

新	旧
<p style="text-align: center;">高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱</p> <p>第1 目的 国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、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）によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は、月額の治療費が高額になること又は長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成する高知県肝炎治療特別促進事業（以下「助成事業」という。）を実施し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。</p> <p>第2～第3 （略）</p> <p>第4 対象者 対象者は、次に掲げる要件を満たす者とする。ただし、他の法令等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を除く。 （1） 県内に住所を有する者 （2） 第3に定める対象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及び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</p> <p>第5 （略）</p> <p>第6 受給の申請 第3の規定により医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、（1）のいずれかの書類及び（2）のいずれかの書類に（3）から（5）までに掲げる関係書類を添えて知事に申請しなければならない。 （1） 別記第1号様式から別記第1号様式の5までによる肝炎インターフェロン治療受給者証、肝炎インターフェロンフリー治療受給者証又は肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証（以下「受給者証」という。）交付申請書 （2） 第3に定める対象医療を適切に行うことができるものとして知事が認めた医師の発行した別記第2号様式から別記第2号様式の7までによる診断書（以下「診断書」という。） ただし、核酸アナログ製剤治療の更新申請の際は、医師の診断書に代えて、直近の認定（前回更新時の認定を含む。以下同じ。）以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を別記第1号様式の6により提出することで申請ができるものとする。 また、インターフェロンフリー治療の再治療を行う場合は、高知県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発行した別記第2号様式の8による意見書も添えなければならない。 （3） 申請者の氏名が記載された医療保険の資格情報が確認できる資料等の写し （4） （略） （5） （4）の全員の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し ただし、知事が別添4に定める要件に該当し、その適用を受けようとする場合は、別記第1号様式の7による市町村民税額合算対象除外希望申立書を提出しなければならない。また、市町村民税課税年額の算定に当たって調整を希望するものは、別記第1号様式の8による世帯調書を提出しなければならない。 なお、マイナンバーを用いた情報連携を実施することが可能な場合には、申請者及び申請者と同一世帯に属するすべての者のうち、別記第1号様式の9によるマイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書の提出により、提出書類の一部を省略することができるものとする。</p> <p>第7 診断書記載医師の認定 知事は、別記第2号様式から別記第2号様式の7までによる診断書を作成する医師を認定する。</p>	<p style="text-align: center;">高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱</p> <p>第1 目的 国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、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）によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は、月額の治療費が高額になること又は長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成する高知県肝炎治療特別促進事業（以下「助成事業」という。）を実施し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、<u>ひいては</u>国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。</p> <p>第2～第3 （略）</p> <p>第4 対象者 対象者は、次に掲げる要件を満たす者とする。ただし、他の法令等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を除く。 （1） 県内に住所を有する者 （2） 第3に定める対象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及び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もの</p> <p>第5 （略）</p> <p>第6 受給の申請 第3の規定により医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、（1）のいずれかの書類及び（2）のいずれかの書類に（3）から（5）までに掲げる関係書類を添えて知事に申請しなければならない。 （1） 別記第1号様式から別記第1号様式の6までによる肝炎インターフェロン治療受給者証、肝炎インターフェロンフリー治療受給者証又は肝炎核酸アナログ製剤治療受給者（以下「受給者証」という。）交付申請書 （2） 第3に定める対象医療を適切に行うことができるものとして知事が認めた医師の発行した別記第2号様式から別記第2号様式の9までによる診断書（以下「診断書」という。） ただし、核酸アナログ製剤治療の更新申請の際は、医師の診断書に代えて、直近の認定（前回更新時の認定を含む。以下同じ。）以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を別記第1号様式の7により提出することで申請ができるものとする。 また、インターフェロンフリー治療の再治療を行う場合は、高知県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発行した別記第2号様式の10による意見書も添えなければならない。 （3） 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し （4） （略） （5） （4）の全員の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類の写し ただし、知事が別添4に定める要件に該当し、その適用を受けようとする場合は、別記第1号様式の8による市町村民税額合算対象除外希望申立書を提出しなければならない。また、市町村民税課税年額の算定に当たって調整を希望するものは、別記第1号様式の9による世帯調書を提出しなければならない。 なお、申請者及び申請者と同一世帯に属するすべての者のうち、別記第1号様式の10によるマイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書により、<u>直近年度の地方税関係情報について取得することに同意し自ら署名を行った場合は、市町村民税の課税年額を証明する書類の写しの提出</u>を省略することができるものとする。</p> <p>第7 診断書記載医師の認定 知事は、別記第2号様式から別記第2号様式の9までによる診断書を作成する医師を認定する。</p>

新	旧
<p>なお、手続については、別添2に定める。</p>	<p>なお、手続については、別添2に定める。</p>
<p>第8 (略)</p>	<p>第8 (略)</p>
<p>第9 受給の決定</p>	<p>第9 受給の決定</p>
<p>1 知事は、第6に規定する書類（以下「申請書等」という。）を受理したときは、高知県感染症対策<u>連携</u>協議会肝炎対策部会の審査を経て、知事が別添1に定める対象患者の認定基準（以下「認定基準」という。）により適正にこの事業の対象者（以下「受給者」という。）とするか否かを決定する。</p> <p>ただし、第6（<u>2</u>）に規定する診断書の提出を省略した場合の核酸アナログ製剤治療の更新に関する認定においては、申請者に<u>診断書又は検査内容及び治療内容が分かる資料を提出させた</u>場合を除き、協議会に意見を求めることを省略することができるものとする。</p> <p>2 知事は、受給者とすることを決定したときは、申請者に対して別記第3号様式<u>から</u>別記第3号様式の3による受給者証及び別記第4号様式による肝炎自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）を交付するとともに、申請書に記載のある保険医療機関（以下「申請医療機関」という。）に対してその旨を通知する。</p>	<p>1 知事は、第6に規定する書類（以下「申請書等」という。）を受理したときは、高知県感染症対策協議会肝炎対策部会の審査を経て、知事が別添1に定める対象患者の認定基準（以下「認定基準」という。）により適正にこの事業の対象者（以下「受給者」という。）とするか否かを決定する。</p> <p>ただし、第6（<u>1</u>）に規定する診断書の提出を省略した場合の核酸アナログ製剤治療の更新に関する認定においては、申請者が<u>診断書又は検査内容及び治療内容が分かる資料を提出した</u>場合を除き、協議会に意見を求めることを省略することができるものとする。</p> <p>2 知事は、受給者とすることを決定したときは、申請者に対して別記第3号様式、<u>別記第3号様式の2、別記第3号様式の3、別記第3号様式の4、別記第3号様式の5又は別記第3号様式の6</u>による受給者証及び別記第4号様式による肝炎自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）を交付するとともに、申請書に記載のある保険医療機関（以下「申請医療機関」という。）に対してその旨を通知する。</p>
<p>3 (略)</p>	<p>3 (略)</p>
<p>第10 (略)</p>	<p>第10 (略)</p>
<p>第11 受給期間の延長</p>	<p>第11 受給期間の延長</p>
<p>例外的に助成期間の延長を認める場合は、次によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。</p> <p>1 C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）型<u>かつ</u>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、知事が別添3に定める一定の条件を満たし、医師が72週投与（48週プラス24週）が必要であると判断する場合は、受給者は、別記第12号様式による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を有効期間が終了するおおむね2月前までに知事に申請するものとする。</p> <p><u>2</u> 知事は、1の規定による申請を受けたときは、それに基づき、受給者に対して6月を限度とする期間延長の受給者証及び管理票を交付するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。</p> <p><u>3</u> 副作用による休薬等、受給者に帰責性のない事由による治療休止期間があり、かつ、受給期間の延長が必要な場合には、受給者は、別記第<u>13</u>号様式により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を有効期間が終了するおおむね2月前までに知事に申請しなければならない。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。</p> <p><u>4</u> 知事は、<u>3</u>の規定による申請を受けたときは、当該申請に基づき、受給者に対して2月を限度とする期間延長の受給者証及び管理票を交付するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。</p>	<p>例外的に助成期間の延長を認める場合は、次によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。</p> <p>1 C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）型、<u>高</u>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、知事が別添3に定める一定の条件を満たし、医師が72週投与（48週プラス24週）が必要であると判断する場合は、受給者は、別記第12号様式による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を有効期間が終了するおおむね2月前までに知事に申請するものとする。</p> <p><u>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、知事が別添3に定める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は、受給者は、別記第13号様式による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を有効期間が終了するおおむね2月前までに知事に申請するものとする。</u></p> <p><u>※ 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。</u></p> <p><u>3</u> 知事は、<u>1及び2</u>の規定による申請を受けたときは、それに基づき、受給者に対して6月を限度とする期間延長の受給者証及び管理票を交付するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。</p> <p><u>4</u> 副作用による休薬等、受給者に帰責性のない事由による治療休止期間があり、かつ、受給期間の延長が必要な場合には、受給者は、別記第<u>14</u>号様式により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を有効期間が終了するおおむね2月前までに知事に申請しなければならない。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。</p> <p><u>※ 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等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。</u></p> <p><u>5</u> 知事は、<u>4</u>の規定による申請を受けたときは、当該申請に基づき、受給者に対して2月を限度とする期間延長の受給者証及び管理票を交付するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。</p>
<p>第12 (略)</p>	<p>第12 (略)</p>
<p>第13 届出事項の変更</p>	<p>第13 届出事項の変更</p>
<p>1 受給者は、住所、氏名、医療機関、加入している医療保険等に変更があったときは、別記第7号様式による肝炎治療受給者証変更届に変更内容を証明する書類（医療機関の変更の場合を除く。）を添えて知事に届け出なければならない。</p> <p>なお、<u>マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略させることとする。</u> <u>また、</u>この手続は、受給者の同意の上、医療機関が代行することができるものとする。</p>	<p>1 受給者は、住所、氏名、医療機関、加入している医療保険等に変更があったときは、別記第7号様式による肝炎治療受給者証変更届に変更内容を証明する書類（医療機関の変更の場合を除く。）を添えて知事に届け出なければならない。</p> <p>なお、この手続は、受給者の同意の上、医療機関が代行することができるものとする。</p>

新	旧
2 (略)	2 (略)
第14 (略)	第14 (略)
<p>第15 県外から転入した場合の申請</p> <p>1 他の都道府県で受給者証の交付を受けていた患者が高知県に転入し、引き続き当該受給者証の交付を受けようとするときは、転入日の属する月の翌月末日までに(1)に掲げる書類に<u>(2)から(4)</u>に掲げる関係書類を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>(1) 別記第1号様式から別記第1号様式の<u>5</u>までによる受給者証交付申請書</p> <p>(2)～(3) (略)</p> <p><u>(4) 別記第1号様式の9によるマイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書(ただし、マイナンバーの利用に同意しない場合は除く)</u></p> <p>2 (略)</p>	<p>第15 県外から転入した場合の申請</p> <p>1 他の都道府県で受給者証の交付を受けていた患者が高知県に転入し、引き続き当該受給者証の交付を受けようとするときは、転入日の属する月の翌月末日までに(1)に掲げる書類に<u>(2)及び(3)</u>に掲げる関係書類を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>(1) 別記第1号様式から別記第1号様式の<u>6</u>までによる受給者証交付申請書</p> <p>(2)～(3) (略)</p> <p>2 (略)</p>
<p>第16 助成する治療費の算出、請求及び支払</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 受給者が助成費に該当する費用を医療機関等に支払ったときは、受給者の支払った費用を助成費として充当し、受給者はこの費用を別記第9号様式による肝炎治療<u>特別促進事業医療費償還払い申請書</u>及び別記第9号様式の2による肝炎治療特別促進事業療養証明書を提出し、知事に対して直接請求することができるものとする。知事は、その内容を審査の上、適正であると認めるときは受給者に対して直接支払うものとする。</p>	<p>第16 助成する治療費の算出、請求及び支払</p> <p>1～3 (略)</p> <p>4 受給者が助成費に該当する費用を医療機関等に支払ったときは、受給者の支払った費用を助成費として充当し、受給者はこの費用を別記第9号様式による<u>肝炎治療費申請書</u>及び別記第9号様式の2による肝炎治療特別促進事業療養証明書を提出し、知事に対して直接請求することができるものとする。知事は、その内容を審査の上、適正であると認めるときは受給者に対して直接支払うものとする。</p>
<p>第17 自己負担限度月額の管理</p> <p>別表に定める自己負担限度月額の管理は、次のとおり行う。</p> <p>(1) 管理票の交付を受けた受給者は、<u>肝炎治療</u>を受ける際に、受給者証とともに管理票を保険医療機関等に提示しなければならない。</p> <p>(2) 管理票を提示された保険医療機関等は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が抗ウイルス治療(<u>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</u>)について支払った自己負担の累積額を管理票に記載しなければならない。当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載しなければならない。</p> <p>なお、当該自己負担限度月額は、<u>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と核酸アナログ製剤治療</u>を併用する者の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する一人当たりの限度月額として取り扱うものとする。</p> <p>(3) (略)</p>	<p>第17 自己負担限度月額の管理</p> <p>別表に定める自己負担限度月額の管理は、次のとおり行う。</p> <p>(1) 管理票の交付を受けた受給者は、<u>抗ウイルス治療</u>を受ける際に、受給者証とともに管理票を保険医療機関等に提示しなければならない。</p> <p>(2) 管理票を提示された保険医療機関等は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が抗ウイルス治療について支払った自己負担の累積額を管理票に記載しなければならない。当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載しなければならない。</p> <p>なお、当該自己負担限度月額は、<u>抗ウイルス治療</u>を併用する者の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する一人当たりの限度月額として取り扱うものとする。</p> <p>(3) (略)</p>
第18～第19 (略)	第18～第19 (略)
<p>附 則 (略)</p> <p><u>附 則</u></p> <p>1 この要綱は、<u>令和8年3月18日から施行し、令和7年12月10日から適用する。</u></p>	<p>附 則 (略)</p> <p>附 則</p> <p>1 この要綱は、令和5年3月1日から施行する。</p>

新	旧
<p>別添1</p> <p style="text-align: center;">認 定 基 準</p> <p>1 B型慢性肝疾患 (略)</p> <p>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型慢性肝炎若しくは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。<u>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薬による3剤併用療法</u>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。</p> <p>(注) 上記において2回目の助成を受けることができるのは、次の1及び2のいずれにも該当しない場合とする。</p> <p>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場合。</p> <p>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週投与が行われた場合。</p> <p>3 <u>直前の抗ウイルス治療として2の(2)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又は県が認める研修会を受講した日本消化器病学会消化器病専門医が「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。</u></p> <p>4 診断書記載医師及び治療医療機関については、別添2のとおり。</p> <p><u>(2) インターフェロンフリー治療について</u> 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。</p> <p>(注) 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。</p> <p>なお、<u>再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療8週、再治療12週とする療法に限る。また、2の(1)及び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薬による3剤併用療法</u>に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>2 診断書記載医師及び治療医療機関については、別添2のとおり。</p> <p>3 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又は県が認める研修会を受講した日本消化器病学会消化器病専門医が「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。</p>	<p>別添1</p> <p style="text-align: center;">認 定 基 準</p> <p>1 B型慢性肝疾患 (略)</p> <p>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型慢性肝炎若しくは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。<u>2の(2)</u>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。</p> <p>(注) 上記において2回目の助成を受けることができるのは、次の1及び2のいずれにも該当しない場合とする。</p> <p>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場合。</p> <p>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週投与が行われた場合。</p> <p>3 診断書記載医師及び治療医療機関については、別添2のとおり。</p> <p><u>(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</u> 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。</p> <p><u>(注) 1 上記については、2の(1)に係る治療歴の有無を問わない。</u></p> <p><u>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、改めて助成の対象とすることができる。</u></p> <p><u>3 診断書記載医師及び治療医療機関については、別添2のとおり。</u></p> <p><u>(3) インターフェロンフリー治療について</u> 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。</p> <p>(注) 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<u>他の</u>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。</p> <p>なお、2の(1)及び<u>2の(2)</u>に係る治療歴の有無を問わない。</p> <p>2 診断書記載医師及び治療医療機関については、別添2のとおり。</p> <p>3 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又は県が認める研修会を受講した日本消化器病学会消化器病専門医が「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。</p>

新	旧																																						
<p>別添2</p> <p>1 診断書の記載医師要件 次のいずれかに該当する医師 (1) 日本肝臓学会肝臓専門医 (2) 日本消化器病学会消化器病専門医 (3) インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師 (4) 核酸アナログ製剤治療の診断書記載に当たって肝疾患診療連携拠点病院の指導や助言が受けられる医師 <u>ただし、(3)、(4)は平成22年3月31日時点で、診断書記載医師として認定している者に限る。</u></p> <p>各治療方法における診断書の記載医師の区分については下記のとおりとする。</p> <table border="1" data-bbox="290 625 1371 993"> <thead> <tr> <th>治療方法</th> <th>区分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用</td> <td>(1)、(2)及び(3)</td> </tr> <tr> <td>核酸アナログ</td> <td>(1)若しくは(2)又は(3)及び(4)のうち平成22年3月31日<u>時点で</u>、診断書記載医師として認定している者</td> </tr> <tr> <td>インターフェロンフリー</td> <td>(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者</td> </tr> <tr> <td>インターフェロンフリー治療後の インターフェロンを含む治療</td> <td>(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者</td> </tr> </tbody> </table> <p>なお、<u>(1)又は(2)に該当し、新たに診断書記載医師の認定を受けようとする者は</u>、別記第10号様式による肝炎診断書記載医師申請書を知事に提出しなければならない。知事は、申請書を受理したときは、申請医師を肝炎治療診断書記載医師とするか否かを決定する。</p> <p>2 治療医療機関の要件 次のいずれかに該当する医療機関 (1) 日本肝臓学会肝臓専門医が所属する医療機関 (2) 日本消化器病学会消化器病専門医が所属する医療機関 (3) インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師の所属する医療機関 (4) 核酸アナログ製剤治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師の所属する医療機関</p> <p>各治療における医療機関の区分については下記のとおりとする。</p> <table border="1" data-bbox="290 1759 1371 1971"> <thead> <tr> <th>治療</th> <th>区分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用</td> <td>(1)、(2)及び(3)</td> </tr> <tr> <td>核酸アナログ</td> <td>(1)、(2)及び(4)</td> </tr> <tr> <td>インターフェロンフリー</td> <td>(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者が<u>所属する医療機関</u></td> </tr> </tbody> </table>	治療方法	区分	インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用	(1)、(2)及び(3)	核酸アナログ	(1)若しくは(2)又は(3)及び(4)のうち平成22年3月31日 <u>時点で</u> 、診断書記載医師として認定している者	インターフェロンフリー	(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者	インターフェロンフリー治療後の インターフェロンを含む治療	(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者	治療	区分	インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用	(1)、(2)及び(3)	核酸アナログ	(1)、(2)及び(4)	インターフェロンフリー	(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者が <u>所属する医療機関</u>	<p>別添2</p> <p>1 診断書の記載医師要件 次のいずれかに該当する医師 (1) 日本肝臓学会肝臓専門医 (2) 日本消化器病学会消化器病専門医 (3) インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師 (4) 核酸アナログ製剤治療の診断書記載に当たって肝疾患診療連携拠点病院の指導や助言が受けられる医師</p> <p>各治療方法における診断書の記載医師の区分については下記のとおりとする。</p> <table border="1" data-bbox="1578 625 2659 1245"> <thead> <tr> <th>治療方法</th> <th>区分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用 <u>インターフェロン3剤併用</u></td> <td>(1)、(2)及び(3)</td> </tr> <tr> <td><u>インターフェロン3剤併用のうち ソラシビルを含むもの</u></td> <td><u>(1)のうち、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。)と連携できる医療機関に常勤する者</u></td> </tr> <tr> <td>核酸アナログ</td> <td>(1)若しくは(2)又は(3)及び(4)のうち平成22年3月31日<u>現在</u>、診断書記載医師として認定している者</td> </tr> <tr> <td><u>インターフェロンフリー (ダクタビル及びソラシビル併用)</u></td> <td><u>(1)</u></td> </tr> <tr> <td>インターフェロンフリー <u>(ダクタビル及びソラシビル併用以外の場合)</u></td> <td>(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者</td> </tr> <tr> <td>インターフェロンフリー治療後の インターフェロンを含む治療</td> <td>(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者</td> </tr> </tbody> </table> <p>なお、<u>(1)から(4)までのいずれかに該当し、新たに診断書記載医師の認定を受けようとする者は</u>、別記第10号様式による肝炎診断書記載医師申請書を知事に提出しなければならない。知事は、申請書を受理したときは、申請医師を肝炎治療診断書記載医師とするか否かを決定する。</p> <p>2 治療医療機関の要件 次のいずれかに該当する医療機関 (1) 日本肝臓学会肝臓専門医が所属する医療機関 (2) 日本消化器病学会消化器病専門医が所属する医療機関 (3) インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師の所属する医療機関 (4) 核酸アナログ製剤治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認めた医師の所属する医療機関</p> <p>各治療における医療機関の区分については下記のとおりとする。</p> <table border="1" data-bbox="1578 1759 2659 1971"> <thead> <tr> <th>治療</th> <th>区分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用 <u>インターフェロン3剤併用</u></td> <td>(1)、(2)及び(3)</td> </tr> <tr> <td><u>インターフェロン3剤併用のうち ソラシビルを含むもの</u></td> <td><u>(1)のうち、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</u></td> </tr> </tbody> </table>	治療方法	区分	インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用 <u>インターフェロン3剤併用</u>	(1)、(2)及び(3)	<u>インターフェロン3剤併用のうち ソラシビルを含むもの</u>	<u>(1)のうち、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。)と連携できる医療機関に常勤する者</u>	核酸アナログ	(1)若しくは(2)又は(3)及び(4)のうち平成22年3月31日 <u>現在</u> 、診断書記載医師として認定している者	<u>インターフェロンフリー (ダクタビル及びソラシビル併用)</u>	<u>(1)</u>	インターフェロンフリー <u>(ダクタビル及びソラシビル併用以外の場合)</u>	(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者	インターフェロンフリー治療後の インターフェロンを含む治療	(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者	治療	区分	インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用 <u>インターフェロン3剤併用</u>	(1)、(2)及び(3)	<u>インターフェロン3剤併用のうち ソラシビルを含むもの</u>	<u>(1)のうち、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</u>
治療方法	区分																																						
インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用	(1)、(2)及び(3)																																						
核酸アナログ	(1)若しくは(2)又は(3)及び(4)のうち平成22年3月31日 <u>時点で</u> 、診断書記載医師として認定している者																																						
インターフェロンフリー	(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者																																						
インターフェロンフリー治療後の インターフェロンを含む治療	(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者																																						
治療	区分																																						
インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用	(1)、(2)及び(3)																																						
核酸アナログ	(1)、(2)及び(4)																																						
インターフェロンフリー	(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者が <u>所属する医療機関</u>																																						
治療方法	区分																																						
インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用 <u>インターフェロン3剤併用</u>	(1)、(2)及び(3)																																						
<u>インターフェロン3剤併用のうち ソラシビルを含むもの</u>	<u>(1)のうち、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。)と連携できる医療機関に常勤する者</u>																																						
核酸アナログ	(1)若しくは(2)又は(3)及び(4)のうち平成22年3月31日 <u>現在</u> 、診断書記載医師として認定している者																																						
<u>インターフェロンフリー (ダクタビル及びソラシビル併用)</u>	<u>(1)</u>																																						
インターフェロンフリー <u>(ダクタビル及びソラシビル併用以外の場合)</u>	(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者																																						
インターフェロンフリー治療後の インターフェロンを含む治療	(1)又は(2)のうち県が認める研修会を受講した者																																						
治療	区分																																						
インターフェロン単剤治療 インターフェロン2剤併用 <u>インターフェロン3剤併用</u>	(1)、(2)及び(3)																																						
<u>インターフェロン3剤併用のうち ソラシビルを含むもの</u>	<u>(1)のうち、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</u>																																						

新		旧	
<p>インターフェロンフリー治療後の インターフェロンを含む治療</p>	<p>(1) 又は (2) のうち県が認める研修会を受講した者が<u>所属する医療機関</u></p>		<p><u>研修施設に勤務する者に限る) と連携できる医療機関</u></p>
		<p>核酸アナログ</p>	<p>(1)、(2) 及び (4)</p>
		<p>インターフェロンフリー</p>	<p>(1) <u>又は</u> (2) のうち県が認める研修会を受講した者</p>
		<p>インターフェロンフリー治療後の インターフェロンを含む治療</p>	<p>(1) <u>又は</u> (2) のうち県が認める研修会を受講した者</p>
<p>新たに治療医療機関の認定を受けようとする者は、別記第 11 号様式により肝炎治療医療機関認定申請書を知事に提出しなければならない。知事は、申請書を受理し、適切に治療を行うことができる医療機関と認めたときは、申請医療機関と委託契約を結ばなければならない。ただし、(3) に該当する医療機関は、別記第 11 号様式の 2 による認定審査資料を知事に提出し、知事は、肝疾患診療連携拠点病院の審査を経て、肝炎インターフェロン治療認定医療機関とするか否かを決定する。</p> <p>また、認定を受けた医療機関は、県が認定する肝炎医療コーディネーターを配置し、患者対応の充実を図ること。</p>		<p>新たに治療医療機関の認定を受けようとする者は、別記第 11 号様式により肝炎治療医療機関認定申請書を知事に提出しなければならない。知事は、申請書を受理し、適切に治療を行うことができる医療機関と認めたときは、申請医療機関と委託契約を結ばなければならない。ただし、(3) に該当する医療機関は、別記第 11 号様式の 2 による認定審査資料を知事に提出し、知事は、肝疾患診療連携拠点病院の審査を経て、肝炎インターフェロン治療認定医療機関とするか否かを決定する。</p> <p>また、認定を受けた医療機関は、県が認定する肝炎医療コーディネーターを配置し、患者対応の充実を図ること。</p>	
別添 3	一定の条件	別添 3	一定の条件
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」に該当し、48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合	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」に該当し、48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合
2	1 に該当しないものであり、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 100 分の 1 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」に該当し、48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合	2	1 に該当しないものであり、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 100 分の 1 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」に該当し、48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合
		3	<u>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又はインターフェロン治療の開始 12 週後に HCV-RNA が前値 (注) の 100 分の 1 以下に低下せず、治療が 24 週未満で中止となった者</u>
	(※) 前値：治療開始約半年前から直前までの HCV-RNA 定量値		(注) 前値：治療開始約半年前から直前までの 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書中、重要な基本的注意において『48 週を超えて投与した場合の有効性・安全性は確立していない。』旨の記載がある。		(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書中、重要な基本的注意において『48 週を超えて投与した場合の有効性・安全性は確立していない。』旨の記載がある。

新	旧
<p>別添4 市町村民税額合算対象除外希望申立書提出の要件</p> <p>1 (略)</p> <p>2 1の「相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない」とは、次のいずれをも満たすものとする。 (1) 地方税法上の扶養関係にない : 市町村民税課税の際、受給者及び配偶者が除外対象の被扶養者とされておらず、かつ、除外対象者が受給者又はその配偶者の被扶養者とされていないこと。 (2) 医療保険上の扶養関係にない : 受給者及び配偶者が控除対象者の加入する健康保険の被扶養者でなく、かつ、除外対象者が受給者又はその配偶者の加入する健康保険の被扶養者でないこと。 なお、国民健康保険・<u>後期高齢者医療制度</u>は、個人単位の加入であるため、その被保険者は、他の世帯員と医療保険上の扶養関係にない者とする（国民健康保険における退職被保険者及び退職被保険者の被扶養者を除く。）。</p> <p>3 (略)</p> <p>別表（第16、17関係） (略)</p> <p>様式第1号～様式第3号 (略)</p>	<p>別添4 市町村民税額合算対象除外希望申立書提出の要件</p> <p>1 (略)</p> <p>2 1の「相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない」とは、次のいずれをも満たすものとする。 (1) 地方税法上の扶養関係にない : 市町村民税課税の際、受給者及び配偶者が除外対象の被扶養者とされておらず、かつ、除外対象者が受給者又はその配偶者の被扶養者とされていないこと。 (2) 医療保険上の扶養関係にない : 受給者及び配偶者が控除対象者の加入する健康保険の被扶養者でなく、かつ、除外対象者が受給者又はその配偶者の加入する健康保険の被扶養者でないこと。 なお、国民健康保険・<u>長寿医療制度</u>は、個人単位の加入であるため、その被保険者は、他の世帯員と医療保険上の扶養関係にない者とする（国民健康保険における退職被保険者及び退職被保険者の被扶養者を除く。）。</p> <p>3 (略)</p> <p>別表（第16、17関係） (略)</p> <p>様式第1号～様式第3号 (略)</p>

新											
第1号様式 (第6関係)											
肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書 (新規)											
申請者 (患者)	ふりがな 氏名							性別	男 女		
	生年月日	年 月 日						職業			
	住所	〒 (電話)									
	個人番号										
	加入 医療 保険	被保険者氏名						患者との 続柄			
保険種別		協・組・共・国・後					記号・番号				
保険者名											
所在地											
病名											
保険医療機関	名称		所在地								
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに○をお願いします。) 同意します 同意しません										
インターフェロン治療の効果・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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。											
申請者（患者）氏名											
年 月 日											
高知県知事様										受付印	
<small>(注) 助成を受けることができるのは、別添1の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。</small>											
<small>添付書類 ①診断書 ②医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し ③世帯全員の住民票（続柄が記載されたもの） ④世帯全員の市町村民税課税証明書</small>											

旧												
第1号様式 (第6関係)												
肝炎インターフェロン治療受給者証 (3剤併用療法を除く。) 交付申請書 (新規)												
申請者 (患者)	ふりがな 氏名							性別	男 女			
	生年月日	年 月 日						職業				
	住所	〒 (電話)										
	加入 医療 保険	被保険者氏名						患者との 続柄				
		保険種別	協・組・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												
病名												
保険医療機関	名称		所在地									
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報（氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。）について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに○をお願いします。) 同意します 同意しません											
インターフェロン治療の効果・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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。												
申請者（患者）氏名												
年 月 日												
高知県知事様										受付印		
<small>(注) 助成を受けることができるのは、別添1の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。</small>												
<small>添付書類 ①診断書 ②被保険証の写し ③世帯全員の住民票（続柄が記載されたもの） ④世帯全員の市町村民税課税証明書</small>												

新												旧											
第1号様式の2 (第6関係)												第1号様式の2 (第6関係)											
肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書 (2回目以降の制度利用)																							
申請者 (患者)	ふりがな氏名											性別	男 女										
	生年月日	年 月 日										職業											
	住所	〒 (電話)																					
	個人番号																						
	加入医療保険	被保険者氏名											患者との続柄										
	保険種別	協・組・共・国・後										記号・番号											
	保険者名																						
	所在地																						
病名																							
本助成制度利用歴																							
1 あり 2 なし 受給者証番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)																							
保険医療機関	名称											所在地											
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報 (氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。) について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに○をお願いします。) 同意します 同意しません																						
インターフェロン治療の効果・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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。																							
申請者 (患者) 氏名												年 月 日											
高知県知事様												受付印											
<small>(注) 助成を受けることができるのは、別添1の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。</small>																							
<small>添付書類 ①診断書 ②医療保険の資格情報が確認できる書類 (資格確認書等) の写し ③世帯全員の住民票 (続柄が記載されたもの) ④世帯全員の市町村民税課税証明書</small>																							

新												旧											
第1号様式の2 (第6関係)												第1号様式の2 (第6関係)											
肝炎インターフェロン治療受給者証 (3剤併用療法を除く。) 交付申請書 (2回目以降の制度利用)																							
申請者 (患者)	ふりがな氏名											性別	男 女										
	生年月日	年 月 日										職業											
	住所	〒 (電話)																					
	加入医療保険	被保険者氏名											患者との続柄										
		保険種別	協・組・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																						
病名																							
本助成制度利用歴																							
1 あり 2 なし 受給者証番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)																							
保険医療機関	名称											所在地											
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報 (氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。) について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに○をお願いします。) 同意します 同意しません																						
インターフェロン治療の効果・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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。																							
申請者 (患者) 氏名												年 月 日											
高知県知事様												受付印											
<small>(注) 助成を受けることができるのは、別添1の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。</small>																							
<small>添付書類 ①診断書 ②被保険証の写し ③世帯全員の住民票 (続柄が記載されたもの) ④世帯全員の市町村民税課税証明書</small>																							

新											
第1号様式の4 (第6関係)											
肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書 (更新)											
申請者 (患者)	ふりがな氏名							性別	男 女		
	生年月日	年 月 日						職業			
	住所	〒 (電話)									
	個人番号										
	加入医療保険	被保険者氏名						患者との続柄			
保険種別		協・組・共・国・後				記号・番号					
保険者名											
所在地											
病名											
本助成制度利用歴		1 あり 2 なし 受給者証番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)									
保険医療機関	名称		所在地								
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報(氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。)について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて(いずれかに○をお願いします。) <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません										
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、治療を受けることに同意しましたので、肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新を申請します。											
申請者(患者) 氏名											
年 月 日											
高知県知事様										受付印	

添付書類 ①診断書 ②医療保険の資格情報が確認できる書類(資格確認書等)の写し
③世帯全員の住民票(続柄が記載されたもの) ④世帯全員の市町村民税課税証明書

旧											
第1号様式の4 (第6関係)											
肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書 (更新)											
申請者 (患者)	ふりがな氏名							性別	男 女		
	生年月日	年 月 日						職業			
	住所	〒 (電話)									
	加入医療保険	被保険者氏名						患者との続柄			
		保険種別		協・組・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											
病名											
本助成制度利用歴		1 あり 2 なし 受給者証番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)									
保険医療機関	名称		所在地								
情報提供の同意欄	治療経過及び結果等の情報(氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。)について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて(いずれかに○をお願いします。) <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません										
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、治療を受けることに同意しましたので、肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新を申請します。											
申請者(患者) 氏名											
年 月 日											
高知県知事様										受付印	

添付書類 ①診断書 ②被保険証の写し ③世帯全員の住民票(続柄が記載されたもの)
④世帯全員の市町村民税課税証明書

新	旧																																																																								
(削除)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">第1号様式の5 (第6関係)</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">肝炎インターフェロン治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) 交付申請書</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; text-align: center;">申請者 (患者)</td> <td style="width: 20%;">ふりがな 氏名</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%;">性別</td> <td style="width: 10%;">男 女</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td>職業</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">〒 (電話)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; text-align: center;">加入 医療 保険</td> <td>被保険者氏名</td> <td></td> <td>患者との 続柄</td> <td></td> </tr> <tr> <td>保険種別</td> <td style="text-align: center;">協・組・共・国・後</td> <td>被保険者証の 記号・番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者証 発行機関名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">病名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">本助成制度 利用歴</td> <td colspan="3">1 あり 2 なし 受給者証番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; text-align: center;">保険医療機関</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">名称</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">所在地</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>情報提供の 同意欄</td> <td colspan="4"> <p>治療経過及び結果等の情報(氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。)について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに○をお願いします。) 同意します 同意しません</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">インターフェロン治療の効果・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、 肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者(患者) 氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">高知県知事様</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; text-align: center;">受付印</p> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 5px;"> <p>(注)助成を受けることができるのは、別添1の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。</p> <p>添付書類 ①診断書 ②被保険証の写し ③世帯全員の住民票(続柄が記載されたもの) ④世帯全員の市町村民税課税証明書</p> </td> </tr> </table></div>	申請者 (患者)	ふりがな 氏名		性別	男 女	生年月日	年 月 日	職業		住所	〒 (電話)			加入 医療 保険	被保険者氏名		患者との 続柄		保険種別	協・組・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				病名					本助成制度 利用歴		1 あり 2 なし 受給者証番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			保険医療機関	名称		所在地														情報提供の 同意欄	<p>治療経過及び結果等の情報(氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。)について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに○をお願いします。) 同意します 同意しません</p>				<p style="text-align: center;">インターフェロン治療の効果・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、 肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者(患者) 氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">高知県知事様</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; text-align: center;">受付印</p> </div>					<p>(注)助成を受けることができるのは、別添1の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。</p> <p>添付書類 ①診断書 ②被保険証の写し ③世帯全員の住民票(続柄が記載されたもの) ④世帯全員の市町村民税課税証明書</p>				
申請者 (患者)	ふりがな 氏名			性別	男 女																																																																				
	生年月日		年 月 日	職業																																																																					
	住所		〒 (電話)																																																																						
	加入 医療 保険	被保険者氏名		患者との 続柄																																																																					
保険種別		協・組・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																																																																									
病名																																																																									
本助成制度 利用歴		1 あり 2 なし 受給者証番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)																																																																							
保険医療機関	名称		所在地																																																																						
情報提供の 同意欄	<p>治療経過及び結果等の情報(氏名、住所等個人が特定される情報を除きます。)について、必要に応じて、高知県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに○をお願いします。) 同意します 同意しません</p>																																																																								
<p style="text-align: center;">インターフェロン治療の効果・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、 肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者(患者) 氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">高知県知事様</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; text-align: center;">受付印</p> </div>																																																																									
<p>(注)助成を受けることができるのは、別添1の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。</p> <p>添付書類 ①診断書 ②被保険証の写し ③世帯全員の住民票(続柄が記載されたもの) ④世帯全員の市町村民税課税証明書</p>																																																																									

新									旧										
第1号様式の6 (第6関係) 肝炎治療受給者証の交付申請 (核酸アナログ製剤治療の更新) に係る検査内容・治療内容資料									第1号様式の7 (第6関係) 肝炎治療受給者証の交付申請 (核酸アナログ製剤治療の更新) に係る検査内容・治療内容資料										
ふりがな氏名		性別		生年月日 (年齢)					ふりがな氏名		性別		生年月日 (年齢)						
		男・女		年 月 日生 (満 歳)							男・女		年 月 日生 (満 歳)						
医療機関名・主治医名		(医療機関名)			(主治医名)				医療機関名・主治医名		(医療機関名)			(主治医名)					
検査項目記載欄	HBV-DNA 定量	HBs 抗原	HBe 抗原	HBe 抗体	検査結果	AST	ALT	血小板数	検査項目記載欄	HBV-DNA 定量	HBs 抗原	HBe 抗原	HBe 抗体	検査結果	AST	ALT	血小板数		
		(+・-)	(+・-)	(+・-)		IU/L	IU/L	/μL			(+・-)	(+・-)	(+・-)		IU/L	IU/L	/μL		
	Log IU/mL				施設の基準値	() ~	() ~	() ~		施設の基準値					() ~	() ~	() ~		
薬剤名									薬剤名										
※上記太線枠内に記入 (検査結果を転記) して下さい。									※上記太線枠内に記入 (検査結果を転記) して下さい。										
担当者確認欄 <input checked="" type="checkbox"/>		薬剤の情報	HBV-DNA 定量	HBs 抗原	HBe 抗原	HBe 抗体	AST	ALT	血小板数	担当者確認欄 <input checked="" type="checkbox"/>		薬剤の情報	HBV-DNA 定量	HBs 抗原	HBe 抗原	HBe 抗体	AST	ALT	血小板数
(申請者は記載しないでください)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(申請者は記載しないでください)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資料貼付欄									資料貼付欄										
①治療内容が分かる資料)									①治療内容が分かる資料)										
※貼り付け前に、治療薬剤名及び日付 (処方日等) が記載されているかご確認下さい。									※貼り付け前に、治療薬剤名及び日付 (処方日等) が記載されているかご確認下さい。										
②検査結果が分かる資料)									②検査結果が分かる資料)										
※貼り付け前に、検査日及び下記検査項目が記載されているかご確認下さい。									※貼り付け前に、検査日及び下記検査項目が記載されているかご確認下さい。										
1 ウイルスマーカー			2 血液検査						1 ウイルスマーカー			2 血液検査							
<input type="checkbox"/> HBV-DNA 定量			<input type="checkbox"/> AST						<input type="checkbox"/> HBV-DNA 定量			<input type="checkbox"/> AST							
<input type="checkbox"/> HBs 抗原			<input type="checkbox"/> ALT						<input type="checkbox"/> HBs 抗原			<input type="checkbox"/> ALT							
<input type="checkbox"/> HBe 抗原			<input type="checkbox"/> 血小板数						<input type="checkbox"/> HBe 抗原			<input type="checkbox"/> 血小板数							
<input type="checkbox"/> HBe 抗体									<input type="checkbox"/> HBe 抗体										
必要な項目が記載された①治療内容及び②検査結果が分かる資料を資料貼付欄にのり・テープ等ではがれないように貼り付けてください。 資料は重ねて貼ってもかまいませんが、検査の値が確認できるように貼りつけて下さい。									必要な項目が記載された①治療内容及び②検査結果が分かる資料を資料貼付欄にのり・テープ等ではがれないように貼り付けてください。 資料は重ねて貼ってもかまいませんが、検査の値が確認できるように貼りつけて下さい。										

新

第1号様式の7 (第6関係)

市町村民税額合算対象除外希望申立書

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及び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

(ふりがな) 除外希望者氏名	申請者との続柄

(ふりがな)
申請者氏名 _____

旧

第1号様式の8 (第6関係)

市町村民税額合算対象除外希望申立書

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及び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

(ふりがな) 除外希望者氏名	申請者との続柄

(ふりがな)
申請者氏名 _____

新

第1号様式の8 (第6関係)

世帯調書

(18歳以下用)

申請者氏名							
(1) 肝炎治療受給者の属する世帯員	18歳以下の世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職業	税法上の扶養者氏名	

(2) 世帯外18歳以下の扶養親族	氏名・住所		続柄	性別	生年月日	職業	税法上の扶養者氏名
	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						
	住所						

【記入上の注意】

- 前年の状況について記入してください。
- 同一世帯員が、18歳以下の者を税法上扶養している場合のみ記入してください。
- 「税法上の扶養者氏名」欄には、前年の所得税の申告(扶養控除申告や確定申告等)において、当該世帯員を扶養控除対象扶養親族として申告した者の氏名を記入してください。
- 続柄の欄は、申請者からみた続柄を記入してください。
- 添付書類だけでは市町村民税課税年額の算定に必要な扶養親族の情報が得られない場合は、居住する市町村に照会させていただきますので、以下の同意をお願いします。

市町村民税課税年額の算定に必要な扶養親族に関する情報を高知県が市町村から情報収集することについて同意します。

旧

第1号様式の9 (第6関係)

世帯調書

(18歳以下用)

申請者氏名							
(1) 肝炎治療受給者の属する世帯員	18歳以下の世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職業	税法上の扶養者氏名	

(2) 世帯外18歳以下の扶養親族	氏名・住所		続柄	性別	生年月日	職業	税法上の扶養者氏名
	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						
	住所						

【記入上の注意】

- 前年の状況について記入してください。
- 同一世帯員が、18歳以下の者を税法上扶養している場合のみ記入してください。
- 「税法上の扶養者氏名」欄には、前年の所得税の申告(扶養控除申告や確定申告等)において、当該世帯員を扶養控除対象扶養親族として申告した者の氏名を記入してください。
- 続柄の欄は、申請者からみた続柄を記入してください。
- 添付書類だけでは市町村民税課税年額の算定に必要な扶養親族の情報が得られない場合は、居住する市町村に照会させていただきますので、以下の同意をお願いします。

市町村民税課税年額の算定に必要な扶養親族に関する情報を高知県が市町村から情報収集することについて同意します。

新

第1号様式の9 (第6関係)

マイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書

下記の者は、高知県知事が行う高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づく事務手続きを処理するために限って、住民基本台帳に関する情報及び医療保険の資格情報、直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

年 月 日

高知県知事 様

申請者

Table with 5 columns: ふりがな (氏名), 生年月日 (性別), 申請者との続柄, 個人番号 (マイナンバー), 申請年1/1時点の住民票所在市町村. Includes checkboxes for '現在と同じ' and '同じではない'.

【本手続きに必要な他の書類】

以下の①から③を全てそろえて、提出してください。

- ① マイナンバーを確認できる書類 (以下から1種類) ※コピー可 (個人番号カードの場合は両面のコピー)
② 窓口に来られる方の写真つき本人確認書類 (以下から1種類)
③ 窓口に来られる方以外の医療保険の資格情報が確認できる書類 (資格確認書等) の写し

【記入上の注意】

- 1 申請者及び申請者と同一世帯の者で、同意する者自らが署名を行うこと。
2 15歳以下の者の同意(自署)は不要。世帯主もしくは親権者が記入してよい。

旧

第1号様式の10 (第6関係)

マイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書

下記の者は、高知県知事が行う高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づく事務手続きを処理するために限って、直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

年 月 日

高知県知事 様

申請者

Table with 5 columns: ふりがな (氏名), 生年月日 (性別), 申請者との続柄, 個人番号 (マイナンバー), 申請年1/1時点の住民票所在市町村. Includes checkboxes for '現在と同じ' and '同じではない'.

【本手続きに必要な他の書類】

以下の①から③を全てそろえて、提出してください。

- ① マイナンバーを確認できる書類 (以下から1種類) ※コピー可 (個人番号カードの場合は両面のコピー)
② 窓口に来られる方の写真つき本人確認書類 (以下から1種類)
③ 窓口に来られる方以外の健康保険証(コピー可)

【記入上の注意】

- 1 申請者及び申請者と同一世帯の者で、同意する者自らが署名を行うこと。
2 15歳以下の者の同意(自署)は不要。世帯主もしくは親権者が記入してよい。

新

第2号様式 (第6関係)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ 患者氏名		性別	生年月日(年齢)
		男・女	年 月 日 生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ()		
診断年月	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: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する項目を○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: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 年 月 日) (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(治療中・治療終了) 2 なし		
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 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
医師氏名			

(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。

旧

第2号様式 (第6関係)

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)

フリガナ 患者氏名		性別	生年月日(年齢)
		男・女	年 月 日 生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ()		
診断年月	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: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する項目を○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: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 年 月 日) (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(治療中・治療終了) 2 なし		
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 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
医師氏名			

(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。

新			
第2号様式の2 (第6関係)			
肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)			
フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日 生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ()		
診断年月	年 月	前医 (あれば記入 してください。)	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. 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</p> <p>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:)</p> <p>(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。</p>		
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+/-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+/-) HBe抗体 (+/-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する項目を○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> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: ~ ~)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見(異常がない場合も、その旨を記入してください。) (検査日: 年 月 日) (所見:)</p>		
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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)</p>		
肝がんの合併	肝がん 1 あり(治療中・治療終了) 2 なし		
治療内容	<p>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)。</p> <p>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:)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p>		
治療上の問題点			
記載年月日 年 月 日			
医療機関名及び所在地			
医師氏名			
<p>(注)</p> <p>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。</p>			

第2号様式の3～第2号様式の4 (略)

旧			
第2号様式の2 (第6関係)			
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(2回目の制度利用)			
フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日 生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ()		
診断年月	年 月	前医 (あれば記入 してください。)	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. 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</p> <p>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:)</p> <p>(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。</p>		
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+/-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+/-) HBe抗体 (+/-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する項目を○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> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: ~ ~)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見(異常がない場合も、その旨を記入してください。) (検査日: 年 月 日) (所見:)</p>		
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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)</p>		
肝がんの合併	肝がん 1 あり(治療中・治療終了) 2 なし		
治療内容	<p>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)。</p> <p>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:)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p>		
治療上の問題点			
記載年月日 年 月 日			
医療機関名及び所在地			
医師氏名			
<p>(注)</p> <p>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。</p>			

第2号様式の3～第2号様式の4 (略)

新	旧																																																
(削除)	<p>第2号様式の5 (第6関係)</p> <p style="text-align: center;">肝炎インターフェロン治療受給者証(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(新規)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">フリガナ</td> <td style="width:20%;"></td> <td style="width:10%;">性別</td> <td style="width:50%;">生年月日(年齢)</td> </tr> <tr> <td>患者氏名</td> <td></td> <td>男・女</td> <td>年 月 日 生 (満 歳)</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3">〒 _____ 電話番号 () _____</td> </tr> <tr> <td>診断年月</td> <td>年 月</td> <td>前医 (あれば記入してください。)</td> <td>医療機関名 医師名</td> </tr> <tr> <td>過去の治療歴</td> <td colspan="3"> <p>該当する項目にチェックする。</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療)</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。</p> <p>(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)</p> <p>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)</p> <p>イ 上記以外の治療</p> <p>(具体的に記載: _____) (中止・再燃・無効)</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。</p> <p><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。</p> </td> </tr> <tr> <td>検査所見</td> <td colspan="3"> <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: _____ 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型 (該当する方を○で囲んでください。)</p> <p>ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>2 血液検査 (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>(異常がない場合も、その旨を記入してください。)</p> <p>(所見: _____)</p> </td> </tr> <tr> <td>診断</td> <td colspan="3"> <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)</p> <p>2 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</p> </td> </tr> <tr> <td>肝がんの合併</td> <td colspan="3">肝がん 1 あり (治療中・治療終了) 2 なし</td> </tr> <tr> <td>治療内容</td> <td colspan="3"> <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3剤併用療法 (シメプレビル・その他 該当項目を○で囲んでください。)</p> <p>治療予定期間 24 週 (_____ 年 月 ~ _____ 年 月)</p> </td> </tr> <tr> <td>治療上の問題点</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>医療機関名及び所在地</td> <td colspan="3" style="text-align: right;">記入年月日 _____ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>医師氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>(注)</p> <ol style="list-style-type: none"> 診断書の有効期間は、記入日から起算して3月以内です。 記入日前6月以内(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入してください。 記入漏れのある場合は認定することができないことがあるので、ご注意ください。 本診断書は、治療実施医療機関が発行することとします。 	フリガナ		性別	生年月日(年齢)	患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)	住所	〒 _____ 電話番号 () _____			診断年月	年 月	前医 (あれば記入してください。)	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><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療)</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。</p> <p>(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)</p> <p>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)</p> <p>イ 上記以外の治療</p> <p>(具体的に記載: _____) (中止・再燃・無効)</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。</p> <p><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。</p>			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: _____ 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型 (該当する方を○で囲んでください。)</p> <p>ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>2 血液検査 (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>(異常がない場合も、その旨を記入してください。)</p> <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)</p> <p>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 (治療中・治療終了) 2 なし			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3剤併用療法 (シメプレビル・その他 該当項目を○で囲んでください。)</p> <p>治療予定期間 24 週 (_____ 年 月 ~ _____ 年 月)</p>			治療上の問題点				医療機関名及び所在地	記入年月日 _____ 年 月 日			医師氏名			
フリガナ		性別	生年月日(年齢)																																														
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)																																														
住所	〒 _____ 電話番号 () _____																																																
診断年月	年 月	前医 (あれば記入してください。)	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><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療)</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。</p> <p>(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)</p> <p>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)</p> <p>イ 上記以外の治療</p> <p>(具体的に記載: _____) (中止・再燃・無効)</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。</p> <p><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。</p>																																																
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: _____ 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型 (該当する方を○で囲んでください。)</p> <p>ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>2 血液検査 (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>(異常がない場合も、その旨を記入してください。)</p> <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)</p> <p>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 (治療中・治療終了) 2 なし																																																
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3剤併用療法 (シメプレビル・その他 該当項目を○で囲んでください。)</p> <p>治療予定期間 24 週 (_____ 年 月 ~ _____ 年 月)</p>																																																
治療上の問題点																																																	
医療機関名及び所在地	記入年月日 _____ 年 月 日																																																
医師氏名																																																	

新

旧

(削除)

第2号様式の6 (第6関係)

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(再治療)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ()		
診断年月	年 月	前医 (あれば記入してく ださい。)	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。 <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、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤(テラプレビル・シメプレビル・バニプレビル) 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) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。 <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: 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○で囲んでください。) 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: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (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		
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3剤併用療法 (シメプレビル・その他 _____ 該当項目を○で囲んでください。) 治療予定期間 24 週 (年 月 ~ 年 月)		
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。 医療機関名及び所在地 _____ 記入年月日 年 月 日 医師氏名 _____			

(注)

1. 診断書の有効期間は、記入日から起算して3月以内です。
2. 記入日前6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入してください。
3. 記入漏れのある場合は認定することが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します。

新			
第2号様式の5 (第6関係)			
肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除く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・再治療)			
フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ()		
診断年月	年 月	前医 (あれば記載してください。)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	<p>該当する場合にチェックする。</p> <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:) <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	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> 1 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 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○で囲んでください。) 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: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) 血小板 _____ /ul (施設の基準値: ~ ~) 3 ソホスブビル及びリバビリン併用療法の場合 ソホスブビルの場合 eGFR _____ ml/分/1.73m ² 心疾患又はその既往(あり・なし) リバビリン併用の場合 Hb _____ g/dl CCr _____ ml/分 4 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 5 (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲んでください。) 6 その他 (検査日: 年 月 日) (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) ※Child-Pugh分類Aに限る		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名:) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療実施について	<input type="checkbox"/> 該当する方にチェックする(いずれかにチェックがないと助成対象となりません。) <input type="checkbox"/> 1 日本肝臓学会肝臓専門医が治療を実施 <input type="checkbox"/> 2 日本消化器病学会消化器病専門医のうち県が認める研修会を受講した医師が治療を実施		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
医師氏名			
(注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3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することができないことがあるので、ご注意ください。 4. 診断書記載医は、下記のとおりです。 <u>(タクラタビル及びアスナプレビル併用療法の場合)日本肝臓学会肝臓専門医</u> <u>(タクラタビル及びアスナプレビル併用療法以外の場合)日本肝臓学会肝臓専門医及び県が認める研修を受講した日本消化器病学会消化器病専門医</u> 5. 再治療の場合の診断書記載医師は、日本肝臓学会肝臓専門医又は県が認める研修を受講した日本消化器病学会消化器病専門医で、別紙意見書を添えている医師			

旧			
第2号様式の7 (第6関係)			
肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除く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・再治療)			
フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ()		
診断年月	年 月	前医 (あれば記載してください。)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	<p>該当する場合にチェックする。</p> <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:) <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	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> 1 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 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○で囲んでください。) 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: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~ ~) 血小板 _____ /ul (施設の基準値: ~ ~) 3 ソホスブビル及びリバビリン併用療法の場合 ソホスブビルの場合 eGFR _____ ml/分/1.73m ² 心疾患又はその既往(あり・なし) リバビリン併用の場合 Hb _____ g/dl CCr _____ ml/分 4 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 5 (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲んでください。) 6 その他 (検査日: 年 月 日) (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) ※Child-Pugh分類Aに限る		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名:) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療実施について	<input type="checkbox"/> 該当する方にチェックする(いずれかにチェックがないと助成対象となりません。) <input type="checkbox"/> 1 日本肝臓学会肝臓専門医が治療を実施 <input type="checkbox"/> 2 日本消化器病学会消化器病専門医のうち県が認める研修会を受講した医師が治療を実施		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
医師氏名			
(注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3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することができないことがあるので、ご注意ください。 4. 診断書記載医は、下記のとおりです。 <u>(タクラタビル及びアスナプレビル併用療法の場合)日本肝臓学会肝臓専門医</u> <u>(タクラタビル及びアスナプレビル併用療法以外の場合)日本肝臓学会肝臓専門医及び県が認める研修を受講した日本消化器病学会消化器病専門医</u> 5. 再治療の場合の診断書記載医師は、日本肝臓学会肝臓専門医又は県が認める研修を受講した日本消化器病学会消化器病専門医で、別紙意見書を添えている医師			

新

第2号様式の6 (第6関係)
肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対する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)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)																																				
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)																																				
住所	〒 _____ 電話番号 ()																																						
診断年月	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。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。 <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:) <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: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (2) ウイルス型(該当する項目を○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. 血液検査等 (検査日: 年 月 日) AST _____ U/L (施設の基準値: _____~_____) ALT _____ U/L (施設の基準値: _____~_____) 血小板 _____ /uL (施設の基準値: _____~_____) eGFR _____ ml/分/1.73m ² (施設の基準値: _____~_____) 心疾患又はその既往 (あり・なし) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) [_____] 3. Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) 該当する□にチェックを入れる <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: _____ 点 (A・B・C)(該当する方を○で囲む) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)				結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超
	結果	施設基準値	1点	2点	3点																																		
肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)																																		
腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																		
アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																																		
プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																																		
総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																																		
診断	該当番号を○で囲む。 1. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類B及びCに限る																																						
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし																																						
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名:) 治療予定期間 _____ 週 (年 月 ~ 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歴のある場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <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又は日本消化器病学会消化器病専門医のうち県が認める研修会を受講した医師																																						
治療上の問題点																																							
上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。																																							
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日																																						
医師氏名																																							

(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。

旧

第2号様式の8 (第6関係)
肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対する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)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)																																				
患者氏名		男・女	年 月 日 生 (満 歳)																																				
住所	〒 _____ 電話番号 ()																																						
診断年月	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。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。 <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:) <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: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (2) ウイルス型(該当する項目を○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. 血液検査等 (検査日: 年 月 日) AST _____ U/L (施設の基準値: _____~_____) ALT _____ U/L (施設の基準値: _____~_____) 血小板 _____ /uL (施設の基準値: _____~_____) eGFR _____ ml/分/1.73m ² (施設の基準値: _____~_____) 心疾患又はその既往 (あり・なし) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) [_____] 3. Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) 該当する□にチェックを入れる <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: _____ 点 (A・B・C)(該当する方を○で囲む) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)				結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超
	結果	施設基準値	1点	2点	3点																																		
肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)																																		
腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																		
アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																																		
プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																																		
総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																																		
診断	該当番号を○で囲む。 1. 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類B及びCに限る																																						
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし																																						
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名:) 治療予定期間 _____ 週 (年 月 ~ 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歴のある場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <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又は日本消化器病学会消化器病専門医のうち県が認める研修会を受講した医師																																						
治療上の問題点																																							
上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。																																							
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日																																						
医師氏名																																							

(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。

新

第2号様式の7 (第6関係)

肝炎治療受給者証(B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	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。 <input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。				
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: ~)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)</p>				
診断	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B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				
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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. その他(具体的に記載:)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p>				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日		
医師氏名					

(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。

旧

第2号様式の9 (第6関係)

肝炎治療受給者証(B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	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。 <input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。				
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: ~) ALT _____ IU/l (施設の基準値: ~) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: ~)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)</p>				
診断	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B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				
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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. その他(具体的に記載:)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p>				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日		
医師氏名					

(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。

新

第2号様式の8 (第6関係)

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

Table with patient information: フリガナ, 患者氏名, 性別, 生年月日(年齢), 住所, 郵便番号, 電話番号.

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1. 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、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療8週、再治療12週とする療法に限る。また、2.(1)及びベグインターフェロン、リバドリン及びプロテアーゼ阻害薬による3剤併用療法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。ただし、自治体の実情に応じて、各都道府県が適当と定める医師が作成してもよい。
※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又は自治体の実情に応じて各都道府県が適当と定める医師が「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。

- 1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります(該当する項目をチェックする)。
✓上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける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及び経験を持っている。

2. 該当する意見にチェックの上返信して下さい。
 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。
(推奨する治療:)

インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

(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。

旧

第2号様式の10 (第6関係)

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

Table with patient information: フリガナ, 患者氏名, 性別, 生年月日(年齢), 住所, 郵便番号, 電話番号.

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1. 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回のみ助成とし、Child-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変に対しては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。ただし、自治体の実情に応じて、各都道府県が適当と定める医師が作成してもよい。
※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又は自治体の実情に応じて各都道府県が適当と定める医師が「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。

- 1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります(該当する項目をチェックする)。
✓上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける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及び経験を持っている。

2. 該当する意見にチェックの上返信して下さい。
 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。
(推奨する治療:)

インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

(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。

新

第3号様式 (第9関係)

(表 面)

肝炎インターフェロン治療受給者証

公費負担者 番号				受給者 番号	
受 給 者	住所				
	氏名				
	性別		生年月日		
疾病名					
受 診 医 療 機 関					
有効期間					
月額自己負担 限度額					
年 月 日交付					
高 知 県 知 事					印

旧

第3号様式 (第9関係)

(表 面)

肝炎インターフェロン治療受給者証 (3剤併用療法を除く。)

公費負担者 番号				受給者 番号	
受 給 者	住所				
	氏名				
	性別		生年月日		
疾病名					
受 診 医 療 機 関					
有効期間					
月額自己負担 限度額					
年 月 日交付					
高 知 県 知 事					印

新	旧												
(裏面)	(裏面)												
<p style="text-align: center;">肝炎治療特別促進事業</p> <p>(目的) 国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、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）によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は、月額の高額になること又は長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成する高知県肝炎治療特別促進事業（以下「助成事業」という。）を実施し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、ひいては国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。</p> <p style="text-align: center;">注 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎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若しくはインターフェロンフリー治療を受けた場合又はB型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療により核酸アナログ製剤治療若しくはインターフェロン治療を受けた場合において、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。 この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ています。 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合は、<u>資格確認書、組合員証等</u>に添えて、この証を必ず窓口に提示してください。 次に該当する場合は、所定の様式により速やかに高知県知事に届け出てください。 <ol style="list-style-type: none"> 氏名、住所、加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったとき。 治癒、死亡、県外転出等で受給者の資格がなくなったとき。 この証を破損したり、汚したり、又は紛失したとき。 <p>県外へ転出し、転出後もこの証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までにこの証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。</p> 問い合わせは、下記又は最寄りの福祉保健所（高知市在住の方は、<u>健康対策課</u>）に連絡してください。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">安芸福祉保健所；0887-34-3177</td> <td style="width: 50%;">中央東福祉保健所；0887-53-3171</td> </tr> <tr> <td>中央西福祉保健所；0889-22-1249</td> <td>須崎福祉保健所；0889-42-1875</td> </tr> <tr> <td>幡多福祉保健所；0880-34-5124</td> <td><u>(削除)</u></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">高知県健康政策部健康対策課感染症対策担当</p> <p style="text-align: center;">〒780-8570 高知市丸ノ内一丁目2-20 (TEL：088-823-9677)</p>	安芸福祉保健所；0887-34-3177	中央東福祉保健所；0887-53-3171	中央西福祉保健所；0889-22-1249	須崎福祉保健所；0889-42-1875	幡多福祉保健所；0880-34-5124	<u>(削除)</u>	<p style="text-align: center;">肝炎治療特別促進事業</p> <p>(目的) 国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、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）によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は、月額の高額になること又は長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成する高知県肝炎治療特別促進事業（以下「助成事業」という。）を実施し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、ひいては国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。</p> <p style="text-align: center;">注 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎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若しくはインターフェロンフリー治療を受けた場合又はB型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療により核酸アナログ製剤治療若しくはインターフェロン治療を受けた場合において、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。 この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ています。 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合は、<u>被保険者証、組合員証</u>に添えて、この証を必ず窓口に提示してください。 次に該当する場合は、所定の様式により速やかに高知県知事に届け出てください。 <ol style="list-style-type: none"> 氏名、住所、加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったとき。 治癒、死亡、県外転出等で受給者の資格がなくなったとき。 この証を破損したり、汚したり、又は紛失したとき。 <p>県外へ転出し、転出後もこの証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までにこの証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。</p> 問い合わせは、下記又は最寄りの福祉保健所（<u>高知市は、高知市保健所</u>）に連絡してください。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">安芸福祉保健所；0887-34-3177</td> <td style="width: 50%;">中央東福祉保健所；0887-53-3171</td> </tr> <tr> <td>中央西福祉保健所；0889-22-1249</td> <td>須崎福祉保健所；0889-42-1875</td> </tr> <tr> <td>幡多福祉保健所；0880-34-5124</td> <td><u>高知市保健所；088-803-8005</u></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">高知県健康政策部健康対策課感染症対策担当</p> <p style="text-align: center;">〒780-8570 高知市丸ノ内一丁目2-20 (TEL：088-823-9677)</p>	安芸福祉保健所；0887-34-3177	中央東福祉保健所；0887-53-3171	中央西福祉保健所；0889-22-1249	須崎福祉保健所；0889-42-1875	幡多福祉保健所；0880-34-5124	<u>高知市保健所；088-803-8005</u>
安芸福祉保健所；0887-34-3177	中央東福祉保健所；0887-53-3171												
中央西福祉保健所；0889-22-1249	須崎福祉保健所；0889-42-1875												
幡多福祉保健所；0880-34-5124	<u>(削除)</u>												
安芸福祉保健所；0887-34-3177	中央東福祉保健所；0887-53-3171												
中央西福祉保健所；0889-22-1249	須崎福祉保健所；0889-42-1875												
幡多福祉保健所；0880-34-5124	<u>高知市保健所；088-803-8005</u>												

新	旧
第3号様式の2（第9関係）表面（略） （裏面）	第3号様式の2（第9関係）表面（略） （裏面）
<p style="text-align: center;">肝炎治療特別促進事業</p> <p>（目的） 国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、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）によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は、月額の治療費が高額になること又は長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成する高知県肝炎治療特別促進事業（以下「助成事業」という。）を実施し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、ひいては国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。</p> <p style="text-align: center;">注 意 事 項</p> <p>1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎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若しくはインターフェロンフリー治療を受けた場合又はB型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療により核酸アナログ製剤治療若しくはインターフェロン治療を受けた場合において、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。</p> <p>2 この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ています。</p> <p>3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合は、<u>資格確認書、組合員証等</u>に添えて、この証を必ず窓口に提示してください。</p> <p>4 次に該当する場合は、所定の様式により速やかに高知県知事に届け出てください。 （1）氏名、住所、加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったとき。 （2）治癒、死亡、県外転出等で受給者の資格がなくなったとき。 （3）この証を破損したり、汚したり、又は紛失したとき。 県外へ転出し、転出後もこの証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までにこの証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。</p> <p>5 問い合わせは、下記又は最寄りの福祉保健所（高知市在住の方は、健康対策課）に連絡してください。 安芸福祉保健所；0887-34-3177 中央東福祉保健所；0887-53-3171 中央西福祉保健所；0889-22-1249 須崎福祉保健所；0889-42-1875 幡多福祉保健所；0880-34-5124</p> <p>高知県健康政策部健康対策課感染症対策担当 〒780-8570 高知市丸ノ内一丁目2-20 （TEL：088-823-9677）</p>	<p style="text-align: center;">肝炎治療特別促進事業</p> <p>（目的） 国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、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）によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は、月額の治療費が高額になること又は長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成する高知県肝炎治療特別促進事業（以下「助成事業」という。）を実施し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、ひいては国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。</p> <p style="text-align: center;">注 意 事 項</p> <p>1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎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若しくはインターフェロンフリー治療を受けた場合又はB型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療により核酸アナログ製剤治療若しくはインターフェロン治療を受けた場合において、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。</p> <p>2 この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ています。</p> <p>3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合は、<u>被保険者証、組合員証</u>に添えて、この証を必ず窓口に提示してください。</p> <p>4 次に該当する場合は、所定の様式により速やかに高知県知事に届け出てください。 （1）氏名、住所、加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったとき。 （2）治癒、死亡、県外転出等で受給者の資格がなくなったとき。 （3）この証を破損したり、汚したり、又は紛失したとき。 県外へ転出し、転出後もこの証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までにこの証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。</p> <p>5 問い合わせは、下記又は最寄りの福祉保健所（高知市在住の方は、健康対策課）に連絡してください。 安芸福祉保健所；0887-34-3177 中央東福祉保健所；0887-53-3171 中央西福祉保健所；0889-22-1249 須崎福祉保健所；0889-42-1875 幡多福祉保健所；0880-34-5124</p> <p>高知県健康政策部健康対策課感染症対策担当 〒780-8570 高知市丸ノ内一丁目2-20 （TEL：088-823-9677）</p>
	第3号様式の3（第9関係）（欠番）

新	旧																																																							
(削除)	<div style="text-align: center;"> 第3号様式の4 (第9関係) (表 面) </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> 肝炎インターフェロン治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> 【シメプレビル】 </td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">公費負担者 番号</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%;">受給者 番号</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受 給 者</td> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>性別</td> <td></td> <td>生年月日</td> </tr> <tr> <td>疾病名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受 診 医 療 機 関</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>有効期間</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>月額自己負担 限度額</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> 年 月 日交付 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> 高 知 県 知 事 </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"> 印 </div> </td> </tr> </table>	肝炎インターフェロン治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)				【シメプレビル】				公費負担者 番号		受給者 番号		受 給 者	住所			氏名			性別		生年月日	疾病名				受 診 医 療 機 関													有効期間				月額自己負担 限度額				年 月 日交付				高 知 県 知 事			<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"> 印 </div>
肝炎インターフェロン治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)																																																								
【シメプレビル】																																																								
公費負担者 番号		受給者 番号																																																						
受 給 者	住所																																																							
	氏名																																																							
	性別		生年月日																																																					
疾病名																																																								
受 診 医 療 機 関																																																								
有効期間																																																								
月額自己負担 限度額																																																								
年 月 日交付																																																								
高 知 県 知 事			<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto;"> 印 </div>																																																					

新	旧								
(削除)	(裏 面)								
	<p style="text-align: center;">肝炎治療特別促進事業</p> <p>(目的) 国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、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）によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は、月額の治療費が高額になること又は長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成する高知県肝炎治療特別促進事業（以下「助成事業」という。）を実施し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、ひいては国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。</p> <p style="text-align: center;">注 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎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若しくはインターフェロンフリー治療を受けた場合又はB型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療により核酸アナログ製剤治療若しくはインターフェロン治療を受けた場合において、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。 2 この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ています。 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合は、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に掲示してください。 4 次に該当する場合は、所定の様式により速やかに高知県知事に届け出てください。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 氏名、住所、加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったとき。 (2) 治癒、死亡、県外転出等で受給者の資格がなくなったとき。 (3) この証を破損したり、汚したり、又は紛失したとき。 <p style="margin-left: 2em;">県外へ転出し、転出後もこの証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までにこの証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。</p> 5 問い合わせは、下記又は最寄りの福祉保健所（高知市は、高知市保健所）に連絡してください。 <table style="margin-left: 2em; width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">安芸福祉保健所；0887-34-3177</td> <td style="width: 33%;">中央東福祉保健所；0887-53-3171</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>中央西福祉保健所；0889-22-1249</td> <td>須崎福祉保健所；0889-42-1875</td> <td></td> </tr> <tr> <td>幡多福祉保健所；0880-34-5124</td> <td>高知市保健所；088-803-8005</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">高知県健康政策部健康対策課感染症対策担当</p> <p style="text-align: center;">〒780-8570 高知市丸ノ内一丁目2-20 (TEL：088-823-9677)</p>	安芸福祉保健所；0887-34-3177	中央東福祉保健所；0887-53-3171		中央西福祉保健所；0889-22-1249	須崎福祉保健所；0889-42-1875		幡多福祉保健所；0880-34-5124	高知市保健所；088-803-8005
安芸福祉保健所；0887-34-3177	中央東福祉保健所；0887-53-3171								
中央西福祉保健所；0889-22-1249	須崎福祉保健所；0889-42-1875								
幡多福祉保健所；0880-34-5124	高知市保健所；088-803-8005								

新

第3号様式の3 (第9関係)

(表 面)

肝炎インターフェロンフリー治療受給者証

公費負担者 番号				受給者 番号	
受 給 者	住所				
	氏名				
	性別		生年月日		
疾病名					
受 診 医 療 機 関					
有効期間					
月額自己負担 限度額					
年 月 日交付					
高 知 県 知 事					印

旧

第3号様式の5 (第9関係)

(表 面)

肝炎インターフェロンフリー治療受給者証

公費負担者 番号				受給者 番号	
受 給 者	住所				
	氏名				
	性別		生年月日		
疾病名					
受 診 医 療 機 関					
有効期間					
月額自己負担 限度額					
年 月 日交付					
高 知 県 知 事					印

新	旧
(裏面)	(裏面)
<p style="text-align: center;">肝炎治療特別促進事業</p> <p>(目的) 国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、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）によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は、月額の治療費が高額になること又は長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成する高知県肝炎治療特別促進事業（以下「助成事業」という。）を実施し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、ひいては国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。</p> <p style="text-align: center;">注 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎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若しくはインターフェロンフリー治療を受けた場合又はB型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療により核酸アナログ製剤治療若しくはインターフェロン治療を受けた場合において、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。 この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ています。 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合は、<u>資格確認書、組合員証等</u>に添えて、この証を必ず窓口に提示してください。 次に該当する場合は、所定の様式により速やかに高知県知事に届け出てください。 <ol style="list-style-type: none"> 氏名、住所、加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったとき。 治癒、死亡、県外転出等で受給者の資格がなくなったとき。 この証を破損したり、汚したり、又は紛失したとき。 <p>県外へ転出し、転出後もこの証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までにこの証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。</p> 問い合わせは、下記又は最寄りの福祉保健所（高知市在住の方は、健康対策課）に連絡してください。 <p style="text-align: center;">安芸福祉保健所；0887-34-3177 中央東福祉保健所；0887-53-3171 中央西福祉保健所；0889-22-1249 須崎福祉保健所；0889-42-1875 幡多福祉保健所；0880-34-5124</p> <p style="text-align: center;">高知県健康政策部健康対策課感染症対策担当</p> <p style="text-align: center;">〒780-8570 高知市丸ノ内一丁目2-20 (TEL：088-823-9677)</p>	<p style="text-align: center;">肝炎治療特別促進事業</p> <p>(目的) 国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、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）によって、その後の肝硬変、肝がん等重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は、月額の治療費が高額になること又は長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成する高知県肝炎治療特別促進事業（以下「助成事業」という。）を実施し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、早期治療を促進し、将来の肝硬変及び肝がんを予防し、並びに肝炎ウイルスの感染を防止することにより、ひいては国民の健康の保持及び増進を図ることを目的とする。</p> <p style="text-align: center;">注 意 事 項</p> <ol style="list-style-type: none"> この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎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若しくはインターフェロンフリー治療を受けた場合又はB型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療により核酸アナログ製剤治療若しくはインターフェロン治療を受けた場合において、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。 この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ています。 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合は、<u>被保険者証、組合員証</u>に添えて、この証を必ず窓口に提示してください。 次に該当する場合は、所定の様式により速やかに高知県知事に届け出てください。 <ol style="list-style-type: none"> 氏名、住所、加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったとき。 治癒、死亡、県外転出等で受給者の資格がなくなったとき。 この証を破損したり、汚したり、又は紛失したとき。 <p>県外へ転出し、転出後もこの証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までにこの証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。</p> 問い合わせは、下記又は最寄りの福祉保健所（高知市在住の方は、健康対策課）に連絡してください。 <p style="text-align: center;">安芸福祉保健所；0887-34-3177 中央東福祉保健所；0887-53-3171 中央西福祉保健所；0889-22-1249 須崎福祉保健所；0889-42-1875 幡多福祉保健所；0880-34-5124</p> <p style="text-align: center;">高知県健康政策部健康対策課感染症対策担当</p> <p style="text-align: center;">〒780-8570 高知市丸ノ内一丁目2-20 (TEL：088-823-9677)</p>
<p>第3号様式の6（第9関係）→番号削除</p> <p>第4号様式～第6号様式（略）</p>	<p>第3号様式の6（第9関係）(欠番)</p> <p>第4号様式～第6号様式（略）</p>

新	旧																																																																																																																																																																
第9号様式（第16関係） 肝炎治療特別促進事業医療費償還払い申請書	第9号様式（第16関係） 肝炎治療特別促進事業医療費償還払い申請書																																																																																																																																																																
年 月 日	年 月 日																																																																																																																																																																
高知県知事様 申請者（参加者） 住所 〒 氏名 電話番号 （ ） -	高知県知事 瀧田省司 殿 申請者（参加者） 住所 〒 氏名 電話番号 （ ） -																																																																																																																																																																
肝炎治療特別促進事業の医療費を下のとおり請求します。 なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。	肝炎治療特別促進事業の医療費を下のとおり請求します。 なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。																																																																																																																																																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">ふりがな</td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 15%;">公費負担者 番号</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>参加者氏名</td> <td></td> <td>公費負担医療 の受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">振込口座 (請求者)</td> <td>(金融機関名)</td> <td>支店 出所所</td> <td>支店コード</td> <td colspan="16">種別 普通 ・ 当座</td> </tr> <tr> <td>口座 番号</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="17">口座名義</td> </tr> </table>	ふりがな		公費負担者 番号																		参加者氏名		公費負担医療 の受給者番号																			振込口座 (請求者)	(金融機関名)	支店 出所所	支店コード	種別 普通 ・ 当座																口座 番号	ふりがな	口座名義																	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">ふりがな</td> <td style="width: 45%;"></td> <td style="width: 15%;">公費負担者 番号</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>参加者氏名</td> <td></td> <td>公費負担医療 の受給者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">振込口座 (請求者)</td> <td>(金融機関名)</td> <td>支店 出所所</td> <td>支店コード</td> <td colspan="16">種別 普通 ・ 当座</td> </tr> <tr> <td>口座 番号</td> <td>ふりがな</td> <td colspan="17">口座名義</td> </tr> </table>	ふりがな		公費負担者 番号																		参加者氏名		公費負担医療 の受給者番号																			振込口座 (請求者)	(金融機関名)	支店 出所所	支店コード	種別 普通 ・ 当座																口座 番号	ふりがな	口座名義																
ふりがな		公費負担者 番号																																																																																																																																																															
参加者氏名		公費負担医療 の受給者番号																																																																																																																																																															
振込口座 (請求者)	(金融機関名)	支店 出所所	支店コード	種別 普通 ・ 当座																																																																																																																																																													
	口座 番号	ふりがな	口座名義																																																																																																																																																														
ふりがな		公費負担者 番号																																																																																																																																																															
参加者氏名		公費負担医療 の受給者番号																																																																																																																																																															
振込口座 (請求者)	(金融機関名)	支店 出所所	支店コード	種別 普通 ・ 当座																																																																																																																																																													
	口座 番号	ふりがな	口座名義																																																																																																																																																														
※提出にあたっての注意事項。 1. 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。 ① 請求者（受給者）の肝炎治療受給者証の写し ② 請求者（受給者）の肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し等 ③ 当該月において受診した全ての保険医療機関等が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書 ④ 振込先の口座番号等が確認できる資料（キャッシュカードの写し等） ⑤ その他（都道府県知事が必要と認める書類） 2. 振込口座については、申請者（ <u>受給者</u> ）の名義の口座を記載してください。 (都道府県記入欄) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">決定額</td> <td style="width: 5%;">百万</td> <td style="width: 5%;">十万</td> <td style="width: 5%;">万</td> <td style="width: 5%;">千</td> <td style="width: 5%;">百</td> <td style="width: 5%;">十</td> <td style="width: 5%;">円</td> </tr> </table>	決定額	百万	十万	万	千	百	十	円	※提出にあたっての注意事項。 1. 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。 ① 請求者（受給者）の氏名が記載された被保険者証等の写し ② 請求者（受給者）の肝炎治療受給者証の写し ③ 請求者（受給者）の肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し等 ④ 当該月において受診した全ての保険医療機関等が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書 ⑤ 振込先の口座番号等が確認できる資料（キャッシュカードの写し等） ⑥ その他（都道府県知事が必要と認める書類） 2. 振込口座については、申請者（ <u>参加者</u> ）の名義の口座を記載してください。 (都道府県記入欄) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">決定額</td> <td style="width: 5%;">百万</td> <td style="width: 5%;">十万</td> <td style="width: 5%;">万</td> <td style="width: 5%;">千</td> <td style="width: 5%;">百</td> <td style="width: 5%;">十</td> <td style="width: 5%;">円</td> </tr> </table>	決定額	百万	十万	万	千	百	十	円																																																																																																																																																
決定額	百万	十万	万	千	百	十	円																																																																																																																																																										
決定額	百万	十万	万	千	百	十	円																																																																																																																																																										

新

第9号様式の2 (第16関係)

肝炎治療特別促進事業療養証明書

受給者氏名		生年月日	(歳) 年 月 日			
加入保険	協・組・共・国・後	受給者番号				
保険者名		記号・番号				
年 月分	保険診療等総額 A (円)	保険等負担額 (高額療養費等を含む) B (円)	自己負担額 A-B (円)	入院 ・ 通院	保険負担 割合	
					9割	
					8割	
					7割	
					その他 (割)	
合計						
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 TEL 所在地 医療機関等の名称 代表者名						
(注) 抗ウイルス治療に係る認定期間内の医療費及び薬剤費のみを記入してください。						

旧

第9号様式の2 (第16関係)

肝炎治療特別促進事業療養証明書

受給者氏名		生年月日	(歳) 年 月 日			
加入保険	協・組・共・国・後	受給者番号				
保険者名		被保険者証 記号番号				
年 月分	保険診療等総額 A (円)	保険等負担額 (高額療養費等を含む) B (円)	自己負担額 A-B (円)	入院 ・ 通院	保険負担 割合	
					9割	
					8割	
					7割	
					その他 (割)	
合計						
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 TEL 所在地 医療機関等の名称 代表者名						
(注) 抗ウイルス治療に係る認定期間内の医療費及び薬剤費のみを記入してください。						

新

第10号様式(第7別添2関係)

肝炎診断書記載医師申請書

年 月 日

高知県知事 様

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第7に規定する肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書記載医師として認定を受けたいので、下記の条件を承諾の上、申請します。

申請者(医師名)	
所属医療機関	所在地: 医療機関名称:
診断書の種類 (該当に○を記入してください。)	① ()インターフェロン治療に係る診断書 ② ()核酸アナログ製剤治療に係る診断書 ③ ()インターフェロンフリー治療に係る診断書
該当要件 (該当に○を記入してください。)	① ()日本肝臓学会肝臓専門医(※) ② ()日本消化器病学会消化器病専門医(※)

※診断書の種類③に該当する場合は、該当要件①のみです。

※該当要件の①又は②に該当する場合は、インターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療に係る診断書を作成することができます。

条件

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第7に規定する診断書を作成する医師であることについて、県のホームページ等の広報媒体で広く県民に周知することに同意すること。

第11号様式～第11号様式の2(略)

旧

第10号様式(第7別添2関係)

肝炎診断書記載医師申請書

年 月 日

高知県知事 様

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第7に規定する肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書記載医師として認定を受けたいので、下記の条件を承諾の上、申請します。

申請者(医師名)	
所属医療機関	所在地: 医療機関名称:
診断書の種類 (該当に○を記入してください。)	① ()インターフェロン治療に係る診断書 ② ()核酸アナログ製剤治療に係る診断書 ③ ()インターフェロンフリー治療に係る診断書
該当要件 (該当に○を記入してください。)	① ()日本肝臓学会肝臓専門医(※) ② ()日本消化器病学会消化器病専門医(※) ③ () <u>インターフェロン治療医として肝疾患診療連携拠点病院が認められた医師</u> ④ () <u>核酸アナログ製剤治療の診断書記載に当たって肝疾患診療連携拠点病院の指導や助言が受けられる医師</u>

※診断書の種類③に該当する場合は、該当要件①のみです。

※該当要件の①又は②に該当する場合は、インターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療に係る診断書を作成することができます。

条件

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第7に規定する診断書を作成する医師であることについて、県のホームページ等の広報媒体で広く県民に周知することに同意すること。

第11号様式～第11号様式の2(略)

新

第12号様式 (第11関係)

(72週投与用)

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)

高知県知事 様

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、高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第11の1の規定により肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※ 以下の項目にすべて記入の上、記載してください。

記入年月日 年 月 日

フリガナ 申請者氏名 性別(男・女)

生年月日 年 月 日生(満 歳)

現住所 〒

電話番号

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療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 年 月 日～ 年 月 日

- (注) 1 この申請書は、住所地を管轄する福祉保健所(高知市在住の方は、健康対策課)又は高知県健康政策部健康対策課に提出してください。
- 2 延長は、現行有効期間に引き続く6月を限度とします。
- 3 記入漏れがある場合等は、認定されないことがありますので、ご注意ください。

第12号様式 (第11関係) (裏面) (略)

旧

第12号様式 (第11関係)

(72週投与用)

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)

高知県知事 様

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、高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第11の1の規定により肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※ 以下の項目にすべて記入の上、記載してください。

記入年月日 年 月 日

フリガナ 申請者氏名 性別(男・女)

生年月日 年 月 日生(満 歳)

現住所 〒

電話番号

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療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 年 月 日～ 年 月 日

- (注) 1 この申請書は、住所地を管轄する福祉保健所(高知市においては、高知市保健所)又は高知県健康政策部健康対策課に提出してください。
- 2 延長は、現行有効期間に引き続く6月を限度とします。
- 3 記入漏れがある場合等は、認定されないことがありますので、ご注意ください。

第12号様式 (第11関係) (裏面) (略)

新

旧

(削除)

第 13 号様式 (第 11 関係) 表面

(シメプレビルを含む 3 剤併用療法延長用)

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)

高知県知事 様

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) の有効期間の延長を申請します。

※以下の項目に全て記入の上、記載してください。

記入年月日 _____ 年 月 日

フリガナ
申請者氏名 _____ 性別 (男・女)

生年月日 _____ 年 月 日生 (満 歳)

現住所 〒 _____

電話番号 _____

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む 3 剤併用療法) を確認の上、ご記入ください。

受給者番号 _____

現行有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

- (注) 1 この申請書は、住所地を管轄する福祉保健所 (高知市においては、高知市保健所) 又は高知県健康政策部健康対策課に提出してください。
2 延長は、現行有効期間に引き続く 6 月を限度とします。
3 記入漏れがある場合等は、認定されないことがありますので、ご注意ください。

新

第13号様式 (第11関係)

(副作用等延長用)

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)

高知県知事 様

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、高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第11の3の規定により肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※以下の項目に全て記入の上、記載してください。

記入年月日 年 月 日

フリガナ 申請者氏名 性別(男・女)

生年月日 年 月 日生(満 歳)

現住所 〒

電話番号

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療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 年 月 日～ 年 月 日

(担当医記入欄)

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。

記入年月日 年 月 日

医療機関名

所在地 〒

担当医師名

(注) なお、副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますので、ご了承ください。

- (注) 1 この申請書は、住所地を管轄する福祉保健所(高知市在住の方は、健康対策課)又は高知県健康政策部健康対策課に提出してください。
2 延長は、現行有効期間に引き続く2月を限度とします。
3 記入漏れがある場合等は、認定されないことがありますので、ご注意ください。

旧

第14号様式 (第11関係)

(副作用等延長用)

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)

高知県知事 様

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、高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第11の3の規定により肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※以下の項目に全て記入の上、記載してください。

記入年月日 年 月 日

フリガナ 申請者氏名 性別(男・女)

生年月日 年 月 日生(満 歳)

現住所 〒

電話番号

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療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 年 月 日～ 年 月 日

(担当医記入欄)

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。

記入年月日 年 月 日

医療機関名

所在地 〒

担当医師名

(注) なお、副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますので、ご了承ください。

- (注) 1 この申請書は、住所地を管轄する福祉保健所(高知市においては、高知市保健所)又は高知県健康政策部健康対策課に提出してください。
2 延長は、現行有効期間に引き続く2月を限度とします。
3 記入漏れがある場合等は、認定されないことがありますので、ご注意ください。