第1345号
受
28.1.6
付
小郡三井医師会

福県医発第 2622 号（地）
平成 28 年 1 月 5 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、今般、標記要領を改正する旨、別添のとおり福岡県保健医療介護部健康増進課より通知がありましたのでご連絡申し上げます。

なお、インターフェロンフリー治療に関する再治療について、平成 27 年 12 月１日以降に治療開始したものについて適用となり、適用以前の治療は遡及の取扱いはありません。再治療の申請を行う際には、「インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書（様式第６号の４の２）」の提出が必要となりますのでご留意ください。

また、インターフェロンフリー治療に関する再治療の申請受付については、平成 27 年 12 月 28 日からとなりますが、特例的な取扱いとして、平成 28 年３月 31 日までに申請した者については、申請内容に基づき平成 27 年 12 月１日まで遡及する取扱いとされております。

つきましては、貴会におかれましても本件にご了知いただくとともに、貴会管下関係医療機関へご周知くださいますようよろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より　　地域保健担当理事　白石恒明
会長　廣瀬真恵

「公印省略」

２７健第４１２７号
平成２７年１２月２８日

公益社団法人福岡県医師会長　　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、インターフェロンフリー治療に関する再治療について、平成２７年１２月１日以降に治療開始したものについて適用となり、適用以前の治療は遡及の取扱いはありません。再治療の申請をする際には、「インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書（様式第６号の４の２）」の提出が必要になりますので申し添えます。

また、インターフェロンフリー治療に関する再治療の申請受付については本日からとなりますが、特例的な取扱いとして、平成２８年３月３１日までに申請した者については、申請内容に基づき平成２７年１２月１日まで遡及する取扱いとします。

つきましては、貴会員に周知していただきますよう、お願い申し上げます。

福岡県医師会 受付 28.1.-4 第4602号

各医師会通知

福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領の一部を改正する要領

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

附 則

この要綱は、平成27年12月28日から施行し、平成27年12月1日から適用する。

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。）、別紙様式第6号の4の2による肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医の意見書（必要な場合に限る。）、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～第19条　略） 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。	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～第19条　略） 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。

別紙１

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。	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。
附　則 この要領は、平成26年10月１日から施行し、平成26年9月２日から適用する。	附　則 この要領は、平成26年10月１日から施行し、平成26年9月２日から適用する。
附　則 この要領は、平成27年1月16日から施行する。	附　則 この要領は、平成27年1月16日から施行する。
附　則 この要領は、平成27年6月19日から施行し、平成27年5月20日から適用する。	附　則 この要領は、平成27年6月19日から施行し、平成27年5月20日から適用する。

附　則 この要領は、平成27年12月28日から施行し、平成27年12月1日から適用する。	

別紙１

（別紙　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	（別紙　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

別紙1

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-RN陽性のC型慢性肝炎又は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。

※1　上記については、2．(2)に係る治療歴のある場合、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ものに限る。

※2　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

※3　上記については、直前の抗ウイルス治療として2．(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

（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．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-RN陽性のC型慢性肝炎又は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。

※1　上記については、2．(2)に係る治療歴のある場合、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ものに限る。

※2　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

※3　上記については、直前の抗ウイルス治療として2．(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

（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、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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に限り、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。 ※4　上記については、直前の抗ウイルス治療として2.（3）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。 （3）インターフェロンフリー治療について HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、また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、原則1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医によって他のインターフェロンフリー治療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に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.（1）及び2.（2）に係る治療歴の有無を問わない。 ※2　上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。 ※3　上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会専門医又は本県が適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。	※2　上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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に限り、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。 ※4　上記については、直前の抗ウイルス治療として2.（3）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。 （3）インターフェロンフリー治療について HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、また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、1回のみの助成とする。なお、2.（1）及び2.（2）に係る治療歴の有無を問わない。 ※2　上記治療に対する助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

別紙1

(別紙 2 略)	(別紙 2 略)

（様式第1号　表）

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・再治療・２回目の制度利用・転入）申請書
（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）

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・シメプレビル・バニプレビル）を含む３剤併用療法 ４．インターフェロンフリー治療 ５．他都道府県からの転入			
申請者　フリガナ 氏　名		性　別	男　女	
申請者　生年月日	明昭 大平　　年　月　日（満　　歳）	職　業		
申請者　住　所	〒　　　　（電話　　　　）			
申請者　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）			
治療医療機関　所在地				
治療医療機関　名　称				
治療医療機関　所在地				

インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療の効果・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、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）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。
（註）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。

（様式第1号　表）

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・インターフェロンフリー治療）

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・シメプレビル・バニプレビル）を含む３剤併用療法 ４．インターフェロンフリー治療 ５．他都道府県からの転入			
申請者　フリガナ 氏　名		性　別	男　女	
申請者　生年月日	明昭 大平　　年　月　日（満　　歳）	職　業		
申請者　住　所	〒　　　　（電話　　　　）			
申請者　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）			
治療医療機関　所在地				
治療医療機関　名　称				
治療医療機関　所在地				

インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療の効果・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、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）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。
（註）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。

別紙1

（様式第1号　裏）

認　定　基　準　（様式第１号の裏面）

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型慢性肝炎又は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。

※１　上記については、２．（２）に係る治療歴のある場合、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ものに限る。

※２　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

※３　上記については、直前の抗ウイルス治療として２．（３）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

（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、３剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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に限り、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。

※４　上記については、直前の抗ウイルス治療として２．（３）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

（３）インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のＣ型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A のＣ型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、また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、原則１回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医によって他のインターフェロンフリー治療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に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、２．（１）及び２．（２）に係る治療歴の有無を問わない。

※２　上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

※３　上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会専門医又は本県が適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

（様式第1号　裏）

認　定　基　準　（様式第１号の裏面）

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型慢性肝炎又は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。

※１　上記については、２．（２）に係る治療歴のある場合、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ものに限る。また、２．（３）に係る治療歴のないものとする。

※２　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。ただし、２．（３）に係る治療歴のないものとする。

※２　上記については、原則１回のみの助成とする。ただし、３剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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に限り、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。

（３）インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のＣ型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A のＣ型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、また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、１回のみの助成とする。なお、２．（１）及び２．（２）に係る治療歴の有無を問わない。

※２　上記治療に対する助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

別紙１

（様式第2号～様式第6号の3　略）

（様式第2号～様式第6号の3　略）

別紙１

（様式第6号の4）

様式第6号の4（要綱第10条関係）

C 型

肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）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 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）	医療機関名 医師名
過去の治療歴 【必須】	該当する項目にチェックする。 □ 1. インターフェロン治療歴なし。 □ 2. インターフェロン治療歴あり。 （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. インターフェロン・ペグインターフェロン単独療法（中止・再燃・無効） イ. 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） ウ. 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（薬剤名：　　） 3剤併用療法（中止・再燃・無効） □ 3. インターフェロンフリー治療歴なし。 □ 4. インターフェロンフリー治療歴あり。 （薬剤名：　　　）（中止・再燃・無効）		
【過去の治療歴4. 以外】 診断書作成医師について 【必須】	（以下のいずれか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。） □日本肝臓学会肝臓専門医である。 □全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。【連携している肝疾患専門医療機関名：　　】		
【過去の治療歴4. の場合】 診断書作成医師について 【必須】	（以下のいずれか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。） □肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医である。 □上記以外の日本肝臓学会専門医又は全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師で、別添意見書（様式第6号の4の2）を添付している。 【連携している肝疾患専門医療機関名：　　】		
検査所見 【必須】	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 ＿＿ 104／ul 3. 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日：平成　年　月　日） （所見：　　） 4.（肝硬変症の場合）Child-Pugh 分類 A・B・C（該当する方を○で囲む。）		
診断 【必須】	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）※Child-Pugh分類Aに限る。		
肝がんの合併 【必須】	肝がん　1. あり　2. なし		
治療内容 【必須】	インターフェロンフリー治療 （薬剤名：　　） 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6か月以内（ただし、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号の4）

様式第6号の4（要綱第10条関係）

C 型

肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）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 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）	医療機関名 医師名
過去の治療歴 【必須】	該当する項目にチェックする。 □ 1. インターフェロン治療歴あり。 （1. 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（薬剤名：　　） 3剤併用療法（中止・再燃・無効） ウ. 上記以外の治療（中止・再燃・無効） （具体的に記載：　　）		
検査所見 【必須】	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 ＿＿ 10^4／ul 3. 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日：平成　年　月　日） （所見：　　） 4.（肝硬変症の場合）Child-Pugh 分類 A・B・C（該当する方を○で囲む。）		
診断 【必須】	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）※Child-Pugh分類Aに限る。		
肝がんの合併 【必須】	肝がん　1. あり　2. なし		
治療内容 【必須】	インターフェロンフリー治療 （薬剤名：　　） 治療予定期間　週（平成　年　月 ～ 平成　年　月）		
診断書作成医師について 【必須】	（以下のいずれか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。） □日本肝臓学会肝臓専門医である。 □全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。【連携している肝疾患専門医療機関名：　　】		
治療上の問題点			

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6か月以内（ただし、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。

別紙1

(様式第6号の4の2)	(新規)

様式第6号の4の2(要綱第10条関係)

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

____

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 ( )		

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1 認定基準(抜粋)

(3)インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、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、原則1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬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に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は本県が適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目についても満たしている必要があります。

✓上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。

✓日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。

✓ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2. 本意見書を記載する医師が適切であると判断する場合に限り、以下にチェックの上返信して下さい。

☐ この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。

記載年月日 平成 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 ______________________ 印

(注) 1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
2. 本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

別紙1

（様式第7号～様式第16号　略）

（様式第7号～様式第16号　略）

別紙1

（様式第16号の2 表）

様式第16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。

＊決定金額	円

受給者	住所	〒　℡		
	フリガナ 氏名	印	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
	公費負担者番号		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（医療費払い分）の受領を委任します。

請求者（受給者）
住所
氏名　印

受任者
住所
フリガナ
氏名　印
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裏面の記入要領に従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、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	患者自己負担限度額
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関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　印　（記入者　）

調剤薬局記入欄

受給者の保険種別（○で囲む）：協保一般・船保（本人・家族）・国共（本人・家族）・地共（本人・家族）・組合（本人・家族）・国保（本人・家族）・後期高齢・その他（　）

調剤料の受取済期間（月別に記入すること）

受療期間		実日数	調剤報酬点数	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治療のための費用を受給者より徴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　印　（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、裏面の記入要領に従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。
肝炎治療受給者証は治療内容等により種類が異なります。提示された受給者証の種類に応じた治療費の請求をお願いします。

（様式第16号の2 表）

様式第16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。

＊決定金額	円

受給者	住所	〒　℡		
	フリガナ 氏名	印	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
	公費負担者番号		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（医療費払い分）の受領を委任します。

請求者（受給者）
住所
氏名　印

受任者
住所
フリガナ
氏名　印
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裏面の記入要領に従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、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	患者自己負担限度額
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関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　印　（記入者　）

調剤薬局記入欄

受給者の保険種別（○で囲む）：協保一般・船保（本人・家族）・国共（本人・家族）・地共（本人・家族）・組合（本人・家族）・国保（本人・家族）・後期高齢・その他（　）

調剤料の受取済期間（月別に記入すること）

受療期間		実日数	調剤報酬点数	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治療のための費用を受給者より徴収済であることを証明します。

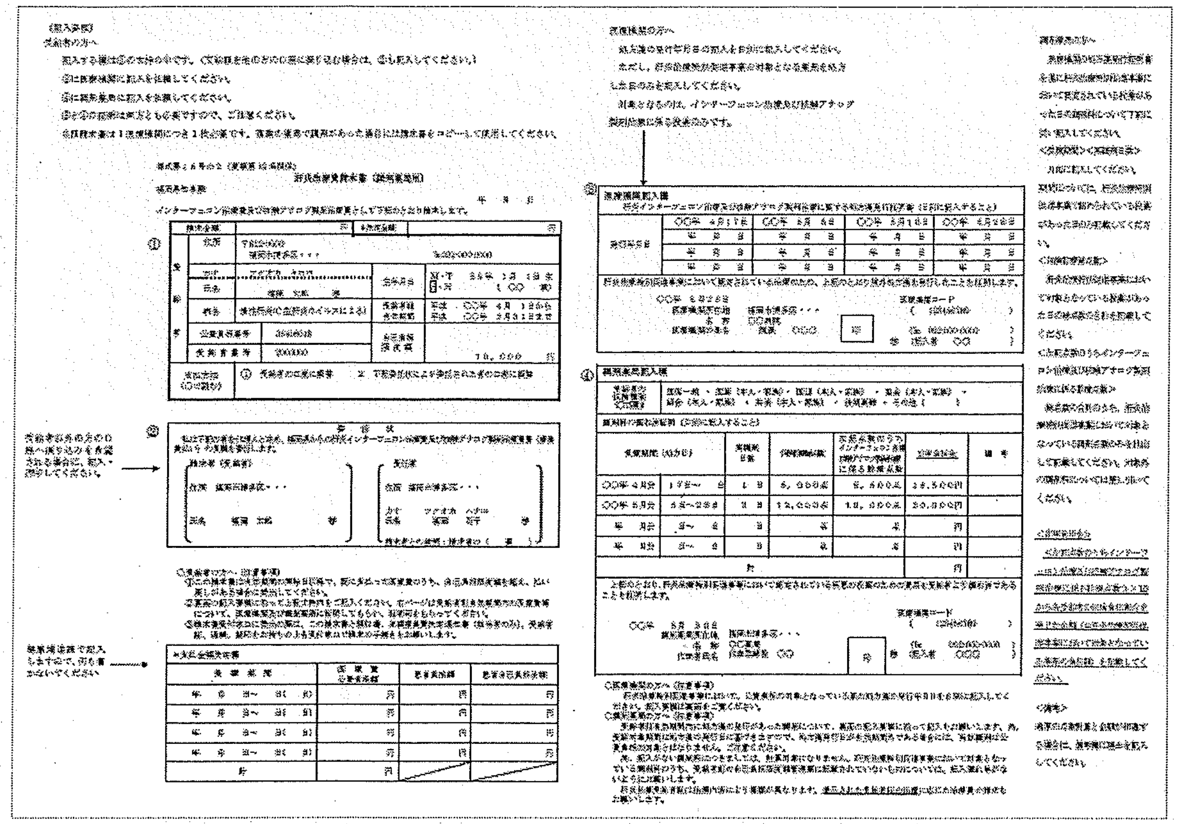
年　月　日　　医療機関コード（　）
調剤薬局所在地
名称　　（℡　）
代表者氏名　印　（記入者　）

○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。

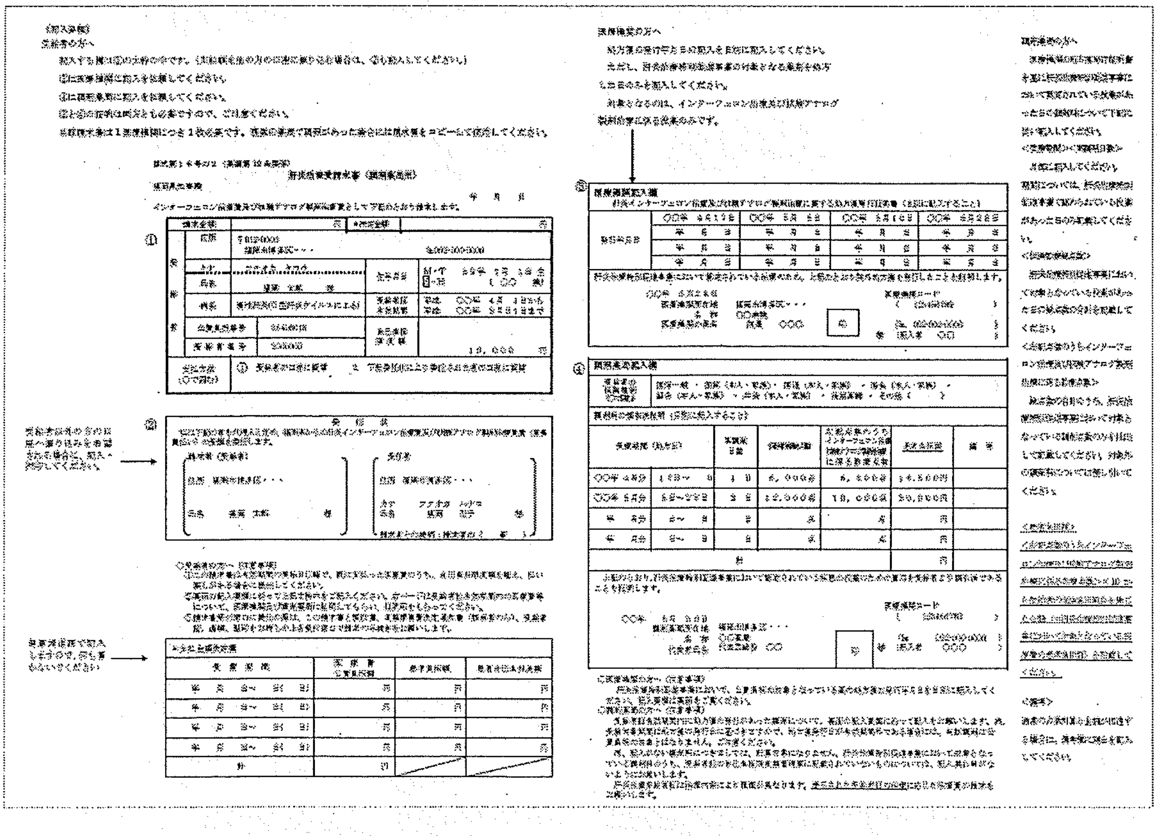
○調剤薬局の方へ（注意事項）
受給者証有効期間内に処方箋の発行があった調剤について、裏面の記入要領に従って記入をお願いします。尚、受給対象期間は処方箋の発行日に基づきますので、処方箋発行日が有効期間外である場合には、当該調剤は公費負担の対象とはなりません。ご注意ください。
尚、記入がない調剤料につきましては、計算対象になりません。肝炎治療特別促進事業において対象となる調剤料のうち、受給者証の自己負担限度額管理票に記載されていないものについては、記入漏れ等がないようにお願いします。
肝炎治療受給者証は治療内容等により種類が異なります。提示された受給者証の種類に応じた治療費の請求をお願いします。

別紙1

(様式第16号の2　裏)



(様式第16号の2　裏)



別紙１

（様式第17号～様式第19号　略）	（様式第17号～様式第19号　略）

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。）、別紙様式第６号の４の２による肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医の意見書（必要な場合に限る。）、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抗ウイルス治療について、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、インターフェロンフリー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、本人に帰責性のない事由による重篤な貧血や高度の白血球減少等の副作用等によって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。ただし、再治療（再投与）及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。

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、受給者証の審査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抗ウイルス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。

附　　則

この要領は、平成２６年１０月１日から施行し、平成２６年9月２日から適用する。

附　　則

この要領は、平成２７年１月１６日から施行する。

附　　則

この要領は、平成２７年6月１９日から施行し、平成２７年5月２０日から適用する。

附　　則

この要領は、平成２７年１２月２８日から施行し、平成２７年１２月１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型慢性肝炎又は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。

※１　上記については、２．（２）に係る治療歴のある場合、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ものに限る。

※２　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

※３　上記については、直前の抗ウイルス治療として２．（３）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

（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、３剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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に限り、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。

※４　上記については、直前の抗ウイルス治療として２．（３）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

（３）インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のＣ型慢性肝炎又はChild-Pugh分類ＡのＣ型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、また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、原則１回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医によって他のインターフェロンフリー治療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に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、２．（１）及び２．（２）に係る治療歴の有無を問わない。

※２　上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

※３　上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会専門医又は本県が適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

（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）及びインターフェロンフリー治療については、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。

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・再治療・２回目の制度利用・転入）申請書
（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）

<table>
<tr><td colspan="2">申請理由
(該当する番号に○をつけてください)</td><td colspan="4">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・シメプレビル・バニプレビル）を含む３剤併用療法
４．インターフェロンフリー治療
５．他都道府県からの転入</td></tr>
<tr><td rowspan="7">申請者</td><td>フリガナ
氏名</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td>男　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">明昭
大平　　年　月　日（満　　歳）</td><td>職業</td><td></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">〒　　　　　　　　（電話　　　　　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入医療保険</td><td>被保険者氏名</td><td></td><td>受給者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td>協・組・共・国・後</td><td>被保険者証の記号・番号</td><td></td></tr>
<tr><td>被保険者証発行機関名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">本助成制度利用歴</td><td colspan="4">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）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">治療医療機関</td><td>名称</td><td colspan="4">（診断書作成医療機関）</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療の効果・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、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）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。

（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。

認　定　基　準　（様式第１号の裏面）

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型慢性肝炎又は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。

※１　上記については、２．（２）に係る治療歴のある場合、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ものに限る。

※２　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

※３　上記については、直前の抗ウイルス治療として２．（３）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

（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、３剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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に限り、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。

※４　上記については、直前の抗ウイルス治療として２．（３）に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

（３）インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のＣ型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A のＣ型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、また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、原則１回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医によって他のインターフェロンフリー治療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に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、２．（１）及び２．（２）に係る治療歴の有無を問わない。

※２　上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

※３　上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会専門医又は本県が適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

様式第6号の4（要綱第10条関係）

C 型

肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td>性別</td><td colspan="2">生年月日（年齢）</td></tr>
<tr><td>患者氏名</td><td></td><td>男・女</td><td colspan="2">明昭
大平　　年　　月　　日 生　　（満　　歳）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">郵便番号

電話番号　　　　　（　　　　　）</td></tr>
<tr><td>診断年月</td><td>昭和・平成
年　月</td><td>前医
（あれば記載）</td><td colspan="2">医療機関名

医師名</td></tr>
<tr><td>過去の治療歴
【必須】</td><td colspan="4">該当する項目にチェックする。
□ 1. インターフェロン治療歴なし。
□ 2. インターフェロン治療歴あり。
（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. インターフェロン・ペグインターフェロン単独療法（中止・再燃・無効）
イ. 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）
ウ. 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（薬剤名：　　　　　）
3剤併用療法（中止・再燃・無効）
□ 3. インターフェロンフリー治療歴なし。
□ 4. インターフェロンフリー治療歴あり。
（薬剤名：　　　　　　　　　　）（中止・再燃・無効）</td></tr>
<tr><td>【過去の治療歴4. 以外】
診断書作成医師について
【必須】</td><td colspan="4">（以下のいずれか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。）
□日本肝臓学会肝臓専門医である。
□全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。【連携している肝疾患専門医療機関名：　　　　　　　　】</td></tr>
<tr><td>【過去の治療歴4. の場合】
診断書作成医師について
【必須】</td><td colspan="4">（以下のいずれか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。）
□肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医である。
□上記以外の日本肝臓学会専門医又は全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師で、別添意見書（様式第6号の4の2）を添付している。
【連携している肝疾患専門医療機関名：　　　　　　　　】</td></tr>
<tr><td>検査所見
【必須】</td><td colspan="4">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 ______ 10⁴／ul

3. 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日：平成　　年　　月　　日）
（所見：　　　　　　　　　　　　　　）

4.（肝硬変症の場合）Child-Pugh 分類 A・B・C（該当する方を○で囲む。）</td></tr>
<tr><td>診断
【必須】</td><td colspan="4">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） ※Child-Pugh分類Aに限る。</td></tr>
<tr><td>肝がんの合併
【必須】</td><td colspan="4">肝がん　1. あり　2. なし</td></tr>
<tr><td>治療内容
【必須】</td><td colspan="4">インターフェロンフリー治療

（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　）

治療予定期間　　　週　（平成　　年　　月 ～ 平成　　年　　月）</td></tr>
<tr><td>治療上の問題点</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5">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</td></tr>
</table>

（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、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号の4(要綱第10条関係)

C 型

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

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)	医療機関名 医師名

過去の治療歴 【必須】	該当する項目にチェックする。 □ 1. インターフェロン治療歴なし。 □ 2. インターフェロン治療歴あり。 (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. インターフェロン・ペグインターフェロン単独療法(中止・再燃・無効) イ. 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) ウ. 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(薬剤名:) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) □ 3. インターフェロンフリー治療歴なし。 □ 4. インターフェロンフリー治療歴あり。 (薬剤名:)(中止・再燃・無効)
【過去の治療歴4. 以外】 診断書作成医師について 【必須】	(以下のいずれか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。) □日本肝臓学会肝臓専門医である。 □全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。【連携している肝疾患専門医療機関名: 】
【過去の治療歴4. の場合】 診断書作成医師について 【必須】	(以下のいずれか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。) □肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医である。 □上記以外の日本肝臓学会専門医又は全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師で、別添意見書(様式第6号の4の2)を添付している。 【連携している肝疾患専門医療機関名: 】
検査所見 【必須】	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 ______ 104 /ul 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 平成 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む。)
診断 【必須】	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) ※Child-Pugh分類Aに限る。
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし
治療内容 【必須】	インターフェロンフリー治療 (薬剤名:) 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6か月以内(ただし、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号の4の2（要綱第10条関係）

インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

____

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　（　）		

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1．認定基準（抜粋）

（3）インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、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、原則1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬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に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.（1）及び2.（2）に係る治療歴の有無を問わない。

※2　上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

※3　上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は本県が適当と定める医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

1．本意見書を記載する医師は、以下の項目についても満たしている必要があります。

✓上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。

✓日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。

✓ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2．本意見書を記載する医師が適切であると判断する場合に限り、以下にチェックの上返信して下さい。

☐ <u>この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。</u>

記載年月日　平成　年　月　日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 ______________________________ 印

（注）　1．本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
　　　2．本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

様式第１６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。

＊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			

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、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

医療機関所在地　　医療機関コード（　）

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	患者負担額	備考
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
年　月分	日～　日	日	点	点	円	
計					円	

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

年　月　日

調剤薬局所在地　　医療機関コード（　）

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。

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）

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・・・　TEL092-000-0000		
	カナ 氏名	フクオカ　タロウ 福岡　太郎　㊞	生年月日	M・T　５９年　1月　１日 生 Ⓢ・H　（ ○○　歳）
	病名	慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)	受給者証 有効期間	平成　○○年　4月　１日から 平成　○○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			

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、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				
	○○年　４月１７日	○○年　５月　５日	○○年　５月１０日	○○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。

○○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　）

（TEL　092-000-0000　）

㊞　（記入者　○○　）

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	患者負担額	備考
○○年 ４月分	１７日～　日	１　日	６，０００点	５，５００点	１６，５００円	
○○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。

○○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　）

（TEL　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。

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。

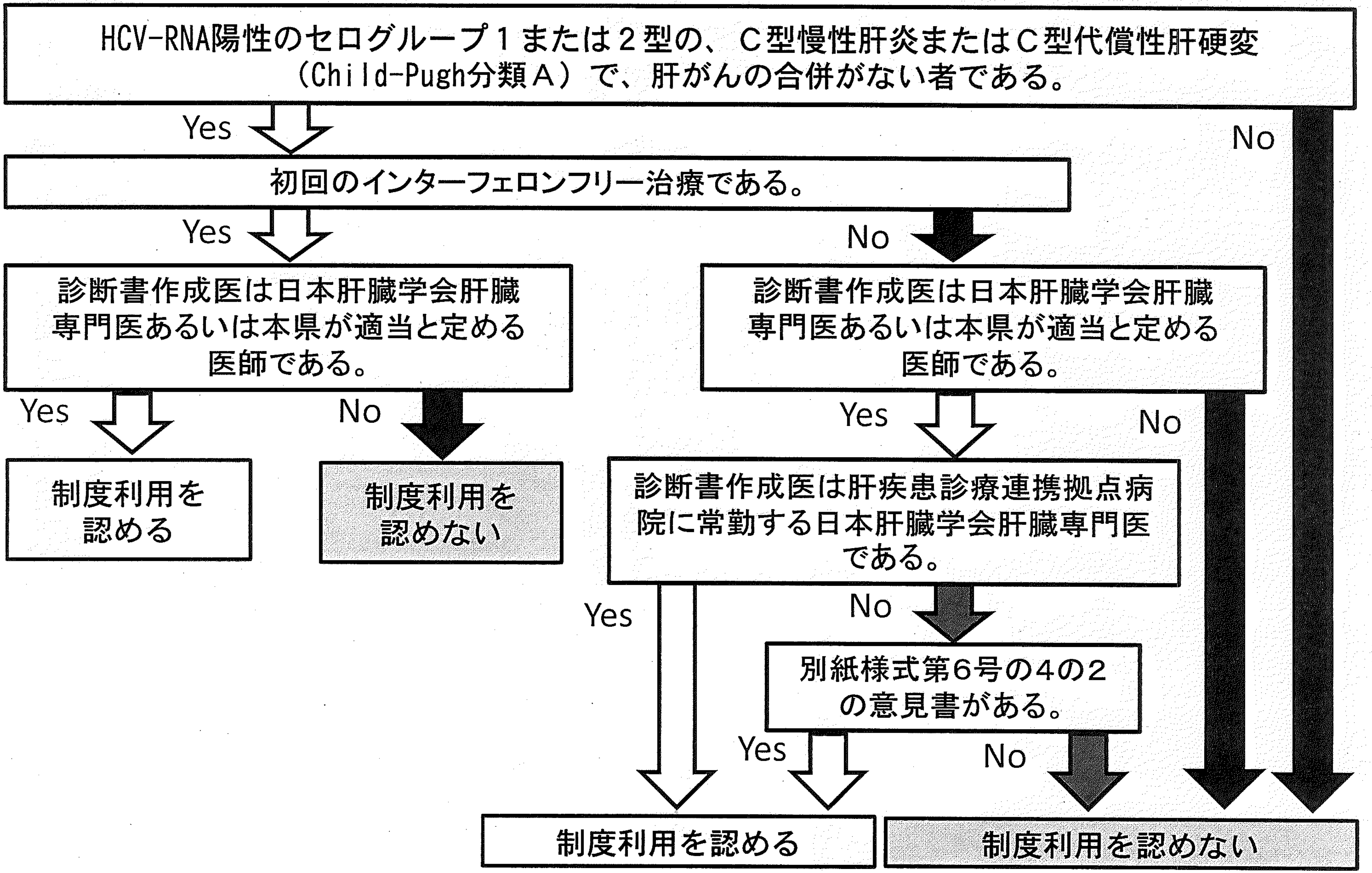
＜患者負担額＞

＜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＞

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。

Ⅱ．C型慢性肝炎・代償性肝硬変に係るインターフェロンフリー治療に対する医療費助成制度のフローチャート



インターフェロンフリー治療（再治療）に係る診断書及び意見書を作成する際の注意事項

○要旨

・インターフェロンフリー治療（ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法並びにレジパスビル/ソホスブビル配合錠による治療、オムビタスビル水和物/パリタプレビル水和物/リトナビル配合錠による治療、ソホスブビル及びリバビリン併用療法をいう。以下同じ。）の助成対象は、HCV-RNA陽性のＣ型慢性肝炎又はChild-Pugh分類ＡのＣ型代償性肝硬変で、肝がんの合併のない患者です。

・インターフェロンフリー治療に対する助成の申請にあたっては、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること、ただし、全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師が作成してもよいこととします。

・インターフェロンフリー治療については、原則１回のみの助成とします。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬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に限り、改めて助成の対象とすることができることとします。なお、過去のインターフェロンを含む治療歴の有無は問いません。

・インターフェロンフリー治療に対する助成の申請にあたっては、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成することとします。

・インターフェロンフリー治療の助成対象となる治療期間は、保険診療上の取扱いに即した期間（４ヶ月・７ヶ月）とし、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でも、助成期間の延長は行いません。

・インターフェロンフリー治療の交付申請に係る診断書について、再治療の場合は、「様式第６号の４」に記入してください。診断書作成医が肝疾患診療連携拠点病院の日本肝臓学会肝臓専門医でない場合は、「様式第６号の４の２」の意見書も必要です。

１．インターフェロンフリー治療（再治療を含む）に係る診断書（様式第６号の４）記入時の注意事項

○診断書について

・インターフェロンフリー治療の助成を受けようとする申請は、この診断書を使用してください。

○「過去の治療歴」欄について

・申請者のこれまでの治療歴について記載してください。

・これまでインターフェロンを含む治療を受けたことのある場合は、２．インターフェロン治療歴で「あり」に、これまでインターフェロンフリー治療を受けたことのある場合は４．インターフェロンフリー治療で「あり」を記入し、可能な範囲で過去の治療経過を記載してください。

・該当する治療法において、患者からの聞き取りや過去の診療録をもとに、診断書作成医の判断により「中止・再燃・無効」を○で囲んでください。

過去の治療歴 【必須】	該当する項目にチェックする。 □ 1. インターフェロン治療歴なし。 □ 2. インターフェロン治療歴あり。 （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. インターフェロン ・ ペグインターフェロン単独療法（中止・再燃・無効） イ, 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） ウ. 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（薬剤名：　　　　　） 3剤併用療法 （中止 ・ 再燃 ・ 無効） □ 3. インターフェロンフリー治療歴なし。 □ 4. インターフェロンフリー治療歴あり。 （薬剤名：　　　　　　　　）（中止・再燃・無効）

○「本診断書を作成する医師」について

・インターフェロンフリー治療（再治療）に対する助成の申請にあたっては、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成することとしています。

・**診断書作成医が肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医でない場合は、別紙様式第６号の４の２の意見書が必要です。**

・助成の認定にあたっては、いずれかの□にチェックが必要です。

・インターフェロンフリー治療の再治療以外は①のいずれかにチェックし、インターフェロンフリー治療の再治療の場合は、②のいずれかにチェックして下さい。

①	【過去の治療歴４．以外】 診断書作成医師について 【必須】	（以下のいずれか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。） □日本肝臓学会肝臓専門医である。 □全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。【連携している肝疾患専門医療機関名：　　　　　】
②	【過去の治療歴４．の場合】 診断書作成医師について 【必須】	（以下のいずれか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。） □肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医である。 □上記以外の日本肝臓学会専門医又は全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師で、別添意見書（様式第6号の4の2）を添付している。 【連携している肝疾患専門医療機関名：　　　　　】

○「検査所見」について

・１．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー（２）ウイルス型は、セログループもしくはゲノタイプのいずれかに○を囲んで下さい。

・画像診断及び肝生検等の所見を具体的に記載して下さい。特に、肝機能（ALT 値）が正常である場合は診断（慢性肝炎・代償性肝硬変）した根拠を記入して下さい。

・Child-Pugh 分類について、該当する分類を○で囲んで下さい。

検査所見 【必須】	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 ______ 104 ／ul 3. 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日：平成　年　月　日） （所見：　　　） 4.（肝硬変症の場合）Child-Pugh　分類　A・B・C（該当する方を○で囲む。）

○「診断」について

・インターフェロンフリー治療の対象は、Ｃ型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類Ａの C 型代償性肝硬変です。Child-Pugh 分類 B、C は対象となりません。

・慢性肝炎を発症していないＣ型肝炎ウイルス感染者及び非代償性肝硬変患者には使用しないこととされているので、ご注意下さい。

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）※Child-Pugh分類Aに限る

○「肝がんの合併」について

・肝がんの合併がある場合は助成対象となりません。治療開始時に治癒されている場合は、「なし」に○を囲んで下さい。

肝がんの合併	肝がん　1. あり　2. なし

○「治療内容」について

・保険適用に即した期間であるため、ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法は 24 週、ソホスブビル及びリバビリン併用療法は 12 週、レジパスビル／ソホスブビル配合錠による治療は 12 週です。助成期間の延長は認められません。

治療内容	インターフェロンフリー治療 （ 薬剤名 ：　　　） 治療予定期間　　週　（平成　年　月 ～ 平成　年　月）

2．インターフェロンフリー治療（再治療）に係る意見書（別紙様式第６号の４の２）記入時の注意事項

○意見書について

・２回目以降のインターフェロンフリー治療に対する助成の申請で、診断書作成医が肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医でない場合は、この意見書を添える必要があります。

・具体的には、診断書作成医が肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医に対して、本意見書と判断に必要と思われる検査所見等（写しで可）を添えて照会します。肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が検査所見等を見て、インターフェロンフリー治療による再治療が適切であると判断した場合に限り、チェックを入れた意見書を照会元へ返信します（適切でないと判断する場合は、返信されません）。

○医療機関・担当医名及び患者氏名等について

・肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医に照会する医師の氏名、勤務する医療機関名、照会する患者氏名等を記載して下さい（照会元が記載するほうが適当と考える。）

返信先医療機関及び担当医

____

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　　　（　　　）		

○チェックボックスについて

・肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が、インターフェロンフリー治療による再治療が不適切であると判断する場合には、照会元に返信する必要はありません。

・肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって、チェックが入れられていない場合は、助成対象にはなりません。

1．本意見書を記載する医師は、以下の項目についても満たしている必要があります。

✓上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。

✓日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。

✓ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2．本意見書を記載する医師が適切であると判断する場合に限り、以下にチェックの上返信して下さい。

□ この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。