

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					
岩手県知事 様			令和 年 月 日		
申請者氏名		印 (記名・押印又は署名)			
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。					
申請者	ふりがな 氏 名			性 別	男 女
	生年月日	明 昭 大 平	年 月 日	職 業	
	住 所	〒 (電話)			
	加 入	被保険者氏名		受給者との 続 柄	
医 療	保 険 種 別	協・組・船・共・国・後		被保険者証の 記 号・番 号	
保 険	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名				
病 名					
本助成制度 利用歴		1. あり 2. なし 都道府県名 () 受給者証番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
医療機関 又は 薬局	名 称		所在地		
	名 称		所在地		
	名 称		所在地		
	名 称		所在地		

保健所等 記入欄	添付資料： 診断書					受 付 印
	受給者の自己負担額： 階層区分 (甲 ・ 乙) 有効期間始期： 令和 年 月から 特記事項					
申請書	診断書 (押印確認)	住民票	健康保険証 の写し	所得が確認 できる書類	押印確認	

(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、申請に当っては主治医等とよく御相談ください。

【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

H B e 抗原陽性でかつ H B V - D N A 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、H B 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

H C V - R N A 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、2. (2) 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 H C V - R N A 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. (3) に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、県が実施するインターフェロンフリー治療診断書作成医師認定研修会を受講した医師が「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。

(2) 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 3 剤併用療法について

H C V - R N A 陽性の C 型慢性肝炎で、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による 3 剤併用療法を行う予定、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、2. (1) に係る治療歴の有無を問わない。

※ 2 上記について、原則 1 回のみ助成とする。ただし、テラプレビルを含む 3 剤併用療法の治療歴がある者については、担当医によりシメプレビル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、改めて助成の対象とすることができる。

※ 3 テラプレビルを含む 3 剤併用療法については、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関での実施に限り助成対象とする。

※ 4 上記については、直前の抗ウイルス治療として、2. (3) に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、県が実施するインターフェロンフリー治療診断書作成医師認定研修会を受講した医師が「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。

(3) インターフェロンフリー治療について

H C V - R N A 陽性の C 型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変で、インターフェロンを含まない抗ウイルス療法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、1 回のみ助成とする。なお、2. (1) 及び (2) に係る治療歴の有無を問わない。

※ 2 上記治療に対する助成の申請にあたっては、県が実施するインターフェロンフリー治療診断書作成医師認定研修会を受講した医師が「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。

※ 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、県が実施するインターフェロンフリー治療診断書作成医師認定研修会を受講した医師が「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。