

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1～8 【省略】</p> <p>第9 受給の決定</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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、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。 知事は、受給者としなないことを決定したときは、別記第5号様式による肝炎治療助成事業不承認通知書（以下「不承認通知書」という。）により申請者に通知するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。 <p>第10～19 【省略】</p> <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成20年5月1日から施行する。 ただし、第10の規定にかかわらず、平成20年6月30日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業開始の特例として同年4月1日に遡及して適応することができる。 <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成21年4月1日から施行する。 この要綱の施行の際、第6の（5）ただし書にある申立書を同年6月30日までに知事が受理した場合に限り、特例的に、同年4月1日まで遡及して自己負担限度額の階層区分を変更することができる。 この要綱の施行の際、第11の規定による届出を同年6月30日までに知事が受理した場合に限り、特例的に同年3月31日から6月29日の間に到来する有効期間の満了の日の翌日に遡及して受給期間の延長をすることができる。 この要綱の施行の際、様式3号について、平成21年4月1日から「高知県健康福祉部健康づくり課」を「高知県健康政策部健康づくり課」と読み替える。 <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成22年5月27日から施行し、同年4月1日から適用する。 この要綱の施行の際、第10の規定にかかわらず、平成22年6月30日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として同年4月1日に遡及して適用することができる。申請書等様式類についても、同様とする。 この要綱の施行の際、別記第3号様式については、平成22年4月1日から「高知県健康政策部健康づくり課」を「高知県健康政策部健康対策課」と読み替える。 <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成23年10月11日から施行し、同年9月26日から適用する。 この要綱の施行の際、第10の規定にかかわらず、平成23年12月28日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として同年9月26日に遡及して適用することができる。申請書等様式類についても、同様とする。 <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成24年1月24日から施行し、平成23年11月25日（第6（5）もあつては、平成24年6月1日）から適用する。 この要綱の施行の際、第10の規定にかかわらず、平成24年3月31日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として平成23年11月25日に遡及して適用することができる。申請書等様式についても、同様とする。 <p>附 則</p> <p>この要綱は、平成24年9月10日から施行する。</p> <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成26年1月17日から施行し、平成25年11月19日から適用する。 	<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1～8 【省略】</p> <p>第9 受給の決定</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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、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又は別記第3号様式の5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。 知事は、受給者としなないことを決定したときは、別記第5号様式による肝炎治療助成事業不承認通知書（以下「不承認通知書」という。）により申請者に通知するとともに、申請医療機関に対してその旨を通知する。 <p>第10～19 【省略】</p> <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成20年5月1日から施行する。 ただし、第10の規定にかかわらず、平成20年6月30日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業開始の特例として同年4月1日に遡及して適応することができる。 <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成21年4月1日から施行する。 この要綱の施行の際、第6の（5）ただし書にある申立書を同年6月30日までに知事が受理した場合に限り、特例的に、同年4月1日まで遡及して自己負担限度額の階層区分を変更することができる。 この要綱の施行の際、第11の規定による届出を同年6月30日までに知事が受理した場合に限り、特例的に同年3月31日から6月29日の間に到来する有効期間の満了の日の翌日に遡及して受給期間の延長をすることができる。 この要綱の施行の際、様式3号について、平成21年4月1日から「高知県健康福祉部健康づくり課」を「高知県健康政策部健康づくり課」と読み替える。 <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成22年5月27日から施行し、同年4月1日から適用する。 この要綱の施行の際、第10の規定にかかわらず、平成22年6月30日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として同年4月1日に遡及して適用することができる。申請書等様式類についても、同様とする。 この要綱の施行の際、別記第3号様式については、平成22年4月1日から「高知県健康政策部健康づくり課」を「高知県健康政策部健康対策課」と読み替える。 <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成23年10月11日から施行し、同年9月26日から適用する。 この要綱の施行の際、第10の規定にかかわらず、平成23年12月28日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として同年9月26日に遡及して適用することができる。申請書等様式類についても、同様とする。 <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成24年1月24日から施行し、平成23年11月25日（第6（5）もあつては、平成24年6月1日）から適用する。 この要綱の施行の際、第10の規定にかかわらず、平成24年3月31日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として平成23年11月25日に遡及して適用することができる。申請書等様式についても、同様とする。 <p>附 則</p> <p>この要綱は、平成24年9月10日から施行する。</p> <p>附 則</p> <ol style="list-style-type: none"> この要綱は、平成26年1月17日から施行し、平成25年11月19日から適用する。

2 この要綱の施行の際、第10の規定にかかわらず、平成26年3月31日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として平成25年11月19日に遡及して適用することができる。申請書等様式についても、同様とする。

附 則

1 この要綱は、平成26年10月21日から施行し、平成26年9月2日から適用する。

附 則

1 この要綱は、平成26年12月24日から施行し、平成26年12月15日から適用する。

2 この要綱の施行の際、第10の規定にかかわらず、平成27年3月31日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として平成26年12月15日に遡及して適用することができる。申請書等様式類についても、同様とする。

別添1

認 定 基 準

1 B型慢性肝疾患 【省略】

2 C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。2. (2)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。また、2. (3)に係る治療歴のないものとする。

(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。ただし、2. (3)に係る治療歴のないものとする。
- 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。
- 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。

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、また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、1回のみの助成とする。なお、2. (1)及び2. (2)に係る治療歴の有無を問わない。
- 2 上記治療に対する助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医が診断書を作成し、かつ日本肝臓学会肝臓専門医及び県が認める研修会を受講した医師が治療した場合に限る。

2 この要綱の施行の際、第10の規定にかかわらず、平成26年3月31日までに申請書等を知事が受理した場合に限り、事業改正の特例として平成25年11月19日に遡及して適用することができる。申請書等様式についても、同様とする。

附 則

1 この要綱は、平成26年10月21日から施行し、平成26年9月2日から適用する。

別添1

認 定 基 準

1 B型慢性肝疾患 【省略】

2 C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。2. (2)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。また、2. (3)に係る治療歴のないものとする。

(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。ただし、2. (3)に係る治療歴のないものとする。
- 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。

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、また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、1回のみの助成とする。なお、2. (1)及び2. (2)に係る治療歴の有無を問わない。
- 2 上記治療に対する助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医が診断書を作成し、かつ日本肝臓学会肝臓専門医及び県が認める研修会を受講した医師が治療した場合に限る。

別添2～4 【省略】

別表（第16、17関係） 【省略】

別記

第1号様式（第6関係）～第2号様式の4（第7関係） 【省略】

別添2～4 【省略】

別表（第16、17関係） 【省略】

別記

第1号様式（第6関係）～第2号様式の4（第7関係） 【省略】

第2号様式の5 (第7関係)

第2号様式の5(第7関係)				
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)				
フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
患者氏名		男・女	明 昭 大 平	年 月 日 生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ()			
診断年月	昭和・平成 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 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なし。			
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲んでください。) 2 血液検査 (検査日: 平成 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 /μl (施設の基準値: ~) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (異常がない場合も、その旨を記入してください。) (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 (治療中・治療終了) 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 (テラプレビル・シメプレビル・パニプレビル 該当項目を○で囲んでください。) 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)			
治療実施医療機関について	(テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の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"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。			
治療上の問題点				
医療機関名及び所在地	記入年月日 平成 年 月 日			
医師氏名	印			
(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(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。			

第2号様式の5 (第7関係)

第2号様式の5(第7関係)				
肝炎インターフェロン治療受給者証(テラプレビルを含む3剤併用療法)の交付申請に係る診断書				
フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
患者氏名		男・女	明 昭 大 平	年 月 日 生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ()			
診断年月	昭和・平成 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 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なし。			
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲んでください。) 2 血液検査 (検査日: 平成 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 /μl (施設の基準値: ~) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (異常がない場合も、その旨を記入してください。) (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 (治療中・治療終了) 2 なし			
治療内容	ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)			
治療実施医療機関について	(以下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"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。			
治療上の問題点				
医療機関名及び所在地	記入年月日 平成 年 月 日			
医師氏名	印			
(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(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。			

第2号様式の6 (第7関係)

第2号様式の6(第7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	明昭 大平 年 月 日生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ()		
診断年月	昭和・平成 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・パニプレビル)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) エ. 上記以外の治療 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲んでください。) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) <u>ヘモグロビン g/dl (施設の基準値: ~)</u> 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: 平成 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 (テラプレビル・シメプレビル・パニプレビル 該当項目を○で囲んでください。) 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)		
治療実施医療機関について	(テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の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"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。		
治療上の問題点			
上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断します。 記入年月日 平成 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 印			
(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。			

第2号様式の6 (第7関係)

第2号様式の6(第7関係)			
肝炎治療受給者証(シメプレビルを含む3剤併用療法)の交付申請に係る診断書			
フリガナ		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	明昭 大平 年 月 日生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ()		
診断年月	昭和・平成 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)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なし。		
3剤併用療法について	上記イに該当する場合はチェックが必要。 <input type="checkbox"/> テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴があるが、シメプレビルを含む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する。		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲んでください。) 2. 血液検査 (検査日: 平成 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. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 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、リバビリン及びシメプレビル3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)		
治療上の問題点			
記入年月日 平成 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 印			
(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。			

第3号様式（第9関係）～第3号様式の5（第9関係）【省略】

第3号様式6（第9関係）【新規追加】

（表面）

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）

【バニプレビル】

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			
平成 年 月 日交付			
高 知 県 知 事			印

第3号様式（第9関係）～第3号様式の5（第9関係）【省略】

(裏 面)

肝炎治療特別促進事業

(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。

注 意 事 項

- 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表示してください。
- 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。
 - (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。
- 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。

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

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)

第4号様式（第9関係）～第14号様式（第11関係）【省略】

第4号様式（第9関係）～第14号様式（第11関係）【省略】