

## 青森県肝炎治療特別促進事業実施要綱

### 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、肝がんといった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については月額の治療費が高額となること、又は長期間に及び治療によって累積の治療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては県民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

### 第2 実施主体

実施主体は、青森県とする。

### 第3 対象医療

この事業の対象となる医療は、C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療で、保険適用となっているものとする。

当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等については助成の対象とするが、当該治療と無関係な治療は助成の対象としないものとする。

### 第4 対象患者

青森県に住所を有し、第3に掲げ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並びに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とする。

ただし、他の法令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は除くものとする。

### 第5 助成期間

助成の期間は、原則として同一患者について1か年を限度とする。

### 第6 実施方法

1 事業の実施は、原則として知事が第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指定した保険医療機関等と委託契約を締結した上で、当該保険医療機関等に対し、当該事業に必要な費用に相当する額を交付することによって行うものとする。

2 前項の費用に相当する額は、次の（1）に規定する額の合計額から（2）に規定する対象患者が負担する額を控除した額とする。

（1）医療保険各法の規定による医療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要する費用の額の算定方法の例により算定した当該治療に要する費用の額の合計額から

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に関し  
保険者が負担すべき額を控除した額

(2) 1か月につき別表に定める額を限度とする額（以下「自己負担限度額」という。）

## 第7 認定

- 1 知事は、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、知事が指定した医療機関が発行する診断書を基に、対象患者の認定を行うものとする。
- 2 知事は、前項の認定を行うに当たっては、事業の適正かつ円滑な実施を図るため、青森県肝炎治療特別促進事業審査会（以下、「審査会」という。）を設置するものとし、その運営等に関する事項は別に定める。

## 第8 医療給付の申請

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。

(1) 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（第2号様式-1から8）（以下「診断書」という。）

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-10）

- (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
- (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
- (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、様式第3号による申請書
- (6) 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の場合、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）（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専門医である場合を除く。）

## 第9 対象患者の認定等

- 1 知事は、第7に定める認定を行うときは、審査会に意見を求め、別添1に定める認定基準により適正に認定するものとする。
- 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（様式第4号）（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（様式第5号）により、申請者に通知するものとする。
- 3 知事は、前項に定める認定の可否を行ったときは、地域県民局長及び診断書を発行した医療機関に対し、その結果を報告するものとする。
- 4 診断書を発行した医療機関は、不認定となった者に対し、必要に応じて今後の治療等に関する適切な指導を行うものとする。
- 5 受給者証を交付された者（以下「受給者」という。）は、肝炎治療を受ける際に、受給者証

を受給者証に記載された保険医療機関等に提示するものとする。

- 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）（様式第6号）または有効期間延長申請書（シメプレビルを含む3剤併用療法延長用）（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 核酸アナログ製剤治療については、申請書の受理日から最初に到来する9月30日を有効期間の終期とし、例外として、受給者証の有効期間の始期または交付日が10月1日からみて比較的短期間（概ね4か月以内）の場合には、申請書の受理日から2度目に到来する9月30日までを有効期間の終期とする。
- 8 核酸アナログ製剤治療については、医師が治療継続について必要と認める場合、更新を認める。その際は、申請書の受理日から最初に到来する10月1日を有効期間の始期とし、翌年の9月30日を終期とする。
- 9 知事は、前項の延長及び更新を適当と認めたときは、受給者証を交付するとともに、併せて、地域県民局長に対し、その旨を報告するものとする。

#### 第10 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 受給者は、受診する医療機関を変更又は追加しようとするときは、変更届に受給者証を添えて、地域県民局長を経由して知事に届け出るものとする。
- 3 知事は、前二項の変更届を受理し、変更又は追加を適当と認めたときは、受給者証を変更のうえ交付するとともに、併せて、地域県民局長に対し、その旨を報告するものとする。

#### 第11 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 知事は、前項の申請書を受理し、再交付を適当と認めたときは、受給者証を再交付するものとする。

#### 第12 他都道府県からの転入

- 1 他都道府県から交付を受けた受給者証を所持する者が県内に転入し、引き続き受給者証の交付を受けようとするときは、交付申請書に転入前に交付されていた受給者証の写しを添え、地域県民局長を経由して知事に申請するものとする。

- 2 知事は、前項の申請書を受理したときは、申請者に対し、転入前に交付されていた受給者証に準じた受給者証を交付するとともに、併せて、地域県民局長に対し、その旨を報告するものとする。なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入日から転出前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。

### 第13 資格喪失

受給者は、治癒、死亡又は県外転出等により、受給資格を喪失したときは、肝炎治療受給資格喪失届（第10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届け出るものとする。

### 第14 受給者が負担する医療費

- 1 第6第2項第1号により受給者が保険医療機関等に支払うべき額が、自己負担限度額に満たない場合は、受給者がその全額を負担するものとする。
- 2 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については、同法上の患者負担額の範囲内で、第6第2項第2号に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。

### 第15 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 受給者から、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度額に達した旨の記載のある受給者証を提示された保険医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収しないものとする。

### 第16 医療費の請求

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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17 報告

知事は、必要により保険医療機関等に対し、本事業に関する報告を求め、又は調査することができる。

## 第18 留意事項

本事業の関係者は、患者等に与える精神的影響を考慮して、知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分配慮するものとする。

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26日から適用する。

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。

附則 この要綱は、平成24年3月14日から施行する。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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。

附則 この要綱は、平成29年6月16日から施行する。

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。

### (経過措置)

1 別添1「認定基準」1(1) ペグインターフェロン製剤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9月26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9月26日まで遡及できるものとする。

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(ソホスブ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。
- 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。
- 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(ソホスブ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。

別表

階層区分		自己負担限度額（月額）
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円未満の場合	10,000円

（注）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。なお、平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「控除廃止の影響を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）に基づき行うものとする。

別添1

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2回目の助成を受けることができるのは、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がない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

(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 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。

※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に限り、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での実施に限り助成対象とする。

※4 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。

※5 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、原則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。ただし、他県の規定により診断書の作成を認められた医師（その医療機関で治療する場合に限る。）が作成した場合は、この限りでない。
- ※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、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。ただし、他県の規定により診断書の作成を認められた医師（その医療機関で治療する場合に限る。）が作成した場合は、この限りでない。
- ※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。

## 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

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」に該当する場合。

② ①に該当しない者であり、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1/100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」に該当する場合。

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）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週を超えて投与をした場合の有効性・安全性は確立していない。』旨の記載がある。

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	ふりがな			性別	男・女
	氏名			職業	
	生年月日	明昭 大平 年 月 日			
	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				
	所在地				
病名			有効期間の開始日	年 月 日の初日	
本助成制度利用歴	1. あり→ (受給者証番号： _____、有効期間：H 年 月 日～H 年 月 日) 2. なし				
保険医療機関	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
<p>(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。</p> <p style="text-align: center;">(〒 _____)</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 <span style="float: right;">印 (認・押はたは認)</span></p> <p style="text-align: center;">受給者との続柄</p> <p style="text-align: center;">電話</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">青森県知事 殿</p>					

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2 助成を受けることができるのは、別紙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とよくご相談ください。

第1号様式(第8関係) (裏面)

肝炎治療経過等の情報の研究利用についての同意書

私が公費負担(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について同意します。

平成 年 月 日

青森県知事 殿

氏名

印(認・押捺は認)

- \* 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を行いません。

世帯調書

世帯構成員名	続柄	満年齢	職業	市町村民税(所得割)課税年額	除外対象者
			合計		

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
- (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
- (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

注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、「除外対象者」の欄に○印を記入し、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
- ・ 市町村民税合算対象除外希望申請書

注3 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、以下の書類を添付すること。

- ・ 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

#### (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2回目の助成を受けることができるのは、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がない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

#### (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 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。

※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に限り、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での実施に限り助成対象とする。

※4 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。

※5 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、原則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。ただし、他県の規定により診断書の作成を認められた医師(その医療機関で治療する場合に限る。)が作成した場合は、この限りでない。

※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、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。ただし、他県の規定により診断書の作成を認められた医師(その医療機関で治療する場合に限る。)が作成した場合は、この限りでない。

※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。

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 男・女	生年月日(年齢) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ( )				
診断年月	昭和・平成 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) HBs抗原 ( +・- ) (検査日:平成 年 月 日) (2) HBe抗原 ( +・- ) HBe抗体 ( +・- ) (検査日:平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法: ) (検査日:平成 年 月 日) 2. 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 (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:平成 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 / $\mu$ l クレアチニン mg/dl 白血球数 / $\mu$ l 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:平成 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:平成 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 $\alpha$ 製剤単独 2. インターフェロン $\beta$ 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 $\alpha$ 製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロン $\beta$ 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 (平成 年 月 ~ 平成 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 平成 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. 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。  
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。



肝炎治療受給者証 (核酸アナログ製剤治療) 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) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ( )				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名		
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要		1. あり	2. なし	1. あり 2. なし
検査所見	1. B型肝炎ウイルス マーカー (1) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2) HBV-DNA定量 2. 血液検査 3. 画像診断及び肝生 検査などの所見 (具体的に記載)	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (確認できる範囲内で記載する。) (検査日:平成 年 月 日) (+・-) (+・-) (+・-) ____ (単位: 、測定法 ) (検査日:平成 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ /μl (検査日:平成 年 月 日) (所見)		直近のデータ (検査日:平成 年 月 日) (+・-) (+・-) (+・-) ____ (単位: 、測定法 ) (検査日:平成 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ /μl (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 (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。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他 (具体的に記載: ) 治療開始日 (予定を含む) 平成 年 月				
治療上の 問題点					
医療機関名及び所在地	記載年月日 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、核酸アナログ製剤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。

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	明昭 大平	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	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名																							
前回の治療	<p>*該当する場合、<input type="checkbox"/> (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  <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  <input type="checkbox"/> (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"/> 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、リバ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。  <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。  <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> 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バビリン併用療法による72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:平成 年 月 日)  (2) HBe抗原 ( +・- ) HBe抗体 ( +・- ) (検査日:平成 年 月 日)  (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法: ) (検査日:平成 年 月 日)</p> <p>2. 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 (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</p> <p>3. 血液検査 (検査日:平成 年 月 日)</p> <table border="0"> <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>/<math>\mu</math>l</td> <td>クレアチニン</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td>/<math>\mu</math>l</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:平成 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:平成 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	/ $\mu$ l	クレアチニン	mg/dl	白血球数	/ $\mu$ l	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	/ $\mu$ l	クレアチニン	mg/dl																							
白血球数	/ $\mu$ l	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	肝がん 1. 有 2. 無																									
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。(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<math>\alpha</math>製剤単独 2. インターフェロン<math>\beta</math>製剤単独 (代償性肝硬変の場合)</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロン<math>\alpha</math>製剤+リバビリン製剤</p> <p>5. インターフェロン<math>\beta</math>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</p> <p>7. その他 (具体的に記載: )</p> <p>治療予定期間 週 (平成 年 月 ~ 平成 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 平成 年 月 日																									
医師氏名	(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																									
治療医療機関名	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. 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。  
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。

肝炎治療受給者証 (核酸アナログ製剤治療) の交付申請に係る診断書 (更新)

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日 (年齢) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号  電話番号 ( )		
検査所見	1. B型肝炎ウイルスマーカー  (1) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体  (2) HBV-DNA定量  2. 血液検査  3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)	直近の認定・更新時以降のデータ (検査日:平成 年 月 日) (+・-) (+・-) (+・-) ____ (単位: 、測定法 ) (検査日:平成 年 月 日) AST IU/1 ALT IU/1 血小板数 /μ1 (検査日:平成 年 月 日)	
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. 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)		
治療内容	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 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他 (具体的に記載: )		
治療薬剤の変更	該当番号を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. 有 2. 無 1. 有に○の場合 変更前薬剤名 ( ) 変更日 (平成 年 月 日)		
治療上の問題点			
上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。			
医療機関名及び所在地		記載年月日 平成 年 月 日	
医師氏名		印	

- (注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して6か月以内です。  
2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。  
なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。  
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。

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 患者氏名			性別 男・女	生年月日 (年齢) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ( )				
診断年月	昭和・平成 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	<p>該当する項目方にチェックする。</p> <p>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、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)</p> <p>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。</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. 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: )                  (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</p> <p>2. 血液検査 (検査日:平成 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 /u1 クレアチニン mg/dl                  白血球数 /u1 HbA1c %                  ヘモグロビン g/dl</p> <p>3. 画像診断の所見 (検査日:平成 年 月 日)                  (所見 )</p> <p>4. 肝生検の所見 (検査日:平成 年 月 日)                  (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)                  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. 有 2. 無				
合併症	<p>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 )</p>				
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 ( テラプレビル ・ 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 (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。				
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 平成 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. 本診断書は治療実施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。

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 (再治療)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日 (年齢)	
			男・女	明昭 大平	年 月 日 生 (満 歳)
住所	郵便番号				
	電話番号 ( )				
診断年月	昭和・平成 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	<p>該当する項目方にチェックする。</p> <p>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. 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: 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)</p> <p>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。</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. 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: )                      (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</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 平成 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 /<math>\mu</math>l クレアチニン mg/dl                      白血球数 /<math>\mu</math>l HbA1c %                      ヘモグロビン g/dl</p> <p>3. 画像診断の所見 (検査日: 平成 年 月 日)                      (所見 )</p> <p>4. 肝生検の所見 (検査日: 平成 年 月 日)                      (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)                      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. 有 2. 無				
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>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 (薬剤名: テラプレビル・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 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>				
治療実施医療機関について	<p>(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。)</p> <p><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。</p>				
既往歴					
治療上の問題点					
<p>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。</p> <p>医療機関名及び所在地 記載年月日 平成 年 月 日</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</p> <p>医師氏名 印</p> <p>治療医療機関名</p>					

(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。

肝炎治療受給者証(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	生年月日(年齢)		
			男・女	明昭 大平	年 月 日 生	(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )					
診断年月	昭和・平成 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。 <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: 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: )					
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(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: 平成 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: 平成 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 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地	記載年月日 平成 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。

肝炎治療受給者証(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) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ( )				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載)	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。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>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。                  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: )</p> <p>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: )(中止・再燃・無効)</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: 平成 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: _____)</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 平成 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)                  [ _____ ]</p> <p>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: _____)</p> <p>4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)</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)                  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</p>				
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療                  (薬剤名: _____)                  治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>				
本診断書を作成する医師	<p>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。</p> <p><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</p>				
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 平成 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。

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		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	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、原則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、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。

- 本意見書を記載する医師は、以下の項目についても満たしている必要があります。
  - ✓ 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・経験を持っている。
- 本意見書を記載する医師が適切であると判断する場合に限り、以下にチェックの上返信して下さい。
 

この患者さんに対する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。

記載年月日 平成 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 \_\_\_\_\_ 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。



## 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	大 昭 平 年 月 日生 (満 歳)
住所	〒 電話番号 ( )		
検査所見	<p style="text-align: center;">直近のデータ</p> <p>※実施した検査項目に☑をつけてください。 (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p><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</p> <p>(検査日: 平成 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> 血小板数</p> <p>(検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>画像診断 (☐腹部超音波、☐CT、☐MRI)</p> <p><input type="checkbox"/> 肝生検</p>		<p>※左記の7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。</p> <p>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)</p>
	1. HBVマーカー	2. 血液検査	3. 画像診断及び肝生検
診断名	<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. 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)</p>		
治療薬剤	<p>該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択)</p> <p>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、ペムリディ錠) 5. その他(具体的に記載: )</p>		<p>※治療内容が分かる資料を添付して下さい。</p> <p>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)</p>
治療薬剤の変更	<p>該当する方を○で囲む。</p> <p>前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし</p> <p>1. ありに○の場合 変更前薬剤名( ) 変更日 (平成 年 月 日 )</p>		
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。)		
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">記載年月日 平成 年 月 日</p> <p>申請者 氏名(自著)</p>			
<p>※チェック項目: <input type="checkbox"/> 検査結果・画像診断結果の写しを添付しましたか? <input type="checkbox"/> 治療内容が分かる資料を添付しましたか?</p>			

(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。

市町村民税額合算対象除外希望申請書

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

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・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

除外希望者氏名 \_\_\_\_\_

除外希望者氏名 \_\_\_\_\_

除外希望者氏名 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

印 (記号・押印は省略)

注意事項  
 この証を交付された方は、C型肝炎ウイルス性肝炎を根治するため、保険診療により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を受けられた場合、あるいはB型肝炎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又はインターフェロンフリー治療を受けた場合、この証に記載された金額に相当する一部負担額(月額)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 本事業の対象となる医療は、受給者証に記載された疾病に対して、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直接アクトリド治療)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ようとする場合、被保険者証組合員証に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。

4 証の組合員証に添えて、相保国民局長(保険証係)にその旨を届け出ていただく必要があります。また、相保国民局長(保険証係)にその旨を届け出ていただく必要のない場合は、本証の写しを届出先の都道府県知事へ提出してください。

5 証、写真等で受給者の資格がなくなつたときは、この証を速やかに相保国民局長(保険証係)に返還してください。

6 この証を返還した日より所定した日より又は喪失した場合は、相保国民局長(保険証係)にその旨を届け出てください。

7 長(保険証係)にその旨を届け出ていただくには、日本皮膚科学会皮膚科専門医(日本皮膚科学会)を有する専門医(主治医)又は医師協会の助産士(日本皮膚科学会)と連携し、日本皮膚科学会認定専門医が常勤する医療機関での実施に限り助産対象としていきます。

(お問い合わせ先)  
 青森県国民健康保険局地域健康福祉部保険診療(保険証)または、青森県健康福祉部が心・生活習慣病対策課(電話017-734-9216)

医療機関等の皆様へ  
 担当者の印又は署名で差し支えありません。記載欄が足りない場合、右表を複写し、貼付ください。

年 月分

下記のとおり、月額自己負担限度額 ( 円) に達しました。

日付	医療機関等の名称	自己負担額	自己負担累計額	徴収印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

年 月分

下記のとおり、月額自己負担限度額 ( 円) に達しました。

日付	医療機関等の名称	自己負担額	自己負担累計額	徴収印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

年 月分

下記のとおり、月額自己負担限度額 ( 円) に達しました。

日付	医療機関等の名称	自己負担額	自己負担累計額	徴収印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

年 月分

下記のとおり、月額自己負担限度額 ( 円) に達しました。

日付	医療機関等の名称	自己負担額	自己負担累計額	徴収印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

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フリー治療・プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法・インターフェロンフリー治療・経動アナログ製剤治療)

公費負担者番号	受給者番号
住所	
氏名	
生年月日	性別
疾病名	
受診医療機関	
有効期間	インターフェロン治療
	インターフェロンフリー治療
	経動アナログ治療
自己負担限度額	
平成 年 月 日交付	
青森県知事	三村 申吾

<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印			
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印			
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印			
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印				<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">下記のとおり、月額自己負担限度額（円）に達しました。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">日付</td> <td style="width: 70%;">医療機関等の名称</td> <td style="width: 20%;">確認印</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	日付	医療機関等の名称	確認印			
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									
日付	医療機関等の名称	確認印																									

第5号様式 (第9関係)

肝炎治療医療費助成不認定通知書

平成 年 月 日付けで申請のありました肝炎治療受給者証の交付申請については、審査の結果、助成の対象と認められないので、青森県肝炎治療特別促進事業実施要綱第9第2項の規定により通知します。

対象患者の氏名

理由

申請者 住所  
氏名

平成 年 月 日

青森県知事

青森県知事 殿

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)

肝炎インターフェロン治療受給者証期間延長申請書 (72週投与用)

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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

(医師記載欄)

次の患者は、「C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量症例」へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法における投与期間延長(72週投与)の基準を満たすと認められるので、48週プラス24週(トータル72週)の投与期間延長が必要であると判断する。

患者氏名 \_\_\_\_\_

確認事項(該当する項目の□にチェックを入れてください。延長認定には、4、5についてはいずれか、それ以外についてはすべての□にチェックが入ることを要します。)

- 1 診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- 2 治療前ウイルス型とウイルス量は、「セログループ1(ジェノタイプ1)、高ウイルス量症例」である。
- 3 ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の標準的治療(48週間)を開始し、当該治療を継続または終了している。  
投与開始後、継続的に治療を続け、治療経過について、以下の項目を満たす症例と判断されること。
- 4 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を48週行い、36週までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者である。(本事項に該当する場合、5のチェックは不要)
- 5 今回の治療で、投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ前値(治療前)の1/100以下に低下  
HCV-RNA 定量(前値) : \_\_\_\_\_ (単位 \_\_\_\_\_)、検査日 : \_\_\_\_\_  
HCN-RNA 定量(12週後) : \_\_\_\_\_ (単位 \_\_\_\_\_)、検査日 : \_\_\_\_\_
- 6 今回の治療で投与36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休薬期間は除く。)
- 7 変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
- 8 変更後の予定期間(開始:平成 年 月~終了:平成 年 月)

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

担当医師名

印

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書「【使用上の注意】の重要な基本的注意」において「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確率していない。」とする記載がある旨に十分留意してください。

注 延長は、現在の有効期間に引き続く6ヶ月を限度とします。

青森県知事 殿

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)

肝炎インターフェロン治療受給者証期間延長申請書 (副作用等用)

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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

(医師記載欄)

次の患者は、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一時休業期間が生じ、当初の治療予定期間を超える(計2か月までの延長)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。

※申請者が受けている治療がテラプレビルを含む3剤併用療法(24週)の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入ることを要します。

治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。

患者氏名 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

医療機関名  
所在地  
担当医師名

印

注 副作用等の要因について、確認をさせていただくことがありますので御了承ください。

注 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

第8号様式 (第10関係)

平成 年 月 日

青森県知事

殿

住 所  
届出者 氏 名  
(認・押はた摺)  
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

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11関係)

平成 年 月 日

青森県知事

殿

住 所  
申請者 氏 名  
(認・押はた場合)  
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。)	汚損 破損 紛失 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13関係)

平成 年 月 日

青森県知事

殿

住所  
届出者 氏 名  
(読名・姓は左欄)  
受給者との続柄

印

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	平成 年 月 日

第11号様式 (第16関係) (表面)

青森県知事 殿

平成 年 月 日

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

肝炎治療療養費請求書

下記のとおり、肝炎治療療養費を請求します。

記

請求額	円	決定額	円
-----	---	-----	---

振込口座	銀行・信金・信組・農協・漁協	店	普通	口座番号	
			当座	暗証 (カタガ)	
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。

平成 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、受給者証の有効期間内で、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に表示してください。
- 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16関係) (裏面)

- 4 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。
- 5 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。
- 6 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。)
- 7 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。
- 8 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)
- 9 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きください。

《医療機関、薬局の方へ》

- 1 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。
- 2 「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。
- 3 「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。
- 4 「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

平成 年 月 日

青森県知事

殿

委任者(受給者)住所  
氏名

印

私は、肝炎治療療養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

平成 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) ]

平成 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。