

青森県肝炎治療特別促進事業実施要綱新旧対照表

改正後	現行
<p style="text-align: center;"><b>青森県肝炎治療特別促進事業実施要綱</b></p> <p><b>第1～第7</b> (略)</p> <p><b>第8 医療給付の申請</b></p> <p>1 第7第1項の認定を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、肝炎治療受給者証交付申請書(第1号様式)(以下「交付申請書」という。)に次に掲げる書類を添えて、住所地を管轄する地域県民局長(以下「地域県民局長」という。)を経由して知事に申請するものとする。</p> <p>(1)～(4)略</p> <p>(5)市町村民税額合算対象からの除外を希望する者がいる場合、<u>第3号様式</u>による申請書</p> <p>(6)(略)</p> <p>2(略)</p> <p><b>第9 対象患者の認定等</b></p> <p>1(略)</p> <p>2 知事は、対象患者を認定したときは、申請者に対し、肝炎治療受給者証(<u>第4号様式</u>)(以下「受給者証」という。)を交付するものとする。また、対象患者であると認定しないときは、具体的な理由を付して、肝炎治療医療費助成不認定通知書(<u>第5号様式</u>)により、申請者に通知するものとする。</p> <p>3～5(略)</p> <p>6 受給者証の有効期間は1年以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として交付申請書受理日の属する月から診断書が作成された日の属する月の翌々翌月までのいずれかの月の初日のうち、申請者が指定する日から起算するものとする。ただし、別添2に定める一定の要件を満たした受給者については、例外的に助成期間の延長を認めるものとするが、その場合、当該受給者は、あらかじめ有効期間延長申請書(72週投与用)(<u>第6号様式</u>)に受給者証を添えて、地域県民局長を経由して知事に</p>	<p style="text-align: center;"><b>青森県肝炎治療特別促進事業実施要綱</b></p> <p><b>第1～第7</b> (略)</p> <p><b>第8 医療給付の申請</b></p> <p>1 第7第1項の認定を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、肝炎治療受給者証交付申請書(第1号様式)(以下「交付申請書」という。)に次に掲げる書類を添えて、住所地を管轄する地域県民局長(以下「地域県民局長」という。)を経由して知事に申請するものとする。</p> <p>(1)～(4)略</p> <p>(5)市町村民税額合算対象からの除外を希望する者がいる場合、<u>様式第3号</u>による申請書</p> <p>(6)(略)</p> <p>2(略)</p> <p><b>第9 対象患者の認定等</b></p> <p>1(略)</p> <p>2 知事は、対象患者を認定したときは、申請者に対し、肝炎治療受給者証(<u>様式第4号</u>)(以下「受給者証」という。)を交付するものとする。また、対象患者であると認定しないときは、具体的な理由を付して、肝炎治療医療費助成不認定通知書(<u>様式第5号</u>)により、申請者に通知するものとする。</p> <p>3～5(略)</p> <p>6 受給者証の有効期間は1年以内で、治療予定期間に即した期間とし、原則として交付申請書受理日の属する月から診断書が作成された日の属する月の翌々翌月までのいずれかの月の初日のうち、申請者が指定する日から起算するものとする。ただし、別添2に定める一定の要件を満たした受給者については、例外的に助成期間の延長を認めるものとするが、その場合、当該受給者は、あらかじめ有効期間延長申請書(72週投与用)(<u>様式第6号</u>) <u>または有効期間延長申請書(シメプレビルを含む3剤</u></p>

申請するものとする。また、副作用等の要因により受給者証の有効期間延長を希望する受給者については、肝炎治療受給者証期間延長申請書(副作用等用)([第7号様式](#))に受給者証を添えて、地域県民局長を経由して知事に申請するものとする。

7～10 略

### 第10 自己負担限度額階層区分の認定

1 自己負担限度額階層区分については、申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員にかかる市町村民税課税年額を合算し、その額に応じて認定するものとする。ただし、申請者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者(配偶者以外の者に限る。)については、[市町村民税額合算対象除外希望申請書\(第3号様式\)](#)に基づき、当該世帯における市町村民税課税年額の合算対象から除外することを認めることができるも

2 (略)

### 第11 受給者証の変更等

1 受給者は、受給者の氏名、住所等に変更があったときは、肝炎治療受給者証内容変更届([第8号様式](#)) (以下「変更届」という。)に当該変更を確認できる書類及び受給者証を添えて、地域県民局長を経由して知事に届け出るものとする。

2～3 (略)

### 第12 受給者証の再交付

1 受給者は、受給者証を紛失したとき又は汚損、破損により使用に耐えなくなったときは、肝炎治療受給者証再交付申請書([第9号様式](#))により、地域県民局長を経由して知事に申請するものとする。ただし、汚損、破損の場合は受給者証を添付するものとする。

2 (略)

### 第13～第15 (略)

[併用療法延長用\(様式第12号\)](#)に受給者証を添えて、地域県民局長を経由して知事に申請するものとする。また、副作用等の要因により受給者証の有効期間延長を希望する受給者については、肝炎治療受給者証期間延長申請書(副作用等用)([別紙様式7](#))に受給者証を添えて、地域県民局長を経由して知事に申請するものとする。

7～10 略

### 第10 自己負担限度額階層区分の認定

1 自己負担限度額階層区分については、申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員にかかる市町村民税課税年額を合算し、その額に応じて認定するものとする。ただし、申請者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者(配偶者以外の者に限る。)については、[「市町村民税額合算対象除外希望申請書」\(第3号様式\(第8関係\)\)](#)に基づき、当該世帯における市町村民税課税年額の合算対象から除外することを認めることができるものとする。

2 (略)

### 第11 受給者証の変更等

1 受給者は、受給者の氏名、住所等に変更があったときは、肝炎治療受給者証内容変更届([様式第8号](#)) (以下「変更届」という。)に当該変更を確認できる書類及び受給者証を添えて、地域県民局長を経由して知事に届け出るものとする。

2～3 (略)

### 第12 受給者証の再交付

1 受給者は、受給者証を紛失したとき又は汚損、破損により使用に耐えなくなったときは、肝炎治療受給者証再交付申請書([様式第9号](#))により、地域県民局長を経由して知事に申請するものとする。ただし、汚損、破損の場合は受給者証を添付するものとする。

2 (略)

### 第13～第15 (略)

## 第16 自己負担限度額の管理

1 肝炎治療を受ける際に、受給者から受給者証を提示された保険医療機関等は、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（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）について支払った自己負担の累積額を受給者証の所定の欄に記載するものとする。また、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度額に達した場合は、受給者証の所定の欄にその旨を記載するものとする。

なお、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を併用する者の場合は、両治療に係る自己負担の合算額を当該月の自己負担への累積額とする。

2 (略)

## 第17 医療費の請求

- 第6規定する事業に必要な費用に相当する金額に係る審査及び支払事務は、青森県社会保険診療支払基金及び青森県国民健康保険団体連合会（以下「診療報酬審査支払機関」という。）へ委託して行うものとする。
- 保険医療機関等は、診療報酬審査支払機関に対し診療報酬請求書等の必要書類を提出することにより請求を行うものとする。
- 受給者は、やむを得ない理由により、第6第1項に規定する費用に相当する額を保険医療機関等に支払った場合は、肝炎治療療養費請求書（第11号様式）により、地域県民局長を経由して知事に請求できるものとする。

## 第18～第19 (略)

附則 この要綱は、平成20年5月19日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附則 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成23年11月7日から施行し、平成23年9月

## 第16 自己負担限度額の管理

1 肝炎治療を受ける際に、受給者から受給者証を提示された保険医療機関等は、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（肝炎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）について支払った自己負担の累積額を受給者証の所定の欄に記載するものとする。また、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度額に達した場合は、受給者証の所定の欄にその旨を記載するものとする。

なお、インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療を併用する者の場合は、両治療に係る自己負担の合算額を当該月の自己負担への累積額とする。

2 (略)

## 第17 医療費の請求

- 第7に規定する事業に必要な費用に相当する金額に係る審査及び支払事務は、青森県社会保険診療支払基金及び青森県国民健康保険団体連合会（以下「診療報酬審査支払機関」という。）へ委託して行うものとする。
- 保険医療機関等は、診療報酬審査支払機関に対し診療報酬請求書等の必要書類を提出することにより請求を行うものとする。
- 受給者は、やむを得ない理由により、第6第1項に規定する費用に相当する額を保険医療機関等に支払った場合は、肝炎治療療養費請求書（様式第11号）により、地域県民局長を経由して知事に請求できるものとする。

## 第18～第19 (略)

附則 この要綱は、平成20年5月19日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附則 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附則 この要綱は、平成23年11月7日から施行し、平成23年9月

<p>26日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成24年2月2日から施行し、平成23年11月25日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成24年3月14日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、平成25年12月18日から施行し、平成25年11月19日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成26年9月29日から施行し、平成26年9月2日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成27年1月23日から施行し、平成26年12月15日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成27年3月30日から施行し、平成27年3月20日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成27年6月23日から施行し、平成27年5月20日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成27年10月1日から施行し、平成27年8月31日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成28年1月4日から施行し、平成27年11月26日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成28年10月31日から施行し、平成28年9月28日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成28年11月22日から施行し、平成28年11月18日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成29年2月23日から施行し、平成29年2月15日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成29年3月31日から施行し、平成29年3月24日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成29年6月16日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、平成29年12月1日から施行し、平成29年11月22日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成30年2月27日から施行し、平成30年2月16日から適用する。ただし、第8第2項の規定は核酸アナログ製剤治療の者で平成30年6月30日までの有効期限であり更新を希望する者</p>	<p>26日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成24年2月2日から施行し、平成23年11月25日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成24年3月14日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、平成25年12月18日から施行し、平成25年11月19日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成26年9月29日から施行し、平成26年9月2日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成27年1月23日から施行し、平成26年12月15日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成27年3月30日から施行し、平成27年3月20日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成27年6月23日から施行し、平成27年5月20日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成27年10月1日から施行し、平成27年8月31日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成28年1月4日から施行し、平成27年11月26日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成28年10月31日から施行し、平成28年9月28日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成28年11月22日から施行し、平成28年11月18日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成29年2月23日から施行し、平成29年2月15日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成29年3月31日から施行し、平成29年3月24日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成29年6月16日から施行する。</p> <p>附則 この要綱は、平成29年12月1日から施行し、平成29年11月22日から適用する。</p> <p>附則 この要綱は、平成30年2月27日から施行し、平成30年2月16日から適用する。ただし、第8第2項の規定は核酸アナログ製剤治療の者で平成30年6月30日までの有効期限であり更新を希望する者</p>
---	---

及び平成30年7月1日以降に申請があったものに対し適用する。  
附則 この要綱は、平成30年6月7日から施行し、平成30年4月1日から適用する。  
附則 この要綱は平成30年6月7日から施行し、平成30年4月1日から適用する。  
附則 この要綱は令和元年5月24日から施行し、平成31年2月26日から適用する。  
附則 この要綱は令和元年9月18日から施行し、令和元年8月22日から適用する。  
附則 この要綱は令和3年2月1日から施行し、同日から適用する。

(経過措置)

1 略

2～3 (削除)

2 別添1「認定基準」2.(2)中、インターフェロンフリー治療に対する医療給付の申請については、平成26年9月2日から平成27年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成26年9月2日まで遡及できるものとする。  
3 別添1「認定基準」2.(2)中、インターフェロンフリー治療(ソホスプレビル及びリバビリン併用療法)に対する医療給付の申請については、平成27年5月20日から平成28年3月31日までに申請した者につ

及び平成30年7月1日以降に申請があったものに対し適用する。  
附則 この要綱は、平成30年6月7日から施行し、平成30年4月1日から適用する。  
附則 この要綱は平成30年6月7日から施行し、平成30年4月1日から適用する。  
附則 この要綱は令和元年5月24日から施行し、平成31年2月26日から適用する。  
附則 この要綱は令和元年9月18日から施行し、令和元年8月22日から適用する。  
(新設)

(経過措置)

1 略

2 別添1「認定基準」2.(2)ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法を用いた治療に対する医療給付の申請については、平成23年11月25日から平成24年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成23年11月25日まで遡及できるものとする。

3 別添1「認定基準」2.(2)中、ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビルを用いた3剤併用療法に対する医療給付の申請については、平成25年11月19日から平成26年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成25年11月19日まで遡及できるものとする。

4 別添1「認定基準」2.(3)中、インターフェロンフリー治療に対する医療給付の申請については、平成26年9月2日から平成27年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成26年9月2日まで遡及できるものとする。

5 別添1「認定基準」2.(3)中、インターフェロンフリー治療(ソホスプレビル及びリバビリン併用療法)に対する医療給付の申請については、平成27年5月20日から平成28年3月31日までに申請した者につ

いて、この要綱が適用される平成27年5月20日まで遡及できるものとする。

4 別添1「認定基準」2.(1)中、直前の抗ウイルス治療としてインターフェロンフリー治療に係る治療歴がある場合の医療給付の申請については、平成27年6月9日から平成28年3月31日までに申請した者について、平成27年6月9日まで遡及できるものとする。

5 別添1「認定基準」2.(2)中、インターフェロンフリー治療(レジパスビル/ソホスブビル配合錠による治療)に対する医療給付の申請については、平成27年8月31日から平成28年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成27年8月31日まで遡及できるものとする。

6 別添1「認定基準」2.(2)中、インターフェロンフリー治療(オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビルによる治療)に対する医療給付の申請については、平成27年11月26日から平成28年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成27年11月26日まで遡及できるものとする。

7 別添1「認定基準」2.(2)中、インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療に対する医療給付の申請については、平成27年12月1日から平成28年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成27年12月1日まで遡及できるものとする。

8 別添1「認定基準」2.(2)中、インターフェロンフリー治療(オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン併用療法による治療)に対する医療給付の申請については、平成28年9月28日から平成29年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成28年9月28日まで遡及できるものとする。

9 別添1「認定基準」2.(2)中、インターフェロンフリー治療(エルバスビル及びグラゾプレビル併用療法による治療)に対する医療給付の申請については、平成28年11月18日から平成29年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成28年11月18日まで遡及できるものとする。

いて、この要綱が適用される平成27年5月20日まで遡及できるものとする。

6 別添1「認定基準」2.(1)及び2.(2)中、直前の抗ウイルス治療としてインターフェロンフリー治療に係る治療歴がある場合の医療給付の申請については、平成27年6月9日から平成28年3月31日までに申請した者について、平成27年6月9日まで遡及できるものとする。

7 別添1「認定基準」2.(3)中、インターフェロンフリー治療(レジパスビル/ソホスブビル配合錠による治療)に対する医療給付の申請については、平成27年8月31日から平成28年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成27年8月31日まで遡及できるものとする。

8 別添1「認定基準」2.(3)中、インターフェロンフリー治療(オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビルによる治療)に対する医療給付の申請については、平成27年11月26日から平成28年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成27年11月26日まで遡及できるものとする。

9 別添1「認定基準」2.(3)中、インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療に対する医療給付の申請については、平成27年12月1日から平成28年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成27年12月1日まで遡及できるものとする。

10 別添1「認定基準」2.(3)中、インターフェロンフリー治療(オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン併用療法による治療)に対する医療給付の申請については、平成28年9月28日から平成29年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成28年9月28日まで遡及できるものとする。

11 別添1「認定基準」2.(3)中、インターフェロンフリー治療(エルバスビル及びグラゾプレビル併用療法による治療)に対する医療給付の申請については、平成28年11月18日から平成29年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成28年11月18日まで遡及できるものとする。

- 10** 別添1「認定基準」1.(2)中、核酸アナログ製剤治療(テノホビルアラフェナミドフマル酸塩錠による治療)に対する医療給付の申請については、平成29年2月15日から平成29年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成29年2月15日まで遡及できるものとする。
- 11** 別添1「認定基準」2.(2)中、インターフェロンフリー治療(ダグラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠による治療)に対する医療給付の申請については、平成29年2月15日から平成29年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成29年2月15日まで遡及できるものとする。
- 12** 別添1「認定基準」2.(2)中、インターフェロンフリー治療(ソホスビル及びリバビリン併用療法)に対する医療給付の申請については、平成29年3月24日から平成29年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成29年3月24日まで遡及できるものとする。
- 13** 別添1「認定基準」2.(2)中、インターフェロンフリー治療(グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療)に対する医療給付の申請については、平成29年11月22日から平成30年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成29年11月22日まで遡及できるものとする。
- 14** 別添1「認定基準」2.(2)中、セログループ2(ジェノタイプ2)のC型慢性肝炎及びChild-Pugh Aの代償性肝硬変に対する治療としてインターフェロンフリー治療(レジパスビル/ソホスビル配合錠による治療)に対する医療給付の申請については、平成30年2月16日から平成30年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成30年2月16日まで遡及できるものとする。
- 15** 別添1「認定基準」2.(2)中、前治療歴を有するC型慢性肝炎又はChild-Pugh Aの代償性肝硬変に対する治療及びChild-Pugh 分類B又はCのC型非代償性肝硬変としてインターフェロンフリー治療(ソホスビル/ベルパタスビル配合錠による治療)に対する医療給付の申請については、平成31年2月26日から令和元年8月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成31年2月26日まで遡及できる
- 12** 別添1「認定基準」1.(2)中、核酸アナログ製剤治療(テノホビルアラフェナミドフマル酸塩錠による治療)に対する医療給付の申請については、平成29年2月15日から平成29年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成29年2月15日まで遡及できるものとする。
- 13** 別添1「認定基準」2.(3)中、インターフェロンフリー治療(ダグラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠による治療)に対する医療給付の申請については、平成29年2月15日から平成29年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成29年2月15日まで遡及できるものとする。
- 14** 別添1「認定基準」2.(3)中、インターフェロンフリー治療(ソホスビル及びリバビリン併用療法)に対する医療給付の申請については、平成29年3月24日から平成29年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成29年3月24日まで遡及できるものとする。
- 15** 別添1「認定基準」2.(3)中、インターフェロンフリー治療(グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療)に対する医療給付の申請については、平成29年11月22日から平成30年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成29年11月22日まで遡及できるものとする。
- 16** 別添1「認定基準」2.(3)中、セログループ2(ジェノタイプ2)のC型慢性肝炎及びChild-Pugh Aの代償性肝硬変に対する治療としてインターフェロンフリー治療(レジパスビル/ソホスビル配合錠による治療)に対する医療給付の申請については、平成30年2月16日から平成30年3月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成30年2月16日まで遡及できるものとする。
- 17** 別添1「認定基準」2.(3)中、前治療歴を有するC型慢性肝炎又はChild-Pugh Aの代償性肝硬変に対する治療及びChild-Pugh 分類B又はCのC型非代償性肝硬変としてインターフェロンフリー治療(ソホスビル/ベルパタスビル配合錠による治療)に対する医療給付の申請については、平成31年2月26日から令和元年8月31日までに申請した者について、この要綱が適用される平成31年2月26日まで遡及できる

ものとする。

16 別添1「認定基準」2. (2) 中、12歳以上の小児のC型慢性肝炎又は Child-Pugh A の代償性肝硬変に対する治療としてインターフェロンフリー治療（グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤による治療）に対する医療給付の申請については、令和元年8月22日から令和2年2月29日までに申請した者について、この要綱が適用される令和元年8月22日まで遡及できるものとする。

別表（略）

ものとする。

18 別添1「認定基準」2. (3) 中、12歳以上の小児のC型慢性肝炎又は Child-Pugh A の代償性肝硬変に対する治療としてインターフェロンフリー治療（グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤による治療）に対する医療給付の申請については、令和元年8月22日から令和2年2月29日までに申請した者について、この要綱が適用される令和元年8月22日まで遡及できるものとする。

別表（略）



別添1

## 認定基準

### 1. B型慢性肝疾患（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。

※1 上記については、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。

※2 略

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. (2)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。

※4 直前の抗ウイルス治療として2. (2)に係る治療歴がある場合、上記治療を行うことができる医療機関は、2. (1) ※3の診断書作成医がいる医療機関（常勤・非常勤の別を問わない）及び、当該診断書作成医が診断書の「治療医療機関」欄に記入した「肝炎治療医療費助成指定医療機関」とする。

### (2) 削除

別添1

## 認定基準

### 1. B型慢性肝疾患（略）

### 2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療及びインターフェロン±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。

※2 略

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. (3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。

※4 直前の抗ウイルス治療として2. (3)に係る治療歴がある場合、上記治療を行うことができる医療機関は、2. (1) ※3の診断書作成医がいる医療機関（常勤・非常勤の別を問わない）及び、当該診断書作成医が診断書の「治療医療機関」欄に記入した「肝炎治療医療費助成指定医療機関」とする。

### (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。

(2) 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剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2～※4 (略)

※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に限り、改めて助成の対象とすることができる。

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。

※4 直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、上記治療を行うことができる医療機関は、2.(2)※4の診断書作成医がいる医療機関（常勤・非常勤の別を問わない）及び、当該診断書作成医が診断書の「治療医療機関」欄に記入した「肝炎治療医療費助成指定医療機関」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～※4 (略)

別添2

### 助成期間の延長に係る取扱い

1. 例外的に助成期間の延長を認める場合は、以下によるものとする。

(少量長期投与については、対象としない。)

(1) C型慢性肝炎セログループ1 (ジェノタイプ1) 型かつ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、一定の条件を満たし、医師が72週投与 (48 週プラス24 週) が必要と判断する場合に、6 か月を限度とする期間延長を認めること。

(2) (削除)

(2) 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記の(1)とは別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。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。

注) (削除)

2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。

1. (1) について (略)

1. (2) について (削除)

別添2

### 助成期間の延長に係る取扱い

1. 例外的に助成期間の延長を認める場合は、以下によるものとする。

(少量長期投与については、対象としない。)

(1) C型慢性肝炎セログループ1 (ジェノタイプ1) 型かつ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、一定の条件を満たし、医師が72週投与 (48 週プラス24 週) が必要と判断する場合に、6 か月を限度とする期間延長を認めること。

(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、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に、6 か月を限度とする期間延長を認めること。

※ 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。

(3) 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記の(1) または(2)とは別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。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。

注) 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。

2. 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。

1. (1) について (略)

1. (2) について

① 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

※ 前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA 定量値。

参考) (略)

者。

② または、インターフェロン治療の開始12週後にHCV-RNA が前値 (※) の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者。

※ 前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA 定量値。

参考) (略)

第1号様式（第8関係）

第1号様式（第8関係）（表面）

肝炎治療受給者証交付申請書  
 （インターフェロン：新規・2回目、インターフェロンフリー治療：新規・再治療  
 核酸アナログ製剤：新規・更新）

申請者	氏名			性別	男・女	申請年の 1/1時点 の住民票 所在市町 村
	個人番号					
	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			申請者 との続柄	
保険種別		協・組・船・共・国・後		被保険者証 の記号・番号		
被保険者証 発行機関名						
病名			有効期間の開始日	年 月 日		
本誌成制度 利用型	1. あり（受給者証番号： , 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日） 2. なし					
保 険 機 関	名称			所在地		
	所在地					
	名称					
	所在地					
名称			所在地			
名称			所在地			

下記の事項について同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。  
 ①（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・副作用等について説明を受け、治療を受けること。  
 ②肝炎治療特別促進事業によって受けた肝炎治療に係る治療経過及び結果について、診断書作成医療機関から青森県に対して報告されること。

【申請の委任について】  
 申請を代理人に委任する場合は、にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。  
 申請に際し、下記の者を代理人として委任します。

氏名	(申請者との関係： )
住所	〒
電話番号	

申請者 氏名 印 捺・捺印欄

年 月 日 原

青森県知事

\* 報告された内容の一部については、治療研究推進のために国へデータを提供する場合がありますが、県から国に対しては個人が識別される情報は一切報告いたしません。  
 \* この報告内容の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、肝炎総合対策を推進する目的以外に使用することはありません。また、個人が識別される情報の公表等も行いません。  
 注1 初回申請における有効期間の開始日は、「申請書の受理日の属する月」から「診断書が作成された日の属する月の翌々翌月」までのいずれかの月の初日のうち、申請者が指定した月の初日となります。

第1号様式（第8関係）

第1号様式（第8関係）（表面）

肝炎治療受給者証交付申請書  
 （インターフェロン：新規・2回目、インターフェロンフリー治療：新規・再治療  
 核酸アナログ製剤：新規・更新）

申請者	氏名			性別	男・女	申請年の 1/1時点 の住民票 所在市町 村
	個人番号					
	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			申請者 との続柄	
保険種別		協・組・船・共・国・後		被保険者証 の記号・番号		
被保険者証 発行機関名						
病名			有効期間の開始日	年 月 日		
本誌成制度 利用型	1. あり（受給者証番号： , 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日） 2. なし					
保 険 機 関	名称			所在地		
	所在地					
	名称					
	所在地					
名称			所在地			
名称			所在地			

下記の事項について同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。  
 ①（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・副作用等について説明を受け、治療を受けること。  
 ②肝炎治療特別促進事業によって受けた肝炎治療に係る治療経過及び結果について、診断書作成医療機関から青森県に対して報告されること。

【申請の委任について】  
 申請を代理人に委任する場合は、にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。  
 申請に際し、下記の者を代理人として委任します。（代理人： )

申請者 氏名 印 捺・捺印欄

年 月 日 原

青森県知事

\* 報告された内容の一部については、治療研究推進のために国へデータを提供する場合がありますが、県から国に対しては個人が識別される情報は一切報告いたしません。  
 \* この報告内容の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、肝炎総合対策を推進する目的以外に使用することはありません。また、個人が識別される情報の公表等も行いません。  
 注1 初回申請における有効期間の開始日は、「申請書の受理日の属する月」から「診断書が作成された日の属する月の翌々翌月」までのいずれかの月の初日のうち、申請者が指定した月の初日となります。

注1 以下の書類を添付してください。

(1) 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書

ただし、核酸アナログ製剤治療については、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料をもって、診断書に代えることができる。(第2号様式-1.0) また、検査内容が分かる資料については、診断書又は検査内容が分かる資料が提出された認定以降2回目までの認定においては、提出を省略できる。

- (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世帯に属する全ての者について記載のある住民票の写し<sup>※1</sup>
- (4) 申請者及び申請者と同一世帯に属する者の地方税法(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<sup>※1</sup>
- (5) 税情報((4))を取得することへの同意書\*申請書裏面
- (6) 市町村民税合算対象除外希望申請書(希望する場合)<sup>※2</sup>

※1 マイナンバーを制度による情報連携が本格運用されたことにより、肝炎受給者証交付申請に係る必要な書類のうち、住民票の写し及び課税証明書((3)及び(4))の提出を省略できます。  
・税情報の取得には、同一世帯員全員それぞれからの同意(直筆)が必要です。  
・マイナンバーの利用を拒否する場合は、添付書類は紙で提出してください。

※2 申請者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医療保険上・地方税法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に市町村民税課税額の合算対象から除外することを希望する者については、(6)の提出のほか、以下の書類を添付してください。  
・除外対象者の氏名が記載された被保険者証等の写し

注2 インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療に対する助成の申請を行う者については、診断書作成医が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である場合を除いて、以下の書類を添付してください。  
・インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書(第2号様式-9)

別紙

### 認定基準

- 1. B型慢性肝疾患(略)
- 2. C型慢性肝疾患

注1 以下の書類を添付してください。

(1) 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書

ただし、核酸アナログ製剤治療については、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料をもって、診断書に代えることができる。(第2号様式-1.2) また、検査内容が分かる資料については、診断書又は検査内容が分かる資料が提出された認定以降2回目までの認定においては、提出を省略できる。

- (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世帯に属する全ての者について記載のある住民票の写し<sup>※1</sup>
- (4) 申請者及び申請者と同一世帯に属する者の地方税法(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<sup>※1</sup>
- (5) 税情報((4))を取得することへの同意書\*申請書裏面
- (6) 市町村民税合算対象除外希望申請書(希望する場合)<sup>※2</sup>

※1 マイナンバーを制度による情報連携が本格運用されたことにより、肝炎受給者証交付申請に係る必要な書類のうち、住民票の写し及び課税証明書((3)及び(4))の提出を省略できます。  
・税情報の取得には、同一世帯員全員それぞれからの同意(直筆)が必要です。  
・マイナンバーの利用を拒否する場合は、添付書類は紙で提出してください。

※2 申請者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医療保険上・地方税法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に市町村民税課税額の合算対象から除外することを希望する者については、(6)の提出のほか、以下の書類を添付してください。  
・除外対象者の氏名が記載された被保険者証等の写し

注2 インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療に対する助成の申請を行う者については、診断書作成医が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である場合を除いて、以下の書類を添付してください。  
・インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書(第2号様式-1.1)

別紙

### 認定基準

- 1. B型慢性肝疾患(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。

※1 上記については、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。

※2 略

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(2)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。

※4 直前の抗ウイルス治療として2.(2)に係る治療歴がある場合、上記治療を行うことができる医療機関は、2.(1)※3の診断書作成医がいる医療機関(常勤・非常勤の別を問わない)及び、当該診断書作成医が診断書の「治療医療機関」欄に記入した「肝炎治療医療費助成指定医療機関」とする。

## (2) (削除)

(1) インターフェロン単剤治療及びインターフェロン+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。

※2 略

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。

※4 直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、上記治療を行うことができる医療機関は、2.(1)※3の診断書作成医がいる医療機関(常勤・非常勤の別を問わない)及び、当該診断書作成医が診断書の「治療医療機関」欄に記入した「肝炎治療医療費助成指定医療機関」とする。

## (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。

※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に限り、改めて助成の対象とすることができる。

(2) 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剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2～※4（略）

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。

※4 直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、上記治療を行うことができる医療機関は、2.(2)※4の診断書作成医がいる医療機関（常勤・非常勤の別を問わない）及び、当該診断書作成医が診断書の「治療医療機関」欄に記入した「肝炎治療医療費助成指定医療機関」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～※4（略）



## 第2号様式—1 (第8関係)

第2号様式—1 (第8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)		
住所	郵便番号					
	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	0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剤併用療法を開始したことがあるが、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	今回のインターフェロン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 (検査日: 年 月 日) (1) HBe抗原 ( +・- ) (検査日: 年 月 日) (2) 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 (該当する方を○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 (GOT) IU/L アルブミン値 % ALT (GPT) IU/L 総ビリルビン値 mg/dl 血小板数 /μl クレアチニン mg/dl 白血球数 /μl HbA1c % ヘモグロビン g/dl 4. 画像診断の所見 (具体的に記載) (検査日: 年 月 日) (所見) 5. 肝生検の所見 (行った場合に具体的に記載する) (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. 有 2. 無					
合併症	1. うつ症状の有無 ( 1. 有 2. 無 ) 2. アルコール依存症で治療歴がある ( 1. 有 2. 無 ) 3. その他の合併症 ( 1. 有 2. 無 ) 有の場合はその疾病名: ( ) 4. 自己免疫性疾患の有無 ( 1. 有 2. 無 )					
治療内容	現在又は今後必要とする治療について該当する番号を○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 (代償性肝硬変の場合) 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 )					
既往歴						
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					
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医						
医師氏名	印					
治療医療機関名						

(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. HBe抗原、HBe抗体、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。  
 4. 「治療医療機関名」の欄は、診断書作成医と治療を行う医療機関が異なる場合、診断書作成医が記載してください。

## 第2号様式—1 (第8関係)

第2号様式—1 (第8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)		
住所	郵便番号					
	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	0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剤併用療法を開始したことがあるが、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	今回のインターフェロン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 (検査日: 年 月 日) (1) HBe抗原 ( +・- ) (検査日: 年 月 日) (2) 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 (該当する方を○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 (GOT) IU/L アルブミン値 % ALT (GPT) IU/L 総ビリルビン値 mg/dl 血小板数 /μl クレアチニン mg/dl 白血球数 /μl HbA1c % ヘモグロビン g/dl 4. 画像診断の所見 (具体的に記載) (検査日: 年 月 日) (所見) 5. 肝生検の所見 (行った場合に具体的に記載する) (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. 有 2. 無					
合併症	1. うつ症状の有無 ( 1. 有 2. 無 ) 2. アルコール依存症で治療歴がある ( 1. 有 2. 無 ) 3. その他の合併症 ( 1. 有 2. 無 ) 有の場合はその疾病名: ( ) 4. 自己免疫性疾患の有無 ( 1. 有 2. 無 )					
治療内容	現在又は今後必要とする治療について該当する番号を○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 (代償性肝硬変の場合) 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 )					
既往歴						
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					
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医						
医師氏名	印					
治療医療機関名						

(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. HBe抗原、HBe抗体、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。  
 4. 「治療医療機関名」の欄は、診断書作成医と治療を行う医療機関が異なる場合、診断書作成医が記載してください。

第2号様式—2 (第8関係) (略)

第2号様式—3 (第8関係)

第2号様式—3(第8関係)

肝炎治療受給者証(B型肝炎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	今回のインターフェロン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) HBe抗原(+-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗体(+-) 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. 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: _____~_____) 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	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. 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	印				

(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. HBe抗原、HBe抗体、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。

第2号様式—2 (第8関係) (略)

別紙様式例2-3

(別紙様式例2-3)

肝炎治療受給者証(B型肝炎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	今回のインターフェロン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) HBe抗原(+-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗体(+-) 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. 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: _____~_____) 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	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. 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	印				

(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. HBe抗原、HBe抗体、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。

第2号様式-4 (第8関係)

第2号様式-4 (第8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 郵便番号	電話番号 ( ) ( )																					
診断年月 年 月	前医 (あれば記載する) 医師名	医療機関名 医師名																				
前回の治療	<p>*該当する場合、□ (チェックボックス) にチェックしてください。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p>□ 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</p> <p>(1) 過去のペグインターフェロン及びリビリン併用療法の治療歴</p> <p>□ これまでの治療において十分量の③剤併用療法 (ペグインターフェロン、リビリン及びテラプレビル) による②4週投与を受けていない。</p> <p>□ 以下の①、②のいずれにも該当しない。</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ビリン併用療法の4~8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</p> <p>② これまでの治療において、ペグインターフェロンおよびリビリン併用療法による7~2週投与が行われたケース</p> <p>(2) 過去の③剤併用療法 (ペグインターフェロン、リビリン及びプロテアーゼ阻害剤) の治療歴</p> <p>□ ③剤併用療法の治療歴なし。</p> <p>□ 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。</p> <p>(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</p> <p>□ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: )</p> <p>□ 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. 自型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBe抗原 ( +・- ) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗体 ( +・- ) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(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)</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○で囲む。)</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>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <table border="1"> <tr> <td>AST (GOT)</td> <td>IU/l</td> <td>アルブミン値</td> <td>g/dl</td> </tr> <tr> <td>ALT (GPT)</td> <td>IU/l</td> <td>総ビリルビン値</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td>/μl</td> <td>クレアチニン</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td>/μl</td> <td>HbA1c</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>4. 画像診断の所見 (検査日: 年 月 日)</p> <p>5. 肝生検の所見 (行った場合に記載する) (検査日: 年 月 日)</p>		AST (GOT)	IU/l	アルブミン値	g/dl	ALT (GPT)	IU/l	総ビリルビン値	mg/dl	血小板数	/μl	クレアチニン	mg/dl	白血球数	/μl	HbA1c	%	ヘモグロビン	g/dl		
AST (GOT)	IU/l	アルブミン値	g/dl																			
ALT (GPT)	IU/l	総ビリルビン値	mg/dl																			
血小板数	/μl	クレアチニン	mg/dl																			
白血球数	/μl	HbA1c	%																			
ヘモグロビン	g/dl																					
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)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>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	<p>肝がん 1. 有 2. 無</p>																					
合併症	<p>1. うつ症状の有無 ( 1. 有 2. 無 )</p> <p>2. アルコール依存症で治療歴がある ( 1. 有 2. 無 )</p> <p>3. その他の合併症 ( 1. 有 2. 無 ) 有の場合はその疾病名: ( )</p> <p>4. 自己免疫性疾患の有無 ( 1. 有 2. 無 )</p>																					
治療内容	<p>現在又は今後必要とする治療について該当する番号を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独 (代償性肝硬変の場合)</p> <p>2. インターフェロンα製剤単独 + リビリン製剤</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4. インターフェロンα製剤 + リビリン製剤</p> <p>5. インターフェロンα製剤 + リビリン製剤</p> <p>6. ペグインターフェロン製剤 + リビリン製剤</p> <p>7. その他 (具体的に記載: )</p> <p>治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月 )</p>																					
既往歴																						
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	印																					
治療医療機関名																						

(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. HBe抗原、HBe抗体、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りますので、ご注意ください。  
 4. 「治療医療機関名」の欄は、診断書作成医と治療を行う医療機関が異なる場合、診断書作成医が記載してください。

第2号様式-4 (第8関係)

第2号様式-4 (第8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 郵便番号	電話番号 ( ) ( )																					
診断年月 年 月	前医 (あれば記載する) 医師名	医療機関名 医師名																				
前回の治療	<p>*該当する場合、□ (チェックボックス) にチェックしてください。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p>□ 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</p> <p>(1) 過去のペグインターフェロン及びリビリン併用療法の治療歴</p> <p>□ これまでの治療において十分量の③剤併用療法 (ペグインターフェロン、リビリン及びテラプレビル) による②4週投与を受けていない。</p> <p>□ 以下の①、②のいずれにも該当しない。</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ビリン併用療法の4~8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</p> <p>② これまでの治療において、ペグインターフェロンおよびリビリン併用療法による7~2週投与が行われたケース</p> <p>(2) 過去の③剤併用療法 (ペグインターフェロン、リビリン及びプロテアーゼ阻害剤) の治療歴</p> <p>□ ③剤併用療法の治療歴なし。</p> <p>□ 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。</p> <p>(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</p> <p>□ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: )</p> <p>□ 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. 自型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBe抗原 ( +・- ) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗体 ( +・- ) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(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)</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○で囲む。)</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>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <table border="1"> <tr> <td>AST (GOT)</td> <td>IU/l</td> <td>アルブミン値</td> <td>g/dl</td> </tr> <tr> <td>ALT (GPT)</td> <td>IU/l</td> <td>総ビリルビン値</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td>/μl</td> <td>クレアチニン</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td>/μl</td> <td>HbA1c</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>4. 画像診断の所見 (検査日: 年 月 日)</p> <p>5. 肝生検の所見 (行った場合に記載する) (検査日: 年 月 日)</p>		AST (GOT)	IU/l	アルブミン値	g/dl	ALT (GPT)	IU/l	総ビリルビン値	mg/dl	血小板数	/μl	クレアチニン	mg/dl	白血球数	/μl	HbA1c	%	ヘモグロビン	g/dl		
AST (GOT)	IU/l	アルブミン値	g/dl																			
ALT (GPT)	IU/l	総ビリルビン値	mg/dl																			
血小板数	/μl	クレアチニン	mg/dl																			
白血球数	/μl	HbA1c	%																			
ヘモグロビン	g/dl																					
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)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>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	<p>肝がん 1. 有 2. 無</p>																					
合併症	<p>1. うつ症状の有無 ( 1. 有 2. 無 )</p> <p>2. アルコール依存症で治療歴がある ( 1. 有 2. 無 )</p> <p>3. その他の合併症 ( 1. 有 2. 無 ) 有の場合はその疾病名: ( )</p> <p>4. 自己免疫性疾患の有無 ( 1. 有 2. 無 )</p>																					
治療内容	<p>現在又は今後必要とする治療について該当する番号を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独 (代償性肝硬変の場合)</p> <p>2. インターフェロンα製剤単独 + リビリン製剤</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4. インターフェロンα製剤 + リビリン製剤</p> <p>5. インターフェロンα製剤 + リビリン製剤</p> <p>6. ペグインターフェロン製剤 + リビリン製剤</p> <p>7. その他 (具体的に記載: )</p> <p>治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月 )</p>																					
既往歴																						
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	印																					
治療医療機関名																						

(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. HBe抗原、HBe抗体、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りますので、ご注意ください。  
 4. 「治療医療機関名」の欄は、診断書作成医と治療を行う医療機関が異なる場合、診断書作成医が記載してください。

第2号様式—5 (第8関係) (略)

第2号様式—6 (第8関係) 削除

第2号様式—5 (第8関係) (略)

第2号様式—6 (第8関係)

第2号様式—6 (第8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の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	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 載する)	医療機関名 医師名	
過去の治療歴	該当する項目方にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、そ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 ( ) (中止・再燃・無効) 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	今回のインターフェロン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) ウイルス型 (検査日: ) (単位: )、測定法 ) (2) ウイルス量 (検査する方を○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 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST (GOT) <u>        </u> IU/L ALT (GPT) <u>        </u> IU/L 血小板数 <u>        </u> /μL 白血球数 <u>        </u> /μL ヘモグロビン <u>        </u> g/dL アルブミン値 <u>        </u> % 総ビリルビン値 <u>        </u> mg/dL カレアデニン <u>        </u> mg/dL HbA1c <u>        </u> % 3. 画像診断の所見 (検査日: 年 月 日) (所見) ) 4. 肝生検の所見 (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. 有 2. 無			
合併症	1. うつ症状の有無 ( 1. 有 2. 無 ) 2. アルコール依存症で治療歴がある ( 1. 有 2. 無 ) 3. その他の合併症 ( 1. 有 2. 無 ) 有の場合はその疾病名: ( ) 4. 自己免疫性疾患の有無 ( 1. 有 2. 無 )			
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 (シメプレビル・パニプレビル) 3剤併用療法 治療予定期間 ≥ 4 週 ( 年 月 ~ 年 月 )			
既往歴				
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 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 医師氏名 印 治療医療機関名			

(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、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。
4. 本診断書は治療歴医療機関が発行することとする。
5. 「治療内容」の欄のプロテアーゼ阻害剤については、該当する薬剤名を丸で囲んでください。
6. 「治療医療機関名」の欄は、診断書作成医と治療を行う医療機関が異なる場合、診断書作成医が記載してください。

第2号様式-7 (第8関係) (削除)

第2号様式-7 (第8関係)

第2号様式-7 (第8関係)

肝炎治療受給者証(pegインターフェロン、リバリン及びプロテアーゼ阻害剤の3剤併用療法)の交付申請に係る診断書(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	郵便番号 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	該当する項目方にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 <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. pegインターフェロン及びリバリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ. pegインターフェロン、リバリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名: テラプレビル・シメプレビル・パニプレビル) ウ. 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) エ. 上記以外の治療 (具体的に記載: ) (中止・再燃・無効) 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"/> 医師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	今回のインターフェロン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 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST (GOT) IU/l アルブミン値 ALT (GPT) IU/l 総ビリルビン値 血小板数 /μl クレアチニン mg/dl 白血球数 /μl HbA1c % ヘモグロビン g/dl 3. 画像診断の所見 (検査日: 年 月 日) (所見 ) 4. 肝生検の所見 (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. 有 2. 無		
合併症	1. うつ症状の有無 ( 1. 有 2. 無 ) 2. アルコール依存症で治療歴がある ( 1. 有 2. 無 ) 3. その他の合併症 ( 1. 有 2. 無 ) 有の場合はその疾病名: ( ) 4. 自己免疫性疾患の有無 ( 1. 有 2. 無 )		
治療内容	pegインターフェロン、リバリン及びプロテアーゼ阻害剤(薬剤名: シメプレビル・パニプレビル) 3剤併用療法 治療予定期間 24 週 ( 年 月 ~ 年 月 )		
既往歴			
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		記載年月日 年 月 日	
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医			
医師氏名		印	
治療医療機関名			

(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、3剤併用治療中は治療開始時)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。
4. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。
5. 「過去の治療歴」及び「治療内容」の欄でプロテアーゼ阻害剤については、該当する薬剤名を丸で囲んでください。
6. 「治療医療機関名」の欄は、診断書作成医と治療を行う医療機関が異なる場合、診断書作成医が記載してください。

## 第2号様式—6 (第8関係)

第2号様式—6(第8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)

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 該当する場合、チェックする。 ロ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、リビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名: テラプレビル・ シンプレビル・ パシプレビル) ※併用療法(中止・再燃・無効) ウ、上記以外の治療 (具体的に記載: )				
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(検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ /ul 3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見: ) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C(該当する方を○で囲む。)				
	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)				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日					
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医					
医師氏名 _____ 印					
治療医療機関名 _____					

(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。
4. 「治療医療機関名」の欄は、診断書作成医と治療を行う医療機関が異なる場合、診断書作成医が記載してください。
5. 「治療内容」の欄について、エブクルーサ配合錠の場合は、リビリン製剤併用の有無についても記載すること。

## 第2号様式—8 (第8関係)

第2号様式—8(第8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

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 該当する場合、チェックする。 ロ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、リビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名: テラプレビル・ シンプレビル・ パシプレビル) ※併用療法(中止・再燃・無効) ウ、上記以外の治療 (具体的に記載: )				
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(検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ /ul 3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見: ) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C(該当する方を○で囲む。)				
	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)				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日					
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医					
医師氏名 _____ 印					
治療医療機関名 _____					

(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。
4. 「治療医療機関名」の欄は、診断書作成医と治療を行う医療機関が異なる場合、診断書作成医が記載してください。
5. 「治療内容」の欄について、エブクルーサ配合錠の場合は、リビリン製剤併用の有無についても記載すること。

第2号様式—7 (第8関係)

第2号様式—7(第8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(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	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。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。 1. インターフェロン治療歴 □ 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: ) エ. 併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載: ) 2. インターフェロンフリー治療歴 □ 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(該当する方を○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 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ /ul その他の血液検査所見(必要に応じて記載) 〔 _____ 〕 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: ) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)				
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)				
本診断書を作成する医師	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、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。 □ 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 □ 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本消化器病学会専門医で、別紙意見書を添付している医師 □ 肝疾患に関する専門医療機関に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医で、別紙意見書を添付している医師				
治療上の問題点	上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。				
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日				
医師氏名	印				

(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. 記載日前の1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。
4. 「治療内容」の欄について、エプクルーサ配合錠の場合は、リバビリン製剤併用の有無についても記載すること。

第2号様式—9 (第8関係)

第2号様式—9(第8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(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	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。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。 1. インターフェロン治療歴 □ 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: ) エ. 併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載: ) 2. インターフェロンフリー治療歴 □ 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(該当する方を○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 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ /ul その他の血液検査所見(必要に応じて記載) 〔 _____ 〕 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: ) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)				
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)				
本診断書を作成する医師	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、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。 □ 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 □ 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本消化器病学会専門医で、別紙意見書を添付している医師 □ 肝疾患に関する専門医療機関に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医で、別紙意見書を添付している医師				
治療上の問題点	上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。				
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日				
医師氏名	印				

(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. 記載日前の1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。
4. 「治療内容」の欄について、エプクルーサ配合錠の場合は、リバビリン製剤併用の有無についても記載すること。

第2号様式—8 (第8関係)

第2号様式—8 (第8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

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	郵便番号	電話番号																														
前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名																															
診断年月	年 月																															
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 (検査日: 年 月 日) A S T _____ U/L A L T _____ U/L 血小板 _____ /uL 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"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</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> <td></td> </tr> <tr> <td>腹水</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> <td></td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</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> <td></td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> <td></td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</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> <td></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	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	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	<input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴がない場合、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"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 <input type="checkbox"/> 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"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本消化器病学会専門医で、別紙意見書を添付している医師 <input type="checkbox"/> 肝疾患に関する専門医療機関に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医で、別紙意見書を添付している医師																															
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	印																															
治療医療機関名																																

(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. 記載日前の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。  
4. 「治療内容」の欄について、エタクルーサ配合錠の場合は、リバビリン製剤併用の有無についても記載すること。

第2号様式—10 (第8関係)

第2号様式—10 (第8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

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	郵便番号	電話番号																														
前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名																															
診断年月	年 月																															
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 (検査日: 年 月 日) A S T _____ U/L A L T _____ U/L 血小板 _____ /uL 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"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</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> <td></td> </tr> <tr> <td>腹水</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> <td></td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</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> <td></td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> <td></td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</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> <td></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	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	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	<input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴がない場合、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"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 <input type="checkbox"/> 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"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本消化器病学会専門医で、別紙意見書を添付している医師 <input type="checkbox"/> 肝疾患に関する専門医療機関に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医で、別紙意見書を添付している医師																															
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	印																															
治療医療機関名																																

(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. 記載日前の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。  
4. 「治療内容」の欄について、エタクルーサ配合錠の場合は、リバビリン製剤併用の有無についても記載すること。



## 第2号様式—9 (第8関係)

第2号様式—9 (第8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

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		
住所 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型慢性肝炎患者(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. (1)及び2. (2)に**係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記治療に係る助成の申請にあたっては、初回治療の場合、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。

※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、肝疾患診療連携拠点病院もしくは肝疾患に関する専門医療機関に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。

※4 インターフェロンフリー治療を行うことができる医療機関は、インターフェロンフリー治療に係る診断書作成医がいる医療機関(常勤・非常勤の別を問わない)及び、当該診断書作成医が診断書の「治療医療機関」欄に記入した「肝炎治療医療費助成指定医療機関」とする。

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。
- ウイルス性肝炎の治療に十分な知識・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。  
(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。

肝炎診療連携拠点病院名及び所在地 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 \_\_\_\_\_ 印

(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. 本意見書は肝炎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。

## 第2号様式—11 (第8関係)

第2号様式—11 (第8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

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		
住所 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型慢性肝炎患者(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 上記治療に係る助成の申請にあたっては、初回治療の場合、日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。

※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、肝疾患診療連携拠点病院もしくは肝疾患に関する専門医療機関に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が「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。

※4 インターフェロンフリー治療を行うことができる医療機関は、インターフェロンフリー治療に係る診断書作成医がいる医療機関(常勤・非常勤の別を問わない)及び、当該診断書作成医が診断書の「治療医療機関」欄に記入した「肝炎治療医療費助成指定医療機関」とする。

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。
- ウイルス性肝炎の治療に十分な知識・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。  
(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。

肝炎診療連携拠点病院名及び所在地 \_\_\_\_\_ 記載年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 \_\_\_\_\_ 印

(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. 本意見書は肝炎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。

第2号様式—1.0 (第8関係)

第2号様式-1.0 (第8関係)

肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る記録

申請者 記載欄

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	( )

検査所見	1. HBVマーカー	※実施した検査項目に☑をつけてください。 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBe抗原 <input type="checkbox"/> HBe抗体 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量	※左記の項目及び画像診断及び肝生検の検査結果を添付して下さい。  (例) 医療機関で発行された検査結果報告書、健診や人間ドックの報告書など (HBVマーカーや血液検査、画像診断結果が分かるもの)
	2. 血液検査	(検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> 血小板数	
	3. 画像診断及び肝生検	(検査日: 年 月 日) 画像診断 (☐腹部超音波、☐CT、☐MRI)  <input type="checkbox"/> 肝生検	

診断名	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)
-----	---

治療薬剤	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル(バラクルード錠) 2. ラミブジン(ゼフィックス錠) 3. アデホビル(ヘプセラ錠) 4. テノホビル(テノゼット錠、ベムリディ錠) 5. その他(具体的に記載: )	※治療内容が分かる資料を添付して下さい。  (例) 薬局から発行される薬剤情報提供書、お薬手帳に貼付されるシールなど(核酸アナログ製剤投与歴が分かるもの)
------	---	---

治療薬剤の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし 1. ありに○の場合 変更前薬剤名( 年 月 日 ) 変更日 ( 年 月 日 )
---------	--

備考	(※連携する医療機関がある場合は、医療機関名をご記入ください。)
----	----------------------------------

青森県肝炎治療特別促進事業に係る核酸アナログ治療の更新申請に際し、診断書に代わる検査内容、及び受けている治療内容が分かる資料として、本記録を添付いたします。

記載年月日 年 月 日

申請者  
氏名(自署)

※チェック項目:  検査結果・画像診断結果の写しを添付しましたか?  
 治療内容が分かる資料を添付しましたか?

(注)1. 検査結果は記載日前1年以内のものを添付してください。  
 なお、複数存在する場合は、より直近のものを添付してください。  
 2. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。

第2号様式—1.2 (第8関係)

第2号様式-1.2 (第8関係)

肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る記録

申請者 記載欄

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	( )

検査所見	1. HBVマーカー	※実施した検査項目に☑をつけてください。 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBe抗原 <input type="checkbox"/> HBe抗体 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量	※左記の項目及び画像診断及び肝生検の検査結果を添付して下さい。  (例) 医療機関で発行された検査結果報告書、健診や人間ドックの報告書など (HBVマーカーや血液検査、画像診断結果が分かるもの)
	2. 血液検査	(検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> 血小板数	
	3. 画像診断及び肝生検	(検査日: 年 月 日) 画像診断 (☐腹部超音波、☐CT、☐MRI)  <input type="checkbox"/> 肝生検	

診断名	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)
-----	---

治療薬剤	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル(バラクルード錠) 2. ラミブジン(ゼフィックス錠) 3. アデホビル(ヘプセラ錠) 4. テノホビル(テノゼット錠、ベムリディ錠) 5. その他(具体的に記載: )	※治療内容が分かる資料を添付して下さい。  (例) 薬局から発行される薬剤情報提供書、お薬手帳に貼付されるシールなど(核酸アナログ製剤投与歴が分かるもの)
------	---	---

治療薬剤の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし 1. ありに○の場合 変更前薬剤名( 年 月 日 ) 変更日 ( 年 月 日 )
---------	--

備考	(※連携する医療機関がある場合は、医療機関名をご記入ください。)
----	----------------------------------

青森県肝炎治療特別促進事業に係る核酸アナログ治療の更新申請に際し、診断書に代わる検査内容、及び受けている治療内容が分かる資料として、本記録を添付いたします。

記載年月日 年 月 日

申請者  
氏名(自署)

※チェック項目:  検査結果・画像診断結果の写しを添付しましたか?  
 治療内容が分かる資料を添付しましたか?

(注)1. 検査結果は記載日前1年以内のものを添付してください。  
 なお、複数存在する場合は、より直近のものを添付してください。  
 2. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。

第3号様式（第8関係）～第7号様式（第9関係）（略）

第8号様式（第1.1関係）

第8号様式（第1.1関係）

年 月 日

青森県知事 殿

住 所  
届出者 氏 名  
（縣・郡・市・町）  
受給者との続柄  
受給者氏名  
受給者番号

印

肝炎治療受給者証内容変更届

下記のとおり、肝炎治療受給者証の内容変更について届け出ます。

記

記 変更事項	変更前	変更後	変更年月日
氏 名			
住 所			
加入医療保険			
受診医療機関			
そ の 他			

注 氏名及び住所の変更の場合は、住民票の写しを、加入医療保険の変更の場合は、被保険者証の写しを提出してください。

第3号様式（第8関係）～第7号様式（第9関係）（略）

第8号様式（第1.0関係）

第8号様式（第1.0関係）

年 月 日

青森県知事 殿

住 所  
届出者 氏 名  
（縣・郡・市・町）  
受給者との続柄  
受給者氏名  
受給者番号

印

肝炎治療受給者証内容変更届

下記のとおり、肝炎治療受給者証の内容変更について届け出ます。

記

記 変更事項	変更前	変更後	変更年月日
氏 名			
住 所			
加入医療保険			
受診医療機関			
そ の 他			

注 氏名及び住所の変更の場合は、住民票の写しを、加入医療保険の変更の場合は、被保険者証の写しを提出してください。

第9号様式（第1.2関係）

第9号様式（第1.2関係）

年 月 日

青森県知事 殿

住 所  
申請者 氏 名  
（印・欄外）  
受給者との続柄

印

肝炎治療受給者証再交付申請書

下記のとおり、肝炎治療受給者証の再交付を申請します。

記

受給者番号	
受給者氏名	
住 所	
再交付の理由 （右欄の該当するものを○で囲んでください。）	<input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他（ ）

注 汚損、破損の場合は、受給者証を添付してください。

第9号様式（第1.1関係）

第9号様式（第1.1関係）

年 月 日

青森県知事 殿

住 所  
申請者 氏 名  
（印・欄外）  
受給者との続柄

印

肝炎治療受給者証再交付申請書

下記のとおり、肝炎治療受給者証の再交付を申請します。

記

受給者番号	
受給者氏名	
住 所	
再交付の理由 （右欄の該当するものを○で囲んでください。）	<input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他（ ）

注 汚損、破損の場合は、受給者証を添付してください。

第10号様式 (第1.4関係)

第10号様式 (第1.4関係)

年 月 日

青森県知事 殿

住 所  
届出者 氏 名 印  
[県・郡・市・町]  
受給者との続柄

肝炎治療受給資格喪失届

下記のとおり、肝炎治療受給資格を喪失したので届け出ます。

記

受給者番号	
受給者氏名	
資格喪失の理由 (右欄の該当するものを ○で囲んでください。)	治癒 死亡 県外転出 その他 ( )
資格喪失の年月日	年 月 日

第10号様式 (第1.3関係)

第10号様式 (第1.3関係)

年 月 日

青森県知事 殿

住 所  
届出者 氏 名 印  
[県・郡・市・町]  
受給者との続柄

肝炎治療受給資格喪失届

下記のとおり、肝炎治療受給資格を喪失したので届け出ます。

記

受給者番号	
受給者氏名	
資格喪失の理由 (右欄の該当するものを ○で囲んでください。)	治癒 死亡 県外転出 その他 ( )
資格喪失の年月日	年 月 日

第11号様式 (第1.7関係)

第11号様式 (第1.7関係) (表面)

青森県知事 殿

年 月 日

請求者	住所	〒		
	電話番号	( )		
	氏名	印 (受給者との続柄: )		

肝炎治療療費請求書

下記のとおり、肝炎治療療費を請求します。

記

請求額		円	決定額		円
-----	--	---	-----	--	---

振込口座	銀行・信金・信託・農協・信組		普通 当座	口座番号	
受給者番号	受給者氏名				

診療年月	入院・ 入院外・ 調剤の 別	診療 日数	医療保 険種別	総医療費 (円)	肝炎治療 医療費 (円) A	医療保険 等給付分 (円) B	患者負担 分 (円) C=A-B	高額療養 費 (円) D	自己負担 限度額 (円) E	請求額 (円) F=C-D- E
年 月分										
年 月分										
年 月分										
年 月分										
合 計										

上記金額は、肝炎治療に関する内容によるものであり、「患者負担分C」欄の額を領収済みであることを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地  
名 称  
代表者氏名

印

《請求者の方へ》

- 次に掲げる請求理由のうち該当するものに○をしてください。
  - 受給者証交付前に受診したため
  - 受給者証を提出せずに受診したため
  - その他(理由: )
- この請求の対象となる方は、受給者証の有効期限内で、すでに支払った治療に関する医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある方です。該当される方は、この請求書を作成し保健所に提出してください。保健所に持参される際には受給者証を窓口へ提示してください。
- 請求書の太枠内に記載、押印をしてください。振込口座は、請求者名義の口座としてください。

(裏面に続く)

第11号様式 (第1.6関係)

第11号様式 (第1.6関係) (表面)

青森県知事 殿

年 月 日

請求者	住所	〒		
	電話番号	( )		
	氏名	印 (受給者との続柄: )		

肝炎治療療費請求書

下記のとおり、肝炎治療療費を請求します。

記

請求額		円	決定額		円
-----	--	---	-----	--	---

振込口座	銀行・信金・信託・農協・信組		普通 当座	口座番号	
受給者番号	受給者氏名				

診療年月	入院・ 入院外・ 調剤の 別	診療 日数	医療保 険種別	総医療費 (円)	肝炎治療 医療費 (円) A	医療保険 等給付分 (円) B	患者負担 分 (円) C=A-B	高額療養 費 (円) D	自己負担 限度額 (円) E	請求額 (円) F=C-D- E
年 月分										
年 月分										
年 月分										
年 月分										
合 計										

上記金額は、肝炎治療に関する内容によるものであり、「患者負担分C」欄の額を領収済みであることを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地  
名 称  
代表者氏名

印

《請求者の方へ》

- 次に掲げる請求理由のうち該当するものに○をしてください。
  - 受給者証交付前に受診したため
  - 受給者証を提出せずに受診したため
  - その他(理由: )
- この請求の対象となる方は、受給者証の有効期限内で、すでに支払った治療に関する医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある方です。該当される方は、この請求書を作成し保健所に提出してください。保健所に持参される際には受給者証を窓口へ提示してください。
- 請求書の太枠内に記載、押印をしてください。振込口座は、請求者名義の口座としてください。

(裏面に続く)

第11号様式(第17関係) (裏面)

- この請求書は、医療機関、薬局毎に作成し、二重線枠内をそれぞれの医療機関、薬局に記載、証明してもらってください。
- 保険適用外のもの、入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額は、この請求の対象とはなりませんので御注意ください。
- 患者負担分(月額)が高額療養制度の対象となる方は、保険者に高額療養費の請求を行い、高額療養費の支給決定通知書(写し)を添付の上、請求してください。高額療養費は、この請求の対象となりませんので御注意ください。(高額療養制度については、保険者(保険証発行元)にお尋ねください。)
- 高額療養費として健康保険から払い戻される分については差し引いてお支払しますので、青森県が保険者へ確認する場合があります。照会の結果、払い戻しがある場合は、本請求に対する支払はできないことがあります。
- 受給者以外の方が請求者となる場合は、委任状が必要となります。(受給者が未成年で父又は母が請求者の場合は不要)
- 審査により、請求額どおりに支払われないことがありますので御承知おさください。

《医療機関、薬局の方へ》

- 上記の二重線枠内に記載、証明して下さるようお願いいたします。
- 「総医療費」欄は保険適用の医療費総額を記載してください。
- 「肝炎治療医療費A」欄は「総医療費」のうち抗ウイルス治療(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)に関するもの(初診料、再診料、投薬料、注射料、検査料、入院料等)を記載してください。なお、保険適用外のもの、入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額は除外してください。
- 「医療保険等給付分B」欄は「肝炎治療医療費A」のうち医療保険等により給付される額を、「患者負担分C」欄は「肝炎治療医療費A」のうち患者が支払った負担額を記載してください。

委 任 状

青森県知事 殿 年 月 日

委任者(受給者)住所  
氏名 印

私は、肝炎治療医療費の請求及び受領に係る一切の権限を、下記の者に委任します。  
記

受任者 住 所  
氏 名  
続 柄

第11号様式(第16関係) (裏面)

- この請求書は、医療機関、薬局毎に作成し、二重線枠内をそれぞれの医療機関、薬局に記載、証明してもらってください。
- 保険適用外のもの、入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額は、この請求の対象とはなりませんので御注意ください。
- 患者負担分(月額)が高額療養制度の対象となる方は、保険者に高額療養費の請求を行い、高額療養費の支給決定通知書(写し)を添付の上、請求してください。高額療養費は、この請求の対象となりませんので御注意ください。(高額療養制度については、保険者(保険証発行元)にお尋ねください。)
- 高額療養費として健康保険から払い戻される分については差し引いてお支払しますので、青森県が保険者へ確認する場合があります。照会の結果、払い戻しがある場合は、本請求に対する支払はできないことがあります。
- 受給者以外の方が請求者となる場合は、委任状が必要となります。(受給者が未成年で父又は母が請求者の場合は不要)
- 審査により、請求額どおりに支払われないことがありますので御承知おさください。

《医療機関、薬局の方へ》

- 上記の二重線枠内に記載、証明して下さるようお願いいたします。
- 「総医療費」欄は保険適用の医療費総額を記載してください。
- 「肝炎治療医療費A」欄は「総医療費」のうち抗ウイルス治療(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)に関するもの(初診料、再診料、投薬料、注射料、検査料、入院料等)を記載してください。なお、保険適用外のもの、入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額は除外してください。
- 「医療保険等給付分B」欄は「肝炎治療医療費A」のうち医療保険等により給付される額を、「患者負担分C」欄は「肝炎治療医療費A」のうち患者が支払った負担額を記載してください。

委 任 状

青森県知事 殿 年 月 日

委任者(受給者)住所  
氏名 印

私は、肝炎治療医療費の請求及び受領に係る一切の権限を、下記の者に委任します。  
記

受任者 住 所  
氏 名  
続 柄

第12号様式(第9関係)(削除)

第12号様式(第9関係)

第12号様式(第9関係)

年 月 日

申請者 住所

氏名

印(記名・押印または署名)

受給者との続柄

電話

受給者氏名

受給者番号

現在の有効期間( 年 月 日～ 年 月 日)

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

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)の有効期間延長を申請します。

(医師記載欄)

確認事項(該当する項目の□にチェックを入れてください。有効期間延長の認定には、1. の治療歴のいずれかの項目、および2. の判断にチェックが入っていることが必要です。)

患者氏名 \_\_\_\_\_ について、C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイプ1)症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、

1. 治療歴について

これまで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]の無効例と認められ、

- 申請者は、これまでの24週以上のインターフェロン治療でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者である。
- 申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始12週後にHCV-RNAが前値の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者である。

2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について

- 3剤併用期間に続く12週のペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に24週(総治療期間48週)延長することが適切であると判断する。

【変更後の予定期間：(開始：平成 年 月～終了：平成 年 月)】

年 月 日

医療機関名

所在地

担当医師名

印

(注)シメプレビルを含む3剤併用療法の実施において、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。

注 延長は、現行有効期間に引き続く6ヶ月を限度とします。