



福岡医発第2577号(地)

平成26年 1月30日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一良
(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

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて標記要綱及び要領が別添のとおり一部改正された旨、福岡県保健医療介護部健康増進課より通知が参りましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件にご了知いただくとともに、関係医療機関への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、変更につきましては、平成26年1月27日からの実施とされておりますが、特例的な取扱いとして、新たに対象医療としたC型慢性肝炎に対するペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビル3剤併用療法は、平成26年3月31日までに申請した者については、申請内容に基づき下記の保険適用日まで遡及する取扱いとされておりますことを申し添えます。

記

【保険適用日】

保険適用日	治療法	銘柄名	診断名
平成25年11月19日	シメプレビル・ペグインターフェロン・リバビリン3剤併用療法	ソグリアート、ペガシス・コペガス又はペグイントロン・レバートル	セログループ1のC型慢性肝炎

「公印省略」

25 健第 4210 号

平成 26 年 1 月 27 日

公益社団法人福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課母子保健係)

「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。

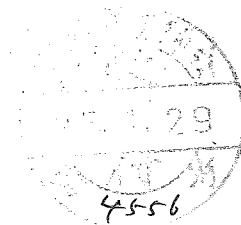
このことについて、標記要綱及び要領を別添のとおり一部改正しましたので、お知らせします。

なお、変更については平成 26 年 1 月 27 日からの実施となりますが、特例的な取扱いとして、新たに対象医療とした C 型慢性肝炎に対するペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビル 3 剤併用療法は、平成 26 年 3 月 31 日までに申請した者については、申請内容に基づき下記の保険適用日まで遡及する取扱いとしますので申し添えます。

記

【保険適用日】

保険適用日	治療法	銘柄名	診断名
平成 25 年 11 月 19 日	シメプレビル・ペグインターフェロン・リバビリン 3 剤併用療法	ソラリアード、 ペガシス・コペ ガス又は ペグイントロ ン・レボトル	セログループ 1 の C 型慢性肝炎



新	旧
福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱 (第1～9条 略) 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別紙様式第3から7号による肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書(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11～19条 略) 附 則 この要綱は、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年7月18日から施行し、平成20年7月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年9月22日から施行し、平成20年9月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年12月1日から施行する。 附 則 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 (第1～9条 略) 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別紙様式第4から7号による肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書(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11～19条 略) 附 則 この要綱は、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年5月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年7月18日から施行し、平成20年7月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年9月22日から施行し、平成20年9月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年12月1日から施行する。 附 則 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24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。

附 則

この要綱は、平成26年1月27日から施行する。

(別表 略)

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24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。

(別表 略)

新	旧
福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領 (第1条 略) 第2条 医療給付の申請について 実施要綱第5条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、別紙様式第1から3号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、医師が記載した別紙様式第3から7号による肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（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10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 略) 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、別紙様式第8から9号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 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	福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領 (第1条 略) 第2条 医療給付の申請について 実施要綱第5条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、別紙様式第1から3号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、医師が記載した別紙様式第4から7号による肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（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10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 略) 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、別紙様式第8から9号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 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年以内で、治療予定期間に即した期間とし、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。

（第5～12条 略）

第13条 シメプレビルを含む3剤併用療法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型症例に対するシメプレビルを含む3剤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（シメプレビルを含む3剤併用療法用）（様式第18号の2）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

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年以内で、治療予定期間に即した期間とし、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5～12条 略）

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、医師が治療継続を必要と認める場合、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

を返却させ、受給者に新たな受給者証を交付する。

第14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、医師が治療継続を必要と認める場合、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。

なお、更新の申請に係る申請書類の提出については、郵送によることも可能とする。

第15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場合についてはこの限りではない。

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。

なお、更新の申請に係る申請書類の提出については、郵送によることも可能とする。

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場合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。

第16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17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及び核酸アナログ製剤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16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18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。

- 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及び核酸アナログ製剤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16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。

第19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。

附 則

この要領は、平成24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

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24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年1月27日から施行し、平成25年11月19日から適用する。

(別添 1)

認 定 基 準

1. B 型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

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（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(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 1)

認 定 基 準

1. B 型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

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（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(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

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

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。ただし、3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）を受けたことがあるものについては、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかった場合に限る。

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

- ① これまでの治療において、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 これまでの治療において、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) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2. (1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴のある者については、担当医によりシメプレビルを用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合、改めて助成の対象とすることができる。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

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。ただし、これまでの治療において、十分量の3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル）による24週投与が行われた場合を除く。

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

- ① これまでの治療において、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 これまでの治療において、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) ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビルによる3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、これまでに3剤併用療法を受けたことがなく、かつ肝がんの合併のないもの

※1 上記については、1回のみの助成とする。ただし、2. (1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 3剤併用療法の実施は、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。

(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(48週プラス24週)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) C型慢性肝炎セログループ1型症例に対する、シメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与することが適切と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。

※ この場合、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。

(3) 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、上記の(1)または(2)とは別に、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。

注) シメプレビルの添付文書中、用法・用量に関連する使用上の注意において、『副作用や治療効果不十分等により本剤を中止した場合には、本剤の投与を再開しないこと』との記載がある。

2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。

1 (1) について

① これまでの治療において、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」に該当する場合。

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」に該当する場合。

1 (2) について

① これまでの24週以上のインターフェロン治療(ペグ)インターフェロン製剤単独、リバビリンとの併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者。

② または、インターフェロン治療の開始12週後にHCV-RNAが前値(※)の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者。

※ 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。

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) これまでの治療において、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)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。

様式第1号（要綱第11条関係）

（裏面：両面印刷）

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 （要綱第11条関係）	1. 3剤併用療法を除く（新規）			
	2. 3剤併用療法を除く（2回目制度利用）			
	3. テラプレビルを含む3剤併用療法			
	4. テラプレビルを含む3剤併用療法			
5. 他都道府県からの転入				
申請者 氏名	フリガナ		性別	男 女
	生年月日	明治 年 月 日（満 歳）	職業	
	住所	〒 (電話)		
	加入 保険	被保険者氏名	受給者との 続 続	
病 名	加入 保険	被保険者氏名	受給者との 続 続	
	加入 保険	被保険者氏名	受給者との 続 続	
	加入 保険	被保険者氏名	受給者との 続 続	
	加入 保険	被保険者氏名	受給者との 続 続	
本制度制度 利用期間				
1. あり 2. なし				
受給者番号 1 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)				
治療 受給 期間	治療 受給 期間			
	治療 受給 期間			
	治療 受給 期間			
	治療 受給 期間			
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取組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				

本申請書が何らかの理由で利用できない場合は、申請者が代筆できない。
 本申請書及び添付書類の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、関係機関の必要資料とすること目的以外には使用することはありません。

（注）治療を受けることができない場合は、関係機関の必要資料とすること目的以外には使用することはありません。
 （注）治療を受けることができない場合は、関係機関の必要資料とすること目的以外には使用することはありません。

様式第1号（要綱第11条関係）

（表面：両面印刷）

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 （要綱第11条関係）	1. 3剤併用療法を除く（新規）			
	2. 3剤併用療法を除く（2回目制度利用）			
	3. テラプレビルを含む3剤併用療法			
	4. 他都道府県からの転入			
申請者 氏名	フリガナ		性別	男 女
	生年月日	明治 年 月 日（満 歳）	職業	
	住所	〒 (電話)		
	加入 保険	被保険者氏名	受給者との 続 続	
病 名	加入 保険	被保険者氏名	受給者との 続 続	
	加入 保険	被保険者氏名	受給者との 続 続	
	加入 保険	被保険者氏名	受給者との 続 続	
	加入 保険	被保険者氏名	受給者との 続 続	
本制度制度 利用期間				
1. あり 2. なし				
受給者番号 1 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)				
治療 受給 期間	治療 受給 期間			
	治療 受給 期間			
	治療 受給 期間			
	治療 受給 期間			
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取組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				

本申請書が何らかの理由で利用できない場合は、申請者が代筆できない。
 本申請書及び添付書類の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、関係機関の必要資料とすること目的以外には使用することはありません。

（注）治療を受けることができない場合は、関係機関の必要資料とすること目的以外には使用することはありません。
 （注）治療を受けることができない場合は、関係機関の必要資料とすること目的以外には使用することはありません。

認 定 基 準 (様式第1号の裏面)

1. B型慢性肝炎

(1) インターフェロン治療について

HBs抗原陽性又は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（ただし、ヘグインターフェロン製剤を用いる治療に限り、HBs抗原陽性のB型慢性活動性肝炎を対象とする。）

※ 上記において2回以上の助成を受けることができるのは、これまでのヘグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(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抑制し肝機能の異常が確認されたB型慢性肝炎患者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

2. C型慢性肝炎

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

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。ただし、2015年10月1日以前にインターフェロン単剤治療、又はインターフェロン併用療法を受けたことがない者とする。

※ 上記において2回以上の助成を受けることができるのは、以下の1、2のいずれにも該当しない場合とする。

- ① 2015年10月1日以前、インターフェロン単剤治療、又はインターフェロン併用療法による治療を受けたこと、36週以上HCV RNAが陰性化したことがない。
- ② 2015年10月1日以前、インターフェロン単剤治療、又はインターフェロン併用療法による治療を受けたこと、36週以上HCV RNAが陰性化したことがない。

(2) ヘグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法について

HCV RNA陽性のC型慢性肝炎で、ヘグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

- ※1 上記においては、①のみの助成とする。ただし、②（1）に係る治療型の有無を問わない。
- ※2 3剤併用療法の実施は、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。

認 定 基 準 (様式第1号の裏面)

1. B型慢性肝炎

(1) インターフェロン治療について

HBs抗原陽性かつ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（ただし、ヘグインターフェロン製剤を用いる治療に限り、HBs抗原陽性のB型慢性活動性肝炎を対象とする。）

※ 上記において2回以上の助成を受けることができるのは、これまでにヘグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(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抑制し肝機能の異常が確認されたB型慢性肝炎患者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

2. C型慢性肝炎

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

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。ただし、これまでの治療において、十分量の3剤併用療法（ヘグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル）による24週投与が行われた場合を除く。

※ 上記において2回以上の助成を受けることができるのは、以下の1、2のいずれにも該当しない場合とする。

- ① これまでの治療において、十分量のヘグインターフェロン及びリバビリン併用療法による18週投与を行ったか、36週までにHCV RNAが陰性化したことがない。
- ② これまでの治療において、ヘグインターフェロン及びリバビリン併用療法による24週投与が行われたケース

(2) ヘグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法について

HCV RNA陽性のC型慢性肝炎で、ヘグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビルによる3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、これまでに3剤併用療法を受けたことがなく、かつ肝がんの合併のないもの

- ※1 上記については、1回のみの助成とする。ただし、②（1）に係る治療型の有無を問わない。
- ※2 3剤併用療法の実施は、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。

25 26 27 28

附錄二 參照標準：

1. 學習環境設置

11. 4. 1944. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.

HFE は肝臓特異的な HBV-DNA 陽性心筋型慢性活動性肝炎でインターフェロンα治療が有効な症例である。このように、HFE が治療効果の増進にも、肝臓以外の組織に炎症をもたらし、肝臓より多量にウイルス血症を出現させる病態に限っては、HFE は免疫学的に肝臓以外活動性肝炎を示唆する。

[illegible]

12. 1997年10月20日

「自製性來自了公アの國產を伴う自製性の異常新發現は、今日自製性以來で珍
アロハ、朝陽新聞は、今日平報、及時報に、アロハ朝陽新聞の、

1.4 凸型模腔的成型

11) イソブチルアルコールにイソブチルアルデヒド及びイソブチルアルコールの相乗効果に
ついて

[illegible]

中 國 人 民 大 學 哲 學 系 哲 學 教 育 學 專 業 學 生 入 學 考 試 試 題

注：1. 凡在《古尔班木汗》中，凡有“古尔班木汗”字样，即指《古尔班木汗》；凡有“古尔班木汗”字样，即指《古尔班木汗》。

地址：上海南京路四二五号，电话：二一八二、电报挂号：四四四四、电报挂号：二二二二

120. クイン・ジャコブ、リッペン及バグ等、田舎組の頭目である。

[illegible]

※1 大野正典・『7月』 2 同上 3 原典は『源氏物語』の『源氏物語』

在國際貿易中，出口商和進口商之間的貿易，是通過銀行進行的。出口商將貨物運到港口，並向銀行申請出口信用狀。銀行在收到出口信用狀後，會向進口商發出通知，要求進口商支付貨款。進口商在收到通知後，會向銀行支付貨款，銀行則將貨款匯給出口商。這種貿易方式，可以確保出口商和進口商之間的貿易，能夠順利進行。

4. 1949年10月1日，中華人民共和國成立，標誌著中國人民從此站起來了。新中國成立後，中國人民在政治、經濟、文化等各個領域取得了長足的進步。特別是在經濟建設方面，中國人民發揮了巨大的創造力和犧牲精神，為國家的繁榮和民族的復興做出了巨大的貢獻。

[illegible]

様式第3号（要綱第11条関係）

（表面：両面印刷）

| 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 | 被保険者氏名 | | 受給者との続
縁 | |
| | 保 険
保 険
保 険 | 保 険 種 別 | 政・組・公・民・自・保 | 被保険者証の
記号・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 | 【 診療科目 】 | | | |
| | 所在地 | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| <p>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原に
 くる治療結果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。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">福岡県知事 殿</p> | | | | | |

※申請者が何らかの理由で設置できない場合は、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、個人情報保護に十分配慮し、肝炎患対策の基
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11条関係）

（表面：両面印刷）

| 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 | 被保険者氏名 | | 受給者との続
縁 | |
| | 保 険
保 険
保 険 | 保 険 種 別 | 政・組・公・民・自・保 | 被保険者証の
記号・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 | 【 診療科目 】 | | | |
| | 所在地 | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| <p>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原に
 くる治療結果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。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">福岡県知事 殿</p> | | | | | |

※申請者が何らかの理由で設置できない場合は、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、個人情報保護に十分配慮し、肝炎患対策の基
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号の裏面)

【試験アサロク製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

| | |
|---|--|
| 【患者氏名】 | |
| 【生年月日】 明・大・昭・平 年 月 日 性 (満 歳) | |
| 検査所見
【必須】 | 試験アサロク製剤治療更新申請書の所見を記入する。
1. 肝臓酵素(アスパラギンアーゼ) (検査日: 平成 年 月 日)
(1) 胆・AST (U/L) 1 検査する方から2つ選択
胆・ALT (U/L) 1 検査する方から2つ選択
(2) 胆・AST/ALT 比率 1 単位: 1 測定値 1
2. 血球検査 (検査日: 平成 年 月 日)
WBC 1 $\times 10^3 / \mu\text{L}$
Hb 1 g/dL
血小板数 1 $\times 10^4 / \mu\text{L}$
3. 両腕の関節に明らかな腫れや痛みを訴える(検査日: 平成 年 月 日) |
| 診断
【必須】 | 該当するものを開示
1. 慢性肝炎 (肝臓酵素アスパラギンアーゼ)
2. 代償性肝硬変 (肝臓酵素アスパラギンアーゼ)
3. 非代償性肝硬変 (肝臓酵素アスパラギンアーゼ) |
| 治療内容
【必須】 | 該当するものを開示。1日投与量を記入する。
1. エンケカビル中薬 1 mg
2. ラミブジン中薬 1 10 mg
3. アダマビル中薬 1 10 mg
4. テンバール 1 mg 1 アダマビル 1 mg
5. その他(具体的に記載してください) |
| 治療期間の
変更 | 該当するものを開示
前回の申請時から治療期間の変更 1. なし 2. あり
2. ありの場合
変更開始日: 平成 年 月 日 |
| 治療上の
問題点 | |
| 上記の1～3、4製剤使用患者に対する試験アサロク製剤治療の継続が必要であると認めます。
記載日 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. 記載日から3か月以内の資料に基いて記載してください。
 3. 記入漏れや不明な場合は認めてください。

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3号の裏面)

【試験アサロク製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

| | |
|--|--|
| 【患者氏名】 | |
| 【生年月日】 明・大・昭・平 年 月 日 性 (満 歳) | |
| 検査所見
【必須】 | 試験アサロク製剤治療更新申請書の所見を記入する。
1. 肝臓酵素(アスパラギンアーゼ) (検査日: 平成 年 月 日)
(1) 胆・AST (U/L) 1 検査する方から2つ選択
胆・ALT (U/L) 1 検査する方から2つ選択
(2) 胆・AST/ALT 比率 1 単位: 1 測定値 1
2. 血球検査 (検査日: 平成 年 月 日)
WBC 1 $\times 10^3 / \mu\text{L}$
Hb 1 g/dL
血小板数 1 $\times 10^4 / \mu\text{L}$
3. 両腕の関節に明らかな腫れや痛みを訴える(検査日: 平成 年 月 日) |
| 診断
【必須】 | 該当するものを開示
1. 慢性肝炎 (肝臓酵素アスパラギンアーゼ)
2. 代償性肝硬変 (肝臓酵素アスパラギンアーゼ)
3. 非代償性肝硬変 (肝臓酵素アスパラギンアーゼ) |
| 治療内容
【必須】 | 該当するものを開示。1日投与量を記入する。
1. エンケカビル中薬 1 mg
2. ラミブジン中薬 1 10 mg
3. アダマビル中薬 1 10 mg
4. テンバール 1 mg 1 アダマビル 1 mg
5. その他(具体的に記載してください) |
| 治療期間の
変更 | 該当するものを開示
前回の申請時から治療期間の変更 1. なし 2. あり
2. ありの場合
変更開始日: 平成 年 月 日 |
| 治療上の
問題点 | |
| 上記のとおり、肝臓検査項目に於いて試験アサロク製剤治療の継続が必要であると認めます。
記載日 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. 記載日から3か月以内の資料に基いて記載してください。
 3. 記入漏れや不明な場合は認めてください。

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（要領第10条関係）

肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除く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 | 氏名 | | | 生年月日（年齢） | | |
| 患者氏名 | 男・女 | 明記 | 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） | 医師
氏名 | | | |
| 過去の病歴 | 1. 過去に肝炎ウイルス感染の既往がある場合は、その種類・経過を記載する。
2. 過去に他のウイルス感染症（HIV、梅毒、結核、HbS抗原陽性症等）の既往がある場合は、その種類・経過を記載する。
3. その他、診断に必要と思われる既往歴を記載する。 | | | | | |
| 検査結果
【必要】 | <p>① インターフェロン治療開始直後の検査結果を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルス抗原検査
 (1) HBs抗原（+/-）（検査日：平成 年 月 日）
 (2) HBe抗原（+/-） HBe抗体（+/-）（検査日：平成 年 月 日）
 (3) HBeDNA 検出（+/-）（検査日：平成 年 月 日）</p> <p>2. C型肝炎ウイルス抗原検査
 (1) HCV-RNA 検出（+/-）（検査日：平成 年 月 日）
 (2) 遺伝子型（HCV-RNA 1・2・3・4・5・6・その他）（検査日：平成 年 月 日）
 ※ 1a・1b・2a・2b・その他（検査日：平成 年 月 日）</p> <p>3. 血液検査（検査日：平成 年 月 日）
 AST _____ IU/L
 ALT _____ IU/L
 血小板数 _____ $\times 10^3 / \mu\text{L}$</p> <p>4. 画像診断および超音波検査の結果（検査日：平成 年 月 日）</p> | | | | | |
| 診断
【必要】 | <p>1. 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる）</p> <p>2. 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる）</p> <p>3. 慢性肝炎（HBe抗原陽性による）</p> | | | | | |
| 合併症 | 1. なし 2. その他 _____ | | | | | |
| 肝臓・胆嚢・膵臓
【必要】 | 肝臓：1. なし 2. その他 _____ | | | | | |
| 治療内容
【必要】 | <p>1. 処方された薬剤の種類・用量・用法を記入する。1. 初回投与 2. 再投与</p> <p>2. 処方された薬剤の種類・用量・用法を記入する。</p> <p>3. インターフェロン製剤（1）回投与量（単位）
 4. インターフェロン製剤（2）回投与量（単位）
 5. インターフェロン製剤（3）回投与量（単位）
 6. インターフェロン製剤（4）回投与量（単位）
 7. その他、処方された薬剤の種類・用量・用法を記入する。</p> <p>※ 申請者体重 _____ kg
 治療期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 平成 年 月 日</p> | | | | | |
| 医師の署名 | | | | | | |
| 医療機関の名称及び所在地 | 診療年月日 平成 年 月 日 | | | | | |
| 医師氏名 | 印 | | | | | |

- （注）
1. 本診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内である。
 2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体陽性の検査結果は、記載日から起算して1年以内（但し、インターフェロン治療中の場合は治療開始時の検査結果に基づいて記載して可い）。
 3. 記入欄のない場合は記載しないこととする。

様式第4号（要領第10条関係）

肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除く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 | 氏名 | | | 生年月日（年齢） | | |
| 患者氏名 | 男・女 | 明記 | 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） | 医師
氏名 | | | |
| 過去の病歴 | 1. 過去に肝炎ウイルス感染の既往がある場合は、その種類・経過を記載する。
2. 過去に他のウイルス感染症（HIV、梅毒、結核、HbS抗原陽性症等）の既往がある場合は、その種類・経過を記載する。
3. その他、診断に必要と思われる既往歴を記載する。 | | | | | |
| 検査結果
【必要】 | <p>① インターフェロン治療開始直後の検査結果を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルス抗原検査
 (1) HBs抗原（+/-）（検査日：平成 年 月 日）
 (2) HBe抗原（+/-） HBe抗体（+/-）（検査日：平成 年 月 日）
 (3) HBeDNA 検出（+/-）（検査日：平成 年 月 日）</p> <p>2. C型肝炎ウイルス抗原検査
 (1) HCV-RNA 検出（+/-）（検査日：平成 年 月 日）
 (2) 遺伝子型（HCV-RNA 1・2・3・4・5・6・その他）（検査日：平成 年 月 日）
 ※ 1a・1b・2a・2b・その他（検査日：平成 年 月 日）</p> <p>3. 血液検査（検査日：平成 年 月 日）
 AST _____ IU/L
 ALT _____ IU/L
 血小板数 _____ $\times 10^3 / \mu\text{L}$</p> <p>4. 画像診断および超音波検査の結果（検査日：平成 年 月 日）</p> | | | | | |
| 診断
【必要】 | <p>1. 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる）</p> <p>2. 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる）</p> <p>3. 慢性肝炎（HBe抗原陽性による）</p> | | | | | |
| 合併症 | 1. なし 2. その他 _____ | | | | | |
| 肝臓・胆嚢・膵臓
【必要】 | 肝臓：1. なし 2. その他 _____ | | | | | |
| 治療内容
【必要】 | <p>1. 処方された薬剤の種類・用量・用法を記入する。1. 初回投与 2. 再投与</p> <p>2. 処方された薬剤の種類・用量・用法を記入する。</p> <p>3. インターフェロン製剤（1）回投与量（単位）
 4. インターフェロン製剤（2）回投与量（単位）
 5. インターフェロン製剤（3）回投与量（単位）
 6. インターフェロン製剤（4）回投与量（単位）
 7. その他、処方された薬剤の種類・用量・用法を記入する。</p> <p>※ 申請者体重 _____ kg
 治療期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ 平成 年 月 日</p> | | | | | |
| 医師の署名 | | | | | | |
| 医療機関の名称及び所在地 | 診療年月日 平成 年 月 日 | | | | | |
| 医師氏名 | 印 | | | | | |

- （注）
1. 本診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内である。
 2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体陽性の検査結果は、記載日から起算して1年以内（但し、インターフェロン治療中の場合は治療開始時の検査結果に基づいて記載して可い）。
 3. 記入欄のない場合は記載しないこととする。

様式第3号（要綱第1の条関係）
肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除く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）
（表面：両面印刷）

| | | |
|------|----|--------------|
| 氏名 | 性別 | 生年月日（年 月 日） |
| 住所 | 〒 | 市 区 町 丁目 番 号 |
| 電話番号 | | |

【認定要件】 下記の（1）又は（2）の該当する方の口をチェック（レ点）を記入する。

（1）B型慢性活動性肝炎の場合

これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。

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

（2）C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合

これまでの治療で十分量の3剤併用療法24週の施行者ではない。
※3剤併用とは、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤

はい
☐

いいえ
☐

これまでの治療でPEG-IFN/RBV併用療法72週の施行者ではない。

はい
☐

いいえ
☐

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
☐

これまで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。

はい
☐

いいえ
☐

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

*「これまでの治療」とは、今回の治療以前の治療であり、今回の治療から2ヶ月以上前に終了したインターフェロン治療のことをいう。治療等も含む。

様式第3号（要綱第1の条関係）
肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除く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）
（表面：両面印刷）

| | | |
|------|----|--------------|
| 氏名 | 性別 | 生年月日（年 月 日） |
| 住所 | 〒 | 市 区 町 丁目 番 号 |
| 電話番号 | | |

【認定要件】 下記の（1）又は（2）の該当する方の口をチェック（レ点）を記入する。

（1）B型慢性活動性肝炎の場合

これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。

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

（2）C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合

これまでの治療で十分量の3剤併用療法24週の施行者ではない。
※3剤併用とは、ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル

はい
☐

いいえ
☐

これまでの治療でPEG-IFN/RBV併用療法72週の施行者ではない。

はい
☐

いいえ
☐

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
☐

これまで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。

はい
☐

いいえ
☐

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

*「これまでの治療」とは、今回の治療以前の治療であり、今回の治療から2ヶ月以上前に終了したインターフェロン治療のことをいう。治療等も含む。

様式第6号(要綱第10条関係)

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビルの3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

| | | | | | |
|--------------|---|---------------|--------------|---------------------|--|
| フリガナ
患者氏名 | | | 性別 | 生年月日(年齢) | |
| | | | 男・女 | 昭和 大正 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) | 医療機関名
医師名 | | |
| 過去の治療歴 | 該当番号を○で囲む。
☐ 1 治療なし(初回治療例)
☐ 2 治療歴があるが、これまでに3剤併用療法を受けていない。
(2 にチェックした場合)前回の治療内容
ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法(中止・再発・他剤)
イ. 上記以外の治療
(具体的に記載) | | | | |
| 検査所見 | 今回の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
ヘモグロビン _____ g/dl
血小板 _____ /ul
3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日)
(所見) | | | | |
| 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。)
3. 肝がん | | | | |
| 肝がんの合併 | 肝がん 1. あり 2. なし | | | | |
| 治療内容 | ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法
治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月) | | | | |
| 治療実施医療機関について | (以下の項目にチェックがない場合は助成対象とはなりません。肝臓専門医常勤医師名を記載すること。)
☐ 1. 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。【常勤医師名: _____】
☐ 2. 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。 | | | | |
| 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、3剤併用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。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。

様式第6号(要綱第10条関係)

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビルの3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

| | | | | | |
|--------------|---|---------------|--------------|---------------------|--|
| フリガナ
患者氏名 | | | 性別 | 生年月日(年齢) | |
| | | | 男・女 | 昭和 大正 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) | 医療機関名
医師名 | | |
| 過去の治療歴 | 該当番号を○で囲む。
☐ 1. 治療なし(初回治療例)
☐ 2. 治療歴があるが、これまでに3剤併用療法を受けていない。
(2. にチェックした場合)前回の治療内容
ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法で再発
イ. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法で無効
ウ. 上記以外の治療
(具体的に記載) | | | | |
| 検査所見 | 今回の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
ヘモグロビン _____ g/dl
血小板 _____ /ul
3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日)
(所見) | | | | |
| 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。)
3. 肝がん | | | | |
| 肝がんの合併 | 肝がん 1. あり 2. なし | | | | |
| 治療内容 | ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法
治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月) | | | | |
| 治療実施医療機関について | (以下の項目にチェックがない場合は助成対象とはなりません。肝臓専門医常勤医師名を記載すること。)
☐ 1. 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。【常勤医師名: _____】
☐ 2. 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。 | | | | |
| 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、3剤併用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。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビルの3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビルの3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

| | | | | | |
|--------------------|--|-------------------|---------------|----------|---------------|
| フリガナ
患者氏名 | | | 性別 | 生年月日(年齢) | |
| | | | 男・女 | 明治
大正 | 年 月 日 生 (満 歳) |
| 住所 | 郵便番号 | | | | |
| | 電話番号 | | | | |
| 診療年月 | 昭和・平成
年 月 | 前診
(あれば記
載) | 診療機関名
診療科名 | | |
| 過去の治療歴 | 該当する方にチェックする。
☐ 1. 治療歴なし(初回治療例)
☐ 2. 治療歴あり
(2) にチェックした場合、これまでの治療内容(救命項目を○で囲む)
ア ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再発・無効)
イ ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(テラプレビル)
の併用療法 (中止・再発・無効)
ウ 上記以外の治療
(具体的に記載) | | | | |
| 3剤併用療法の
内治療について | 上記2 イに該当する場合はチェックが必要。
☐ テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴があるが、シメプレビルを含む3剤併用療法による
再治療を行うことが適切であると判断する。 | | | | |
| 検査所見 | 今回の治療開始前の所見を記入する。
1 G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:)
(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 () U/L
ALT () U/L
血小板 () /μl
3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日)
(所見) | | | | |
| 診断 | 該当番号を○で囲む。
1 慢性肝炎 (G型肝炎ウイルスによる、)
2 慢性肝臓病 (G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 | ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビル3剤併用療法
治療予定期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | | |
| 治療実施の
機関について | (原下の項目にチェックがない場合は記載対象とはなりません。)
☐ 予治療期間を通じて、専門医と連携して治療を実施することが可能であること。
※専門医とは日本肝臓学会肝臓専門医等、ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持つ
医師のことをいう。 | | | | |
| 治療上の問題点 | | | | | |
| 診療機関名及び所在地 | 記数年月日 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. 記載日前から3か月以内(ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始前)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入済み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。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。

(新規)

(様式第8号 略)

(様式第8号の2 略)

(様式第8号 略)

(様式第8号の2 略)

(新規)

添付写真の貼付（添付写真は省略）

| 肝炎インターフェロン治療受給者証 | | | |
|-----------------------|----|------|-------|
| 【ソノレビルを含む3剤併用療法】 | | | |
| 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 | | | |
| 受給者
氏名
住所
氏名 | | | |
| | | | |
| | | | |
| 在外期間 | | | |
| 治療自己負担割合 | | | 区 分 |
| 平成 年 月 日交付 | | | |
| 福岡県知事 | | | |

（裏面）

肝炎治療費助成事業

（目的）

国内最大級の感染症であるB型肝炎ウイルス慢性肝炎及びC型肝炎ウイルス慢性肝炎は、インターフェロン治療及び抗ウイルス薬治療によって、その後の肝硬変、肝がんといった重症の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、抗ウイルス薬治療については長期療法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抗ウイルス薬治療に係る医療費を助成し、患者の医療費負担の軽減を図ることにし、将来の肝硬変、肝がんの予防及びB型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型肝炎ウイルス慢性肝炎及びC型肝炎ウイルス慢性肝炎を根治するために医療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条件を限りとする患者一部負担減額を福岡県医療機関において受領することとなります。
2. 本事業の対象となる医療費は、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. 医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、顔写真証を提示し、この証を必ず窓口で提出してください。
4. 氏名、居住地、加入している医療保険又は医療保険関係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。
5. また、期間外に搬出する場合において、搬出後も本証の交付を受けたい場合は、搬出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを搬出先の都道府県知事に提出してください。
6. 治療、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。
7. この証を毀損したり、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9号 略)

(様式第10号 略)

(様式第11号 略)

(様式第12号 略)

(様式第9号 略)

(様式第10号 略)

(様式第11号 略)

(様式第12号 略)

様式第13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
昭・平 | | 年 | 月 | 日 |
| | 受給者番号 | | | 受給者証の有効期間 | 平成 年 月 日 | | | | |
| 事実発生年月日
届出理由の発生年月日 | | 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| ② 変更届 添付書に記入してください | | | | | | | | | |
| 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 | 氏名 | | | | | | | |
| | | 住所 | | | | | | | |
| | 受給者の
加入保険 | 保険種別 | 国・県・市・区・市 | | | | | | |
| | | 被保険者
氏名 | | | 受給者の続柄
(通称・愛称等) | | | | |
| | | 姓 | | | 記号
番号 | | | | |
| | | 氏名 | | | 記号
番号 | | | | |
| 自己負担
限度額(月額) | | 区分 | | | 自己負担
限度額 | | | | |
| ③ 返納届 添付書に記入してください | | | | | | | | | |
| 返納理由 | | 治療・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
届出届知事殿
平成 年 月 日
住所 〒
届出人 氏名 (受給者の続柄)
印 (保健所長受印) | | | | | | | | | |
| 注意1 届出届が正しく記入し、肝炎治療受給者証を添付すること。
2 変更届提出の場合または、返納届提出の場合には記入すること。
3 氏名及び住所の変更の場合、届出届を添付すること。
4 加入保険種別変更の場合と受給者の続柄(健康保険証(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、世帯調査、受給者の調査結果(有期限、世帯主の世帯主)を提示すること。
6 届出届に用紙記載事項の誤りを発見する場合は、届出届の提出する月の翌月までに、届出届を撤回する。本県で交付した肝炎治療受給者証の写しを添付して届出届を提出すること。 | | | | | | | | | |

様式第13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
昭・平 | | 年 | 月 | 日 |
| | 受給者番号 | | | 受給者証の有効期間 | 平成 年 月 日 | | | | |
| 事実発生年月日
届出理由の発生年月日 | | 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| ② 変更届 添付書に記入してください | | | | | | | | | |
| 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 | 氏名 | | | | | | | |
| | | 住所 | | | | | | | |
| | 受給者の
加入保険 | 保険種別 | 政・県・市・区・市 | | | | | | |
| | | 被保険者
氏名 | | | 受給者の続柄
(通称・愛称等) | | | | |
| | | 姓 | | | 記号
番号 | | | | |
| | | 氏名 | | | 記号
番号 | | | | |
| 自己負担
限度額(月額) | | 区分 | | | 自己負担
限度額 | | | | |
| ③ 返納届 添付書に記入してください | | | | | | | | | |
| 返納理由 | | 治療・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
届出届知事殿
平成 年 月 日
住所 〒
届出人 氏名 (受給者の続柄)
印 (保健所長受印) | | | | | | | | | |
| 注意1 届出届が正しく記入し、肝炎治療受給者証を添付すること。
2 変更届提出の場合または、返納届提出の場合には記入すること。
3 氏名及び住所の変更の場合、届出届を添付すること。
4 加入保険種別変更の場合と受給者の続柄(健康保険証(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、世帯調査、受給者の調査結果(有期限、世帯主の世帯主)を提示すること。
6 届出届に用紙記載事項の誤りを発見する場合は、届出届の提出する月の翌月までに、届出届を撤回する。本県で交付した肝炎治療受給者証の写しを添付して届出届を提出すること。 | | | | | | | | | |

(様式第14号 略)

(様式第15号 略)

(様式第14号 略)

(様式第15号 略)

(様式第17号 略)

(様式第18号 略)

(様式第17号 略)

(様式第18号 略)

様式第18号の2（要領第13条関係）

肝臓インターフェロン治療受給者証延長申請書（シズレールを含む3剤併用療法用）

申請者記載欄

届出受理番号 第

私は、プロテグー（シズレール）を含む3剤併用療法を、24週を超えて
 最も48週まで継続することについて、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、肝臓治療受給者証（プロテグー・シズレールを含む3剤併用
 療法）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 ()

☆ 肝臓病の肝臓治療受給者証（プロテグーを含む3剤併用療法）を保有の上、記入してください。

受給者番号 ()

現行有効期間（昭和平成 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、届出用紙に申請してください。

※2: 延長は、現行有効期間に引き続き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。

(新規)

【患者氏名】
 【生年月日】 明・大・昭・平 年 月 日生（満 歳）

（※ 記載欄）

（様式第 18 号の 2 の裏面）

※ 以下の事項を全て確認の上、書き・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（市町村）

担当医師名

【確認事項】※担当医師は、該当する場合、□にチェック（し点）及びカッコ内の記入をしてください。
 （※ 認定は、下記のとおり「助成期間の延長（18 週延長）適用」によりチェックが入ることが必要です。）

今回の治療が C 型肝炎ウイルス（HCV）1 型、高ウイルス量症例に対する、シメプレビルを含む 3 剤併用療法である。

※ 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。）

今回の治療を除き、これまでにウイルス排除を目的としたインターフェロン治療を受けたことがある。

はい

□

いいえ

□

これまでのインターフェロン治療で治療開始 12 週後に HCV-RNA 量が前値（※）の 1/100 以下に低下せず、24 週未満で治療中止となった。
 ※ 前値：治療開始前（または前回の HCV-RNA 定量値）。

はい

□

いいえ

□

これまでのインターフェロン治療において 24 週以上の治療を行ったが、HCV-RNA が一度も陰性化しなかった。

はい

□

いいえ

□

助成期間の延長（48 週投与）適用

※ 悪化後の治療期間

（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

助成期間の延長（48 週投与）

適用外

※ これまでインターフェロン治療、インターフェロン治療、今回の治療以前の治療であり、今回の治療から 2 年以上経過しているインターフェロン治療のことを行う。治療等を含む。

（注）シメプレビルを含む 3 剤併用療法の実施において、インターフェロン及びリビダリンの投与期間が 48 週を過ぎないこと。

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お願いいたします。

(様式第19号 略)

(様式第19号 略)

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罹患したため、保険医療機関等（健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）において当該疾患に関する医療保険各法の規定による給付を受けている者及び次に掲げる医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者とする。ただし、他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われている者は、原則として除くものとする。

- 1 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の規定による被保険者
- 2 健康保険法、船員保険法（昭和14年法律第73号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）若しくは私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）の規定による被保険者又は被扶養者
- 3 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第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別紙様式第3から7号による肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（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、別紙様式第 1 から 3 号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。）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 16 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、別紙様式第 8 から 9 号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。

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13号) (以下、「変更・返納届」) 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15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、速やかに変更・返納届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14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。

附 則

この要綱は、平成24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。

附 則

この要綱は、平成26年1月27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条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、別紙様式第1から3号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、医師が記載した別紙様式第3から7号による肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（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10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、別紙様式第8から9号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

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年以内で、治療予定期間に即した期間とし、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。

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11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12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14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、肝炎治療受給者証（変更・返納）届（様式第13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、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18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 シメプレビルを含む3剤併用療法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型症例に対するシメプレビルを含む3剤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（シメプレビルを含む3剤併用療用法用）（様式第18号の2）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14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、医師が治療継続を必要と認める場合、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10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。

なお、更新の申請に係る申請書類の提出については、郵送によることも可能とする。

第15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場合についてはこの限りではない。

第16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17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及び核酸アナログ製剤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16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18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19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。

附 則

この要領は、平成24年1月20日から施行し、平成23年11月25日から適用する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年1月27日から施行し、平成25年11月19日から適用する。

(別添1)

認 定 基 準

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

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(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(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

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

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。ただし、3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）を受けたことがあるものについては、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかった場合に限る。

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

- ① これまでの治療において、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 これまでの治療において、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) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2. (1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴のある者については、担当医によりシメプレビルを用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合、改めて助成の対象とすることができる。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。

(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(48週プラス24週)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) C型慢性肝炎セログループ1型症例に対する、シメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与することが適切と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。

※ この場合、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。

(3) 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、上記の(1)または(2)とは別に、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。

注) シメプレビルの添付文書中、用法・用量に関連する使用上の注意において、『副作用や治療効果不十分等により本剤を中止した場合には、本剤の投与を再開しないこと』との記載がある。

2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。

1 (1) について

① これまでの治療において、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」に該当する場合。

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」に該当する場合。

1 (2) について

① これまでの24週以上のインターフェロン治療[(ペグ)インターフェロン製剤単独、リバビリンとの併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法]でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者。

② または、インターフェロン治療の開始12週後にHCV-RNAが前値(※)の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者。

※ 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
(該当する番号に○をつけてください) | | 1. 3剤併用療法を除く(新規)
2. 3剤併用療法を除く(2回目の制度利用)
3. テラプレビルを含む3剤併用療法
4. シメプレビルを含む3剤併用療法
5. 他都道府県からの転入 | | | | |
| 申請者 | フリガナ氏名 | | | 性別 | 男 女 | |
| | 生年月日 | 明昭 | 年 月 日(満 歳) | 職業 | | |
| | 住 所 | 〒 (電話) | | | | |
| | 加入医療保険 | 被保険者氏名 | | | 受給者との続 柄 | |
| | | 保険種別 | 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 | | | | |
| | | 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。 | | | | | | |
| <div style="text-align: right;">申請者氏名 印</div> <div style="text-align: center;">平成 年 月 日</div> <div style="text-align: right;">福岡県知事 殿</div> | | | | | | |

※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。

(注) 助成を受けることができるのは、裏面の認定基準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。

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

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（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(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

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

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。ただし、3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）を受けたことがあるものについては、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかった場合に限る。

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

- ① これまでの治療において、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 これまでの治療において、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) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴のある者については、担当医によりシメプレビルを用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合、改めて助成の対象とすることができる。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。

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 | 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 | | | | |
| | | 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。

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

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（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(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

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

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。ただし、3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）を受けたことがあるものについては、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかった場合に限る。

※ 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

- ① これまでの治療において、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 これまでの治療において、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) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴のある者については、担当医によりシメプレビルを用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合、改めて助成の対象とすることができる。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。

| 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 年 月 日（満 歳）
大平 | | 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 | 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 | | | | |
| | | 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 | | | | | |
| <p>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。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">福岡県知事 殿</p> | | | | | | |

※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。

【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

| | |
|--|---|
| 【患者氏名】 | |
| 【生年月日】 明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳) | |
| 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 $\times 10^4$ / μ l
3. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載)
(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。
<div style="text-align: right;">記載年月日平成 年 月 日</div> 医療機関名及び所在地
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 医師氏名 印 </div> | |

(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。

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除く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 | | | |
| 過去の治療歴 | C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する□にチェックを入れてください。
☐ 3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴なし。
☐ 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。
(具体的な経過・理由) | | | | | |
| 検査所見
【必須】 | 今回の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(+-) (検査日:平成 年 月 日)
(2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日:平成 年 月 日)
(3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法 (検査日:平成 年 月 日))
2. C型肝炎ウイルスマーカー
(1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法)
(2) ウイルス型 セログループ1・セログループ2・その他 (該当する方を○で囲む)
ゲノタイプ1a・1b・2a・2b・その他 (該当する方を○で囲む)
3. 血液検査(検査日:平成 年 月 日)
AST IU/l
ALT IU/l
血小板数 $\times 10^4 / \mu l$
4. 画像診断および肝生検などの所見(検査日:平成 年 月 日) | | | | | |
| 診断
【必須】 | 該当番号を○で囲む
1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)
2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)
3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) | | | | | |
| 合併症 | 1. なし 2. あり () | | | | | |
| 肝がんの合併
【必須】 | 肝がん 1. なし 2. あり | | | | | |
| 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
治療予定期間 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. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、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。

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除く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 () | | | | |

【認定要件】 下記の(1)又は(2)の該当する方の□にチェック(レ点)を記入する。

(1) B型慢性活動性肝炎の場合

これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。

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

(2) C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合

これまでの治療で十分量の3剤併用療法24週の施行者ではない。

※3剤併用とは: ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤

はい

☐

いいえ

☐

これまでの治療でPEG-IFN/RBV併用療法72週の施行者ではない。

はい

☐

いいえ

☐

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

☐

これまで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

*「これまでの治療」とは、今回の治療以前の治療であり、今回の治療から2ヶ月以上前に終了したインターフェロン治療のことをいう。治験等も含む。

【患者氏名】

【生年月日】明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)

| | |
|-------------|---|
| 検査所見 | <p>今回のインターフェロン治療開始直前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー
 (1) HBs 抗原 (+・-) (検査日:平成 年 月 日)
 (2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (検査日:平成 年 月 日)
 (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)
 (検査日:平成 年 月 日)</p> <p>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)</p> <p>3. 血液検査 (検査日:平成 年 月 日)
 AST _____ IU/l
 ALT _____ IU/l
 血小板数 _____ $\times 10^4$ /μl</p> <p>4. 画像診断および肝生検などの所見 (検査日:平成 年 月 日)
 (所見 _____)</p> |
| 診断 | <p>該当番号を○で囲む</p> <p>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)</p> |
| 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 | <p>該当番号を○で囲む (B型慢性活動性肝炎の場合は3のみが対象)</p> <p>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。 _____)</p> <p>※申請者体重 _____ kg
 治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月～平成 年 月)</p> |
| 治療上の問題点 | |
| 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. HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体以外の検査所見は、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。

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法)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)
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) | 医療機関名
医師名 | | |
| 過去の治療歴 | 該当番号を○で囲む。
☐ 1. 治療歴なし(初回治療例)
☐ 2. 治療歴があるが、これまでに3剤併用療法を受けていない。

(2. にチェックした場合) 前回の治療内容
ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効)
イ. 上記以外の治療
(具体的に記載:) | | | | |
| 検査所見 | 今回の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
ヘモグロビン _____ g/dl
血小板 _____ /ul
3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日)
(所見:) | | | | |
| 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 | ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法
治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月) | | | | |
| 治療実施医療機関について | (以下の項目にチェックがない場合は助成対象とはなりません。肝臓専門医常勤医師名を記載すること。)
☐ 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。【常勤医師名: 】
☐ 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設
又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。 | | | | |
| 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、3剤併用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。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。

肝炎治療受給者証(ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビルの3剤併用療法)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)
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) | 医療機関名
医師名 | | |
| 過去の治療歴 | 該当する方にチェックする。
☐ 1. 治療歴なし(初回治療例)
☐ 2. 治療歴あり
(2. にチェックした場合)これまでの治療内容(該当項目を○で囲む)
ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効)
イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(テラプレビル)
3剤併用療法 (中止・再燃・無効)
ウ. 上記以外の治療
(具体的に記載:) | | | | |
| 3剤併用療法の再治療について | 上記2. イに該当する場合はチェックが必要。
☐ テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴があるが、シメプレビルを含む3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断する。 | | | | |
| 検査所見 | 今回の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 /ul
3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日)
(所見:) | | | | |
| 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 | ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビル3剤併用療法
治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月) | | | | |
| 治療実施医療機関について | (以下の項目にチェックがない場合は助成対象とはなりません。)
☐ 全治療期間を通して、専門医と連携して治療を実施することが可能であること。
※専門医とは日本肝臓学会肝臓専門医等、ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持つ医師のことをいう。 | | | | |
| 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、3剤併用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。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。

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) HBs 抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む)
HBe 抗原 (+・-) 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 _____ $\times 10^4$ / μ l

3. 画像診断および肝生検などの所見(具体的に記載)
(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. 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8号（要綱第13条関係）

| 肝炎インターフェロン治療受給者証
【3剤併用療法を除くインターフェロン治療】 | | | | | |
|---|-----|--|------|-------|--|
| 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型ウイルス性肝炎及びC型のウイルス性肝炎は、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号の2（要綱第13条関係）

| 肝炎インターフェロン治療受給者証
【テラプレビルを含む3剤併用療法】 | | | | | |
|---------------------------------------|-----|--|------|-------|--|
| 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型ウイルス性肝炎及びC型のウイルス性肝炎は、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号の3（要綱第13条関係）

| 肝炎インターフェロン治療受給者証
【シメプレビルを含む3剤併用療法】 | | | | | |
|---------------------------------------|-----|--|------|-------|--|
| 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型ウイルス性肝炎及びC型のウイルス性肝炎は、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9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。

世帯調書

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

※記入しないでください

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

| 市町村民税
(所得割)
課税年額 |
|------------------------|
| 円 |
| 円 |
| 円 |
| 円 |
| 円 |
| 円 |
| 円 |
| 合 計 |
| |

※記入しないでください

| 階層区分 | 自己負担限度額 |
|------|---------|
| | 円 |

同意書

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

平成 年 月 日

申請者氏名

（対象者との続柄 ）

印

申請者住所〒

TEL

年 月 下記のとおり月額自己負担上限額(円)に達しました。

| | | |
|-----|-----------------|-----|
| 日 付 | 医 療 機 関 等 の 名 称 | 確認印 |
| 月 日 | | |

[illegible]

肝炎治療受給者証（変更・返納）届

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

- 注意1 届出の際は①と④を必ず記入し、肝炎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)

| 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 | <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div>1 破損のため</div> <div>2 紛失のため</div> <div>3 その他（理由を記入すること）</div> </div> | | | |
| <p>上記のとおり肝炎治療受給者証の再交付を申請します。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 福岡県知事 殿 平成 年 月 日 </div> <div style="margin-top: 20px;"> 住所 〒 電話番号（ - - ） </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 申請者 氏名 印 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> (受給者との続柄)) </div> | | | | |
| | | | | (保健所収受印) |

肝炎治療特別促進事業医療機関（追加・変更）申請書

年 月 日

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|---------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | 受給者番号 | | | | | | | | | | | |
| 受
給
者 | 氏 名 | | | | | | | | | | | 職 業 | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明・大
昭・平 | 年 月 日 (歳) | | | | | | | | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 受 給 者 証 の 有 効 期 間 | | | | | | | | | | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | 現 在 の 医 療 機 関 | | | | | | | | | | (追 加 ・ 変 更) 医 療 機 関 | | | | | | | | | | | |
| | | (医療機関名) | | | | | | | | | | (医療機関名) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | (所在地) | | | | | | | | | | | |
| | | (医療機関名) | | | | | | | | | | (医療機関名) | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | (所在地) | | | | | | | | | | | |
| 追加・変更を必要とする理由と行う治療方法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名
主治医 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※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)

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。

| | | | | |
|----------------|--------|---|--------------------------|-----------------|
| *決定金額 | | 円 | | |
| 受給者 | 住所 | 〒 TEL | | |
| | カナ氏名 | 生年月日 | M・T
S・H | 年 月 日 生
(歳) |
| | 病名 | 受給者証
有効期間 | 平成 年 月 日から
平成 年 月 日まで | |
| | 公費負担番号 | 自己負担
限度額 | | 円 |
| | 受給者番号 | | | |
| 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 | | |

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 |
| 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・国組（本人・家族）・国退（本人・家族）・協会（本人・家族）・組合（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 | | ⑧ (記入者 ()) | | | | |

○受給者の方へ（注意事項）

- この請求書は有効期間の開始日以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある場合に提出してください。
- 裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に証明してもらい、証明印をもらってください。
- 請求書受付窓口に提出の際は、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。
肝炎治療受給者証は治療内容により種類が異なります。提示された受給者証の治療にに応じた治療費の請求をお願いします。

《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枚が必要です。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16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 |
| 住所 | 〒812-0000 福岡市博多区・・・ TEL092-000-0000 | | |
| 力オカ | フクオカ タロウ | 生年月日 | M・T 59年 1月 1日生
S・H (〇〇 歳) |
| 氏名 | 福岡 太郎 ㊟ | 病名 | 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) |
| 公費負担番号 | 38406013 | 受給者証有効期間 | 平成 〇〇年 4月 1日から
平成 〇〇年 3月31日まで |
| 受給者番号 | 2000000 | 自己負担限度額 | 10,000 円 |
| 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 | | |

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(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 ㊟ | 氏名 福岡 花子 ㊟ |
| 請求者との続柄: 請求者の(妻) | |

健康増進課で記入しますので、何も書かなくてください。

| *支払金額決定欄 | | | | |
|----------|--------------|----------|-------|----------|
| 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 |
| 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・国組(本人・家族)・国退(本人・家族)・協会(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後期高齢・その他() | | | | |
| 受療期間
(実診療日数) | 入院・外来
の別 | 保険診療点数 | 左記点数のうち
インターフェロン治療
核酸アナログ製剤治療
に係る診療点数 | 患者負担額 | 備 考 |
| 平成〇〇年
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 |
| 平成〇〇年
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 |
| | 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 |
| 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 |
| 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。 | | | | | |
| 医療機関コード
(123456789) | | | | | |
| 〇〇年 5月 30日 福岡市博多区・・・
医療機関所在地 〇〇病院
名称 病院長 〇〇
医療機関の長名 (TEL 092-000-0000)
印 ㊟ (記入者 〇〇) | | | | | |

○受給者の方へ(注意事項)

- この請求書は有効期間の開始日以降で、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある場合に提出してください。
- 裏面の記入要領に沿って上記太枠内をご記入ください。右ページは受給者証有効期間内の医療費等について、医療機関及び調剤薬局に証明してもらい、証明印をもらってください。
- 請求書受付窓口へ提出の際は、この請求書と領収書(写し)、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お願いします。
肝炎治療受給者証は治療内容により種類が異なります。提示された受給者証の治療に応じた治療費の請求をお願いします。

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>

毎月記入してください。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。

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。

| | | | |
|----------------|--------|------------------------------------|--------------------------|
| *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 |
| 受給者番号 | | | 円 |
| 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 | |

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請求書受付窓口へ提出の際は、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 | | (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・国組（本人・家族）・国退（本人・家族）・協会（本人・家族）・
組合（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 | | (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きますので、処方箋発行日が有効期間外である場合には、当該調剤は公費負担の対象とはなりません。ご注意ください。

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

肝炎治療受給者証は治療内容により種類が異なります。提示された受給者証の治療に応じた治療費の請求をお願いします。

《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16号の2（要綱第12条関係）

福岡県知事 肝炎治療費請求書（調剤薬局用）

福岡県知事

〒812-0000 福岡市博多区 TEL092-000-0000

①

| | | | |
|----------------|------------------------------------|----------|-----------------------------------|
| 請求金額 | 円 | *決定金額 | 円 |
| 住所 | 〒812-0000 福岡市博多区 TEL092-000-0000 | | |
| カナ | フクオカ タロウ | 生年月日 | M・T 59年 1月 1日生
S・H (〇〇 歳) |
| 氏名 | 福岡 太郎 | 受給者証有効期間 | 平成 〇〇年 4月 1日から
平成 〇〇年 3月 31日まで |
| 病名 | 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) | 公費負担番号 | 38406013 |
| 受給者番号 | 2000000 | 自己負担限度額 | 10,000 円 |
| 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 | | |

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（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請求書受付窓口へ提出の際は、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。

③

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 | 〇〇年 4月 17日 | 〇〇年 5月 5日 | 〇〇年 5月 10日 | 〇〇年 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。

〇〇年 5月 28日 医療機関所在地 福岡市博多区... 医療機関コード (123456789)

名称 〇〇病院 院長 〇〇〇 印 (TEL 092-000-0000)

医療機関の長名 〇〇〇 (記入者 〇〇)

④

調剤薬局記入欄

受給者の保険種別 (○で囲む) 国保一般・国組(本人・家族)・国退(本人・家族)・協会(本人・家族)・組合(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 |
|----------------|-----------|---------|--|---------|-----|
| 〇〇年 4月分 17日～ 日 | 1 日 | 6,000点 | 5,500点 | 16,500円 | |
| 〇〇年 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。

〇〇年 5月 30日 調剤薬局所在地 福岡市博多区... 医療機関コード (123456789)

名称 〇〇薬局 代表取締役 〇〇 印 (TEL 092-000-0000)

代表者氏名 〇〇〇 (記入者 〇〇〇)

○医療機関の方へ（注意事項）

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

○調剤薬局の方へ（注意事項）

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

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

肝炎治療受給者証は治療内容により種類が異なります。提示された受給者証の治療に応じた治療費の請求をお願いします。

調剤薬局の方へ

医療機関の処方箋発行証明書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。

| 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 | | <p>※ 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）</p> <p>※申請者が受けている治療がテラプレビルを含む3剤併用療法（24週）の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っている必要があります。</p> <p>☐ 治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。</p> <p>医療機関名 : _____</p> <p>医療機関住所 : _____</p> <p>医師氏名 : _____ 印</p> | | |
| <p>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。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ 印</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">福岡県知事 殿</p> | | | | |

※ 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。

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。

【患者氏名】

【生年月日】明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)

(医師記載欄)

(様式第18号の裏面)

※ 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) 及びカッコ内の記入をしてください。
(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。)

これまで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
・これまでの治療が単独療法
・これまで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

これまでの治療で、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

☐

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。

いいえ

☐

※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

☐

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

※これまでの治療：今回の治療以前の治療であり、今回の治療から2ヶ月以上前に終了したインターフェロン治療のことをいう。治験等も含む。

(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。

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書 (シメプレビルを含む3剤併用療法用)

(申請者記載欄)

福岡県知事 殿

私は、プロテアーゼ阻害剤 (シメプレビル) を含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48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 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) 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 (シメプレビルを含む3剤併用療法) 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 ~ 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。

【患者氏名】

【生年月日】明・大・昭・平

年

月

日生（満

歳）

（医師記載欄）

（様式第18号の2の裏面）

※ 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）及びカッコ内の記入をしてください。
（認定は、下記の「助成期間の延長（48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、シメプレビルを含む3剤併用療法である。

※ 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。）

今回の治療を除き、これまでにウイルス排除を目的としたインターフェロン治療を受けたことがある。

はい
□

いいえ
□

これまでのインターフェロン治療で治療開始12週後にHCV-RNA量が前値（※）の1/100以下に低下せず、24週未満で治療中止となった。
※ 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
□

これまでのインターフェロン治療において24週以上の治療を行ったが、HCV-RNAが一度も陰性化しなかった。

はい
□

いいえ
□

助成期間の延長（48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（48週投与）
適用外

※これまでのインターフェロン治療：今回の治療以前の治療であり、今回の治療から2ヶ月以上前に終了したインターフェロン治療のことをいう。治験等も含む。

（注）シメプレビルを含む3剤併用療法の実施において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。

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

市町村民税課税額合算対象除外申請書

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

記

除外希望者氏名（フリガナ）

平成 年 月 日

申請者氏名

印

申請者住所〒

TEL