

肝炎治療受給者証 (新規) 交付申請書				
( 1 インターフェロン治療 ・ 2 インターフェロンフリー治療 ・ 3 核酸アナログ製剤治療 )				
受給者(患者)	氏名		性別	1男 2女
	生年月日	年 月 日	年齢	満 歳
	住所	(〒 - ) 茨城県		
	電話	自宅電話番号 ( ) -	携帯電話番号 ( ) -	
加入医療保険	保険種別	1 協会けんぽ 2 組合健保 3 船員保険 4 共済組合 5 国保組合 6 国保一般 7 国保退職者 8 後期高齢者		
	保険の区分	1 被保険者本人 2 被保険者の家族等 (被保険者氏名 ) (被保険者との続柄 )		
	被保険者証発行機関	名称		
		所在地		
本助成制度利用歴	1あり 2なし 受給者番号 ( ) 有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)			
保険医療機関	名称			
	名称			
<p>( 1 インターフェロン治療 ・ 2 インターフェロンフリー治療 ・ 3 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、茨城県肝炎治療費助成事業実施要綱第11条の規定により、上記のとおり申請します。</p> <p>また、私が、公費負担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、医療機関から茨城県に対して報告されることについて同意します。</p> <p>【申請者】</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 (〒 - )</p> <p>住所 _____</p> <p>自宅電話 ( ) - _____ 携帯電話 ( ) - _____</p> <p>氏名 _____ (受給者との続柄)</p> <p style="text-align: right;">保健所長 殿</p>				

前年 (前々年) の世帯の市町村民税 (所得割) 課税年額が235,000円以上であり、自己負担が最高階層 (月2万円) となることを了承し、課税年額等を証明する書類を提出しません。

氏名 \_\_\_\_\_ (受給者との続柄)

※該当する番号を○で囲み、空欄には必要事項を記入してください。  
 ※申請の前に、裏面の注意事項をよく確認してください。

## 注 意 事 項

**1 この申請書に所定の診断書及び必要書類を添えて、住所地を管轄する保健所に提出してください。**

- 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意見書（必要な場合に限る。）
- 加入している医療保険の被保険者証等の写し
- 患者及び患者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
- 患者及び患者と同一の世帯に属するすべての者の市町村民税（所得割）課税年額を証明する書類
- 患者及びその配偶者を医療保険各法（国民健康保険法を除く。）の規定による被扶養者（以下「被扶養者」という。）若しくは地方税法第 292条第1項第8号に規定する扶養親族（以下「扶養親族」という。）としない者で、かつ、患者若しくはその配偶者の被扶養者若しくは扶養親族でないもの又は国民健康保険法の規定による被保険者（以下「患者等と扶養の関係にない者」という。）がいるときは、これを証する書類（受給者の認定において、患者等と扶養の関係にない者の市町村民税（所得割）課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。）

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

- (1) B型慢性肝疾患に対する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  
 ＊ 上記（1）に係る治療に対する助成の申請に当たっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は茨城県肝炎医療研修会受講修了者が「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。
- (2) C型慢性肝疾患に対する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、[インターフェロン単剤治療]、[インターフェロン及びリバビリン併用治療]、[peg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]に係る治療歴の有無を問わない。  
 ＊ 2 上記について、「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成する医師の要件は次のとおりとする。  
 ① C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対する初回治療又は再治療の場合は、日本肝臓学会肝臓専門医又は茨城県肝炎医療研修会受講修了者  
 ② Child-Pugh分類B及びCのC型非代償性肝硬変に対する初回治療又は再治療の場合は、日本肝臓学会肝臓専門医  
 ＊ 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、  
 上記①又は②に該当する医師が「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) 次の治療の助成に係る認定基準については、保健所へお問い合わせください。**

- ・ B型慢性肝疾患に対するインターフェロン治療
- ・ C型慢性肝疾患に対する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療法

※申請書類に基づき要件を審査しに結果、不承認となる場合も御注意ください。

※以下は、保健所で記入しますので、申請者の方は記入しないでください。

世帯全員の市町村民税 (所得割) 課税年額	氏名	課税年額	除外者
合計 円			
※自己負担限度額 円			