

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）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 昭 平	年 月 日	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 (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) 注: 該当の番号を○で囲んでください。 3 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 (今回は初めての申請) 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					
インターフェロン治療の効果・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〕の交付を申請します。 <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">(押印不要、代理人の場合は代理人の氏名を記載)</p> <p>年 月 日</p> <p>山口県知事様</p>						

(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。副作用等による中断があった場合、72週投与に係る有効期間延長の要件を満たす場合には、所定の期日までに有効期間延長申請を行った上で有効期間を延長することができます。

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
	世帯の市町村住民税課税年額	(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 … 対象となる場合のみ提出 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》

1 B型慢性肝疾患

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 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インターフェロンフリー治療歴がある場合、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。