

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				
申請者 (患者)	ふりがな 氏名		性別	男 女
	生年月日	明・昭 大・平	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 (平成 年 月 日～平成 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 Ⓜ				
平成 年 月 日				
高知県知事様				
				受付印

(注) 助成を受けることができるのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られますので、申請の際には主治医とよくご相談ください。

- 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

認定基準

1. B型慢性肝疾患

インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性であり、かつ、HBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎であって、インターフェロン治療を行う予定又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。

(注) 2回目の助成を受けることができる場合は、これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことのない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

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型慢性肝炎及び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。ただし、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）を受けたことがあるものについては、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場合に限る。

(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。

- 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
- 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

(2) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

(注) 1 上記については、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴のある者については、担当医によりシメプレビルを用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合、改めて助成の対象とすることができる。

3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成は、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。

なお、診断書は、当該医療機関に常駐する日本肝臓学会肝臓専門医が作成するものとする。