



福岡医発第 0055 号 (地)
平成 28 年 4 月 7 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、福岡県保健医療介護部健康増進課より、標記事業実施要領を一部改正した旨、別添のとおり通知が参りました。

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、貴会会員へご周知いただきますようお願い申し上げます。

なお、改正点は以下のとおりです。

記

【変更部分】

項目	変更前	変更後
核酸アナログ製剤治療における更新時の診断書(様式第 3 号裏)	医師の診断書の提出のみ。	医師の診断書の提出を次の添付資料で代用可能とする。 【検査内容が分かるもの】 ・健診 ・人間ドックの結果の写し 【治療内容が分かるもの】 ・お薬手帳 ・薬剤情報提供書の写し

「公印省略」

28 健 第 1 1 号
平成 28 年 4 月 1 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。

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。

項目	変更前	変更後
核酸アナログ製剤治療における更新時の診断書 (様式第3号 裏)	医師の診断書の提出のみ。	医師の診断書の提出を次の添付資料で代用可能とする。 <u>【検査内容が分かるもの】</u> ・ <u>健診</u> ・ <u>人間ドックの結果</u> <u>写し</u> <u>【治療内容が分かるもの】</u> ・ <u>お薬手帳</u> ・ <u>薬剤情報提供書</u> <u>の写し</u>

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綱

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

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

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「<u>医師の診断書</u>」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) 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	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「<u>診断書</u>」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13条 略) 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。その際、様式第3号の医師の診断書に代わって、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を添えることができるものとする。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～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。

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。

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～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。

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。

附 則

この要領は、平成28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。

(別紙1～別紙2 略)

(別紙1～別紙2 略)

(様式第1号～様式第2号 略)

(様式第1号～様式第2号 略)

(様式第3号 表 略)

(様式第3号 表 略)

(様式第3号 裏)

(様式第3号の裏面)

【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

【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直近の認定・更新時以降の所見を記入する。 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 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) HBe 抗体 (+・-・未実施) (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。(併用の場合は複数選択) 1. テノホビル (_____ mg) 2. エンテカビル (_____ mg) 3. ラミブジン (_____ mg) 4. 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 【必須】	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。	
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. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確定できる範囲内のもっと古いデータを記載してください。
2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。
なお、複数併存する場合は、より直近のデータで記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

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

(様式第3号 裏)

(様式第3号の裏面)

【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

【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 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) HBe 抗体 (+・-・未実施) (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。(併用の場合は複数選択) 1. テノホビル (_____ mg) 2. エンテカビル (_____ mg) 3. ラミブジン (_____ mg) 4. 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 【必須】	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。	
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。

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～様式第19号 略)

(様式第4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「医師の診断書」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 7 2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（7 2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。その際、様式第3号の医師の診断書に代わって、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を添えることができるものとする。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。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

【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直近の認定・更新時以降の所見を記入する。 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 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) HBe 抗体 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) (2) HBV-DNA 定量 (単位： 、測定法) 2. 血液検査 (検査日：平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l 血小板数 $\times 10^4$ /μl 3. 画像診断および肝生検などの所見 (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。(併用の場合は複数選択) 1. テノホビル (mg) 2. エンテカビル (mg) 3. ラミブジン (mg) 4. 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 【必須】	該当する方を○で囲む 前回の申請時からの治療薬剤の変更 1. なし 2. あり 2. ありに○の場合 変更前薬剤名 () 変更日 (平成 年 月 日)
治療上の 問題点	
上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。 記載年月日平成 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 印	

(注)

1. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。
なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
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。

肝炎治療受給者証交付（更新）申請書 （核酸アナログ製剤治療）					
申 請 者	フリガナ 氏 名			性 別	男 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日（満 歳）	職 業	
	住 所	〒 （電話 ）			
	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名		受給者との 続 柄	
		保 険 種 別	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				
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。