

健 第 464 号
平成 29 年 7 月 20 日

富山県医師会長 殿

富山県厚生部健康課長
(公印省略)

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）更新申請について

平素から、本県の肝炎対策にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成 29 年度における肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）更新申請の取扱いを、別紙のとおりとしましたので、貴会員への周知についてご配慮いただきますよう、よろしくお願いいたします。

事務担当

健康課がん対策推進班 大場

TEL 076-444-3224

9.7.24

核酸アナログ製剤治療費助成の更新申請に係る診断書の簡素化について

1. 趣旨

更新を行う多くの患者において治療内容(製剤)の変化がないことを踏まえ、厚生労働省通知において平成28年度より、以下のとおり簡素化が図られた。

2. 改正点 平成28年4月1日付け健第105号「富山県肝炎治療特別促進事業実施要領」の一部改正

- 更新申請の添付書類について、診断書以外の書類でも更新申請が可能となった。
- 添付書類は、直近の認定・更新時以降に作成されたもの。

28年度より新設

診断書の場合…参考資料1

	前回申請時データ	直近の認定・更新時以降のデータ
検査所見	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) 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: _____

診断書以外の場合…参考資料2

診断書の代わりに、以下①と②の提出で申請可能とする。

- ① 検査内容が分かる資料
 (具体例: 検査結果報告書の写し、画像診断レポート等)
- ② 治療内容が分かる資料
 (具体例: お薬手帳の写し等)



(注) ①②とも、直近の認定・更新時以降に行われた日付であること

主治医の皆様へ

核酸アナログ製剤治療【更新】 診断書の記載について

肝炎の医療費助成制度は、肝炎患者の早期治療の促進と、肝硬変・肝がんの予防を目的としています。肝がんの有無を確認することが重要であるため、画像診断(超音波検査を含む)は少なくとも年1回以上実施し、診断書には検査方法とその所見を記載してください。

設備等の理由にて画像診断等が困難な場合には、専門医療機関と連携いただき対応をお願いいたします。また、内容等について、厚生センター・支所、保健所より問合せさせていただく場合があります。よろしくお願ひいたします。

様式第4号の8
(更新用)を使用
ください

様式第4号の8

更新

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)

以下①~③は、必須の検査項目です。
直近の認定・更新時以降のデータを必ず記載願います。

- ① 1. (2)HBV-DNA 定量
- ② 2. 血液検査
- ③ 3. 画像診断・肝生検などの所見

H29.2 改正版が
最新版の様式です

※記載漏れがあると、認定までに時間がかかります。
忘れず記載ください。

性別	男・女	生年月日(年齢)	明昭 大平	年 月 日 生 (歳)
前医	()	医療機関名		
検査項目	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 HBc抗原 HBc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 ³ / μl	(検査日: 平成 年 月 日) ____ IU/l ____ IU/l ____ ×10 ³ / 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	有効期間は記載より3ヶ月以内です。			
医療機関名	記載年月日 平成 年 月 日			
所在地				
医師氏名	印			

エコー、CTなど「検査方法」と「所見」を記載ください。

変更ありの場合は、変更薬剤名も必ず記載下さい。

忘れずに押印ください。

(注)
1. 「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。
2. 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。
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。

核酸アナログ製剤治療【更新】 資料による更新申請について

従来は、診断書の提出が必須でしたが、診断書に代わり①検査内容と②治療内容が分かる資料の提出による申請も可能となりました。

※従来どおり、診断書による更新申請も可能です

更新申請を希望される方々が、医療機関へ①検査内容の分かる資料を取りに伺うことが予測されます。その際は、患者様に資料のご提供をよろしくお願いいたします。

また、内容等について、厚生センター・支所、保健所より問合せさせていただく場合があります。よろしくお願いいたします。

【ご提供をお願いしたい検査項目】

1. B型肝炎ウイルスマーカー

- ・HBV-DNA 定量

2. 血液検査

- ・AST(GOT)
- ・ALT(GPT)
- ・血小板数

3. 肝臓の画像診断・肝生検などの所見(画像診断レポート等)

- ・検査方法(超音波、CT、MRI、肝生検)が記載されたもの
- ・検査結果に対する医師の所見、診断等が記載されたもの

※画像診断レポート等の提供ができない場合には、他ご提供いただく資料(血液検査結果等)に「検査日・検査方法・所見・主治医名」の記入及び「主治医の押印」による提供をお願いいたします。

(注)

1. 過去1年以内(前回の肝炎治療費助成の認定・更新時以降)に受けた検査内容に限ります。
2. 書類が複数枚にわたる場合には、該当箇所がわかる部分の書類をそれぞれ提供願います。
3. 医療機関名が記入されていない場合は、余白等に医療機関名をご記入ください。
4. 検査日がわかるものご提供ください。

更新手続きについて

○ 更新対象者

有効期間が平成29年11月30日までの『㊦肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)』をお持ちの方で、引き続き医療費助成を受けようとする方

○ 更新案内

7月下旬頃より対象者あてに更新の案内を郵送しています。

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(様式第4号の8)は、対象者あてに送付いたしますが、様式は富山県厚生部健康課ホームページよりダウンロードが可能です。

○ 更新申請手続き

対象者が、下記の必要書類を揃え、申請窓口にて10月2日までに申請することとなります。

《必要書類》

- ① 肝炎治療受給者証交付申請書(様式第3号)
- ② 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(様式第4号の8)…参考資料1
又は、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に代えて申請する様式(様式4号の9)…参考資料2
- ③ 健康保険証の写し
- ④ 世帯全員の住民票
- ⑤ 世帯全員の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類
- ⑥ 平成29年11月末までの受給者証の写し

申請が遅くなると、受給者証の交付が12月下旬以降となります。

平成28年度より新設

※課税年額が確認できる書類の提出(義務教育期間の方については不要)がない場合、医療費の自己負担限度額は、最高の区分になります。

※各書類を請求する時には、下記のものが必要となる場合があります。

- 本人の場合:印鑑、身元確認書類(健康保険証、運転免許証など)、手数料
- 代理人の場合:印鑑、委任状、代理人の身元確認書類(健康保険証、運転免許証など)、手数料

○ 問合せ及び申請窓口

ご質問やお問い合わせ等ございましたら、下記までご連絡下さい。

管轄市町村	受付窓口	電話番号
黒部市・入善町・朝日町	新川厚生センター	0765-52-2647
魚津市	新川厚生センター魚津支所	0765-24-0359
滑川市・舟橋村・上市町・立山町	中部厚生センター	076-472-1234
高岡市	高岡厚生センター	0766-26-8414
射水市	高岡厚生センター射水支所	0766-56-2666
氷見市	高岡厚生センター氷見支所	0766-74-1780
砺波市・南砺市	砺波厚生センター	0763-22-3511
小矢部市	砺波厚生センター小矢部支所	0766-67-1070
富山市	富山市保健所保健予防課	076-428-1152