

※	受給者証の始期	月	世帯の市町村民税(所得割)額	円	階層区分	甲・乙
	扶養対象者数	0歳から15歳		16歳から18歳		
	助成制度利用歴(ありの場合)	受給者番号() 有効期間(年 月 日 ~ 年 月 日)				

※保健所で記入のこと

(様式第1号)

肝炎治療受給者証交付申請書				<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新	
対象医療		<input type="checkbox"/> インターフェロン治療 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療 <input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤治療			
申請者	フリガナ			性別	男 女
	氏名			職業	
	生年月日	(大正 昭和 平成 令和) 年 月 日			
	住所	〒 (電話) ※平日連絡が取れる番号を記載してください			
	加入療保	被保険者氏名			申請者との続柄
	保険種別	協・組・共・国・後		記号・番号	
	保 険 者 名				
病名	<input type="checkbox"/> B型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> B型代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> B型非代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> C型非代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> その他 ()				
保険医療機関 又は保険薬局 <small>※認定の有無について、岡山県から保険医療機関へ通知をさせていただきます。</small>	<input type="checkbox"/> ←手元の受給者証と同じ医療機関・薬局の場合のみ✓してください。 ✓した場合は下欄への記載は不要です(受給者証の写しの提出必須)				
	医療機関・薬局名			所在地	
同意欄	治療経過及び結果などの情報(氏名や住所など個人が特定される情報は除く)について、必要に応じて、岡山県が医療機関より情報収集し、厚生労働省等へ情報提供され、肝炎治療研究の基礎資料として使用されることについて (いずれかに✓をお願いします) <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません				
該当する治療(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)の効果・副作用等について医療機関から説明を受け、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 (押印不要) 岡山県知事 殿					

(注意) ・助成を受けることができるのは、裏面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。

・受付後に書類の不備等でご連絡が必要な場合は電話にてご連絡いたします。

認 定 基 準

第1 B型慢性肝疾患

1 インターフェロン治療について

- (1) HB e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実施予定又は実施中の者のうち、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、HB e抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。
- (2) (1)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実施予定又は実施中の者

第2 C型慢性肝疾患

1 インターフェロン単独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

- (1) 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実施予定又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。ただし、ペグインターフェロン、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) (1)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場合
 - 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週投与が行われた場合
- (3) 上記については、直前の抗ウイルス治療として、インターフェロンフリー治療に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「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。ただし、岡山県では岡山県肝炎一次専門医療機関の基準を満たす医師として届け出ている医師が作成してもよい。

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に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、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 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医が「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。ただし、岡山県では岡山県肝炎一次専門医療機関の基準を満たす医師として届け出ている医師が作成してもよい。
- 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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は岡山県肝炎一次専門医療機関の基準を満たす医師として届け出ている医師が「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。