

肝炎治療特別促進事業に係る交付申請等に必要書類について(H28.4.1現在)

申請区分		申請書	診断書等	市町村民税額 合算対象除外 希望申請書 【様式第5】	添付書類			
対象 治療	新規・延長・2回目・再治療・更新の別				被保険者証 の写し	世帯全員分の 住民票	世帯全員の市町村 民税課税証明書	
インター フェロン	新規(3剤併用療法を除く)	◎ 【様式第1-1】	◎ 【様式第2-1】	○	◎	◎	◎	
	2回目利用(3剤併用療法を除く)	◎ 【様式第1-1】	◎ 【様式第2-2】	○	◎	◎	◎	
	新規(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)	◎ 【様式第1-1】	◎ 【様式第2-4】	○	◎	◎	◎	
	再治療(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)	◎ 【様式第1-1】	◎ 【様式第2-5】	○	◎	◎	◎	
	延長	72週投与	◎ 【様式第1-4】	◎ 【様式第1-3(裏) (担当医記載欄)	/	/	/	/
		【3剤併用:シメプレビルのみ】 48週投与	◎ 【様式第1-5】	◎ 【様式第1-4(裏) (担当医記載欄)	/	/	/	/
副作用(最大2カ月を限度)		◎ 【様式第1-6】	○ 【様式第1-5】 テラプレビルによる3剤併用療法のみ 実施施設要件記載必要	/	/	/	/	
インター フリー	新規	◎ 【様式第1-2】	◎ 【様式第2-6】	○	◎	◎	◎	
	再治療	◎ 【様式第1-2】	◎ 【様式第2-7】 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する 肝臓専門医以外が作成する場合、 様式第2-9の意見書の添付必要	○	◎	◎	◎	
核酸 製 ア ナ 剤 ロ ゲ	新規	◎ 【様式第1-3】	◎ 【様式第2-3】	○	◎	◎	◎	
	更新	◎ 【様式第1-3】	◎ 【様式第2-8】	○	◎	◎	◎	

(注) 1 ◎は必ず提出が必要なもの、○は状況によって提出が必要なものです。

2 診断書等の作成は、県内の場合、岩手県肝疾患診療ネットワークの医療機関に限定しています。県外の医療機関で作成を希望する場合は、事前に保健所へご相談して下さい。

【様式ダウンロード先】

岩手県公式ホームページ

トップページ → くらし・環境 → 医療 → 健康 → ウイルス性肝炎 → 岩手県肝炎治療特別促進事業

<http://www.pref.iwate.jp/iryuu/kenkou/virus/006654.html>