属する月の初日から起算するものとする。</u>また、受給者証の更新は認めないものとする。 ただし、重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用によって1ヶ月から2ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間である1年をわずかに超える場合には、2ヶ月を限度に助成期間を延長するものとする。 <u>また、セログループ1かつ高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン+リバビリン併用療法について、「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 timePCR）で、36週までに陰性化した例で、プラス24週（トータル72週間）の投与期間が望ましい。」と医師が判断する場合には、72週までの延長投与を認め、有効期間をトータル1年6ヵ月まで延長するものとする。</u>	第1条～第3条 略 第4条 肝炎インターフェロン治療受給者証の交付等について 1 肝炎インターフェロン治療受給者証 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、肝炎インターフェロン治療受給者証（以下「受給者証」という。）（様式第3号）を交付するものとする。 2 交付申請書等の取扱い 知事は、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 受給者証の有効期間 受給者証の有効期間は1年とし、<u>原則として診断書に記載される治療開始予定日若しくは所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）受理日の属する月の初日のうち、いずれか遅い日から起算するものとする。</u>また、受給者証の更新は認めないものとする。 ただし、重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用によって1ヶ月から2ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間である1年をわずかに超える場合には、2ヶ月を限度に助成期間を延長するものとする。

新

第5条 対象患者が負担すべき額について

- 1 実施要綱第8条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、実施要綱第8条(2)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、実施要綱第8条(2)に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。
- 3 対象患者の負担すべき額が実施要綱第8条(2)に定める額のうち、最高額となることが明らかである場合は、最高限度額適用の同意書(様式第5号)を添付することにより、第2条に定める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の課税年額を証明する書類の写しの提出を省略することができる。
- 4 自己負担限度額の決定については、住民票上の世帯を単位とする。
ただし、配偶者以外の者であって、受給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については、受給者からの申請に基づいて、当該「世帯」の市町村民税課税額の合算対象から除外することを認める。

旧

第5条 対象患者が負担すべき額について

- 1 実施要綱第8条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、実施要綱第8条(2)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、実施要綱第8条(2)に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。
- 3 対象患者の負担すべき額が実施要綱第8条(2)に定める額のうち、最高額となることが明らかである場合は、最高限度額適用の同意書(様式第5号)を添付することにより、第2条に定める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の課税年額を証明する書類の写しの提出を省略することができる。

新	旧
第6条～第10条 略	第6条～第10条 略
第11条 治療中断による受給者証の延長 既に受給者証を有している者が、重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用によって1ヶ月から2ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間を延長するときは、助成期間が満了する3ヶ月前から満了する間までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書(副作用等)(様式第11号)を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、2ヶ月を限度に助成期間を延長し、受給者に新たな受給者証を交付する。	第11条 治療中断による受給者証の延長 既に受給者証を有している者が、重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用によって1ヶ月から2ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間を延長するときは、助成期間が満了する3ヶ月前から満了する間までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書(様式第11号)を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、2ヶ月を限度に助成期間を延長し、受給者に修正した受給者証を交付する。
第12条 72週投与による受給者証の延長 既に受給者証を有している者のうち、セログループ1かつ高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン+リバビリン併用療法を実施し、「投与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(Real timePCR)で、36週までに陰性化した例で、プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が望ましい。」と医師が判断し、有効期間をトータル1年6ヵ月まで延長するときは、助成期間が満了する3ヶ月前から満了する間までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書(72週間投与用)(様式第12号)を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。	
第13条 受給者証の取り下げ 既に受給者証を有している者から取り下げの申し出があったときは、これを認めないものとする。ただし、受給者証の交付前に取り下げの申し出があったときについてはこの限りではない。	第12条 受給者証の取り下げ 既に受給者証を有している者から取り下げの申し出があったときは、これを認めないものとする。ただし、受給者証の交付前に取り下げの申し出があったときについてはこの限りではない。
第14条 インターフェロン治療に係る医療費の支払 1 知事が委託した保険医療機関等がインターフェロン治療に要した費用として支払委託機関に請求する場合にあっては、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)」の定めるところによる。	第13条 インターフェロン治療に係る医療費の支払 1 知事が委託した保険医療機関等がインターフェロン治療に要した費用として支払委託機関に請求する場合にあっては、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)」の定めるところによる。

新	旧
2 知事は、インターフェロン治療に係る医療費の請求を受けたときは、内容を審査し、医療費を支払うものとする。 第15条 療養費の支給 1 知事が特に認めたときは、委託した保険医療機関等に対するインターフェロン治療に係る医療費の支払いに代えて、療養費を支給することができる。 2 療養費の支給を受けようとするときは、受給者又はその扶養義務者は、肝炎インターフェロン治療費請求書（様式第10号）に知事が委託した保険医療機関等の領収済証明を受けて、知事あて請求するものとする。 3 知事は、療養費の請求を受けたときは、内容を審査し、療養費を支払うものとする。 第16条 保険医療機関等の指導 知事は、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。 附 則 この要領は、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要領は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要領は、平成20年12月1日から施行する。 附 則 この要領は、平成21年4月1日から施行する。	2 知事は、インターフェロン治療に係る医療費の請求を受けたときは、内容を審査し、医療費を支払うものとする。 第14条 療養費の支給 1 知事が特に認めたときは、委託した保険医療機関等に対するインターフェロン治療に係る医療費の支払いに代えて、療養費を支給することができる。 2 療養費の支給を受けようとするときは、受給者又はその扶養義務者は、肝炎インターフェロン治療費請求書（様式第10号）に知事が委託した保険医療機関等の領収済証明を受けて、知事あて請求するものとする。 3 知事は、療養費の請求を受けたときは、内容を審査し、療養費を支払うものとする。 第15条 保険医療機関等の指導 知事は、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。 附 則 この要領は、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要領は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要領は、平成20年12月1日から施行する。

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領

第1条 目 的

福岡県肝炎治療特別促進事業を実施するにあたり、事業の円滑な推進を図るため福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づき必要な事項を定める。

第2条 医療給付の申請について

実施要綱第5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、肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書（様式第1号）（以下「申請書」という。）に、医師が記載したインターフェロン治療受給者証認定に係る診断書、（様式第2号）（以下「診断書」という。）、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の課税年額を証明する書類の写し、世帯調書（様式第4号）を添えて、申請者が知事あてに申請しなければならない。

第3条 対象患者の認定について

知事は、実施要綱第10条に定める認定を行う際には、インターフェロン治療に係る福岡県慢性肝炎認定審査会（以下「審査会」という。）に意見を求め、別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。

第4条 肝炎インターフェロン治療受給者証の交付等について

1 肝炎インターフェロン治療受給者証

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、肝炎インターフェロン治療受給者証（以下「受給者証」という。）（様式第3号）を交付するものとする。

2 交付申請書等の取扱い

知事は、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 受給者証の有効期間

受給者証の有効期間は1年とし、原則として所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）受理日の属する月の初日から起算するものとする。また、受給者証の更新は認めないものとする。

ただし、重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用によって1ヶ月から2ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間である1年をわずかに超える場合には、2ヶ月を限度に助成期間を延長するものとする。

また、セログループ1かつ高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン＋リバビリン併用療法について、「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 timePCR）で、36週までに陰性化した例で、プラス24週（トータル72週間）の投与期間が望ましい。」と医師が判断する場合には、72週までの延長投与を認め、有効期間をトータル1年6ヵ月まで延長するものとする。

第5条 対象患者が負担すべき額について

- 1 実施要綱第8条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、実施要綱第8条（2）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、実施要綱第8条（2）に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。
- 3 対象患者の負担すべき額が実施要綱第8条（2）に定める額のうち、最高額となることが明らかである場合は、最高限度額適用の同意書（様式第5号）を添付することにより、第2条に定める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の課税年額を証明する書類の写しの提出を省略することができる。
- 4 自己負担限度額の決定については、住民票上の世帯を単位とする。

ただし、配偶者以外の者であって、受給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については、受給者からの申請に基づいて、当該「世帯」の市町村民税課税額の合算対象から除外することを認める。

第6条 自己負担限度月額管理の取扱い

- 1 知事は、受給者に対し、肝炎インターフェロン治療自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）（様式第6号）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、肝炎インターフェロン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肝炎インターフェロン治療について、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。
- 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。

第7条 県内に転入した場合の取扱いについて

他の都道府県の受給者証を所持する者が、本県に転入し、引き続き受給者証の交付を受けようとする場合には、転入日の属する月の翌月末日までに、申請書に転入前に交付されていた受給者証の写し、住民票及び健康保険証の写しを添えて知事に届け出なければならない。

なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入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。

第8条 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、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、転出日以降の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。

第9条 受給者証の再交付

既に受給者証を有している者が、紛失、破損等の理由により再交付の申請をするときは、受給者証再交付申請書（様式第8号）を知事に提出しなければならない。

第10条 受給者証交付申請事項等の変更

- 1 受給者証の交付を受けた者が、申請事項等を変更しようとするときは、肝炎インターフェロン治療受給者証（変更・返納）届（様式第7号）に必要な添付書類を添えて知事に提出しなければならない。
- 2 他の都道府県に転出する場合もしくは死亡し、受給者の資格を喪失した場合には、受給者証をすみやかに県に返還しなければならない。

第 11 条 治療中断による受給者証の延長

既に受給者証を有している者が、重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用によって1ヶ月から2ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間を延長するときは、助成期間が満了する3ヶ月前から満了する間までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（副作用等）（様式第11号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、2ヶ月を限度に助成期間を延長し、受給者に新たな受給者証を交付する。

第 12 条 72週投与による受給者証の延長

既に受給者証を有している者のうち、セログループ1かつ高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン+リバビリン併用療法を実施し、「投与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（Real timePCR）で、36週までに陰性化した例で、プラス24週（トータル72週間）の投与期間延長が望ましい。」と医師が判断し、有効期間をトータル1年6ヵ月まで延長するときは、助成期間が満了する3ヶ月前から満了する間までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（72週間投与用）（様式第12号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。

第 13 条 受給者証の取り下げ

既に受給者証を有している者から取り下げの申し出があったときは、これを認めないものとする。ただし、受給者証の交付前に取り下げの申し出があったときについてはこの限りではない。

第 14 条 インターフェロン治療に係る医療費の支払

- 1 知事が委託した保険医療機関等がインターフェロン治療に要した費用として支払委託機関に請求する場合にあっては、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）」の定めるところによる。
- 2 知事は、インターフェロン治療に係る医療費の請求を受けたときは、内容を審査し、医療費を支払うものとする。

第 15 条 療養費の支給

- 1 知事が特に認めたときは、委託した保険医療機関等に対するインターフェロン治療に係る医療費の支払いに代えて、療養費を支給することができる。

2 療養費の支給を受けようとするときは、受給者又はその扶養義務者は、肝炎インターフェロン治療費請求書（様式第10号）に知事が委託した保険医療機関等の領収済証明を受けて、知事あて請求するものとする。

3 知事は、療養費の請求を受けたときは、内容を審査し、療養費を支払うものとする。

第16条 保険医療機関等の指導

知事は、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。

附 則

この要領は、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成20年12月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成21年4月1日から施行する。

(別添)

認 定 基 準

- ・ 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
- ・ HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝炎及び 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

「公印省略」

20健5428号

平成21年4月1日

(社) 福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課疾病対策係)

肝炎治療特別促進事業等に関する説明会について

日頃から本県の保健医療介護行政の推進にあたりましては、ご理解ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記について下記のとおり説明会を開催いたしますので貴会員へ周知いただきますようお願い申し上げます。

記

- 1 日時 平成21年4月27日(月) 19時～
- 2 場所 福岡県医師会館
- 3 対象者 肝炎治療に携わる医療従事者等(医師・看護師・事務等)
- 4 内容
 - 「肝炎治療特別促進事業における運用変更等」
 - 「IFN治療における72週投与」

