（表面）

様式第１－１号（第３関係）

肝炎治療受給者証交付申請書

年　　月　　日

広 島 県 知 事　様

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たので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

　□　自己負担限度月額２万円で了承します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　　請　　　者 | ふりがな |  | | | | | | | 性別  男　・　女  ※記載は任意です。未記載とすることも可能です。 | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和  平成・令和 | | | 年　　　　月　　　　日生　　（満　　　　　歳） | | | | | | | | | |
| 住所  加入医療保険 | 〒　　　　－  電話番号（　　　　）  携帯電話（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| □別送を希望する　※住民票記載住所以外への送付を希望する場合はチェックし、送付先を記載してください。  〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
|  | 別添被保険者証、組合員証等の写しのとおり | | | | | | | | | | | | |
| 疾病名  (該当箇所を☑) | | Ｂ型肝炎ウイルスによる（ □ 慢性肝炎　 □ 代償性肝硬変　 □ 非代償性肝硬変　）  Ｃ型肝炎ウイルスによる（ □ 慢性肝炎　 □ 代償性肝硬変　 □ 非代償性肝硬変　） | | | | | | | | | | | | |
| 本助成制度  利用歴 | | 有 ・ 無 | | 「有」に該当する場合 | | 受給者番号 |  |  | |  |  |  |  |  |
| 有効期間 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| 医　療　機　関　・　薬　局 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 陽性と指摘された検査  （該当箇所を☑）※ | | | □1 自治体検診　□2 職域検診　□3 人間ドック　□4 妊婦健診　□5 献血時  □6 手術前(入院時)検査　□7 その他（　　　　　　　　　）　　□8 不明 | | | | | | | | | | | |

　　※　新規申請時のみ記入してください。

（裏面）

１　医療機関・薬局欄には、知事の指定を受けている指定医療機関及び指定薬局のうち、治療を受ける指定医療機関と調剤を受ける指定薬局を記入すること。

２　専門医療機関の肝臓専門医の診断書（様式第2号）、申請者の氏名が記載された被保険者証、組合員証等の写し、申請者及び申請者と同一の世帯に属する全ての者の記載のある住民票の写し（発行日から概ね３か月以内のもの）、並びに申請者と同一の世帯に属する義務教育を終えた全ての者の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定に基づく市町民税（所得割）の課税年額を証明する書類（申請日に取得できる最新のもの）を添付すること。

３　受給者証を所持する対象患者が、広島県外から転入し、転入後においても引き続き受給者証の交付を受けようとする場合は、転入日の属する月の翌月末日までに申請し、転出前に交付されていた受給者証の写し等を添付すること。

４　助成を受けることができるのは、次の認定基準を満たした場合に限られるので、申請に当たっては主治医とよく相談すること。

[認定基準]

（１）Ｂ型慢性肝疾患

ア　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者（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者は、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。

イ　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

ア　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

　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者

※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者に限る。

※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（ア）、（イ）のいずれにも該当しない場合とする。

（ア）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

（イ）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

イ　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、又は治療実施中の者のうち、肝がんの合併のない者

※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、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、（２）ア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、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、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。