

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			
	生年月日	年	月	日
	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 薬 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		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) 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回のみの助成とする。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 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、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又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみの助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記について、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。

【提出書類等】

個人番号(マイナンバー)提供の有無により、提出場所、提出方法及び提出書類が異なります。

次の一覧表を十分に御確認の上、指定の提出場所・提出方法により御提出ください。

また、個人番号(マイナンバー)提供を行う場合は、別途「肝炎治療受給者証交付申請に係る個人番号(マイナンバー)提供書」の提出や身元確認書類の提示が必要となりますので御留意ください。

	個人番号(マイナンバー)の提供を行わない場合 (従来どおり)	個人番号(マイナンバー)の提供を行う場合
肝炎治療受給者証交付申請書の提出場所	県健康危機管理課又は 県内11保健所	県健康危機管理課又は <u>熊本市保健所を除く</u> 県内10保健所
肝炎治療受給者証交付申請書の提出方法	持参又は郵送	持参のみ (郵送による提出は不可)
肝炎治療受給者証交付申請書に添付する書類		
(1) 指定医療機関の医師が作成した医師の診断書 (別紙様式2の1から別紙様式2の6)	○	○
(2) 本県の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意見書(必要な場合に限る。)(別紙様式2の7)	△(※1)	△(※1)
(3) 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し	○	○
(4) 申請者及び申請者と同一の世帯に属する全ての者について記載のある住民票の写し	○	○
(5) 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税の課税年額を証明する書類	○	×(※2)

(※1) インターフェロンフリー治療不成功後の場合にのみ取得いただけます。インターフェロンフリー治療初回の場合及び核酸アナログ製剤治療の場合は不要です。

(※2) 「肝炎治療受給者証交付申請に係る個人番号(マイナンバー)提供書」の提出や身分確認書類の提示が必要となります。

【個人番号(マイナンバー)提供を行う場合の留意事項】

「肝炎治療受給者証交付申請に係る個人番号(マイナンバー)提供書」を提出する際、以下の書類をお持ちください。(郵送での提出はできません。また、熊本市保健所では受付できません。)

(1) 申請者のマイナンバーが確認できる書類

以下の①～④のうち、いずれか1つを提示してください。(代理人による申請の場合は、以下①～④のいずれかは写しでも可。)

- ① 個人番号カード ② 通知カード ③ マイナンバーが記載された住民票
④ マイナンバーが記載された住民票記載事項証明書(確認後返却します。肝炎治療受給者証交付申請書に添付する書類として、別途マイナンバーの記載のない住民票の写しの提出が必要です。)

(2) 申請者(又は代理人)の身元が確認できる書類

以下の①、②のうち、いずれかを提示してください。

- ① 顔写真付きの書類(以下のいずれか1つ)
ア 個人番号カード イ 運転免許証 ウ 運転履歴証明書 エ 旅券(パスポート)
オ 身体障害者手帳 カ 精神障害者保健福祉手帳 キ 療育手帳
ク 在留カード又は特別永住者証明書
- ② ①以外の書類(以下のいずれか2つ)
ア 公的医療保険の被保険者証 イ 国民年金手帳 ウ 児童扶養手当証書
エ 特別児童扶養手当証書 オ 住民票
カ 源泉徴収票等官公署から発行された書類であって、「氏名・生年月日」又は「氏名・住所」が記載された書類

●ご不明な点は、熊本県健康危機管理課(電話:096-333-2783)又は各保健所へお問い合わせください。