

## 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。





### 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 <small>(公的な証で区分が判明する場合に記入)</small>	【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)	公費 助成額 (A) - (B)
	入通調 院				/	/
	入通調 院					
	入通調 院					
	入通調 院					
	入通調 院					
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「個人情報の取り扱いについて」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		
<b>肝炎治療受給者証交付申請書(新規・更新)</b> (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	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 <small>(該当する□をチェック)</small>	B型肝炎ウイルスによる： <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 C型肝炎ウイルスによる： <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変		※治療コード
発見契機 <small>(新規のみ)</small>	該当する□をチェックする <input type="checkbox"/> 市町村の健診 <input type="checkbox"/> 職場健診・ドック <input type="checkbox"/> 厚生センターの検診 <input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 医療機関(自覚症状有り・他疾患での受診や治療中) <input type="checkbox"/> 献血 <input type="checkbox"/> 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

(H29.3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	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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: ) <input type="checkbox"/> 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 _____ ×10 <sup>4</sup> /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: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: ) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. インターフェロン治療歴</p> <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> 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) <p>2. インターフェロンフリー治療歴</p> <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: ) <input type="checkbox"/> 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	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日)</p> (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 <p>2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日)</p> AST IU/l ALT IU/l ヘモグロビン g/dl 血小板数 $\times 10^4 / \mu l$ <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日)</p> (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: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> その他( ) <p>所見: _____</p>			
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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)</p>			
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	<p>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</p> <p>治療予定期間 24週(平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>			
治療実施医療機関について	<p>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。</p> <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 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)	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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: ) <input type="checkbox"/> 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 _____ ×10 <sup>4</sup> /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: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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

(H29.3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	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 <input type="checkbox"/> 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 ×10 <sup>4</sup> /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: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> 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. ソホスビル及びリバビリン併用療法 3. レジバスビル/ソホスビル配合錠 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 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	<input type="checkbox"/> 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

(H29.3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 <input type="checkbox"/> 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: ) ウ. 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) エ. 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 <input type="checkbox"/> 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 _____ ×10 <sup>4</sup> /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: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> 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 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。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。 記載年月日 平成 年 月 日 医療機関名 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 (満 歳) 大平 生	
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 <sup>4</sup> / μl	(検査日: 平成 年 月 日) ____ IU/l ____ IU/l ____ ×10 <sup>4</sup> / 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: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> その他( ) 所見: _____	(検査日: 平成 年 月 日) 方法: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> 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	生年月日(年齢)	
			男・女	明昭 大平	年 月 日 (満 歳) 生
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)	(検査日: 平成 年 月 日)		(検査日: 平成 年 月 日)
		( + ・ - ) ( + ・ - ) ( + ・ - ) _____(単位: 、測定法 )	( + ・ - ) ( + ・ - ) ( + ・ - ) _____(単位: 、測定法 )		( + ・ - ) ( + ・ - ) ( + ・ - ) _____(単位: 、測定法 )
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日: 平成 年 月 日)	(検査日: 平成 年 月 日)		(検査日: 平成 年 月 日)
		____ IU/l ____ IU/l ____ ×10 <sup>4</sup> / μl	____ IU/l ____ IU/l ____ ×10 <sup>4</sup> / 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: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> その他( )		方法: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> その他( )	
		所見: ( )		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型慢性肝炎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	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
電話番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
*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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
現行有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日			
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p> <p>富山県知事 石井 隆一 殿</p>				
※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	
申請者	生年月日 T・S・H 年 月 日生
<p>* 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[○]が入っていることが必要です。)</p>	
(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
	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)
	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)

※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	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
電話番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
*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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
現行有効期間	平成 年 月 日~平成 年 月 日					
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>富山県知事 石井 隆一 殿</p>						
※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			
<p>*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[○]が入っていることが必要です。</p>			
<p><b>1. 治療歴について</b></p> <p>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、</p>			
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。		
<p><b>2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について</b></p>			
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。		
<p>変更後の予定期間 : (開始 : 平成 年 月 ~ 終了 : 平成 年 月 予定)</p>			
<p>※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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 その所在地 担当医師名 <span style="float: right;">印</span></p>			
<p>(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。</p>			

※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	〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>		
電話番号	<input style="width: 100px;" type="text"/>		
*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	<input style="width: 100px;" type="text"/>		
現行有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">富山県知事 石井 隆一 殿</p>			
(担当医記載欄)			
<p>申請者 ( <input style="width: 100px;" type="text"/> ) 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。</p> <p>※ 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 その所在地 担当医師名 印</p>			
※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。

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。

富山県知事 石井 隆一 殿

申請者 住所

氏名  
(連絡先: )

肝炎治療受給者証再交付申請書

次の理由により、肝炎治療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

理 由 紛失 ・ 汚損 ・ 破損

受 給 者 氏 名 \_\_\_\_\_

受 給 者 番 号 \_\_\_\_\_

注1：当該事項に○印をつけて下さい。

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 <input type="text"/>	業	
	生年月日	大・昭・平	年 月 日 ( 歳 )	※生年月日コード	<input type="text"/>		
	住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>		※市町村コード		<input type="text"/>	
		TEL <input type="text"/>					
	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		<input type="text"/>	
	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	<input type="text"/>					
	名称						
	所在地						
	※医療機関コード	<input type="text"/>					
	名称						
	所在地						
	※医療機関コード	<input type="text"/>					

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	<input type="text"/>	※自己負担限度額	<input type="text"/>	※所得階層	<input type="text"/>
--------	----------------------	----------	----------------------	-------	----------------------

※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

(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)	<input type="checkbox"/> お住まいの市町村 ( 市・町・村) のフォローアップに同意 <input type="checkbox"/> 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	〒					
	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	〒 -					
		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)			
定期検査申請での省略書類(レ印)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。)</li> <li><input type="checkbox"/> 定期検査費用の助成に係る医師の診断書 (様式第 18 号)</li> <li>・ 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。</li> <li><input type="checkbox"/> 申請者の氏名が記載された健康保険証の写し</li> <li><input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し</li> <li><input type="checkbox"/> 世帯全員の課税等証明書等又は住民税非課税証明書</li> <li><input type="checkbox"/> 市町村民税額合算対象除外希望申請書</li> </ul>						

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 〒 \_\_\_\_\_

※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
- 世帯全員の住民票
- 世帯全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)

※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	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー ( HBs抗原陽性 ・ HBV-DNA 陽性 )  <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー ( HCV抗体陽性 ・ HCV-RNA 陽性 )</p>			
診 断	<p>該当する診断名、項目にチェックしてください。                  ※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記載してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性肝炎  <input type="checkbox"/> 肝硬変  <input type="checkbox"/> 肝がん  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>			
その他記載すべき事項				
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">記載年月日 平成 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地</p> <p>医師氏名 印</p>				

※「診断」欄の「その他」は、抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っているなどの場合に記入する。

