

肝炎治療受給者証交付申請書（新規・更新）							
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							
申請者	フリガナ			生	大正		
	氏名			年	昭和		
	住所	〒（ - ）（電話番号）		日	平成	日	
		熊本県	市・郡	区・町・村	令和		
	加入	被保険者氏名			申請者との 続柄		
	医療保険	保険種別	協会健保・組合・船員・ 共済・国保・後期高齢		記号・番号		
		被保険者証 発行機関名					
		世帯の市町村民 税の課税状況を 証明する書類	1 あり（世帯市町村民税（所得割）課税年額 円） 2 なし ※自己負担限度額（月額）が2万円となることを承諾したうえで添付を省略します				
	本制度利用歴	1 あり（受給者番号） 2 なし					
	有効期間 の開始月	新規申請	年 月		※有効期間の開始日は、申請書が受理された月以後の月のうち、申請者が指定した月の初日です。担当医とよく相談のうえ指定してください。		
更新		前回の有効期間 終了月の翌月		※有効期間を過ぎて申請された場合は、申請日が属する月となります。			
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。 年 月 日 申請者氏名 熊本県知事 様							

(注1)

助成を受けることが出来るのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られます。

申請にあたっては担当医とよくご相談ください。

(注2)

熊本県の肝炎治療受給者証が使用できる医療機関等は、「熊本県と契約した保険医療機関」及び「全ての保険薬局」となります。

受付欄

【添付書類等】

- ①肝炎治療受給者証交付申請書（別紙様式1の1）
- ②医師の診断書（別紙様式2の1～2の6のいずれか）
- ③健康保険証のコピー（申請者の氏名が記載されたもの）
- ④世帯全員の住民票の写し（原本、コピー不可）
- ⑤世帯全員の市町村民税課税年額を証明する書類（15歳以下は不要） ※マイナンバーを提出する場合省略可
- ⑥医師の意見書（別紙様式2の7）※インターフェロンフリー治療不成功後のみ

問合せ・提出先 （郵送・持参）	〒862-8570（住所の記載省略可）熊本市中央区水前寺6-18-1 熊本県 健康危機管理課 電話番号:096-333-2783
--------------------	---

※お住いの地域を管轄する保健所へ持参することもできます

【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。）

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

(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並びにインターフェロン及び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、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薬による3剤併用療法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. (2)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、熊本県肝炎インターフェロン及びインターフェロンフリー治療指定医療機関の診断書作成医が「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。

(2) 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薬による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、初回治療に対する助成の申請にあたっては、熊本県肝炎インターフェロン及びインターフェロンフリー治療指定医療機関の診断書作成医が「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、再治療に対する助成の申請にあたっては、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の判断を踏まえた上で、インターフェロン及びインターフェロンフリー治療指定医療機関の診断書作成医が「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。