

# 広島県肝炎治療特別促進事業取扱要領

## 第1 趣 旨

この要領は、広島県肝炎治療特別促進事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）第1に定める事業（以下「事業」という。）の円滑な実施を図るため、当該事業の実施に関して必要な基準、手続き、事務取扱い等について定める。

## 第2 用語の定義等

- 1 対象患者とは、広島県知事（以下「知事」という。）から、様式第3号による証（以下「受給者証」という。）の交付を受けた者とする。
- 2 対象医療とは、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治療及びインターフェロンフリー治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療とし、当該治療を継続するために必要な治療等を含むものとする。ただし、受給者証に記載された医療機関及び薬局で行われる治療等に限る。
- 3 肝臓専門医とは、日本肝臓学会又は日本消化器病学会等に属する肝臓の専門医であって、抗ウイルス療法に精通し、その副作用等に対する処置及び治療中において肝がんの早期発見ができる者（以下「肝臓専門医」という。）とする。
- 4 専門医療機関とは、肝臓専門医が常勤する医療機関（以下「専門医療機関」という。）とする。
- 5 認定協議会は、肝臓専門医12名で構成する。

## 第3 医療給付の申請

実施要綱第5に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）については、様式第1-1号による申請書（以下「交付申請書」という。）に、次に定める書類を添えて、知事に申請するものとする。

- 1 様式第2-1号から第2-8号による診断書

第7に定める指定医療機関の指定を受けた専門医療機関の肝臓専門医が記載したものに限る。

別紙に定める一定の要件を満たした対象患者については、例外的に助成期間の延長を認めるものとするが、その場合、当該対象患者は様式第1-3号に受給者証を添付して、知事に申請するものとする。また、副作用等の要因により受給者証の有効期間延長が必要となる対象患者は、様式第1-4号に受給者証を添付して、知事に申請するものとする。

なお、核酸アナログ製剤治療については、肝臓専門医が治療継続を必要と認める場合、様式第1-1号により更新の申請を行うことができるものとする。その際、様式第2-8号による診断書に代えて、現在（更新前）の受給者証の2つ前の受給者証における有効期間の始期以降に行われた検査内容及び専門医療機関に常勤する肝臓専門医による治療を受けたことが分かる資料並びに現在（更新前）の受給者証における有効期間内の治療内容（治療薬）が分かる資料を添えることができるものとする。

- 2 様式第2-9号による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。）

- 3 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  
ただし、当該書類の取得日から概ね3か月以内のものを有効とする。  
また、実施要綱第7の2の(2)に定める別表において甲となることを了承する場合は、申請者の記載のある住民票の写しとして差し支えない。
- 4 申請者及び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、提出日に取得できる最新の市町民税(所得割)の課税年額を証明する書類  
ただし、3で提出の住民票の写しに、申請者及び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個人番号が記載されたもの及び個人番号利用のための同意書を提出した場合については、4を省略することができる。  
また、実施要綱第7の2の(2)に定める別表において甲となることを了承する場合は当該書類を省略して差し支えない。

#### 第4 対象患者の認定

- 1 知事は、実施要綱第8の1に定める対象患者の認定を行う際には、専門的かつ公平、公正な判断に期するよう認定協議会の意見を求め、適正に認定するものとする。
- 2 認定協議会は、交付申請書及び交付申請書に添付された診断書を基に、次項に定める対象患者の認定基準により、申請者の病状等を総合的に勘案の上、適正に判定するものとする。
- 3 対象患者の認定基準は次のとおりとする。

##### (1) B型慢性肝疾患

###### ア インターフェロン治療について

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、HB e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、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療、8週、再治療12週とする療法に限る。

また、（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。

## 第5 申請者の所得階層の認定

1 実施要綱第7の2の（2）に定める申請者の所得階層の認定は、申請者及び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市町民税（所得割）の合算額により行うものとする。

ただし、申請者の配偶者以外の者であって、申請者及びその配偶者と、相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、当該世帯の市町民税課税額の合算対象から除外できることとする。この場合、申請者は、様式第1－2号を知事に提出するものとする。

なお、除外の可否については、次により審査する。

（1）配偶者以外であること

住民票の続柄により判断する。

（2）地方税法上の扶養関係にないこと

申請者及びその配偶者、除外対象者について、市町民税の税情報（扶養控除関係）を証明する書類等により適宜判断する（例：マイナンバーを用いた情報連携の実施、課税証明書、市町が通知する市町民税の決定通知書等の写し、源泉徴収票等）。

（3）医療保険上の扶養関係にないこと

申請者及びその配偶者、除外対象者が加入する健康保険の被扶養者を証明する書類等に

より適宜判断する（例：マイナンバーを用いた情報連携の実施、申請者が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」（あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDF ファイルを印刷したものを含む。））。

- 2 市町村民税課税年額の算定に当たっては、次に定めるところによるものとする。
  - （1）平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、「控除廃止の影響を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うものとする。
  - （2）平成30年度以降分の市町村民税課税年額の算定に当たっては、市町村民税所得割の納税義務者が地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市の区域内に住所を有する場合については、地方税法及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）第1条による改正前の地方税法に規定する市町村民税所得割の標準税率（6%）により算定を行うものとする。

## 第6 肝炎治療受給者証の交付等

- 1 肝炎治療受給者証

知事は、申請者を受給者証の交付対象であると認定したときは、速やかに当該患者に対し、受給者証を交付するものとする。
- 2 交付申請書等の取扱い

知事は、交付申請書を受理した場合は、受理した日（以下「受理日」という。）から速やかに当該申請に対し、その可否を決定し、否としたときには、具体的な理由を付して、その結果を様式第4号により申請者に通知するものとする。
- 3 受給者証の有効期間

受給者証の有効期間は、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から1年以内で、治療予定期間に即した期間とする。

## 第7 指定医療機関及び指定薬局の指定等

- 1 指定医療機関の指定

指定医療機関の指定を受けようとする医療機関の開設者は、様式第5号に、次項の（2）の医療機関にあつては、様式第6号を添えて知事に申請を行い（以下「指定申請」という。）、実施要綱第7の1に定める保険医療機関等（健康保険法〔大正11年法律第70号〕に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）として、知事の承認を受けるものとする。
- 2 指定医療機関の要件

原則として次の要件を満たす医療機関を指定医療機関とする。

  - （1）専門医療機関
  - （2）専門医療機関の肝臓専門医が治療方針を立て、定期的な検査を行う患者に対し、肝臓専門医との緊密な連携のもとで、治療を行う医療機関
  - （3）肝炎治療を継続するために必要な副作用の治療のみを行う医療機関
- 3 指定薬局の指定

指定薬局の指定を受けようとする薬局の開設者は、様式第7-1号により知事に指定申請を

行い、実施要綱第7の1に定める保険医療機関等として、知事の承認を受けるものとする。

#### 4 指定医療機関及び指定薬局への通知

知事は、前1項又は3項により指定医療機関又は指定薬局として承認したとき（以下これら承認した指定医療機関及び指定薬局を「指定医療機関等」という。）は、当該指定医療機関等とその旨を通知するものとする。

#### 5 指定医療機関等の内容変更、辞退、取消し等

- (1) 指定医療機関等は、指定申請の内容に変更が生じたときは、様式第8号により知事に届け出るものとする。
- (2) 指定医療機関等は、指定の辞退を希望するときは、様式第9号により知事に届け出るものとする。
- (3) 知事は、適正な診断、治療、調剤が実施されていないと判断される指定医療機関等に対しては、広島県肝炎対策協議会の意見を聴き、指定医療機関等の指定を取り消すことができるものとする。
- (4) 知事は、前号の規定に係らず、指定医療機関等が廃止その他の理由により存在していないことを確認した場合は、指定を取り消すことができるものとする。

### 第8 対象患者が負担する医療費の額

- 1 実施要綱第7の2の(1)により対象患者が保険医療機関等に支払うべき額が、実施要綱第7の2の(2)に定める額（以下「自己負担限度月額」という。）に満たない場合は、対象患者がその全額を負担すべきものとする。
- 2 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定による被保険者については、同法上の患者負担額の範囲内で、対象患者に自己負担限度月額を限度とする一部負担が生じるものとする。

### 第9 自己負担限度月額管理の取扱い

- 1 知事は、対象患者に対し、様式第10号による肝炎治療自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）を交付するものとする。
- 2 管理票の交付を受けた対象患者は、治療を受ける際に受給者証とともに管理票を指定医療機関等に提示するものとする。
- 3 管理票を提示された指定医療機関等は、対象患者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその対象患者が対象医療において支払った自己負担の累積額を管理票に記載するものとする。当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載するものとする。

なお、当該自己負担限度月額は、インターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療を併用する者の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する1人当たりの限度月額として取り扱うものであること。

- 4 対象患者から、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収しないものとする。

### 第10 医療費の支給の特例

- 1 知事は、対象患者が受給者証を指定医療機関等に提示せずに治療を受けるなど自己負担限度月額を超えて、実施要領第4に定める医療費を支払う場合は、実施要綱第7の1に定める方法にかかわらず、対象患者に対し、医療費を償還払いの方法により支給するものとする。
- 2 対象患者は、前項に定める償還払いの方法により医療費の支給を受けようとするときは、様式第11-1号に、次に定める書類を添えて、知事に申請するものとする。  
ただし、(2)から(6)については、当該書類の写しでもよいものとする。
  - (1) 様式第11-2号
  - (2) 治療を受けた指定医療機関等が発行した領収書
  - (3) 治療を受けた指定医療機関等が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類
  - (4) 高額療養費（提出がない場合は、高額療養費の確認を行うために、加入医療保険情報を確認するための資料）、支給決定額の分かる書類
  - (5) 医療費振込先金融機関の口座が分かる書類
  - (6) 管理票の写し（請求年月に記入がある場合に限る）
- 3 対象患者は、自己負担限度月額の変更に伴い、償還払いの方法により医療費の支給を受けようとするときは、様式第11-3号に管理票の写しを添えて、知事に申請するものとする。

#### 第11 指定医療機関等の変更、追加、受給者証の再交付、返還

- 1 対象患者は、指定医療機関等の変更、追加をしようとするときは、速やかに様式第12号に、受給者証の原本を添えて、知事に申請するものとする。
- 2 対象患者は氏名、住所、市町民税（所得割）の課税年額及び諸般の事情による治療開始月変更に伴う受給者証の有効期間の変更が生じた場合は、速やかに様式第13号に、受給者証の原本及び当該事実を証明する書類の写し等を添えて、知事に届け出るものとする。
- 3 対象患者は、受給者証の紛失、破損、汚損等により再交付が必要となったときは、速やかに様式第14号に、破損、汚損の場合は、受給者証の原本を添えて、知事に申請するものとする。
- 4 対象患者は、治癒、治療中断等により、あるいは、別表に掲げるこの事業の上段に位置する国又は地方公共団体が負担する公費負担医療制度における当該医療の適用者となったことにより、有効期間のある受給者証を必要としなくなったときは、速やかに様式第15号に、受給者証の原本を添えて、知事に届け出るものとする。
- 5 知事は、前1項から4項による申請書又は届出書を受理したときは、速やかに事務処理を行い、前1項から3項に係る事務処理にあつては、対象患者に対し、処理後の受給者証を交付するものとする。

#### 第12 県外へ転出した対象患者及び広島県外から転入した対象患者の取扱い

- 1 対象患者が広島県外へ転出し、転出先においても引き続き当該受給者証の交付を受けようとするときには、当該患者は、転出日の属する月の翌月末日までに、転出前に交付されていた受給者証の写し等を添えて、転出先の都道府県知事に届け出るものとする。
- 2 対象患者で、広島県外から転入し、転入後においても引き続き当該受給者証の交付を受けようとする者は、転入日の属する月の翌月末日までに、様式第1-1号による交付申請書に、次に定める書類を添えて、知事に申請するものとする。
  - (1) 転出前に交付されていた受給者証の写し

- (2) 転出前に交付されていた管理票の写し（※ただし、転出後の対象医療費のみで自己負担限度月額を計算することに了承すれば、省略可能）
- (3) 申請者の記載のある住民票の写し
- 3 前項の場合における受給者証の有効期間は、転入日から転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。
- 4 知事は、前2項による申請を受理したときは、その旨を転出元の都道府県知事に伝達するものとする。

### **第13 事業と他の公費負担医療制度との関係**

この事業と他の公費負担医療制度との優先順位については、別表によるものとし、公費負担福祉医療制度については、この事業が優先するものとする。

### **第14 申請等の方法**

この要領で規定する各種申請及び届出に係る書類の提出については、郵送によることも可能とする。

#### 附 則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

#### 附 則

この要領は、平成20年9月26日から施行する。

#### 附 則

この要領は、平成21年9月1日から施行し、様式の改正を除き、平成21年4月1日から適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成22年4月1日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成23年4月1日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成23年9月26日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成23年12月26日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成25年12月5日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成26年9月19日から施行し、平成26年9月2日から適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。



#### 附 則

この要領は、平成26年12月15日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成27年6月9日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成27年12月1日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成28年8月1日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成29年4月18日から施行し、平成29年3月24日から適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成30年5月8日から施行し、平成30年4月1日から適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、平成31年4月11日から施行し、平成31年2月26日から適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、令和2年5月26日から施行し、令和2年4月1日から適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、令和3年1月27日から施行する。ただし、様式の押印廃止については、令和2年12月25日から適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、令和4年10月1日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、令和5年5月1日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、令和6年12月2日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

#### 附 則

この要領は、令和7年12月25日から施行し令和7年12月10日から適用する。

## 別紙

### 助成期間の延長に係る取扱い

- 1 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、対象としない。
  - (1) C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）型かつ高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師が72週投与（48週プラス24週）が必要と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。
  - (2) 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記の（1）とは別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。ただし、再治療（再投与）及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。
- 2 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。
  - 1（1）について
    - (1) 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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した再燃した者で、今回の治療において「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当する場合。
    - (2)（1）に該当しない者であり、今回の治療において「投与開始後12週後にHCV-RNA量が前値（※）の1／100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性（Real time PCR）で、36週目までに陰性化した症例」に該当する場合。

#### （参考）

平成22年3月現在、ペグインターフェロン製剤添付文書中、重要な基本的注意において、「48週を超えて投与をした場合の有効性・安全性は確立していない。」旨の記載がある。

別表(第13関係)

法別番号及び制度の略称表

|                                      | 区 分  |                                       | 法別番号 | 制度の略称   |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|------|---------|
| 公<br>費<br>負<br>担<br>医<br>療<br>制<br>度 | 戦傷病者特別<br>援護法による   | ○療養の給付(法第10条関係)                       | 13   | —       |
|                                      |  | ○更生医療(法第20条関係)                        | 14   | —       |
|                                      | 原子爆弾被爆者に対する<br>援護に関する法律による   | ○認定疾病医療(法第10条関係)                      | 18   | —       |
|                                      | 感染症の予防及び感染症<br>の患者に対する医療に関<br>する法律による  | ○新感染症の患者の入院(法第37条関係)                  | 29   | —       |
|                                      | 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付(法第81条関係)   |                                       | 30   | —       |
|                                      | 感染症の予防及び感染症<br>の患者に対する医療に関<br>する法律による  | ○結核患者の適性医療(法第37条の2関係)                 | 10   | (感37の2) |
|                                      |  | ○結核患者の入院(法第37条関係)                     | 11   | (結核入院)  |
|                                      | 精神保健及び精神障害者<br>福祉に関する法律による   | ○措置入院(法第29条関係)                        | 20   | (精29)   |
|                                      | 障害者自立支援法による  | ○精神通院医療(法第5条関係)                       | 21   | (精神通院)  |
|                                      |  | ○更生医療(法第5条関係)                         | 15   | —       |
|                                      |  | ○育成医療(法第5条関係)                         | 16   | —       |
|                                      |  | ○療養介護医療(法第70条関係)及び基準該当療養介護医療(法第71条関係) | 24   | —       |
|                                      | 麻薬及び向精神薬取締法による入院措置(法第58条の8関係)  |                                       | 22   | —       |
|                                      | 感染症の予防及び感染症<br>の患者に対する医療に関<br>する法律による  | ○一類感染症等の患者の入院(法第37条関係)                | 28   | (感染症入院) |
|                                      | 児童福祉法による   | ○療育の給付(法第20条関係)                       | 17   | —       |
|                                      |  | ○障害児施設医療(法第24条の20関係)                  | 79   | —       |
|                                      | 原子爆弾被爆者に対する<br>援護に関する法律による   | ○一般疾病医療費(法第18条関係)                     | 19   | —       |
|                                      | 母子保健法による養育医療(法第20条関係)  |                                       | 23   | —       |
|                                      | 難病の患者に対する医療等   | ○特定医療(法第5条関係)                         | 54   | —       |
|                                      | 特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康影響による治療研究費     |                                       | 51   | —       |
|                                      | 肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付   |                                       | 38   | —       |
|                                      | 児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付(法第21条の5関係)  |                                       | 52   | —       |
|                                      | 児童福祉法の措置等に係る医療の給付  |                                       | 53   | —       |
|                                      | 石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給(法第4条関係)  |                                       | 66   | —       |
|                                      | 特定B型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措置法による定期検査費及び母子肝炎防止医療費の支給(法第12条第1項及び第13条第1項関係)   |                                       | 62   | —       |
|                                      | 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項に規定する医療支援給付(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第4条第2項において準用する場合を含む。) |                                       | 25   | —       |
|                                      | 生活保護法による医療扶助(法第15条関係)  |                                       | 12   | (生保)    |

法とは、各法のことをいう。

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。

|                 |      |   |            |                         |  |
|-----------------|------|---|------------|-------------------------|--|
| 申請者             | ふりがな |   |            | 性別                      |  |
|                 | 氏名   |   |            | 男 ・ 女<br>※記入は任意。未記入も可能。 |  |
|                 | 生年月日 | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日生 (満 歳)   |            |                         |  |
|                 | 住所   | 〒 -<br>電話番号 ( ) - □本人・□関係者<br>※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。<br>□別送を希望する<br>〒 -<br>※住民票記載住所以外への送付を希望する場合は☑のうえ、送付先を記入のこと。                                    |            |                         |  |
| 疾病名<br>(該当箇所を☑) |      | <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスによる ( <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 )<br><input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスによる |            |                         |  |
| 本助成制度<br>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  |
|                 |      |   |            | 核酸アナログ製剤治療更新申請の場合       | <input type="checkbox"/> 現在の受給者証のコピーを添付すること。                                       |
|                 |      |   |            | 医療機関・薬局の変更              | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>※「☑無」の場合は医療機関・薬局欄への記入は不要。 |
| 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 ☐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  
(該当箇所を☑) ※ ☐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。

- 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 新規申請については、専門医療機関の肝臓専門医の診断書（様式第2号）を使用すること。核酸アナログ製剤治療については、肝臓専門医が治療継続を必要と認める場合、更新申請のを行うことができることから、様式第2－8号による診断書に代えて、現在（更新前）の受給者証の2つ前の受給者証における有効期間の始期以降に行われた検査内容及び専門医療機関に常勤する肝臓専門医による治療を受けたことが分かる資料並びに現在（更新前）の受給者証における有効期間内の治療内容が分かる資料を添えることができるものとする。
- 3 県への提出書類については、肝炎治療受給者証交付申請書（様式第1－1号）、2の診断書等に加え、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ヶ月以内のもの）、並びに申請者及び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、提出日に取得できる最新の市町民税（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。  
なお、住民票に個人番号を掲載した写しを提出する場合は、市町民税（所得割）の課税年額を証する書類の提出を省略することができる。その場合は、個人番号利用のための同意書（様式第16号）を添えて提出すること。  
また、実施要綱第7の2の（2）に定める別表において甲となることを了承する場合は、申請者の記載のある住民票の写しを提出し、課税情報に係る資料を省略して差し支えない。
- 4 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、申請者の記載のある住民票の写し、転出前に交付されていた受給者証及び管理票の写し等を添付すること。
- 5 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

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、HB e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。

市町民税課税額合算対象除外希望申告書

年 月 日

広島県知事様

次の者については、申告者である私との関係において配偶者に該当せず、かつ、私及び配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、自己負担限度額の階層区分認定のときに市町民税課税額の合算対象から除外することを希望します。

|         |  |      |        |
|---------|--|------|--------|
| ふりがな    |  | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 申請者氏名   | <input type="checkbox"/> 申請者と同一  |      |        |
| 住所      | <input type="checkbox"/> 申請者と同一<br>〒 -   |      |        |
|         | 電話番号 ( ) - <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 関係者<br>※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。 |      |        |
| 除外希望者氏名 |  |      |        |
|         |  |      |        |

注 受給者証の原本及び医療保険上の扶養関係にない事実を証明する次の書類を添付すること。

- [添付資料例]
  - ・医療保険者から送付された「資格情報のお知らせ」（マイナ保険証の方に送付されるもの）の写し
  - ・医療保険者から送付された「資格確認証」の写し
  - ・マイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」のコピー
- マイナ保険証で保険者情報を確認する場合
  - ・申請者及びその配偶者、除外希望者の個人番号と同意書が必要となります。

県記入欄

| 世帯員                 | 本人 | 配偶者 |   |   | 計 | 所得階層           |
|---------------------|----|-----|---|---|---|----------------|
| (除外前)<br>市町民税(所得割)額 | 円  | 円   | 円 | 円 | 円 | 甲<br>(20,000円) |
| (除外後)<br>市町民税(所得割)額 | 円  | 円   | 円 | 円 | 円 | 乙<br>(10,000円) |

- ☐ 配偶者以外であること。
- ☐ 地方税法上の扶養関係にないこと。
- ☐ 医療保険上の扶養関係にないこと。

(72週投与用)

## 肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書（A）

年 月 日

広島県知事様

私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意したので、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長を申請します。

|       |                |   |    |                             |   |    |       |
|-------|----------------|---|----|-----------------------------|---|----|-------|
| ふりがな  |                |   | 性別 | 男 ・ 女                       |   |    |       |
| 申請者氏名 |                |   |    | ※記載は任意です。<br>未記載とすることも可能です。 |   |    |       |
| 生年月日  | 大正・昭和<br>平成・令和 | 年 | 月  | 日生まれ（満 歳）                   |   |    |       |
| 住所    | 〒 —            |   |    |                             |   |    |       |
| 電話番号  | ( ) —          |   |    |                             |   |    |       |
| 携帯電話  | ( ) —          |   |    |                             |   |    |       |
| 受給者番号 |                |   |    |                             |   |    |       |
| 有効期間  | 令和             | 年 | 月  | 日                           | ～ | 令和 | 年 月 日 |

- ※1 本申請書（A）に、お手持ちの受給者証を添付して広島県に申請してください。
- 2 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
- 3 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。
- 4 担当専門医とは、原則として申請書提出時の診断医です。



(担当専門医記載欄)

※ 以下の事項を全て確認の上、署名してください。

|         |   |
|---------|---|
| 記載年月日   | 令和            年            月            日 |
| 医療機関名   |   |
| 医療機関所在地 | 〒            -                            |
| 担当専門医師名 |   |

## 確認事項

※担当専門医師は、該当する場合、共通項目の□、かつ、(1)若しくは(2)の□にチェックを入れてください。

(有効期間延長の認定には、共通項目のすべての□、かつ(1)若しくは(2)の全ての□にチェックが入っていることが必要です。)

申請者（ ）について、C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、

(共通項目)

- ☐ 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- ☐ 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1（ジェノタイプ1）かつ高ウイルス量である。
- ☐ 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。

(変更後の予定期間〔開始： 年 月 ～ 終了： 年 月予定〕)

- (1) 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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、「今回の治療において、HCV-RNAが投与開始後36週までに陰性化した症例に該当する。」と認められるので48週プラス24週（トータル72週間）の投与期間延長が必要であると判断する。

- ☐ 申請者は、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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した~~が~~再燃した者である。
- ☐ 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後（ ）週目で継続中である（一時休薬期間は除く。）。
- ☐ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。

投与開始後、継続的に治療を続け、

- ・投与開始後36週までにHCV-RNAが陰性化（一時休薬期間は除く。）

- (2) (1)に該当しない者で、「今回の治療で、投与開始後12週後にHCV-RNA 量が前値の1/100 以下に低下するが、HCV-RNA が陽性(Real time PCR)で、36週までに陰性化した症例に該当する。」と認められるので、48 週プラス24 週（トータル72 週間）の投与期間延長が必要であると判断する。

- ☐ 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の標準的治療（48週間）を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後（ ）週目で継続中である（一時休薬期間は除く。）。

- ☐ 申請者の治療経過について、下記の項目を満たす症例と判断されること。

投与開始後、継続的に治療を続け、

- ・投与12週後は、HCV-RNA が陽性のままであり、かつ、HCV-RNA 量が前値の1/100 以下に低下
- ・投与36週までにHCV-RNA が陰性化（一時休薬期間は除く。）。

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意において、「本剤を48 週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

（副作用等延長用）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書（B）

年 月 日

広島県知事様

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長を申請します。

|       |                |            |          |                             |  |
|-------|----------------|------------|----------|-----------------------------|--|
| ふりがな  |                |            | 性別       | 男 ・ 女                       |  |
| 申請者氏名 |                |            |          | ※記載は任意です。<br>未記載とすることも可能です。 |  |
| 生年月日  | 大正・昭和<br>平成・令和 | 年 月 日      | 生まれ（満 歳） |                             |  |
| 住所    | 〒 -            |            |          |                             |  |
| 電話番号  | （ ） -          |            |          |                             |  |
| 携帯電話  | （ ） -          |            |          |                             |  |
| 受給者番号 |                |            |          |                             |  |
| 有効期間  | 令和 年 月 日       | ～ 令和 年 月 日 |          |                             |  |

- ※1 本申請書（B）に、お手持ちの受給者証を添付して、広島県に申請してください。
- 2 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
- 3 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますので御注意ください

（担当専門医記入欄）

申請者（ ）について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える（計2か月までの延長）可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長が必要であると判断する。

|         |          |
|---------|----------|
| 記載年月日   | 令和 年 月 日 |
| 医療機関名   |          |
| 医療機関所在地 | 〒 -      |
| 担当専門医師名 |          |

（注）なお、副作用等の要因について、県担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますので御了承ください。

様式第 2 - 1 号 (第 3 関係)  
 肝炎治療受給者証 (インターフェロン治療) の交付申請に係る診断書 (新規)

|  |   |                             |              |              |  |
|--|---|-----------------------------|--------------|--------------|--|
| ふりがな<br>患者氏名   |   |                             | 性別           | 生年月日 (年齢)    |  |
|  |   |                             | 男・女          | 年 月 日生 (満 歳) |  |
| 患者住所   | 〒 ー<br>電話番号 ( )   |                             |              |              |  |
| 診断年月   | 年 月   | 依 頼 医<br>(あれば記<br>載す<br>る。) | 医療機関名<br>医師名 |              |  |
| 過去の治療歴   | C型肝炎ウイルスに関する治療の場合、該当する項目にチェックする。<br>1 3 剤併用療法 (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) の治療歴<br><input type="checkbox"/> 3 剤併用療法の治療歴なし。<br><input type="checkbox"/> 3 剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の 2 4 週投与が行われなかった。<br>〔具体的な経過・理由: 〕<br>2 インターフェロンフリー治療歴<br><input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤名: )<br><input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。  |                             |              |              |  |
| 検査所見   | ・今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。<br>・1、2 については、治療対象のウイルス性肝炎の番号を○で囲み必要事項を記入する。<br>1 B 型肝炎ウイルスマーカー (該当する方を○で囲む。)<br>(1) HBs 抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日)<br>(2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日)<br>(3) HBV-DNA 定量 _____ LogIU/mL (TaqMan・AccuGene) (検査日: 年 月 日)<br>2 C 型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)<br>(1) HCV-RNA 定量 _____ LogIU/mL (TaqMan・AccuGene)<br>(2) ウイルス型 セログループ 1・セログループ 2<br>又は ジェノタイプ (あれば記載する。) 1b・2a・2b・その他 ( )<br>3 血液検査 (検査日: 年 月 日)<br>AST _____ IU/L 白血球数 _____ /mm <sup>3</sup><br>ALT _____ IU/L ヘモグロビン濃度 _____ g/dL<br>血小板数 _____ ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup><br>4 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 年 月 日)<br>〔所見: 〕 |                             |              |              |  |
| 診 断  | (該当する番号を○で囲む。)<br>1 慢性肝炎 (B 型肝炎ウイルスによる)<br>2 慢性肝炎 (C 型肝炎ウイルスによる)<br>3 代償性肝硬変 (C 型肝炎ウイルスによる)   |                             |              |              |  |
| 本診断書作成時<br>における肝がん<br>の有無  | 1 有り 2 無し   |                             |              |              |  |
| 治療内容   | (該当する番号を○で囲む。)<br>1 インターフェロンα 製剤単独<br>2 インターフェロンβ 製剤単独<br>3 ペグインターフェロン製剤単独<br>4 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤<br>5 インターフェロンβ 製剤+リバビリン製剤<br>6 その他 (具体的に記載: )<br>治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月)   |                             |              |              |  |
| 投与状況   | (該当する番号を○で囲む。)<br>1 初回 2 再投与  | 治療上の<br>問題点等                |              |              |  |
| 医療機関名及び所在地   |   |                             | 記載年月日 年 月 日  |              |  |
| <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 専門医 氏名 |   |                             |              |              |  |

- ※ 1 診断書は、記載日から起算して 3 か月以内のものが有効となること。  
 2 HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体以外の検査所見は、記載日前 6 か月以内 (ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時) の資料に基づいて記載すること。  
 3 肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の肝臓専門医の診断書にあつては、当該医療機関で治療する患者についてのみ記載すること。  
 4 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、注意すること。

## 様式第2－2号（第3関係）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（2回目の制度利用）

|   |   |                   |              |             |  |
|---|---|-------------------|--------------|-------------|--|
| ふりがな<br>患者氏名  |   |                   | 性別           | 生年月日（年齢）    |  |
|   |   |                   | 男・女          | 年 月 日生（満 歳） |  |
| 患者住所  | 〒 ー<br>電話番号（ ）  |                   |              |             |  |
| 診断年月  | 年 月   | 依頼医<br>（あれば記載する。） | 医療機関名<br>医師名 |             |  |
| 過去の治療歴  | <p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1 B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><input type="checkbox"/> 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）による治療を受けた。</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けた。</p> <p>2 C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>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の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。</p> <p>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。</p> <p>(2) 過去の3剤併用療法（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）の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。</p> <p>（具体的な経過・理由： ）</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬剤名： ）</p> <p><input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。</p> |                   |              |             |  |
| 検査所見  | <p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1 B型肝炎ウイルスマーカー（該当する方を○で囲む。）</p> <p>(1) HBs抗原（＋・－）（検査日： 年 月 日）</p> <p>(2) HBe抗原（＋・－） HBe抗体（＋・－）（検査日： 年 月 日）</p> <p>(3) HBV-DNA 定量 LogIU/mL (TaqMan・AccuGene)（検査日： 年 月 日）</p> <p>2 C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日）（該当する方を○で囲む。）</p> <p>(1) HCV-RNA 定量 LogIU/mL (TaqMan・AccuGene)</p> <p>(2) ウイルス型 セログループ1・セログループ2<br/>又は ジェノタイプ（あれば記載する。）1b・2a・2b・その他（ ）</p> <p>3 血液検査（検査日： 年 月 日）</p> <p>AST IU/L 白血球数 /mm<sup>3</sup></p> <p>ALT IU/L ヘモグロビン濃度 g/dL</p> <p>血小板数 ×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup></p> <p>4 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日： 年 月 日）</p> <p>〔所見： 〕</p>   |                   |              |             |  |
| 診 断   | <p>（該当する番号を○で囲む。）</p> <p>1 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる）</p> <p>2 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） 3 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）</p>   |                   |              |             |  |
| 本診断書作成時における肝がんの有無   |   | 1 有り 2 無し         |              |             |  |
| 治療内容  | <p>（該当する番号を○で囲む。B型慢性活動性肝炎の場合は、3のみが対象。）</p> <p>1 インターフェロンα製剤単独 4 ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤</p> <p>2 インターフェロンβ製剤単独 5 インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤</p> <p>3 ペグインターフェロン製剤単独 6 その他（具体的に記載： ）</p> <p>治療予定期間 週（ 年 月 ～ 年 月）</p>   |                   |              |             |  |
| 治療上の<br>問題点等  |   |                   |              |             |  |
| 医療機関名及び所在地  |   |                   | 記載年月日 年 月 日  |             |  |
| <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 |   |                   | 専門医 氏名       |             |  |

- ※1 診断書は、記載日から起算して3か月以内のものが有効となること。
- 2 記載日前6か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載すること。
- 3 肝炎患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の肝臓専門医の診断書にあっては、当該医療機関で治療する患者についてのみ作成すること。
- 4 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、注意すること。

## 様式第2-3号（第3関係）

肝炎治療受給者証（B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療）の交付申請に係る診断書

|   |  |                   |              |             |  |  |
|---|--|-------------------|--------------|-------------|--|--|
| ふりがな<br>患者氏名  |  |                   | 性別           | 生年月日（年齢）    |  |  |
|   |  |                   | 男・女          | 年 月 日生（満 歳） |  |  |
| 患者住所  | 〒 ー<br>電話番号（ ）   |                   |              |             |  |  |
| 診断年月  | 年 月  | 診断医<br>（あれば記載する。） | 医療機関名<br>医師名 |             |  |  |
| 過去の治療歴  | 該当する項目にチェックする。<br><input type="checkbox"/> 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。）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。   |                   |              |             |  |  |
| 検査所見  | 今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。<br>1 B型肝炎ウイルスマーカー（該当する方を○で囲む。）<br>（1）HBs 抗原（+・-）（検査日： 年 月 日）<br>（2）HBe 抗原（+・-）HBe 抗体（+・-）（検査日： 年 月 日）<br>（3）HBV-DNA 定量 _____ LogIU/mL（TaqMan・AccuGene）<br>（検査日： 年 月 日）<br><br>2 血液検査（検査日： 年 月 日）<br>AST _____ IU/L 白血球数 _____ /mm <sup>3</sup><br>ALT _____ IU/L ヘモグロビン濃度 _____ g/dL<br>血小板数 _____ /μL<br><br>3 画像診断及び肝生検等の所見（検査日： 年 月 日）<br>所見： _____ |                   |              |             |  |  |
| 診断  | 該当する項目にチェックする。<br><input type="checkbox"/> 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる）   |                   |              |             |  |  |
| 本診断書作成時における肝がんの有無   |  | 1 有り              | 2 無し         |             |  |  |
| 治療内容  | 該当する項目を○で囲む。<br>1 ペグインターフェロン製剤単独<br>2 その他（具体的に記載： _____）<br>治療予定期間 _____ 週（ 年 月～ 年 月）  |                   |              |             |  |  |
| 治療上の<br>問題点等  |  |                   |              |             |  |  |
| 医療機関名及び所在地  |  | 記載年月日 年 月 日       |              |             |  |  |
| <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 |  | 専門医 氏名            |              |             |  |  |

※1 診断書は、記載日から起算して3か月以内のものが有効となること。

2 HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載すること。

3 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、注意すること。

- ※1 診断書は、記載日から起算して3か月以内のものが有効となること。
- 2 記載日前3か月以内の資料に基づいて記載すること。ただし、「治療開始前データ」については、核酸アナログ製剤治療中の場合は、治療開始前の資料に基づいて記載すること。
- 3 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲内の最も古いデータを記載すること。
- 4 肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の肝臓専門医の診断書にあつては、当該医療機関で治療する患者についてのみ作成すること。
- 5 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、注意すること。

様式第2－5号（第3関係）

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書（新規）

|  |  |                   |              |             |  |
|--|--|-------------------|--------------|-------------|--|
| ふりがな<br>患者氏名   |  |                   | 性別           | 生年月日（年齢）    |  |
|  |  |                   | 男・女          | 年 月 日生（満 歳） |  |
| 患者住所   | 〒 ー<br>電話番号（ ）   |                   |              |             |  |
| 診断年月   | 年 月  | 依頼医<br>（あれば記載する。） | 医療機関名<br>医師名 |             |  |
| 過去の治療歴   | <p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1 インターフェロン治療歴<br/> <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり<br/> （チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。）<br/> ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法（中止・再燃・無効）<br/> イ. 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（薬剤名： ）<br/> 3剤併用療法（中止・再燃・無効）<br/> ウ. 上記以外の治療（中止・再燃・無効）<br/> 〔 具体的に記載： 〕</p> <p>2 インターフェロンフリー治療歴<br/> <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし</p>  |                   |              |             |  |
| 検査所見   | <p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1 C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日）（該当する方を○で囲む。）<br/> (1) HCV-RNA 定量 _____ LogIU/mL (TaqMan・AccuGene)<br/> (2) ウイルス型 セログループ1・セログループ2・その他（ ）<br/> 又は ジェノタイプ（あれば記載する。）1b・2a・2b・その他（ ）</p> <p>2 血液検査（検査日： 年 月 日）<br/> AST _____ IU/L 白血球数 _____ /mm<sup>3</sup><br/> ALT _____ IU/L ヘモグロビン濃度 _____ g/dL<br/> 血小板数 _____ ×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup> eGFR _____ mL/分/1.73m<sup>2</sup></p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日： 年 月 日）<br/> 〔 所見： 〕</p> <p>4（肝硬変症の場合）Child-Pugh 分類 A・B・C（該当するものを○で囲む。）</p> |                   |              |             |  |
| 診 断  | <p>（該当する番号を○で囲む。）</p> <p>1 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる）<br/> 2 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）※Child-Pugh 分類Aに限る。</p>   |                   |              |             |  |
| 本診断書作成時<br>における肝がん<br>の有無  | 1 有り 2 無し  |                   |              |             |  |
| 治療内容   | <p>インターフェロンフリー治療</p> <p>（薬剤名： ）</p> <p>治療予定期間 週（ 年 月 ～ 年 月）</p>  |                   |              |             |  |
| 治療上の<br>問題点等   |  |                   |              |             |  |
| 医療機関名及び所在地   |  |                   | 記載年月日 年 月 日  |             |  |
| <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 専門医 氏名 |  |                   |              |             |  |

- ※1 診断書は、記載日から起算して3か月以内のものが有効となること。
- 2 記載日前6か月以内（ただし、インターフェロンフリー治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載すること。
- 3 肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の肝臓専門医の診断書にあっては、当該医療機関で治療する患者についてのみ作成すること。
- 4 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、注意すること。

## 肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書（再治療）

|  |   |                   |              |             |  |
|--|---|-------------------|--------------|-------------|--|
| ふりがな<br>患者氏名   |   |                   | 性別           | 生年月日（年齢）    |  |
|  |   |                   | 男・女          | 年 月 日生（満 歳） |  |
| 患者住所   | 〒 ー<br>電話番号（ ）  |                   |              |             |  |
| 診断年月   | 年 月   | 依頼医<br>（あれば記載する。） | 医療機関名<br>医師名 |             |  |
| 過去の治療歴   | <p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1 インターフェロン治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり</p> <p>（チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。）</p> <p>ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法（中止・再燃・無効）</p> <p>イ. 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（薬剤名： ）</p> <p>3剤併用療法（中止・再燃・無効）</p> <p>ウ. 上記以外の治療（中止・再燃・無効）</p> <p>〔 具体的に記載： 〕</p> <p>2 インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり</p> <p>（薬剤名： ）（中止・再燃・無効）</p>  |                   |              |             |  |
| 検査所見   | <p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1 C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日）（該当するものを○で囲む。）</p> <p>(1) HCV-RNA 定量 LogIU/mL（TaqMan・AccuGene）</p> <p>(2) ウイルス型 セログループ1・セログループ2・その他（ ）</p> <p>又は ジェノタイプ（あれば記載する。）1b・2a・2b・その他（ ）</p> <p>2 血液検査（検査日： 年 月 日）</p> <p>AST IU/L 白血球数 /mm<sup>3</sup></p> <p>ALT IU/L ヘモグロビン濃度 g/dL</p> <p>血小板数 ×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup> eGFR mL/分/1.73m<sup>2</sup></p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日： 年 月 日）</p> <p>〔 所見： 〕</p> <p>4 （肝硬変症の場合）Child-Pugh 分類 A・B・C（該当するものを○で囲む。）</p> |                   |              |             |  |
| 診 断  | <p>（該当する番号を○で囲む。）</p> <p>1 慢性肝炎 （C型肝炎ウイルスによる）</p> <p>2 代償性肝硬変 （C型肝炎ウイルスによる）※Child-Pugh 分類Aに限る。</p>  |                   |              |             |  |
| 本診断書作成時における肝がんの有無  | 1 有り 2 無し   |                   |              |             |  |
| 治療内容   | <p>インターフェロンフリー治療</p> <p>（薬剤名： ）</p> <p>治療予定期間 週（ 年 月 ～ 年 月）</p>   |                   |              |             |  |
| 本診断書を作成する医師  | <p>インターフェロンフリー治療の再治療の場合、次のいずれかの項目にチェックがない場合は対象となりません。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医で、別紙意見書を添付している医師</p>  |                   |              |             |  |
| 治療上の問題点等   |   |                   |              |             |  |
| <p>上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。</p> <p>医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日</p> <p>専門医 氏名</p> |   |                   |              |             |  |

※1 診断書は、記載日から起算して3か月以内のものが有効となること。

2 記載日前6か月以内（ただし、インターフェロンフリー治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載すること。

3 肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の肝臓専門医の診断書にあっては、当該医療機関で治療する患者についてのみ作成すること。

4 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、注意すること



肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書

| ふりがな<br>患者氏名   |   |                               | 性別                               | 生年月日（年齢）                         |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
|--|---|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|--|----|-----|-----|-----|------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
|  |   |                               | 男・女                              | 年 月 日生（満 歳）                      |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 患者住所   | 〒 ー<br>電話番号（ ）  |                               |                                  |                                  |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 診断年月   | 年 月   | 依頼医<br>（あれば記載する。）             | 医療機関名<br><br>医師名                 |                                  |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 過去の治療歴   | 該当する項目にチェックする。（チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。）<br>1 インターフェロン治療歴<br><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり<br>ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法（中止・再燃・無効）<br>イ. 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（薬剤名： ）<br>3剤併用療法（中止・再燃・無効）<br>ウ. 上記以外の治療（具体的に記載： ）（中止・再燃・無効）<br>2 インターフェロンフリー治療歴<br><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり（薬剤名： ）（中止・再燃・無効）  |                               |                                  |                                  |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 検査所見   | 今回の治療開始前の所見を記入する。<br>1 C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日）（該当する項目を○で囲む。）<br>(1)HCV-RNA 定量 _____LogIU/mL（TaqMan・AccuGene）<br>(2)ウイルス型 セログループ1・セログループ2・その他（ ）<br>又は ジェノタイプ（あれば記載する。）1b・2a・2b・その他（ ）<br>2 血液検査（検査日： 年 月 日）<br>AST _____IU/L 白血球数 _____/mm <sup>3</sup><br>ALT _____IU/L ヘモグロビン濃度 _____g/dL<br>血小板数 _____×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> eGFR _____mL/分/1.73m <sup>2</sup><br>その他の血液検査所見（必要に応じて記載）<br>3 Child-Pugh 分類（検査日： 年 月 日）（該当する項目にチェックを入れる。） <table><thead><tr><th></th><th>結果</th><th>1 点</th><th>2 点</th><th>3 点</th></tr></thead><tbody><tr><td>肝性脳症</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> なし</td><td><input type="checkbox"/> 軽度（Ⅰ・Ⅱ）</td><td><input type="checkbox"/> 昏睡（Ⅲ以上）</td></tr><tr><td>腹水</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> なし</td><td><input type="checkbox"/> 軽度</td><td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td></tr><tr><td>アルブミン値（g/dL）</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> 3.5&lt;</td><td><input type="checkbox"/> 2.8～3.5</td><td><input type="checkbox"/> &lt;2.8</td></tr><tr><td>プロトロンビン時間（%）</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> 70&lt;</td><td><input type="checkbox"/> 40～70</td><td><input type="checkbox"/> &lt;40</td></tr><tr><td>総ビリルビン値（mg/dL）</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/> &lt;2.0</td><td><input type="checkbox"/> 2.0～3.0</td><td><input type="checkbox"/> 3.0&lt;</td></tr></tbody></table> 合計： _____点（ A ・ B ・ C ）（該当する項目を○で囲む。）<br>4 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日： 年 月 日）<br>〔 所見： _____ 〕 |                               |                                  |                                  |  |  | 結果 | 1 点 | 2 点 | 3 点 | 肝性脳症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度（Ⅰ・Ⅱ） | <input type="checkbox"/> 昏睡（Ⅲ以上） | 腹水 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度以上 | アルブミン値（g/dL） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3.5< | <input type="checkbox"/> 2.8～3.5 | <input type="checkbox"/> <2.8 | プロトロンビン時間（%） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 70< | <input type="checkbox"/> 40～70 | <input type="checkbox"/> <40 | 総ビリルビン値（mg/dL） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <2.0 | <input type="checkbox"/> 2.0～3.0 | <input type="checkbox"/> 3.0< |
|  | 結果  | 1 点                           | 2 点                              | 3 点                              |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 肝性脳症   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> 軽度（Ⅰ・Ⅱ） | <input type="checkbox"/> 昏睡（Ⅲ以上） |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 腹水   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> なし   | <input type="checkbox"/> 軽度      | <input type="checkbox"/> 中等度以上   |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| アルブミン値（g/dL）   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 3.5< | <input type="checkbox"/> 2.8～3.5 | <input type="checkbox"/> <2.8    |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| プロトロンビン時間（%）   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> 70<  | <input type="checkbox"/> 40～70   | <input type="checkbox"/> <40     |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 総ビリルビン値（mg/dL）   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> <2.0 | <input type="checkbox"/> 2.0～3.0 | <input type="checkbox"/> 3.0<    |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 診 断  | （該当する番号を○で囲む。）<br>1 非代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）※Child-Pugh 分類B及びCに限る。  |                               |                                  |                                  |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 本診断書作成時における肝がんの有無  |   | 1 有り 2 無し                     |                                  |                                  |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 治療内容   | インターフェロンフリー治療（薬剤名： _____）<br>治療予定期間 週（ 年 月 ～ 年 月）   |                               |                                  |                                  |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 本診断書を作成する医師  | インターフェロンフリー治療歴のある場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医で、別紙意見書を添付している医師   |                               |                                  |                                  |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 治療上の問題点等   |   |                               |                                  |                                  |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |
| 上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。<br>医療機関名及び所在地 _____ 記載年月日 _____ 年 月 日<br><br>専門医 氏名 _____ |   |                               |                                  |                                  |  |  |    |     |     |     |      |                          |                             |                                  |                                  |    |                          |                             |                             |                                |              |                          |                               |                                  |                               |              |                          |                              |                                |                              |                |                          |                               |                                  |                               |

※1 診断書は、記載日から起算して3か月以内のものが有効となること。  
2 記載日前6か月以内（ただし、インターフェロンフリー治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載すること。  
3 肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の肝臓専門医の診断書にあつては、当該医療機関で治療する患者についてのみ作成すること。  
4 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、注意すること。

## 肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の更新申請に係る診断書

|   |  |                   |  |             |  |
|---|--|-------------------|--|-------------|--|
| ふりがな<br>患者氏名  |  |                   | 性別   | 生年月日（年齢）    |  |
|   |  |                   | 男・女  | 年 月 日生（満 歳） |  |
| 患者住所  | 〒 ー<br>電話番号（ ）   |                   |  |             |  |
| 診断年月  | 年 月  | 依頼医<br>（あれば記載する。） | 医療機関名<br><br>医師名   |             |  |
| 検査所見  | 1 B型肝炎ウイルスマーカー<br>（1）HBs 抗原<br>HBs 抗原<br>HBs 抗体<br>（2）HBV-DNA 定量<br><br>2 血液検査<br>AST<br>ALT<br>血小板数<br><br>3 画像診断および肝生検などの所見<br>（具体的に記載）      |                   | 現在（更新前）の受給者証における有効期間内のデータ<br>（該当する方を○で囲む。）<br>（検査日： 年 月 日）<br>（+・-）<br>（+・-）<br>（+・-）<br>Log IU/mL<br>（TaqMan・AccuGene）<br><br>（検査日： 年 月 日）<br>IU/L<br>IU/L<br>×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup><br><br>（検査日： 年 月 日）<br>所見：<br>（ ） |             |  |
| 診 断   | （該当する番号を○で囲む。）<br>1 慢性肝炎 （B型肝炎ウイルスによる）<br>2 代償性肝硬変 （B型肝炎ウイルスによる）<br>3 非代償性肝硬変 （B型肝炎ウイルスによる）  |                   |  |             |  |
| 治療内容  | （該当する番号を○で囲む。併用の場合は複数選択。）<br>1 エンテカビル（バラクルード®錠、エンテカビル錠） 4 テノホビル（テノゼット®錠）<br>2 ラミブジン（ゼフィックス®錠） 5 テノホビル（ベムリディ®錠）<br>3 アデホビル（ヘプセラ®錠） 6 その他<br>（ ） |                   |  |             |  |
| 治療薬剤<br>の変更   | （該当する番号を○で囲む。）<br>前回申請時からの治療薬剤の変更 1 有り 2 無し<br>1 有りに○の場合<br>変更前薬剤名（ ） 変更日（ 年 月 日）  |                   |  |             |  |
| 治療上の<br>問題点等  |  |                   |  |             |  |
| 上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。<br>医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日<br><br>専門医 氏名 |  |                   |  |             |  |

※1 現在（更新前）の受給者証の2つ前の受給者証における有効期間の始期以降のデータを記載すること。

なお、複数存在する場合は、より直近のデータを記載すること。

2 肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の肝臓専門医の診断書にあつては、当該医療機関で治療する患者についてのみ作成すること。

3 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、注意すること。

インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

|              |                 |     |          |           |
|--------------|-----------------|-----|----------|-----------|
| ふりがな<br>患者氏名 |                 | 性別  | 生年月日（年齢） |           |
|              |                 | 男・女 | 年        | 月 日生（満 歳） |
| 患者住所         | 〒 ー<br>電話番号 （ ） |     |          |           |

広島県肝炎治療特別促進事業取扱要領（認定基準〔抜粋、一部変更〕）

ウ 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、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療8週、再治療12週とする療法に限る。また、インターフェロン単独治療、インターフェロン・リバビリン併用治療、ペグインターフェロン・リバビリン・プロテアーゼ阻害剤3剤併用療法に係る治療歴の有無は問わない。

※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、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。

1 本意見書を記載する医師は、次の項目を全て満たしている必要があります（該当する項目をチェックする）。

- ☐ 上記の広島県肝炎治療特別促進事業取扱要領における認定基準を確認した。
- ☐ 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ☐ ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2 該当する意見にチェックの上返信してください。

- ☐ インターフェロンフリー治療による再治療は、適切である。  
（推奨する治療： ）
- ☐ インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見書を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

※1 記載日から起算して3か月以内のものが有効となること。  
2 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が記載する必要があります。



## 肝炎治療特別促進事業

### (目 的)

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療）によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患です。しかしながら、この抗ウイルス治療は月額の治療費が高額となること、また、長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては県民の健康の保持、増進を図ることを目的としています。

### 注 意 事 項

- 1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を受療医療機関、薬局に対して支払うこととなります。
- 2 この事業の対象となる医療は、この証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 受療医療機関、薬局において診療・治療・調剤を受けるときは、この証と月額管理票を必ず窓口に提出してください。
- 4 受療医療機関、薬局の変更、追加をしようとするときは、速やかに広島県知事に申請してください。
- 5 広島県外へ転出し、転出先においてもこの証の交付を受けたいときは、転出日の属する月の翌月末日までにこの証の写し等を添えて、転出先の都道府県知事に申請してください。
- 6 氏名、住所、市町民税（所得割）の課税年額及び諸般の事情による治療開始月変更に伴う受給者証の有効期間の変更が生じた場合は、速やかに、受給者証の原本及び当該事実を証明する書類の写し等を添えて、広島県知事に申請してください。
- 7 治癒、死亡等により、あるいはこの事業に優先する国又は地方公共団体が負担する公費負担医療制度の適用者となったことにより、有効期間のあるこの証を必要としなくなったときは、この証の原本を添えて、広島県知事に届け出てください。
- 8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、広島県知事に再交付申請をしてください。
- 9 その他の問合せ先は、次のとおりです。

### 連絡先

- 広島県健康福祉局薬務課 (082) 513-3078
  - お住まいを管轄する広島県保健所（支所）
    - 西部保健所（大竹市、廿日市市） (0829) 32-1181
    - 西部保健所広島支所（安芸高田市、安芸郡、山県郡） (082) 513-5526
    - 西部保健所呉支所（呉市、江田島市） (0823) 22-5400
    - 西部東保健所（竹原市、東広島市、豊田郡） (082) 422-6911
    - 東部保健所（三原市、尾道市、世羅郡） (0848) 25-4641
    - 東部保健所福山支所（福山市、府中市、神石郡） (084) 921-1311
    - 北部保健所（三次市、庄原市） (0824) 63-5186
- ※（ ）内は所管区域

様式第4号（第6関係）

## 肝炎治療受給者証認定不承認通知書

年 月 日

様

広島県知事

年 月 日付けで申請のありました肝炎治療受給者証交付申請については、次の理由により承認できませんので、通知します。

理 由

肝炎治療指定医療機関申請書

年 月 日

広島県知事様

所在地（法人であるときは、主たる事務所の所在地）  
〒 ー

電話番号（ ）

開設者氏名（法人であるときは、名称及び代表者の氏名）

次のとおり肝炎治療を肝臓の専門医により、又は肝臓の専門医と連携して行うことができるので、指定医療機関に指定してください。

|             |   |
|-------------|---|
| 1 名 称       |   |
| 2 医療機関等コード  |   |
| 3 開 設 の 場 所 | 〒 ー<br><br>電話番号（ ）  |
| 4 診 療 科 目   |   |
| 5 指定医療機関の要件 | <p>（該当する番号を○で囲むこと。）</p> <p>1 日本肝臓学会、日本消化器病学会に属する肝臓の専門医が常勤し、抗ウイルス療法に精通し、かつ、副作用等に対する処置及び治療中における肝がんの早期発見ができる医療機関<br/>1に○をつけた医療機関は、次のア及びイについて記入すること。<br/>（アのうち、該当するものを○で囲むこと。）</p> <p>ア 日本肝臓学会専門医 ・ 日本消化器病学会専門医</p> <p>イ 専門医氏名（常勤の専門医全てを記入すること。）</p> <p>2 肝疾患診療支援ネットワーク体制を構成する専門医療機関の専門医が治療方針を立て、定期的な検査を行う患者に対し、専門医との緊密な連携のもとで、治療を行う医療機関<br/>添付書類：様式第6号</p> <p>3 肝炎治療を継続するために必要な副作用の治療のみを行う医療機関</p> |

推 薦 書

年 月 日

広 島 県 知 事 様

所 在 地（法人であるときは、主たる事務所の所在地）

開設者氏名（法人であるときは、名称及び代表者の氏名）

次の医療機関は、当専門医療機関の専門医\_\_\_\_\_の治療方針のもとで肝炎治療の一部を担うことができるので、指定医療機関として推薦します。

|                        |  |
|------------------------|--|
| 1 名 称                  |  |
| 2 開 設 の 場 所            |  |
| 3 診 療 科 目              |  |
| 4 管 理 者 の 職<br>及 び 氏 名 |  |
| 5 担 当 医 師 名            |  |



肝炎治療指定薬局申請書

年 月 日

広島県知事様

所在地（法人であるときは、主たる事務所の所在地）  
〒 ー

電話番号（ ）

開設者氏名（法人であるときは、名称及び代表者の氏名）

|                  |                    |
|------------------|--------------------|
| 1 名 称            |                    |
| 2 医療機関等コード       |                    |
| 3 開 設 の 場 所      | 〒 ー<br><br>電話番号（ ） |
| 4 保険薬局の指定<br>年月日 |                    |

※在宅自己注射が処方された患者に対する医薬品等の取扱い及び使用済みの注射針等の廃棄等については、患者に対し適切な指導を行い、又は自らも処理等を行うこと。

# 肝炎治療指定医療機関（薬局）指定証

医療機関の名称

医療機関の所在地

肝炎治療指定医療機関（薬局）として承認された医療機関であることを証明する。

令和 年 月 日

広島県知事

印

肝炎治療指定医療機関等変更届出書

年 月 日

広島県知事様

所在地（法人であるときは、主たる事務所の所在地）  
〒 ー

電話番号（ ）

開設者氏名（法人であるときは、名称及び代表者の氏名）

次のとおり変更があったので、届け出ます。

|                   |   |
|-------------------|---|
| 1 指定医療機関等の名称及び所在地 | (名 称)   |
|                   | (所在地)<br>〒 ー  |
|                   | 電話番号（ ）   |
| 2 変更事項            | (※該当する番号を○で囲むこと。)<br>1 指定医療機関等の名称      2 所在地      3 連絡先<br>4 常勤の専門医氏名      5 診療科目      6 医療機関等コード |
|                   | (変更前)   |
|                   | (変更後)   |
| 3 備考              |   |

※ 1 指定医療機関等の名称又は所在地の変更の場合は、指定証の原本を添付すること。  
2 指定証を紛失している場合は、「3 備考」の欄に「指定証紛失」と記入すること。

肝炎治療指定医療機関等辞退届出書

年 月 日

広島県知事様

所在地（法人であるときは、主たる事務所の所在地）  
〒

電話番号（ ）

開設者氏名（法人であるときは、名称及び代表者の氏名）

次の理由により、指定医療機関等を辞退します。

|                     |            |
|---------------------|------------|
| 1 医療機関等の<br>名称及び所在地 | (名 称)      |
|                     | (所在地)<br>〒 |
|                     | 電話番号（ ）    |
| 2 理由                |            |
| 3 備考                |            |

※ 1 指定医療機関等の名称又は所在地の変更の場合は、指定証の原本を添付すること。  
2 指定証を紛失している場合は、「3 備考」の欄に「指定証紛失」と記入すること。

肝炎治療自己負担限度月額管理票

(インターフェロン治療・インターフェロン製剤治療・核酸アザグ・製剤治療)

ふりがな

氏名

【1】年 月 日  
自己負担限度月額

次のとおり自己負担限度月額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関等の名称 | 確認印 |
|----|------------|-----|
|    |            |     |

[illegible]

【2】年 月 分 田

次のとおり自己負担限度月額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関等の名称 | 確認印 |
|----|------------|-----|
|    |            |     |

[illegible]

【3】 年 月 分 日

次のとおり自己負担限度月額に達しました。

|     |            |     |
|-----|------------|-----|
| 日 付 | 指定医療機関等の名称 | 確認印 |
|-----|------------|-----|

[illegible]

【4】年 月 分 日

次のとおり自己負担限度月額に達しました。

|     |            |     |
|-----|------------|-----|
| 日 付 | 指定医療機関等の名称 | 確認印 |
|-----|------------|-----|

[illegible]

【5】 年 月 分 日  
自己負担限度月額

次のとおり自己負担限度月額に達しました。

|     |            |     |
|-----|------------|-----|
| 日 付 | 指定医療機関等の名称 | 確認印 |
|-----|------------|-----|

[illegible]

【6】年 月 分 日

次のとおり自己負担限度月額に達しました。

|     |            |     |
|-----|------------|-----|
| 日 付 | 指定医療機関等の名称 | 確認印 |
|-----|------------|-----|

[illegible]

肝炎治療医療費支給申請書

年 月 日

広島県知事様

請求者住所 〒

ふりがな  
請求者氏名

|             |      |       |
|-------------|------|-------|
| 振込先<br>金融機関 | 金融機関 |       |
|             | 支店等  |       |
|             | 預金種目 | 普通・当座 |
|             | 口座番号 |       |

電話番号 ( ) -

携帯電話 ( ) -

※請求者と患者が異なる場合は、委任状が必要です。

年 月分を請求します。

|                |                                 |   |               |   |   |    |              |   |       |      |  |  |                                 |  |  |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|---------------------------------|---|---------------|---|---|----|--------------|---|-------|------|--|--|---------------------------------|--|--|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号          |                                 |   |               |   |   |    |              |   |       |      |  |  |                                 |  |  | 患者氏名  | <input type="checkbox"/> 請求者と同一 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者証有効期間       | 令和                              | 年 | 月             | 日 | ～ | 令和 | 年            | 月 | 日     | 生年月日 |  |  |                                 |  |  |   | 年 月 日 ( 歳 )                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| いずれかに<br>☑ のこと | <input type="checkbox"/> 個人番号   |   |               |   |   |    |              |   |       |      |  |  |                                 |  |  | 私は、広島県肝炎治療特別促進事業に基づく事務処理を処理するために限って、保険給付の支給に関する情報を取得することに同意します。なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。<br><b>【 同意します ・ 同意しません ※同意しない場合は資格確認書等の写しを添付してください 】</b> |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | ※右記、同意内容を確認し、○してください。           |   |               |   |   |    |              |   |       |      |  |  |                                 |  |  |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                |                                 |   | ※窓口で提出等の対応あり  |   |   |    |              |   |       |      |  |  | <input type="checkbox"/> 原本、確認済 |  |  |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | <input type="checkbox"/> 資格確認書等 |   | 別添、資格確認書等のとおり |   |   |    |              |   |       |      |  |  |                                 |  |  |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入通院の別          | 入院                              |   |               |   |   |    | 診療日<br>(回) 数 |   | 日 (回) |      |  |  |                                 |  |  |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 通院                              |   |               |   |   |    |              |   | 日 (回) |      |  |  |                                 |  |  |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                | 薬局                              |   |               |   |   |    |              |   | 日 (回) |      |  |  |                                 |  |  |   |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※ 上記太枠内を記入し、下表には記入しないこと。

【必要書類】 本申請書には、以下の書類を提出してください。

- ☐ 肝炎治療費助成に係る医療費（薬剤費）確認書（様式第 11-2 号）
- ☐ 治療・調剤を受けた保険医療機関等又は指定医療機関等が発行した領収書の写し
- ☐ 治療・調剤を受けた保険医療機関等又は指定医療機関等が発行した医療内容、保険点数等が記載された書類の写し
- ☐ 高額療養費の適用となる場合は、支給決定額の分かる書類の写し
- ☐ 医療費振込先金融機関の口座が分かる書類の写し
- ☐ 資格確認証等で提出の場合は、資格確認書もしくは資格情報のお知らせ等のコピーを添付のこと
- ☐ 肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し※（※請求年月に記入がある場合に限る）

県記入欄

(内訳)

|                       |                                   |                                       |
|-----------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <u>A : 対象医療費</u><br>円 | <u>B : 保険者負担分 (A × 負担割合)</u><br>円 | <u>C (= A - B) : 患者負担</u><br>円        |
| <u>D : 対象薬剤費</u><br>円 | <u>E : 保険者負担分 (D × 負担割合)</u><br>円 | <u>F (= D - E) : 患者負担額</u><br>円       |
| <u>G : 高額療養費</u><br>円 | <u>H : 自己負担限度月額</u><br>円          | <u>I : 支給決定額 (C + F - G - H)</u><br>円 |

支給決定額 円

この様式は、受診した医療機関や薬局に提出し、記載してもらってください。

肝炎治療費助成に係る医療費（薬剤費）確認書

年 月分 患者氏名

| 診療（調剤）日            | 治療助成対象医療に係る<br>患者負担額 | 治療助成対象医療に係る<br>肝炎公費対象点数 |
|--------------------|----------------------|-------------------------|
| 年 月 日<br>(～ 年 月 日) | 円                    | 点                       |
| 年 月 日<br>(～ 年 月 日) | 円                    | 点                       |
| 年 月 日<br>(～ 年 月 日) | 円                    | 点                       |
| 年 月 日<br>(～ 年 月 日) | 円                    | 点                       |
| 年 月 日<br>(～ 年 月 日) | 円                    | 点                       |
| 年 月 日<br>(～ 年 月 日) | 円                    | 点                       |
| 年 月 日<br>(～ 年 月 日) | 円                    | 点                       |
| 合 計                | 円                    | 肝炎公費対象点数<br>点           |

医療機関・薬局名

記入者所属及び氏名

問合せ先 ( )

【参 考】

対象医療・・・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治療及びインターフェロンフリー治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療で、保険適用となっているもの

- ・当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料等及び当該治療を継続するために必要な治療費

対象外医療・・・慢性ウイルス性肝疾患の合併症に対する医療

(例) 内視鏡検査（食道静脈瘤）、アルブミン製剤（腹水）

- ・文書料、入院時食事療養標準負担額、入院時生活療養標準負担額は対象となりません。

その他、不明な点については、広島県薬務課（082）513-3078 へお問合せください。



肝炎治療医療費支給申請書

年 月 日

広島県知事様

肝炎治療受給者証の所得階層区分の変更に伴い、

年 月分

の医療費を請求します。

請求者住所 〒

ふりがな  
請求者氏名

|             |      |       |
|-------------|------|-------|
| 振込先<br>金融機関 | 金融機関 |       |
|             | 支店等  |       |
|             | 預金種目 | 普通・当座 |
|             | 口座番号 |       |

電話番号（ ） —

携帯番号（ ） —

|       |  |  |  |  |  |  |  |             |  |            |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|------------|
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 患者の<br>生年月日 |  | 年 月 日（満 歳） |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|------------|

|                |                |                   |           |     |
|----------------|----------------|-------------------|-----------|-----|
| 自己負担限度月額（変更前）A | 自己負担限度月額（変更後）B | 自己負担上限額管理票の月末累積額C | 償還払額（C-B） | 備 考 |
| 円              | 円              | 円                 | 円         |     |

- 1 肝炎治療自己負担限度額月額管理票（当該申請月分）の写しを添付すること。
- 2 振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳の写し等）を添付すること。
- 3 A 欄は、変更前の自己負担限度月額を記載する。
- 4 B 欄は、変更後の自己負担限度月額を記載する。
- 5 C 欄は、自己負担限度額月額管理票の月間自己負担額累積額の最下欄の数値を転記する。

肝炎治療指定医療機関等変更・追加申請書

年 月 日

広島県知事様

次のとおり指定医療機関・薬局を、変更（追加）したいので、承認してください。

|        |       |  |  |  |  |  |  |
|--------|-------|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな   |       | 受 給 者 番 号  |  |  |  |  |  |
| 氏 名    |       |  |  |  |  |  |  |
| 住 所    |       | 〒 ー<br><br>電話番号（ ） - <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 関係者<br>※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。 |  |  |  |  |  |
| 削<br>除 | 名 称   |  |  |  |  |  |  |
|        | 所 在 地 |  |  |  |  |  |  |
|        | 名 称   |  |  |  |  |  |  |
|        | 所 在 地 |  |  |  |  |  |  |
|        | 名 称   |  |  |  |  |  |  |
|        | 所 在 地 |  |  |  |  |  |  |
| 追<br>加 | 名 称   |  |  |  |  |  |  |
|        | 所 在 地 |  |  |  |  |  |  |
|        | 名 称   |  |  |  |  |  |  |
|        | 所 在 地 |  |  |  |  |  |  |
|        | 名 称   |  |  |  |  |  |  |
|        | 所 在 地 |  |  |  |  |  |  |

※ 肝炎治療受給者証の原本を提出のこと。

肝炎治療対象患者変更届出書

年 月 日

広島県知事様

次のとおり変更があったので届け出ます。

|      |   |       |       |  |  |  |  |  |  |
|------|---|-------|-------|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな |   | 受給者番号 |       |  |  |  |  |  |  |
| 氏名   |   | 変更年月日 | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |
| 住所   | 〒 -<br>電話番号（ ） - □本人・□関係者<br>※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。 |       |       |  |  |  |  |  |  |
| 変更事項 | 1 氏名 2 住所 3 市町民税（所得割）課税年額 4 受給者証の有効期間   |       |       |  |  |  |  |  |  |
|      | （変更前）   |       |       |  |  |  |  |  |  |
|      | （変更後）   |       |       |  |  |  |  |  |  |
| 備考   |   |       |       |  |  |  |  |  |  |

○ 本申請については、以下の書類を添付してください。

| 申請項目   | 必要書類   |
|--|--|
| 1 氏名   | <input type="checkbox"/> 受給者証（原本）<br><input type="checkbox"/> 戸籍全部（個人）事項証明書（戸籍謄本または抄本）、または変更事項が分かる運転免許証のコピー  |
| 2 住所   | <input type="checkbox"/> 受給者証（原本）<br><input type="checkbox"/> 申請者の記載のある住民票の写し（原本）<br>※発行から概ね3ヶ月以内のもの<br>※受給者証有効期間内の転居履歴の分かるもの（通常の発行では同一区内の転居履歴および複数回の転居履歴は省略される場合があるため、『転居履歴入り』である旨を区役所窓口にて申告すること。）  |
| 3 市町民税（所得割）課税年額<br><br>※合算除外申告を希望する場合は、本様式と合わせて様式第1－2号も提出のこと | <input type="checkbox"/> 受給者証（原本）<br>【個人番号を用いて申請を行う者】<br><input type="checkbox"/> 申請者及び申請者と同一世帯に属する全ての者の記載のある住民票の写し（個人番号のあるものを推奨。コピーは不可。発行日から概ね3か月以内のもの）および、個人番号提供に係る同意書<br>【個人番号を用いず申請を行う者】<br><input type="checkbox"/> 申請者及び申請者と同一世帯に属する全ての者の記載のある住民票の写し（コピーは不可。発行日から概ね3か月以内のもの）<br><input type="checkbox"/> 変更後の申請者及び申請者と同一世帯に属する義務教育を終えた全ての者の市町民税（所得割）課税年額の証明書（コピーは不可） |
| 4 受給者証の有効期間  | <input type="checkbox"/> 受給者証（原本）  |

肝炎治療受給者証再交付申請書

年 月 日

広 島 県 知 事 様

次の理由により受給者証の再交付を申請します。

|             |   |
|-------------|---|
| ふりがな        |   |
| 氏 名         |   |
| 生 年 月 日     | 年 月 日生  |
| 住 所         | 〒 ー<br><br>電話番号（ ） - □本人・□関係者<br>※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。 |
| 再 交 付 の 理 由 | 1 紛失    2 破損    3 汚損    4 盗難    5 その他（ ）  |
| 備 考         |   |

※破損、汚損の場合は、受給者証の原本を添付すること。

肝炎治療受給者証返還届出書

年 月 日

広島県知事様

氏 名

次のとおり、肝炎治療受給者証を返還するので届け出ます。

|       |   |       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| ふりがな  |   | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所   | 〒 ー<br>電話番号（ ） - <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 関係者<br>※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。                        |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 返還の理由 | 1 治癒・軽快<br>2 死亡（死亡年月日 年 月 日）<br>3 治療中止又は治療方法の変更（2度目の制度利用含む）<br>（中止又は変更年月日 年 月 日）<br>（理由 ）<br>4 公費負担医療制度適用（適用年月日 年 月 日）<br>5 県外転出（転出先都道府県名 ）<br>6 その他（ ） |       |  |  |  |  |  |  |  |
| 備 考   |   |       |  |  |  |  |  |  |  |

※ 肝炎治療受給者証の原本を提出のこと。

## 同 意 書

広島県知事様

下記の者は、広島県肝炎治療特別促進事業に基づく事務手続を処理するために限って、直近年度の地方税関係情報および保険給付の支給に関する情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

※市町民税課税額合算対象除外を希望される場合は、様式第 1-2 号「市町民税課税額合算対象除外希望申告書」を併せて提出してください。

|                             |      |                                      |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|-----------------------------|------|--------------------------------------|--|--|--|--|---------|--|----|--|-----------------------------------|--|--|
| 同意者<br>(申請者)                | ふりがな |                                      |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 氏名   |                                      |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 住所   | <input type="checkbox"/> 申請書と同一<br>〒 |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 個人番号 |                                      |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 生年月日 |                                      |  |  |  |  | 申請者との続柄 |  | 本人 |  | <input type="checkbox"/> 16 歳未満の者 |  |  |
| 同意者<br>(申請者と<br>同一世帯<br>の者) | ふりがな |                                      |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 氏名   | 印                                    |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 住所   | <input type="checkbox"/> 申請者と同一<br>〒 |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 個人番号 |                                      |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 生年月日 |                                      |  |  |  |  | 申請者との続柄 |  |    |  | <input type="checkbox"/> 16 歳未満の者 |  |  |
| 同意者<br>(申請者と<br>同一世帯<br>の者) | ふりがな |                                      |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 氏名   | 印                                    |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 住所   | <input type="checkbox"/> 申請者と同一<br>〒 |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 個人番号 |                                      |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 生年月日 |                                      |  |  |  |  | 申請者との続柄 |  |    |  | <input type="checkbox"/> 16 歳未満の者 |  |  |
| 同意者<br>(申請者と<br>同一世帯<br>の者) | ふりがな |                                      |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 氏名   | 印                                    |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 住所   | <input type="checkbox"/> 申請者と同一<br>〒 |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 個人番号 |                                      |  |  |  |  |         |  |    |  |                                   |  |  |
|                             | 生年月日 |                                      |  |  |  |  | 申請者との続柄 |  |    |  | <input type="checkbox"/> 16 歳未満の者 |  |  |

|                             |      |                                      |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|-----------------------------|------|--------------------------------------|--|--|--|--|---------|--|--|--|--|----------------------------------|--|
| 同意者<br>(申請者と<br>同一世帯<br>の者) | ふりがな |                                      |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 氏名   | 印                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 住所   | <input type="checkbox"/> 申請者と同一<br>〒 |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 個人番号 |                                      |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 生年月日 |                                      |  |  |  |  | 申請者との続柄 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 16歳未満の者 |  |
| 同意者<br>(申請者と<br>同一世帯<br>の者) | ふりがな |                                      |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 氏名   | 印                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 住所   | <input type="checkbox"/> 申請者と同一<br>〒 |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 個人番号 |                                      |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 生年月日 |                                      |  |  |  |  | 申請者との続柄 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 16歳未満の者 |  |
| 同意者<br>(申請者と<br>同一世帯<br>の者) | ふりがな |                                      |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 氏名   | 印                                    |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 住所   | <input type="checkbox"/> 申請者と同一<br>〒 |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 個人番号 |                                      |  |  |  |  |         |  |  |  |  |                                  |  |
|                             | 生年月日 |                                      |  |  |  |  | 申請者との続柄 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 16歳未満の者 |  |

記載についての留意事項

- 1 同意する者自らが署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に署名をする場合、本人からの委任状を添付してください。
- 3 申請者と住民票上同一世帯に属する者全員から同意をとってください。
- 4 16歳未満の者の同意は不要です。
- 5 申請書と住所が同じ場合は、☒チェックしてください。
- 5 欄が足りない場合は、欄外に記載してもかまいません。