

肝炎治療受給者証交付（新規・2回目・3回目・更新）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)					
申請者	ふりがな 氏名			性別 男 女	
	生年月日	年 月 日		職業	
	住 所	(〒 一) (電話)			
	加入医療保険	被保険者氏名			申請者との 続柄
		保険種別	協会・組合・共済・ 国保・後期高齢者		記号・番号
		保険者名			
所在地					
病名	該当するものに○で囲む ・B型肝炎ウイルスによる（慢性肝炎・肝硬変） ・C型肝炎ウイルスによる（慢性肝炎・肝硬変）				
本助成制度 利用歴	1. あり 受給者証番号（ ） 有効期間（ 年 月 日～ 年 月 日）				
保又 険は 医保 療険 機薬 関局	名 称				
	所在 地				
	名 称				
	所在 地				
	名 称				
	所在 地				
<input type="checkbox"/> 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）の課税を証明する書類は提出しません。					
(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、 肝炎治療受給者証の交付を申請します。					
申請者氏名 年 月 日 山梨県知事				印 殿	

県外からの転入による申請の場合は、交付を受けていた受給者証の写しを提出してください。

（裏面あり） 裏面の記載事項を必ずご確認ください。

様式第3号（裏面）

助成を受けることができるのは、次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。

○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つたものは、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

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他の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、インターフェロン単剤治療、インターフェロン+リバビリン併用治療、ペグインターフェロン+リバビリン+プロテアーゼ阻害剤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。
- ※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。

注）上記以外のC型慢性肝疾患の治療を行う場合は、山梨県肝炎治療助成事業実施要綱の別紙1（認定基準）をご確認ください。

○肝疾患に関するアンケート調査

（厚生労働科学研究事業及び県の肝疾患対策のためにご協力いただける場合は、次の項目に回答をお願いします。なお、回答内容については個人が特定できないように配慮いたします。）

1. B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスに感染していることが判明した時期について		
該当する番号を○で囲ってください。		
1) 最近1年以内に判明	2) 過去に判明していた（いつ頃）	3) 不明
2. 肝炎ウイルスの感染が判明したきっかけについて		
該当する番号を○で囲ってください。		
1) 市町村の住民健診	2) 職場の健診	3) 他の疾患の治療時の検査
4) 保健所の検査	5) その他（ ）	

○個人情報の取り扱いについて

得られた個人情報について当助成事業の目的である総合的な肝疾患対策に必要な目的（全国がん登録などを利用した調査及び分析、アンケート調査、事業効果の判定、治療効果の分析等）以外には使用しません。また、得られた個人情報は、厳重に管理し、漏洩、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を講じます。