



福岡県医発第 523 号（地）
平成 30 年 5 月 16 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

今般、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課より標記要領を改正する旨、別添のとおり通知がありましたのでご連絡申し上げます。

なお、本改正は平成 30 年 4 月 1 日から適用されるものであります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴会会員治療医療機関への周知方ご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。なお、最新の治療医療機関名簿を平成 30 年 5 月 16 日発福岡県医 522 号（地）にてお知らせしておりますのでご参考ください。なお、本県ホームページより治療医療機関名簿（非会員含む）(<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/kanen-jyosei.html#toiawase-shinsei>)をダウンロードできますことを申し添えます。

記

項目	変更前	変更後
対象患者の確定、受給者証の更新	なし	核酸アナログ製剤の更新申請における検査内容が分かる資料について、診断書又は検査内容が分かる資料が提出された認定以降 2 回目までの認定においては、提出を省略させることができるものとする。
認定基準	インターフェロン治療において、2 回目の助成を受けることができるのは、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。	インターフェロン治療において、助成対象は 2 回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。
様式	年号（平成等）	削除

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

(がん感染症疾病対策課)

「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、主な改正点は以下のとおりで、平成 30 年 4 月 1 日から適用する取扱いとしますので申し添えます。

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。

記

項目	変更前	変更後
対象患者の認定、受給者証の更新	なし	核酸アナログ製剤の更新申請における検査内容が分かる資料について、診断書又は検査内容が分かる資料が提出された認定以降 2 回目までの認定においては、提出を省略させることができるものとする。
認定基準	インターフェロン治療において、2 回目の助成を受けることができるのは、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。	インターフェロン治療において、助成対象は 2 回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。
様式	年号（平成等）	削除



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。

ただし、核酸アナログ製剤治療の更新に関する認定においては、知事は申請者に診断書又は検査内容及び治療内容がわかる資料を提出させた場合を除き、審査会に意見を求めることわ省略することができるものとする。

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。

なお、申請書の受付月から2ヶ月先までを限度とする治療開始月を申請書にて申出ること、起算日をその月の初日からとすることができるものとする。

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。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。また、検査内容及び治療内容が分かる資料については、診断書又は検査内容がわかる資料が提出された認定以降2回目までの認定においては、提出を省略させ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。

附 則

この要領は、平成29年3月9日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成30年4月26日から施行し、平成30年4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。)

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

(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。

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	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 (年 月 日 ~ 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					
受給者証の有 効期間開始月		開始月 : 年 月		開始月は、申請書の受付月から2ヶ月先まで を限度とします。 主治医とよく相談のうえ記入してください。		
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 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2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

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・パニプレビル)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
	生年月日	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(年 月 日～ 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				
受給者証の有効期間開始月		開始月 : 年 月		開始月は、申請書の受付月から2ヶ月先までを限度とします。 主治医とよく相談のうえ記入してください。	
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。					
年 月 日		申請者氏名		印	
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。

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	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（ 年 月 日～ 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 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。

【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】 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 (1) HBe 抗原 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) HBe 抗体 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) (2) HBV-DNA 定量 (検査日: 年 月 日) (単位 _____, 測定法 _____) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ $\times 10^4$ / μ l Ca _____ mg/dl リン _____ mg/dl 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: 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】	核酸アナログ製剤の薬剤名、1日投与量を記入する。(併用の場合は複数記入) ・薬剤名: _____, 投与量: _____ mg ・薬剤名: _____, 投与量: _____ mg ・薬剤名: _____, 投与量: _____ mg
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 (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: 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(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	年 月 日生(満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	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 【必須】	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。 1. 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 ☐ 3剤併用療法の治療歴なし。 ☐ 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) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) ☐ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。				
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: 年 月 日) (2) HBe抗原(+-) (検査日: 年 月 日) HBe抗体(+-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 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) 3. 血液検査(検査日: 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l 血小板数 $\times 10^4 / \mu l$ eGFR mL/min/1.73m ² BUN mg/dl クレアチン mg/dl Ca mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) リン mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) 4. 画像診断および肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 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 【必須】	1. なし 2. あり ()				
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし				
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 (年 月 日～ 年 月 日)				
治療上の問題点					
直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 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: 】					
医療機関名および所在地			記載年月日 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。

フリガナ		性別	生年月日（年齢）	
患者氏名		男・女	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る。

☐ はい

☐ いいえ

2回目の制度利用 適用外

2回目の制度利用 適用

3回目制度利用 適用

☐ はい

2回目の制度を利用したペグインターフェロン治療でも不成功であった。

（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。治療等も含む。

【患者氏名】

【生年月日】

年

月

日生

(満

歳)

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 (+・-・未実施) (検査日: 年 月 日) (2) HBe 抗原 (+・-・未実施) (検査日: 年 月 日) HBe 抗体 (+・-・未実施) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 (検査日: 年 月 日) (単位: , 測定法) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 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) 3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l 血小板数 $\times 10^4 / \mu l$ eGFR mL/min/1.73m² BUN mg/dl クレアチン mg/dl Ca mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) リン mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) 4. 画像診断および肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 年 月 日) (所見)
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 【必須】	1. なし 2. あり ()
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし
予定治療内容 【必須】	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) 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 (年 月 ~ 年 月)
治療上の問題点	
直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 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: 】	
記載年月日 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(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 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()			
診断年月	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】	該当項目をチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。 ☐ インターフェロン治療歴あり。 (ありにチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○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、リバビリン及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:) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) ☐ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。			
3剤併用療法の再治療について	上記1. イに該当する場合はチェックが必要。 ☐ 他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行う事が適切であると判断する。			
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: 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: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 10 ⁴ /ul eGFR _____ mL/min/1.73m2 BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)(検査日: 年 月 日) (所見:)			
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。)			
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容 【必須】	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 (年 月 ~ 年 月)			
治療実施医療機関について 【必須】	(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				
直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 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: 】				
医療機関名及び所在地			記載年月日 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3剤併用療法)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	年 月 日 生 (満 歳)		
住所	郵便番号 電話番号 ()						
診断年月	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】	該当項目をチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。 ☐ インターフェロン治療歴あり。 (ありにチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○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、リバビリン及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:) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) ☐ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。						
3剤併用療法の再治療について	上記1. イに該当する場合はチェックが必要。 ☐ 他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行う事が適切であると判断する。						
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: 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: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 10 ⁴ /ul eGFR _____ mL/min/1.73m ² BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 年 月 日) (所見:)						
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。)						
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし						
治療内容 【必須】	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 (年 月 ~ 年 月)						
治療実施医療機関について 【必須】	(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							
直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 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: 】							
医療機関名及び所在地					記載年月日 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、リバビリン及びパニプレビル3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

フリガナ			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			男・女	年 月 日 生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	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】	該当項目をチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。 ☐ インターフェロン治療歴あり。 (ありにチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○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、リバビリン及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:) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) ☐ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。				
3剤併用療法の再治療について	上記1. イに該当する場合はチェックが必要。 ☐ 他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行う事が適切であると判断する。				
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: 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: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 10 ⁴ /ul eGFR _____ mL/min/1.73m ² BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 年 月 日) (所見:)				
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。)				
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容 【必須】	ペグインターフェロン、リバビリン及びパニプレビル3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (年 月 ~ 年 月)				
治療実施医療機関について 【必須】	(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					
直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 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: 】					
医療機関名及び所在地				記載年月日 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(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) 年 月 日生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	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: 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: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ 10^4 /ul eGFR _____ mL/min/1.73m² BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl 3. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 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 (年 月 ~ 年 月)				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地			記載年月日 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、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。

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 患者氏名		性別	生年月日(年齢)	
		男・女	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 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。

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	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】	今回の申請以前から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 (1) HBs 抗原 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) HBe 抗原 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) HBe 抗体 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) (2) HBV-DNA 定量 (検査日: 年 月 日) (単位 , 測定法) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ $\times 10^4$ / μ l Ca _____ mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) リン _____ mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) 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: 年 月 日)			
治療内容 【必須】	核酸アナログ製剤の薬剤名、1日投与量を記入する。(併用の場合は複数記入) ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg 治療開始日(予定を含む): 年 月			
治療上の 問題点				
医療機関名及び所在地			記載年月日: 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
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型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス療法（インターフェロン治療、インターフェロンフリー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、この抗ウイルス治療については月額の医療費が高額となること、又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、この抗ウイルス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。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、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やインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は保険医療機関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	
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型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス療法（インターフェロン治療、インターフェロンフリー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、この抗ウイルス治療については月額の医療費が高額となること、又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、この抗ウイルス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。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、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やインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は保険医療機関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。

福岡県がん診療連携協議会 研修・教育専門部会
緩和ケア研修会プログラム検討委員会 議事録

日 時：平成 23 年 11 月 17 日（木）15：00～17：00

場 所：九州大学病院北棟 2 階 検査部会議室

参加者：山崎宏司，小坂美恵（済生会福岡総合病院），小早川晶（北九州市立医療センター），
神代正臣，是永緑（九州厚生年金病院），佐野智美（久留米大学病院），
甲斐正徳（飯塚病院），大島彰（九州がんセンター），
中原由美，掛川秋美，堀新子（福岡県保健医療介護部健康増進課），
水元一博，嶋本正弥，清水祐紀子，角朗満，伊藤佑里子，田中千代（九州大学病院）

第Ⅰ期単位型緩和ケア研修会開催に向けて、諸事項を審議するため、緩和ケア研修会プログラム検討委員会を開催することとなった。

1. 第Ⅰ期単位型緩和ケア研修会統一資料について

嶋本委員より資料 1 に基づき説明があり、審議した結果、以下の通りとなった。

- ・ P E A C E ホームページの緩和ケア研修会教材（2011 年 9 月版）を用いる。
- ・ 1 ページ A 4 サイズ、6 スライド、カラーで印刷する。A 課程 B 課程を 1 冊にまとめる。
- ・ 選択スライドはすべてのスライドを入れる。
- ・ 緩和ケアフォローアップ研修会資料は、県統一の資料とはせず、各施設の判断で追加する。その他の追加資料も各施設の判断で追加配布できる。
- ・ A 課程、B 課程を異なる施設で受講する参加者には、A 課程受講時に配布した研修会資料を B 課程受講の際にも持ってきてもらう。参加者への通知は参加受付後に行う。
- ・ がん緩和ケアガイドブック（日本医師会編）は平成 23 年 11 月以降、県の在庫が無くなったため、今後については、ホームページからダウンロードして印刷し配布するか、購入して配布していただくことになる。購入の場合@1050 円の費用がかかるが、参加者から書籍代として追加徴収出来ないため、県統一の資料とはせず、ホームページ上でダウンロードできる旨の案内のみとする。

資料 3 の各検討資料に対する評価

検討資料番号	評価
1. 緩和ケア研修会参加者ハンドブック	P129-P152 を検討資料 5 と差替
2. PEACE モジュール Q&A 集（2010 年 11 月版）	検討資料 1 に同一内容有り(P113-P126)
3. PEACE モジュール 文献リスト（2011 年 7 月版）	検討資料 1 に同一内容有り(P103-P112)
4. 薬剤一般名・商品名対照表	検討資料 1 に同一内容有り（P127）
5. 患者家族用パンフレット	検討資料 1 P129-P152 と差替
6. STAS-J スコアリングマニュアル 第 3 版	統一資料とはしない。検討資料 1 に一部 同一内容有り(P153-P166)
7. 用語と解説	検討資料 1 に同一内容有り(P167-P170)

まとめてダウンロードできる P E A C E のデータ（検討資料 1）を一部差し替えるため、ページ番号を修正し、福岡県より各拠点病院へデータを配布する。

2. 単位型研修会開催についての決定事項と留意事項

水元委員より資料2に基づき、説明があった。

- ・福岡県のホームページへの研修会情報（開催日程、要領、様式）掲載は現在準備中である。
- ・福岡県医師会の生涯教育単位取得について、すでに申請手続きを行っており、ほぼ確実に平成24年1月より取得可能であると福岡県より発言があった。
- ・研修会ファシリテーターについて、これまでの議論で、①参加者数によらず指導者研修会修了者2名（緩和ケア1名、精神腫瘍1名）は必須②メインファシリテーター1名、それ以外に参加者6名につき指導者研修会修了者1名以上を単位A、Bごとに確保することを目標とすることの2点について決定している。ブロック毎の指導者研修修了者の偏りや、異動も考えると目標達成は困難な施設も出ることが考えられるが、あくまでも目標達成に向けて努力を促していくこととした。

指導者研修については、国立がん研究センター主催のものと、日本緩和医療学会主催のものがあ、後者については県の推薦書も不要であるため、積極的に参加を促していくこととした。

今後、指導者研修会修了者のファシリテーターの斡旋(スケジュールの取りまとめやその広報)について検討することとなった。

3. 単位型緩和ケア研修会を新規で実施する医療機関への対応

中原委員(福岡県)より資料3に基づき、説明があった。

4. 新日鉄八幡記念病院からの申し入れについて

中原委員(福岡県)より次の通り説明があった。新日鉄八幡記念病院から、平成23年9月末頃緩和ケア研修会開催について相談があった。当初、新日鉄八幡記念病院より平成24年1月に緩和ケア研修会を開催すると申し入れがあったが、福岡県として単位型緩和ケア研修会開催に向けて準備中であり、開催時期を延期して頂いた。新日鉄八幡記念病院から第Ⅰ期単位型緩和ケア研修会の期間中の研修会開催を強く要望されたため、この委員会でご意見を頂きたい。福岡県としては、第Ⅱ期単位型緩和ケア研修会へ参加する施設と同じ手順を取りたいと考えている。

審議の結果、新日鉄八幡記念病院の第Ⅰ期単位型緩和ケア研修会参加について福岡県が開催について認めるのであれば委員会として異議はない。単位型緩和ケア研修会の開催日程調整終了後に新たに緩和ケア研修会開催の申し出を行う施設があったときは、福岡県が最終判断をすることになるが、緩和ケア研修会の質の担保という観点から研修・教育専門部会へ求める役割を福岡県として明文化し、福岡県がん診療連携協議会研修・教育専門部会の書面回議に諮ることとなった。

5. 第Ⅱ期単位型緩和ケア研修会について

水元委員より、資料4に基づき第Ⅱ期単位型緩和ケア研修会開催に向けたスケジュール(案)の説明があり、了承された。

6. その他

緩和ケア研修会A課程で参加者から出た質問に対する回答が翌日(B課程)以降に持ち越しとなった場合の対応として、部会としてQ&Aを作成し、ホームページ上で公開するなど広く参加者の情報共有を図ることを検討する。また、当委員会の議事を作成後、福岡県がん診療連携協議会研修・教育専門部会の書面回議を行い、がん診療連携協議会に報告することとなった。

様式第 8 号の 3（要綱第 1 3 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	
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型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス療法（インターフェロン治療、インターフェロンフリー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、この抗ウイルス治療については月額の医療費が高額となること、又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、この抗ウイルス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。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、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やインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は保険医療機関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 4（要綱第 13 条関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証					
【バニプレビルを含む 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	
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型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス療法（インターフェロン治療、インターフェロンフリー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、この抗ウイルス治療については月額の治療費が高額となること、又は長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る治療費を助成し、患者の治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。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、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やインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B 型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は保険医療機関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 5（要綱第 1 3 条関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証					
【インターフェロンフリー治療】					
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	
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型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス療法（インターフェロン治療、インターフェロンフリー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、この抗ウイルス治療については月額の医療費が高額となること、又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、この抗ウイルス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。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、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やインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は保険医療機関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。

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) 年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()			
診断年月	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】	該当項目をチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。 ☐ インターフェロン治療歴あり。 (ありにチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○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、リバビリン及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:) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) ☐ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。			
3剤併用療法の 再治療について	上記1. イに該当する場合はチェックが必要。 ☐ 他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行う事が適切であると判断する。			
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: 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: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l ヘモグロビン _____ g/dl 血小板 _____ 10^4 /ul eGFR _____ mL/min/1.73m ² BUN _____ mg/dl クレアチニン _____ mg/dl 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 年 月 日) (所見:)			
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。)			
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容 【必須】	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 (年 月 ~ 年 月)			
治療実施医療 機関について 【必須】	(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				
直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックする ☐ 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: 】				
医療機関名及び所在地			記載年月日 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	
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型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス療法（インターフェロン治療、インターフェロンフリー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、この抗ウイルス治療については月額の治療費が高額となること、又は長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス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。

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又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったときは、30日以内に、福岡県知事にその旨を届け出てください。
また、福岡県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに福岡県知事に返還してください。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、福岡県知事にその旨を届け出てください。
- 7 この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合は、有効期間満了3ヶ月前から満了後1ヶ月以内に更新の手続きを行ってください。

様式第 11 号（要領第 5 条の 3 関係）

同 意 書

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

年 月 日

申請者氏名

印

（対象者との続柄）

申請者住所〒

Tel

肝炎治療受給者証(変更・返納)届

① 受給者	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	受給者番号		受給者証の有効期間	・ ・ から ・ ・ まで		
事実発生年月日 届出理由の生じた日		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	〒			
	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 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簿証明者を添付すること。

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	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	年 月 日 から 年 月 日まで		
再 交 付 を 必 要 と す る 理 由	1 破損のため 2 紛失のため 3 その他 (理由を記入すること)			
上記のとおり肝炎治療受給者証の再交付を申請します。 福岡県知事殿 年 月 日 住所 〒 電話番号 (- -) 申請者 氏名 印 (受給者との続柄)				
				(保健所收受印)

様式第15号（要綱第14条関係）

肝炎治療特別促進事業医療機関（追加・変更）申請書

年 月 日

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

公費負担者番号												受給者番号															
受 給 者	氏 名																職 業										
	生年月日			年		月		日		(歳)		性 別		男 ・ 女													
	住 所	〒																									
	受 給 者 証 の 有 効 期 間											年 月 日から 年 月 日まで															
医療機関名		現 在 の 医 療 機 関											(追 加 ・ 変 更) 医 療 機 関														
		(医療機関名)											(医療機関名)														
													(所在地)														
		(医療機関名)											(医療機関名)														
													(所在地)														
追加・変更を必要とする理由と行う治療方法																											
上記のとおり、医療機関の追加・変更の必要があると認めます。 年 月 日 医 療 機 関 名 主治医 氏 名 印																											

※当該申請書は、現在の医療機関における主治医の判断により、追加が必要であると認めた理由と、追加先の医療機関名を記載し、押印の上、受給者へお渡しください。

(保 健 所 受 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	〒	
	カナ氏名	◎	生年月日 年 月 日 生 (歳)
	病名	受給者証有効期間	年 月 日から 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
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
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
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
年 月分	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
	日～ 日 (日)	入院・外来	点	点	円
計					円
上記のとおり、患者負担金については肝炎治療特別促進事業において対象とされている治療のため、受給者より領収済みであることを証明します。					
年 月 日		医療機関コード ()			
医療機関所在地		()			
名 称		(TEL ()			
医療機関の長名 ◎		(記入者 ()			

○受給者の方へ（注意事項）

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

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

③請求書受付窓口提出の際は、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。

○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。

《記載要領》

請求者の方へ

記入する欄は①の太枠の中です。(支給額を他の方の口座に振り込む

場合は、②も記入してください。)

③は医療機関に記入を依頼してください。

当該請求書は1医療機関につき1枚必要です。複数の医療機関で診療

があった場合には請求書をコピーして使用してください。

年月日の記入は西暦ではなく、邦歴で記載してください。

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。

請求金額		円	*決定金額	円
① 受給者	住所	〒812-0000 福岡市博多区・・・ Ⅱ092-000-0000		
	カナ	フクオカ タロウ	生年月日	59年 1月 1日生 (〇〇歳)
	氏名	福岡 太郎 ㊟	受給者証有効期間	〇〇年 4月 1日から 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
	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。

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)	

がん感染症疾病対策課で記入しますので、何も書かないでください。

*支払金額決定欄				
入・通院の別	受 療 期 間	医 療 費 公費負担額	患者負担額	患者自己負担済額
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
入・通	年 月 日～ 日(日)	円	円	円
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	
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	
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	
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	
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。						
〇〇年 5月 30日 医療機関所在地 福岡市博多区・・・ 名 称 〇〇病院 医療機関の長名 病院長 〇〇 医療機関コード (123456789) (Ⅱ 092-000-0000) (記入者 〇〇〇)						

○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。

○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>

月毎に記入してください。総合

病院の場合は1レセプト毎に記載してください。

<保険診療総点数>

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

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

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

<患者負担額>

<左記点数のうちインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る診療点数>×10 から受給者の保険負担割合を乗じ

た金額(=肝炎治療特別促進事業において対象となっている医療費の患者負担額)を記載してください。

<備考>

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

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

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	〒	
	カナ		
	氏名	◎	生年月日 年 月 日 生 年 月 日 歳
	病名		受給者証有効期間 年 月 日から 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請求書受付窓口へ提出の際は、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	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		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。

年月日の記入は西暦ではなく、邦歴で記入してください。

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
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	59年 1月 1日生 (〇〇歳)	
氏名	福岡 太郎	受給者証有効期間	〇〇年 4月 1日から 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)	自己負担限度額	10,000 円	
公費負担番号	38406013	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(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)

- 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、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。

がん感染症疾病対策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			
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・・・ 名称 〇〇病院 医療機関の長名 院長 〇〇〇		医療機関コード (123456789) 印 (TEL 092-000-0000) ④ (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に係る診療点数	患者負担額	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・・・ 名称 〇〇薬局 代表者氏名 代表取締役 〇〇		医療機関コード (123456789) 印 (TEL 092-000-0000) ④ (記入者 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、処方箋発行日の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つ

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。

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	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 年 月 日 至 年 月 日		
治 療 中 断 期 間		年 月 日 年 月 日		
再 開 後 の 投 与 期 間		年 月 日 年 月 日		
助 成 期 間 延 長 理 由		※ 治療中断となった理由について、具体的に記入してください。（検査所見・併存疾患等） ※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ことが必要です。 ☐ 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。 医療機関名 : _____ 医療機関住所 : _____ 医師氏名 : _____ 印		
上記の理由により、当初の治療予定期間を超え、かつ助成期間も超えて治療する可能性が高くなったので、助成期間の延長を申請します。 申請者氏名 _____ 印 年 月 日 福岡県知事 殿				

- ※1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前に、福岡県知事に申請してください。
- ※2) 延長は、現行有効期間に引き続く2ヶ月を限度とします。
- ※3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。
- ※4) 副作用等の要因について、福岡県担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。

【患者氏名】

【生年月日】

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

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

(

年

月

日～

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。

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）

年 月 日

申請者氏名

印

申請者住所〒

TEL

新	旧
福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領 第1条 目 的 福岡県肝炎治療特別促進事業を実施するにあたり、事業の円滑な推進を図るため福岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づき必要な事項を定める。 第2条 医療給付の申請について 実施要綱第5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	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

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。

ただし、核酸アナログ製剤治療の更新に関する認定においては、知事は申請者に診断書又は検査内容及び治療内容がわかる資料を提出させた場合を除き、審査会に意見を求めることは省略することができるものとする。

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。

なお、申請書の受付月から2ヶ月先までを限度とする治療開始月を申請書にて申出ること、起算日をその月の初日からとすることができるものとする。

第5条 対象患者が負担すべき額について

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。

なお、申請書の受付月から2ヶ月先までを限度とする治療開始月を申請書にて申出ること、起算日をその月の初日からとすることができるものとする。

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

- 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

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

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

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

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

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

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。また、検査内容及び治療内容が分かる資料については、診断書又は検査内容がわかる資料が提出された認定以降2回目までの認定においては、提出を省略させ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

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

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

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

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。

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29年3月9日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

附 則

この要領は、平成30年4月26日から施行し、平成30年4月1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29年3月9日から施行し、平成29年4月1日から適用する。

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。）

※ 上記において助成対象は 2 回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

(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

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. 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

(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。

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 略)

(様式第1号 裏 略)

(様式第2号 表)

様式第2号「要領第11条関係」 (注記：両面印刷)

肝炎治療受給者証交付（新規・転入）申請書

〔移植アナログ製剤治療〕

申請理由 （必ずしもこの 理由であるとは 限りません）	1. 新規				2. 他都道府県からの転入			
氏名				性別	男 女			
生年月日	年 月 日 (西 暦)			年齢				
住所	〒 (郵便番号) 市 町 丁目 番 号							
申請 者 の 医 療 機 関	添付添付書			受給者との 続				
	添付添付書	氏・姓・名・姓		添付添付書の 記号・番号				
	添付添付書 発行機関							
	添付添付書							
備考								
本都道府県 利用区	1. あり 受給者番号 （有効期限） 年 月 日 - 年 月 日							
治療 医療 機関	所在地	〒 (郵便番号) 市 町 丁目 番 号						
	所在地							
	所在地							
	所在地							
受給者証の 有効期間	開始月 年 月 日 終了月 年 月 日 開始月は、申請書の受付月から2ヶ月先まで を決定します。 主診医とよく相談のうえ記入してください。							
移植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それによる 治療費等データの収集について同意しましたので、移植アナログ製剤治療受給者証の交付を申 請します。 年 月 日 申請者 印 都道府県 市 町 丁目 番 号								

※申請者が両方の理由で自署できない場合は、年次報告してください。
※申請書及び添付書類の提出に当たっては、個人情報保護の観点に十分配慮し、肝臓を治療の基礎
資料とする目的以外には使用することはありません。
〔注〕所定を定めることができるのは、医師の指示に基づき治療を受けた患者に限られ、申請者自身は治療
を受けることができません。

(様式第2号 表)

様式第2号「要領第11条関係」 (注記：両面印刷)

肝炎治療受給者証交付（新規・転入）申請書

〔移植アナログ製剤治療〕

申請理由 （必ずしもこの 理由であるとは 限りません）	1. 新規				2. 他都道府県からの転入			
氏名				性別	男 女			
生年月日	年 月 日 (西 暦)			年齢				
住所	〒 (郵便番号) 市 町 丁目 番 号							
申請 者 の 医 療 機 関	添付添付書			受給者との 続				
	添付添付書	氏・姓・名・姓		添付添付書の 記号・番号				
	添付添付書 発行機関							
	添付添付書							
備考								
本都道府県 利用区	1. あり 受給者番号 （有効期限） 年 月 日 - 年 月 日							
治療 医療 機関	所在地	〒 (郵便番号) 市 町 丁目 番 号						
	所在地							
	所在地							
	所在地							
受給者証の 有効期間	開始月 年 月 日 終了月 年 月 日 開始月は、申請書の受付月から2ヶ月先まで を決定します。 主診医とよく相談のうえ記入してください。							
移植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それによる 治療費等データの収集について同意しましたので、移植アナログ製剤治療受給者証の交付を申 請します。 年 月 日 申請者 印 都道府県 市 町 丁目 番 号								

※申請者が両方の理由で自署できない場合は、年次報告してください。
※申請書及び添付書類の提出に当たっては、個人情報保護の観点に十分配慮し、肝臓を治療の基礎
資料とする目的以外には使用することはありません。
〔注〕所定を定めることができるのは、医師の指示に基づき治療を受けた患者に限られ、申請者自身は治療
を受けることができません。

(様式第2号 裏 略)

(様式第2号 裏 略)

(様式第3号 表)

様式第3号 (要領第11条関係) B-2 (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	氏名			性別	男 女
	生年月日	年 月 日 (西 暦)		番 号	
	住 所	〒 (郵便番号) 〇〇〇〇〇〇			
	加入	医療従事者氏名		受給者との 続 続	
	医療 保険	保険種別	国・道・県・市・区・特別区・支庁・市町村	医療従事者の 氏名・番号	
		医療従事者 居住国名			
		受給者番号			
病 名					
本功成判定 判別区		受給者番号 (年 月 日 - 年 月 日)			
治療医療機関	名 称	(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それによ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。 申請者氏名 印 年 月 日 福岡県立大学 院					

※申請者が何らかの理由で自身でできない場合は、医療者が代筆ください。
 ※申請書及び診断書の使用に当たっては、個人情報保護の観点に十分配慮し、研査を并発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 表)

様式第3号 (要領第11条関係) B-2 (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	氏名			性別	男 女
	生年月日	昭和 年 月 日 (西 暦)		番 号	
	住 所	〒 (郵便番号) 〇〇〇〇〇〇			
	加入	医療従事者氏名		受給者との 続 続	
	医療 保険	保険種別	国・道・県・市・区・特別区・支庁・市町村	医療従事者の 氏名・番号	
		医療従事者 居住国名			
		受給者番号			
病 名					
本功成判定 判別区		受給者番号 (年 月 日 - 年 月 日)			
治療医療機関	名 称	(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それによ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。 申請者氏名 印 年 月 日 福岡県立大学 院					

※申請者が何らかの理由で自身でできない場合は、医療者が代筆ください。
 ※申請書及び診断書の使用に当たっては、個人情報保護の観点に十分配慮し、研査を并発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 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】

年

月

日生

(歳)

【性別】

検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄。 1. B型肝炎ウイルス検査 (1) HBs抗原 (陽性・陰性) 検査する方を○で囲む (検査日: 年 月 日) HBs抗体 (陽性・陰性) 検査する方を○で囲む (検査日: 年 月 日) (2) HBV-DNA 定量 (検査日: 年 月 日) 単位: _____ 測定法: _____ 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/L ALT _____ IU/L 血小板数 $\times 10^4 / \mu\text{L}$ GPT _____ IU/L CTP _____ IU/L 3. 肝臓の病状と肝臓の病状の程度 (肝臓の病状) (検査日: 年 月 日)
	検査所見 1. 肝臓の病状 (B型肝炎ウイルス検査) 2. 肝臓の病状 (B型肝炎ウイルス検査) 3. 肝臓の病状 (B型肝炎ウイルス検査)
治療内容 【必須】	核酸アナログ製剤に該当する。1日投与量を記入する。(※服用に際しては投与量) - 薬剤名: _____ 投与量: _____ 回/日 - 薬剤名: _____ 投与量: _____ 回/日 - 薬剤名: _____ 投与量: _____ 回/日
治療内容の 変更 【必須】	検査する方を○で囲む 検査の申請時からの検査結果の変更 1. 否 2. 是 3. 是に該当する場合は 変更結果 (検査日: 年 月 日)
治療上の 留意点	
上記のとおり、B型肝炎ウイルスに対する核酸アナログ製剤治療の適応が認められると認めます。 医師の署名: _____ 年 月 日 医師の氏名: _____	

【注】

1. 検査申請時データが不明な場合は、検査申請時に添付されている検査結果のものを用いてデータを記載してください。
2. 検査結果・検査申請時に添付されている検査結果は1年以内の検査結果のデータに基づいて記載してください。
3. 変更結果を記載する場合は、変更結果のデータに記載してください。
4. 記入漏れのある場合は記載をしないことがありますが、ご注意ください。

各医療機関においては、本書類は受診者の診療記録の中における診療情報の一部という性格の書類であるため、診療情報の漏洩防止とすべくご記載いただきますようお願いいたします。

(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】

年

月

日生

(歳)

【性別】

検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄。 1. B型肝炎ウイルス検査 (1) HBs抗原 (陽性・陰性) 検査する方を○で囲む (検査日: 年 月 日) HBs抗体 (陽性・陰性) 検査する方を○で囲む (検査日: 年 月 日) (2) HBV-DNA 定量 (検査日: 年 月 日) 単位: _____ 測定法: _____ 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/L ALT _____ IU/L 血小板数 $\times 10^4 / \mu\text{L}$ GPT _____ IU/L CTP _____ IU/L 3. 肝臓の病状と肝臓の病状の程度 (肝臓の病状) (検査日: 年 月 日)
	検査所見 1. 肝臓の病状 (B型肝炎ウイルス検査) 2. 肝臓の病状 (B型肝炎ウイルス検査) 3. 肝臓の病状 (B型肝炎ウイルス検査)
治療内容 【必須】	核酸アナログ製剤に該当する。1日投与量を記入する。(※服用に際しては投与量) - 薬剤名: _____ 投与量: _____ 回/日 - 薬剤名: _____ 投与量: _____ 回/日 - 薬剤名: _____ 投与量: _____ 回/日
治療内容の 変更 【必須】	検査する方を○で囲む 検査の申請時からの検査結果の変更 1. 否 2. 是 3. 是に該当する場合は 変更結果 (検査日: 年 月 日)
治療上の 留意点	
上記のとおり、B型肝炎ウイルスに対する核酸アナログ製剤治療の適応が認められると認めます。 医師の署名: _____ 年 月 日 医師の氏名: _____	

【注】

1. 検査申請時データが不明な場合は、検査申請時に添付されている検査結果のものを用いてデータを記載してください。
2. 検査結果・検査申請時に添付されている検査結果は1年以内の検査結果のデータに基づいて記載してください。
3. 変更結果を記載する場合は、変更結果のデータに記載してください。
4. 記入漏れのある場合は記載をしないことがありますが、ご注意ください。

各医療機関においては、本書類は受診者の診療記録の中における診療情報の一部という性格の書類であるため、診療情報の漏洩防止とすべくご記載いただきますようお願いいたします。

(様式第 5 号 表)

様式第 5 号 (要綱第 10 条関係) **B 型・C 型** (表裏: 両面印刷)
肝内治療実施率に前年度実績を比べインターフェロン治療の改善率に関する報告書 (2, 3 両面の報告書)

氏名	性別	年齢	病歴 (年数)
氏名	性別	年齢	病歴 (年数)
氏名	性別	年齢	病歴 (年数)

【添付条件】 下記の (1) または (2) の該当する方の口をチェック (しぬ) を記入する。

(1) B 型肝炎慢性化患者の場合

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る。

2 回目の制度利用 適用外

2 回目の制度利用 適用

3 回目制度利用 適用

2 回目の制度を利用したペグインターフェロン治療でも不応であった。

(2) C 型肝炎患者または C 型肝炎慢性化患者の場合

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、リビリン及びプロテアーゼ阻害剤

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。

HCV-RNA 陽性の C 型肝炎患者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。

これまでの治療がペグインターフェロン/リビリン併用療法であった。

十分量の 4 剤投与であった。

前回の治療で、36 週までに HCV-RNA が陰性化した。

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 5 号 表)

様式第 5 号 (要綱第 10 条関係) **B 型・C 型** (表裏: 両面印刷)
肝内治療実施率に前年度実績を比べインターフェロン治療の改善率に関する報告書 (2 両面の報告書)

氏名	性別	年齢	病歴 (年数)
氏名	性別	年齢	病歴 (年数)
氏名	性別	年齢	病歴 (年数)

【添付条件】 下記の (1) または (2) の該当する方の口をチェック (しぬ) を記入する。

(1) B 型肝炎慢性化患者の場合

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。

2 回目の制度利用 適用

2 回目の制度利用 適用外

(2) C 型肝炎患者または C 型肝炎慢性化患者の場合

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、リビリン及びプロテアーゼ阻害剤

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。

HCV-RNA 陽性の C 型肝炎患者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。

これまでの治療がペグインターフェロン/リビリン併用療法であった。

十分量の 4 剤投与であった。

前回の治療で、36 週までに HCV-RNA が陰性化した。

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号の2)

[illegible]

1. 本協会の活動期間は、創設日が起算して30か月です。
2. 活動費が月1万円以下、活動場所が専らに本協会の目的に資する場合は、協会の福利に資して税額控除を受けることができます。
3. 法人として法人格を有するものとして認めらる。これをいいます。
4. 本協会の活動は、公益の増進に資することを旨とする。

(様式第6号の2)

[illegible][illegible]

(様式第6号の4)

[illegible]

主

1. 読書の習慣を問はせ、読書日か、読書して3か月以内です
2. 読書日3か月の内に入れば、お夢中の読書は読書開始時の資料に基づいて読書してください
3. 読日読書の中心読書は読書でなく、ことばを学ぶので、ご留意ください

(様式第6号の4)

[illegible]

① 計画書の有効期間は、起算日から起算して2ヶ月以内です
② 起算日最初の月以内は1回、お申付の場合はお申付場所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を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 略)

様式第6号の4の2 (第1欄 第10年欄付)

インターフェロンフリー治療に対する意見書

治療施設名称及び所在地

フリカサ 患者氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日 生 (満 歳)
住所	郵便番号	
	電話番号	

肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)

③インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型肝炎患者又はHCV-RNA陰性AのC型肝炎患者で、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、肝がんの発生のリスクの

※1 上記については、原則1箇のみの対象とする。ただし、インターフェロンフリー治療のある者については、肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)による。他のインターフェロンフリー治療を併用し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、改めて対象の対象とすることができる。なお、2-1)及び2-2)に該当する者の有無を問わない。

※2 上記については、同意書等の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準」を作成すること。ただし、本票が適当と定めた医師が作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)による。他のインターフェロンフリー治療を併用し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、改めて対象の対象とすることができる。なお、2-1)及び2-2)に該当する者の有無を問わない。

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

✓上記の肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)における認定基準を認識した。

✓日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを参照した。

✓ウイルス慢性肝炎の患者に十分な知識・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を述べて下さい。

☐ 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 年 月 日

肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)の所在地

本意見を送っ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、3ヶ月以内です。
2. 本意見書は肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)による。他のインターフェロンフリー治療を併用し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、改めて対象の対象とすることができる。なお、2-1)及び2-2)に該当する者の有無を問わない。

(様式第6号の4の2 略)

様式第6号の4の2 (第1欄 第10年欄付)

インターフェロンフリー治療に対する意見書

治療施設名称及び所在地

フリカサ 患者氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日 生 (満 歳)
住所	郵便番号	
	電話番号	

肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)

③インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型肝炎患者又はHCV-RNA陰性AのC型肝炎患者で、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、肝がんの発生のリスクの

※1 上記については、原則1箇のみの対象とする。ただし、インターフェロンフリー治療のある者については、肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)による。他のインターフェロンフリー治療を併用し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、改めて対象の対象とすることができる。なお、2-1)及び2-2)に該当する者の有無を問わない。

※2 上記については、同意書等の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準」を作成すること。ただし、本票が適当と定めた医師が作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)による。他のインターフェロンフリー治療を併用し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、改めて対象の対象とすることができる。なお、2-1)及び2-2)に該当する者の有無を問わない。

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

✓上記の肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)における認定基準を認識した。

✓日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを参照した。

✓ウイルス慢性肝炎の患者に十分な知識・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を述べて下さい。

☐ 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

肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)の所在地

本意見を送っ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、3ヶ月以内です。
2. 本意見書は肝糸状ウイルス慢性肝炎の重症化の診断基準(略)による。他のインターフェロンフリー治療を併用し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、改めて対象の対象とすることができる。なお、2-1)及び2-2)に該当する者の有無を問わない。

(様式第7号)

様式第7号(昭和58年10月閣議決定) **B 型**
 肝炎治療受給者証(試験アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) ____年 ____月 ____日生 (歳 歳)
住所	郵便番号	
診断 【必須】	検査項目 1. 陽性抗体 (B型肝炎ウイルス抗原) 2. 陽性抗体 (B型肝炎ウイルス抗原) 3. 陽性抗体 (B型肝炎ウイルス抗原)	
現在の治療 【必須】	今回の申請以前から試験アナログ製剤治療の開始 1. あり 2. なし ありの場合、試験アナログ製剤治療の経過の必要 1. あり 2. なし 試験アナログ製剤治療開始の経緯の必要 1. あり 2. なし ただし、治療中の場合は現在の所見を記入する。	
検査所見 【必須】	1. B型肝炎ウイルス抗原 (1) HBsAg 陽性・陰性 (検査するものを記入) (検査日: ____年 ____月 ____日) HBeAg 陽性・陰性 (検査するものを記入) (検査日: ____年 ____月 ____日) HBcAb 陽性・陰性 (検査するものを記入) (検査日: ____年 ____月 ____日) (2) HBV-DNA 定量 (検査日: ____年 ____月 ____日) (単位: 検出/検出) 2. 血液検査 (検査日: ____年 ____月 ____日) AST ____ IU/L ALT ____ IU/L 血小板数 ____ $\times 10^4$ / μ L Gp ____ IU/L (検査するものを記入) (検査日: ____年 ____月 ____日) Gp ____ IU/L (検査するものを記入) (検査日: ____年 ____月 ____日) 3. 肝臓超音波検査による肝臓の状態 (検査日: ____年 ____月 ____日)	
治療内容 【必須】	試験アナログ製剤に該当する。【日投与量を記入する。(服用の要否は記載不要)】 薬剤名: _____ 投与量: ____ IU 薬剤名: _____ 投与量: ____ IU 薬剤名: _____ 投与量: ____ IU 治療開始日(予定を含む): ____年 ____月 ____日	
治療上の留意点		
医師の署名と明記	記載年月日: ____年 ____月 ____日	
医師の署名	市	

- 【注】
 1. 診断書は市医師会に、記載日から起算して1ヶ月以内で、
 2. 記載日(1)から1ヶ月以内の期限内に提出してください。
 3. 記入漏れのある受給者証を提出しないこととあるので、ご注意ください。

(様式第7号)

様式第7号(昭和58年10月閣議決定) **B 型**
 肝炎治療受給者証(試験アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) ____年 ____月 ____日生 (歳 歳)
住所	郵便番号	
診断 【必須】	検査項目 1. 陽性抗体 (B型肝炎ウイルス抗原) 2. 陽性抗体 (B型肝炎ウイルス抗原) 3. 陽性抗体 (B型肝炎ウイルス抗原)	
現在の治療 【必須】	今回の申請以前から試験アナログ製剤治療の開始 1. あり 2. なし ありの場合、試験アナログ製剤治療の経過の必要 1. あり 2. なし 試験アナログ製剤治療開始の経緯の必要 1. あり 2. なし ただし、治療中の場合は現在の所見を記入する。	
検査所見 【必須】	1. B型肝炎ウイルス抗原 (1) HBsAg 陽性・陰性 (検査するものを記入) (検査日: ____年 ____月 ____日) HBeAg 陽性・陰性 (検査するものを記入) (検査日: ____年 ____月 ____日) HBcAb 陽性・陰性 (検査するものを記入) (検査日: ____年 ____月 ____日) (2) HBV-DNA 定量 (検査日: ____年 ____月 ____日) (単位: 検出/検出) 2. 血液検査 (検査日: ____年 ____月 ____日) AST ____ IU/L ALT ____ IU/L 血小板数 ____ $\times 10^4$ / μ L Gp ____ IU/L (検査するものを記入) (検査日: ____年 ____月 ____日) Gp ____ IU/L (検査するものを記入) (検査日: ____年 ____月 ____日) 3. 肝臓超音波検査による肝臓の状態 (検査日: ____年 ____月 ____日)	
治療内容 【必須】	試験アナログ製剤に該当する。【日投与量を記入する。(服用の要否は記載不要)】 薬剤名: _____ 投与量: ____ IU 薬剤名: _____ 投与量: ____ IU 薬剤名: _____ 投与量: ____ IU 治療開始日(予定を含む): ____年 ____月 ____日	
治療上の留意点		
医師の署名と明記	記載年月日: ____年 ____月 ____日	
医師の署名	市	

- 【注】
 1. 診断書は市医師会に、記載日から起算して1ヶ月以内で、
 2. 記載日(1)から1ヶ月以内の期限内に提出してください。
 3. 記入漏れのある受給者証を提出しないこととあるので、ご注意ください。

(様式第8号 表)

様式第8号 (要領第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				元給付番号	
姓 名	姓 氏				
	氏 名				
	性別		生年月日		
病 名					
受 給 期 間					
有効期間					
県独自負担取扱い				区 分	
年 月 日交付 福 岡 県 知 事					

(様式第8号 表)

様式第8号 (要領第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				元給付番号	
姓 名	姓 氏				
	氏 名				
	性別		生年月日		
病 名					
受 給 期 間					
有効期間					
県独自負担取扱い				区 分	
平成 年 月 日交付 福 岡 県 知 事					

(様式第 8 号 裏 略)

(様式第 8 号 裏 略)

(様式第 8 号の 2 表)

様式第 8 号の 2 (要領第 13 条四款)

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薬剤併用療法】				
公費負担番号				受給者番号
氏名	姓 名			
	氏 名			
	性別		生年月日	
病 名				
治療期間				
有効期間				
月日自己負担開始期				区 分
年 月 日交付 福 岡 県 知 事				

(様式第 8 号の 2 表)

様式第 8 号の 2 (要領第 13 条四款)

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薬剤併用療法】				
公費負担番号				受給者番号
氏名	姓 名			
	氏 名			
	性別		生年月日	
病 名				
治療期間				
有効期間				
月日自己負担開始期				区 分
年 月 日交付 福 岡 県 知 事				

(様式第 8 の 2 裏 略)

(様式第 8 の 2 裏 略)

(様式第8の3 表)

様式第8の3 (要領第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2剤併用療法】				
公費負担番号		受給者番号		
世帯主 氏名	姓 名			
	氏 名			
	性別	生年月日		
病 名				
元受給者氏名				
有効期間				
県独自負担率				区 分
年 月 日交付 福岡県知事				

(様式第8の3 表)

様式第8の3 (要領第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2剤併用療法】				
公費負担番号		受給者番号		
世帯主 氏名	姓 名			
	氏 名			
	性別	生年月日		
病 名				
元受給者氏名				
有効期間				
県独自負担率				区 分
年 月 日交付 福岡県知事				

(様式第8の3 裏 略)

(様式第8の3 裏 略)

(様式第 8 の 4 表)

様式第 8 の 4 (要領第 13 条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証 【パニプレビルを含む薬剤併用療法】				
公費負担番号		受給者番号		
氏名 姓 名	住所			
	氏名			
	性別	生年月日		
病 名				
受給者 氏名 姓 名				
有効期間				
県独自負担率				区 分
年 月 日交付 福 岡 県 知 事				

(様式第 8 の 4 表)

様式第 8 の 4 (要領第 13 条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証 【パニプレビルを含む薬剤併用療法】				
公費負担番号		受給者番号		
氏名 姓 名	住所			
	氏名			
	性別	生年月日		
病 名				
受給者 氏名 姓 名				
有効期間				
県独自負担率				区 分
年 月 日交付 福 岡 県 知 事				

(様式第 8 の 4 裏 略)

(様式第 8 の 4 裏 略)

(様式第 8 の 5 表)

様式第 8 の 5 (要領第 13 条四項)

肝炎インターフェロン治療受給者証 【インターフェロンフリー治療】					
公費負担番号				受給者番号	
特記事項	姓 名				
	氏 名				
	性別		生年月日		
病 名					
治療経過 要 素					
有効期間					
月報自己負担状況				区 分	
平成 年 月 日交付 福 岡 県 知 事					

(様式第 8 の 5 表)

様式第 8 の 5 (要領第 13 条四項)

肝炎インターフェロン治療受給者証 【インターフェロンフリー治療】					
公費負担番号				受給者番号	
特記事項	姓 名				
	氏 名				
	性別		生年月日		
病 名					
治療経過 要 素					
有効期間					
月報自己負担状況				区 分	
平成 年 月 日交付 福 岡 県 知 事					

(様式第 8 の 5 裏 略)

(様式第 8 の 5 裏 略)

(様式第 9 号)

様式第 9 号 (要領第 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				元付番号	
特記事項	住所				
	氏名				
	性別		生年月日		
病名					
元付回数 回数					
有効期間					
月額自己負担割合				区 分	
年 月 日交付 福岡県知事					

(様式第 9 号)

様式第 9 号 (要領第 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				元付番号	
特記事項	住所				
	氏名				
	性別		生年月日		
病名					
元付回数 回数					
有効期間					
月額自己負担割合				区 分	
平成 年 月 日交付 福岡県知事					

(様式第 9 号 裏～様式第 10 号 略)

(様式第 9 号 裏～様式第 10 号 略)

(様式第 11 号)

様式第 11 号 (要項第 3 条の 3 関係)

同 意 書

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

____年 ____月 ____日
 申請者氏名
 (対象者との親類)

印

申請者住所〒

印

(様式第 11 号)

様式第 11 号 (要項第 3 条の 3 関係)

同 意 書

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

平成 ____年 ____月 ____日
 申請者氏名
 (対象者との親類)

印

申請者住所〒

印

(様式第 12 号 略)

(様式第 12 号 略)

(様式第 13 号)

様式第 13 号 (要領第 14 条四款)

肝臓病療養給付証 (変更・延滞) 届

① 交付者	氏 名	生年月日	年 月 日 (歳)
	交付番号	交付期限の 有効期間	から まで
事実発生年月日 療養理由が生じた日		年 月 日	
② 変 更 届 ※該当に二をつけてください			
変 更 事 項 氏名・住所・加入保険・自己負担限度額 の変更			
変更届の 内容を書き 用紙表	氏 名	T	
	住 所	E	
	保険種類	姓・姓・共・国・保	
	保険会社 氏 名	交付者との関係 (交付者の立場から)	
	交付 機関名	宛先 番号	
	自己負担 限度額 (月額)	区分	自己負担 限度額
③ 延 滞 届 ※該当に二をつけてください			
延 滞 理 由 労務・死亡・界外転出・他管運用・その他 () のため			
④ 上記のとおり (変更届・延滞届) を提出します。 届出理由事項 年 月 日 住所 T 届出人 氏名 印 (交付者との関係)			
注意1 届出の両方①と②を必ず記入し、肝臓病療養給付証を添付すること。 2 変更事項届の場合は②を、延滞届の場合は③を記入すること。 3 氏名及び住所の変更の場合は、住所票を添付すること。 4 加入保険種別変更の場合は交付者の保険関係 (健康保険) を添付 (写しを添付) すること。 5 自己負担限度額の変更の場合は、世帯主、交付者の世帯主、世帯主の戸口付健康保険関係票を添付すること。 6 転出後も肝臓病療養給付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、転出先の届出用紙に、本票でつけた肝臓病療養給付証の写しを添えて届け出てください。			(原簿所に封印)

(様式第 13 号)

様式第 13 号 (要領第 14 条四款)

肝臓病療養給付証 (変更・延滞) 届

① 交付者	氏 名	生年月日	明・大 国・保	年 月 日 (歳)
	交付番号	交付期限の 有効期間	から まで	
事実発生年月日 療養理由が生じた日		平成 年 月 日		
② 変 更 届 ※該当に二をつけてください				
変 更 事 項 氏名・住所・加入保険・自己負担限度額 の変更				
変更届の 内容を書き 用紙表	氏 名	T		
	住 所	E		
	保険種類	姓・姓・共・国・保		
	保険会社 氏 名	交付者との関係 (交付者の立場から)		
	交付 機関名	宛先 番号		
	自己負担 限度額 (月額)	区分	自己負担 限度額	円
③ 延 滞 届 ※該当に二をつけてください				
延 滞 理 由 労務・死亡・界外転出・他管運用・その他 () のため				
④ 上記のとおり (変更届・延滞届) を提出します。 届出理由事項 平成 年 月 日 住所 T 届出人 氏名 印 (交付者との関係)				
注意1 届出の両方①と②を必ず記入し、肝臓病療養給付証を添付すること。 2 変更事項届の場合は②を、延滞届の場合は③を記入すること。 3 氏名及び住所の変更の場合は、住所票を添付すること。 4 加入保険種別変更の場合は交付者の保険関係 (健康保険) を添付 (写しを添付) すること。 5 自己負担限度額の変更の場合は、世帯主、交付者の世帯主、世帯主の戸口付健康保険関係票を添付すること。 6 転出後も肝臓病療養給付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、転出先の届出用紙に、本票でつけた肝臓病療養給付証の写しを添えて届け出てください。				(原簿所に封印)

(様式第 14 号)

様式第 14 号 (要領第 16 条関係)

肝炎治療受給者証 再交付申請書				
再 交 付 申 請 書	氏 名		生 年 月 日	年 月 日生
	住 所	〒		
	電話番号	- -		
	公費給付受給 の元給付番号	病 名		
交付期限の 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			
再交付を受ける理由 （理由の444の欄に 記入すること）	1 療養のため 2 療養のため 3 その他（理由を記入すること）			
	上記のとおり肝炎治療受給者証の再交付を申請します。 申請者 氏名 年 月 日 住 所 〒 電話番号 - - 申請者 氏名 印 （交付者との関係）			
（再交付受取印）				

(様式第 14 号)

様式第 14 号 (要領第 16 条関係)

肝炎治療受給者証 再交付申請書				
再 交 付 申 請 書	氏 名		生 年 月 日	男 女 年 月 日生
	住 所	〒		
	電話番号	- -		
	公費給付受給 の元給付番号	病 名		
交付期限の 有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
再交付を受ける理由 （理由の444の欄に 記入すること）	1 療養のため 2 療養のため 3 その他（理由を記入すること）			
	上記のとおり肝炎治療受給者証の再交付を申請します。 申請者 氏名 平成 年 月 日 住 所 〒 電話番号 - - 申請者 氏名 印 （交付者との関係）			
（再交付受取印）				

(様式第 15 号)

様式第 15 号 (要綱第 14 条関係)

肝炎治療特別促進事業医療機関 (追加・変更) 申請書

年 月 日

医療機関の追加・変更について、毎回専門肝炎医療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。

医療機関番号				元診番号			
医 療 機 関 番 号	区 画					番 号	
	全年月日	年 月 日 (歳)				性 別	男 ・ 女
	住 所	〒					
	医療機関の営業期間		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医療内容							
上記のとおり、医療機関の追加・変更の必要があると認めます。							
年 月 日							
医療機関長 主治医 氏 名 印							

※当申請書は、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、元診書へお返しください。

医療所長 印

(様式第 15 号)

様式第 15 号 (要綱第 14 条関係)

肝炎治療特別促進事業医療機関 (追加・変更) 申請書

年 月 日

医療機関の追加・変更について、毎回専門肝炎医療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。

医療機関番号				元診番号			
医 療 機 関 番 号	区 画					番 号	
	全年月日	男・女 婦・年	年 月 日 (歳)				性 別
	住 所	〒					
	医療機関の営業期間		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医療内容							
上記のとおり、医療機関の追加・変更の必要があると認めます。							
年 月 日							
医療機関長 主治医 氏 名 印							

※当申請書は、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、元診書へお返しください。

医療所長 印

(様式第 16 号 表 左)

様式第 16 号 (要領第 12 条関係)

肝炎治療費請求書 (一般経路機関用)

福岡県立病院

年 月 日

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

*支払金額		円	
受 付 金 書	住所	〒	
	氏名	氏	
	生年月日	年 月 日	生 年 月 日
	病名	元検査陽性 初発陽性	年 月 日から 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 (口で囲む)		1 医療費口座に振替 2 下記口座に振り込まれた後の口座に振替	

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特設アナログ製剤治療費 (申請費に似) の支払を承認します。

請求者 (受給者)	委任者
住所	住所
氏名	氏名

請求者との関係: 請求者の

*支払金額決定額				
入・退 院日	医療期間	医療費 公費負担額	患者自己負担額	患者自己負担上限額
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
計		円	円	円

(様式第 16 号 表 左)

様式第 16 号 (要領第 12 条関係)

肝炎治療費請求書 (一般経路機関用)

福岡県立病院

年 月 日

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

*支払金額		円	
受 付 金 書	住所	〒	
	氏名	氏	
	生年月日	年 月 日	生 年 月 日
	病名	元検査陽性 初発陽性	年 月 日から 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 (口で囲む)		1 医療費口座に振替 2 下記口座に振り込まれた後の口座に振替	

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特設アナログ製剤治療費 (申請費に似) の支払を承認します。

請求者 (受給者)	委任者
住所	住所
氏名	氏名

請求者との関係: 請求者の

*支払金額決定額				
入・退 院日	医療期間	医療費 公費負担額	患者自己負担額	患者自己負担上限額
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
入・退	年 月 日 - 年 月 日	円	円	円
計		円	円	円

(様式第16号 表 右)

医療機関記入欄					
受給者の所属機関 (二つ選択)		国保一級・国保(本人・家族)・国保(本人・家族)・国保(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後援高齢・その他			
受給期間 (実務日数)	入退院 の別	保険料負担率	在院日数のうち インテリジェントケア プログラムに該当する に属する日数	看護費負担率	備考
平成 年 月 日	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
平成 年 月 日	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
平成 年 月 日	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
平成 年 月 日	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
平成 年 月 日	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
計					四

上記のとおり、看護費負担率については、肝臓等実務管理事務において対象とされている受給者のため、受給者より徴収済みであることを証明します。

平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関の名称 TEL 記入者

二受給者の方へ(注意事項)

- ①この請求書は受給者の関係日以後、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い過ぎがある場合に提出してください。
- ②実際の記入要領に沿って上記左欄内をご記入ください。右ページは受給者等実務管理の医療費について、医療機関及び保険者に提出していただき、証明印をもらってください。
- ③請求書受付窓口に出す際は、この請求書と領収書、高額医療費決定通知書(該当者のみ)、受給者証、通知、証明印をお守りの上で受付窓口で請求の平復をお願ひします。

二医療機関の方へ(注意事項)

- ①受給者等実務管理の医療費について、実際の記入要領に沿って記入をお願いします。
- ②、記入がない医療費については、計算対象になりません。肝臓等実務管理事務において対象となる医療費のうち、受給者の自己負担限度額管理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。
- ③肝臓等実務管理は受給者により種類が異なります。提示された受給者の状況に応じた医療費の請求をお願いします。

(様式第16号 表 右)

医療機関記入欄					
受給者の所属機関 (二つ選択)		国保一級・国保(本人・家族)・国保(本人・家族)・国保(本人・家族)・組合(本人・家族)・共済(本人・家族)・後援高齢・その他			
受給期間 (実務日数)	入退院 の別	保険料負担率	在院日数のうち インテリジェントケア プログラムに該当する に属する日数	看護費負担率	備考
平成 年 月 日	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
平成 年 月 日	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
平成 年 月 日	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
平成 年 月 日	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
平成 年 月 日	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
	日一 日	入退院	点	点	四
計					四

上記のとおり、看護費負担率については、肝臓等実務管理事務において対象とされている受給者のため、受給者より徴収済みであることを証明します。

平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関の名称 TEL 記入者

二受給者の方へ(注意事項)

- ①この請求書は受給者の関係日以後、既に支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い過ぎがある場合に提出してください。
- ②実際の記入要領に沿って上記左欄内をご記入ください。右ページは受給者等実務管理の医療費について、医療機関及び保険者に提出していただき、証明印をもらってください。
- ③請求書受付窓口に出す際は、この請求書と領収書、高額医療費決定通知書(該当者のみ)、受給者証、通知、証明印をお守りの上で受付窓口で請求の平復をお願ひします。

二医療機関の方へ(注意事項)

- ①受給者等実務管理の医療費について、実際の記入要領に沿って記入をお願いします。
- ②、記入がない医療費については、計算対象になりません。肝臓等実務管理事務において対象となる医療費のうち、受給者の自己負担限度額管理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。
- ③肝臓等実務管理は受給者により種類が異なります。提示された受給者の状況に応じた医療費の請求をお願いします。

(様式第 16 号の 2 表 左)

様式第 16 号の 2 (要領第 12 条関係)

肝炎治療費請求書 (調剤薬局用)

都道府県市町村

年 月 日

インターフェロン等実費及び移植アナロリ製剤等実費として下記のとおり請求します。

*支払金額		円	
受 付 者	住所	〒	
	氏名	姓 名	
	生年月日	年 月 日 生	(歳)
	病名	元給付薬剤 有効期間	年 月 日から 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		1 受給者口座に振替 2 下記の指定口座に振替	
(二で囲む)			

委任状

私は下記の者を代理人と定め、都道府県からのインターフェロン等実費及び移植アナロリ製剤等実費（実費払い）の取扱いを委任します。

請求者（受給者） 住所 氏名	受託者 住所 カナ 氏名
請求者との関係：請求者の（ ）	

二受給者の方へ（注意事項）

- ①この請求書は有効期間の開始日より降で、既に支払った医薬費のうち、自己負担限度額を越え、払い戻しがある場合に提出してください。
- ②実際の記入要領に準って上記様式をご記入ください。本ページは受給者証の有効期間内の医薬費等について、医薬品調剤及び調剤薬局等に提出していただき、捺印をもらってください。
- ③請求書受け窓口へ提出の際は、この請求書と併せて、本邦実費請求書（受給者のみ）、受給者証、通知、捺印をお持ちの上で受け窓口で請求書の平紙ををお願いします。

*支払金額決定額			
受 費 期 間	医 薬 費 公費負担額	患者負担額	患者自己負担金額
年 月 日 - 年 月 日 (日)	円	円	円
年 月 日 - 年 月 日 (日)	円	円	円
年 月 日 - 年 月 日 (日)	円	円	円
年 月 日 - 年 月 日 (日)	円	円	円
計	円	円	円

(様式第 16 号の 2 表 左)

様式第 16 号の 2 (要領第 12 条関係)

肝炎治療費請求書 (調剤薬局用)

都道府県市町村

年 月 日

インターフェロン等実費及び移植アナロリ製剤等実費として下記のとおり請求します。

*支払金額		円	
受 付 者	住所	〒	
	氏名	姓 名	
	生年月日	年 月 日 生	(歳)
	病名	元給付薬剤 有効期間	年 月 日から 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		1 受給者口座に振替 2 下記の指定口座に振替	
(二で囲む)			

委任状

私は下記の者を代理人と定め、都道府県からのインターフェロン等実費及び移植アナロリ製剤等実費（実費払い）の取扱いを委任します。

請求者（受給者） 住所 氏名	受託者 住所 カナ 氏名
請求者との関係：請求者の（ ）	

二受給者の方へ（注意事項）

- ①この請求書は有効期間の開始日より降で、既に支払った医薬費のうち、自己負担限度額を越え、払い戻しがある場合に提出してください。
- ②実際の記入要領に準って上記様式をご記入ください。本ページは受給者証の有効期間内の医薬費等について、医薬品調剤及び調剤薬局等に提出していただき、捺印をもらってください。
- ③請求書受け窓口へ提出の際は、この請求書と併せて、本邦実費請求書（受給者のみ）、受給者証、通知、捺印をお持ちの上で受け窓口で請求書の平紙ををお願いします。

*支払金額決定額			
受 費 期 間	医 薬 費 公費負担額	患者負担額	患者自己負担金額
年 月 日 - 年 月 日 (日)	円	円	円
年 月 日 - 年 月 日 (日)	円	円	円
年 月 日 - 年 月 日 (日)	円	円	円
年 月 日 - 年 月 日 (日)	円	円	円
計	円	円	円

(様式第 16 号の 2 表 右 略)

(様式第 16 号の 2 表 右 略)

(様式第 16 号の 2 裏 左 略)

(様式第 16 号の 2 裏 左 略)

(様式第 17 号)

様式第 17 号 (原稿第 11 条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書 (別作明等)				
受給者	氏名		性別	男 女
	生年月日	年 月 日 (西 暦)	年齢	
	住 所	〒 (郵便) _____		
元給者番号 _____				
元給者証に 記載された 有効期間		自 _____ 年 月 日 至 _____ 年 月 日		
治療中断 期間		_____ 年 月 日 _____ 年 月 日		
再開後の 治療期間		_____ 年 月 日 _____ 年 月 日		
治療期間 延長理由		※ 治療中断となった理由について、見直しに記入してください。(検査所見・併発病を添) ※ 申請書が送付され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、担当医師は以下の事項にチェックを入れてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。 ☐ 治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が専任し、日本皮膚科学会認定専門医主幹施設又は併設施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。 医療機関名 : _____ 医療機関住所 : _____ 医師氏名 : _____ 印		
上記の理由により、当初の治療中断期間を短縮、かつ有効期間も短縮して治療する可能性が高くなったので、有効期間の延長を申請します。 申請者氏名 _____ 印 年 月 日 福岡県立大学 院				

- ※ 1) 本申請書は、既行有効期間が満了する前に、福岡県立大学に申請してください。
- ※ 2) 延長は、既行有効期間に引き続く 2 ヶ月を認定とします。
- ※ 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) 調剤照会の原因について、福岡県担当より施設の連携をさせていただくことがありますのでご注意ください。

(様式第 17 号)

様式第 17 号 (原稿第 11 条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書 (別作明等)				
受給者	氏名		性別	男 女
	生年月日	昭和 _____ 年 月 日 (西 暦)	年齢	
	住 所	〒 (郵便) _____		
元給者番号 _____				
元給者証に 記載された 有効期間		自 _____ 年 月 日 至 _____ 年 月 日		
治療中断 期間		_____ 年 月 日 _____ 年 月 日		
再開後の 治療期間		_____ 年 月 日 _____ 年 月 日		
治療期間 延長理由		※ 治療中断となった理由について、見直しに記入してください。(検査所見・併発病を添) ※ 申請書が送付され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、担当医師は以下の事項にチェックを入れてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。 ☐ 治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が専任し、日本皮膚科学会認定専門医主幹施設又は併設施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。 医療機関名 : _____ 医療機関住所 : _____ 医師氏名 : _____ 印		
上記の理由により、当初の治療中断期間を短縮、かつ有効期間も短縮して治療する可能性が高くなったので、有効期間の延長を申請します。 申請者氏名 _____ 印 年 月 日 福岡県立大学 院				

- ※ 1) 本申請書は、既行有効期間が満了する前に、福岡県立大学に申請してください。
- ※ 2) 延長は、既行有効期間に引き続く 2 ヶ月を認定とします。
- ※ 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) 調剤照会の原因について、福岡県担当より施設の連携をさせていただくことがありますのでご注意ください。

(様式第18号 表)

様式第18号 (裏表第12号同様)

[裏面]

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書 (72週投与用)

[申請者記載欄]

福岡県知事 殿

私は、インターフェロン投与期間を、48週を延えて最大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 年 月 日
(フリガナ)
申請者氏名 印
性別 (男・女)
生年月日 (年 月 日生)
(満 歳)
現住所 〒 -

電話番号 ()

※ お手帳の肝炎インターフェロン治療受給者証を添付の上、記入ください。

受給者番号
現行有効期間 (年 月 日～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、現行有効期間に引を続ける方を限度とします。
※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。

(様式第18号 表)

様式第18号 (裏表第12号同様)

[裏面]

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書 (72週投与用)

[申請者記載欄]

福岡県知事 殿

私は、インターフェロン投与期間を、48週を延えて最大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 ()

※ お手帳の肝炎インターフェロン治療受給者証を添付の上、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、現行有効期間に引を続ける方を限度とします。
※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。

(様式第 18 号 裏)

【患者氏名】
【生年月日】 年 月 日生（漢字）

（医師記入欄） （検査票第１頁等の裏面）

※ 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 年 月 日
医療機関名
所在地 〒 - -

担当医氏名 印

【確認事項】 ※当表は、該当する場合、□にチェック（しる）及びカッコ内の記入をしてください。ただし、下記の「陽性判定の基準」による最終的な判断までチェックが入ることが必要です。

今回の治療がC型肝炎ウイルス慢性肝炎B型、高ウイルス量状態に対する、ペグインターフェロン及びリビリン併用療法である。
※ 現在治療継続中 □ 通目で継続中止 □ （一時休薬期間を除く。）

これまでの治療がペグインターフェロン／リビリン併用療法であった。

□ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓

これまでの治療で、56週までにHCV-RNAが陰性化した。

□ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓

今日の治療が、「HCV-RNA が56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）の治療が必要と判断した。

□ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓

今日の治療において、肝臓専門医（日本肝臓学会認定）と連携し、総括治療を実施している。

□ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓

※ 治療計画を見直しを行い、専門家からの紹介書提出；ただし、主治医が肝臓専門医である場合は、総括参加者を認めることができる。

□ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓ □ ↓

助成期間の延長（72週後与）適用あり（注） 助成期間の延長（72週後与）適用なし

※ これらの結果：今回の結果以前の結果であり、今回の結果から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ふ。結果もを含む。

（注）①「平成23年度厚生労働省委託研究（疫学上の調査）の調査費補助金」において、「本調査は48週を超えて続行した場合の安全性・有効性は確立していない」とする前提がある旨を十分留意してください。

※ 各項目には必ずしも全項目を回答する必要がなく、回答できなかった場合に付記されているように、その旨を明記することによって、今後の経過観察や評価のために活用させていただきます。

(様式第 18 号 裏)

【患者名】
 【生年月日】 明・大・昭・平 年 月 日生 (男・女)

【医師記載欄】

【様式第12号の裏面】

※ 以下の事項を全て油断の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

患者氏名

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（しぬ）及びカバーの記入をしてください。
 「認定」は、下記の「助成期間の延長（72週延長）」申請人までチェックが入ることが必要です。

今回の治療から既経年肝炎をセログループ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ビリン併用療法である。
 ※ 慢性肝炎治療（ ） 週目で中断中である。（一時中断時は除く。）

これまでの治療がペグインターフェロン/リビリン併用療法であった。

いいえ

いいえ

※
 ・本欄には必ず記入
 ・記入内容は必ず「慢性肝炎治療経過観察報告書」に
 ・記入内容は必ず「慢性肝炎治療経過観察報告書」に
 ・記入内容は必ず「慢性肝炎治療経過観察報告書」に
 ・記入内容は必ず「慢性肝炎治療経過観察報告書」に

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

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）の療与が必要と判断した。

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

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。
 ※治療費の負担は、主治医からの指示に従う。ただし、主治医が肝臓専門医である場合は、継続治療を希望することがある。

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

いいえ

(様式第 18 号の 2 表)

様式第 18 号の 2 (要領第 13 条関係)

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薬剤併用療法)

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) を含む薬剤併用療法を、24 週を極めて最大 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薬剤併用療法) 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 年 月 日

申請者氏名 (フリガナ) () 印

性 別 男 ・ 女

生年月日 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薬剤併用療法) を添付の上、記入してください。

受給者番号 ()

現行有効期間 (開始 年 月 日 ~ 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 9 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。

(様式第 18 号の 2 表)

様式第 18 号の 2 (要領第 13 条関係)

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薬剤併用療法)

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) を含む薬剤併用療法を、24 週を極めて最大 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薬剤併用療法) 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薬剤併用療法) を添付の上、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 9 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。

(様式第 18 号の 2 裏)

【患者氏名】
【生年月日】 年 月 日生 (漢 字)

【医師氏名】 (様式第 18 号の 2 の裏面)
【医師氏名】 年 月 日生 (漢 字)

※ 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 年 月 日
 医師氏名
 所在地
 相当医師名 印

【確認事項】 ※該当箇所は、該当する場合、□にチェック (しず) 及びカッコ内の記入をしてください。
 (既定は、下記の「助成期間の延長 (4.5 週延長、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 型肝炎ウイルスをロガールアップ 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 () 週目で継続中である。(一時休薬期間を除く。)

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 週末まで治療中止となった。
 ※ 前値：治療開始前または治療開始直前の 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 (4.5 週延長) 適用
 (※ 前値 1/100 以下に低下せず、24 週末まで治療中止となった。)

助成期間の延長 (4.5 週延長) 適用外

※ これまでのインターフェロン治療：今回の治療開始前の治療であり、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。併発薬も含む。

【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ビリンの投与を期間 48 週を要すること。

※ 治療期間においては、本治療に併発薬を併用中にかかると診断されたという性格の診断書があるため、申請書の提出時に必ず添付いただくようご協力ください。

(様式第 18 号の 2 裏)

【患者氏名】
【生年月日】 年 月 日生 (漢 字)

【医師氏名】 (様式第 18 号の 2 の裏面)
【医師氏名】 年 月 日生 (漢 字)

※ 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 年 月 日
 医師氏名
 所在地
 相当医師名 印

【確認事項】 ※該当箇所は、該当する場合、□にチェック (しず) 及びカッコ内の記入をしてください。
 (既定は、下記の「助成期間の延長 (4.5 週延長、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 型肝炎ウイルスをロガールアップ 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 () 週目で継続中である。(一時休薬期間を除く。)

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 週末まで治療中止となった。
 ※ 前値：治療開始前または治療開始直前の 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 (4.5 週延長) 適用
 (※ 前値 1/100 以下に低下せず、24 週末まで治療中止となった。)

助成期間の延長 (4.5 週延長) 適用外

※ これまでのインターフェロン治療：今回の治療開始前の治療であり、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。併発薬も含む。

【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ビリンの投与を期間 48 週を要すること。

※ 治療期間においては、本治療に併発薬を併用中にかかると診断されたという性格の診断書があるため、申請書の提出時に必ず添付いただくようご協力ください。

(様式第 19 号)

様式第 19 号 (要領第 5 条の 4 関係)

市町村民税課税額合算対象除外申請書

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

記

除外希望者氏名 (フリガナ)

年 月 日
申請者氏名

印

申請者住所〒

TEL

(様式第 19 号)

様式第 19 号 (要領第 5 条の 4 関係)

市町村民税課税額合算対象除外申請書

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

記

除外希望者氏名 (フリガナ)

平成 年 月 日
申請者氏名

印

申請者住所〒

TEL