福県医発第５５号（地）
平成２２年４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」及び「福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領」の一部改正について

標記の件につきまして、平成２２年４月１日付けで一部改正が行われる旨、福岡県保健医療介護部健康増進課より別紙のとおり通知がありましたので、ご連絡いたします。

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

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

「公印省略」

２１健第５１７４号
平成２２年４月１日

福岡県医師会長　　殿

福岡県保健医療介護部長
（健康増進課疾病対策係）

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

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

このことについて、標記要綱及び要領を別添のとおり一部改正しました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、変更については平成２２年４月１日からの実施となり、変更に係る参考資料を別紙に添付いたしますので宜しくお願いいたします。

福岡県医師会
受
22.4.-7
受付
184

参考資料

平成２２年度からの制度変更の概要

１　自己負担限度額の引き下げ

階層区分	自己負担限度額
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
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
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

変更

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
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

２　助成対象の拡大

変更前	変更後
インターフェロン治療のみ	インターフェロン治療 Ｂ型肝炎の核酸アナログ製剤治療

＊Ｂ型肝炎の核酸アナログ製剤治療について

【認定期間】保健所等への申請月の初日から１年間。

【更新時期】認定期間満了の３ヶ月前から更新の申請を受け付ける。

【更新忘れ】新規申請扱いとし、認定期間は、保健所等への申請月の初日から１年間とする。

【認定基準】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

３　制度利用回数の制限緩和

変更前	変更後
インターフェロン治療に係る制度利用は、１人につき、１回のみ	医学的にインターフェロン再治療が有効と認められる一定条件を満たす者について、２回目の制度利用を認める。

【認定期間】保健所等への申請月の初日から１年間。

【認定基準】（別紙：フロー図参照）

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。

＊ 上記の基準を満たし、下記の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。

4　助成期間延長に係る取扱いの変更

【認定基準】（別紙：フロー図参照）

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ヶ月を限度とする期間延長を認める。

＊ 上記の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。

（変更前）

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。

（変更後）

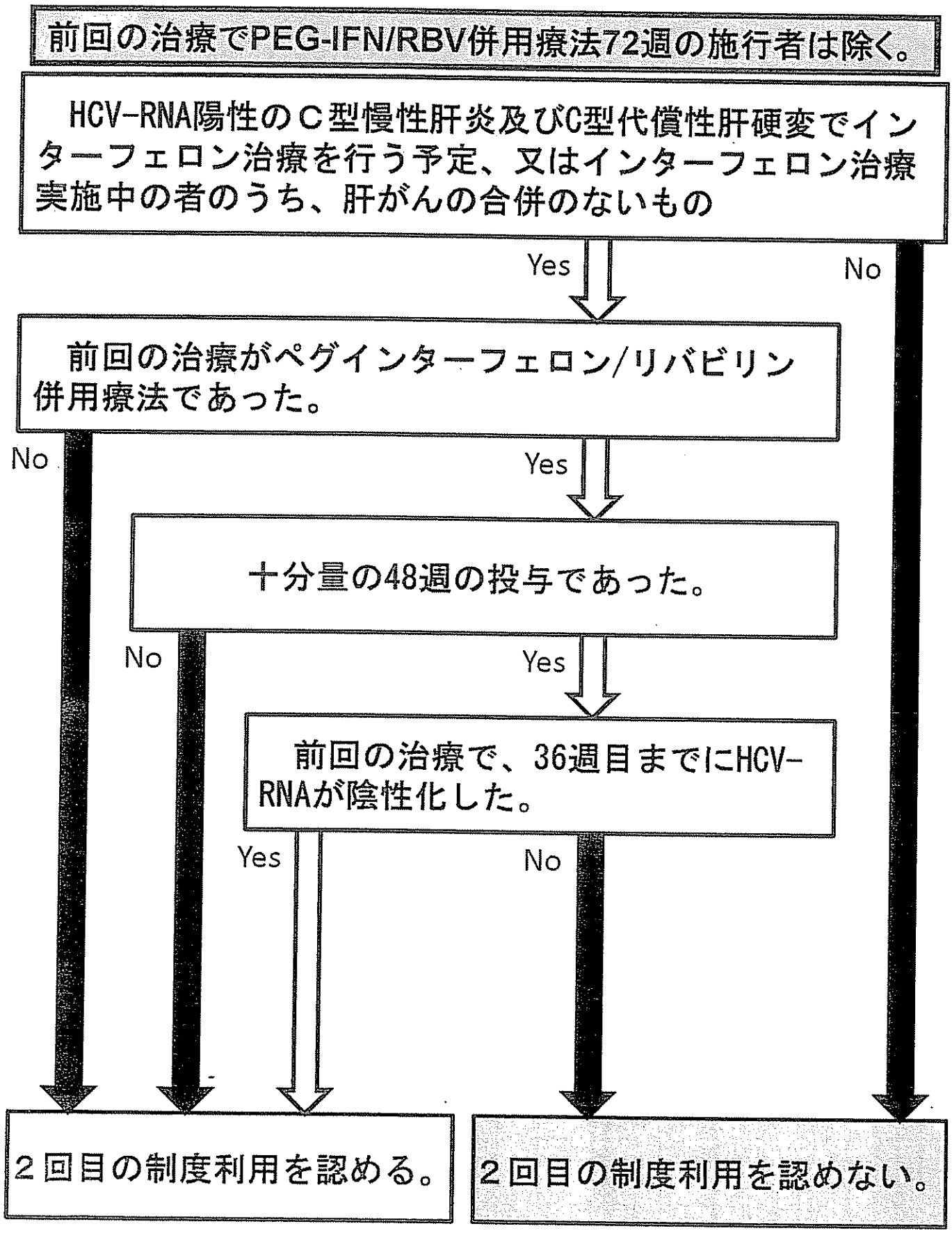
(1)前回の治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法４８週を行い、３６週目までに HCV-RNA が陰性化したが再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNA が３６週までに陰性化した症例」に該当し４８週プラス２４週（トータル７２週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合。

(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。

資料1

２回目の制度利用に係る認定基準



資料2

助成期間の延長に係る取扱いについて

例外的に助成期間の延長（72週投与）を認める場合の判断は、以下によるものとする。

C型慢性肝炎セログループ１型、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である。

前回の治療において、ペグインターフェロン/リバビリン併用療法48週を行った。

No

Yes

前回の治療で、36週目までにHCV-RNAが陰性化した。

No

Yes

今回の治療が、
「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）の投与が必要と医師が判断した。
※　前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値。

今回の治療が、
「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）の投与が必要と医師が判断した。

No

Yes

No

Yes

助成期間の延長を認める場合に該当しない。

助成期間の延長を認める場合に該当する。

（問い合わせ先・申請手続等の書類の提出先）

○北九州市にお住まいの方

門司区役所　保健福祉課	093-331-1881
小倉北区役所 保健福祉課	093-582-3434
小倉南区役所 保健福祉課	093-951-4111
若松区役所　保健福祉課	093-761-5321
八幡東区役所 保健福祉課	093-671-0801
八幡西区役所 保健福祉課	093-642-1441
戸畑区役所　保健福祉課	093-881-9126

○福岡市にお住まいの方

東保健福祉センター	092-645-1078
博多保健福祉センター	092-419-1091
中央保健福祉センター	092-761-7340
南保健福祉センター	092-559-5116
城南保健福祉センター	092-831-4261
早良保健福祉センター	092-851-6012
西保健福祉センター	092-895-7073

○大牟田市にお住まいの方

大牟田市保健所	0944-41-2669

○久留米市にお住まいの方

久留米市保健所	0942-30-9729

○その他の地域の方は、お近くの各保健福祉環境事務所・保健福祉事務所

		申請者のお住まいの地域
筑紫 保健福祉環境事務所	092-513-5583	筑紫野市・春日市・大野城市・太宰府市・筑紫郡
粕屋 保健福祉事務所	092-939-1534	古賀市・糟屋郡
糸島 保健福祉事務所	092-322-1439	糸島市
宗像・遠賀 保健福祉環境事務所	0940-36-2366	中間市・宗像市・福津市・遠賀郡
嘉穂・鞍手 保健福祉環境事務所	0948-21-4815	直方市・飯塚市・宮若市・嘉麻市・鞍手郡・嘉穂郡
田川 保健福祉事務所	0947-42-9345	田川市・田川郡
北筑後 保健福祉環境事務所	0946-22-3964	小郡市・うきは市・朝倉市・朝倉郡・三井郡
南筑後 保健福祉環境事務所	0944-72-2185	柳川市・八女市・筑後市・大川市・みやま市・三潴郡・八女郡
京築 保健福祉環境事務所	0930-23-2690	行橋市・豊前市・京都郡・築上郡

福岡県保健医療介護部健康増進課疾病対策係
電　話　０９２－６４３－３２６７
ＦＡＸ　０９２－６４３－３２７１

新	旧
福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱	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間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この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、ひいては県民の健康の保持・増進を図ることを目的とする。	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り患したため、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	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り患したため、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

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	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。 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　助成期間 助成の期間は、原則として同一患者につき１年を限度とする。	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５条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４号）、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）（様式５号）、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）（様式第６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。認定を行うに当たっては、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又は核酸アナログ製剤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、肝炎治療受給者証交付（新規・２回目の制度利用・転入）申請書（インターフェロン治療）（様式第１号）又は肝炎治療受給者証交付（新規・転入）申請書（核酸アナログ製剤治療）（様式第２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、肝炎治療費請求書（様式第１５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	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

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	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（様式第７号）又は肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証（様式第８号）を交付するものとする。	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治療受給者証（変更・返納）届（様式第１２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１４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、速やかに肝炎治療受給者証（変更・返納）届（様式第１２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インターフェロン治療患者又は核酸アナログ製剤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、肝炎治療受給者証再交付申請書（様式第１３号。以下「再交付申請書」という。）を保健所に提出	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

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。	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、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。	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７月１８日から施行し、平成２０年７月１日から適用する。

附　則 この要綱は、平成２０年９月２２日から施行し、平成２０年９月１日から適用する。 附　則 この要綱は、平成２０年１２月１日から施行する。 附　則 この要綱は、平成２１年４月１日から施行する。 附　則 この要綱は、平成２２年４月１日から施行する。	附　則 この要綱は、平成２０年９月２２日から施行し、平成２０年９月１日から適用する。 附　則 この要綱は、平成２０年１２月１日から施行する。 附　則 この要綱は、平成２１年４月１日から施行する。

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱

新

（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）
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
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

旧

（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）

肝炎治療受給者証交付（新規・２回目の制度利用・転入）申請書（インターフェロン治療）

申請理由（該当するものに○をつけてください）		１．新規　２．２回目の制度利用　２．他都道府県からの転入			
申請者	フリガナ 氏名		性別	男　女	
	生年月日	明昭大平　年　月　日（満　歳）	職業		
	住所	〒　（電話　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	政・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
		被保険者証発行機関名			
		保険者番号			
病名					
本助成制度利用歴		１．あり　２．なし 受給者番号（　） 有効期間（平成　年　月　日～平成　年　月　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、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、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、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

様式第１号（要綱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			
対象者	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		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			
		所在地			
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．治療予定開始月の初日 （※ただし、既に治療中の場合は１．のみ（平成２０年６月までは除く）となります。）			
治療医療機関	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
（対象者との続柄　）

平成　年　月　日

福岡県知事　殿

様式第２号（要綱第１１条関係）

肝炎治療受給者証交付（新規・転入）申請書
（核酸アナログ製剤治療）

申請理由（該当するものに○をつけてください）		１．新規　　２．他都道府県からの転入			
申請者	フリガナ 氏　名			性　別	男　女
	生年月日	明昭 大平　　年　月　日（満　　歳）		職　業	
	住　所	〒　　（電話　　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	政・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
		被保険者証発行機関名			
		保険者番号			
病　名					
本助成制度利用歴		１．あり　　２．なし 受給者番号（　　） 有効期間（平成　　年　月　日～平成　　年　月　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				

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、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、核酸アナログ製剤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、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

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　　/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	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（　　）		
がんの合併	肝がん　1．なし　2．あり		
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　　ml） 4．リバビリン製剤　（服用量　　μg） 5．その他（具体的に記載してください。　　） ※申請者体重　　kg 治療予定期間　　週（平成　年　月～平成　年　月）		
妊娠関係			

記載年月日　平成　年　月　日

機関名および所在地

医師名　　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りますので、ご注意ください。

様式第３号（要領第１３条関係）　（表面）

肝炎治療受給者証交付（更新）申請書
（核酸アナログ製剤治療）

申請者	フリガナ 氏　名			性　別	男　女
	生年月日	明昭 大平　年　月　日（満　歳）		職　業	
	住　所	〒　（電話　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	政・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
		被保険者証発行機関名			
		保険者番号			
病　名					
本助成制度利用歴		受給者番号（　） 有効期間（平成　年　月　日～平成　年　月　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				

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、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、核酸アナログ製剤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、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

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

様式第３号（要領第１３条関係）の裏面　　（裏面）

【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療更新時直近の所見を記入する。 １．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：平成　年　月　日） （１）　HBe 抗原　（＋・－）　（該当する方を○で囲む） HBe 抗体　（＋・－）　（該当する方を○で囲む） （２）　HBV-DNA 定量 ＿＿＿＿（単位：　、測定法　） ２．血液検査（検査日：平成　年　月　日） AST ＿＿＿＿IU／l ALT ＿＿＿＿IU／l 血小板数 ＿＿＿＿×10^4　／μl ３．画像診断およ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 【必須】	該当を○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 【必須】	該当番号を○で囲み、１日投与量を記入する。 １．エンテカビル単独　（　　ｍｇ） ２．ラミブジン単独　（　　ｍｇ） ３．アデホビル単独　（　　ｍｇ） ４．ラミブジン（　　ｍｇ）トアデホビル（　　，　　ｍｇ） 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 前回の申請時からの治療薬剤の変更　１．なし　２．あり ２．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）
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。
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。

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

（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、○○日以内に、福岡県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）
1.患者氏名		男・女	明昭 大平　　年　　月　　日生（満　　歳）
2.住所	郵便番号 電話番号　　（　　）		
3.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
4.診所見 【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）		
5.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）		
6.合併症	1．なし　2．あり（　　）		
7.がんの合併 【必須】	肝がん　1．なし　2．あり		
8.治療内容 【必須】	1．該当する□にチェック（レ点）を記入する　□ 初回治療　□ 再治療 2．該当番号を○で囲む 1．インターフェロンα製剤　（1回投与量　　単位） 2．インターフェロンβ製剤　（1回投与量　　単位） 3．ペグインターフェロン製剤　（1回投与量　　μg） 4．リバビリン製剤　（1日用量　　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）		
9.その他			

記載年月日　平成　年　月　日

機関名および所在地

医師名　　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４号（要綱第２条関係）　　【肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請用】

世　帯　調　書

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

※記入しないでください

氏　名	続柄	生年月日（年齢）	職　業	市町村民税（所得割）課税の有無	市町村民税（所得割）課税年額
	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	円
		（　）	(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	円
		（　）	(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	円
		（　）	(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	円
		（　）	(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	円
		（　）	(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	円
		（　）	(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	円
				合　計	

※記入しないでください

階層区分	自己負担限度額
	円

様式第５号（要領第１０条関係）　　（表面）

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	明昭 大平　　年　　月　　日生（満　　歳）
住所	郵便番号 電話番号　　（　　）		

【適用要件】，該当する□にチェック（レ点）を記入する。

前回の治療でPEG-IFN/RBV併用療法72週の施行者は除く

HCV-RNA 陽性のＣ型慢性肝炎及び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施行中の患者であり、現在肝がんの合併がないものである。

はい □　　いいえ □

前回の治療がペグインターフェロン／リバビリン併用療法であった。

いいえ □　　はい □

十分量の４８週投与であった。

いいえ □　　はい □

前回の治療で、36 週目までに HCV-RNA が陰性化した。

はい □　　いいえ □

２回目の制度利用　適用

２回目の制度利用　適用外

＊「前回の治療」とは、今回の治療以前（直近）の治療であり、今回の治療から２ヶ月以上前に終了した治療のことをいう。

様式第５号（要領第５条の３関係）

同　意　書

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

平成　　年　　月　　日

申請者氏名　　印

（対象者との続柄　　）

申請者住所〒

TEL

様式第５号（要綱第１０条関係）の裏面　　（裏面）

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．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） ２．血液検査（検査日：平成　年　月　日） AST　＿＿＿IU／l ALT　＿＿＿IU／l 血小板数　＿＿＿×10^4　／μl ３．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　（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）
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　　μg） ４．リバビリン製剤　（　同用量　　mg） ５．その他（具体的に記載してください。　　） ※申請者体重＿＿＿kg 治療予定期間　　週　（平成　年　月～平成　年　月）
特記上の問題点	
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

（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６号（要領第６条関係）

＿＿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		

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				

（様式第６号）（要綱第１０条関係）

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 【必須】	該当を○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）		
現在の治療 【必須】	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継続の必要　１．あり　２．なし		
検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療開始直前の所見を記入する。 ただし、治療中の場合は直近の所見を記入する。 １．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：平成　年　月　日） （１）　HBe 抗原　（＋・－）　（該当する方を○で囲む） HBe 抗体　（＋・－）　（該当する方を○で囲む） （２）　HBV-DNA 定量　＿＿＿＿　（単位：　、測定法　　） ２．血液検査（検査日：平成　年　月　日） AST　＿＿＿＿IU／l ALT　＿＿＿＿IU／l 血小板数　＿＿＿＿×10^4　／μl ３．画像診断およ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）		
治療内容 【必須】	該当番号を○で囲み、１日投与量を記入する。 １．エンテカビル　（　　mg） ２．ラミブジン　（　　mg） ３．アデホビル　（　　mg） ４．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 医師氏名　　印	記載年月日平成　年　月　日		

（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。
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７号（要綱第１３条関係）

様式第７号（要綱第 14 条関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証（変更・返納）届

受給者	氏　名		生年月日	明・大　年　月　日 昭・平　（　歳）
	受給者番号		受給者証の有効期間	平成　．　．から　．　．まで
実発生年月日 出理由の生じた日	平成　年　月　日			
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			
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
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			

下記のとおり（変更届・返納届）を提出します。

鳥取県知事殿　　平成　年　月　日

住所　〒

届出人　氏名　　印
（受給者との続柄　　）

（保健所収受印）

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、返納届け提出の場合は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、世帯全員の市町村民税課税証明書を添付すること。
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。

様式第８号（要綱第 16 条関係）

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７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）

国内最大級の感染症である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間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この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、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８号（要綱第１３条関係）

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証

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）

国内最大級の感染症である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間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額になることから、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。

7　この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合は、有効期間満了３ヶ月前から満了後１ヶ月以内に更新の手続きを行ってください。

様式第９号（要綱第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	※記入しないでください 市町村民税（所得割）課税年額
	申請者本人	（　）	(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	円
		（　）	(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	円
		（　）	(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	円
		（　）	(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	円
		（　）	(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	円
		（　）	(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	円
		（　）	(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	円
				合　計	

※記入しないでください

階層区分	自己負担限度額
	円

様式第１０号（要領第５条の３関係）

同　意　書

肝炎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〒

TEL

様式第１１号（要領第６条関係）

＿＿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		

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				

様式第１２号（要綱第１４条関係）

肝炎治療受給者証（変更・返納）届

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
実発生年月日 出理由の生じた日		平成　　年　　月　　日		
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		
受給者	フリガナ 氏　名			
	住　所	〒 TEL		
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
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		

上記のとおり（変更届・返納届）を提出します。

福岡県知事殿　　平成　　年　　月　　日

住所　〒

届出人　氏名　　印
（受給者との続柄　　）

1　届出の際は①と④を必ず記入し、肝炎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、返納届け提出の場合は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、世帯謄本、受給者の世帯全員の住民票、世帯全員の市町村民税課税額証明書を添付すること。
6　転出後も肝炎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治療受給者証の写しを添えて届け出てください。

（保健所収受印）

様式第１３号（要綱第１６条関係）

肝炎治療受給者証　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	〒 電話番号（　－　－　）		
	公費負担医療の受給者番号		印　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　〒

電話番号（　－　－　）

申請者　氏名　　印

（受給者との続柄　　）

（保険所収受印）

様式第１４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。

保健所受付印

様式第15号（第11条第12条関係）

肝炎治療費請求書（一般医療機関用）

福岡県知事様

年　月　日

インターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤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	〒 電		
	カナ 氏名	㊞	生年月日	M・T　年　月　日生 S・H　（　歳）
	病名		受給者証 有効期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで
	公費負担番号		自己負担 限度額	円
	受給者番号			
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、福岡県からのインターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費（療養費払い）の受領を委任します。

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

※支払金額決定額

入・通院の別	受療期間	医療費公費負担額	患者自己負担額	患者自己負担限度額
入・通	年　月　日～　日（　日）	円	円	円
入・通	年　月　日～　日（　日）	円	円	円
入・通	年　月　日～　日（　日）	円	円	円
入・通	年　月　日～　日（　日）	円	円	円
入・通	年　月　日～　日（　日）	円	円	円
入・通	年　月　日～　日（　日）	円	円	円
入・通	年　月　日～　日（　日）	円	円	円
	計	円		

医療機関記入欄

受給者の該当区分（○で囲む）	国保一般・国退（本人・家族）・政管（本人・家族）・組合（本人・家族） 船員（本人・家族）・共済（本人・家族）・後期高齢・その他（　　）

受療期間（実診療日数）		入院・外来の別	保険診療総点数	左記点数のうちインターフェロン治療・経皮アロプリ併用治療に係る診療点数	患者負担額	備考
平成　年　月分	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
平成　年　月分	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
平成　年　月分	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
平成　年　月分	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
計					円	

上記のとおり、患者負担金については肝炎治療特別促進事業において対象とされている治療のため、受給者より全額収納済みであることを証明します。

平　　月　　日　　医療機関コード（　　）

医療機関所在地

名　　称　　（TEL　　）

医療機関の長名　　㊞　　（記入者　　㊞）

○受給者の方へ（注意事項）

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

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

③請求書受付窓口に提出の際は、この請求書と領収書（写し）、高額療養費決定通知書（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。

○医療機関の方へ（注意事項）

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

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

新

様式第１５号の２（要綱第１２条関係）

肝炎治療費請求書（調剤薬局用）

福岡県知事殿

年　月　日

インターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤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	〒　TEL		
受給者 カナ / 氏名	㊞	生年月日	M・T　年　月　日生 S・H　（　歳）
受給者 病名		受給者証有効期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで
受給者 公費負担番号		自己負担限度額	円
受給者 受給者番号			
支払方法（○で囲む）	1 受給者の口座に振替　2 下記委任状により委任された者の口座に振替 3 送金（　銀行　支店）		

委　任　状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からのインターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費（療養費払い）の受領を委任します。

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

○受給者の方へ（注意事項）

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

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

③請求書受付窓口に提出の際は、この請求書と領収書（写し）、高額療養費決定通知書（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	患者負担額	患者自己負担額
年　月　日～　日（　日）	円	（　円	円
年　月　日～　日（　日）	円	円	円
年　月　日～　日（　日）	円	円	円
年　月　日～　日（　日）	円	円	円
計	円		

旧

様式第10号の2（要綱第12条関係）

肝炎インターフェロン治療費請求書（調剤薬局用）

福岡県知事殿

年　月　日

肝炎インターフェロン治療費として下記のとおり請求します。

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

委　任　状

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

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

○受給者の方へ（記入・書類提出上の注意）

①受給者は、上記の太枠内のみ記入し、下記の＊欄は記入しないでください。

②右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に証明してもらい、証明印をもらってください。

③治療費の受領を他者に委任する場合は、委任者、受任者共に委任状欄に記入・押印してください。

④請求書受付窓口に提出の際は、この請求書と領収書、高額療養費支給額通知書等（該当者のみ）、受給者証、通帳、認印をお持ちの上各受付窓口で請求の手続きをお願いします。

＊支払金額決定欄

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

新

医療機関記入欄

インターフェロン治療及び経口アナログ製剤治療に要する処方箋発行証明書（日別に記入すること）

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

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

年　月　日　　医療機関コード
医療機関所在地　　（　　）
名　称　　（TEL　　）
医療機関の長名　　㊞　（記入者　　㊞）

調剤薬局記入欄

受給者の保険種別（○で囲む）	国保一般・国退（本人・家族）・政管（本人・家族）・組合（本人・家族） 船員（本人・家族）・共済（本人・家族）・後期高齢・その他（　　）

調剤料の領収済証明（月別に記入すること）

受療期間		実調剤日数	保険診療総点数	左記点数のうちインターフェロン治療に係る診療点数	定率負担金	備考
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
計					円	

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

年　月　日　　医療機関コード
調剤薬局所在地　　（　　）
名　称　　（TEL　　）
代表者氏名　　㊞　（記入者　　㊞）

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

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

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

旧

医療機関記入欄

肝炎インターフェロン治療に要する処方箋発行証明書（日別に記入すること）

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

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

年　月　日　　医療機関コード
医療機関所在地　　（
名　称
医療機関の長名　　（TEL
㊞　（記入者　　（

調剤薬局記入欄

受給者の保険種別（○で囲む）	国保一般・国退（本人・家族）・政管（本人・家族）・組合（本人・家族） 船員（本人・家族）・共済（本人・家族）・後期高齢・その他（　　）

調剤料の領収済証明（月別に記入すること）

受療期間		実調剤日数	保険診療総点数	左記点数のうちインターフェロン治療に係る診療点数	定率負担金	備
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
計					円	

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

年　月　日　　医療機関コード
調剤薬局所在地　　（
名　称
代表者氏名　　（TEL
㊞　（記入者　　（

○医療機関の方へ（注意事項）
肝炎治療特別促進事業において、公費負担の対象となっている薬剤の処方箋の発行年月日を日別に

○調剤薬局の方へ（注意事項）
受給者証有効期間内に処方箋の発行があった調剤について、裏面の記入要領に沿って記入をお願いし
ある場合には、当該調剤は公費負担の対象とはなりません。ご注意ください。

尚、記入がない調剤料につきましては、計算対象になりません。肝炎治療特別促進事業において対象と
入漏れ等がないようにお願いします。

様式第１６号（要領第１１条関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（副作用等）				
受給者	ふりがな 氏　名		性別	男　女
	生年月日	明昭 大平　　年　月　日（満　　歳）	職業	
	住　所	〒　　（電話　　）		
受給者番号				
受給者証に記載された助成期間	自　平成　　年　月　日 至　平成　　年　月　日			
治療中断期間	平成　　年　月　日 平成　　年　月　日			
再開後の投与期間	平成　　年　月　日 平成　　年　月　日			
助成期間延長理由	※　治療中断となった理由について、具体的に記入してください。（検査所見・併存疾患等） 医療機関名　： 医療機関住所： 医師氏名　：　　印			

上記の理由により、当初の治療予定期間を超え、かつ助成期間も超えて治療する可能性が高くなったので、助成期間の延長を申請します。

申請者氏名　　印

平成　　年　　月　　日

福岡県知事　殿

※１）本申請書は、現行有効期間が満了する前に、福岡県知事に申請してください。

※２）延長は、現行有効期間に引き続く２ヶ月を限度とします。

※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。

※４）副作用等の要因について、福岡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。

様式第１７号（要領第１２条関係）　　（表面）

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（72週投与用）

（申請者記載欄）

福岡県知事　殿

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

※以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日　平成　　年　　月　　日
（フリガナ）
申請者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
性　　別　（男　・　女）
生年月日　（大正・昭和・平成　　年　　月　　日生）
（満　　歳）
現住所　〒　　－
電話番号　（　　）

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、記入ください。

受給者番号　（　　）
現行有効期間　（平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）

※1）本申請書は、現行有効期間が満了する前に、福岡県知事に申請してください。
※2）延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
※3）記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

（医師記載欄）　　（裏面）

※　以下の事項を全て確認の上、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　（　　）
所・在　地　（〒　　－　　）
担当医師名　（　　）　印

【確認事項】※担当医師は、該当する場合、□にチェック（レ点）を入れてください。
（認定は、下記の「助成期間の延長（７２週投与）適用」までチェックが入ることが必要です。）

今回の治療がC型慢性肝炎セログループ1型、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である。
現在治療開始後（　　）週目で投与中である。（一時休薬期間は除く。）

前回の治療がペグインターフェロン/リバビリン併用療法であった。
はい □　いいえ □

（例）
・今回が初回治療
・前回の治療が単独療法
・前回の治療がペグインターフェロン/リバビリン併用以外の保険適用の併用療法　など

前回の治療で、36週目までにHCV-RNAが陰性化した。
はい □　いいえ □

今回の治療が、
「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）の投与が必要と判断した。
はい □　いいえ □

今回の治療が、
「投与開始後12週後にHCV-RNA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）の投与が必要と判断した。
※ 前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値。
はい □　いいえ □

今回の治療において、肝臓専門医（日本肝臓学会認定）と連携し、継続治療を実施している。
※確認できる書類を添付。（専門医からの紹介書類等）ただし、主治医が肝臓専門医である場合は、確認書類を省略することができる。
はい □　いいえ □

助成期間の延長（72週投与）
適用
※ 投与後の予定期間
（平成　年　月　日～平成　年　月　日）

助成期間の延長（72週投与）
適用外

※前回の治療：今回の治療以前（直近）の治療であり、今回の治療から2ヶ月以上前に終了した治療のことをいう。

（注）ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨を十分留意してください。

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

新	旧
様式第18号(要領第5条の4関係) 市町村民税課税額合算対象除外申請書 下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及び配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。 記 除外希望者氏名(フリガナ) 平成　年　月　日 申請者氏名　　印 申請者住所〒	様式第13号(要領第5条の4関係) 市町村民税課税額合算対象除外申請書 下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及び配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。 記 除外希望者氏名(フリガナ) 平成　年　月　日 申請者氏名　　印 申請者住所〒 TEL

新	旧
福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領 第１条　目　　的 福岡県肝炎治療特別促進事業を実施するにあたり、事業の円滑な推進を図るため福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づき必要な事項を定める。 第２条　医療給付の申請について 実施要綱第５に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、肝炎治療受給者証交付（新規・２回目の制度利用・転入）申請書（インターフェロン治療）（様式第１号）、肝炎治療受給者証交付（新規・転入）申請書（核酸アナログ製剤治療）（様式第２号）（(以下「申請書」という。）に、医師が記載した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４号)、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）（様式第５号）、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）（様式第６号）（以下「診断書」という。）、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和２５年法律第２２６号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し、世帯調書（様式第９号）を添えて、申請者が知事あてに申請しなければならない。	福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領 第１条　目　　的 福岡県肝炎治療特別促進事業を実施するにあたり、事業の円滑な推進を図るため福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づき必要な事項を定める。 第２条　医療給付の申請について 実施要綱第５に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書（様式第１号）（以下「申請書」という。）に、医師が記載したインターフェロン治療受給者証認定に係る診断書、(様式第２号)（以下「診断書」という。）、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和２５年法律第２２６号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し、世帯調書（様式第４号）を添えて、申請者が知事あてに申請しなければならない。

第３条　対象患者の認定について 知事は、実施要綱第１０条に定める認定を行う際には、福岡県慢性肝炎認定審査会（以下「審査会」という。）に意見を求め、別添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。	第３条　対象患者の認定について 知事は、実施要綱第１０条に定める認定を行う際には、インターフェロン治療に係る福岡県慢性肝炎認定審査会（以下「審査会」という。）に意見を求め、別に定める対象患者の認定基準（以下「認定基準」という。）により適正に認定するものとする。
第４条　肝炎治療受給者証の交付等について １　肝炎治療受給者証 知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、肝炎インターフェロン治療受給者証(様式第７号)または肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証（様式第８号）（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。	第４条　肝炎インターフェロン治療受給者証の交付等について １　肝炎インターフェロン治療受給者証 知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、肝炎インターフェロン治療受給者証（以下「受給者証」という。）(様式第３号)を交付するものとする。
２　交付申請書等の取扱い 知事は、申請書を受理したときは受理した日（以下「受理日」という。）から速やかに当該申請に対し、その可否を決定し、否とした場合には具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。	２　交付申請書等の取扱い 知事は、申請書を受理したときは受理した日（以下「受理日」という。）から速やかに当該申請に対し、その可否を決定し、否とした場合には具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。
３　受給者証の有効期間 受給者証の有効期間は１年以内とし、原則として所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）受理日の属する月の初日から起算するものとする。	３　受給者証の有効期間 受給者証の有効期間は１年とし、原則として所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）受理日の属する月の初日から起算するものとする。また、受給者証の更新は認めないものとする。
ただし、重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用によって１ヶ月から２ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間である１年をわずかに超える場合には、２ヶ月を限度に助成期間を延長するものとする。	ただし、重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用によって１ヶ月から２ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間である１年をわずかに超える場合には、２ヶ月を限度に助成期間を延長するものとする。

また、C型慢性肝炎セログループ１かつ高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン及びリバビリン併用療法について、認定基準を満たした場合には、７２週までの延長投与を認め、有効期間をトータル１年６ヵ月まで延長するものとする。	また、セログループ１かつ高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン＋リバビリン併用療法について、「投与開始後１２週後にHCV―RNA 量が前値の１／１００以下に低下するが HCV―RNAが陽性（Real timePCR）で、３６週までに陰性化した例で、プラス２４週（トータル７２週間）の投与期間が望ましい。」と医師が判断する場合には、７２週までの延長投与を認め、有効期間をトータル１年６ヵ月まで延長するものとする。
第５条　対象患者が負担すべき額について １　実施要綱第８条により対象患者が保険医療機関等（健康保険法（大正１１年法律第７０号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）に支払うべき額が、実施要綱第８条２に定める額（以下「自己負担限度額」という。）に満たない場合は、その全額を負担すべきものとする。 ２　高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）の規定による被保険者については、同法上の患者負担額の範囲内で、実施要綱第８条２に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。 ３　対象患者の負担すべき額が実施要綱第８条２に定める額のうち、最高額となることが明らかである場合は、最高限度額適用の同意書（様式第１０号）を添付することにより、第２条に定める申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和２５年法律第２２６号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写しの提出を省略することができる。 ４　自己負担限度額の決定については、住民票上の世帯を単位とする。ただし、配偶者以外の者であって、受給者及びその配偶者と、相	第５条　対象患者が負担すべき額について １　実施要綱第８条により対象患者が保険医療機関等（健康保険法（大正１１年法律第７０号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）に支払うべき額が、実施要綱第８条（２）に定める額（以下「自己負担限度額」という。）に満たない場合は、その全額を負担すべきものとする。 ２　高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）の規定による被保険者については、同法上の患者負担額の範囲内で、実施要綱第８条（２）に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。 ３　対象患者の負担すべき額が実施要綱第８条（２）に定める額のうち、最高額となることが明らかである場合は、最高限度額適用の同意書（様式第５号）を添付することにより、第２条に定める申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和２５年法律第２２６号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写しの提出を省略することができる。 ４　自己負担限度額の決定については、住民票上の世帯を単位とする。ただし、配偶者以外の者であって、受給者及びその配偶者と、相

互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、受給者からの申請に基づいて、当該「世帯」の市町村民税課税額の合算対象から除外することを認める。	互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、受給者からの申請に基づいて、当該「世帯」の市町村民税課税額の合算対象から除外することを認める。
第６条　自己負担限度月額管理の取扱い	第６条　自己負担限度月額管理の取扱い
１　知事は、受給者に対し、肝炎治療自己負担限度月額管理票（様式第１１号）（以下「管理票」という。）を交付するものとする。	１　知事は、受給者に対し、肝炎インターフェロン治療自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）（様式第６号）を交付するものとする。
２　管理票の交付を受けた受給者は、肝炎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。	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。	４　受給者から、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた保険医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収しないものとする。

第７条　県内に転入した場合の取扱いについて 他の都道府県の受給者証を所持する者が、本県に転入し、引き続き受給者証の交付を受けようとする場合には、転入日の属する月の翌月末日までに、申請書に転入前に交付されていた受給者証の写し、住民票及び健康保険証の写しを添えて知事に届け出なければならない。 なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。	第７条　県内に転入した場合の取扱いについて 他の都道府県の受給者証を所持する者が、本県に転入し、引き続き受給者証の交付を受けようとする場合には、転入日の属する月の翌月末日までに、申請書に転入前に交付されていた受給者証の写し、住民票及び健康保険証の写しを添えて知事に届け出なければならない。 なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。
第８条　県外へ転出した場合の取扱いについて 受給者証を所持する患者（以下「受給者」という。）が、県外へ転出し、転出先においても引き続き当該受給者証の交付を受けようとする場合には、転出日の属する月の翌月末日までに、転出前に交付されていた受給者証の写し等を添えて転出先の都道府県知事に届け出るものとする。転出先の都道府県は、当該届出を受理した旨を転出元の都道府県に伝達するとともに、転出日以降の費用を負担するものとする。 なお、この場合における受給者証の有効期間は、転出前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。	第８条　県外へ転出した場合の取扱いについて 受給者証を所持する患者（以下「受給者」という。）が、県外へ転出し、転出先においても引き続き当該受給者証の交付を受けようとする場合には、転出日の属する月の翌月末日までに、転出前に交付されていた受給者証の写し等を添えて転出先の都道府県知事に届け出るものとする。転出先の都道府県は、当該届出を受理した旨を転出元の都道府県に伝達するとともに、転出日以降の費用を負担するものとする。 なお、この場合における受給者証の有効期間は、転出前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。
第９条　受給者証の再交付 既に受給者証を有している者が、紛失、破損等の理由により再交付の申請をするときは、受給者証再交付申請書（様式第１３号）を知事に提出しなければならない。	第９条　受給者証の再交付 既に受給者証を有している者が、紛失、破損等の理由により再交付の申請をするときは、受給者証再交付申請書（様式第８号）を知事に提出しなければならない。
第 10 条　受給者証交付申請事項等の変更 １　受給者証の交付を受けた者が、申請事項等を変更しようとするときは、肝炎インターフェロン治療受給者証（変更・返納）届（様	第 10 条　受給者証交付申請事項等の変更 １　受給者証の交付を受けた者が、申請事項等を変更しようとするときは、肝炎インターフェロン治療受給者証（変更・返納）届（様

式第１２号）に必要な添付書類を添えて知事に提出しなければならない。	式第７号）に必要な添付書類を添えて知事に提出しなければならない。
2　他の都道府県に転出する場合もしくは死亡し、受給者の資格を喪失した場合には、受給者証をすみやかに県に返還しなければならない。	2　他の都道府県に転出する場合もしくは死亡し、受給者の資格を喪失した場合には、受給者証をすみやかに県に返還しなければならない。
第 11 条　治療中断による受給者証の延長 既に受給者証を有している者が、重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用によって１ヶ月から２ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間を延長するときは、助成期間が満了する３ヶ月前から満了する間までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（副作用等）（様式第１６号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、２ヶ月を限度に助成期間を延長し、受給者に新たな受給者証を交付する。	第 11 条　治療中断による受給者証の延長 既に受給者証を有している者が、重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用によって１ヶ月から２ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間を延長するときは、助成期間が満了する３ヶ月前から満了する間までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（副作用等）（様式第１１号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、２ヶ月を限度に助成期間を延長し、受給者に新たな受給者証を交付する。
第 12 条　７２週投与による受給者証の延長 既に受給者証を有している者のうち、Ｃ型慢性肝炎セログループ１かつ高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を実施中の者が別添２の認定基準を満たし、有効期間をトータル１年６ヵ月まで延長するときは、助成期間が満了する３ヶ月前から満了後１ヶ月までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（７２週投与用）（様式第１７号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。	第 12 条　７２週投与による受給者証の延長 既に受給者証を有している者のうち、セログループ１かつ高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン＋リバビリン併用療法を実施し、「投与１２週後に HCV―RNA 量が前値の１／１００以下に低下するが HCV―RNA が陽（Real timePCR）で、３６週までに陰性化した例で、プラス２４週（トータル７２週間）の投与期間延長が望ましい。」と医師が判断し、有効期間をトータル１年６ヵ月まで延長するときは、助成期間が満了する３ヶ月前から満了する間までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（７２週間投与用）（様式第１２号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。

第 13 条　肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新 既に肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証を有している者のうち、医師が治療継続が必要と認める場合、肝炎治療受給者証交付（更新）申請書（核酸アナログ製剤治療）（様式第３号）に、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和２５年法律第２２６号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し、世帯調書（様式第９号）を添えて、知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。	
第 14 条　受給者証の取り下げ 既に受給者証を有している者から取り下げの申し出があったときは、これを認めないものとする。ただし、受給者証の交付前に取り下げの申し出があったときについてはこの限りではない。	第 13 条　受給者証の取り下げ 既に受給者証を有している者から取り下げの申し出があったときは、これを認めないものとする。ただし、受給者証の交付前に取り下げの申し出があったときについてはこの限りではない。
第 15 条　医療費の支払 1　知事が委託した保険医療機関等が要綱第５条に定める対象医療に要した費用として支払委託機関に請求する場合に当たっては、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和５１年厚生省令第３６号)」の定めるところによる。 2　知事は、要綱第５条に定める対象医療費の請求を受けたときは、内容を審査し、医療費を支払うものとする。	第 14 条　インターフェロン治療に係る医療費の支払 1　知事が委託した保険医療機関等がインターフェロン治療に要した費用として支払委託機関に請求する場合にあっては、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和５１年厚生省令第３６号)」の定めるところによる。 2　知事は、インターフェロン治療に係る医療費の請求を受けたときは、内容を審査し、医療費を支払うものとする。

第 16 条　療養費の支給 1　知事が特に認めたときは、委託した保険医療機関等に対するインターフェロン治療に係る医療費の支払いに代えて、療養費を支給することができる。 2　療養費の支給を受けようとするときは、受給者又はその扶養義務者は、肝炎治療費請求書（様式第１５号）に知事が委託した保険医療機関等の領収済証明を受けて、知事あて請求するものとする。 3　知事は、療養費の請求を受けたときは、内容を審査し、療養費を支払うものとする。	第 15 条　療養費の支給 1　知事が特に認めたときは、委託した保険医療機関等に対するインターフェロン治療に係る医療費の支払いに代えて、療養費を支給することができる。 2　療養費の支給を受けようとするときは、受給者又はその扶養義務者は、肝炎インターフェロン治療費請求書（様式第１０号）に知事が委託した保険医療機関等の領収済証明を受けて、知事あて請求するものとする。 3　知事は、療養費の請求を受けたときは、内容を審査し、療養費を支払うものとする。
第 17 条　保険医療機関等の指導 知事は、保険医療機関等に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、適正な治療が実施されていない保険医療機関等に対して、本事業における適正化の推進に必要な措置を講じるものとする。	第 16 条　保険医療機関等の指導 知事は、保険医療機関等に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、適正な治療が実施されていない保険医療機関等に対して、本事業における適正化の推進に必要な措置を講じるものとする。
第 18 条　その他 知事は、必要に応じて、本事業のより効果的な運用を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。	
附　則 この要領は、平成２０年４月１日から適用する。	附　則 この要領は、平成２０年４月１日から適用する。

附　則 この要領は、平成２０年５月１日から施行し、平成２０年４月１日から適用する。 附　則 この要領は、平成２０年１２月１日から施行する。 附　則 この要領は、平成２１年４月１日から施行する。 附　則 この要領は、平成２２年４月１日から施行する。	附　則 この要領は、平成２０年５月１日から施行し、平成２０年４月１日から適用する。 附　則 この要領は、平成２０年１２月１日から施行する。 附　則 この要領は、平成２１年４月１日から施行する。

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間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この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り患したため、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。

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　助成期間

助成の期間は、原則として同一患者につき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５条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４号）、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）（様式５号）、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）（様式第６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。認定を行うに当たっては、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又は核酸アナログ製剤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、肝炎治療受給者証交付（新規・２回目の制度利用・転入）申請書（インターフェロン治療）（様式第１号）又は肝炎治療受給者証交付（新規・転入）申請書（核酸アナログ製剤治療）（様式第２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、肝炎治療費請求書（様式第１５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（様式第７号）又は肝炎核酸アナログ製剤治療

受給者証（様式第８号）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治療受給者証（変更・返納）届（様式第１２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１４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、速やかに肝炎治療受給者証（変更・返納）届（様式第１２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インターフェロン治療患者又は核酸アナログ製剤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、肝炎治療受給者証再交付申請書（様式第１３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、治療費請求書により知事に請求し、知事は治療の内容を審査し、支払うものとする。

第19条　秘密保持

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

附　則

この要綱は、平成２０年４月１日から適用する。

附　則

この要綱は、平成２０年５月１日から施行し、平成２０年４月１日から適用する。

附　則

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

附　則

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

附　則

この要綱は、平成２０年１２月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成２１年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成２２年４月１日から施行する。

（別表）

福岡県肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表

階層区分		自己負担限度額（月額）
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
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

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領

第１条　目　　的

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

第２条　医療給付の申請について

実施要綱第５に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、肝炎治療受給者証交付（新規・２回目の制度利用・転入）申請書（インターフェロン治療）（様式第１号）、肝炎治療受給者証交付（新規・転入）申請書（核酸アナログ製剤治療）（様式第２号）（(以下「申請書」という。）に、医師が記載した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４号)、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）（様式第５号)、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）（様式第６号）（以下「診断書」という。)、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和２５年法律第２２６号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し、世帯調書（様式第９号）を添えて、申請者が知事あてに申請しなければならない。

第３条　対象患者の認定について

知事は、実施要綱第１０条に定める認定を行う際には、福岡県慢性肝炎認定審査会（以下「審査会」という。）に意見を求め、別添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。

第４条　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

知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、肝炎インターフェロン治療受給者証(様式第７号)または肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証（様式第８号）（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

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

３　受給者証の有効期間

受給者証の有効期間は１年以内とし、原則として所管保健所等（政令市を含む。

以下「保健所」という。）受理日の属する月の初日から起算するものとする。

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

また、Ｃ型慢性肝炎セログループ１かつ高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン及びリバビリン併用療法について、認定基準を満たした場合には、７２週までの延長投与を認め、有効期間をトータル１年６ヵ月まで延長するものとする。

第５条　対象患者が負担すべき額について

１　実施要綱第８条により対象患者が保険医療機関等（健康保険法（大正１１年法律第７０号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）に支払うべき額が、実施要綱第８条２に定める額（以下「自己負担限度額」という。）に満たない場合は、その全額を負担すべきものとする。

２　高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）の規定による被保険者については、同法上の患者負担額の範囲内で、実施要綱第８条２に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。

３　対象患者の負担すべき額が実施要綱第８条２に定める額のうち、最高額となることが明らかである場合は、最高限度額適用の同意書（様式第１０号）を添付することにより、第２条に定める申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和２５年法律第２２６号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写しの提出を省略することができる。

４　自己負担限度額の決定については、住民票上の世帯を単位とする。

ただし、配偶者以外の者であって、受給者及びその配偶者と、相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、受給者からの申請に基づいて、当該「世帯」の市町村民税課税額の合算対象から除外することを認める。

第６条　自己負担限度月額管理の取扱い

１　知事は、受給者に対し、肝炎治療自己負担限度月額管理票（様式第１１号）（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する。

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

第７条　県内に転入した場合の取扱いについて

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

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

第８条　県外へ転出した場合の取扱いについて

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

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

第９条　受給者証の再交付

既に受給者証を有している者が、紛失、破損等の理由により再交付の申請をするときは、受給者証再交付申請書（様式第１３号）を知事に提出しなければならない。

第10条　受給者証交付申請事項等の変更

1　受給者証の交付を受けた者が、申請事項等を変更しようとするときは、肝炎インターフェロン治療受給者証（変更・返納）届（様式第１２号）に必要な添付書類を添えて知事に提出しなければならない。

2　他の都道府県に転出する場合もしくは死亡し、受給者の資格を喪失した場合

には、受給者証をすみやかに県に返還しなければならない。

第 11 条　治療中断による受給者証の延長

既に受給者証を有している者が、重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用によって１ヶ月から２ヶ月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間を延長するときは、助成期間が満了する３ヶ月前から満了する間までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（副作用等）（様式第１６号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、２ヶ月を限度に助成期間を延長し、受給者に新たな受給者証を交付する。

第 12 条　７２週投与による受給者証の延長

既に受給者証を有している者のうち、Ｃ型慢性肝炎セログループ１かつ高ウイルス量症例に対するペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を実施中の者が別添２の認定基準を満たし、有効期間をトータル１年６ヵ月まで延長するときは、助成期間が満了する３ヶ月前から満了後１ヶ月までに肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（７２週投与用）（様式第１７号）を知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。

第 13 条　肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新

既に肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証を有している者のうち、医師が治療継続が必要と認める場合、肝炎治療受給者証交付（更新）申請書（核酸アナログ製剤治療）（様式第３号）に、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和２５年法律第２２６号)の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し、世帯調書（様式第９号）を添えて、知事に提出するものとする。知事は当該患者に受給者証を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。

第 14 条　受給者証の取り下げ

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

第 15 条　医療費の支払

１　知事が委託した保険医療機関等が要綱第５条に定める対象医療に要した費用として支払委託機関に請求する場合に当たっては、「療養の給付及び公費負担医

療に関する費用の請求に関する省令（昭和５１年厚生省令第３６号）」の定めるところによる。

2　知事は、要綱第５条に定める対象医療費の請求を受けたときは、内容を審査し、医療費を支払うものとする。

第16条　療養費の支給

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

2　療養費の支給を受けようとするときは、受給者又はその扶養義務者は、肝炎治療費請求書（様式第１５号）に知事が委託した保険医療機関等の領収済証明を受けて、知事あて請求するものとする。

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

第17条　保険医療機関等の指導

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

第18条　その他

知事は、必要に応じて、本事業のより効果的な運用を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。

附　則

この要領は、平成２０年４月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成２０年５月１日から施行し、平成２０年４月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成２０年１２月１日から施行する。

附　則

この要領は、平成２１年４月１日から施行する。

附　　則

この要領は、平成２２年４月１日から施行する。

（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、上記の（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 週投与を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化したが再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNA が 36 週までに陰性化した症例」に該当し 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 量が前置（※）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）の延長投与が必要と医師が判断した場合。

※ 前置：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章中、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。

様式第１号（要綱第１１条関係）

肝炎治療受給者証交付（新規・２回目の制度利用・転入）申請書（インターフェロン治療）

申請理由（該当するものに○をつけてください）		１．新規　２．２回目の制度利用　２．他都道府県からの転入			
申請者	フリガナ 氏　名			性　別	男　女
	生年月日	明昭 大平　　年　月　日（満　歳）		職　業	
	住　所	〒　　（電話　　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	政・組・船・共・国・後・協	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					
本助成制度利用歴		１．あり　　２．なし 受給者番号（　　） 有効期間（平成　年　月　日～平成　年　月　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、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、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、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

様式第２号（要綱第１１条関係）

肝炎治療受給者証交付（新規・転入）申請書
（核酸アナログ製剤治療）

申請理由（該当するものに○をつけてください）		１．新規　　２．他都道府県からの転入			
申請者	フリガナ 氏　名			性　別	男　女
	生年月日	明昭 大平　　年　月　日（満　歳）		職　業	
	住　所	〒　　（電話　　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	政・組・船・共・国・後・協	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					
本助成制度利用歴		１．あり　　２．なし 受給者番号（　　） 有効期間（平成　年　月　日～平成　年　月　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				

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、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、核酸アナログ製剤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、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

様式第３号（要領第１３条関係）　　（表面）

肝炎治療受給者証交付（更新）申請書
（核酸アナログ製剤治療）

申請者	フリガナ 氏　名			性　別	男　女
	生年月日	明昭 大平　　年　月　日（満　歳）		職　業	
	住　所	〒　　（電話　　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	政・組・船・共・国・後・協	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					
本助成制度利用歴		受給者番号（　　） 有効期間（平成　年　月　日～平成　年　月　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				

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、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、核酸アナログ製剤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、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

様式第３号(要領第１３条関係)の裏面　　(裏面)

【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療更新時直近の所見を記入する。 １．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：平成　　年　　月　　日） （１）　HBe 抗原　（＋・－）　　(該当する方を○で囲む) HBe 抗体　（＋・－）　　(該当する方を○で囲む) （２）　HBV-DNA 定量　＿＿＿＿　(単位：　　、測定法　　) ２．血液検査（検査日：平成　　年　　月　　日） AST　＿＿＿＿IU／l ALT　＿＿＿＿IU／l 血小板数　＿＿＿＿$\times 10^4$　／μl ３．画像診断およ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 【必須】	該当を○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 【必須】	該当番号を○で囲み、１日投与量を記入する。 １．エンテカビル単独　　(　　ｍｇ) ２．ラミブジン単独　　(　　ｍｇ) ３．アデホビル単独　　(　　ｍｇ) ４．ラミブジン（　　ｍｇ）＋アデホビル（　　ｍｇ） 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 前回の申請時からの治療薬剤の変更　１．なし　２．あり ２．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)
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。
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。

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

様式第４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　＿＿＿＿×10^4／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】	１　該当する□にチェック（レ点）を記入する　□ 初回治療　□ 再治療 ２　該当番号を○で囲む １．インターフェロンα製剤　（１回投与量　　単位） ２．インターフェロンβ製剤　（１回投与量　　単位） ３．ペグインターフェロン製剤　（１回投与量　　μｇ） ４．リバビリン製剤　（服用量　　ｍｇ） ５．その他（具体的に記載してください。　　） ※申請者体重＿＿＿＿kg 治療期間　　週　　（平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）		
治療上の問題点			
記載年月日　平成　　年　　月　　日 医療機関名および所在地 医師氏名　　印			

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

様式第５号（要領第１０条関係）　　（表面）

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	明昭 大平　　年　　月　　日生（満　　歳）
住所	郵便番号 電話番号　　（　　）		

【適用要件】　該当する□にチェック（レ点）を記入する。

前回の治療でPEG-IFN/RBV併用療法72週の施行者は除く。

HCV-RNA陽性のＣ型慢性肝炎及び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施行中の患者であり、現在肝がんの合併がないものである。

はい □　　いいえ □

前回の治療がペグインターフェロン／リバビリン併用療法であった。

いいえ □　　はい □

十分量の４８週投与であった。

いいえ □　　はい □

前回の治療で、36週目までにHCV-RNAが陰性化した。

はい □　　いいえ □

２回目の制度利用　適用

２回目の制度利用　適用外

＊「前回の治療」とは、今回の治療以前（直近）の治療であり、今回の治療から２ヶ月以上前に終了した治療のことをいう。

様式第５号（要綱第１０条関係）の裏面　　（裏面）

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．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） ２．血液検査（検査日：平成　年　月　日） AST　＿＿＿＿IU／l ALT　＿＿＿＿IU／l 血小板数　＿＿＿＿×10^4　／μl ３．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　（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）
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　　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 治療予定期間　　週　（平成　年　月～平成　年　月）
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６号(要綱第１０条関係)

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 【必須】	該当を○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)		
現在の治療 【必須】	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継続の必要　1．あり　2.なし		
検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療開始直前の所見を記入する。 ただし、治療中の場合は直近の所見を記入する。 1．B型肝炎ウイルスマーカー(検査日：平成　　年　　月　　日) (1)　HBe抗原　(＋・－)　　(該当する方を○で囲む) HBe抗体　(＋・－)　　(該当する方を○で囲む) (2)　HBV-DNA定量　＿＿＿＿　(単位：　　、測定法　　) 2．血液検査(検査日：平成　　年　　月　　日) AST　　＿＿＿＿IU／l ALT　　＿＿＿＿IU／l 血小板数　　＿＿＿＿$\times 10^4$　／μl 3．画像診断およ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)		
治療内容 【必須】	該当番号を○で囲み、１日投与量を記入する。 1．エンテカビル　　(　　mg) 2．ラミブジン　　(　　mg) 3．アデホビル　　(　　mg) 4．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。
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７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）

国内最大級の感染症である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間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この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、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８号（要綱第１３条関係）

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証

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）

国内最大級の感染症である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間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額になることから、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。

7　この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合は、有効期間満了３ヶ月前から満了後１ヶ月以内に更新の手続きを行ってください。

様式第９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

様式第１０号（要領第５条の３関係）

同　意　書

肝炎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〒

TEL

様式第１１号（要領第６条関係）

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		

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				

様式第１２号（要綱第１４条関係）

肝炎治療受給者証（変更・返納）届

① 受給者	氏　　名		生年月日	明・大　　年　　月　　日 昭・平　　（　　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	〒 TEL		
	受給者の医療保険	保険種別	政・組・船・共・国・後・協		
		被保険者 氏　名		受給者との続柄 （受給者の立場から）	
		発行 機関名		記号 番号	
	自己負担限度額（月額）	区分		自己負担限度額	円

③ 返　納　届　　※該当に○をつけてください

返納理由	治癒・死亡・県外転出・他法適用・その他（　　）のため

④

上記のとおり（変更届・返納届）を提出します。

福岡県知事殿　　平成　　年　　月　　日

住所　〒

届出人　氏名　　印

（受給者との続柄　　）

注意1　届出の際は①と④を必ず記入し、肝炎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、返納届け提出の場合は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、世帯全員の市町村民税課税証明書を添付すること。
6　転出後も肝炎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治療受給者証の写しを添えて届け出てください。

（保健所収受印）

様式第１３号（要綱第１６条関係）

肝炎治療受給者証　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	〒 電話番号（　－　－　）		
	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　〒

電話番号（　－　－　）

申請者　氏名　　印

（受給者との続柄　　）

（保健所収受印）

様式第１４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	（医療機関名）		（追加・変更）医療機関	（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）

様式第１５号（要綱第１２条関係）

肝炎治療費請求書（一般医療機関用）

福岡県知事殿

年　月　日

インターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤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	〒 TEL		
	カナ 氏名	㊞	生年月日	M・T　年　月　日生 S・H　（　歳）
	病名		受給者証 有効期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで
	公費負担番号		自己負担 限度額	円
	受給者番号			
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、福岡県からのインターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費（療養費払い）の受領を委任します。

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

＊支払金額決定欄

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

医療機関記入欄

受給者の保険種別（○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（　　）

受療期間（実診療日数）		入院・外来の別	保険診療総点数	左記点数のうちインターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療に係る診療点数	患者負担額	備考
平成　年　月分	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
平成　年　月分	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
平成　年　月分	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
平成　年　月分	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院・外来	点	点	円	
計					円	

上記のとおり、患者負担金については肝炎治療特別促進事業において対象とされている治療のため、受給者より領収済みであることを証明します。

年　　月　　日

医療機関コード（　　）

医療機関所在地

名　　称　　（TEL　　）

医療機関の長名　　㊞　　（記入者　　㊞）

○受給者の方へ（注意事項）

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

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

③請求書受付窓口に提出の際は、この請求書と領収書（写し）、高額療養費決定通知書（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。

○医療機関の方へ（注意事項）

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

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

《記載要領》

請求者の方へ

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

③は医療機関に記入を依頼してください。

当該請求書は１医療機関につき１枚必要です。複数の医療機関で診療があった場合には請求書をコピーして使用してください。

様式第１５号（要綱第12条関係）

肝炎治療費請求書（一般医療機関用）

福岡県知事殿

年　月　日

インターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費として下記のとおり請求します。

①

請求金額	円	＊決定金額	円
受給者 住所	〒812-0000 福岡市博多区・・・　TEL		
受給者 カナ	フクオカ　タロウ	生年月日	M・T・S・H　５９年　１月　１日生（２５　歳）
受給者 氏名	福岡　太郎　㊞		
受給者 病名	慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)	受給者証有効期間	平成　２１年　４月　１日から 平成　２２年　３月３１日まで
受給者 公費負担番号	38406013	自己負担限度額	１０，０００　円
受給者 受給者番号	2000000		
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）		

②

受給者以外の方の口座へ振り込みを希望される場合に、記入・押印してください。 →

委　任　状

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

請求者（受給者）	受任者
住所　福岡市博多区・・・	住所　福岡市博多区・・・
氏名　福岡　太郎　㊞	カナ　フクオカ　ハナコ 氏名　福岡　花子　㊞
	請求者との続柄：請求者の（　妻　）

健康増進課で記入しますので、何も書かないでください。 →

＊支払金額決定欄

入・通院の別	受療期間	医療費公費負担額	患者負担額	患者自己負担済額
入・通	年　月　日～　日(　日)	円	円	円
入・通	年　月　日～　日(　日)	円	円	円
入・通	年　月　日～　日(　日)	円	円	円
入・通	年　月　日～　日(　日)	円	円	円
入・通	年　月　日～　日(　日)	円	円	円
入・通	年　月　日～　日(　日)	円	円	円
入・通	年　月　日～　日(　日)	円	円	円
計		円		

3)

医療機関記入欄

受給者の保険種別（○で囲む）	国保一般 ・ 国退（本人・家族） ・ 政管（本人・家族） ・ 組合（本人・家族） 船員（本人・家族） ・ 共済（本人・家族） ・ 後期高齢 ・ その他（　　）

受療期間（実診療日数）		入院・外来の別	保険診療総点数	左記点数のうちインターフェロン治療核酸アナログ製剤治療に係る診療点数	患者負担額	備　考
平成２１年４月分	１６日～３０日（１５日）	入院 外来	３０，０００点	２７，０５０点	８０，４３０円	限度額認定証使用
	日～　日（　日）	入院 外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院 外来	点	点	円	
平成２１年５月分	１日～　５日（５　日）	入院 外来	１７，０００点	１５，０００点	４５，０００円	
	１２日～２６日（３　日）	入院 外来	１２，０００点	１１，０００点	３３，０００円	内科
	２１日～　日（１　日）	入院 外来	１，２００点	１，０００点	３，０００円	眼科
平成　年　月分	日～　日（　日）	入院 外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院 外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院 外来	点	点	円	
平成　年　月分	日～　日（　日）	入院 外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院 外来	点	点	円	
	日～　日（　日）	入院 外来	点	点	円	
計					円	

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

２１年　５月　３０日

医療機関コード（　123456789　）

医療機関所在地　福岡市博多区・・・

名　称　○○病院

医療機関の長名　病院長　○○

印

（℡　092-000-0000　）

㊞（記入者　○○○　㊞）

○受給者の方へ（注意事項）

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

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

③請求書受付窓口に提出の際は、この請求書と領収書（写し）、高額療養費決定通知書（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。

○医療機関の方へ（注意事項）

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

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

医療機関の方へ

受給者証有効期間内の医療費について下記に従い記入してください。

<受療期間><実診療日数>

月毎に記入してください。総合病院の場合は１レセプト毎に記載してください。

<保険診療総点数>

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

<左記点数のうちインターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費に係る診療点数>

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

<患者負担額>

<左記点数のうちインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る診療点数>×10 から受給者の保険負担割合を乗じた金額（＝肝炎治療特別促進事業において対象となっている医療費の患者負担額）を記載してください。

<備考>

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

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

様式第１５号の２（要綱第１２条関係）

肝炎治療費請求書（調剤薬局用）

福岡県知事殿

年　月　日

インターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤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	〒 TEL		
	カナ 氏名	㊞	生年月日	M・T　年　月　日生 S・H　（　歳）
	病名		受給者証有効期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで
	公費負担番号		自己負担限度額	円
	受給者番号			
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、福岡県からのインターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費（療養費払い）の受領を委任します。

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

○受給者の方へ（注意事項）

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

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

③請求書受付窓口に提出の際は、この請求書と領収書（写し）、高額療養費決定通知書（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

受療期間	医療費公費負担額	患者負担額	患者自己負担済額
年　月　日～　日（　日）	円	円	円
年　月　日～　日（　日）	円	円	円
年　月　日～　日（　日）	円	円	円
年　月　日～　日（　日）	円	円	円
計	円		

医療機関記入欄

インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に要する処方箋発行証明書（日別に記入すること）

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

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

年　月　日　　医療機関コード（　　）

医療機関所在地

名　称　　（℡　　）

医療機関の長名　　㊞　（記入者　　㊞）

調剤薬局記入欄

受給者の保険種別（○で囲む）	国保一般 ・ 国退（本人・家族） ・ 政管（本人・家族） ・ 組合（本人・家族） 船員（本人・家族） ・ 共済（本人・家族） ・ 後期高齢 ・ その他（　　）

調剤料の領収済証明（月別に記入すること）

受療期間		実調剤日数	保険診療総点数	左記点数のうちインターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療に係る診療点数	定率負担金	備考
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
計					円	

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

年　月　日　　医療機関コード（　　）

調剤薬局所在地

名　称　　（℡　　）

代表者氏名　　㊞　（記入者　　㊞）

○医療機関の方へ（注意事項）

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

○調剤薬局の方へ（注意事項）

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

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

《記入要領》

受給者の方へ

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

③は医療機関に記入を依頼してください。

④は調剤薬局に記入を依頼してください。

③と④の証明は両方とも必要ですので、ご注意ください。

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

様式第１５号の２（要綱第12条関係）

肝炎治療費請求書（調剤薬局用）

福岡県知事殿

年　月　日

インターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費として下記のとおり請求します。

①

請求金額	円	＊決定金額	円	
受給者	住所	〒812-0000 福岡市博多区・・・	TEL	
	カナ	フクオカ　タロウ	生年月日	M・T　５９年　１月　１日生 S・H　（　２５　歳）
	氏名	福岡　太郎　㊞		
	病名	慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)	受給者証有効期間	平成　２１年　４月　１日から 平成　２２年　３月３１日まで
	公費負担番号	38406013	自己負担限度額	１０，０００　円
	受給者番号	2000000		
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）			

受給者以外の方の口座へ振り込みを希望される場合に、記入・押印してください。 →

②

委　任　状

私は下記の者を代理人と定め、福岡県からの肝炎インターフェロン治療費及び核酸アナログ製剤治療費費（療養費払い）の受領を委任します。

請求者（受給者）	受任者
住所　福岡市博多区・・・	住所　福岡市博多区・・・
氏名　福岡　太郎　㊞	カナ　フクオカ　ハナコ 氏名　福岡　花子　㊞
	請求者との続柄：請求者の（　妻　）

○受給者の方へ（注意事項）

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

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

③請求書受付窓口に提出の際は、この請求書と領収書（写し）、高額療養費決定通知書（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。

健康増進課で記入しますので、何も書かないでください →

＊支払金額決定欄

受療期間	医療費公費負担額	患者負担額	患者自己負担済額
年　月　日～　日(　日)	円	円	円
年　月　日～　日(　日)	円	円	円
年　月　日～　日(　日)	円	円	円
年　月　日～　日(　日)	円	円	円
計	円		

医療機関の方へ

処方箋の発行年月日の記入を日別に記入してください。

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

対象となるのは、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投薬のみです。

調剤薬局の方へ

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

<受療期間><実調剤日数>

月毎に記入してください。

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

<保険診療総点数>

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

<左記点数のうちインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る診療点数>

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

<定率負担金>

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

<備考>

通常の点数計算と金額が相違する場合は、備考欄に理由を記入してください。

医療機関記入欄

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要する処方箋発行証明書（日別に記入すること）

発行年月日	21年 4月17日	21年 5月 5日	21年 5月10日	21年 5月28日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

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

21年 5月28日
医療機関所在地 福岡市博多区・・・
名 称 ○○病院
医療機関の長名 院長 ○○○ 印
医療機関コード（ 123456789 ）
（℡ 092-000-0000 ）
㊞ （記入者 ○○ ㊞）

調剤薬局記入欄

受給者の保険種別（○で囲む）：国保一般 ・ 国退（本人・家族） ・ 政管（本人・家族） ・ 組合（本人・家族）
船員（本人・家族） ・ 共済（本人・家族） ・ 後期高齢 ・ その他（ ）

調剤料の領収済証明（月別に記入すること）

受療期間（処方日）		実調剤日数	保険診療総点数	左記点数のうちインターフェロン治療核酸アナログ製剤治療に係る診療点数	定率負担金	備 考
21年 4月分	17日～ 日	1 日	6，000点	5，500点	16，500円	
21年 5月分	5日～28日	3 日	12，000点	10，000点	30，000円	
年 月分	日～ 日	日	点	点	円	
年 月分	日～ 日	日	点	点	円	
計					円	

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

21年 5月 30日
調剤薬局所在地 福岡市博多区・・・
名 称 ○○薬局
代表者氏名 代表取締役 ○○ 印
医療機関コード（ 123456789 ）
（℡ 092-000-0000 ）
㊞ （記入者 ○○○ ㊞）

○医療機関の方へ（注意事項）

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

○調剤薬局の方へ（注意事項）

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

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

様式第１６号（要領第１１条関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（副作用等）

受給者	ふりがな 氏　名		性　別	男　女
	生年月日	明昭 大平　　年　月　日（満　歳）	職　業	
	住　所	〒　　（電話　　）		
受給者番号				
受給者証に記載された助成期間	自　平成　年　月　日 至　平成　年　月　日			
治療中断期間	平成　年　月　日 平成　年　月　日			
再開後の投与期間	平成　年　月　日 平成　年　月　日			
助成期間延長理由	※　治療中断となった理由について、具体的に記入してください。（検査所見・併存疾患等） 医療機関名　： 医療機関住所： 医師氏名　：　　印			

上記の理由により、当初の治療予定期間を超え、かつ助成期間も超えて治療する可能性が高くなったので、助成期間の延長を申請します。

申請者氏名　　印

平成　　年　　月　　日

福岡県知事　殿

※１）本申請書は、現行有効期間が満了する前に、福岡県知事に申請してください。

※２）延長は、現行有効期間に引き続く２ヶ月を限度とします。

※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。

※４）副作用等の要因について、福岡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。

様式第１７号（要領第１２条関係）　　（表面）

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（72週投与用）

（申請者記載欄）

福岡県知事　　殿

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

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日　平成　　年　　月　　日
(フリガナ)
申請者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
性　　別　（男　・　女）
生年月日　（大正・昭和・平成　　年　　月　　日生）
（満　　歳）
現住所　〒　　－

電話番号　（　　）

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、記入ください。

受給者番号　（　　）
現行有効期間　（平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）

※1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前に、福岡県知事に申請してください。
※2) 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
※3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

（医師記載欄）　　（裏面）

※　以下の事項を全て確認の上、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　（　　）

所　在　地　（（〒　　―　　）　　）

担当医師名　（　　）　印

【確認事項】※担当医師は、該当する場合、□にチェック（レ点）を入れてください。
（認定は、下記の「助成期間の延長（７２週投与）適用」までチェックが入ることが必要です。）

今回の治療がC型慢性肝炎セログループ１型、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である。
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。）

前回の治療がペグインターフェロン/リバビリン併用療法であった。

はい □

いいえ □

（例）
・今回が初回治療
・前回の治療が単独療法
・前回の治療がペグインターフェロン/リバビリン併用以外の保険適用の併用療法　など

前回の治療で、36週目までにHCV-RNAが陰性化した。

はい □

いいえ □

今回の治療が、
「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）の投与が必要と判断した。

いいえ □

はい □

今回の治療において、肝臓専門医（日本肝臓学会認定）と連携し、継続治療を実施している。

※確認できる書類を添付。（専門医からの紹介書類等）ただし、主治医が肝臓専門医である場合は、確認書類を省略することができる。

いいえ □

はい □

今回の治療が、
「投与開始後12週後にHCV-RNA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）の投与が必要と判断した。
※ 前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値。

はい □

いいえ □

助成期間の延長（72週投与）適用
※ 変更後の予定期間
（平成　年　月　日～平成　年　月　日）

助成期間の延長（72週投与）適用外

※前回の治療：今回の治療以前（直近）の治療であり、今回の治療から２ヶ月以上前に終了した治療のことをいう。

（注）ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨を十分留意してください。

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

様式第１８号（要領第５条の４関係）

市町村民税課税額合算対象除外申請書

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

記

除外希望者氏名（フリガナ）

平成　　年　　月　　日

申請者氏名　　印

申請者住所〒

TEL

医療機関会計窓口ご担当者様へお願い

平成２２年４月１日より肝炎治療受給者証（インターフェロン治療等）に係る自己負担限度額が下記のとおり変更となりました。

既に交付済で４月以降に有効期間のある受給者証のうち、自己負担限度額が３万円及び５万円の方には、自己負担限度額引き下げ後の受給者証を４月中に交付替する予定としております。（自己負担限度額１万円の受給者証は交付替せず、有効期間内はそのままの使用となります。）

つきましては、受給者（患者）の負担軽減の観点から、４月診療分の医療費について、可能な限り自己負担限度額引き下げ後の請求としていただきますよう御協力をお願いいたします。

なお、交付替を行った受給者証は現在の受給者証と「受給者番号」及び「公費負担者番号」の変更等はありません。

自己負担限度額の引き下げ（平成２２年４月１日より適用）

平成22年3月まで	変更	平成22年4月から
１０，０００	⇒	１０，０００
３０，０００		１０，０００
５０，０００		２０，０００

※自己負担限度額引き下げ後の額で請求が困難の場合は、償還払い用の肝炎治療費請求書も受給者証と同封しますので、本請求書に証明いただき、受給者へお渡しいただきますようお願いいたします。この場合、県から受給者への返金は６ヶ月程度要しますので、ご配慮頂きますようお願いいたします。