



福岡医発第190号(地)
平成22年4月19日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公 印 省 略)

肝炎治療特別促進事業実施要綱等の一部改正について

肝炎治療特別促進事業につきましては、肝炎総合対策に掲げる主要な施策の一つとして実施されているところであります。

今般、平成22年度政府予算の成立を受け、肝炎の早期・適切な治療を一層推進するため、昨年11月に成立した肝炎対策基本法、及び肝炎治療戦略会議においてまとめられた最新の医学的知見等を踏まえ、肝炎医療費助成の拡充等が行われ、感染症対策特別促進事業実施要綱のうち、肝炎治療特別促進事業実施要綱等が一部改正され、平成22年4月1日から適用となった旨、日本医師会より別紙のとおり通知がありましたのでご連絡いたします。

平成22年度からの肝炎医療費助成の主な変更点については、下記のとおりです。

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下さいますようお願い申し上げます。

なお、福岡県における当該事業の実施につきましては、平成22年4月8日付け福岡医発第55号(地)『「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』にてご連絡したとおりです。

記

- ・ 自己負担限度額(月額)の引下げ
(所得に応じ、1、3、5万円→原則1万円〔上位所得階層2万円〕)
- ・ 助成対象医療の拡大
(インターフェロン治療→インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療)
- ・ インターフェロン治療に係る制度利用回数の制限緩和
(1人1回のみ→医学的に再治療が有効と認められる者について、2回目の利用を認める。)

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

(地Ⅲ3)

平成22年4月7日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会常任理事

保坂 シゲリ



肝炎治療特別促進事業実施要綱等の一部改正について

時下益々御清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、肝炎治療特別促進事業につきましては、肝炎総合対策に掲げる主要な施策の一つとして実施されているところであります。

今般、平成22年度政府予算の成立を受け、肝炎の早期・適切な治療を一層推進するため、昨年11月に成立した肝炎対策基本法、及び肝炎治療戦略会議においてまとめられた最新の医学的知見等を踏まえ、肝炎医療費助成の拡充等が行われることとなりました。これに伴い、感染症対策特別促進事業実施要綱のうち、肝炎治療特別促進事業実施要綱等が一部改正され、平成22年4月1日から適用されることから、別添のとおり、厚生労働省健康局長より、各都道府県知事等宛に通知が出され、本会に対しても、周知、協力方依頼がありました。

平成22年度からの肝炎医療費助成の主な変更点については、下記のとおりです。

また、併せて、「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて」、「肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付に関する費用の請求事務並びに当該請求に係る審査及び支払事務の都道府県の社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会への委託について」、及び「特定感染症検査等事業の実施について」が一部改正され、平成22年4月1日から適用されることから、別添のとおり通知が出されております。

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、周知、協力方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。



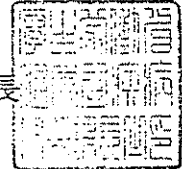
記

- ・自己負担限度額（月額）の引下げ
（所得に応じ、1、3、5万円→原則1万円〔上位所得階層2万円〕）
- ・助成対象医療の拡大
（インターフェロン治療→インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療）
- ・インターフェロン治療に係る制度利用回数の制限緩和
（1人1回のみ→医学的に再治療が有効と認められる者について、2回目の利用を認める。）

健疾発0324第2号
平成22年3月24日

日本医師会会長 殿

厚生労働省健康局疾病対策課長



肝炎治療特別促進事業実施要綱等の一部改正について

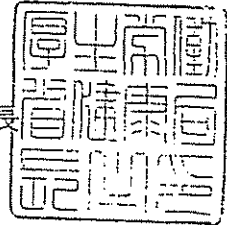
標記について、別添のとおり各都道府県知事あて通知したので、その円滑な実施等につき、よろしくお取りはからいいただきますようお願い申し上げます。

健発0324第37号

平成22年3月24日

各
〔都道府県知事
保健所設置市長
特別区区长〕 殿

厚生労働省健康局長



「特定感染症検査等事業の実施について」の一部改正について

標記事業については、平成14年3月27日健発第0327012号本職通知「特定感染症検査等事業の実施について」の別紙「特定感染症検査等事業実施要綱」に基づき行われているところであるが、今般、その一部を別紙新旧対照表のとおり改正し、平成22年4月1日より適用することとしたので通知する。

なお、本事業の実施に当たっては、事業が円滑に実施されるよう貴管内における関係機関等への周知について特段のご配慮をお願いします。

別紙

特定感染症検査等事業実施要綱新旧対照表

改正後	現行
特定感染症検査等事業実施要綱 1. 事業目的 (略) 2. 事業の実施主体 (略) 3. 事業内容 (略) (1) (略) (2) (略) (3) 肝炎ウイルス検査及び相談事業 ア 肝炎ウイルス検査 (ア) 実施方式 (略) (イ) 対象者 本検査の受検を希望する者とする。 ただし、<u>過去に本検査を受けたことがある者</u>、	特定感染症検査等事業実施要綱 1. 事業目的 (略) 2. 事業の実施主体 (略) 3. 事業内容 (略) (1) (略) (2) (略) (3) 肝炎ウイルス検査及び相談事業 ア 肝炎ウイルス検査 (ア) 実施方式 (略) (イ) 対象者 本検査の受検を希望する者とする。 ただし、医療保険各法その他の法令に基づく

改正後	現行
凝集法等を用いて、HBs抗原の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。 ただし、HBs抗原検査は、B型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定することが難しい場合があることに留意すること。 凝集法等による定性的な判断のできる検査方法を用いること。 なお、いずれの検査についても、その結果の判定に当たっては、検査に携わる医師によって行われるものであること。 (オ) 指導区分 C型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い」と判定された者及びHBs抗原検査において「陽性」と判定された者については、医療機関での受診を勧奨する。 (カ) 検査の結果 検査の結果については、別紙を参考として指導区分を付し、受診者に速やかに通知する。 イ (略)	凝集法等を用いて、HBs抗原の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。 但し、HBs抗原検査は、B型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定することが難しい場合があることに留意すること。 凝集法等による定性的な判断のできる検査方法を用いること。 なお、いずれの検査についても、その結果の判定に当たっては、検査に携わる医師によって行われるものであること。 (オ) 指導区分 C型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い」と判定された者、及び、HBs抗原検査において「陽性」と判定された者については、医療機関への受診を勧奨する。 (カ) 通知の結果 検査の結果については、別紙を参考として指導区分を付し、受診者に速やかに通知する。 イ (略)

特定感染症検査等事業実施要綱

平成 14 年 3 月 27 日 健発第 0327012 号

最終一部改正

平成 22 年 3 月 24 日 健発 0324 第 37 号

1. 事業目的

この事業は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成 10 年法律第 114 号）第 11 条第 1 項の規定により、「性感染症に関する特定感染症予防指針」（平成 12 年厚生省告示第 15 号）及び「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」（平成 11 年厚生省告示第 217 号）に基づき、性感染症検査及び性感染症に関する相談事業、HIV 抗体検査及びエイズに関する相談事業並びに肝炎ウイルス検査及び肝炎ウイルスに関する相談事業、緊急肝炎ウイルス検査事業を推進することにより、これらの感染症の発生の予防・まん延防止及び治療対策の推進を図ることを目的とする。

2. 事業の実施主体

この事業の実施主体は、都道府県、政令市及び特別区とする。

3. 事業内容

保健所等で行う性感染症（性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、梅毒及び淋菌感染症の 5 疾患）に係る検査事業及び性感染症に関する相談事業、HIV 抗体検査及びエイズに関する相談事業並びに肝炎ウイルス検査事業（HBs 抗原検査及び C 型肝炎ウイルス検査。）及び肝炎ウイルスに関する相談事業、緊急肝炎ウイルス検査事業（HBs 抗原検査及び C 型肝炎ウイルス検査。医療機関等へ事業を委託して実施。）に対して補助をするものである。

なお、各事業の詳細については下のとおりとする。

（1）性感染症検査及び性感染症に関する相談事業

- ア 保健所における性感染症に指定した 5 疾患の検査事業
- イ 保健所における性感染症に指定した 5 疾患の相談事業

（2）HIV 抗体検査及びエイズに関する相談事業

- ア 保健所におけるエイズストップ作戦関連事業実施要綱に基づく事業
- イ エイズ治療拠点病院における HIV 抗体検査等事業実施要綱に基づく事業
- ウ その他

炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い」と判定。

b HCV抗原検査

HCV抗体検査により中力価及び低力価とされた検体に対して、HCV抗原検査を行い、結果が陽性を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い」と判定、結果が陰性を示す場合はHCV核酸増幅検査を行うこと。

c HCV核酸増幅検査

HCV抗原検査の結果が陰性を示す場合は、HCV-RNAの検出を行い、検出された場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い」と判定、検出されない場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染していない可能性が極めて高い」と判定。

d HBs抗原検査

凝集法等を用いて、HBs抗原の検出を行い、陽性又は陰性の別を判定。

ただし、HBs抗原検査は、B型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定することが難しい場合があることに留意すること。

なお、いずれの検査についても、その結果の判定に当たっては、検査に携わる医師によって行われるものであること。

(オ) 指導区分

C型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い」と判定された者及びHBs抗原検査において「陽性」と判定された者については、医療機関での受診を勧奨する。

(カ) 検査の結果

検査の結果については、別紙を参考として指導区分を付し、受診者に速やかに通知する。

イ B型及びC型肝炎ウイルスに関する相談事業

(4) 緊急肝炎ウイルス検査事業

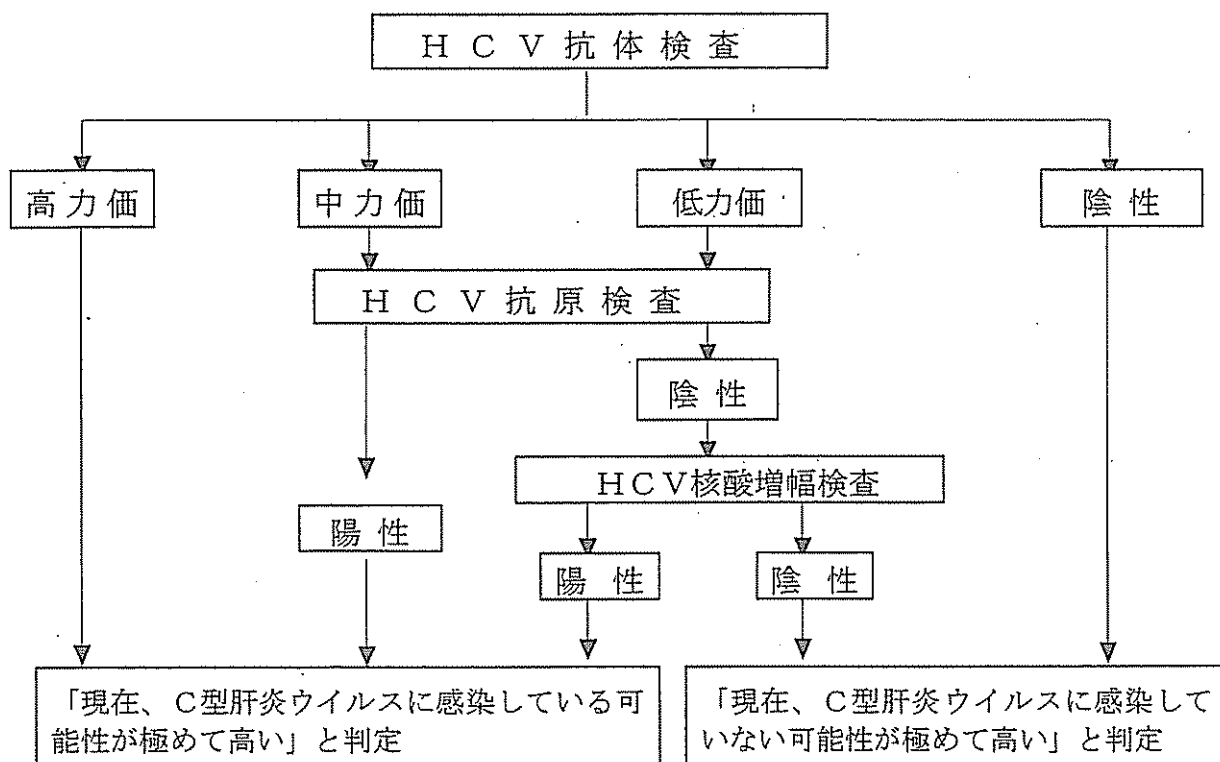
ア 本事業は、(3)のアの事業の規定を準用する。この場合において、(3)のアの(ア)中、「保健所において実施」とあるのは、「医療機関等への委託(地域の医師会等の理解と協力を得て、医療機関等を選定。)により実施」と読み替える。

イ 本検査事業に要した費用については、検査受診者からは徴収しないこととする。

(別紙)

判定結果 (C型肝炎ウイルス検査)

<参考>



判定結果 (HBs抗原検査)

陽 性	陰 性
-----	-----

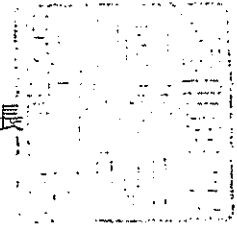
六

健発0324第38号

平成22年3月24日

各
〔都道府県知事
保健所設置市長
特別区長〕 殿

厚生労働省健康局長



感染症対策特別促進事業実施要綱の一部改正について

標記について、今般、実施要綱の一部を別紙新旧対照表のとおり改正し、平成22年4月1日から適用することとしたので通知する。

なお、本事業の実施にあたっては、事業が円滑に実施されるよう貴管内における関係機関等への周知について特段の御配慮をお願いする。

別紙

改正後	現行
別添 4 肝炎対策事業実施要綱 1 目的 我が国の肝炎ウイルスキャリアはB型、C型合わせて220万人から340万人存在すると推定されており、長期間の経過の後に肝硬変や肝細胞がんを引き起こす危険が指摘されていることから、地域における肝炎診療の充実及び向上のため、医療提供体制の確保や患者への情報提供を行う。 また、シンポジウム等を開催し、<u>B型・C型肝炎ウイルスの普及啓発を行うことにより、国民に対して、感染予防、早期発見及び早期治療の推進を図るとともに、地域の実情に応じた肝炎患者・家族等に対する支援対策を実施し、肝炎患者の生活の安定に資することを目的とする。</u> 2 実施主体 この事業の実施主体は、都道府県、<u>保健所設置市及び特別区（以下、「都道府県等」という。）とする。</u> ただし、<u>3に記載した事業の（6）～（10）については都道府県とする。</u>	別添 4 肝炎対策事業実施要綱 1 目的 我が国の肝炎ウイルスキャリアはB型、C型合わせて220万人から340万人存在すると推定されており、長期間の経過の後に肝硬変や肝細胞癌を引き起こす危険が指摘されていることから、地域におけるC型肝炎診療の充実及び向上のため、医療提供体制の確保や患者への情報提供を行う。 また、<u>街頭キャンペーン、シンポジウム等を開催し、B型・C型肝炎ウイルスの普及啓発を行うことにより国民に対して、感染予防、早期発見及び早期治療の推進を図ることを目的とする。</u> 2 実施主体 この事業の実施主体は、都道府県、<u>政令市及び特別区とする。</u> ただし、<u>事業の（7）～（9）については都道府県・独立行政法人及び国立大学法人のみ、（10）については都道府県のみとする。</u>

改正後

3 事業内容

(1) 肝炎対策協議会の設置

都道府県等は、医師会、肝炎に関する専門医、関係市区町村や保健所等の関係者によって構成される肝炎対策協議会を設置するものとする。ただし、既に地域において同様の組織がある場合には、これを活用して差し支えない。また、保健所設置市及び特別区においては都道府県と常時連携体制を取るものとする。

同協議会においては、各都道府県等の実情に応じて肝炎に関する以下の事項等について必要な検討を行うものとする。

ア～カ (略)

キ 肝炎診療にかかわる医療機器情報の収集と提供

ク 肝炎診療にかかわる人材の育成

ケ 各施策についての検討を基にした目標等の設定

コ (略)

(2) (略)

(3) 肝炎診療支援リーフレットの作成・配布

都道府県等は、肝炎対策協議会の検討内容を踏まえて、肝炎に関する適切な情報提供を目的として以下を作成し、各対象へ配布する。

ア (略)

イ (略)

現行

3 事業内容

(1) 肝炎対策協議会の設置

都道府県等は、医師会、肝炎に関する専門医、関係市区町村や保健所等の関係者によって構成される肝炎対策協議会を設置するものとする。ただし、既に地域において同様の組織がある場合には、これを活用して差し支えない。また、政令市及び特別区においては都道府県と常時連携体制を取るものとする。

同協議会においては、各都道府県等の実情に応じてC型肝炎に関する以下の事項等について必要な検討を行うものとする。

ア～カ (略)

キ 肝炎診療に関わる医療機器情報の収集と提供

ク 肝炎診療に関わる人材の育成

ケ 各施策についての検討を基に目標等を設ける。

コ (略)

(2) (略)

(3) 肝炎診療支援リーフレットの作成・配付

都道府県等は、肝炎対策協議会の検討内容を踏まえて、肝炎に関する適切な情報提供を目的として以下を作成し、各対象へ配付する。

ア (略)

イ (略)

改正後	現行
<u>削除</u> (4) シンポジウム等の開催 都道府県等は、<u>専門医を講師として招き、地域住民に対して、感染予防や治療に関する最新情報を分かりやすく伝えることや社会的及び精神的な面における相談、肝炎ウイルスに関する意見交換等を行うシンポジウム等を開催するなど、肝炎に関する正しい知識等を普及させるための事業を行うものとする。</u> (5) ポスター・リーフレットの作成・配布による普及啓発 都道府県等は、肝炎ウイルスにおける正しい知識の普及と肝炎ウイルス検査勧奨等地域の実情に合わせた情報提供を行うためにポスター・リーフレット等を作成し、<u>シンポジウム等で配布するものとする。</u> (6) 新聞広告、電車等の中吊り<u>広告</u>の掲載による普及啓発 都道府県は、<u>新聞広告や電車等中吊りポスターにより正しい知識の普及啓発や保健所等での肝炎ウイルス検査の受診勧奨を行うものとする。</u>	(4) <u>街頭キャンペーンの開催</u> <u>都道府県等において、街頭キャンペーンにおいて肝炎ウイルスに関する専門医を講演者として派遣し、肝炎ウイルスに関する正しい知識等を普及させる。</u> (5) シンポジウムの開催 都道府県等はシンポジウムにおいて、<u>専門医を講師として招き、地域住民に感染予防や治療に関する最新情報を分かりやすく伝えることや社会的及び精神的な面における相談、肝炎ウイルスに関する意見交換等を行う。</u> (6) ポスター・リーフレットの作成・<u>配付</u>による普及啓発 都道府県等は、肝炎ウイルスにおける正しい知識の普及と肝炎ウイルス検査勧奨等地域の実情に合わせた情報提供を行うためにポスター、リーフレット等を作成し、<u>街頭キャンペーン、シンポジウム等で配付する。</u> (10) 新聞広告、電車等の中吊り<u>ポスター</u>の掲載による普及啓発 都道府県において、<u>新聞広告や電車等中吊りポスターにより正しい知識の普及啓発や保健所等での肝炎ウイルス検査の受診勧奨を行うものとする。</u>

改正後	現行
(7) <u>肝炎患者等支援対策事業</u> <u>都道府県は、肝炎患者の生活の安定に資するため、地域の実情に応じた肝炎患者や家族等に対する支援対策事業を実施するものとする。</u> <u>〔事業例〕</u> ・ <u>地域の患者、家族及び患者支援団体等の要望にこたえるための『患者サロン』の開設</u> ・ <u>肝炎患者又は元患者であった者を講師とした、肝疾患相談センター相談員の資質向上を図るための講習会の開催</u> ・ <u>同じ経験を有する患者・家族が相談に応じ、お互いに支え合うこと（ピアサポート）ができるよう、肝炎患者等を対象としたピアサポーターを育成するための研修の実施</u> (8) <u>肝疾患診療連携拠点病院等連絡協議会の設置</u> <u>都道府県は、都道府県が指定する肝疾患診療連携拠点病院において、かかりつけ医と専門医との連携の在り方等の検討を行い、適切な肝炎治療が行われるよう地域医療の連携を図るものとする。</u> (9) <u>肝疾患相談センターの設置</u> <u>都道府県は、都道府県が指定する肝疾患診療連携拠点病院において、肝疾患相談センターを設置するものとする。また、同センターには相談員（医師、看護師等）を設置し、患者、キャリア及び家族等からの相談</u>	[新設] (7) <u>肝疾患診療連携拠点病院等連絡協議会の設置</u> <u>肝疾患診療連携拠点病院において、かかりつけ医と専門医との連携の在り方等の検討を行い、適切な肝炎治療が行われるよう地域医療の連携を図る。</u> <u>1 都道府県あたり基準額542千円を上限とする。</u> (8) <u>肝疾患相談センターの設置について</u> <u>肝疾患診療連携拠点病院内に患者、キャリア、家族等からの相談等に対応するための相談員（医師、看護師）を配置する。また、相談員は肝炎に関する情報の収集を行う。</u>

改正後	現行
等に対応するほか、肝炎に関する情報の収集等を行うものとする。	<u>1 医療機関あたり基準額 11,938 千円を上限とする。</u>
(10) 肝炎専門医療従事者の研修事業 都道府県は、<u>都道府県が指定する肝疾患診療連携拠点病院において、地域での適切な肝炎への医療提供体制が確保されることを目的とした医療従事者（医師、看護師、薬剤師等）に対する原因ウイルスの相違、患者の病態に応じた診療における留意点等その他肝炎に関する必要な事項についての研修を実施するものとする。</u>	(9) 肝炎専門医療従事者の研修事業 都道府県等は、<u>肝炎対策協議会の検討内容を踏まえつつ、地域での適切な肝炎への医療提供体制が確保されることを目的として、医療従事者（看護師、薬剤師等）に対して原因ウイルスの相違、患者の病態に応じた診療における留意点等その他肝炎に関する必要な事項について研修を実施するものとする。</u> <u>1 都道府県あたり基準額 1,401 千円を上限とする。</u>
4 事業実施上の留意事項 (1) 都道府県等は、地域の実情や患者等の意向等を踏まえ、医師会等の関係団体、関係学会及び関係行政機関等との連携を図りつつ、患者等の利便性を十分配慮した事業の実施に努める<u>ものとする。</u> (2) 事業の実施上知り得た事実、特に個人が特定される情報については、関係法令に従い、<u>適正かつ</u>慎重に取り扱うとともに、その保護に十分配慮するよう、関係者に対して指導するものとする。 (3) 地域住民及び医療関係者に対し、広報誌等を通じて事業の周知を図るものとする。	4 事業実施上の留意事項 (1) 都道府県等は、地域の実情や患者等の意向等を踏まえ、医師会等の関係団体、関係学会、関係行政機関等と連携を図りつつ、患者等の利便性を十分配慮した事業の実施に努める。 (2) 事業の実施上知り得た事実、特に個人が特定される情報については、関係法令に従い、<u>適正にかつ</u>慎重に取り扱うとともに、その保護に十分配慮するよう、関係者に対して指導するものとする。 (3) 地域住民及び医療関係者に対し、広報誌等を通じて事業の周知を図るものとする。

別紙

改正後	現行
5 経費の負担 都道府県等が、この実施要綱に基づき実施する事業に要する経費については、厚生労働大臣が別に定める「感染症予防事業費等国庫負担(補助)金交付要綱」に基づいて、予算の範囲内で国庫補助を行うものとする。 なお、3の(8)から(10)に掲げる事業において、<u>肝疾患診療連携拠点病院が独立行政法人又は国立大学法人立の医療機関である場合は、当該法人へ直接国庫補助を行うものとする。</u>	5 経費の負担 都道府県、<u>政令市、特別区、独立行政法人及び国立大学法人</u>がこの実施要綱に基づき実施する事業に要する経費については、厚生労働大臣が別に定める「感染症予防事業費等国庫負担(補助)金交付要綱」に基づいて、予算の範囲内で国庫補助を行うものとする。

別紙

改正後	現行
別添 5 肝炎治療特別促進事業実施要綱 1 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、<u>インターフェロン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、このインターフェロン治療については月額の治療費が高額となること、また、核酸アナログ製剤治療については長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、早期治療の促進のため、このインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤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。</u> 2 (略)	別添 5 肝炎治療特別促進事業実施要綱 1 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、<u>インターフェロン治療が奏功すれば、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。</u> 2 (略)

改正後	現行
3 対象医療 この事業の対象となる医療は、B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎の根治を目的として行うインターフェロン治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われる<u>核酸アナログ製剤治療</u>で、保険適用となっているものとする。 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ものとする。 4 対象患者 3に掲げる対象医療を必要とする患者であって、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、保健医療機関等（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又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けている者とする。 ただし、他の法令等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る者は除くものとする。	3 対象医療 この事業の対象となる医療は、B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎の根治を目的として行うインターフェロン治療で、保険適用となっているものとする。 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ものとする。 4 対象患者 第3に掲げる対象医療を必要とする患者であって、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、保健医療機関等（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又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けている者とする。 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る者は除くものとする。

別紙

改正後	現行
5 (略) 6 実施方法 (1) 事業の実施は、原則として各都道府県が3に定める対象医療を適切に行うことができる保険医療機関等に対し、当該事業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。 (2) 前項の金額は、次のアに規定する額からイに規定する対象患者が負担する額を控除した額とする。 ア 医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律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又は高齢者の医療の確保に関する法律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 イ 1か月につき別表に定める額を限度とする額 7 認定 都道府県知事は、医療機関が発行する医師の診断書を基に、対象患者の認定を行うものとする。認定を行うに当たっては、事業の適正かつ円滑な実施を図るため、肝炎の専門家等から構成される認定協議会を設けるものとする。 なお、診断書は、3に定める対象医療を適切に行うことができるものとして、都道府県が指定した保険医療機関が発行することが望ましい。	5 (略) 6 実施方法 1 事業の実施は、原則として各都道府県が第3に定める対象医療を適切に行うことができる保険医療機関等に対し、当該事業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。 2 前項の金額は、次の(1)に規定する額から(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又は後期高齢者医療の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又は高齢者の医療の確保に関する法律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か月につき別表に定める額を限度とする額 7 認定 都道府県知事は、医療機関が発行する医師の診断書を基に、対象患者の認定を行うものとする。認定を行うに当たっては、事業の適正かつ円滑な実施を図るため、肝炎の専門家等から構成される認定協議会を設けるものとする。 なお、診断書は、第3に定める対象医療を適切に行うことができるものとして、都道府県が指定した保険医療機関が発行することが望ましい。

別紙

改正後		現行	
8	(略)	8	(略)
9	(略)	9	(略)

別紙

改正後			現行		
(別表) 肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表			(別表) 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)	階層区分		自己負担限度額 (月額)
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上の場合	20,000円	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
乙	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000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

肝炎対策事業実施要綱

1 目的

我が国の肝炎ウイルスキャリアはB型、C型合わせて220万人から340万人程度存在すると推定されており、長期間の経過の後に肝硬変や肝細胞がんを引き起こす危険が指摘されていることから、地域におけるC型肝炎診療の充実及び向上のため、医療提供体制の確保や患者への情報提供を行う。

また、シンポジウム等を開催し、B型・C型肝炎ウイルスの普及啓発を行うことにより、国民に対して、感染予防、早期発見及び早期治療の推進を図るとともに、地域の実情に応じた肝炎患者・家族等に対する支援対策を実施し、肝炎患者の生活の安定に資することを目的とする。

2 実施主体

この事業の実施主体は、都道府県、保健所設置市及び特別区（以下、「都道府県等」という。）とする。

ただし、3に記載した事業の（6）～（10）については都道府県とする。

3 事業内容

（1）肝炎対策協議会の設置

都道府県等は、医師会、肝炎に関する専門医、関係市区町村や保健所等の関係者によって構成される肝炎対策協議会を設置するものとする。ただし、既に地域において同様の組織がある場合には、これを活用して差し支えない。また、保健所設置市及び特別区においては都道府県と常時連携体制を取るものとする。

同協議会においては、各都道府県等の実情に応じてC型肝炎に関する以下の事項等について必要な検討を行うものとする。

ア 検診等を通じてB型肝炎ウイルス（以下「HBV」という。）及びC型肝炎ウイルス（以下「HCV」という。）に感染している可能性が極めて高いと判定された者に対する保健師等による相談及び診療指導

イ HBV及びHCV検診の結果、医療機関への受診を勧奨された者の受診状況や治療状況等の把握

ウ HBV及びHCV検診を受けていないハイリスク・グループに検診を勧奨する方策

エ HBV及びHCV持続感染者が、継続的なかかりつけ医への受診等の健康管理を十分に受けていない場合の改善方策

- オ 身近な医療圏において病状に応じた適切な肝炎診療が行われるよう、かかりつけ医と専門医療機関との連携の強化
- カ 慢性肝炎・肝硬変や肝がんに対する高度専門的又は集学的な治療を提供可能な医療機関の確保
- キ 肝炎診療にかかわる医療機関情報の収集と提供
- ク 肝炎診療にかかわる人材の育成
- ケ 各施策についての検討を基にした目標等の設定
- コ 事業実施の評価

(2) 肝炎診療従事者研修の実施

都道府県等は、肝炎対策協議会の検討内容を踏まえつつ、地域での適切な肝炎への医療提供体制が確保されることを目的として、かかりつけ医等の肝炎診療従事者に対して、肝炎概論、肝炎患者への日常的な診療内容、専門医への紹介を要する症状・所見、専門医との連携の在り方その他肝炎に関する必要な事項について研修を実施するものとする。

(3) 肝炎診療支援リーフレットの作成・配布

都道府県等は、肝炎対策協議会の検討内容を踏まえつつ、肝炎に関する適切な情報提供を目的として以下を作成し、各対象へ配布する。

- ア 肝炎患者やその家族を対象とした、肝炎について適切な理解を得ることができるためのリーフレット
- イ 医療機関を対象とした、肝炎患者への日常的な診療内容、専門医へ紹介すべき状態、専門医との連携の在り方などを記載した適切な肝炎診療が実現されるためのリーフレット

(4) シンポジウム等の開催

都道府県等は、専門医を講師として招き、地域住民に対して、感染予防や治療に関する最新情報を分かりやすく伝えることや社会的及び精神的な面における相談、肝炎ウイルスに関する意見交換等を行うシンポジウム等を開催するなど、肝炎に関する正しい知識等を普及させるための事業を行うものとする。

(5) ポスター・リーフレットの作成・配布による普及啓発

都道府県等は、肝炎ウイルスにおける正しい知識の普及と肝炎ウイルス検査勧奨等地域の実情に合わせた情報提供を行うためにポスター・リーフレット等を作成し、シンポジウム等で配布するものとする。

(6) 新聞広告、電車等の中吊り広告の掲載による普及啓発

都道府県は、新聞広告や電車等中吊りポスターにより正しい知識の普及啓発や保健所等での肝炎ウイルス検査の受診勧奨を行うものとする。

(7) 肝炎患者等支援対策事業

都道府県は、肝炎患者の生活の安定に資するため、地域の実情に応じた肝炎患者や家族等に対する支援対策事業を実施するものとする。

[事業例]

- ・ 地域の患者、家族及び患者支援団体等の要望にこたえるための『患者サロン』の開設
- ・ 肝炎患者又は元患者であった者を講師とした、肝疾患相談センター相談員の資質向上を図るための講習会の開催
- ・ 同じ経験を有する患者・家族が相談に応じ、お互いに支え合うこと（ピアサポート）ができるよう、肝炎患者等を対象としたピアサポーターを育成するための研修の実施

(8) 肝疾患診療連携拠点病院等連絡協議会の設置

都道府県は、都道府県が指定する肝疾患診療連携拠点病院において、かかりつけ医と専門医との連携の在り方等の検討を行い、適切な肝炎治療が行われるよう、地域医療の連携を図るものとする。

(9) 肝疾患相談センターの設置

都道府県は、都道府県が指定する肝疾患診療連携拠点病院において、肝疾患相談センターを設置するものとする。また、同センターには相談員（医師、看護師等）を設置し、患者、キャリア及び家族等からの相談等に対応するほか、肝炎に関する情報の収集等を行うものとする。

(10) 肝炎専門医療従事者の研修事業

都道府県は、都道府県が指定する肝疾患診療連携拠点病院において、地域での適切な肝炎への医療提供体制が確保されることを目的とした医療従事者（医師、看護師、薬剤師等）に対する原因ウイルスの相違、患者の病態に応じた診療における留意点等その他肝炎に関して必要な事項についての研修を実施するものとする。

4 事業実施上の留意事項

- (1) 都道府県等は、地域の実情や患者等の意向等を踏まえ、医師会等の関係団体、関係学会、関係行政機関等と連携を図りつつ、患者等の利便性を十分配慮した事業の実施に努めるものとする。
- (2) 事業の実施上知り得た事実、特に個人が特定される情報については、関係法令に従い、適正かつ慎重に取り扱うとともに、その保護に十分配慮するよう、関係者に対して指導するものとする。

(3) 地域住民及び医療関係者に対し、広報誌等を通じて事業の周知を図るものとする。

5 経費の負担

都道府県等がこの実施要綱に基づき実施する事業に要する経費については、厚生労働大臣が別に定める「感染症予防事業費等国庫負担（補助）金交付要綱」に基づいて、予算の範囲内で国庫補助を行うものとする。

なお、3の（8）から（10）に掲げる事業において、肝疾患診療連携拠点病院が独立行政法人又は国立大学法人立の医療機関である場合は、当該法人へ直接国庫補助を行うものとする。

肝炎治療特別促進事業実施要綱

1 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、インターフェロン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、このインターフェロン治療については月額の治療費が高額となること、また、核酸アナログ製剤治療については長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、早期治療の促進のため、このインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤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。

2 実施主体

実施主体は、都道府県とする。

3 対象医療

この事業の対象となる医療は、B 型ウイルス性肝炎及び C 型ウイルス性肝炎の根治を目的として行うインターフェロン治療並びに B 型ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療で、保険適用となっているものとする。

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ものとする。

4 対象患者

3 に掲げる対象医療を必要とする患者であって、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、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又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けている者とする。

ただし、他の法令等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る者は除くものとする。

5 助成期間

助成の期間は、原則として同一患者について 1 か年を限度とする。

6 実施方法

- (1) 事業の実施は、原則として各都道府県が3に定める対象医療を適切に行うことができる保険医療機関等に対し、当該事業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。
- (2) 前項の金額は、次のアに規定する額からイに規定する対象患者が負担する額を控除した額とする。

ア 医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律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又は高齢者の医療の確保に関する法律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

イ 1か月につき別表に定める額を限度とする額

7 認定

都道府県知事は、医療機関が発行する医師の診断書を基に、対象患者の認定を行うものとする。認定を行うに当たっては、事業の適正かつ円滑な実施を図るため、肝炎の専門家等から構成される認定協議会を設けるものとする。

なお、診断書は、3に定める対象医療を適切に行うことができるものとして、都道府県が指定した保険医療機関が発行することが望ましい。

8 関係者の留意事項

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。

9 国の補助

国は、都道府県がこの事業のために支出した費用に対し、その2分の1を補助するものとする。

(別表)

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)
甲	世帯の市町村民税（所得割）課 税年額が235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税（所得割）課 税年額が235,000円未満の場合	10,000円

健疾発0324第1号
平成22年3月24日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局疾病対策課長



「肝炎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号本職通知「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22年4月1日より適用することとしたので通知する。

なお、これに伴い、平成21年3月27日健疾発第0327005号本職通知「肝炎治療特別促進事業における運用変更について」は廃止する。

(別添)

「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて」一部改正新旧対照表

改正後	改正前
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2-4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、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。 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。 なお、インターフェロン治療で、本事業により2回目の助成を受けようとする者についても同様とする。	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)の別紙肝炎治療特別促進事業実施要綱(以下「実施要綱」という。)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、別紙様式例1による肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書(以下「交付申請書」という。)、別紙様式例2による医師の診断書、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の写しを添えて、申請者が居住する都道府県知事に申請するものとする。 2. 対象患者の認定について 都道府県知事は、実施要綱第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。

改正後	改正前
3. 自己負担限度額階層区分の認定について <u>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。</u> <u>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。</u> 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)のイ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。	[新設] 3. 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 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3による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。）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) 肝炎インターフェロン治療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。なお、受給者証の更新は認めないものとする。 4. 対象患者が負担すべき額について (1) 実施要綱第6の2の(1)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6の2の(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6の2の(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。

改正後	改正前
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肝炎インターフェロン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。	7. 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4による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。）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。 5. 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。

改正後	改正前
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、<u>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。</u>	6. 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。 8. その他 都道府県知事は、<u>これらの取扱いをより効果的なものとするために、必要に応じて情報収集等を行うことができるものとする。</u>

別紙

改正後	現行
(別添1) 認 定 基 準 <u>1. インターフェロン治療について</u> <u>(1) HBs 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性の B 型肝炎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</u> <u>(2) HCV-RNA 陽性の C 型肝炎肝炎及び 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</u> <u>※ 本事業において2回以上の助成を受けることができるのは、上記(2)の基準を満たし、かつ、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。</u> <u>① 前回の治療において、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。</u> <u>② 前回の治療において、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。</u> <u>2. 核酸アナログ製剤治療について</u> <u>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型肝炎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</u>	(別添) 認 定 基 準 ・ HBs 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性の B 型肝炎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 型肝炎肝炎及び 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

改正後	現行
(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) C 型慢性肝炎セログループ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、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)については、対象としない。 ※ (1) 及び (2) について各々該当する場合には、最大1年8か月を限度とする期間延長を認める。 2. 上記1の(1)における「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。 (1) 前回の治療において、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が陰性化した者が再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当し48週プラス24週(トータル72週間)の延長投与が必要と医師が判断した場合。 (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」に該当し48週プラス24週(トータル72週間)の延長投与が必要と医師が判断した場合。 ※ 前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値。 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。	[新設]

別紙

改正後

(別紙様式例 1-1)

肝炎治療受給者証（新規・更新）交付申請書 （インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療）					
申 請 者	氏名			性別	男 女
	生年月日	明治 大正	年 月 日	職業	
	住 所	(電話)			
	加入 医療 保険	被保険者氏名		申請者との 続 続	
		保険種別	国・都・道・府・市	被保険者証の 記号・番号	
被保険者証 発行機関名					
	所在地				
病 名					
本助成制度 利用 歴		1. あり 2. なし 受給者証番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)			
保 険 は 区 保 険 局 間 局	保 険 者 名				
	所 在 地				
	保 険 者 名				
	所 在 地				
（インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療）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・核酸アナログ製剤治療）の（新規・更新）交付を申請します。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 知事 印					

（注）インターフェロン治療において、4週間の効果を受けることができるのは、次の要件を満たした患者に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく相談ください。
 【認定要件】 HCV-RNA 陽性のC型肝炎患者及びC型肝炎慢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であり、以下の①、②のいずれにも該当しないもの。
 ①前回の治療において、半量投与のペグインターフェロン及びリ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前回の治療において、ペグインターフェロン及びリビリン併用療法による 72 週投与が行われたケース。

現行

(別紙様式例 1)

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書					
申 請 者	氏名			性別	男 女
	生年月日	明治 大正	年 月 日	職業	
	住 所	(電話)			
	加入 医療 保険	被保険者氏名		申請者との 続 続	
		保険種別	国・都・道・府・市	被保険者証の 記号・番号	
被保険者証 発行機関名					
	所在地				
病 名					
保 険 は 区 保 険 局 間 局	保 険 者 名				
	所 在 地				
	保 険 者 名				
	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 知事 印					

別紙

改正後

現行

(別紙様式附1-2)

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）交付申請書					
申請者	氏名			性別	男 女
	生年月日	昭和	年 月 日	職業	
	住所	(電話)			
	加入 医療 保険	被保険者氏名		申請者との 続	
		保険種別	協・組・共・国・機	被保険者証の 記号・番号	
		被保険者証 発行機関名			
所在地					
病名	1. あり 2. なし				
本助成制度 利用歴	受給者証番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)				
保又 険は 医療 保険 機関	名 称				
	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。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 知事 殿					

(注) インターフェロン治療において4回目の効果を受けることができるのは、次の要件を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく相談してください。

① 治療後 HCV-RNA 陽性の慢性肝炎及びC型肝炎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であり、以下の②、③のいずれにも該当しないもの。

② 前回の治療において、十分な量のペグインターフェロン及びリ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 が陽性化しなかったケース。

③ 前回の治療において、ペグインターフェロン及びリビリン併用療法による 72 週投与が行われたケース。

6

7

改正後

現行

(別紙様式例 1-4)

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）更新申請書						
申 請 者	氏 名				性 別	男 女
	生 年 月 日	明昭 大平	年	月	日	職 業
	住 所	(電話)				
	加 入 區 療 保 険	被保険者氏名			申請者との 続	
		保 険 種 別	国・組・共・国・民		被保険者証の 記号・番号	
持 続 保 険 者 証 名						
所 在 地						
病 名						
本助成制度 利 用 区	1. あり 2. なし 受給者証番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)					
保 険 は 区 保 険 者 証 持 続 局	名 称					
	所 在 地					
保 険 は 区 保 険 者 証 持 続 局	名 称					
	所 在 地					
核酸アナログ製剤治療の効果・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（核酸アナログ製剤治療）の更新を申請します。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 知事 監						

改正後

現行

(別紙様式例1-1、1-2、1-3、1-4の裏面)

【肝炎試験アログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

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. 型肝炎ウイルス マーカー (1)HBs抗原 HBs抗体 HBe抗体 (2)HBV-DNA定量	前回申請時データ (検査日: 平成 年 月 日) (記入する方を○で囲む。)	更新時直近データ (検査日: 平成 年 月 日) (記入する方を○で囲む。)
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	前回申請時データ (検査日: 平成 年 月 日)	更新時直近データ (検査日: 平成 年 月 日)
	3. 画像診断及び肝 機能などの所見 (特記すべき所見があ れば記載する。)	前回申請時データ (検査日: 平成 年 月 日)	更新時直近データ (検査日: 平成 年 月 日)
診断	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	1. エンタカビル単剤 2. ラミブジン単剤 3. アデホビル単剤 4. ラミブジン+アデホビル 5. その他 (具体的に記載してください。)		
治療薬剤の変更	前回申請時からの治療薬剤の変更 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試験ア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			

- (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か月以内の資料に基づいて記載してください。
 3. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の補正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。

【新設】

改正後

(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 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢)	
住所	郵便番号				
住所	電話番号				
診断年月	昭和・平成 年 月	初診 (あれば記載する。)	医師 氏名	医療機関名	
検査所見	インターフェロン治療開始時の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HBs抗原 (＋／－) (該当する方を○で囲む。) (2) HBs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 (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位:) 測定法: (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 3. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST () () () () ALT () () () () 血小板数 () () () () 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する。) (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)				
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤＋リビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤＋リビリン製剤 6. ペグインターフェロンα製剤＋リビリン製剤 7. その他 (具体的に記載してください。) 治療予定期間 迄 (平成 年 月～平成 年 月)				
治療上の問題点					
医師機関名及び所在地	記載年月日 平成 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9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。

現行

(別紙様式例2)

インターフェロン治療受給者証の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢)	
住所	郵便番号				
住所	電話番号				
診断年月	昭和・平成 年 月	初診 (あれば記載する。)	医師 氏名	医療機関名	
検査所見	インターフェロン治療開始時の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HBs抗原 (＋／－) (該当する方を○で囲む。) (2) HBs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 (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位:) 測定法: (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 3. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST () () () () ALT () () () () 血小板数 () () () () 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する。) (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)				
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤＋リビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤＋リビリン製剤 6. ペグインターフェロンα製剤＋リビリン製剤 7. その他 (具体的に記載してください。) 治療予定期間 迄 (平成 年 月～平成 年 月)				
治療上の問題点					
医師機関名及び所在地	記載年月日 平成 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9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。

改正後

現行

(別添様式第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	昭和 大平	年 月 日 生 (歳 歳)
住所	郵便番号				
	電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	病院 (あれば記 載する。)	医療機関名 医師名		
前回の治療	☐ HCV-RNA陽性のC型肝炎患者及びC型肝炎患者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であり、以下の①、②のいずれにも該当しない。 ☐ ①前回の治療において、十分量のペグインターフェロン及びリ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前回の治療において、ペグインターフェロン及びリビリン併用療法による72週投与が行われたケース。				
検査所見	インターフェロン治療開始時の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: , 測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の高値値: ~) ALT _____ IU/l (施設の高値値: ~) 血小板数 _____ /μl (施設の高値値: ~) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検定すべき所見があれば記載する。) (検査日: 平成 年 月 日)				
診断	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. あり 2. なし				
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα単剤療法 2. インターフェロンα製剤単剤 3. ペグインターフェロン製剤単剤 4. インターフェロンα製剤+リビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リビリン製剤 6. ペグインターフェロンα製剤+リビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください) 治療予定期間 週 (平成 年 月～平成 年 月)				
治療上の問題点					
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				

(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、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りますので、ご注意ください。

改正後

現行

(別添様式第2-3)

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(新様式)

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	男・女	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	前歴 (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製剤治療の有無 1. あり 2. なし ありの場合、核酸アナログ製剤治療の経歴の必要 1. あり 2. なし			
検査所見	核酸アナログ製剤治療開始前データ (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)		最近のデータ (治療開始後3か月以内の値は記載不要) (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 (+-) HBs抗体 (+-) (2) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法)		(単位: 、測定法)	
	2. 血液検査 AST (単位:) ALT (単位:) 血小板数 (単位:)		(単位:)	
診断	検査番号を○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	検査番号を○で囲む 1. エンテカビル単独 2. ラミブジン単独 3. アデホビル単独 4. ラミブジン+アデホビル 5. その他(具体的に記載してください。) 治療開始日(予定を含む。) 平成 年 月 日			
治療上の問題点				
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				

(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認定できないことがあるので、ご注意ください。

改正後

現行

(別添様式例2-4)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療・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 患者氏名			性別	生年月日(年齢)	
			男・女	昭和 大平	年 月 日 (満 歳)
住所	郵便番号				
	電話番号 ()				
診療年月	昭和・平成 年 月	病院 (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製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要			1. あり 2. なし 1. あり 2. なし	
検査所見	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)			最近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要) (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 マーカー及び血液検査 (1) HBs抗原 (＋・－) (2) HBe抗原 (＋・－) HBs抗体 (＋・－) (3) HBV-DNA定量 (4) 血液検査 ALT (単位:) ALP (単位:) 血小板数 (単位:)			(検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)	
	2. C型肝炎ウイルス マーカー及び血液検査 (1) HCV-RNA定量 (単位:) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) (3) ALT (単位:) ALP (単位:) 血小板数 (単位:)			(検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)	
3. 画像診断及び肝生 検などの所見 (特記すべき所見があ れば記載する。)	(検査日: 平成 年 月 日)				
診断	検査番号を○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. 代償性肝炎 (C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	検査番号を○で囲む。 1. インターフェロン製剤単独 2. インターフェロン製剤(置換) 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロン製剤+リビリン製剤 5. インターフェロン製剤+リビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リビリン製剤 7. エンテカビル単独 8. ラズビジン単独 9. アデホビル単独 10. ラズビジン+アデホビル 11. その他(具体的に記載してください。)				
治療上の問題点	治療予定期間 週 (平成 年 月～平成 年 月) 治療開始日(予定を含む。) 平成 年 月				
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				

- (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. インターフェロン治療は記載日より3か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)、核酸アナログ製剤治療は記載日より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. 核酸アナログ製剤治療は、治療開始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記載できないとあるので、ご注意ください。

改正後	現行
(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	[新設]

改正後

(別紙様式例 4-1)

(表 面)

肝										肝炎治療受給者証									
										(インターフェロン治療 ・ 核酸アナログ製剤治療)									
公費負担者番号																			
公費負担医療番号																			
受給者	居住地																		
	氏 名																		
	生 年 月 日	明昭			年			月			日生			男 ・ 女					
疾 病 名																			
保は 険保 医療 健康 局開 文	所在地																		
	名 称																		
	所在地																		
	名 称																		
有効 期 間	インターフェロン 治療	自 平成			年			月			日								
	核酸アナログ 製剤治療	自 平成			年			月			日								
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		平成			年			月			日								

現行

(別紙様式例 3)

(表 面)

肝										肝炎インターフェロン治療受給者証									
公費負担者番号																			
公費負担医療番号																			
受給者	居住地																		
	氏 名																		
	生 年 月 日	明昭			年			月			日生			男 ・ 女					
疾 病 名																			
保は 険保 医療 健康 局開 文	所在地																		
	名 称																		
	所在地																		
	名 称																		
有効期間		自 平成			年			月			日								
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		平成			年			月			日								

別紙

改正後

現行

(別紙様式附4-2)

(表 面)

肝		肝炎治療受給者証 (インターフェロン治療)							
公費負担番号									
公費負担番号									
受給者	居住地								
	氏名								
	生年月日	昭和	年	月	日生	男・女			
疾病名									
保は険保 険保 医療 保険 局 開 文	所在地								
	名称								
	所在地								
	名称								
有効期間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日							
月額自己負担 限度額									
都道府県知事 及び印									
交付年月日		平成 年 月 日							

別紙

改正後															現行																																																																																																																																																																																																														
(別紙様式例 4-3) (表 面) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">肝</td> <td colspan="10" style="text-align: center;"> 肝炎治療受給者証 (核酸アナログ製剤治療) </td> </tr> <tr> <td colspan="2">公費負担者番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">公費負担医療費の受給者番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="text-align: center;">△</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">受給者</td> <td>居 住 地</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>生 年 月 日</td> <td>明昭 大平</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>年</td> <td>月</td> <td>日生</td> <td>男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td colspan="2">疾 病 名</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">保は 険保 険保 険保 被局 関又</td> <td>所 在 地</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>名 称</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td>名 称</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">有 効 期 間</td> <td colspan="12"> 自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">月 額 自 己 負 担 限 度 額</td> <td colspan="12" style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">都道府県知事名 及 び 印</td> <td colspan="12"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">交 付 年 月 日</td> <td colspan="12">平成 年 月 日</td> </tr> </table>																肝		肝炎治療受給者証 (核酸アナログ製剤治療)										公費負担者番号														公費負担医療費の受給者番号													△	受給者	居 住 地													氏 名													生 年 月 日	明昭 大平											年	月	日生	男 ・ 女	疾 病 名														保は 険保 険保 険保 被局 関又	所 在 地													名 称													所 在 地													名 称													有 効 期 間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日												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		平成 年 月 日											
肝		肝炎治療受給者証 (核酸アナログ製剤治療)																																																																																																																																																																																																																											
公費負担者番号																																																																																																																																																																																																																													
公費負担医療費の受給者番号													△																																																																																																																																																																																																																
受給者	居 住 地																																																																																																																																																																																																																												
	氏 名																																																																																																																																																																																																																												
	生 年 月 日	明昭 大平											年	月	日生	男 ・ 女																																																																																																																																																																																																													
疾 病 名																																																																																																																																																																																																																													
保は 険保 険保 険保 被局 関又	所 在 地																																																																																																																																																																																																																												
	名 称																																																																																																																																																																																																																												
	所 在 地																																																																																																																																																																																																																												
	名 称																																																																																																																																																																																																																												
有 効 期 間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日																																																																																																																																																																																																																											
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		平成 年 月 日																																																																																																																																																																																																																											

改正後

(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型肝炎及びC型肝炎は、インターフェロン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、このインターフェロン治療については月額の医療費が高額となること、また、核酸アナログ製剤治療については長期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、このインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤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

- この証を交付された方は、B型肝炎及びC型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を受けた場合、あるいは、B型肝炎を治療するために保険診療により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。
- 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インターフェロン治療、あるいは、核酸アナログ製剤治療に限られています。
- 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、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、〇〇日以内に、〇〇〇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。
- 介護、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに〇〇〇知事に返還してください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、〇〇〇知事にその旨を届け出てください。
- その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

〇〇〇都道府県〇〇部〇〇課〇〇係 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)
又は〇〇〇保健所 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

現行

(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型肝炎及びC型肝炎は、インターフェロン治療が奏効すれば、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

- この証を交付された方は、B型肝炎及びC型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。
- 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インターフェロン治療に限られています。
- 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、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 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、〇〇日以内に、〇〇〇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。
- 介護、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに〇〇〇知事に返還してください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、〇〇〇知事にその旨を届け出てください。
- その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

〇〇〇都道府県〇〇部〇〇課〇〇係 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)
又は〇〇〇保健所 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

改正後

(別紙様式例5)

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・核酸アナログ製剤治療)

月就自己負擔度日.....田

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		

[illegible]

【医療機関等の方へ】

【医療機関等の方へ】
本報に掲載された月額自己負担限度額は、インターフェロン治療と核糖アナログ製剤治療を併用する方の場合であっても、西治療に係る自己負担の合計額に対する1人当たりの限度額となりますので、ご注意ください。

現行

(別紙様式例4)

年 月分 肝炎インターフェロン治療自己負担限度月額管理票

月租自己负担险费率_____

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日 付	区画指図等の名称	権者印
月 日		

[illegible]

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い

平成20年3月31日健疾発0331003号

最終一部改正

平成22年3月24日健疾発0324001号

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2-4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、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。

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。

なお、インターフェロン治療で、本事業により2回目の助成を受けようとする者についても同様とする。

3. 自己負担限度額階層区分の認定について

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。

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肝炎インターフェロン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. インターフェロン治療について

(1) 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

(2) 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

※ 本事業において 2 回目の助成を受けることができるのは、上記 (2) の基準を満たし、かつ、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

- ① 前回の治療において、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 前回の治療において、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。

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

(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) C 型慢性肝炎セログループ 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、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）については、対象としない。

※ (1) 及び (2) について各々該当する場合には、最大 1 年 8 か月を限度とする期間延長を認める。

2. 上記 1 の (1) における「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。

(1) 前回の治療において、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 が陰性化した者が再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNA が 36 週までに陰性化した症例」に該当し 48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合。

(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」に該当し 48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合。

※ 前値：治療開始約半年前～直前までの HCV-RNA 定量値。

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。

肝炎治療受給者証（新規・更新）交付申請書					
（インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療）					
申 請 者	ふりがな氏名		性別	男 女	
	生年月日	明昭大平年 月 日	職業		
	住所	(電話)			
	加入医療保険	被保険者氏名		申請者の続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後		被保険者証の記号・番号
		被保険者証発行機関名			
		所在地			
	病名				
本助成制度利用歴		1. あり 2. なし 受給者証番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)			
保又 険は 医保 療險 機薬 関局	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
（インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療）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・核酸アナログ製剤治療）の（新規・更新）交付を申請します。					
申請者氏名			印		
平成 年 月 日					
知事 殿					

②前回の治療において、peg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。

(別紙様式例 1 - 2)

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）交付申請書						
申請者	ふりがな氏名			性別	男 女	
	生年月日	明昭 大平	年 月 日	職業		
	住所	(電話)				
	加入医療保険	被保険者氏名		申請者との続柄		
		保険種別	協・組・共・国・後		被保険者証の 記号・番号	
		被保険者証 発行機関名				
		所在地				
	病名					
本助成制度 利用歴	1. あり 2. なし 受給者証番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)					
保又 険は 医 保 療 機 関 局	名称					
	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。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 知事 殿						

(注) インターフェロン治療において2回目の助成を受けることができるのは、次の要件を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

〔認定要件〕 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であり、以下の①、②のいずれにも該当しないもの。

- ①前回の治療において、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前回の治療において、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。

(別紙様式例 1 - 3)

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						
申 請 者	ふりがな 氏 名				性 別	男 女
	生 年 月 日	明昭 大平	年	月	日	職 業
	住 所	(電話)				
	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名			申 請 者 と の 続 柄	
		保 険 種 別	協・組・共・国・後		被保険者証の 記 号 ・ 番 号	
		被 保 険 者 証 発 行 機 関 名				
		所 在 地				
	病 名					
本助成制度 利 用 歴 、	1. あり 2. なし 受給者証番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)					
保又 険は 医保 療険 機薬 関局	名 称					
	所 在 地					
	名 称					
	所 在 地					
核酸アナログ製剤治療の効果・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（核酸アナログ製剤治療）の（新規・更新）交付を申請します。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 知事 殿						

(別紙様式例 1 - 4)

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）更新申請書					
申 請 者	ふりがな氏名		性別	男 女	
	生年月日	明昭大平年 月 日	職業		
	住所	(電話)			
	加入医療保険	被保険者氏名		申請者の続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後		被保険者証の記号・番号
		被保険者証発行機関名			
		所在地			
	病名				
本助成制度利用歴	1. あり 2. なし 受給者証番号 () 有効期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)				
保又 険は 医保 療險 機業 関局	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
核酸アナログ製剤治療の効果・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（核酸アナログ製剤治療）の更新を申請します。 申請者氏名 印 平成 年 月 日 知事 殿					

【肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

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 2. 血液検査 AST ALT 血小板数 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する。)	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。) (+-) (+-) (+-) _____ (単位: _____、測定法 _____) (検査日: 平成 年 月 日)	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。) (+-) (+-) (+-) _____ (単位: _____、測定法 _____) (検査日: 平成 年 月 日)
		_____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____) (検査日: 平成 年 月 日)	_____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____) (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. 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。 1. エンテカビル単独 2. ラミブジン単独 3. アデホビル単独 4. ラミブジン+アデホビル 5. その他(具体的に記載してください。))		
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 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。 記載年月日 平成 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 印			

(注)

- 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。
- 更新時直近データは記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。
- 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。
- 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。

(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 平成 年 月 日

申請者氏名（フリガナ） _____ () 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(□□□□□□□□)

現行有効期間(開始平成 年 月 日～終了平成 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 平成 年 月 日

医療機関名 ()

その所在地 ((〒 -))

担当医師名 () 印

確認事項

※ 担当医師は、該当する場合、共通項目の□、かつ、(1)若しくは(2)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、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必要があります。)

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、

(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」である。
 - ☐ 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かつ高ウイルス量である。
 - ☐ 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。
- [変更後の予定期間: (開始:平成 年 月～終了:平成 年 月予定)]

(1) 前回の治療において、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 が陰性化した者が再燃した者で、『今回の治療において、HCV-RNA が投与開始後 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。

- ☐ 申請者は、前回の治療において、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 が陰性化した者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を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、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。)
- ☐ 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、
 - ・ 投与開始後 36 週までに HCV-RNA が陰性化。(一時休薬期間は除く。)

(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。』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。

- ☐ 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り、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。)
- ☐ 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、
 - ・ 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
 - ・ 投与 36 週までに HCV-RNA が陰性化(一時休薬期間は除く。)

(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、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 平成 年 月 日
申請者氏名(フリガナ) _____ () 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(平成 年 月 日～平成 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 平成 年 月 日
医療機関名
その所在地 〒 -
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絡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、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	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前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HBs抗原 (十・一) (該当する方を○で囲む。) (2) HBe抗原 (十・一) HBe抗体 (十・一) (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 (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1・セロタイプ(グループ) 2 (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 (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する。) (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)				
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください。) 治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療上の問題点					
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		

(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、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(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 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 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		
前回の治療	☐ 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であり、以下の①、②のいずれにも該当しない。 ①前回の治療において、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の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前回の治療において、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。				
検査所見	インターフェロン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: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1・セロタイプ(グループ) 2 (該当する方を○で囲む。) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する。) (検査日: 平成 年 月 日)				
診断	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. あり 2. なし				
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください。) 治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療上の問題点					
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		

(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、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																																			
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 1. あり 2. なし																																					
検査所見	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>核酸アナログ製剤治療開始前のデータ</th> <th>直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. B型肝炎ウイルス スマーカー (1)HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2)HBV-DNA定量</td> <td>(検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)</td> <td>(検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(+・-)</td> <td>(+・-)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(+・-)</td> <td>(+・-)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(+・-)</td> <td>(+・-)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>____(単位: 、測定法)</td> <td>____(単位: 、測定法)</td> </tr> <tr> <td>2. 血液検査 AST ALT 血小板数</td> <td>(検査日: 平成 年 月 日)</td> <td>(検査日: 平成 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>____ IU/l (施設の基準値: ____~____)</td> <td>____ IU/l (施設の基準値: ____~____)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>____ IU/l (施設の基準値: ____~____)</td> <td>____ IU/l (施設の基準値: ____~____)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>____ /μl (施設の基準値: ____~____)</td> <td>____ /μl (施設の基準値: ____~____)</td> </tr> <tr> <td>3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (特記すべき所見があ れば記載する。)</td> <td>(検査日: 平成 年 月 日)</td> <td>(検査日: 平成 年 月 日)</td> </tr> </tbody> </table>						核酸アナログ製剤治療開始前のデータ	直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要)	1. B型肝炎ウイルス 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。)	(検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)		(+・-)	(+・-)		(+・-)	(+・-)		(+・-)	(+・-)		____(単位: 、測定法)	____(単位: 、測定法)	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日: 平成 年 月 日)	(検査日: 平成 年 月 日)		____ IU/l (施設の基準値: ____~____)	____ IU/l (施設の基準値: ____~____)		____ IU/l (施設の基準値: ____~____)	____ IU/l (施設の基準値: ____~____)		____ /μl (施設の基準値: ____~____)	____ /μl (施設の基準値: ____~____)	3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (特記すべき所見があ れば記載する。)	(検査日: 平成 年 月 日)	(検査日: 平成 年 月 日)
	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ	直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要)																																				
1. B型肝炎ウイルス 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。)	(検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)																																				
	(+・-)	(+・-)																																				
	(+・-)	(+・-)																																				
	(+・-)	(+・-)																																				
	____(単位: 、測定法)	____(単位: 、測定法)																																				
2. 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日: 平成 年 月 日)	(検査日: 平成 年 月 日)																																				
	____ IU/l (施設の基準値: ____~____)	____ IU/l (施設の基準値: ____~____)																																				
	____ IU/l (施設の基準値: ____~____)	____ IU/l (施設の基準値: ____~____)																																				
	____ /μl (施設の基準値: ____~____)	____ /μl (施設の基準値: ____~____)																																				
3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (特記すべき所見があ れば記載する。)	(検査日: 平成 年 月 日)	(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. 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。 1. エンテカビル単独 2. ラミブジン単独 3. アデホビル単独 4. ラミブジン+アデホビル 5. その他(具体的に記載してください。) 治療開始日(予定を含む。) 平成 年 月 日																																					
治療上の問題点																																						
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																																					

(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(インターフェロン治療・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 患者氏名		性別 男・女		生年月日(年齢) 明昭 年 月 日 (満 歳) 大平 生	
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	
現在の治療		現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 1. あり 2. なし 1. あり 2. なし			
検査所見	1. B型肝炎ウイルス マーカー及び血液検査 (1)HBs抗原 (2)HBe抗原 HBe抗体 (3)HBV-DNA定量 (4)血液検査 AST ALT 血小板数	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+・-) (単位: 、測定法) ____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____) ____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____) ____ /μl (施設の基準値: ____ ~ ____)		直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要) (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+・-) (単位: 、測定法) ____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____) ____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____) ____ /μl (施設の基準値: ____ ~ ____)	
	2. C型肝炎ウイルス マーカー及び血液検査	インターフェロン治療開始前の該当する所見を記入する。 (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 ____ (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) (3) AST ____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____) ALT ____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____) 血小板数 ____ /μl (施設の基準値: ____ ~ ____)			
	3. 画像診断及び肝生 検などの所見 (特記すべき所見があ れば記載する。)	(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) 4. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 5. 非代償性肝硬変 (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○で囲む。 1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. エンテカビル単独 8. ラミブジン単独 9. アデホビル単独 10. ラミブジン+アデホビル 11. その他(具体的に記載してください。) ()			
		治療予定期間 週 (平成 年 月~平成 年 月)		治療開始日(予定を含む。) 平成 年 月	
治療上の問題点					
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			

(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. インターフェロン治療は記載日前6か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始時)、核酸アナログ製剤治療は記載日前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. 核酸アナログ製剤治療は、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。

(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

(別紙様式例 4 - 1)

(表 面)

肝		肝炎治療受給者証					
(インターフェロン治療 ・ 核酸アナログ製剤治療)							
公費負担者番号							
公費負担医療 の受給者番号							
受給者	居住地						
	氏 名						
	生 年 月 日	明昭 大平	年	月	日生	男 ・ 女	
疾 病 名							
保は 険保 医険 療薬 機局 関 又	所 在 地						
	名 称						
	所 在 地						
	名 称						
有 効 期 間	インターフェロン 治療	自 平成	年	月	日		
	至 平成	年	月	日			
	核酸アナログ 製剤治療	自 平成	年	月	日		
	至 平成	年	月	日			
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		平成	年	月	日		

肝		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											
公費負担医療 の受給者番号											
受給者	居 住 地										
	氏 名										
	生 年 月 日	明昭 太平	年	月	日生	男 ・ 女					
疾 病 名											
保は 険保 医険 療薬 機局 関 又	所 在 地										
	名 称										
	所 在 地										
	名 称										
有 効 期 間		自 平成	年	月	日	至 平成			年	月	日
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		平成	年	月	日						

肝		肝炎治療受給者証 (核酸アナログ製剤治療)						
公費負担者番号								
公費負担医療 の受給者番号								
受給者	居住地							
	氏名							
	生年月日	明昭 大平	年		月		日生	男・女
疾病名								
保は 険保 医療 薬機 局関 又	所在地							
	名称							
	所在地							
	名称							
有効期間		自 平成	年		月		日	
		至 平成	年		月		日	
月額自己負担 限度額								
都道府県知事名 及び印								
交付年月日		平成	年		月		日	

(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、インターフェロン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、このインターフェロン治療については月額の治療費が高額となること、また、核酸アナログ製剤治療については長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、早期治療の促進のため、このインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤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型ウイルス性肝炎及び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インターフェロン治療、あるいは、核酸アナログ製剤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、〇〇日以内に、〇〇〇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、この証を速やかに〇〇〇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、〇〇〇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

〇〇〇都道府県〇〇部〇〇課〇〇係 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)
又は〇〇〇保健所 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

(別紙様式例5)

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・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				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

【医療機関等の方へ】

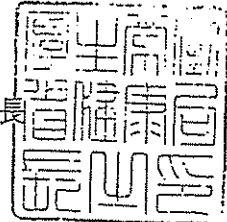
本票に記載された月額自己負担限度額は、インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療を併用する方の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する1人当たりの限度額となりますので、ご注意ください。

健発0324第30号

平成22年3月24日

各 都道府県知事 殿

厚生労働省健康局長



「肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付に関する費用の請求事務
並びに当該請求に係る審査及び支払事務の都道府県の社会保険診療
報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会への委託について」の
一部改正について

標記については、平成20年3月31日健発第0331038号本職通知により行われているところであるが、今般、その一部を別紙「新旧対照表」のとおり改正し、平成22年4月1日から適用することとしたので通知する。

改正後	現行
1 (略) 2 公費負担者番号等の設定について (1) (略) (2) 受給者番号 ア、イ (略) ウ 疾病番号 (1桁) については、以下のとおりとすること。 (ア) <u>インターフェロン治療の行われるB型慢性肝炎については「1」</u> (イ) <u>インターフェロン治療の行われるC型慢性肝炎については「2」</u> (ウ) <u>インターフェロン治療の行われる代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) については「3」</u> (エ) <u>核酸アナログ製剤治療の行われるB型慢性肝疾患については「4」</u> エ 受給者の番号 (5桁) は、都道府県ごとに「00001」から順次設定すること。 <u>ただし、同一の受給者に対して、複数の疾病番号を付すこととなる場合は、当該受給者の番号は同一のものとすること。</u> (略)	1 (略) 2 公費負担者番号等の設定について (1) (略) (2) 受給者番号 ア、イ (略) ウ 疾病番号 (1桁) については、以下のとおりとすること。 (ア) <u>慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) については「1」</u> (イ) <u>慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) については「2」</u> (ウ) <u>代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) については「3」</u> エ 受給者の番号 (5桁) は、都道府県ごとに「00001」から順次設定すること。 (略)

改正後	現行
別紙2 契約書例 (略) 第2条 乙は、通知の肝炎治療特別促進事業実施要綱6の(1)に定める保険医療機関等（以下「保険医療機関等」という。）から所定の期日までに提出された診療報酬請求書又は調剤報酬請求書についてその内容を審査し、速やかに保険医療機関等に対して、診療報酬又は調剤報酬（以下「診療報酬等」という。）の支払を完了するものとする。 第3条 (略) 第4条 甲は、乙の請求により、第2条の規定に基づいて保険医療機関等に支払う診療報酬等のおおむね1か月半分に相当すると認められる額を、審査が終わった日の属する月の末日までに乙に対して概算交付を行うものとする。 第5条、第6条 (略) 第7条 甲は、社会保険診療報酬支払基金法第26条の規定による事務費として、別に定める事務費算定の基礎となる1件当たりの金額に毎月診療報酬等の精算の基礎となった診療件数を乗じて得た金額を乙に支払うものとする。 (略)	別紙2 契約書例 (略) 第2条 乙は、通知の肝炎治療特別促進事業実施要綱第6の1に定める保険医療機関等（以下「保険医療機関等」という。）から所定の期日までに提出された診療報酬請求書又は調剤報酬請求書についてその内容を審査し、速やかに保険医療機関等に対して、診療報酬又は調剤報酬（以下「診療報酬等」という。）の支払を完了するものとする。 第3条 (略) 第4条 甲は、乙の請求により、第2条の規定に基づいて保険医療機関等に支払う診療報酬等のおおむね1箇月半分に相当すると認められる額を、審査が終わった日の属する月の末日までに乙に対して概算交付を行うものとする。 第5条、第6条 (略) 第7条 甲は、社会保険診療報酬支払基金法第26条の規定による事務費として、別に定める事務費算定の基礎となる1件当りの金額に毎月診療報酬等の精算の基礎となった診療件数を乗じて得た金額を乙に支払うものとする。 (略)

改正後	現行
別紙 3 覚書例 (略) 4 契約書第 7 条の事務費算定の基礎となる 1 件<u>当たり</u>の金額は、<u>全国健康保険協会</u>の管掌する健康保険等の診療報酬請求書の審査及び支払事務に関し、<u>全国健康保険協会</u>と社会保険診療報酬支払基金との間で契約した病院、診療所及び薬局分に係る事務費算定の基礎となる 1 件<u>当たり</u>の金額によるものとする。 (略)	別紙 3 覚書例 (略) 4 契約書第 7 条の事務費算定の基礎となる 1 件<u>当り</u>の金額は、<u>政府</u>の管掌する健康保険等の診療報酬請求書の審査及び支払事務に関し、<u>政府</u>と社会保険診療報酬支払基金との間で契約した病院、診療所及び薬局分に係る事務費算定の基礎となる 1 件<u>当り</u>の金額によるものとする。 (略)

改正後	現行
別紙4 契約書例 (略) 第2条 乙は、通知の肝炎治療特別促進事業実施要綱6の(1)に定める保険医療機関等（以下「保険医療機関等」という。）から所定の期日までに提出された診療報酬請求書又は調剤報酬請求書についてその内容を審査し、速やかに保険医療機関等に対して、診療報酬又は調剤報酬（以下「診療報酬等」という。）の支払を完了するものとする。 第3条 (略) 第4条 甲は、乙の請求により、第2条の規定に基づいて保険医療機関等に支払う診療報酬等のおおむね<u>1か月</u>半分に相当すると認められる額を、審査が終わった日の属する月の末日までに乙に対して概算交付を行うものとする。 (略)	別紙4 契約書例 (略) 第2条 乙は、通知の肝炎治療特別促進事業実施要綱第6の1に定める保険医療機関等（以下「保険医療機関等」という。）から所定の期日までに提出された診療報酬請求書又は調剤報酬請求書についてその内容を審査し、速やかに保険医療機関等に対して、診療報酬又は調剤報酬（以下「診療報酬等」という。）の支払を完了するものとする。 第3条 (略) 第4条 甲は、乙の請求により、第2条の規定に基づいて保険医療機関等に支払う診療報酬等のおおむね<u>1箇月</u>半分に相当すると認められる額を、審査が終わった日の属する月の末日までに乙に対して概算交付を行うものとする。 (略)

改正後	現行
別紙 5 覚書例 (略) 4 契約書第 7 条の事務費算定の基礎となる 1 件<u>当たり</u>の金額は、<u>全国健康保険協会</u>の管掌する健康保険等の診療報酬請求書の審査及び支払事務に関し、<u>全国健康保険協会</u>と国民健康保険団体連合会との間で契約した病院、診療所及び薬局分に係る事務費算定の基礎となる 1 件<u>当たり</u>の金額によるものとする。 (略)	別紙 5 覚書例 (略) 4 契約書第 7 条の事務費算定の基礎となる 1 件<u>当り</u>の金額は、<u>政府</u>の管掌する健康保険等の診療報酬請求書の審査及び支払事務に関し、<u>政府</u>と国民健康保険団体連合会との間で契約した病院、診療所及び薬局分に係る事務費算定の基礎となる 1 件<u>当り</u>の金額によるものとする。 (略)

肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付に関する費用の請求事務
並びに当該請求に係る審査及び支払事務の都道府県の社会保険診療
報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会への委託について

平成20年3月31日健発第0331038号
最終一部改正

平成22年3月24日健発0324第30号

1 診療報酬の請求

医療保険各法の規定による被保険者等が受ける療養の給付又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者が受ける医療の給付と肝炎医療とが組み合わせて行われる場合における保険医療機関等からの診療報酬の請求は、各月に行った医療につき、診療報酬請求書及び診療報酬明細書を作成し、審査支払機関に提出することによって行うこと。

この場合の診療報酬請求書及び診療報酬明細書の様式については、請求省令様式第1、様式第2、様式第4、様式第5、様式第6、様式第7、様式第8、様式第9又は様式第10によるものであること。

2 公費負担者番号等の設定について

(1) 公費負担者番号

ア 公費負担者番号については、すべて国で統一的に設定するものであること。

イ 公費負担者番号の構成

--	--	--	--

法別番号

都道府県番号

実施機関番号

検証番号

ウ 法別番号等

(ア) 肝炎治療特別促進事業の法別番号(2桁)は「38」であること。

(イ) 都道府県番号(2桁)及び実施機関番号(3桁)は別紙1のとおりであること。

エ 検証番号(1桁)

(ア) 検証番号以外の数字の記入誤りを検証するための固定数値であること。

(イ) 番号は次の方式により算出するものであり、各都道府県ごとに算出すると別紙のとおりであること。

(例)

①

算出対象	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
項 目	3	8	0	7	6	0	1	

②

乗数 (注1)	2	1	2	1	2	1	2	
------------	---	---	---	---	---	---	---	--

③

①×②を 行い積の 和を求め る	6	8	0	7	(12) ↓ 3	0	2	2 6
---------------------------	---	---	---	---	----------------	---	---	-----

④ 「10」から③の積の和の1桁の数を引く。 $10 - 6 = 4$

(注1) 乗数は、実施機関番号末尾の桁を起点とし、順次2、1、2、1……とする。

(注2) ①と②の積が2桁となる場合は、1桁目の数と2桁目の数を加えること。

(注3) ④において「10」と③の下1桁との差が10の場合には、検証番号を「0」とすること。

(2) 受給者番号

ア 番号は、都道府県ごとに設定するものであること。

イ 受給者番号の構成

--	--	--	--	--	--	--

疾病番号

受給者の番号

検証番号

ウ 疾病番号（1桁）については、以下のとおりとすること。

(ア) インターフェロン治療の行われるB型慢性肝炎については「1」

(イ) インターフェロン治療の行われるC型慢性肝炎については「2」

(ウ) インターフェロン治療の行われる代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）については「3」

(エ) 核酸アナログ製剤治療の行われるB型慢性肝疾患については「4」

エ 受給者の番号（5桁）は、都道府県ごとに「00001」から順次設定すること。

ただし、同一の受給者に対して、複数の疾病番号を付することとなる場合は、当該受給者の番号は同一のものとする。

オ 設定に当たっては、次の点に留意すること。

（ア）アルファベット等数字以外のものは、使用しないこと。

（イ）使用しない桁については、「0」を付すること。

カ 検証番号の算出方法は、公費負担者番号の検証番号の算出方法と同様であること。

（例）

①

算出対象	疾病番号	受 給 者 の 番 号					検証番号
項 目	2	0	1	9	7	9	

②

乗 数	1	2	1	2	1	2	
-----	---	---	---	---	---	---	--

③

①×②を行 い積の和を 求める	2	0	1	(18) ↓ 9	7	(18) ↓ 9	2 8
-----------------------	---	---	---	----------------	---	----------------	-----

④ 「10」から③の積の和の下1桁の数を引く。 $10 - 8 = 2$

3 審査支払機関への委託契約について

肝炎医療に関する費用の審査及び支払事務については、都道府県知事は、当該都道府県の社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という。）及び国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に委託することとし、当該基金の幹事長と別紙2及び別紙3の例により、並びに当該連合会の理事長と別紙4及び別紙5の例により、それぞれ契約書及び覚書を交換すること。

4 委託の時期

審査支払機関に委託される審査及び支払事務は、平成20年5月請求分（4月診療分）についてからであること。

別紙 1

肝炎治療特別促進事業に係る公費負担者番号

都道府県名	公費負担者番号				都道府県名	公費負担者番号			
	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号
北海道	38	01	601	0	滋賀	38	25	601	2
青森	38	02	601	9	京都	38	26	601	1
岩手	38	03	601	8	大阪	38	27	601	0
宮城	38	04	601	7	兵庫	38	28	601	9
秋田	38	05	601	6	奈良	38	29	601	8
山形	38	06	601	5	和歌山	38	30	601	5
福島	38	07	601	4	鳥取	38	31	601	4
茨城	38	08	601	3	島根	38	32	601	3
栃木	38	09	601	2	岡山	38	33	601	2
群馬	38	10	601	9	広島	38	34	601	1
埼玉	38	11	601	8	山口	38	35	601	0
千葉	38	12	601	7	徳島	38	36	601	9
東京	38	13	601	6	香川	38	37	601	8
神奈川	38	14	601	5	愛媛	38	38	601	7
新潟	38	15	601	4	高知	38	39	601	6
富山	38	16	601	3	福岡	38	40	601	3
石川	38	17	601	2	佐賀	38	41	601	2
福井	38	18	601	1	長崎	38	42	601	1
山梨	38	19	601	0	熊本	38	43	601	0
長野	38	20	601	7	大分	38	44	601	9
岐阜	38	21	601	6	宮崎	38	45	601	8
静岡	38	22	601	5	鹿児島	38	46	601	7
愛知	38	23	601	4	沖縄	38	47	601	6
三重	38	24	601	3					

契 約 書 例

〇〇都（道府県）知事（以下「甲」という。）と〇〇都（道府県）社会保険診療報酬支払基金幹事長（以下「乙」という。）との間に、平成20年3月31日健発第0331001号厚生労働省健康局長通知「感染症対策特別促進事業について」（以下「通知」という。）による肝炎治療特別促進事業に係る医療について、通知等の定めるところによる迅速適正な審査及び支払事務に関する契約を次のとおり締結する。

第1条 乙は、通知による肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付に関する費用の審査及び支払に関する事務を引き受けるものとする。

第2条 乙は、通知の肝炎治療特別促進事業実施要綱6の（1）に定める保険医療機関等（以下「保険医療機関等」という。）から所定の期日までに提出された診療報酬請求書又は調剤報酬請求書についてその内容を審査し、速やかに保険医療機関等に対して、診療報酬又は調剤報酬（以下「診療報酬等」という。）の支払を完了するものとする。

第3条 乙は、通知による肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付に関する費用の審査を終了したときは、審査の終了した日の属する月の翌月の10日までに所定の書類を添えて、甲に審査結果について報告するものとする。

2 甲が前項の規定により、乙より報告を受けたときは、審査結果を検討して、診療報酬等の額をその月の17日までに乙に通知するものとする。

第4条 甲は、乙の請求により、第2条の規定に基づいて保険医療機関等に支払う診療報酬等のおおむね1か月半分に相当すると認められる額を、審査が終わった日の属する月の末日までに乙に対して概算交付を行うものとする。

第5条 乙は、第2条の規定によって支払を完了したときは、ただちに精算書を作成し、甲へ送付し、精算を完了するものとする。

第6条 甲が第3条第2項の規定により、審査結果を検討した結果、乙が保険医療機関等に対して支払った診療報酬等に過誤を生じたときは、その過誤額は乙が翌月以降の精算において整理を行うものとする。

第7条 甲は、社会保険診療報酬支払基金法第26条の規定による事務費として、別に定める事務費算定の基礎となる1件当たりの金額に毎月診療報酬等の精算の基礎となった診療件数を乗じて得た金額を乙に支払うものとする。

第8条 甲は、乙に対して帳簿書類の閲覧及び説明を求め並びに報告を徴することができる。

2 乙は、甲から審査及び支払の内容について説明を求められたときは、ただちに説明のできるよう常にその内容をつまびらかにしておくものとする。

第9条 この契約の当事者のいずれか一方においてこの契約による義務を履行せず、事業進行に著しく支障を来し、又は来すおそれがあると認められるときは、相手方は、3か月間の予告期間をもって、この契約を解除することができるものとする。

第10条 この契約の有効期間は、平成 年 月 日より平成 年 月 日までとする。

第11条 この契約の有効期間の終了1月前までに、契約当事者のいずれか一方より何らの意思表示をしないときは、終期の翌日において向こう1か年間順次契約を更新をしたものとする。

以上の契約の確実を期するため本書2通を作成し、双方署名押印の上、各々1通を所持するものとする。

平成 年 月 日

〇〇都（道府県）知事 氏 名 （印）

〇〇都（道府県）社会保険診療報酬支払基金
幹事長 氏 名 （印）

覚 書 例

平成 年 月 日付をもって、〇〇都（道府県）知事（以下「甲」という。）と、〇〇都（道府県）社会保険診療報酬支払基金幹事長（以下「乙」という。）との間において締結した診療報酬又は調剤報酬（以下「診療報酬等」という。）の審査及び支払事務に関する契約の実施に関し下記のとおり覚書を交換し、相互にこれを遵守するものとする。

記

- 1 乙は、毎月20日までにその月の診療報酬等を支払うために必要な額の概算交付を甲に対して請求するものとする。
- 2 甲が乙に対して概算交付する額は、契約書第4条の規定にかかわらず、その月の診療報酬等を支払うため必要とする額でなければならない。
- 3 乙は、契約書第3条第1項の規定による審査が終了したときは、診療報酬等請求内訳書及び診療報酬明細書又は調剤報酬明細書（連名簿をもってこれに代えることができる。）を甲に提出するものとする。
- 4 契約書第7条の事務費算定の基礎となる1件当たりの金額は、全国健康保険協会の管掌する健康保険等の診療報酬請求書の審査及び支払事務に関し、全国健康保険協会と社会保険診療報酬支払基金との間で契約した病院、診療所及び薬局分に係る事務費算定の基礎となる1件当たりの金額によるものとする。
- 5 甲は、乙から契約書第7条による事務費の請求があったときは、請求のあった日から10日以内に乙に対して支払うものとする。

平成 年 月 日

〇〇都（道府県）知事

氏 名 （印）

〇〇都（道府県）社会保険診療報酬支払基金

幹事長

氏 名 （印）

契 約 書 例

〇〇都（道府県）知事（以下「甲」という。）と〇〇都（道府県）国民健康保険団体連合会（以下「乙」という。）との間に、平成20年3月31日健発第0331001号厚生労働省健康局長通知「肝炎治療特別促進事業について」（以下「通知」という。）による肝炎治療特別促進事業に係る医療について、通知等の定めるところによる迅速適正な審査及び支払事務に関する契約を次のとおり締結する。

第1条 乙は、通知による肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付に関する費用の審査及び支払に関する事務を引き受けるものとする。

第2条 乙は、通知の肝炎治療特別促進事業実施要綱6の（1）に定める保険医療機関等（以下「保険医療機関等」という。）から所定の期日までに提出された診療報酬請求書又は調剤報酬請求書についてその内容を審査し、速やかに保険医療機関等に対して、診療報酬又は調剤報酬（以下「診療報酬等」という。）の支払を完了するものとする。

第3条 乙は、通知による肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付に関する費用の審査を終了したときは、審査の終了した日の属する月の翌月の10日までに所定の書類を添えて、甲に審査結果について報告するものとする。

2 甲が前項の規定により、乙より報告を受けたときは、審査結果を検討して、診療報酬等の額をその月の17日までに乙に通知するものとする。

第4条 甲は、乙の請求により、第2条の規定に基づいて保険医療機関等に支払う診療報酬等のおおむね1か月半分に相当すると認められる額を、審査が終わった日の属する月の末日までに乙に対して概算交付を行うものとする。

第5条 乙は、第2条の規定によって支払を完了したときは、ただちに精算書を作成し、甲へ送付し、精算を完了するものとする。

第6条 甲が第3条第2項の規定により、審査結果を検討した結果、乙が保険医療機関等に対して支払った診療報酬等に過誤を生じたときは、その過誤額は乙が翌月以降の精算において整理を行うものとする。

第7条 甲は、乙の審査及び支払事務の執行に要する費用に充てるため、審査した診療報酬明細書又は調剤報酬明細書一件につき〇〇円を審査が終わった月の属する月の翌日の〇日までに支払うものとする。

第8条 甲は、乙に対して帳簿書類の閲覧及び説明を求め並びに報告を徴することができる。

2 乙は、甲から審査及び支払の内容について説明を求められたときは、ただちに説明のできるよう常にその内容をつまびらかにしておくものとする。

第9条 この契約の当事者のいずれか一方においてこの契約による義務を履行せず、事業進行に著しく支障を来し、又は来すおそれがあると認められるときは、相手方は、3か月間の予告期間をもって、この契約を解除することができるものとする。

第10条 この契約の有効期間は、平成 年 月 日より平成 年 月 日までとする。

第11条 この契約の有効期間の終了1月前までに、契約当事者のいずれか一方より何らの意思表示をしないときは、終期の翌日において向こう1か年間順次契約を更新をしたものとする。

以上の契約の確実を期するため本書2通を作成し、双方署名押印の上、各々1通を所持するものとする。

平成 年 月 日

〇〇都（道府県）知事 氏 名 （印）

〇〇都（道府県）国民健康保険団体連合会
理事長 氏 名 （印）

覚 書 例

平成 年 月 日付をもって、〇〇都（道府県）知事（以下「甲」という。）と、〇〇都（道府県）国民健康保険団体連合会（以下「乙」という。）との間において締結した診療報酬又は調剤報酬（以下「診療報酬等」という。）の審査及び支払事務に関する契約の実施に関し下記のとおり覚書を交換し、相互にこれを遵守するものとする。

記

- 1 乙は、毎月20日までにその月の診療報酬等を支払うために必要な額の概算交付を甲に対して請求するものとする。
- 2 甲が乙に対して概算交付する額は、契約書第4条の規定にかかわらず、その月の診療報酬等を支払うため必要とする額でなければならない。
- 3 乙は、契約書第3条第1項の規定による審査が終了したときは、診療報酬等請求内訳書及び診療報酬明細書又は調剤報酬明細書（連名簿をもってこれに代えることができる。）を甲に提出するものとする。
- 4 契約書第7条の事務費算定の基礎となる1件当たりの金額は、全国健康保険協会の管掌する健康保険等の診療報酬請求書の審査及び支払事務に関し、全国健康保険協会と国民健康保険団体連合会との間で契約した病院、診療所及び薬局分に係る事務費算定の基礎となる1件当たりの金額によるものとする。
- 5 甲は、乙から契約書第7条による事務費の請求があったときは、請求のあった日から10日以内に乙に対して支払うものとする。

平成 年 月 日

〇〇都（道府県）知事 氏 名 （印）

〇〇都（道府県）国民健康保険団体連合会
理事長 氏 名 （印）