長崎県肝炎治療特別促進事業実施細則

１．目的

長崎県肝炎治療特別促進事業を実施するにあたり、事業の円滑な推進を図るため、長崎県肝炎治療特別促進事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）に基づき必要な事項を定める。

２．医療給付の申請（新規・更新）

（１）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。）は、肝炎治療受給者証交付申請書（以下「申請書」という。）（様式第１）に、医師が記載した肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書(様式第２－１から第２－８、様式第２－９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。））、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法(昭和２５年法律第２２６号)の規定による市町村民税（所得割）の課税年額を証明する書類、知事が申請内容の審査に必要と認める書類等を添えて、知事あてに申請しなければならない。

ただし、例外的に助成期間の延長が必要となる受給者については、一定の要件を満たす必要があるため、あらかじめ、当該受給者から様式第７－３による有効期間延長申請書を提出させるものとする。

なお、核酸アナログ製剤治療については、医師が治療の継続が必要と認める場合、更新の申請を行うことができるものとする。その際、医師の診断書に代わって、直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容が分かる資料を添えることができるものとし、検査内容が分かる資料については、診断書又は検査内容が分かる資料が提出された認定以降２回目までの認定においては、提出を省略することができるものとする。また、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票に記載されている者が、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税制上・医療保険上の扶養関係にない者であり、その者を所得階層区分認定の際の市町村民税額（所得割）の合算対象から除外することを希望する者は、申請時に併せてその者が申請者との関係において配偶者に該当せず、かつ、地方税制上・医療保険上の扶養関係のないことを証明する書類を添えて申告しなければならない。

また、マイナンバーを用いた情報連携を実施することが可能な場合には、これらの提出書類の一部を省略することができる。

（２）医療保険の加入関係の確認は、マイナンバーを用いた情報連携を実施することで行うものとする。ただし、情報連携を実施することが難しい場合については、申請者等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ファイルを表示した画面を含む。）により確認を行うこと。

３．対象患者の認定

知事は、実施要綱第７に定める認定を行う際には、肝炎治療に係る専門家協議会（以下「協議会」という。）に意見を求め、別表１に定める対象患者の認定基準（以下「認定基準」という。）により適正に認定するものとする。

ただし、核酸アナログ製剤治療の更新に関する認定においては、知事は、申請者に診断書又は検査内容及び治療内容が分かる資料を提出させた場合を除き、協議会に意見を求めることを省略することができるものとする。

４．自己負担限度額階層区分の認定

（１）実施要綱別表１に基づき、自己負担限度額階層区分については、申請者が属する住民票の世帯のすべての構成員に係る市町村民税課税年額を合算し、その額に応じて認定するものとする。

ただし、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（配偶者以外の者に限る。）については、申請者からの申告に基づき、当該世帯における市町村民税課税年額の合算対象から除外することを認めるものとする。

（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。

ア　平成２４年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「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。

イ　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。

５．肝炎治療受給者証の交付等

（１）肝炎治療受給者証

知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、肝炎治療受給者証(以下「受給者証」という。）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ときは受理した日（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、否とした場合には具体的な理由を付

してその結果を申請者に通知するものとする。

（３）肝炎治療受給者証の有効期間

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

６．対象患者が負担すべき額

（１）実施要綱第６の２の（１）により対象患者が保険医療機関等（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。）に支払うべき額が、実施要綱第６の２の（２）に定める額（以下「自己負担限度額」という。）に満たない場合は、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、実施要綱第６の２の（２）に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。

７．自己負担限度月額管理の取扱い

（１）知事は、受給者に対し、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受給者は、肝炎治療を受ける際に受給者証とともに管理票を保険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保険医療機関等は、受給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受給者が肝炎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ついて、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）受給者から、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保険医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収しないものとする。

８．県内へ転入した場合の取扱い

他の都道府県の受給者証を所持する者が、本県に転入し、引き続き受給者証又の交付を受けようとする場合には、転入日の属する月の翌月末日までに、肝炎治療受給者転入届(様式第５)に転入前に交付されていた受給者証の写し、住民票及び被保険者証の写し（申請者等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」の写し若しくは「資格確認書」の写し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」の写し（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 ファイルを表示した画面の写しを含む。）でも可)、お薬手帳又は薬剤情報提供書の写しを添えて知事に届けでなければならない。また、マイナンバーを用いた情報連携を実施することが可能な場合には、これらの提出書類の一部を省略することができる。

なお、この場合における受給者証の有効期間は、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。

９．県外へ転出した場合の取扱い

受給者証を所持する患者が、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場合には、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。

10. 受給者証の再交付

既に受給者証を有している者が、紛失、破損等の理由により再交付の申請をするときは、受給者証再交付申請書（様式第６）を知事に提出しなければならない。

11. 受給者証交付申請事項等の変更

（１）受給者証の交付を受けた者が、申請事項等を変更しようとするときは、肝炎治療受給者証申請事項等変更届（様式第７－１）に必要な添付書類を添えて知事に提出しなければならない。

（２）他の都道府県に転出する場合もしくは死亡し、受給者の資格を喪失した場合には、受給者証をすみやかに県に返還しなければならない。

12. 助成期間の延長申請

（１）インターフェロン治療を開始後、別表２の１の（２）のとおり、重篤な副作用（貧血や高度の白血球減少等)、または、本人に帰責性のない事由により、１から２か月程度の治療中止期間が必要となり、助成期間の延長を望む者は、助成期間が満了する概ね２か月前までに、肝炎治療受給者証延長申請書（インターフェロン副作用等延長用）（様式第７－２）及び受給者証の写しを添えて知事へ申請するものとする。

（２）Ｃ型慢性肝炎セログループ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あたり、別表２の１の（１）に定める要件を満たし、医師より７２週投与が必要と判断され、助成期間の延長を望む者は、助成期間が満了する概ね２か月前までに、肝炎治療受給者証延長申請書（インターフェロン７２週延長投与用）（様式第７－３）及び受給者証の写しを添えて知事へ申請するものとする。

（３）知事は、（１）並びに（２）の肝炎治療受給者証延長申請書を受けた場合、当該申

請について協議会に意見を求め、やむを得ないと判断された場合、交付されている受給者証の有効期間に、（１）にあっては２か月、（２）にあっては６か月を限度に有効期間を延長し、受給者に修正された受給者証を再交付するものとする。

（４）知事は、協議会に意見を求め、助成期間の延長を否とした場合には、具体的な理由を付してその結果を申請者及び助成期間を超えて治療する可能性があると判断し報告した医師に通知するものとする。

13. 受給者証の取下げ

既に受給者証を有している者から取下げの申し出があったときは、原則これを認めないものとする。

14. 委託契約の締結

知事は、保険医療機関等と長崎県肝炎治療特別促進事業委託契約書(様式第９－１)を締結する。変更の際は、委託契約変更届（様式第９－２)、辞退の際は、委託契約辞退届（様式第９－３）を知事に提出する。

15. 肝炎治療に係る医療費の支払

（１）知事が委託した保険医療機関等が肝炎治療に要した費用として支払委託機関に請求する場合にあっては、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和５１年厚生省令第３６号)」の定めるところによる。

（２）知事は、肝炎治療に係る医療費の請求を受けたときは、内容を審査し、医療費を支払うものとする。

16. 実施要綱第６の（１）により保険医療機関等に対し、当該事業に必要な費用に相当する金額を交付することができない場合の取扱い

（１）対象患者が受給者証及び管理票を保険医療機関等に提示せずに治療を受ける場合等、各都道府県が保険医療機関等に対し、当該事業に必要な費用に相当する金額を交付することができない場合にあっては、対象患者は、実施要綱第３に定める対象医療に要した医療費のうち実施要綱第６の（２）に定める金額を知事に請求することができるものとする。

（２）（１）による請求を行おうとする者（以下「請求者」という。）は、様式第８による肝炎治療費療養費請求書に、次に掲げる書類を添えて、請求者が知事に申請するものとする。また、マイナンバーを用いた情報連携を実施することが可能な場合には、これらの提出書類の一部を省略することができる。

ア 請求者の氏名が記載された被保険者証等の写し（申請者等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」の写し若しくは「資格確認書」の写し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」の写し（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

ファイルを表示した画面の写しを含む。）でも可）

イ 請求者の受給者証の写し

ウ 管理票の写し等

エ 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書

オ 知事が申請内容の審査に必要と認める書類

（３）請求者から請求を受けた知事は、（２）に掲げる書類等を審査した結果適当と認める場合は、請求者に対し、実施要綱第３に定める対象医療に要した医療費のうち、実施要綱第６の２に定める金額を交付するものとする。

17. 保健医療機関等の指導

知事は、保険医療機関等に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、適正な治療が実施されていない保険医療機関等に対して、本事業における適正化の推進に必要な措置を講じるものとする。

附　　則

この細則は、平成２０年　４月　１日から適用する。

この細則は、平成２０年　８月１１日から適用する。

この細則は、平成２１年　４月　１日から適用する。

この細則は、平成２１年　７月　７日から適用する。

この細則は、平成２２年　４月　１日から適用する。

この細則は、平成２３年　８月１９日から適用する。

この細則は、平成２３年　９月２９日から適用する。

この細則は、平成２３年１２月２８日から適用する。

この細則は、平成２５年１２月１２日から適用する。

この細則は、平成２６年１０月２８日から適用する。

この細則は、平成２７年　６月１８日から適用する。

この細則は、平成２７年　９月１５日から適用する。

この細則は、平成２８年　８月　１日から適用する。

この細則は、平成３０年　４月　１日から適用する。

この細則は、平成３１年　４月　１日から適用する。

この細則は、令和　２年　７月　２日から適用する。

この細則は、令和　５年　３月　９日から適用する。

この細則は、令和　６年　３月２６日から適用する。

この細則は、令和　６年１２月　２日から適用する。

この細則は、令和　７年１２月１０日から適用する。

この細則は、令和　８年　４月　１日から適用する。

別表１

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、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、長崎県肝炎治療医療費助成制度のインターフェロンフリー治療に係る診断書作成医師の認定を受けた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.（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、長崎県肝炎治療医療費助成制度のインターフェロンフリー治療に係る診断書作成医師の認定を受けた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長崎県肝炎治療医療費助成制度のインターフェロンフリー治療に係る診断書作成医師の認定を受けた医師が「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。

別表２

助成期間の延長に係る要件について

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。

（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。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 が陰性化したが再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNA が 36 週までに陰性化した症例」に該当し 48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合

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 週までに陰性化した症例」に該当し 48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合

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。

（様式第１）

肝炎治療受給者証（新規・更新）交付申請書

（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）

<table>
<tr><td rowspan="6">申請書</td><td>ふりがな
氏名</td><td colspan="3"></td><td>性別</td><td colspan="2">男　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　月　日</td><td>職業</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="6">（〒　－　）
（電話　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入
医療
保険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="2"></td><td>申請者との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td>協・組・共・国・後</td><td>記号・番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">本助成制度利用歴</td><td colspan="5">１．あり　　２．なし
受給者証番号（　）
有効期間（　年　月　日～　年　月　日）</td></tr>
<tr><td rowspan="8">保険医療機関及び保険薬局</td><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（〒　－　）
（電話　）</td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（〒　－　）
（電話　）</td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（〒　－　）
（電話　）</td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5">（〒　－　）
（電話　）</td></tr>
</table>

（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（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（新規・更新）交付を申請します。

申請者氏名

年　月　日

長崎県知事　様

＜交付申請に関する注意事項＞

１．この申請には、次のものが必要です。

（１）肝炎治療受給者証交付申請書（様式第１）

（２）医師の診断書（様式第２：３剤併用療法を除くインターフェロン治療について、新規に申請する者は様式第２－１、２回目の制度利用をする者は様式第２－２、３回目の制度利用をする者は様式第２－３。核酸アナログ製剤治療について、新規に申請する者は様式第２－４、更新する者は様式第２－５、インターフェロンフリー治療について、新規に申請する者は様式第２－６・第８、再治療する者は様式第２－７・第９）

（３）申請者の氏名が記載された被保険者証の写し(発行：各保険者)

（４）申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票

（５）申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税年額（所得割）を証明する書類(発行：各市町)

２．この申請書は申請者の住所地を管轄する県立保健所に提出してください。ただし、長崎市、佐世保市居住者の方は長崎県福祉保健部地域保健推進課へ提出してください。(郵送可)

＜市町村民税合算対象除外希望申告書＞

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税制上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税課税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名(ふりがな)

申請者氏名(ふりがな)

（様式第２－１）

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）

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年　月　日生（満　歳）
住所	（〒　-　） （電話　）		
診断年月	年　月	前医（あれば記載する）	医療機関名 医師氏名

過去の治療歴

Ｃ型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する□にチェック（✔）する。

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

□ 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）の治療歴なし。

□ 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。

（具体的な経過・理由：　）

２．インターフェロンフリー治療歴

□ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　）

□ 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

インターフェロン治療開始前の所見を記入する。

１．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　年　月　日）

（１）ＨＢｓ抗原（＋・－）　（該当する方を○で囲む）

（２）ＨＢｅ抗原（＋・－）　ＨＢｅ抗体（＋・－）　（該当する方を○で囲む）

（３）ＨＢＶ－ＤＮＡ定量＿＿＿＿（単位：　、測定法　）

２．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　年　月　日）

（１）ＨＣＶ－ＲＮＡ定量＿＿＿＿（単位：　、測定法　）

（２）ウイルス型　セロタイプ（グループ）１　・　セロタイプ（グループ）２

（該当する方を○で囲む）

３．血液検査（検査日：　年　月　日）

ＡＳＴ＿＿＿＿ＩＵ／Ｌ　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）

ＡＬＴ＿＿＿＿ＩＵ／Ｌ　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）

血小板数＿＿＿＿　／μＬ　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）

４．画像診断及び肝生検などの所見（検査日：　年　月　日）

診断

該当番号を○で囲む

１．慢性肝炎（Ｂ型肝炎ウイルスによる）

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）

肝がんの合併

該当する方を○で囲む

肝がん　１．あり（治療中・治癒後）　２．なし

治療内容

該当番号を○で囲む

１．インターフェロンα製剤単独

２．インターフェロンβ製剤単独

３．ペグインターフェロン製剤単独

４．ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤

５．その他（具体的に記載してください：　）

治療予定期間　週（　年　月　～　年　月）

治療上の問題点

医療機関名及び所在地　　記載年月日　年　月　日

（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合は、いずれかにチェックが必要）

□ 日本肝臓学会肝臓専門医　□ 長崎県が適当と定める医師

医師氏名　印

（注）１．診断書の有効期間は、記載日から起算して３か月以内です。

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してください。

３．記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので、ご注意ください。

（様式第２－２）

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）

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年　月　日生（満　歳）
住所	（〒　-　） （電話　）		
診断年月	年　月	前医（あれば記載する）	医療機関名 医師氏名

過去の治療

（本欄の内容を確認のうえ、☐にチェック（✔）を入れてください）

１．Ｂ型慢性活動性肝炎の場合

☐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。

☐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ていない。

２．Ｃ型慢性肝炎またはＣ型代償性肝硬変の場合

（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

☐以下の①、②のいずれにも該当しない。

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

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

（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

☐ ３剤併用療法の治療歴なし。

☐ 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。

（具体的な経過・理由：　）

（３）インターフェロンフリー治療歴

☐ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　）

☐ 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。

１．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　年　月　日）

（１）HBs 抗原（＋・－）　HBe 抗原（＋・－）　HBe 抗体（＋・－）

（２）HBV-DNA 定量　（単位：　、測定法　）

２．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　年　月　日）

（１）ＨＣＶ－ＲＮＡ定量＿＿＿＿（単位：　、測定法　）

（２）ウイルス型　セロタイプ（グループ）１　・　セロタイプ（グループ）２

（該当する方を○で囲む）

３．血液検査（検査日：　年　月　日）

ＡＳＴ＿＿＿＿ＩＵ／Ｌ　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）

ＡＬＴ＿＿＿＿ＩＵ／Ｌ　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）

血小板数＿＿＿＿　／μＬ　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）

４．画像診断及び肝生検などの所見（検査日：　年　月　日）

診断

該当番号を○で囲む

１．慢性肝炎（Ｂ型肝炎ウイルスによる）

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）

肝がんの合併

該当する方を○で囲む

肝がん　１．あり（治療中・治癒後）　２．なし

治療内容

該当番号を○で囲む（Ｂ型慢性活動性肝炎の場合は３のみが対象）。

１．インターフェロンα製剤単独

２．インターフェロンβ製剤単独

３．ペグインターフェロン製剤単独

４．ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤

５．その他（具体的に記載してください　）

治療予定期間　週（　年　月　～　年　月）

治療上の問題点

医療機関名及び所在地　　記載年月日　年　月　日

（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合は、いずれかにチェックが必要）

☐ 日本肝臓学会肝臓専門医　☐ 長崎県が適当と定める医師

医師氏名　印

（注）１．診断書の有効期間は、記載日から起算して３か月以内です。

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してください。

３．記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので、ご注意ください。

（様式第２－３）

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（３回目の制度利用）

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td colspan="2">生年月日（年齢）</td></tr>
<tr><td>患者氏名</td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td colspan="2">年　月　日生（満　歳）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">（〒　-　）
（電話　）</td></tr>
<tr><td>診断年月</td><td>年　月</td><td>前医（あれば記載する）</td><td colspan="3">医療機関名
医師氏名</td></tr>
<tr><td>過去の治療</td><td colspan="5">（該当する項目に□にチェック（✔）を入れてください）
□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。</td></tr>
<tr><td>検査所見</td><td colspan="5">今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。
１．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　年　月　日）
（１）HBs 抗原（＋・－）　HBe 抗原（＋・－）　HBe 抗体（＋・－）
（２）HBV-DNA 定量　（単位：　、測定法　）

２．血液検査（検査日：　年　月　日）
ＡＳＴ＿＿＿＿ＩＵ／Ｌ　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
ＡＬＴ＿＿＿＿ＩＵ／Ｌ　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
血小板数＿＿＿＿　／μＬ　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）

３．画像診断及び肝生検などの所見（検査日：　年　月　日）
（所見：　）</td></tr>
<tr><td>診断</td><td colspan="5">該当する項目にチェックする。
□慢性肝炎（Ｂ型肝炎ウイルスによる）</td></tr>
<tr><td>肝がんの合併</td><td colspan="5">該当する方を○で囲む
肝がん　１．あり（治療中・治癒後）　２．なし</td></tr>
<tr><td>治療内容</td><td colspan="5">該当番号を○で囲む（Ｂ型慢性活動性肝炎の場合は３のみが対象）。
１．ペグインターフェロン製剤単独
２．その他（具体的に記載してください　）
治療予定期間　週（　年　月　～　年　月）</td></tr>
<tr><td>治療上の問題点</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">医療機関名及び所在地　記載年月日　年　月　日

医師氏名　印</td></tr>
</table>

（注）１．診断書の有効期間は、記載日から起算して３か月以内です。
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してください。
３．記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので、ご注意ください。

（様式第２－４）

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書（新規）

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年　月　日生（満　歳）
住所	（〒　-　） （電話　）		
診断年月	年　月	前医（あれば記載する）	医療機関名 医師氏名
現在の治療	核酸アナログ製剤治療の有無：　１．あり　２．なし ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要　１．あり　２．なし		

		核酸アナログ製剤治療開始前データ	直近のデータ （治療開始後３ヶ月以内の者は記載不要）
検査所見		（検査日：　年　月　日） （該当する方を○で囲む。）	（検査日：　年　月　日） （該当する方を○で囲む。）
	1．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー		
	(1)ＨＢｓ抗原	（＋・－）	（＋・－）
	ＨＢｅ抗原	（＋・－）	（＋・－）
	ＨＢｅ抗体	（＋・－）	（＋・－）
	(2)HBV-DNA 定量	＿＿＿（単位：　、測定法　）	＿＿＿（単位：　、測定法　）
	(3)測定可能な場合に記入	HBs 抗原量＿＿＿＿＿＿IU/ml HBV コア関連抗原量 logU/ml	HBs 抗原量＿＿＿＿＿＿IU/ml HBV コア関連抗原量 logU/ml
	2．血液検査		
	ＡＳＴ	（検査日：　年　月　日）	（検査日：　年　月　日）
	ＡＬＴ	＿＿＿IU／l（施設の基準値:＿＿～＿＿）	＿＿＿IU／l（施設の基準値:＿＿～＿＿）
	血小板数	＿＿＿IU／l（施設の基準値:＿＿～＿＿） ＿＿＿／μl（施設の基準値:＿＿～＿＿）	＿＿＿IU／l（施設の基準値:＿＿～＿＿） ＿＿＿／μl（施設の基準値:＿＿～＿＿）
	3．画像診断及び肝生検などの所見（特記すべき所見があれば記載）	（検査日：　年　月　日）	（検査日：　年　月　日）

診断	該当番号を○で囲む １．慢性肝炎　（Ｂ型肝炎ウイルスによる） ２．代償性肝硬変　（Ｂ型肝炎ウイルスによる） ３．非代償性肝硬変（Ｂ型肝炎ウイルスによる）
治療内容	該当する方を○で囲む １．エンテカビル ２．ラミブジン ３．アデホビル ４．テノホビル（テノゼット錠） ５．テノホビル（ベムリディ錠） ６．その他（具体的に記載してください：　） 治療開始日（予定を含む）　年　月　日
治療上の問題点	

医療機関名及び所在地　　記載年月日　年　月　日

医師氏名　　印

（注）１．診断書の有効期間は、記載日から起算して３か月以内です。
２．記載日前３か月以内（ただし、核酸アナログ製剤治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
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もっとも古いデータを記載してください。
４．記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので、ご注意ください。

（様式第２－５）

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書（更新）

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年　月　日生（満　歳）
住所	（〒　-　） （電話　）		
診断年月	年　月	前医（あれば記載する）	医療機関名 医師氏名

		前回申請時データ	直近の認定・更新時以降のデータ
検査所見		（検査日：　年　月　日） （該当する方を○で囲む。）	（検査日：　年　月　日） （該当する方を○で囲む。）
	1．B型肝炎ウイルスマーカー		
	(1)HBs抗原	（＋・－）	（＋・－）
	HBe抗原	（＋・－）	（＋・－）
	HBe抗体	（＋・－）	（＋・－）
	(2)HBV-DNA定量	＿＿＿（単位：　、測定法　）	＿＿＿（単位：　、測定法　）
	(3)測定可能な場合に記入	HBs抗原量＿＿＿＿＿IU/ml HBVコア関連抗原量＿＿＿＿＿logU/ml	HBs抗原量＿＿＿＿＿IU/ml HBVコア関連抗原量＿＿＿＿＿logU/ml
	2．血液検査	（検査日：　年　月　日）	（検査日：　年　月　日）
	ＡＳＴ	＿＿＿IU／l（施設の基準値:＿＿～＿＿）	＿＿＿IU／l（施設の基準値:＿＿～＿＿）
	ＡＬＴ	＿＿＿IU／l（施設の基準値:＿＿～＿＿）	＿＿＿IU／l（施設の基準値:＿＿～＿＿）
	血小板数	＿＿＿／μl（施設の基準値:＿＿～＿＿）	＿＿＿／μl（施設の基準値:＿＿～＿＿）
	3．画像診断及び肝生検などの所見（特記すべき所見があれば記載）	（検査日：　年　月　日）	（検査日：　年　月　日）

診断	該当番号を○で囲む 1．慢性肝炎　（Ｂ型肝炎ウイルスによる） 2．代償性肝硬変　（Ｂ型肝炎ウイルスによる） 3．非代償性肝硬変（Ｂ型肝炎ウイルスによる）
治療内容	該当する方を○で囲む 1．エンテカビル 2．ラミブジン 3．アデホビル 4．テノホビル（テノゼット錠） 5．テノホビル（ベムリディ錠） 6．その他（具体的に記載してください：　）
治療薬剤の変更	該当番号を○で囲む ・前回申請時からの治療薬剤の変更　1．あり　2．なし ・上記において、「あり」の場合 変更前薬剤名（　）　変更日（　年　月　日）
治療上の問題点	

記載年月日　年　月　日

医療機関名及び所在地

医師氏名　印

（注）1．前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。

2．直近の認定・更新時の以降のデータは記載日前１年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。
なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。

3．記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので、ご注意ください。

（様式第２－６）

肝炎治療受給者証（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）

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年　月　日生（満　歳）
住所	（〒　-　） （電話　）		
診断年月	年　月	前医（あれば記載する）	医療機関名 医師氏名
過去の治療歴	該当する□にチェック（✔）する。 □　インターフェロン治療歴あり。 （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） 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） イ．ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤（薬剤名：　） ３剤併用療法　（中止・再燃・無効） ウ．上記以外の治療 （具体的に記載：　）		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 １．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　年　月　日） （１）ＨＣＶ－ＲＮＡ定量＿＿＿＿（単位：　、測定法　） （２）ウイルス型（該当する方を○で囲む） ア）セロタイプ（グループ）１、あるいはジェノタイプ１ イ）セロタイプ（グループ）２、あるいはジェノタイプ２ ウ）上記のいずれも該当しない（ジェノタイプ検査データがある場合は記載：　） ２．血液検査（検査日：　年　月　日） ＡＳＴ＿＿＿＿ＩＵ／Ｌ　（施設の基準値：＿＿～＿＿） ＡＬＴ＿＿＿＿ＩＵ／Ｌ　（施設の基準値：＿＿～＿＿） 血小板数＿＿＿＿　／μＬ　（施設の基準値：＿＿～＿＿） ３．画像診断及び肝生検などの所見（検査日：　年　月　日） ４．（肝硬変症の場合）Child-Pugh　分類　Ａ・Ｂ・Ｃ　（該当する方を○で囲む）		
診断	該当番号を○で囲む １．慢性肝炎（Ｃ型肝炎ウイルスによる） 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		
肝がんの合併	該当する方を○で囲む 肝がん　１．あり（治療中・治癒後）　２．なし		
治療内容	該当番号を○で囲む １．ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤 ２．レジパスビル／ソホスブビル配合錠 ３．グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤 治療予定期間　週（　年　月　～　年　月）		
治療上の問題点			

医療機関名及び所在地　　記載年月日　年　月　日

（いずれかにチェックが必要）　□　日本肝臓学会肝臓専門医
□　長崎県が適当と定める医師

医師氏名　　印

（注）１．診断書の有効期間は、記載日から起算して３か月以内です。
２．記載日前６か月以内（ただし、治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
３．記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので、ご注意ください。

（様式第２－７）

肝炎治療受給者証（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）

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年　月　日生（満　歳）
住所	（〒　-　） （電話　）		
診断年月	年　月	前医（あれば記載する）	医療機関名 医師氏名
過去の治療歴	該当する□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。 □　１．インターフェロン治療歴あり。 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） イ．ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤（薬剤名：　） ３剤併用療法　（中止 ・ 再燃 ・ 無効） ウ．上記以外の治療（具体的に記載）（　） □　２．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。 １．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　年　月　日） （１）ＨＣＶ－ＲＮＡ定量　（単位：　、測定法　） （２）ウイルス型（該当する方を○で囲む） ア）セロタイプ（グループ）１、あるいはジェノタイプ１ イ）セロタイプ（グループ）２、あるいはジェノタイプ２ ウ）上記のいずれも該当しない（ジェノタイプ検査データがある場合は記載：　） ２．血液検査（検査日：　年　月　日） ＡＳＴ　ＩＵ／Ｌ　（施設の基準値：　～　） ＡＬＴ　ＩＵ／Ｌ　（施設の基準値：　～　） 血小板数　／μＬ　（施設の基準値：　～　） その他の血液検査所見（必要に応じて記載） 所見： ３．画像診断及び肝生検などの所見（検査日：　年　月　日） 所見： ４．（肝硬変症の場合）Child-Pugh　分類　Ａ ・ Ｂ ・ Ｃ　（該当する方を○で囲む）		
診断	該当番号を○で囲む １．慢性肝炎（Ｃ型肝炎ウイルスによる） 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		
肝がんの合併	肝がん　１．あり（治療中・治癒後）２．なし（該当番号を○で囲む）		
治療内容	該当番号を○で囲む。 １．ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤 ２．レジパスビル／ソホスブビル配合錠 ３．グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤 ４．ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤及びリバビリン併用療法 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の再治療の場合、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。** □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 □他の日本肝臓学会肝臓専門医又は県が適当と定める医師で、別紙意見書を添付している医師		

※裏面の記入をお願いします

治療上の問題点	

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。

医療機関名及び所在地　　記載年月日　　年　　月　　日

（いずれかにチェックが必要）　☐　日本肝臓学会肝臓専門医
☐　長崎県が適当と定める医師

医師氏名　　印

（注）１．診断書の有効期間は、記載日から起算して３か月以内です。
２．記載日前６か月以内（ただし、治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
３．記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので、ご注意ください。

（様式第２－８）

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

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年　月　日生（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　）		
診断年月	年　月	前医（あれば記載）	医療機関名 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。

□　インターフェロン治療歴あり。
- 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）
- イ．ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤（薬剤名：　）
  ３剤併用療法　（中止 ・ 再燃 ・ 無効）
- ウ．上記以外の治療　（具体的に記載：　）

□　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。

１．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー　（検査日：　年　月　日）
- （１）ＨＣＶ-ＲＮＡ定量　＿＿＿　（単位：　、測定法：　）
- （２）ウイルス型（該当する項目を○で囲む。）
  - ア）セロタイプ（グループ）１、あるいはジェノタイプ１
  - イ）セロタイプ（グループ）２、あるいはジェノタイプ２
  - ウ）上記のいずれも該当しない（ジェノタイプ検査データがある場合は記載：　）

２．血液検査　（検査日：　年　月　日）
- ＡＳＴ　＿＿＿ U／L　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿
- ＡＬＴ　＿＿＿ U／L　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿
- 血小板数　＿＿＿／uL　（施設の基準値：＿＿＿～＿

その他の血液検査所見（必要に応じて記載）

（　）

３．Child-Pugh分類　（検査日：　年　月　日）

該当する□にチェックを入れる

	結果	施設基準値	１点	２点	３点
肝性脳症			□ なし	□ 軽度（Ⅰ・Ⅱ）	□ 昏睡（Ⅲ以上）
腹水			□ なし	□ 軽度	□ 中等度以上
アルブミン値（g/dL）		～	□ 3.5超	□ 2.8～3.5	□ 2.8未満
プロトロンビン時間（%）		～	□ 70超	□ 40～70	□ 40未満
総ビリルビン値（mg/dL）		～	□ 2.0未満	□ 2.0～3.0	□ 3.0超

合計：　＿＿　点　（　Ａ　・　Ｂ　・　Ｃ　）（該当する方を○で囲む）

４．画像診断及び肝生検などの所見　（検査日：　年　月　日）
（所見：　）

診断

該当番号を○で囲む。

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

肝がんの合併

肝がん　　１．あり　　２．なし

治療内容

ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤
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。

□　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
□　他の日本肝臓学会肝臓専門医又は県が適当と定める医師で、別紙意見書を添付している医師

治療上の問題点

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。

医療機関名及び所在地　　記載年月日　　年　月　日

（いずれかにチェックが必要）　□ 日本肝臓学会肝臓専門医
□ 長崎県が適当と定める医師

医師氏名　　印

（注）
１．診断書の有効期間は、記載日から起算して３か月以内です。
２．記載日前６か月以内（ただし、治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
３．記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

（様式第２－９）

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

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） 年　月　日生（満　歳）
住所	（〒　-　） 電話　（　）		

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添１．認定基準（抜粋）

（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．（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、自治体の実情に応じて、各都道府県が適当と定め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自治体の実情に応じて各都道府県が適当と定める医師が「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。

１．本意見書を記載する医師は、以下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）。

□　上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い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下さい。

□　インターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。
（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

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名　印

（注）１．本意見書の有効期間は、記載日から起算して３ヶ月以内です。
２．本意見書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が記載する必要があります。

（様式第５）

肝炎治療受給者転入届

転入前の都道府県名		受給者番号	
転入年月日	令和　　年　　月　　日		

受給者	住所	（〒　　－　　） （電話　　）		
	ふりがな 氏名		生年月日	大 昭 平 令　　年　　月　　日
	病名			

加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
	保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号	
	保険者名			
	所在地			

転入後受診する保険医療機関又は保険薬局	名称	
	所在地	（〒　　－　　） （電話　　）
	名称	
	所在地	（〒　　－　　） （電話　　）
	名称	
	所在地	（〒　　－　　） （電話　　）
	名称	
	所在地	（〒　　－　　） （電話　　）
添付書類		

上記のとおり、転入したことを届けます。

令和　　年　　月　　日

届出者　住所

氏名

長崎県知事　　様

受付印

※　転入前の都道府県の肝炎治療受給者証の写しとともに住民票、健康保険証の写し（健康保険証がない場合は、「資格情報のお知らせ」「資格確認書」「マイナポータルの資格情報画面」のいずれかの写し）、お薬手帳の写しまたは薬剤情報提供書等の写しを添えて、提出ください。

（様式第６）

肝炎治療受給者証再交付申請書

肝炎治療受給者証	公費負担者番号	
	受給者番号	

受給者	住所	（〒　　－　　）		
	ふりがな 氏名		生年月日	大 昭 平 令　　年　　月　　日
	病名			

肝炎治療受給者証に記載されている医療機関及び薬局名	

再交付申請する理由	

上記のとおり、肝炎治療受給者証の再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名

受付印

長崎県知事　　様

（様式第７－１）

肝炎治療受給者証申請事項変更届

公費負担者番号		受給者番号	

受給者	住　所 ※1	（〒　　－　　） （電話　　）		
	ふりがな 氏　名 ※2		生年月日	大 昭 平 令　　年　　月　　日
	病　名			

変　更　事　項	旧	新
変　更　を　必　要 と　す　る　理　由		
添　付　書　類　等		

上記のとおり申請事項等の変更を届けます。

令和　　年　　月　　日

受付印

届出者　住所

氏名

長崎県知事　　様

※1　住所変更の場合は新住所を記載してください。

※2　氏名変更の場合は新氏名を記載してください

（様式第７－２）

肝炎治療受給者証延長申請書
（インターフェロン副作用等延長用）

受給者	ふりがな 氏名		性別	男　女
	生年月日	年　月　日		
	住所	（〒　－　） （電話　）		
	受給者番号			
受給者証に記載された有効期間		年　月　日から　年　月　日まで		

①副作用のため、治療の延長が必要な場合 （医師記入欄）	記載年月日：　年　月　日 申請者（＿＿＿＿＿＿＿＿）について、インターフェロン投与期間において、（＿＿＿＿＿＿＿＿）などの副作用により、当初の治療予定期間をわずかに超える可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長（最大２か月までの延長）が必要であると判断する。 医療機関名及び所在地 担当医師氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　印
②副作用以外における事由のため、治療の延長が必要な場合 （本人記入欄）	（休薬期間：　年　月　～　年　月）

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わずかに超える可能性があるため、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。

申請者氏名　印

年　月　日

長崎県知事　様

注１）助成期間の延長に係る申請は、助成期間が満了する概ね２か月前までに現在お持ちの受給者証の写しを添付して県へ申請してください。
注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。
注３）記入漏れがある場合などは、有効期間の延長が認定されないことがあります。
注４）なお、副作用等の要因については、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ご了承ください。

（様式第７－３）

肝炎治療受給者証延長申請書
（インターフェロン７２週延長投与用）

受給者	ふりがな 氏名		性別	男　女
	生年月日	大昭 平令　年　月　日（満　歳）		
	住所	（〒　－　） （電話　）		
	受給者番号			
受給者証に記載された有効期間		令和　年　月　日　から　令和　年　月　日まで		

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、同意しましたので、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。

申請者氏名

令和　年　月　日

長崎県知事　様

注１）助成期間の延長に係る申請は、助成期間が満了する概ね２か月前までに現在お持ちの受給者証の写しを添付して県へ申請してください。

注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。

注３）担当医師に裏面の確認事項を記載していただいてください。

注４）記入漏れがある場合などは、有効期間の延長が認定されないことがあります。

（担当医師記載欄）

申請者（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）について、C型慢性肝炎セログループ1かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法における投与期間延長（７２週間投与）を実施するにあたり、下記確認事項のとおり投与期間延長が必要と判断する。

【確認事項】

※担当医師は、投与期間延長が必要であると判断する場合、共通項目の□、かつ、（１）もしくは（２）の□にチェック（✔）を入れてください。なお、認定には共通項目、かつ（１）もしくは（２）のすべての□にチェックが入っていることが必要です。

（共通項目）

□ 申請者の診断名は、「C型慢性肝炎」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：令和＿＿年＿＿月～終了：令和＿＿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、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）上記の（１）に該当しない者で、『今回の治療で投与開始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およ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）

記載年月日：令和　　年　　月　　日

医療機関名及び所在地

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

（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。

（様式第８）

肝炎治療費療養費請求書

長崎県知事　　様　　令和　　年　　月　　日

請求者	住所	〒		
		TEL（　　）　　－		
	氏名			
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 組合	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

肝炎治療費療養費を下記のとおり請求します。
なお、請求内容について疑義が生じた場合には、関係機関に対する照会について同意します。

金
円

受給者番号								フリガナ 受給者氏名	
受給者生年月日	大 昭 平 令　　年　　月　　日								

加入保険種類（該当する保険を○で囲む）
（ 協・組・共・国・後 ）　（ 本人・家族 ）

◎組合、共済に該当する場合は保険者に確認のうえ、下記にご記入ください。

附加給付金の有無（ 有・無 ）　有の場合は附加給付基準（　　）
保険者名（　　）　保険者の連絡先［電話番号］（　　）

【注意事項】
(1)この請求書は、有効期間の開始日以降で、すでに支払った医療費のうち、自己負担限度額を超え、払い戻しがある方のみ提出してください。払い戻しがあるかは、支払った医療機関、院外薬局にお尋ねください。
(2)裏面に医療機関等ごとに証明を受けてください。
(3)自己負担額（月単位）が高額療養制度の自己負担額を超えた場合、その超えた額については、保険者に高額療養費の請求を行い、高額療養費の支給決定通知書（写し）を添付のうえ請求してください。（高額療養費は肝炎治療費療養費請求の対象とはなりませんのでご注意ください。）
※高額療養制度については、保険者にお尋ねください。
(4)請求金額以外の項目を訂正する場合は、必ず訂正印を押印してください。
(5)この請求書は、住所地を管轄する県立保健所へ提出（郵送可）してください。
（長崎市･佐世保市居住者は長崎県地域保健推進課へ提出（郵送可））

○請求者と受領者（振込先の名義人）が異なる場合は下記を記入してください。

私（請求者）は、受領者（振込先の名義人）に対し肝炎治療費療養費の受領を委任します。

令和　　年　　月　　日

請求者　住所
　　氏名　　㊞

受領者　住所
　　氏名　　㊞

肝炎治療費領収済証明

受給者氏名		公費負担者番号								
		受給者番号								
月額自己負担限度額 円	公費対象となる期間	年　月　日 ～　年　月　日								

診療月		診療期間	診療日数	保険種別	給付割合	総医療費	医療保険負担分	患者自己負担相当額	左のうち患者が実際に支払った額(領収額) A	高額療養制度での自己負担限度額または附加給付 B	月額自己負担限度額 C	決定金額 A－C または B－C
年月	入院	入院期間（　日～　日）										
	内訳	公費対象外分										
		公費対象分										
	通院等	全体額（通院・院外薬局）										
	内訳	公費対象外分										
		公費対象分										
年月	入院	入院期間（　日～　日）										
	内訳	公費対象外分										
		公費対象分										
	通院等	全体額（通院・院外薬局）										
	内訳	公費対象外分										
		公費対象分										
年月	入院	入院期間（　日～　日）										
	内訳	公費対象外分										
		公費対象分										
	通院等	全体額（通院・院外薬局）										
	内訳	公費対象外分										
		公費対象分										

上記のとおり相違ないことを証明します。 令和　　年　　月　　日

保険医療機関等　所在地

名　称

代表者名　　印

TEL

＊　記入上の注意

1　療養費請求書に係る月ごとの医療費について，支払った金額が月額自己負担額を越えた場合に証明をお願いします。

2　太線で囲った分を記入して下さい。

(1)「患者自己負担相当額」とは総医療費から医療保険負担分を差し引いた額です。

(2)「左のうち患者が実際に支払った額」の欄は，自己負担全額を支払った場合はその額を,また,高額医療貸付制度を利用しての支払や老人医療受給者の限度額窓口支払は窓口で領収した額を記入してください。

3　この用紙に証明された医療費については診療報酬明細書の差し替えはしないでください。

4　公費対象となる治療は、インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・アナログ製剤治療です。

（様式第９－１）

長崎県肝炎治療特別促進事業委託契約書

長崎県肝炎治療特別促進事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）及び長崎県肝炎治療特別促進事業実施細則（以下「実施細則」という。）に基づく肝炎治療特別促進事業の実施について、長崎県知事　　（以下「甲」という。）と

以下「乙」という。）との間に次のとおり契約を締結する。

第１条　乙は、甲の発行した肝炎治療受給者証の提示があったときは、実施要綱の趣旨に沿って最善の肝炎治療特別促進事業を行うものとする。

第２条　肝炎治療特別促進事業の実施にあたって、実施要綱及び実施細則に定めのない事態が生じたときは、甲、乙協議のうえ実施するものとする。

第３条　この契約の期間は、契約の日から　　年３月３１日までとする。ただし、契約期間満了の日の１か月前までに、甲又は乙から解除の申出がない場合には、１か年間同一の条件で契約を更新したものとし、その後も同様とする。

第４条　この契約に定めるもののほか、必要な事項については、その都度、甲、乙協議して定めるものとする。

この契約の締結を証するため、本契約書２通を作成し、甲、乙記名押印のうえ、各自１通を所持するものとする。

年　　月　　日

甲　長崎市尾上町３番１号

長崎県知事

乙

印

（様式第９－２）

長崎県肝炎治療特別促進事業委託契約変更届

下記のとおり委託契約内容について変更の届出をします。

<table>
<tr><td rowspan="2">薬　局</td><td>名　称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">変更内容</td><td>事　項</td><td>変更前</td><td>変更後</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">変更年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
</table>

年　月　日

開設者住所　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

開設者氏名　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　印

電話番号

郵便番号・住所

長崎県知事　様

（様式第９－３）

長崎県肝炎治療特別促進事業委託契約辞退届

下記のとおり委託契約について辞退の届出をします。

薬　局	名　称	
	所在地	
辞退年月日		年　月　日
備　考		

年　月　日

開設者住所　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

開設者氏名　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　印

電話番号

郵便番号・住所

長崎県知事　様

様式第10

個人番号（マイナンバー）提供書

（肝炎治療特別促進事業）

提出日　　年　　月　　日

長崎県知事　様

提出者　住所

氏名

肝炎治療特別促進事業で利用する個人番号について，下記のとおり提供します。

1　下記の者が，私（申請者）及び私が属する住民票上の同一世帯員です。
（受給者証申請事項変更、県外からの転入。治療費療養請求の場合は本人分のみの提供で可）

2　私及び下記の同一世帯員は住民基本台帳に関する情報及び医療保険情報、直近年度の地方税関係情報を取得することについて
・同意する場合：**下記の「同意します」にチェックの上，同意する本人それぞれが署名してください。**
・同意しない場合：医療保険情報，住民票及び市町村民税（所得割）の課税年額等について紙による提出が必要です。
※自己負担限度額階層区分については，申請者が属する住民票上の世帯の全ての構成員（直近年度が義務教育期間以前の者は除く。）に係る市町村民税（所得割）課税年額を合算し，その額に応じて認定するものと規定されています。
※自己負担額階層区分が最高階層（２万円）と認定されることに了承し，市町村民税（所得割）課税証明する書類は提出しません。

申請者	フリガナ		同意	□　同意します ※申請者本人が同意した場合のみ情報照会可能です。
	氏　名			
	マイナンバー			

同一世帯者	フリガナ		受診者との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日
	氏　名		同意	□　同意します □　同意しません（紙による提出）		
	マイナンバー					
	フリガナ		受診者との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日
	氏　名		同意	□　同意します □　同意しません（紙による提出）		
	マイナンバー					
	フリガナ		受診者との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日
	氏　名		同意	□　同意します □　同意しません（紙による提出）		
	マイナンバー					
	フリガナ		受診者との続柄		生年月日	大正 昭和 平成 令和　　年　　月　　日
	氏　名		同意	□　同意します □　同意しません（紙による提出）		
	マイナンバー					

当年１月１日時点の住所が申請時と異なる場合、申請者と同一世帯者の当該時点の住所を記載ください。

	氏名	１月１日時点の住所
申請者		
同一世帯者		

保健所チェック欄

申請者又は代理人の本人確認	□　マイナンバーカード □　顔写真付き身分証明書 （運転免許証・パスポート・その他） □　顔写真のない身分証（２つ必要） （　　）（　　）	申請者及び同一世帯者の番号確認	□　マイナンバーカード □　個人番号付きの住民票 □　通知カード（氏名・住所等に変更がないものに限る）