

健 第 841 号
平成 29 年 11 月 28 日

各郡市医師会長 殿

富山県厚生部健康課長
(公印省略)

「富山県肝炎治療特別促進事業実施要領」の一部改正について

日頃より、本県の肝炎対策の推進に多大なご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

標記について、平成 29 年 11 月 22 日付け厚生労働省事務連絡「肝炎治療特別促進事業におけるマヴィレット配合錠の取扱いについて」に基づき、別添のとおり改正しましたので通知いたします。

つきましては、貴会会員への周知と適切な運用について、格別のご高配を賜りますようお願いいたします。

記

1 主な改正内容

・マヴィレット配合錠の取扱いについて

C 型慢性肝炎及び Child-PughA の代償性肝硬変に対する治療として、マヴィレット配合錠（一般名：グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤）が、肝炎治療特別促進事業における医療費助成の対象となります。

ジェノタイプの違いや、慢性肝炎・肝硬変の違い、初回治療か再治療かにより、投与週数が 8 週間あるいは 12 週間と違いがございますので、十分ご留意ください。

なお、前治療とはテラプレビル以降の 3 剤併用療法及びインターフェロンフリー治療を指します。

2 施行日

平成 29 年 11 月 28 日

3 遡及の取扱い

新たに対象医療としたマヴィレット配合錠による治療に対する肝炎治療受給者証の交付申請については、平成 30 年 3 月 31 日までに申請のあったものについて、当該申請を行った者の申出に基づき、平成 29 年 11 月 22 日（保険適用日）まで遡及可能とします。



4 注意事項

受給者証を交付後に、治療内容等が変更となった場合、再度、肝炎認定協議会で認定審査が必要となりますので十分ご注意ください（受給者証使用前に限る）。

なお、この場合当初の申請自体を取り消すことになるため、受給者証の返還が必要となります。また、再申請から受給者証が患者の手元に届くまで約2ヶ月程度要するため、治療期間の設定につきましては、あらかじめ患者と相談の上、ご配慮いただきますようお願いいたします。

5 添付書類

- 1) 富山県肝炎治療特別促進事業実施要領 新旧対照表
- 2) 富山県肝炎治療特別促進事業実施要領（改正後全文）
- 3) 国事務連絡 肝炎治療特別促進事業におけるマヴィレット配合錠の取扱いについて

事務担当	がん対策推進班
TEL : 076-444-3224	
FAX : 076-444-3496	

富山県肝炎治療特別促進事業実施要領

目次

第1章 ウイルス性肝炎医療費助成事業

第2章 ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業

第1章 ウイルス性肝炎医療費助成事業

(目的)

第1条 肝硬変や肝がんといった重篤な疾病への進行が危惧されるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎について、その有効な治療法である抗ウイルス治療（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）に係る医療費を助成することにより、肝炎患者の早期治療の促進と、肝硬変や肝がんの予防を図ることを目的とする。

(対象疾患及び対象医療)

第2条 この要領第1章の医療費助成（以下「医療費助成事業」という。）の対象疾患は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) B型肝炎ウイルスによる慢性肝炎
 - (2) B型肝炎ウイルスによる代償性肝硬変
 - (3) B型肝炎ウイルスによる非代償性肝硬変
 - (4) C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎
 - (5) C型肝炎ウイルスによる代償性肝硬変
- 2 医療費助成事業の対象となる医療は、C型肝炎ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療並びにB型肝炎ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療で、保険適用となっているもの（当該治療を行うための初診料、再診料、検査料、入院料等を含み、当該治療と無関係な治療を除く）とする。
- 3 インターフェロンによる副作用に対する治療については、インターフェロン治療の中断を防止するために併用せざるを得ない副作用の治療は、受給者証の認定期間中に限り助成の対象とするが、当該治療を中断して行う副作用の治療は助成の対象としないものとする。
- 4 入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額は、助成の対象としないものとする。

(対象患者)

第3条 医療費助成事業の対象となる者（以下「対象患者」という。）は、次の各号に掲げる要件を備えているものとする。

- (1) 富山県内に住所を有する者

(2) 前条第2項に掲げる医療を必要とする患者であって、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、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。）において当該疾患に関する医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けている者

(3) 国の肝炎治療特別促進事業実施要綱に定める対象患者の認定基準に適合する者

2 前項の規定にかかわらず、他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われる者は除く。

（事業の実施方法）

第4条 知事は、医療費助成事業に必要な費用を、富山県社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）及び富山県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に審査支払事務を委託して、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を実施した保険医療機関等に支払うものとする。ただし、知事が必要と認めるときは、対象患者に支払うことができる。

2 保険医療機関等が知事に請求することができる額は、第1号に規定する額から第2号に規定する対象患者が負担する額を控除した額とする。

(1) 医療保険各法の規定による医療又は後期高齢者医療の医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該治療に要する費用の額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額

(2) 1か月につき別添1に定める額を限度とする額

（対象患者が負担すべき額）

第5条 対象患者が負担すべき額は、1月につき、住民票上の世帯員全員の市町村民税課税額の合計により別添1に定める額（以下「自己負担限度額」という。）を限度とする。なお、平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「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）に係る取り扱いについて（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。

2 2以上の保険医療機関等で受療した対象患者が負担すべき額は、前項の規定による。その場合、保険医療機関等は、対象患者が提示する肝炎治療受給者証（様式第1号。以下「受給者証」という。）中の肝炎治療自己負担限度月額管理票に本事業の対象となる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のみに要した医療費の自己負担額等を記入し、月間の自己負担累積額が自己負担限度額に達するまで、対象患者から自己負担金を徴収するものとする。

(自己負担限度額の特例)

第5条の2 前条第1項の規定にかかわらず、次に掲げる条件の全てを満たす者（以下「除外対象者」という。）については、必要書類を申請したものに限り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ができる。

(1) 市町村民税課税の際、対象患者及びその配偶者と税制上の扶養関係を有しない者

(2) 対象患者及びその配偶者と医療保険上の扶養関係を有しない者

(医療費助成事業費の請求)

第6条 保険医療機関等が各月に行った治療に係る第4条第2項に規定する医療費助成事業費を請求しようとするときは、診療（調剤）報酬請求書及び明細書を、支払基金又は国保連に、所定の期日までに提出するものとする。

2 第4条第1項ただし書に該当する場合は、対象患者は治療実施機関等の発行した診療（調剤）報酬請求書及び明細書の写しと領収書を添えて、肝炎治療費請求書（様式第2号）を翌月10日までに対象患者の住所地を管轄する厚生センターの長（富山市にあっては、富山市保健所長。以下「所長等」という。）を経由して知事に提出しなければならない。

(肝炎認定協議会)

第7条 知事は、医療費助成事業の適正かつ円滑な実施を図るため、肝臓の専門医等で構成する肝炎認定協議会（以下「認定協議会」という。）を設置する。

2 認定協議会は、対象患者の認定について意見を述べるものとする。

(肝炎治療受給者証の申請)

第8条 医療費助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、肝炎治療受給者証交付申請書（様式第3号。以下「交付申請書」という。）に次の書類を添えて、所長等を経由して知事に提出しなければならない。

(1) 医師の診断書（様式第4号～4号の8）

(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の写し

(4) 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226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含む。）の課税年額を証明する書類の写し

(5) 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（様式第4号の9、必要な場合に限る。）

(6) その他知事が必要と認める書類

2 第5条の2に規定する特例を受けようとする申請者は、前項各号に掲げる書類のほか、市町村民税額合算対象除外申請書（様式第8号の2）に、次の書類を添えるものとする。

- (1) 申請者及びその配偶者、除外対象者が加入する健康保険の被扶養者を証明する書類
- (2) 申請者及びその配偶者、除外対象者について市町村民税の税情報（扶養控除関係）を証明する書類（ただし、前項第4号に扶養控除関係の記載がある場合は省略することができる。）

（対象患者の認定）

- 第9条 知事は、交付申請書が提出されたときは、第7条第1項に定める認定協議会に意見を求め、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。
- 2 知事は、前項の規定による決定に基づき、申請者に対し受給者証又は肝炎治療受給不承認通知書（様式第6号）を交付するものとする。
 - 3 インターフェロン治療を行う者にあつては、認定基準の要件を満たした場合に限り、本事業による2回目の助成を受けられるものとする。

（インターフェロン治療に対する有効期間）

- 第10条 受給者証の有効期間は12か月以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から起算するものとする。
- 2 前項の規定にかかわらず、対象患者で、別添3に定める助成期間の延長に係る取扱基準の要件を満たした場合は、インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書（様式第7号又は様式7号の2）に所持する受給者証を添えて、所長等を經由して知事に提出するものとする。
 - 3 知事は、前項の申請があつた場合は、第7条第1項に定める認定協議会の意見を聴いて、受給者証記載の有効期間を、6か月を限度として修正を加えた上、再交付するものとする。

- 第10条の2 前条第2項の規定にかかわらず、対象患者で、受給者証の有効期間中に受療したインターフェロン治療の副作用や本人の帰責性のない事由により治療中止期間が生じたために、当初の有効期間を超えて治療期間を延長する者は、インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書（副作用等延長用）（様式第7号の3）に所持する受給者証を添えて、所長等を經由して知事に提出するものとする。
- 2 知事は、前項の申請があつた場合は、受給者証記載の有効期間を、2か月を限度として修正を加えた上で、再交付するものとする。

（インターフェロンフリー治療に対する有効期間）

- 第11条 受給者証の有効期間は7か月以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から起算するものとする。

（核酸アナログ製剤治療に対する有効期間）

第12条 核酸アナログ製剤治療に対する受給者証の有効期間は、交付申請書の受理日に属する月の初日から最初の11月30日までとする。ただし、受給者証の有効期間が短期間（3ヶ月以内をいう。）の場合は、翌年度の11月30日までとする。

2 医師が治療継続を必要と認める場合は、次条第1項に定める受給者証の更新申請を認めるものとする。

（核酸アナログ製剤治療に対する受給者証の更新申請）

第12条の2 受給者証の有効期間満了後も引き続き助成を受けようとする者は、肝炎治療受給者証交付申請書（様式3号）に次の書類を添えて、有効期間満了の15日前までに所長等を經由して知事に提出しなければならない。

（1）医師の診断書（様式第4号の8）その際、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

（2）既に交付を受けている受給者証

（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の写し

（4）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226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含む。）の課税年額を証明する書類の写し

（5）その他知事が必要と認める書類

2 受給者証を更新する場合の受給者証の有効期間は、12月1日から翌年の11月30日までとする。

3 第1項の規定にかかわらず、知事は、更新対象者に対し、毎年9月上旬までに第1項の申請を行うよう求めることができる。

（自己負担限度額の変更）

第13条 受給者証の交付を受けている者で、受給者証の有効期間中に、自己負担限度額の変更が生じたときは、肝炎治療自己負担限度額変更申請書（様式第8号）に受給者証及び第8条第3号及び第4号に規定する書類を添えて、所長等を經由して知事に提出するものとする。

2 第5条の2に規定する特例を受ける場合は、市町村民税額合算対象除外申請書（様式第8号の2）に第8条第3号及び第8条第2項第1号及び第2号に規定する書類を添えて、所長等を經由して知事に提出するものとする。

3 知事は、前2項の申請があった場合は、内容を審査した上、自己負担限度額を変更した受給者証を交付するものとする。

4 前項の規定により変更された自己負担限度額は、変更申請書が受理された日の属する月の翌月から適用する。

（記載事項の変更）

第14条 受給者証の交付を受けている者は、交付申請書に記載した事項に変更が生じたときは、速やかに肝炎治療受給に係る変更届（様式第9号）に受給者証の写しを添えて、所長等を経由して知事に提出しなければならない。

2 知事は、前項の届出があった場合は、受給者証の記載事項を書き換えて交付するものとする。

3 前項の規定により交付を受けた者は、変更前の受給者証を、所長等を経由して知事に返還する者とする。

（再交付）

第15条 受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、肝炎治療受給者証再交付申請書（様式第10号）を、所長等を経由して知事に提出して、受給者証の再交付を受けることができる。

（県外から転入した場合の取扱い）

第16条 受給者証の交付を受けている者が、県外から住所を移し、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、住所移転日の属する月の翌月末日までに、肝炎治療受給者転入届（様式第11号）に、次の各号に掲げる書類を添えて、所長等を経由して知事に届出なければならない。

（1）転入後の住民票の写し

（2）転入前に交付されていた肝炎治療受給者証の写し

2 前項の場合における受給者証の有効期間は、住所移転日から住所移転日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。

（受給者証の返還）

第17条 受給者証の交付を受けている者等は、治癒、死亡、県外転出、他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われることになったこと等により第3条に規定する要件を欠いたときは、肝炎治療受給者証返還届（様式第12号）に受給者証を添えて、所長等を経由して速やかに知事に届けなければならない。

（雑則）

第18条 この要領の実施に当たり、この要領に定めのない事項については、別に定めるものとする。

また、知事は必要に応じて、本事業のより効果的な運用に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。

第2章 ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業

（目的）

第19条 ウイルス性肝炎に関する相談や啓発及び陽性者のフォローアップにより、ウイルス性肝炎、

肝硬変、肝がんの重症化予防を図ることを目的とする。

(事業内容)

第20条 県は、本要領に基づき、重症化予防に取り組む。

1 陽性者のフォローアップ

(1) 実施方法

対象者に対し、県及び市町村が、必要により様式第14号による同意書等により本人の同意を得えた上で、様式第13号による調査票を年1回送付する等により医療機関の受診状況や診療状況を確認するとともに、未受診の場合は、必要に応じて電話等により受診を勧奨する。

なお、実施においては、本要領及び富山県肝炎持続感染者対応マニュアル（以下「マニュアル」という。）に基づき行うものとする。

(2) 対象者

県内に住所を有し、以下のいずれかに該当し、様式第14号によりフォローアップへの参加について同意を得た者

ア 厚生センター（支所）・富山市保健所又は委託医療機関等での肝炎ウイルス検査において「陽性」又は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者（以下「陽性者」という。）

イ 2の検査費用の請求により把握した陽性者

ウ その他、市町村や医療機関などからの情報提供等により把握した陽性者

なお、フォローアップの対象者を市町村等へ情報提供することにより、市町村が実施するフォローアップの対象とすることができる。

2 初回精密検査費用及び定期検査費用の助成

(1) 実施方法

ア 県は、対象者が保険医療機関（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をいう。）において初回精密検査又は定期検査を受診し、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けた場合、対象者が負担した費用を交付する。

イ 前項の金額は、医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した検査費用の額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額とする。

ただし、(2)のイに該当する者については、1回につき、次のaに規定する額からbに規定する額を控除した額とする。

a 医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した検査費用の額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額

b 別添4に定める自己負担限度額

この際、別添4甲又は乙に該当するかについては、(5)イ(イ)により申請者から提出された課税等証明書等により確認するものとする。なお、別添4に該当しない場合、又は当該控除した額が零以下となる場合には、助成は行わない。

(2) 対象者

ア 初回精密検査

県内に住所を有し、以下の全ての要件に該当する者

a 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者

b 費用助成請求日1年以内に県及び市町村が行う肝炎ウイルス検診において陽性と判定された者

c 1の陽性者のフォローアップに同意した者

なお、健康増進事業における陽性者フォローアップに同意している者も対象とすることができる。

イ 定期検査

県内に住所を有し、以下の全ての要件に該当する者

a 医療保険各法の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者

b 肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者（治療後の経過観察を含む）

c 住民税非課税世帯に属する者又は市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の世帯に属する者

d 1の陽性者のフォローアップに同意した者

なお、健康増進事業における陽性者フォローアップに同意している者も対象とすることができる。

e 第1章による医療費助成事業の受給者証の交付を受けていない者

(3) 助成対象費用

初診料、再診料、ウイルス疾患指導料及び検査に関連する費用として県が認めた費用。ただし、医師が真に必要と判断したものに限る。

ア 初回精密検査

a 血液形態・機能検査（末梢血液一般検査、末梢血液像）

- b 出血・凝固検査（プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間）
- c 血液化学検査（総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、 γ -GT、総コレステロール、AST、ALT、LD、ZTT）
- d 腫瘍マーカー（AFP、AFP-L3%、PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量）
- e 肝炎ウイルス関連検査（HBe抗原、HBe抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等）
- f 微生物核酸同定・定量検査（HBV核酸定量、HCV核酸定量）
- g 超音波検査（断層撮影法（胸腹部））

イ 定期検査

上記の検査に関連する費用として県が認めた費用。

なお、肝硬変・肝がん（治療後の経過観察を含む）の場合は、超音波検査に代えてCT撮影又はMRI撮影を対象とすることができる。また、いずれの場合も、造影剤を使用した場合の加算等の関連する費用も対象とする。

（4）助成回数

ア 初回精密検査

1回

イ 定期検査

1年度2回（アの検査を含む）

（5）検査費用の請求について

ア 初回精密検査

対象者は、ウイルス性肝炎初回精密検査費用請求書（様式第15号）に、医療機関の領収書、診療明細書、結果通知書（県又は市町村が行う肝炎ウイルス検査等の結果）、申請者の氏名が記載されている健康保険証の写し及びフォローアップ同意書（様式第14号）を添えて、検査通知日から1年以内に所長等を経由して知事に請求するものとする。

イ 定期検査

（ア）対象者は、ウイルス性肝炎定期検査費用請求書（様式第16号）、医療機関の領収書、診療明細書、定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式第18号）、申請者の氏名が記載されている健康保険証の写し、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員（以下「世帯構成員」という。）の住民票の写し、次項に定める課税等証明書等及びフォローアップ同意書（様式第14号）を添えて、検査を受診した年度内に所長等を経由して知事に請求するものとする。

（イ）自己負担限度額階層区分の認定に係る課税等証明書等の提出について

別添4による自己負担限度額階層区分の甲に当たる場合、世帯構成員に係る市町村民税課税証明書等を提出するものとする。一方、乙にあたる場合は、世帯構成員の住民税非課税証明書を提出するものとする。

ただし、申請者及び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（配偶者以外の者に限る。）については、市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式第17号）に基づき、世帯構成員における市町村民税課税年額の合算対象から除外することを認めることができるものとする。

なお、平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「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。

（ウ）対象者は申請の際、上記（ア）及び（イ）によらず、以下要件に該当する場合は、以下に掲げる書類を省略することができる。

a 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式第18号）

以前に知事から定期検査費用の支払いを受けた場合（以前支払を受けた時に比べ、慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった場合は除く。）

b 申請者の氏名が記載された健康保険証の写し、世帯構成員の住民票の写し、世帯構成員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書、市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式第17号）

以下に該当する場合において、従前に知事へ提出した書類と同様の内容である場合。

なお、いずれも同一年度内で知事に対し行われる場合とする。

（a）1回目の定期検査費用の助成を受けた場合

（b）第1章による医療費助成事業の受給者証の交付を受けた場合

（6）検査費用の支払いについて

知事は、請求を受けたときは、その内容を審査して支払額を決定し、速やかに支払うものとする。

2 職域検査促進事業

（1）実施方法

職域での健康診断を実施する保険者（協会けんぽ等）（以下「保険者」という。）や肝炎ウイルス検査を実施する医療機関（以下「検診機関」という。）の協力を得て、以下ア又はイにより肝炎にかかる啓発若しくは肝炎ウイルス検査への勧奨を行うものとする。

この場合、保険者や検診機関と実施方法について協議の上、肝炎ウイルス検査の個別勧奨のための資材等の提供、若しくは同等の効果を得られると考えられる啓発用資材の提供を行うものとする。この際、必要と認められれば、保険者や検診機関に対し当該内容を委託することができる。

併せて、資材等の提供又は委託を行った保険者、検診機関に対しては、以下ウにより報告を受けるものとする。

ア 全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）等の場合

協会けんぽ等（各都道府県の協会けんぽ支部、国民健康保険組合、等）が行う肝炎ウイルス検査の実施に際して、加入する事業所の従業員等に対する肝炎対策への理解浸透、及び肝炎ウイルス検査への受検を促すよう、検診機関又は加入事業所を通じて肝炎にかかる啓発若しくは肝炎ウイルス検査への勧奨を行うものとする。

イ 健康保険組合等の場合

健康保険組合等が実施する職域健診等において、検診機関による肝炎ウイルス検査の実施に際して、加入する事業所の従業員等に対する肝炎対策への理解浸透、及び肝炎ウイルス検査への受検を促すよう、検診機関又は加入している健康保険組合等を通じて肝炎にかかる啓発若しくは肝炎ウイルス検査への勧奨を行うものとする。

ウ 実施状況の取りまとめ

上記ア及びイにより実施する場合、様式第19号により報告がなされるよう協力を求めるものとする。この際、勧奨を行った者の動向の把握が困難であれば、啓発又は勧奨を行った事業所など一定の範囲を区切って報告を求める。

(2) 対象者

啓発の対象は、事業所の従業員とする。ただし、効率等を勘案して事業所毎に行うなど計画的に実施するものとする。

また勧奨の対象は、基本的に、過去、肝炎ウイルス検査を受けていない者とするが、この際、当検査を受けているか不明である場合は、可能性のある者まで幅広く勧奨する。

(3) 留意点

上記の実施においては、富山県肝疾患診療連携拠点病院からの協力を得て、適切な情報が提供されるよう留意する。また、必要であれば、自治体が行う肝炎ウイルス検査の案内を行うなど、希望する者が当検査を受けられるよう配慮する。また、(1)ウによる報告の際、外部に個人が特定されるようなことが無いよう、取扱いについて留意するとともに、必要により保険者や検診機関など関係者と協議を行うものとする。

なお、肝炎ウイルス検査の勧奨にあたっては、自主的な受診を促す形で行うとともに、必要によっては検査希望者を募るなど各者の意向に沿った対応が図られるよう留意する。

(実施に当たっての留意事項)

第21条 本事業の企画及び立案に当たっては、事業を効率的、効果的に実施するため、関係機関等と連携を密にし、地域の実情に応じた事業の推進に努めることとする。

また、検査等の実施に際しては、個人のプライバシー等人権の保護に十分配慮する。

この要領について疑義が生じた事項又はこの要領に定めない事項については、必要に応じて関係者が協議のうえ定めるものとする。

附 則

この要領は、平成20年4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21年10月16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23年8月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成23年9月26日から施行する。

附 則

この要領は、平成23年12月26日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年12月4日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年9月2日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年12月15日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年6月9日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年8月31日から施行する。

附 則

この要領は、平成27年12月1日から施行する。

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2月15日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年3月24日から施行する。

附 則

この要領は、平成29年6月13日から施行し、平成29年4月1日より適用する。

附 則

この要領は、平成29年11月28日から施行し、平成29年11月22日より適用する。

別添1

自己負担限度額表

所得階層		自己負担限度額（月額）
A	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000円未満の場合	10,000円
B	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000円以上の場合	20,000円

※平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「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。

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

HB e 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、HB e 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。

(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剤併用療法については、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での実施に限り助成対象とする。

※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。

(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。

※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。

助成期間の延長に係る取扱基準

1. 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。

(1) C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）型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の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師が72週投与（48週プラス24週）が必要と判断する場合に、6ヶ月を限度とする期間延長を認めること。

(2) C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）型症例に対する、シメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与することが適切と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。

※この場合、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。

(3) 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記の(1)または(2)とは別に、最大2か月を限度とする延長期間を認めること。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。

注) シメプレビルの添付文書中、用法・用量に関連する使用上の注意において、『副作用や治療効果不十分により本剤を中止した場合には、本剤の投与を再開しないこと』との記載がある。

2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。

1 (1) について

① 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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当する場合。

② ①に該当しない者であり、今回の治療において、「投与開始後12週後にHCV-RNA量が前値(※)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」に該当する場合。

1 (2) について

① これまでの24週以上のインターフェロン治療〔（ペグ）インターフェロン製剤単独、リバビリンとの併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法〕でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者。

② または、インターフェロン治療の開始12週後にHCV-RNAが前値(※)の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者。

※ 前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値。

参考) 平成22年3月現在、ペグインターフェロン製剤添付文章中、重要な基本的注意において、『48週を超えて投与をした場合の有効性・安全性は確立していない。』旨の記載がある。

定期検査費用の助成における自己負担限度額表

階層区分		自己負担限度額	
		(1回につき)	
		慢性肝炎	肝硬変 肝がん
甲	市町村民税（所得割）課税年額が 235,000円未満の世帯に属する者	2,000円	3,000円
乙	住民税非課税世帯に属する者	0円	0円

様式第1号

肝 肝炎治療受給者証 ()												
公費負担者番号												
受給者番号												
受給者	住 所		〒									
	氏 名											
	生年月日									性別		
疾 病 名												
保険医療機関又は保険薬局の名称												
有効期間												
月 額 自己負担 限 度 額												
知 事 名 及 び 印			富山県知事 石井 隆一									
交付年月日												

注 意 事 項

- この証を交付された方は、C型肝炎ウイルス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又はインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型肝炎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又は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。
- 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ます。
- 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。
- 氏名、住所、加入している医療保険、保険医療機関又は保険薬局に変更があったときは、速やかにこの証を添えて居住地を管轄する富山県厚生センター（支所）・富山市保健所に届けてください。
また、県外へ転出する場合において、転出後も本証に交付を受けた場合は、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居住地を管轄する保健所に提出してください。
- 治療、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに返還してください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、居住地を管轄する富山県厚生センター（支所）・富山市保健所に届け出て再交付を受けてください。
- B型肝炎ウイルス性肝炎の治療による核酸アナログ製剤治療で受給者証をお持ちの方は、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、有効期間の15日前までに居住地を管轄する富山県厚生センター（支所）・富山市保健所に更新の手続きをしてください。
- その他の問い合わせは、富山県厚生部健康課が対応策推進班または居住地を管轄する富山県厚生センター（支所）・富山市保健所にご連絡ください。

年 月分 肝炎治療自己負担限度月額管理票

月額自己負担限度額 _____ 円

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
月 日		

[illegible]

年 月分 肝炎治療自己負担限度月額管理票

月額自己負担限度額 _____ 円

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
月 日		

[illegible]

肝炎治療費請求書

平成 年 月 日

富山県知事 石井 隆一 殿

請求者 住 所
氏 名

印

(受給者との続柄:)

※本人以外の場合は、下記の委任状の記入が必要です。

平成 年 月分を下記のとおり請求します。

金 円

受給者氏名			受給者番号		
保険種別	協会(本人・家族) 組合(本人・家族) 船員(本人・家族) 共済(本人・家族) 国保(一般本人・一般家族・退職本人・退職家族) 後期高齢 その他()				
保険者名			自己負担割合	1割・2割・3割	
高額療養費所得区分 (公的な証で区分が判明する場合に記入)	【70歳未満の方】 区分ア・区分イ・区分ウ・区分エ・区分オ 【70歳以上の方】 一般・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・現役並み所得者				
医療機関等名	入通調の 院 別	診療日数	社会保険診療報酬 明細書による 医療費	保険診療 本人負担 (A)	自己負担 限度額 (B)
	入院 調剤				
	入院 調剤				
	入院 調剤				
	入院 調剤				
合 計					

(委 任 状)

私は、上記請求者を代理人と定めて、富山県から受ける肝炎治療費の請求及び受領について委任します。

平成 年 月 日

受給者(委任者)

住 所

氏 名

印

個人情報の取扱いについて

この申請に関して不明な点がある場合、富山県(受付機関である富山市を含む)が、直接、医療機関や保険者等に対し照会を行うこと及び、医療機関や保険者等が富山県又は富山市に当該情報を提供することに同意します。

平成 年 月 日

受給者又は法定代理人氏名

印

※裏面の注意事項をご確認のうえご記入ください。

注 意 事 項

《肝炎治療費を請求される方へ》

1 添付書類

請求書提出の際には、以下の書類を添付してください。

- ・ 肝炎治療受給者証の写し
- ・ 肝炎治療に係る領収書及び診療報酬明細書の写し
- ・ 債主登録申請書
- ・ 高額療養費の支給決定通知書の写し【高額療養費の支給対象となる方のみ】
- ・ 限度額適用認定証の写し【高額療養費の現物給付を受けた方のみ】

2 提出先

住所地を管轄する厚生センター・支所または富山市保健所（富山市在住の方）に提出してください。提出後、内容を審査のうえ償還払いの手続を行うため、口座振込までに概ね2～3ヶ月程度の時間がかかりますので、ご了承ください。

- 3 支払の対象となる費用は、有効期間初日から肝炎治療受給者証が届くまでの間に、認定された抗ウイルス治療（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）について、指定医療機関において支払った保険診療の医療費（※）から、肝炎治療受給者証の表面に記載してある「月額自己負担限度額」を控除した金額です。

（※）保険外診療、認定された治療と無関係な治療、肝庇護療法等は助成の対象外

- 4 本制度は、保険優先の公費負担医療制度ですので、高額療養費の支給対象となる方は、先に高額療養費の支給を受ける必要があります。加入医療保険の保険者発行の高額医療費支給決定通知書が届いてから、写しを添付して申請を行ってください。（高額療養費の支給には約2～3か月を要します。）なお、県からの償還払い（払戻し）後に、高額療養費の支給対象となることが判明した場合は、当該金額を県に返還していただくことになります。

- 5 受給者と請求者が異なる場合は、委任状欄への記載が必要となる場合があります。委任状への記載が必要な場合には、委任者（受給者）が必ず押印してください。

- 6 内容審査をするうえで、治療内容や保険料の給付状況について医療機関や保険者等に対して照会をする必要が生じる場合があります。このとき富山県（受付機関である富山市を含む）が直接、医療機関等に対し照会を行うこと及び、医療機関等が県又は富山市に当該情報を提供することに同意いただける場合は、本請求書表面の「個人情報取り扱いについて」欄に記名及び押印をお願いします。同意いただけない場合（同意欄に記名・押印いただけない場合）でも、請求はできますが、審査に必要な書類等を全て請求者により揃えていただくこととなりますので、あらかじめご了承ください。

公費負担者番号

3 8 1 6 6 0 1 3

※処理区分

※事由

※受給者番号

肝炎治療受給者証交付申請書(新規・更新)
(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)

申 請 者	フリガナ			性	男・女		職		
	氏 名			別	※性別コード		業		
	生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日 (歳)		※生年月日コード					
	住 所	〒				※市町村コード			
				TEL					
	加 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名			申 請 者 と の 続 柄				
		保 険 種 別	協会・組合・船員・共済 国保(組合・一般・退職)・後期		被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号				
		被 保 険 者 証 発 行 機 関 名			※ 保 険 種 別 コ ー ド				
		所 在 地							
	病 名 (該当する□をチェック)	B型肝炎ウイルスによる： ☐ 慢性肝炎 ☐ 代償性肝硬変 ☐ 非代償性肝硬変 C型肝炎ウイルスによる： ☐ 慢性肝炎 ☐ 代償性肝硬変						※治療 コード	
発見契機 (新規のみ)	該当する□をチェックする ☐ 市町村の健診 ☐ 職場健診・ドック ☐ 厚生センターの検診 ☐ 妊婦健診 ☐ 医療機関(自覚症状有り・他疾患での受診や治療中) ☐ 献血 ☐ その他()								
本助成制度 利用 歴	1. あり → 受給者証番号 () 2. なし 有効期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)								
保 険 医 療 機 関 又 は 保 険 薬 局	名 称								
	所 在 地								
	※ 医 療 機 関 コ ー ド								
	名 称								
	所 在 地								
	※ 医 療 機 関 コ ー ド								
備 考	名 称								
	所 在 地								
	※ 医 療 機 関 コ ー ド								
☐ 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 の効果・副作用等について説明を受け、別添診断書のとおり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。 平成 年 月 日 申請者氏名 印 富山県知事 石井 隆一 殿									
※ 受給開始月			※ 自己負担限度額			※所得 階層			

□非課税世帯 □除外申請有 □B階層の了承有(添付書類省略の場合)

※肝炎治療の助成は、認定基準を満たした場合に限られます。申請にあたっては主治医等とよくご相談ください。

※太枠欄は、厚生センター(支所)、富山市保健所で記入

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

(H29.3改正版)

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	明昭 大平	年 月 日 生	(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()			
診断年月	昭和・平成 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	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 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	今回の治療開始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:平成 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日:平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法) (検査日:平成 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日:平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方を○で囲む) ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 3. 血液検査 (検査日:平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l 血小板数 $\times 10^4 / \mu l$ 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日:平成 年 月 日) (該当する検査方法にチェックし、所見を具体的に記載) 方法: ☐ 超音波 ☐ CT ☐ MRI ☐ 肝生検 ☐ その他() 所見:			
診断	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)			
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし(過去に肝がんの治療をし、現在合併していないものも含む)			
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロン α 製剤単独 2. インターフェロン β 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロン α 製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロン β 製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載:) 治療予定期間 (24週 ・ 48週) (平成 年 月 ~ 平成 年 月)			
治療上の問題点				
医療機関名	記載年月日 平成 年 月 日			
所在地				
(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チェックが必要) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医				
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(ただし、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、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

(H29.3改正版)

フリガナ			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			男・女	明昭 大平	年 月 日 生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名	医師名	
過去の治療歴	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 ☐ インターフェロン治療歴なし。(未治療) ☐ 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. 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 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	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: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方を○で囲む) ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l ヘモグロビン g/dl 血小板数 $\times 10^4 / \mu l$ 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (該当する検査方法にチェックし、所見を具体的に記載) 方法: ☐ 超音波 ☐ CT ☐ MRI ☐ 肝生検 ☐ その他() 所見: _____				
診断	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	肝がん 1. あり 2. なし(過去に肝がんの治療をし、現在合併していないものも含む)				
治療内容	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 治療予定期間 24週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療実施医療機関について	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の2項目両方にチェックがないと助成対象となりません。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 ☐ 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					
医療機関名	記載年月日 平成 年 月 日				
所在地					
(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チェックが必要) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医					
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、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

(H29.3改正版)

フリガナ			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			男・女	明昭 大平	年 月 日 生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名	医師名	
過去の治療歴	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 ☐ インターフェロン治療歴なし。(未治療) ☐ 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) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 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	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: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方を○で囲む) ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l ヘモグロビン g/dl 血小板数 $\times 10^4 / \mu\text{l}$ 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (該当する検査方法にチェックし、所見を具体的に記載) 方法: ☐ 超音波 ☐ CT ☐ MRI ☐ 肝生検 ☐ その他() 所見:				
診断	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	肝がん 1. あり 2. なし(過去に肝がんの治療をし、現在合併していないものも含む)				
治療内容	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 治療予定期間 24週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療実施医療機関について	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の2項目両方にチェックがないと助成対象となりません。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 ☐ 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					
上記のとおり、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ことが適切であると判断します。 医療機関名 記載年月日 平成 年 月 日 所在地 (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チェックが必要) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医 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(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

(H29.3改正版)

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	明昭 大平	年 月 日 生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()			
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名	医師名
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 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ない。 2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合 (1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴 ☐ 以下の①、②のいずれにも該当しない。 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の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 (2) 過去の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:) (3) 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	今回の治療開始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:平成 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日:平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法) (検査日:平成 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日:平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方を○で囲む) ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 3. 血液検査 (検査日:平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l 血小板数 $\times 10^4$ / μl 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日:平成 年 月 日) (該当する検査方法にチェックし、所見を具体的に記載) 方法: ☐超音波 ☐CT ☐MRI ☐肝生検 ☐その他() 所見: _____			
診断	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)			
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし(過去に肝がんの治療をし、現在合併していないものも含む)			
治療内容	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製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載:) 治療予定期間 (24週 ・ 48週) (平成 年 月~平成 年 月)			
治療上の問題点				
医療機関名	記載年月日 平成 年 月 日			
所在地				
(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チェックが必要) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医				
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(ただし、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(インターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

新規

(H29.11改正版)

フリガナ			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			男・女	明昭 大平	年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号				
	電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 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	該当する項目にチェックする。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。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴あり。 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) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:)				
検査所見	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: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方を○で囲む) ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載:) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l 血小板 $\times 10^4$ / μl 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (該当する検査方法にチェックし、所見を具体的に記載) 方法: ☐超音波 ☐CT ☐MRI ☐肝生検 ☐その他() 所見: _____ 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類 (A・B・C) (該当するものを○で囲む)				
診断	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	肝がん 1. あり 2. なし(過去に肝がんの治療をし、現在合併していないものも含む)				
治療内容	治療内容(該当番号を○で囲む。) 1. ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法 2. ソホスブビル及びリバビリン併用療法 3. レジバスビル/ソホスブビル配合錠 4. オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤 5. オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合錠及びリバビリン(レベトールカプセル)併用療法 6. エルバスビル及びグラゾプレビル水和物併用療法 7. ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠 8. グレカプレビル水和物/ビブレンタスビル配合剤 治療予定期間 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療上の問題点					
医療機関名	記載年月日 平成 年 月 日				
所在地					
※チェックが必要 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医	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。
4. 過去にインターフェロンフリー治療歴がある方(治療途中での中止を含む)は、新規申請の対象となりませんので、ご注意ください。

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

再治療

(H29.11改正版)

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 明昭 大平 年 月 日 生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 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	該当する項目にチェックする。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。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴あり。 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) ウ. 上記以外の治療 (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:) (中止・再燃・無効)				
検査所見	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: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方を○で囲む) ア) セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ2 ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載:) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l ALT IU/l 血小板 $\times 10^4$ /μl 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (該当する検査方法にチェックし、所見を具体的に記載) 方法: ☐超音波 ☐CT ☐MRI ☐肝生検 ☐その他() 所見: _____ 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類 (A・B・C) (該当するものを○で囲む)				
診断	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	肝がん 1. あり 2. なし(過去に肝がんの治療をし、現在合併していないものも含む)				
治療内容	治療内容(該当番号を○で囲む。) 1. ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法 2. ソホスブビル及びリバビリン併用療法 3. レジパスビル/ソホスブビル配合錠 4. オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤 5. オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合錠及びリバビリン(レバトールカプセル)併用療法 6. エルバスビル及びグラゾプレビル水和物併用療法 7. ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠 8. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤 治療予定期間 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
本診断書を作成する医師	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックをお願いします。 ☐ 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 ☐ 他の日本肝臓学会肝臓専門医で、別紙意見書を添付している医師				
治療上の問題点					
上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。 医療機関名 記載年月日 平成 年 月 日 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、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(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書

(H29.2改正版)

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 明昭 年 月 日生 (満 歳) 大平	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば 記載する)	医療機関名 医師名		
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 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 1. あり 2. なし				
検査所見			核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (治療中の場合は治療開始時)		直近データ (治療開始後3ヶ月以内の者は記載不要)
	1. B型肝炎 ウイルスマーカー (1) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2) HBV-DNA定量		(検査日: 平成 年 月 日) (+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) _____(単位: 、測定法)		(検査日: 平成 年 月 日) (+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) _____(単位: 、測定法)
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数		(検査日: 平成 年 月 日) ____IU/l ____IU/l ____×10 ⁴ /μl		(検査日: 平成 年 月 日) ____IU/l ____IU/l ____×10 ⁴ /μl
	3. 画像診断・肝生検 などの所見 (具体的に記載)		(検査日: 平成 年 月 日) 方法: ☐ 超音波 ☐ CT ☐ MRI ☐ 肝生検 ☐ その他() 所見: _____		(検査日: 平成 年 月 日) 方法: ☐ 超音波 ☐ CT ☐ MRI ☐ 肝生検 ☐ その他() 所見: _____
診断	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. 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	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩錠 5. テノホビル アラフェナミドフマル酸塩錠 6. その他(具体的に記載:) 治療開始日(予定を含む。) 平成 年 月 日				
治療上の問題点					
医療機関名	記載年月日 平成 年 月 日				
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3か月以内の資料に基づいて記載してください。ただし「治療開始前データ」については、核酸アナログ製剤治療中の場合は、治療開始時の資料に基づいて記載してください。
3. 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、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。
4. 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(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書

(H29.2改正版)

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 明昭 年 月 日生 (満 歳) 大平	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば 記載する)	医療機関名 医師名		
検査所見			前回申請時データ		直近の認定・更新時以降のデータ
	1. B型肝炎 ウイルスマーカー (1) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2) HBV-DNA定量		(検査日: 平成 年 月 日) (+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) _____(単位: 、測定法)		(検査日: 平成 年 月 日) (+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) _____(単位: 、測定法)
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数		(検査日: 平成 年 月 日) ____IU/1 ____IU/1 ____×10 ⁴ /μl		(検査日: 平成 年 月 日) ____IU/1 ____IU/1 ____×10 ⁴ /μl
	3. 画像診断・肝生検 などの所見 (具体的に記載)		(検査日: 平成 年 月 日) 方法: ☐ 超音波 ☐ CT ☐ MRI ☐ 肝生検 ☐ その他() 所見: _____		(検査日: 平成 年 月 日) 方法: ☐ 超音波 ☐ CT ☐ MRI ☐ 肝生検 ☐ その他() 所見: _____
診断	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. 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	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩錠 5. テノホビル アラフェナミドフマル酸塩錠 6. その他(具体的に記載:)				
治療薬剤の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし 1. ありに○の場合 変更前薬剤名() 変更日(平成 年 月 日)				
治療上の問題点					
上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。					
医療機関名			記載年月日 平成 年 月 日		
所在地					
医師氏名			印		

(注)

- 「前回申請時のデータ」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。
- 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。
- 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

医療機関名

所在地(返信先)

連絡先

()

担当医直通以外の場合は窓口を記入()

担当医

フリガナ		性別	生年月日(年齢)			
患者氏名		男・女	明昭 大平	年	月	日生 (満 歳)
住所	郵便番号					
	電話番号 ()					

富山県肝炎治療特別促進事業実施要領 別添2 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。

※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。

✓ 上記の富山県肝炎治療特別促進事業実施要領 別添2 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 平成 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名

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。

様式第6号

第 号
年 月 日

殿

富山県知事

肝炎治療受給不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった肝炎治療受給者証の交付申請について、
審査の結果、下記の理由により不承認となりましたのでお知らせします。

記

理由：

肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書									
(申請者記入欄)									
フリガナ					性別	男・女			
氏名									
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生(満 歳)								
住所	〒								
電話番号									
*お手持ちのインターフェロン受給者証を確認の上、ご記入ください。									
受給者番号									
現行有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日								
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。 平成 年 月 日 申請者氏名 印 富山県知事 石井 隆一 殿									
※延長後の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日								

注1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前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。

※太枠欄は厚生センター(支所)、富山市保健所で記入します。

(担当医記載欄)			
フリガナ		生年月日	T・S・H 年 月 日生
申請者			
* 担当医師は、申請者について、C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、下記の(1)もしくは、(2)の該当する確認事項のチェック欄に[○]を記入ください。 (有効期間延長の認定には、下記の(1)もしくは、(2)のすべてのチェック欄に[○]が入っている必要があります。)			
(1)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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、『今回の治療で、HCV-RNAが投与開始後36週目までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。		(2)(1)に該当しない者で、 『今回の治療で、投与開始12週後にHCV-RNA量が前値の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する』と認められるので、48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。	
チェック欄	確認事項	チェック欄	確認事項
	申請者の診断名は、「C型慢性肝炎」である。		申請者の診断名は、「C型慢性肝炎」である。
	申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量である。		申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量である。
	申請者は、これまでの治療において、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者である。		申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の標準的治療(48週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中である。
	申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中である。		なお、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)
	なお、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)		申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。 投与開始後、継続的に治療を続け、 ・投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ、HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下 ・投与36週までにHCV-RNAが陰性化。 (一時休薬期間は除く)
	申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。 投与開始後、継続的に治療を続け、 ・投与36週までにHCV-RNAが陰性化。 (一時休薬期間は除く)		申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。 投与開始後、継続的に治療を続け、 ・投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ、HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下 ・投与36週までにHCV-RNAが陰性化。 (一時休薬期間は除く)
	申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。		申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
	変更後の予定期間(延長開始:平成 年 月～終了:平成 年 月予定)		変更後の予定期間(延長開始:平成 年 月～終了:平成 年 月予定)

※以上の確認事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

平成 年 月 日

医療機関名

その所在地

担当医師名

印

(注)ペグインターフェロン製剤添付文章【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定性・有効性は確立していない」とする記載がある旨、十分留意してください。

※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下さい。

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)有効期間延長申請書									
(申請者記入欄)									
フリガナ					性別	男・女			
氏名									
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生(満 歳)								
住所	〒								
電話番号									
* お手持ちのインターフェロン受給者証を確認の上、ご記入ください。									
受給者番号									
現行有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日								
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。 平成 年 月 日 申請者氏名 印 富山県知事 石井 隆一 殿									
※延長後の有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日								

注1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前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。

※太枠欄は厚生センター(支所)、富山市保健所で記入します。

(担当医記載欄)			
フリガナ		生年月日	T・S・H 年 月 日生
申請者			
*担当医師は、申請者について、C型慢性肝炎セロタイプ1（ジェノタイプ1）症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、下記の1. 治療歴のいずれかの項目、および2. の判断の該当する確認事項のチェック欄に[○]を記入ください。 有効期間延長の認定には、下記の1. の治療歴のいずれかの項目、および2. の判断のチェック欄に[○]が入っている必要があります。			
1. 治療歴について			
これまでのインターフェロン治療[(ペグ)インターフェロン製剤単独、リバビリン併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法]の無効例と認められ、			
チェック欄	確認事項		
	申請者は、これまでの24週以上のインターフェロン治療でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者である。		
	申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始12週後にHCV-RNA量が前値の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者である。		
2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について			
チェック欄	確認事項		
	3剤併用期間に続く12週のペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に24週(総治療期間48週)延長することが適切であると判断する。		
変更後の予定期間 : (開始 : 平成 年 月 ~ 終了 : 平成 年 月予定)			
※以上の確認事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。 平成 年 月 日 医療機関名 その所在地 担当医師名 印			
(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。			

※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下さい。

肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記入欄)

フリガナ		性別	男・女	
氏名				
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生(満 歳)			
住所	〒			
電話番号				
*お手持ちのインターフェロン受給者証を確認の上、ご記入ください。				
受給者番号				
現行有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日			

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、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。

平成 年 月 日

申請者氏名

印

富山県知事 石井 隆一 殿

(担当医記載欄)

申請者()について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える(計2か月までの延長)可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断する。

※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医専門医と連携している。

平成 年 月 日

医療機関名

その所在地

担当医師名

印

※延長後の有効期間

平成 年 月 日～平成 年 月 日

- 主1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前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。
 ※太枠欄は厚生センター(支所)、富山市保健所で記入します。

年 月 日

富山県知事 石井 隆一 殿

住所
申請者
氏名

肝炎治療自己負担限度額変更申請書

下記のとおり自己負担限度額の変更を申請します。

記

		公費負担者番号	
受給者氏名		受給者番号	

区分	変更前	変更後
自己負担限度額		
世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額		

(添付書類)

- ・ 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
- ・ 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の写し
- ・ 肝炎治療受給者証の写し
- ・ 市町村民税額合算対象除外申請書(様式第8号の2)【該当する場合】

市町村民税額合算対象除外希望申請書

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、申請者及びその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

(フリガナ)

除外希望者氏名

平成 年 月 日

(フリガナ)

申請者氏名

印

※除外要件(全てを満たさないと課税額合算対象から除外できません)

- 1 配偶者以外であること(住民票の続柄から確認します)
- 2 申請者及びその配偶者と除外対象者との間に地方税法上扶養関係又は被扶養関係がないこと(課税等証明書等から確認します)
- 3 申請者及びその配偶者と除外対象者との間に医療保険上扶養関係又は被扶養関係がないこと(健康保険証から確認します)

※上記の内容を確認するため、次の書類を添付ください。

- ☐ 配偶者以外であること:世帯全員の住民票の写し(続柄明記のこと)
- ☐ 地方税法上の扶養関係にないこと:申請者及びその配偶者、除外対象者の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類
(扶養控除関係が明記されたもの)
- ☐ 医療保険上の扶養関係にないこと:申請者及びその配偶者、除外対象者の健康保険証の写し

年 月 日

富山県知事 石井 隆一 殿

申請者 住 所
氏 名
(連絡先:)

肝炎治療受給に係る変更届

下記のとおり変更しましたので届出します。

記

受給者氏名	公費負担者番号	38166013
	受給者番号	

区 分	変 更 前	変 更 後	変更追加年月日
氏 名			
郵便番号			
住 所			
被 保 険 者 氏 名	(受給者との続柄)	(受給者との続柄)	
保 険 種 類	協・組・船・共・国・後	協・組・船・共・国・後	
被保険者証記号番号			
被保険者証発行機関名			
保 険 医 療 機 関 又 は 保 険 薬 局	(医療機関コード:)	(医療機関コード:)	
	(医療機関コード:)	(医療機関コード:)	
	(医療機関コード:)	(医療機関コード:)	
有 効 期 間	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	平成 年 月 日～ 平成 年 月 日	
	※以下、申請者の記入は不要です。(厚生センター・支所、富山市保健所記載) ・確認日:平成 年 月 日 ・確認先:()病院 主治医名: 担当者名: 【有効期間の変更理由】		

注1:変更のない箇所は斜線をして下さい。

2:氏名・住所の変更の場合は住民票の写し及び受給者証を添付して下さい。

受診医療機関の変更・追加、有効期間の変更の場合は受給者証を添付して下さい。

氏名 _____
(連絡先: _____)

注2：汚損、破損の場合は受給者証を添付して厚生センター（支所）・富山市保健所に提出して下さい。

公費負担者番号

3 8 1 6 6 0 1 3

※処理区分

※事由

※受給者番号

肝炎治療受給者転入届

受給者	フリガナ			性	男・女		職		
	氏名			別	※性別コード		業		
	生年月日	大・昭・平	年 月 日 (歳)	※生年月日コード					
	住所	〒				※市町村コード			
				TEL					
	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名			受給者との続柄				
		保 険 種 別	協会・組合・船員・共済 国保(組合・一般・退職)・後期		被保険者証の 記 号・番 号				
		被保険者証 発行機関名			※保険種別 コ ー ド				
		所 在 地							
	病 名								
本助成制度 利 用 歴	1. あり → 受給者証番号 () 2. なし 有効期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日)								
保 険 医 療 機 関 又 は 保 険 薬 局	名 称								
	所 在 地								
	※医療機関コード								
	名 称								
	所 在 地								
	※医療機関コード								
	名 称								
	所 在 地								
	※医療機関コード								
富山県外から転入してきましたので、届け出ます。 平成 年 月 日 受給者氏名 印 富山県知事 石井 隆一 殿 (添付書類) ・移転元の都道府県が交付した肝炎治療受給者証の写し ・転入後の住民票の写し									
※受給開始月			※自己負担限度額			※所得 階層			

※太枠欄は厚生センター(支所)、富山市保健所で記入

年 月 日

富山県知事 石井 隆一 殿

申請者 住 所

氏 名

受給者との続柄

(連絡先:)

肝炎治療受給者証返還届

下記のとおり肝炎治療受給者証を返還します。

記

受 給 者 番 号	
受 給 者 氏 名	
返 還 理 由 (該当するものを○で囲んでください)	1 治癒 2 受給者証の有効期限が終了 3 治療中止 4 県外転出 5 死亡 6 その他 ()
返還事由発生年月日	年 月 日

(注) 受給者証を添付してください。

医療機関の受診状況等に関する調査票

本調査は、ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業に係る陽性者フォローアップ事業に参加いただいた方を対象に、医療機関の受診状況や治療内容を確認し、必要な相談支援を行うことを目的に年1回実施しております。

調査のご回答を受けて、当方からお問い合わせをさせていただく場合があります。

なお、個人情報及び回答内容につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。

【本調査に関するお問い合わせ先】

(市町村または県の担当課)〇〇課 TEL 〇〇-〇〇-〇〇〇〇

問1 過去1年以内に肝臓の病気に関して医療機関を受診しましたか。

- ☐ はい（直近の受診日：平成 年 月ころ 医療機関名： ）
- ☐ いいえ（受診をしていない理由： ）

問2 （問1で「はい」と回答した場合）差し支えなければ、説明を受けた病状を教えてください。

- ☐ 無症候性キャリア（B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルス）
- ☐ 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる）
- ☐ 肝硬変（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる）
- ☐ 肝がん（B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる）
- ☐ その他（ ）
- ☐ わからない

問3 （問1で「はい」と回答した場合）現在の治療状況と今後の予定を教えてください。

- ☐ 肝臓病の治療を現在受けている。または今後受ける予定である。

└─ 差し支えなければ、治療内容を教えてください。

- ☐ インターフェロン治療
- ☐ インターフェロンフリー治療
- ☐ 核酸アナログ製剤治療
- ☐ その他（ ）
- ☐ 治療内容は、わからない

- ☐ 肝臓病の治療は受けていない。または今のところ治療の予定はない。

└─ 今後の予定をご回答ください。

- ☐ 経過観察（次回の受診目安： ころ）
- ☐ その他（ ）

問4 その他、ご意見やご質問などありましたら、ご記載ください。

お名前： _____

記載年月日：平成 年 月 日

連絡先： _____

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ同意書

肝炎は、自覚症状がないまま重症化することがあります。すぐに治療の必要がない場合でも、定期的に医療機関を受診し、ご自身の状態を確認することが重要です。

そこで、県内の市町村及び富山県では、あなたの健康を守るため、肝炎ウイルス陽性者の方に対して受診状況や治療内容について確認等のフォローアップを行います。

【内 容】

- ①市町村又は県厚生センター・支所から、医療機関の受診状況等の確認のため年 1 回程度、ご連絡差し上げます。（調査票の送付・電話による連絡等）
- ②お住まいの市町村又は県厚生センター・支所に本書の写しを提供することがあります。また、肝炎ウイルス検査結果や検査内容、治療内容等の情報を提供することがあります。
- ③必要に応じて、医療機関等に肝炎ウイルス検査結果や検査内容等の照会を行うことがあります。
- ④個人情報につきましては、他の目的に用いることはありません。

上記内容を確認の上、フォローアップの参加に同意します。

同意日 平成 年 月 日

住 所	〒		
氏 名 (自 署)		性 別	男 ・ 女
電 話 番 号	— —		
生 年 月 日	明 大 昭 平 年 月 日 (歳)		
フォローの 実 施 主 体 (いずれかを選択)	☐ お住まいの市町村 (市・町・村) のフォローアップに同意 ☐ 県のフォローアップに同意 (市町村のフォローアップは同意しない)		

ウイルス性肝炎初回精密検査費用請求書

平成 年 月 日

富山県知事 殿

ウイルス性肝炎の初回精密検査に要した費用を下記のとおり請求します。

申請者	フリガナ			性 別	生 年 月 日		
	氏 名	印		男 女	明 大 昭 平	年 月 日生	
	住 所	〒					
		電話番号 ()					
	加入保険	被 保 険 者 氏 名			続 柄		
		保 険 種 別	協会・組合・船員・共済 国保・後期高齢者		被保険者の 記号・番号		
		被保険者証 発行機関名					
所 在 地							
請求金額	円 ※文書料等の対象外費用を含む場合、 請求額は変更となることがあります。						
振込先	フリガナ						
	口座名義						
	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協		支 店 出張所	金融機関コード		店番
	口座種別	普通 当座		口座番号 (右詰で記入)			

注) 申請者は検査を受けた本人です。(申請者と振込口座の名義が異なる場合は委任状も併せて記載ください。)

(委任状)

私は、富山県から受けるウイルス性肝炎の初回精密検査費用の受領に関する権限を下記のとおり委任します。

平成 年 月 日

委任者(受給者) 氏 名

印

受任者(口座名義) 氏 名

(続柄:)

住 所 〒

次の書類を添付ください。

【添付書類】(レ印)

- ☐ 検査を受けた医療機関が発行した領収書
- ☐ 検査を受けた医療機関が発行した診療明細書
- ☐ 肝炎ウイルス検査の結果通知書(県又は市町村が行う肝炎ウイルス検査)
- ☐ 申請者の氏名が記載された健康保険証の写し
- ☐ フォローアップ同意書(様式第14号)

※医療機関によっては、診療明細書等に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外となります。

慢性肝炎・肝硬変・肝がん	
非課税	
自己負担額	0 円・2 千円・3 千円

(H29.6 改正版)

ウイルス性肝炎定期検査費用請求書（平成 年度 回目）

平成 年 月 日

富山県知事 殿

ウイルス性肝炎の定期検査に要した費用を下記のとおり請求します。

申請者	フリガナ			性 別	生 年 月 日	
	氏 名	印		男 女	明 大 昭 平	年 月 日生
	住 所	〒				
	加入保険	電話番号	()			
		被 保 険 者 氏 名			続 柄	
保 険 種 別		協会・組合・船員・共済 国保・後期高齢者		被保険者の 記号・番号		
被保険者証 発行機関名						
	所 在 地					
請求金額		円 ※文書料等の対象外費用を含む場合、 請求額は変更となることがあります。				
振込先	フリガナ					
	口座名義					
	金融機関名	銀行・信用組合 信用金庫・農協		支 店 出張所	金融機関コード 店番	
	口座種別	普通 ・ 当座		口座番号 (右詰で記入)		
定期検査申請での省略書類(レ印)		・ 以前に定期検査費用の支払いを受けた場合（以前支払を受けた時に比べ、慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった場合は除く。） ☐ 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式第 18 号） ・ 同一年度内で、2 回目の申請又は肝炎治療受給者証の交付後、本申請を行う際に、以前の申請時と同様の内容の書類である場合。 ☐ 申請者の氏名が記載された健康保険証の写し ☐ 世帯構成員の住民票の写し ☐ 世帯構成員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書 ☐ 市町村民税額合算対象除外希望申請書				

注) 申請者は検査を受けた本人です。(申請者と振込口座の名義が異なる場合は委任状も併せて記載ください。)

(委任状)

私は、富山県から受けるウイルス性肝炎の定期検査費用の受領に関する権限を下記のとおり委任します。

平成 年 月 日

委任者(受給者) 氏 名

印

受任者(口座名義) 氏 名

(続柄:)

住 所 〒

※裏面の添付書類をご確認ください。

様式第 16 号（裏面）

次の書類を添付ください。

【添付書類】（レ印）

- ☐ 検査を受けた医療機関が発行した領収書
- ☐ 検査を受けた医療機関が発行した診療明細書
- ☐ 定期検査費用の助成に係る医師の診断書（様式第 18 号）
- ☐ 申請者の氏名が記載された健康保険証の写し
- ☐ 世帯構成員の住民票の写し
- ☐ 世帯構成員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書
- ☐ フォローアップ同意書（様式第 14 号）
- ☐ 定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式第 17 号）
（申請者本人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（配偶者以外の者に限る。）を世帯構成員における市町村民税課税年額の合算対象から除外することを希望する場合）

※「世帯構成員」とは、申請者が属する住民票上の世帯のすべての構成員のことをいいます。

※なお、表面記載の要件（定期検査申請での省略書類（レ印））に該当する場合は、該当書類を省略することができます。

※医療機関によっては、診療明細書や診断書に費用がかかる場合がありますが、その費用は助成対象外となります。

定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書

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、申請者及びその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

(フリガナ)

除外希望者氏名

平成 年 月 日

(フリガナ)

申請者氏名

印

※除外要件(全てを満たさないと課税額合算対象から除外できません)

- 1 配偶者以外であること(住民票の続柄から確認します)
- 2 申請者及びその配偶者と除外対象者との間に地方税法上扶養関係又は被扶養関係がないこと(課税等証明書等から確認します)
- 3 申請者及びその配偶者と除外対象者との間に医療保険上扶養関係又は被扶養関係がないこと(健康保険証から確認します)

※上記の内容を確認するため、次の書類を添付ください。

- ☐ 配偶者以外であること:世帯全員の住民票の写し(続柄明記のこと)
- ☐ 地方税法上の扶養関係にないこと:申請者及びその配偶者、除外対象者の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類
(扶養控除関係が明記されたもの)
- ☐ 医療保険上の扶養関係にないこと:申請者及びその配偶者、除外対象者の健康保険証の写し

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

フリガナ		性 別	生 年 月 日	
患者氏名		男 女	明大 昭平	年 月 日生
住 所	〒 ー 電話番号 ()			
肝炎ウイルス マーカー	該当する項目にチェックをしてください。 ※抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載していただいてもかまいません。 ☐ B 型肝炎ウイルスマーカー (HBs 抗原陽性 ・ HBV-DNA 陽性) ☐ C 型肝炎ウイルスマーカー (HCV 抗体陽性 ・ HCV-RNA 陽性)			
診 断	該当する診断名にチェックしてください。 ☐ 慢性肝炎 ☐ 肝硬変 ☐ 肝がん ※各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に（抗ウイルス療法後の経過観察中等）記載してください。 その他 ()			
その他 記載すべき 事項				
上記のとおり診断します。 記載年月日 平成 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 印				

職域検査促進事業における実施状況報告

報告者名称

連絡先住所、電話番号

事項	報告内容	備考
実施対象	保険者名 (事業所名) (検診機関名)	
肝炎の啓発実施	実施の可否 実施 / 実施していない 啓発対象者数 人 実施方法 (資料配付、説明会、他)	
肝炎ウイルス検査の勧奨	実施の可否 実施 / 実施していない 実施期間 年 月 ~ 年 月 勧奨実施者数 人	
肝炎ウイルス検査の受診者等	実施期間 年 月 ~ 年 月 受診者数 人 陽性者数 人	

(注) 啓発、勧奨を実施した範囲に応じて作成するものとする。この際、各人員については、報告可能な範囲で記載するものとし、注記すべき点があれば備考欄に記載のこと。