

**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(新規)**

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	〒		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:		
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 1. あり (今後の継続の必要性) 2. なし		1. あり 2. なし		
検査所見	核酸アナログ製剤治療開始前の所見 (確認できる範囲内で記載する)		直近のデータ		
	<p>HBV-DNAの陽性確認ができた所見</p> <p>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・( ) 測定法 PCR法・( )</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) ALT IU/l 血小板数 万/μl AFP ng/ml</p> <p>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): _____</p> <p>②肝臓硬度測定検査(検査日: 年 月 日) ( kPa)</p> <p>③肝生検(検査日: 年 月 日) F _____、A _____</p>		<p>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・( ) <input type="checkbox"/>検出せず 測定法 PCR法・( )</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) ALT IU/l 血小板数 万/μl AFP ng/ml</p> <p>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): _____</p> <p>②肝臓硬度測定検査(検査日: 年 月 日) ( kPa)</p> <p>③肝生検(検査日: 年 月 日) F _____、A _____</p>		
診 断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2. 代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3. 非代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)</p>		<p>これまでの肝がんの所見 (有・無)</p> <p>肝がんの発生時期(該当番号を○で囲む)</p> <p>1. 核酸アナログ製剤内服前</p> <p>2. 核酸アナログ製剤内服後</p> <p>3. 最近1年以内の発生</p>		
治療内容 (治療予定)	<p>該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択)</p> <p>1. エンテカビル 4. テノホビル ジソプロキシル</p> <p>2. ラミブジン 5. テノホビル アラフェナミド</p> <p>3. アデホビル 6. その他</p> <p>(具体的に記載: )</p> <p>治療開始日(予定を含む): 年 月 日</p>				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日		
			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 記載日前3箇月以内の資料に基づいて記載してください。ただし、「治療開始前データ」については、核酸アナログ製剤治療中の場合は、治療開始時の資料に基づいて記載してください。
- 3 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲内のもっとも古いデータを記入してください。
- 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 検査所見の直近データの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（県健康増進課のホームページからでも入手できます。）  
<http://www.pref.yamanashi.jp/kenko-zsn/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 被保険者証の写し（申請者の氏名が記載されているもの）
- 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 南巨摩郡富士川町鯉沢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
福祉保健部健康増進課	055-223-1494
-----	
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	〒 -		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	
	<p>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 ・ ( ) <input type="checkbox"/>検出せず 測定法 PCR 法 ・ ( )</p> <p>2. 血液検査 (検査日： 年 月 日) ALT _____ IU/l 血小板数 _____ 万/μl AFP _____ ng/ml</p> <p>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）： _____</p> <p>②肝臓硬度測定検査（検査日： 年 月 日） ( kPa)</p> <p>③肝生検（検査日： 年 月 日） F _____ 、 A _____</p>			<p>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 ・ ( ) <input type="checkbox"/>検出せず 測定法 PCR 法 ・ ( )</p> <p>2. 血液検査 (検査日： 年 月 日) ALT _____ IU/l 血小板数 _____ 万/μl AFP _____ ng/ml</p> <p>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）： _____</p> <p>②肝臓硬度測定検査（検査日： 年 月 日） ( kPa)</p> <p>③肝生検（検査日： 年 月 日） F _____ 、 A _____</p>	
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 ジソプロキシル 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（県健康増進課のホームページからでも入手できます。）  
<http://www.pref.yamanashi.jp/kenko-zsn/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 被保険者証の写し（申請者の氏名が記載されているもの）
- 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 南巨摩郡富士川町鯉沢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
福祉保健部健康増進課	055-223-1494
山梨大学医学部附属病院肝疾患センター	055-273-1111

