様式第３号の１（第11条）（表面）

|  |
| --- |
| **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　） | ふ り が な氏　　　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 |  |
| （ 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。 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。 　　　　　　　　　　　　【申請者】　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　 （〒　　　－　　　　）　　　　住所 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　自宅電話（　　　）　　　－　　　　　　　携帯電話（　　　）　　　－　　 　　　 氏名　　　 　　　 　　　　 　　　　（受給者との続柄）　　　  　　　　　　　　 　　　保健所長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 　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。

様式第３号の１（第11条）（裏面）

|  |
| --- |
| **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回のみの助成とし、Chil d-Pugh分類Ｂ又はＣのＣ型非代償性肝硬変に対しては１回のみの助成とする。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]、[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　 **４　申請書類に基づき要件を審査した結果、不承認となる場合もありますのでご了承ください。** |

**※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 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |