

(表 面)

肝		肝炎治療受給者証 (核酸アナログ製剤治療)			
公費負担者番号					
公費負担医療 の受給者番号					
受給者	居 住 地				
	氏 名				
	生年月 日	年	月	日生	男 ・ 女
疾 病 名					
保 険 医 療 機 関	所 在 地				
	名 称				
	所 在 地				
	名 称				
有 効 期 間		自	年	月	日
		至	年	月	日
月額自己負担 限 度 額					
		円			
保健所長名 及 び 印		茨城県 保健所長			
交付年月 日		年	月	日	

※医療費助成を受ける場合には、「受給者証」及び「自己負担上限額管理票(冊子)」を保険医療機関及び保険薬局に提示してください。

(裏面)

肝炎治療費助成事業

(目的)

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス(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高額な医療費が高額となること、また、長期間に及ぶ治療によって累積の医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、ひいては国民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

【注意事項】

- 1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、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 氏名、居住地、加入している医療保険、保険医療機関又は保険薬局に変更があったときは、速やかに、所轄の保健所長にその旨を届け出てください。また、県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに所轄の保健所長に返還してください。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、所轄の保健所長にその旨を届け出てください。
- 7 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

茨城県保健医療部疾病対策課難病対策グループ又は最寄りの保健所