

肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）交付申請書					
申請者 (助成を受けようとする者)	ふりがな氏名			性別 男 女	
	生年月日	明 大 年 月 日 昭 平	職 業		
	住 所	〒 (電話番号 )			
	加入医療保険	被保険者氏名		申請者との続柄	
		保 険 種 別	協・組・共・国・後	記号・番号	
保 険 者 名					
世帯員調査書兼同意書の提出	1 あり (□今回の申請で添付 □以前添付済みのため不要) 2 なし				
病 名	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) 注：該当の番号を○で囲んでください。 3 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)				
本助成制度の利用歴	1 あり ( 山口県 ・ 県外〔都道府県名〕 ) 受給者証番号〔 〕 注：該当の番号を○で囲み、 有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 1の場合は必要事項を 2 なし (今回が初めての申請) 記入してください。				
保険医療機関・保険薬局	所 在 地				
	名 称				
	所 在 地				
	名 称				
	所 在 地				
名 称					
インターフェロンフリー治療の効果・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〔インターフェロンフリー治療〕の交付を申請します。  <div style="text-align: center;">                         申請者氏名                          (押印不要、代理人の場合は代理人の氏名を記載)                           年 月 日                          山 口 県 知 事 様                     </div>					

(注) 助成を受けることができるのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

※受給者証は、県の肝炎認定協議会で助成基準にそっていると認定された場合に交付されます。認定された場合の受給者証の有効期間は、原則としてこの交付申請書を受理した日が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なります。

下記には申請者は記入しないでください。

保健所等記入欄	経 由 保 健 所 名	保 健 所	保 健 所 受 付 日	年 月 日
	世帯の市町村民税課税年額	(所得割) / (所得割+均等割)	階 層 区 分	甲 ・ 乙
本課記載欄	進 達 受 付 日	年 月 日	受 給 者 番 号	

## 肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）の交付申請をされる方へ

《申請にあたって必要となる書類等は次のとおりです》

※書類の不足等がないか確認しましたら、チェック欄にチェック☑を付けてください。

チェック欄

① 肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）交付申請書	☐
② 世帯員調査書兼同意書（書類の省略を希望される方は提出が必要となります） ※当該同意書によりマイナンバーを提供いただける方については、マイナンバーを用いた情報連携により、必要な事項が確認できる場合は、⑤、⑥及び⑦のイを省略することができます。	☐
③ 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書	☐
④ 世帯員全員が記載されている住民票（市町役場で発行されたもの。コピーは不可。）	☐
⑤ 世帯員全員の市町民税課税年額を証明する書類（市町役場で発行されたもの。コピーは不可。）	☐
⑥ 申請者の氏名が記載された次のアイウのうち1つを添付（又は申請窓口にご持参ください） ア マイナポータルからダウンロードした資格情報を印刷したもの イ 資格情報のお知らせ（写し） ウ 資格確認書（写し）	☐
⑦ 市町民税合算対象除外に関する書類 … <b>対象となる場合のみ提出</b> ア 市町民税合算対象除外希望申請書 イ 合算除外を希望する世帯員と、申請者本人及び申請者配偶者との関係について、相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にないことを証明できる書類	☐

上記①～⑥（合算除外申請をされる場合は①～⑦）を整えて、住所地を管轄する健康福祉センター（下関市の場合は、下関市立下関保健所）に御提出ください。

なお、郵送による提出も可能ですが、書類に不備があった場合は、手続きに時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。お急ぎの場合、窓口書類を持参されることをお勧めします。

### 《認定基準》

#### ○ 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、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh 分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh 分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって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剤治療」、「インターフェロン及びリバビリン併用治療」及び「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又は山口県が指定する肝炎研修会の受講を修了した日本消化器病学会消化器病専門医が「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。

※3 再治療の場合、C型慢性肝炎又はChild-Pugh 分類AのC型代償性肝硬変については、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山口県が指定する肝炎研修会の受講を修了した日本消化器病学会消化器病専門医が、Child-Pugh 分類B又はCのC型非代償性肝硬変については、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。