

福岡県医発第1451号(地)
平成20年10月 8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」の一部改正について

標記の件につきまして、福岡県保健医療介護部健康増進課より、別紙のとおり一部改正された旨通知がありましたのでご連絡いたします。

改正内容は別紙新旧対照表のとおりです。なお、現在使用している様式は廃止され、新たな様式となりますのでご留意下さい。

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、関係医療機関等への周知方よろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事	名取一幸
感染症対策・地域保健副担当理事	毛利康茂
会長	丸山 泉

「公印省略」

20健第2677号
平成20年9月25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」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。

なお、現在使用している様式については廃止いたしますので、新たな様式を御使用いただきますようお願いいたします。



変更箇所

- (1) 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)
【追加・削除】
○受給期間についての但し書きを削除
- (2) 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)
【追加・削除】
○記入必須事項には【必須】と追加
○血小板数の単位に 10^4 を追加
- (3) 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)
【追加・削除】
○追加・変更医療機関の医療機関名記入欄に(医療機関名)と明示
- (4) 肝炎インターフェロン治療費請求書(一般医療機関用)様式第10号
【追加・削除】
○高額療養費限度額認定証区分記入欄を削除
○インターフェロン初回投与日記入欄を追加
○院外処方の有無についての記入欄を追加

※9月24日以降に申請書類を取りにこられた方には、新しい様式をお渡ししております。

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。 <u>附 則</u> <u>この要綱は、平成20年9月 日から施行し、平成20年9月1日から適用する。</u> (別表) 略	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。 (別表) 略

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 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			
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 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 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 セロタイプ 1・セロタイプ 2・その他 (該当する方を○で囲む) ケンタイプ 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 _____ $\times 10^4$ / μ 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 _____ μ g) 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 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	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) ケンタイプ 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 _____ / μ 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	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	肝がん 1. なし 2. あり			
予定治療内容	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 _____ μ g) 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				

新		旧	
医療機関名および所在地 記載年月日 平成 年 月 日		医療機関名および所在地 記載年月日 平成 年 月 日	
医師氏名 印		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。		(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9号（要綱第14条関係）

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)

旧

様式第9号（要綱第14条関係）

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																
							(所在地)																
							(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)

新										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。										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				請求金額		円		*決定金額		円			
受給者	住所	〒								Tel									
	カナ氏名	㊞		生年月日	M・T S・H		年 月 日 生 (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 ()								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)								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） 住所 氏名 ㊞〕 〔受任者 住所 カナ氏名 ㊞〕 請求者との続柄：請求者の ()										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） 住所 氏名 ㊞〕 〔受任者 住所 カナ氏名 ㊞〕 請求者との続柄：請求者の ()									
*支払金額決定欄										*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 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			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						計				円					

新			
医療機関記入欄			
受給者の保険別 (○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()		
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 医療機関コード () 医療機関所在地 () 名 称 (TEL) 医療機関の長名 (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の中です。＊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。			

旧			
医療機関記入欄			
受給者の保険別 (○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()		
高額療養費自己負担 限度額認定証区分	区分()		
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
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 医療機関コード () 医療機関所在地 () 名 称 (TEL) 医療機関の長名 (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の中です。＊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。			

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って、有効期間内に福岡県に住所を有することとなった者は、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 日から施行し、平成 20 年 9 月 1 日から適用する。

(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	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)				
	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					
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 _____ ×10⁴ /μl 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 (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。

様式第4号（要領第2条関係）

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。

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

※記入しないでください

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

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

印

（対象者との続柄）

申請者住所〒

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 (受給者との続柄) 印							

- 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。

(保健所收受印)

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)

様式第9号 (要綱第14条関係)

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（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	〒	
	カナ氏名	◎	生年月日 M・T 年 月 日 生 S・H (歳)
	病名	◎	受給者証 平成 年 月 日から 有効期間 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 同一个月内に、複数の医療機関等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

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 医療機関コード () 医療機関所在地 () 名 称 (記) 医療機関の長名 ◎ (記入者 印)				

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	
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 医療機関コード () 調剤薬局所在地 () 名 称 (記) 代表者氏名 ◎ (記入者 印)				

○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。