

肝炎治療費助成申請をされる方へ

1 医療費の助成の対象者となる方 次の3つの要件全てに該当している方

- ① 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フリー治療及びインターフェロン治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療及びインターフェロン治療を行っている方で認定基準を満たす方
- ② 茨城県に住民登録している方
- ③ 国民健康保険等各種医療保険に加入している方

※ 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を受けている方（医療保険に加入していない生活保護受給者や被爆者健康管理手帳をお持ちの方など）は対象となりません。

注) 保険診療対象外の治療は助成対象外となります。

また、申請後に茨城県肝炎認定協議会において助成の適否を審査するため、審査結果により不承認となる場合があります。

2 申請手続き

住所地を管轄とする保健所に、下記の書類をそろえて申請してください。

(水戸市にお住まいの方は水戸市保健所、常総市・坂東市にお住まいの方は各市が窓口となります。)

認定されると、保健所から「肝炎治療受給者証及び健康支援手帳（上限額管理表）」が交付されます。

提出書類		発行場所	留意事項
①	肝炎治療受給者証交付申請書	保健所	本人が記入
②	診断書 肝炎治療受給者証の交付申請に係るもの 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書を記載できる医師は「日本肝臓学会専門医又は、茨城県肝炎医療研修会受講修了者」のいずれかのみです。	医療機関	医師記載日から3か月以内のものが有効
③	続柄及び世帯全員が記載されている住民票（謄本）※1	市町村役場	※1 発行から3か月以内のもの ※2 世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上であり、自己負担限度額が2万円となることを了承する場合は④の書類は不要
④	課税証明書又は非課税証明書※2 世帯全員分（一人1枚ずつ）の市町村民税を証明できる最新年度のもので、世帯全員同一年度のもの 注）・市町村民税の決定通知書も可（特別徴収税額通知書は不可） ・中学生以下のお子様の分は不要です		
⑤	健康保険証（申請者分のコピー）	各自で準備	
⑥	返信用封筒（140円分の切手を貼付）		長3(120×235mm)程度のもの

3 医療費の助成の範囲

○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フリー治療及びインターフェロン治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療及びインターフェロン治療に係る保険診療の患者負担額から、4の自己負担限度額（月額）を除いた額を助成。

【助成対象：根治治療（前提として保険診療の費用）】

初診料、再診料、検査料（血液検査、画像診断）、入院料（入院時の食費・生活費は助成対象外）、薬剤料、治療中に服用する副作用治療薬（治療を中断して行う副作用治療費は対象外）

○健康保険から支給された場合の高額療養費又は医療費付加給付等の支給額は助成されません。

- ・国民健康保険・全国健康保険協会管掌健康保険（旧：政府管掌健康保険）→高額療養費
- ・健康保険組合・共済組合→医療費付加給付

4 自己負担金

- 世帯全員の市町村民税（所得割）課税年額に応じた自己負担限度額（月額）となります。
- 医療費の自己負担金が自己負担限度額以内の場合、その医療費は助成となりません。

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

○自己負担限度額についての留意事項

医療機関には、「健康保険証」・「受給者証」・「健康支援手帳(上限管理表)」を持参して、医療機関や薬局の窓口で管理表に自己負担額等を記入及び、徴収印又は署名してもらいます。自己負担限度額（月額）が上限に達するまで支払うこととなります。

5 助成対象となる期間

○助成の期間は、保健所で申請書が受理された月の初日から最大1年間です。

※核酸アナログ製剤治療の助成期間は1年間、その後は更新申請が認められます。

※ペグインターフェロン、リバビリン助成期間は7か月となります。

※インターフェロン治療については、副作用などにより治療中止期間がある場合は、2か月、又は6か月の延長治療が必要と医師が認める場合で茨城県肝炎認定協議会が審査し承認となった場合等は、助成期間の延長は2回目の制度利用等ができることがあります。

※インターフェロンフリー治療薬の場合は3か月・4か月・5か月又は、7か月となります。

- ・7か月 インターフェロンフリー治療（ダクラタスビル・アスナプレビル併用療法及びセログループ1、2以外のソホスビル及びリバビリン併用療法）・再治療に係るエプクルーサ及びリバビリン併用療法
- ・5か月 インターフェロンフリー治療（ヴィキラックス及びリバビリン併用療法）
- ・4か月 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）（ハーボニー配合錠）（ヴィキラックス配合錠）（エレルサ錠及びグラジナ錠併用療法）（ジメンシー配合錠）（エプクルーサ配合錠）
- ・3か月又は4か月 インターフェロンフリー治療（マヴィレット配合錠）

※インターフェロンフリー治療は原則一回のみの助成とし、延長もありません。ただし、他のインターフェロンフリー治療を用いた再治療が適切と判断されるときは助成対象となる場合があります。その際は肝炎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以外の医師が診断書を作成する場合、肝炎患診療連携拠点病院肝臓専門医の意見書を診断書に添えて申請することが必要です。

6 受給者証の記載事項の変更

有効期間中に住所・健康保険証・医療機関に変更（追加）があったときは、手続きが必要です。詳しくは保健所にお問合せください。

※医療機関の変更（追加）は、変更（追加）する医療機関を受診する前に手続きをとってください。

なお、申請後に世帯全員の市町村民税（所得割）の課税年額が235,000円未満となった場合は、変更申請をした月の翌月（月の初日の手続きの場合は当該月）から自己負担限度額を1万円とすることができます。

7 療養費の払戻し

○肝炎治療費助成の申請により受給者証が交付されるまでに2か月程度かかります。その間に支払った医療費についても助成の該当となる場合があり、払戻しの手続きには、レシート、領収書等が必要になりますので、保管しておいてください。

【対象となる医療費】

受給者証の有効期間内の肝炎治療費について、保険医療機関や保険薬局で支払った医療費で、月額自己負担限度額及び高額療養費等還付金を差し引いた金額。

【請求に必要な書類】

- ①肝炎治療費請求書（療養費払分）
- ②療養証明書（保健医療機関・保険薬局で証明を受ける）
- ③当該月の領収書又はレシート（原本持参）
- ④医療費付加給付等支給証明書（高額療養費及び各種還付金などの証明を保険者にうけてください。証明書発行は、診察月の3か月後位になります）
- ⑤健康保険証・請求者の預金通帳
- ⑥肝炎治療受給者証・健康支援手帳