

様式第4号の4(第8条関係)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(更新)

| | | | | | | | |
|--------------|---|--|----------------|---|---|--------|--|
| ふりがな 患者氏名 | | | 性別 | 生年月日(年齢) | | | |
| | | | 男・女 | 年 | 月 | 日生(満)歳 | |
| 住所 | 〒一 | | 電話番号() | | | | |
| 診断年月 | 年月 | 前医等 (あれば記載する) | 医療機関名: 医師名: | | | | |
| 検査所見 | 初回申請時のデータ | | | 更新時直近のデータ | | | |
| | 1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年月日) (1) HBs 抗原 (+・-) · (IU/ml) (2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (3) HBV-DNA 定量 log copy/ml · ()  検出せず 測定法 PCR 法 · () | | | 1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年月日) (1) HBs 抗原 (+・-) · (IU/ml) (2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (3) HBV-DNA 定量 log copy/ml · ()  検出せず 測定法 PCR 法 · () | | | |
| | 2. 血液検査 (検査日: 年月日) ALT IU/l 血小板数 万/μl AFP ng/ml | | | 2. 血液検査 (検査日: 年月日) ALT IU/l 血小板数 万/μl AFP ng/ml | | | |
| | 3. 画像診断、肝生検などの所見 (1) 該当するものに○をする。 ①画像診断(検査日: 年月日) 検査方法(該当を○で囲む) · CT · エコー · その他() ※所見(必ず記載): _____ ②肝臓硬度測定検査(検査日: 年月日) (kPa) ③肝生検(検査日: 年月日) F _____ 、 A _____ | | | 3. 画像診断、肝生検などの所見 (1) 該当するものに○をする。 ①画像診断(検査日: 年月日) 検査方法(該当を○で囲む) · CT · エコー · その他() ※所見(必ず記載): _____ ②肝臓硬度測定検査(検査日: 年月日) (kPa) ③肝生検(検査日: 年月日) F _____ 、 A _____ | | | |
| | 診断 | 該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる) | | | これまでの肝がんの所見(有・無) 肝がんの発生時期(該当番号を○で囲む) 1. 核酸アナログ製剤内服前 2. 核酸アナログ製剤内服後 3. 最近1年以内の発生 | | |
| | 治療内容 (治療予定) | 該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル ジソプロキシリ 5. テノホビル アラフェナミド 6. その他 (具体的に記載: _____) | | | | | |
| | 治療薬剤の 変更 | 前回申請時からの治療薬の変更 1. あり(変更前の薬剤名: _____) 変更日: 年月日 2. なし | | | | | |
| 治療上の問題点 | | | | | | | |

上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。

記載年月日 年月日

医療機関名及び所在地

医師氏名 印

必ず、裏面の注意事項を御確認ください。

○ 診断書の記載に係る注意事項

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3箇月以内です。
2. 更新時直近のデータは、記載日前6箇月以内の資料に基づいて記載して下さい。
なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
(「HBs 抗原と HBs 抗原価」及び「画像診断、肝生検などの所見」は更新前の受給者証の交付日以降のデータで記載日前1年以内の資料でも可)
3. 初回申請時データが不明の場合は、初回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
4. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
5. 検査所見1（3）について、定量値が検出限界未満の場合は、検出せずにチェックをお願いします。

○ 患者様へのお願い

肝炎治療費の助成を受けるためには、県（保健所）へ申請が必要です。

診断書を受け取ったら、直ちに保健所で治療費助成の申請を行って下さい。

申請を行った月の治療費から助成の対象となります。

御不明な点は、次の問い合わせ窓口に御相談下さい。

申請受付場所

申請者の住所地を管轄する保健福祉事務所（甲府市健康支援センターも含む）

申請手続きに必要な書類等

- ① 申請書（県感染症対策センターのホームページからでも入手できます。）
<https://www.pref.yamanashi.jp/kansensho/80408314857.html>
- ② 診断書（治療を開始する医療機関で作成してもらって下さい。）
- ③ マイナンバー（個人番号）の記載のない住民票〔謄本〕（現住所の記載があるもので、申請者の属する世帯全員が記載されているもの）
- ④ 市町村民税証明書：所得課税証明書（申請者及び住民票に記載されている世帯全員分）
- ⑤ 医療保険の加入が確認できる書類等
- ⑥ 高齢者受給者証の写し（お持ちの方のみ）

＜問い合わせ窓口＞

| | |
|-----------------------|--|
| 中北保健福祉事務所 | 0551-23-3074 韮崎市本町4丁目2-4北巨摩合同庁舎1階 |
| 峡東保健福祉事務所 | 0553-20-2752 山梨市下井尻126-1東山梨合同庁舎1階 |
| 峡南保健福祉事務所 | 0556-22-8158 南巨摩郡富士川町鰍沢771-2南巨摩合同庁舎2階 |
| 富士・東部保健福祉事務所 | 0555-24-9035 富士吉田市上吉田1丁目2-5富士吉田合同庁舎1階 |
| 甲府市健康支援センター | 055-237-8952 甲府市相生2丁目17-1南庁舎2階 |
| 山梨県福祉保健部 感染症対策センター | 055-223-1505 |
| 山梨大学医学部附属病院肝疾患センター | 055-273-1111 |

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請（更新）に係る 診断書に代わる検査内容及び治療内容が分かる添付資料チェックリスト

提出年月日 年 月 日

(ふりがな)
申請者氏名【

】 受給者証番号

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

私は、山梨県肝炎治療助成事業に係る核酸アナログ製剤治療の更新申請に際して、次のとおり認定に必要な事項が確認できる書類を添付しましたので、医師の診断書に代えて提出します。

＜留意事項＞

- ・表中の「チェック欄」の項目にレ点を記入し、各項目が記された資料を添付して下さい。
- ・「検査内容が確認できる資料」、「治療内容が確認できる資料」は、検査日の異なる複数枚を組み合わせることが可能です。
- ・申請内容について保健所から問い合わせ、確認等させていただく際にはご協力をお願いします。
- ・必要な項目を満たさない方は、医師の診断書が必要になります。
- ・「チェックリスト」及び添付資料の提出後、山梨県肝炎医療費助成認定審査協議会の審査を経て、受給者証の更新を行います。

＜検査内容が確認できる資料＞

| チェック欄 | | 提出書類名 |
|--|--------------------------|-------------------|
| い ず れ か の 書 類 で も 可 | <input type="checkbox"/> | 医療機関で発行された検査結果報告書 |
| | <input type="checkbox"/> | 健康診断・人間ドックの結果報告書 |



| チェック欄 | | 確認項目 |
|-------|--------------------------|---|
| 必須 | <input type="checkbox"/> | 全ての提出書類に受給者証申請者の名前及び医療機関又は検診機関名・連絡先が明記されている。 |
| 必須 | <input type="checkbox"/> | 検査結果は、更新前の受給者証の交付日以降のデータで保健所提出日前 6か月以内 である。（「HBs 抗原 可能であれば HBs 抗原価」、「画像診断・肝生検・肝臓硬度測定検査」は更新前の受給者証の交付日以降のデータで 1年以内 である） |

【検査項目】

| チェック欄 | | 項目 | チェック欄 | | 項目 | チェック欄 | | 項目 |
|-------|--------------------------|-----------------------------------|-------|--------------------------|------------|-------------------------|--------------------------|--------|
| 必須 | <input type="checkbox"/> | HBs 抗原 可能であれば HBs 抗原価 | 必須 | <input type="checkbox"/> | ALT 又は GPT | 必須でない が実施した 時には提出 | <input type="checkbox"/> | HBe 抗原 |
| | <input type="checkbox"/> | 検査日は前回更新後、提出日前 1年以内の日付けである | 必須 | <input type="checkbox"/> | AFP | | <input type="checkbox"/> | HBe 抗体 |
| 必須 | <input type="checkbox"/> | HBV-DNA 量の検査結果及び検査方法 | 必須 | <input type="checkbox"/> | 血小板数 | | | |
| 必須 | <input type="checkbox"/> | 画像診断・肝生検・肝臓硬度測定検査（医師の所見が記されているもの） | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 検査日は前回更新後、提出日前 1年以内の日付けである | | | | | | |

＜治療内容が確認できる資料＞

| チェック欄 | | 提出書類名 |
|--|--------------------------|----------------------|
| い ず れ か の 書 類 で も 可 | <input type="checkbox"/> | 薬剤情報提供書 |
| | <input type="checkbox"/> | 薬局で配布された「お薬手帳用貼付シール」 |
| | <input type="checkbox"/> | 肝炎患者支援手帳 |

| チェック欄 | | 確認項目 |
|-------|--------------------------|-------------------------------|
| 必須 | <input type="checkbox"/> | 核酸アナログ製剤投与歴が分かる。 |
| 必須 | <input type="checkbox"/> | 核酸アナログ製剤を処方した医療機関及び処方医の記載がある。 |
| 必須 | <input type="checkbox"/> | 記載内容が申請書提出日前の 6か月以内のものである。 |

＜保健所確認欄＞※申請者記載不要

上記の書類の添付及び必要な検査項目が記載されていることを確認しました。

年 月 日

保健所 職・氏名

印