

様式 1 - 1

申請区分	<input type="checkbox"/> インターフェロン <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー <input type="checkbox"/> 核酸アナログ ( <input type="checkbox"/> 新規   ・ <input type="checkbox"/> 更新 )			
<b>肝炎治療受給者証交付申請書</b>				
申	フリガナ			
	氏名		性別 男・女	
請   者	生年月日	年 月 日	職業	
	住所	〒 _____ (電話: _____ ) ※日中に連絡のつく電話番号 (勤務先の場合は会社名等も記載してください。) <電話: _____、会社名等: _____>		
	加入  医療  保険	被保険者氏名		申請者との続柄
		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 )			
保又 険は 医保 療険 機薬 関局	名称			
	所在地			
	名称			
	所在地			
受給者証有効期間	_____ 年 月 1日から (裏面の留意事項を参照のこと)			
(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療) の効果・副作用等及び肝疾患治療効果判定報告書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、肝炎治療受給者証の交付を申請します。				
年 月 日		申請者氏名	印	
			(あて先) 秋田県知事	

【重要】市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄等について裏面を参照のこと。

【重要】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、申請にあたっては主治医等とよくご相談ください。

## 様式 1 - 1 裏面

(この欄は、別紙留意事項 2 ①～③を満たす市町村民税額合算対象除外希望者にかかる県への追加添付書類の提出に同意する者のみ記載すること)

次の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税課税額の合算対象から除外することを希望します。

### 除外希望者氏名

助成を受けることができるのは、次の認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよくご相談ください。

## 認 定 基 準

### 1. B型慢性肝疾患

#### (1) インターフェロン治療について

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

※上記において助成対象は2回目の治療までとするが、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)による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

#### (2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者。

### 2. C型慢性肝疾患

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

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2. (2)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の 24 週治療が行われなかったものに限る。また、2. (3)に係る治療歴のないものとする。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

①これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 48 週投与を行ったが、36 週目までに HCV-RNA が陰性化しなかったケース

②これまでの治療においてペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 72 週投与が行われたケース

#### (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、これまでに3剤併用療法を受けたことがなく、かつ肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2. (1)に係る治療歴の有無を問わない。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については、日本皮膚科学会皮膚科専門医(日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。)と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。

#### (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、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、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又は県が指定する日本消化器病学会専門医が診断書を作成すること。

### 肝炎治療効果判定報告書について

肝炎治療に対する医療費助成事業は、治療を必要とする方の経済的負担を軽減し、早期の肝炎治療促進のため実施しており、今後の肝炎対策の基礎資料とする目的で、当該申請書に記載の保険医療機関に対し、肝疾患治療効果判定報告書を求めています。プライバシーの保護に十分に配慮し、目的以外に使用することは一切ありません。

## 肝炎治療受給者証交付申請について

### ○添付書類等

1. 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書
2. 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し
3. 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し(住民票謄本)
4. 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法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(世帯全員の課税証明書または市町村が通知する市町村民税の決定通知書の写し)
5. 申請者の住所地を管轄する地域振興局福祉環境部(保健所)に、秋田市居住者は県庁保健・疾病対策課または最寄りの地域振興局福祉環境部に申請する
6. 1～4の書類を添付して申請者の住所地を管轄する保健所・県庁保健・疾病対策課に郵送による申請も可能

### ○留意事項

1. 受給者証の有効期間の開始日は、原則、交付申請書の保健所受理日の属する月の初日からとするが、次の①②を満たす場合、申請日の翌月等の初日からの開始日を可能とする。
  - ① 開始日が診断書の発行日から3か月以内であること
  - ② 受給者証の有効期間に診断書の治療予定期間が含まれていること
2. 市町村民税額合算対象除外希望者は、次の①～③を満たす場合、申請可能とする。
  - ① 申請者の配偶者ではないこと
  - ② 申請者及びその配偶者と税制上の扶養関係にないこと(追加添付書類: 源泉徴収票等扶養関係がわかるもの※)
  - ③ 申請者及びその配偶者と医療保険上の扶養関係にないこと(追加添付書類: 世帯全員の健康保険証のコピー等※)

※ 具体的な追加提出書類は保健所・県庁保健・疾病対策課の窓口職員の指示に従ってください。