



福岡医発第 998 号 (地)
令和 2 年 7 月 2 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下記のとおり改正するとのことで別添のとおりお知らせがありました。なお、本改正は令和 2 年 4 月 1 日から適用して取り扱われるとのことです。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、別添の貴会会員治療医療機関への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

項目	変更前	変更後
インターフェロン治療	既存様式	プロアテーズ阻害薬の販売中止に伴うペグインターフェロン、リバビリン及びプロアテーズ阻害薬による 3 剤併用療法の様式等の削除及び修正

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎

2 疾 病 第 4 2 9 号
令 和 2 年 5 月 1 3 日

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(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、令和2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
インターフェロン治療	既存様式	プロアターゼ阻害薬の販売中止に伴うペグインターフェロン、リバビリン及びプロアターゼ阻害薬による3剤併用療法の様式等の削除及び修正

各医師会通知



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

- 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
 - （1）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。
 - （2）市町村民税課税年額の算定に当たっては、次に定めるところによるものとする。
 - ア 平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、「控除廃止の影響を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うものとする。
 - イ 平成30年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、市町村民税所得割の納税義務者が地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市の区域内に住所を有する場合については、地方税法及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）第1条による改正前の地方税法に規定する市町村民税所得割の標準税率（6%）により算定を行うものとする。
 - ウ 平成30年9月以降において、申請者を含む世帯構成員のいずれかが、未婚のひとり親として、地方税法第292条第1項第11号イ中「夫と死別し、若しくは夫と離婚した後婚姻をしていない者又は夫の生死の明らかでない者

で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで母となった女子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号イに該当することとなる者又は同項第12号中「妻と死別し、若しくは妻と離婚した後婚姻をしていない者又は妻の生死の明らかでない者で政令で定めるもの」とあるのを「婚姻によらないで父となった男子であつて、現に婚姻をしていないもの」と読み替えた場合に同号に該当することとなる者であるときは、その者を同項第11号イに定める寡婦又は同項第12号に定める寡夫とみなして、同法第295条第1項の規定により当該市町村民税が課されないこととなる者として、又は同法第314条の2第1項第8号の規定による寡婦控除及び寡夫控除並びに同条第3項の規定による特別寡婦控除が適用された場合の所得割額を用いることとして、算定を行うことができるものとする。

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。

(削除)

第 13 条 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新

既に肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証を有している者のうち、医師が治療継続を必要と認める場合、肝炎治療受給者証交付（更新）申請書（核酸アナログ製剤治療）（様式第 3 号）に、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和 25 年法律第 226 号)の規定による市町村民税の課税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 14 条 受給者証の取り下げ

既に受給者証を有している者から取り下げの申し出があったときは、これを認めないものとする。ただし、受給者証の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 15 条 医療費の支払

- 1 知事が委託した保険医療機関等が要綱第 5 条に定める対象医療に要した費用として支払委託機関に請求する場合に当たっては、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）」の定めるところによる。
- 2 知事は、要綱第 5 条に定める対象医療費の請求を受けたときは、内容を審査し、医療費を支払うものとする。

第 16 条 療養費の支給

- 1 知事が特に認めたときは、委託した保険医療機関等に対する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 17 条 保険医療機関等の指導

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

第 18 条 その他

知事は、必要に応じて、本事業のより効果的な運用を資するための情報収集等を行うことができるものとする。

附 則

この要領は、平成 20 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 20 年 5 月 1 日から施行し、平成 20 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 20 年 12 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 21 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

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31年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年4月21日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

新	旧
福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領 第 1 条～第 12 条 (略) <u>(削除)</u> <u>第13条</u> 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 2 5 年法律第 2 2 6 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 1 0 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	福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領 第 1 条～第 12 条 (略) <u>第13条</u> 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 <u>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 1 8 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。</u> <u>第14条</u> 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 2 5 年法律第 2 2 6 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 1 0 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14条 受給者証の取り下げ

既に受給者証を有している者から取り下げの申し出があったときは、これを認めないものとする。ただし、受給者証の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15条 医療費の支払

- 1 知事が委託した保険医療機関等が要綱第5条に定める対象医療に要した費用として支払委託機関に請求する場合に当たっては、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)」の定めるところによる。
- 2 知事は、要綱第5条に定める対象医療費の請求を受けたときは、内容を審査し、医療費を支払うものとする。

第16条 療養費の支給

- 1 知事が特に認めたときは、委託した保険医療機関等に対する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

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 1 6 号）に知事が委託した保険医療機関等の領収済証明を受けて、知事あて請求するものとする。

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

第17条 保険医療機関等の指導

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

第18条 その他

知事は、必要に応じて、本事業のより効果的な運用を資するための情報収集等を行うことができるものとする。

附 則

この要領は、平成 2 0 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 2 0 年 5 月 1 日から施行し、平成 2 0 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 2 0 年 1 2 月 1 日から施行する。

附 則

は、肝炎治療費請求書（様式第 1 6 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 2 0 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 2 0 年 5 月 1 日から施行し、平成 2 0 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 2 0 年 1 2 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

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31年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年4月21日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

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31年4月1日から施行する。

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、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロアテラゼ阻害薬による3剤併用療法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) 削除(2) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝疾患（C 型慢性肝炎若しくは Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変又は Child-Pugh 分類 B 若しくは C の C 型非代償性肝硬変）で、インターフェロンを含ま

(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 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 型慢性肝疾患（C 型慢性肝炎若しくは Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変又は Child-Pugh 分類 B 若しくは C の C 型非代償性肝硬変）で、インターフェロンを含

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、C型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変に対しては原則 1 回のみの助成とし、Child-Pugh 分類 B 若しくは C の C 型非代償性肝硬変に対しては原則 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 ペグインターフェロン、リバビリン及びプロアターゼ阻害薬による 3 剤併用療法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。

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、C型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変に対しては原則 1 回のみの助成とし、Child-Pugh 分類 B 若しくは C の C 型非代償性肝硬変に対しては原則 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

様式第1号（要綱第11条関係）

（表面：両面印刷）

肝炎治療受給者証交付（新規・再治療・2回目の制度利用・転入）申請書 （インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）					
申請理由 (該当する番号に○をつけてください)		1. 3剤併用療法を除く（新規） 2. 3剤併用療法を除く（2回目の制度利用） 3. (テラプレビル・シメプレビル・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	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、肝炎患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

（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

様式第1号

様式第1号（要綱第11条関係）

（表面：両面印刷）

肝炎治療受給者証交付（新規・再治療・2回目の制度利用・転入）申請書 （インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）					
申請理由 (該当する番号に○をつけてください)		1. 3剤併用療法を除く（新規） 2. 3剤併用療法を除く（2回目の制度利用） 3. (テラプレビル・シメプレビル・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	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、肝炎患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

（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

様式第1号の裏面

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、ペグインターフェロン、リバビリン併用及びプロテアーゼ阻害薬による3剤併用療法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) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医によって他のインターフェロンフリー治療を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

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

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

様式第1号の裏面

認 定 基 準 (様式第1号の裏面)

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

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

(2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者

2. C型慢性肝疾患

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

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2.(2)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

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

① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース

② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース

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

(2) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

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

※1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。

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

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

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会専門医によって他のインターフェロンフリー治療を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

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

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

様式第2号～3号 (略)

様式第4号

様式第4号(要綱第10条関係)

B型・C型

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

リガナ	性別	生年月日(年齢)
氏名	男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号	
	電話番号	()
断年月	年 月	前医(あれば記載する) 医療機関名 医師名
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 (検査日: 年 月 日) (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) (2) ウイルス型 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 $\times 10^4 / \mu\text{l}$ 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)	
社の問題点	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:	
機関名および所在地	記載年月日 年 月 日	
師氏名	印	
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。		

様式第2号～3号 (略)

様式第4号

様式第4号(要綱第10条関係)

B型・C型

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)

リガナ	性別	生年月日(年齢)
氏名	男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号	
	電話番号	()
断年月	年 月	前医(あれば記載する) 医療機関名 医師名
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 (検査日: 年 月 日) (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) (2) ウイルス型 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 $\times 10^4 / \mu\text{l}$ 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)	
社の問題点	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:	
機関名および所在地	記載年月日 年 月 日	
師氏名	印	
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。		

様式第5号

様式第5号（要綱第10条関係）

B型・C型（表面：両面印刷）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（2、3回目の制度利用）

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		
住所 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

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。

☐ はい

(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。

☐ はい☐ いいえ

十分量の48週投与であった。

☐ はい☐ いいえ

前回の治療で、36週目までにHCV-RNAが陰性化した。

☐ はい☐ いいえ

2回目の制度利用 適用

2回目の制度利用 適用外

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

様式第5号

様式第5号（要綱第10条関係）

B型・C型（表面：両面印刷）

肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除くインターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（2、3回目の制度利用）

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		
住所 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

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。

☐ はい

(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。

☐ はい☐ いいえ

十分量の48週投与であった。

☐ はい☐ いいえ

前回の治療で、36週目までにHCV-RNAが陰性化した。

☐ はい☐ いいえ

2回目の制度利用 適用

2回目の制度利用 適用外

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

様式第6号(要綱第10条関係)

C 型

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)) 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。 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:) (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:)			
検査所見 【必須】				
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、福岡県肝炎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。 【連携している肝炎患専門医療機関名: 】				
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6号の2 削除

様式第6号の2

様式第6号の2(要綱第10条関係)

C 型

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 【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:) (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: 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. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。

様式第6号の3 削除

様式第6号の3

様式第6号の3(要綱第10条関係)

C 型

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。 年 月 日 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日:) (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。

様式第6号

様式第6号(要綱第10条関係)				C 型
肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書				
フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 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 $10^4 / \mu\text{l}$ eGFR mL/min/1.73m ² BUN mg/dl クレアチン 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	記載年月日 年 月 日			
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。

様式第6号の4

様式第6号の4(要綱第10条関係)				C 型
肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書				
フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 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 $10^4 / \mu\text{l}$ eGFR mL/min/1.73m ² BUN mg/dl クレアチン 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	記載年月日 年 月 日			
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。

様式第6号の2

様式第6号の2(要綱第10条関係)

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

フリガナ 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、(1)及び**ベグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害薬による3剤併用療法**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。
- ✓ ウイルス性肝炎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。

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

記載年月日 年 月 日

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

印

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

様式第6号の4の2

様式第6号の4の2(要綱第10条関係)

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

フリガナ 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。
- ✓ ウイルス性肝炎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。

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

記載年月日 年 月 日

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

印

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

様式第7号 (略)

様式第8号

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			
【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			

様式第7号 (略)

様式第8号

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			

様式第8号(裏面)

(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(裏面)

(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 9 号～17 号 (略)

様式第 18 号 (表面)

様式第 18 号 (要領第 12 条関係)

(表面)

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書 (72 週投与用)

(申請者記載欄)

福岡県知事 殿

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

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 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 ()

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、記入ください。

受給者番号 ()
現行有効期間 (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 6 か月を限度とします。
 ※3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

様式第 9 号～17 号 (略)

様式第 18 号 (表面)

様式第 18 号 (要領第 12 条関係)

(表面)

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書 (72 週投与用)

(申請者記載欄)

福岡県知事 殿

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

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 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 ()

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、記入ください。

受給者番号 ()
現行有効期間 (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 6 か月を限度とします。
 ※3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

様式第 18 号 (裏面)

【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（し点）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

今回の治療がC型肝炎ウイルス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。(一時休業期間は除く。)

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。
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/リビリン併用以外の併用療法など

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
はい ☐ いいえ ☐

今回の治療が、「投与開始後12週後に HCV-RNA が前値(※)の1/100以下に低下するが、HCV-RNA が陽性 (Real Time PCR) で、36週までに陰性化した症例」に該当し、48週プラス24週（トータル72週間）の投与が必要と判断した。
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。
はい ☐ 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

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)

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。治療等も含む。
(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お願いいたします。

様式第 18 号 (裏面)

【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（し点）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

今回の治療がC型肝炎ウイルス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。(一時休業期間は除く。)

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。
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/リビリン併用以外の併用療法など

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
はい ☐ いいえ ☐

今回の治療が、「投与開始後12週後に HCV-RNA が前値(※)の1/100以下に低下するが、HCV-RNA が陽性 (Real Time PCR) で、36週までに陰性化した症例」に該当し、48週プラス24週（トータル72週間）の投与が必要と判断した。
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。
はい ☐ 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

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)

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。治療等も含む。
(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お願いいたします。

様式第 18 号の 2 削除

様式第 18 号の 2

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 3 剤併用療法用)

(申請者記載欄)

福岡県知事 殿

私は、プロテアーゼ阻害剤 (シメプレビル) を含む 3 剤併用療法を、24 週を超えて最大 48 週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む 3 剤併用療法) の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 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 3 剤併用療法) を確認の上、記入してください。

受給者番号 ()

現行有効期間 (開始 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 6 か月を限度とします。

※3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

様式第 18 号の 2 (裏面) 削除

様式第 18 号の 2 (裏面)

【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 2 の裏面)

※ 以下の事項を全て確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日

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（し点）及びカッコ内の記入をしてください。
 （認定は、下記の「助成期間の延長（48 週投与）適用」までチェックが入ることが必要で

今回の治療が C 型慢性肝炎セログループ 1 型、高ウイルス量症例に対する、
 シメプレビルを含む 3 剤併用療法である。

※ 現在治療開始後（ ）週目で継続中である。（一時休業期間は除く。）

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

はい
□

いいえ
□

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

はい
□

いいえ
□

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

はい
□

いいえ
□

助成期間の延長（48 週投与）適用
 ※ 変更後の予定期間
 () 年 月 日～ 年 月

助成期間の延長（48 週投与）
 適用外

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

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

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