

肝炎治療受給者証交付申請書				
インターフェロン治療 ・ インターフェロンフリー治療 ・ 核酸アナログ製剤治療(新規) ・ 核酸アナログ製剤治療(更新)				
申 請 者	ふりがな 氏 名			性 別 男 ・ 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日	職 業
	住 所	〒  (電話 ) (携帯電話 )		
	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名		申請者との 続 柄
	保険種別	協・組・船・共・国・後	被保険者証の 記号・番号	
	被保険者証 発行機関名			
	所在地			
世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額		円 □ 自己負担限度額 (月額) 2万円を承諾します※1。		
本助成制度利用歴		なし ・ あり		
保 険 医 療 機 関 ・ 保 険 業 局	名 称	(電話 : )		
	所在地			
	名 称	(電話 : )		
	所在地			
	名 称	(電話 : )		
	所在地			
	名 称	(電話 : )		
所在地				
認定期間 (1年以内) の 開始日	平成 年 月の初日  ※認定期間の開始日は、申請書が受理された月以後の月のうち、申請者が指定した月の初日 です。担当医とよく相談のうえ指定してください。			
治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給 者証の交付を申請します。  申請者氏名 (自署または記名押印) 平成 年 月 日  熊本県知事 様				
【申請者署名欄】 当該公費負担医療に係る治療の経過及び結果について、治療を実施する医療機関から熊本県へ報告 されることについて同意します。  申請者氏名 (自署または記名押印)				
※上記の報告は、今後の医療政策の検討に反映させることを目的としています。 ※個人が識別される情報の公表等を行いません。 ※治療の結果の一部については厚生労働省の事業で取りまとめを行います。				

(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。申請に当たっては担当医によくご相談ください

※1 自己負担限度額 (月額) 2万円を承諾される方は、市町村民税を証明する書類の提出は不要です。

## 【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、熊本県肝炎インターフェロン及びインターフェロンフリー治療指定医療機関の診断書作成医が「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。

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

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

※1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

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

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成の実施は、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、熊本県肝炎インターフェロン及びインターフェロンフリー治療指定医療機関の診断書作成医が「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。

#### (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、初回治療に対する助成の申請にあたっては、インターフェロン及びインターフェロンフリー治療指定医療機関の診断書作成医師が「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。

※3 上記について、再治療に対する助成の申請にあたっては、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、インターフェロン及びインターフェロンフリー治療指定医療機関の診断書作成医師が「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。

●申請される皆様へ

【注意事項】

1 以下の書類を添付して住所地を管轄する保健所へ申請してください。

- (1) 指定医療機関の医師が作成した診断書（別紙様式2または別紙様式2の2）
- (2) 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し
- (3) 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
- (4) 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者の市町村民税課税額を証明する書類
- (5) インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療の場合にあっては、  
熊本県肝疾患専門医療機関に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の意見書（主治医が当該専門医に該当する場合は除く。）

2 その他、ご不明な点がありましたら以下の各保健所等にお問い合わせください。

保健所名	電話番号	保健所名	電話番号
有明保健所	0968-72-2184	八代保健所	0965-33-3229
山鹿保健所	0968-44-4121	水俣保健所	0966-63-4104
菊池保健所	0968-25-4138	人吉保健所	0966-22-3107
阿蘇保健所	0967-32-0535	天草保健所	0969-23-0172
御船保健所	096-282-0016	熊本市保健所	096-364-3189
宇城保健所	0964-32-1207	熊本県健康危機管理課	096-333-2783