

様式第1号（第4条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）  
（表）

肝炎治療受給者証交付申請書 （インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療）（該当に○）					
申請区分 （該当に○）		新規・転入・2回目・3回目・更新・再治療			
申請者	ふりがな			性別 （該当に○）	
	氏名				男・女
	生年月日	年	月	日	職業
	住所	〒 — — — — — （自宅電話 — — — — —）（携帯電話 — — — — —）			
	加入医療保険 （該当に○）	保険種別	1 協会けんぽ 5 国保組合	2 組合健保 6 国保一般	3 船員保険 7 国保退職者
	保険の区分	1 被保険者 2 被扶養者（被保険者名 続柄）			
病名 （該当に○）	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。） 4 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる。） 5 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる。） 6 非代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる。）				
本助成制度利用歴	1 なし 2 あり 受給者番号（ ） 助成期間（ 年 月～ 年 月）				
医療機関	名称				
	所在地				
インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療又は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、下段（注）を了承した上で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。					
静岡県知事 様				年 月 日	
申請者氏名					

前年（前々年）の所得に対する世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上であり、自己負担が最高階層となることを了承し、課税年額等を証明する書類を提出しません。

氏名

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税課税年額の合算対象から除外することを希望します。

除外対象者氏名

（注）

- 1 肝炎治療特別促進事業の認定基準は裏面のとおりです。
- 2 市町村民税課税年額の合算対象から除外することを希望する者がある場合は、その者が申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者であることを確認できる資料を併せてご提出ください。
- 3 ※は保健所で記入します。
- 4 本助成事業の助成を受けて行った治療成績等に関して、治療効果の判定及び県の肝炎対策に関する参考資料に活用させていただく場合があります。

市町村民税			自己負担限度額	
※ 非課税	※ 課税	※ 所得割課税年額 円	※ A (10,000円)	※ B (20,000円)

確認1	確認2
※	※

別表第3 (第4条、第6条関係)

認 定 基 準

1 インターフェロン治療について

- (1) HBe抗原陽性(ペグインターフェロン製剤を用いる治療にあつては、HBe抗原陽性又はHBe抗原陰性)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である者又はインターフェロン治療を実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの
- (2) HCV-RNA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である者又は実施中である者のうち、これまでに十分量の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(以下「3剤併用療法」という。)による24週投与を行ったことがなく、かつ、肝がんの合併のないもの
- (3) 肝炎治療特別促進事業においてB型慢性肝疾患の3回目の助成を受けることができるのは、上記(1)の基準を満たし、かつ、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。)を用いる治療に続いてペグインターフェロン製剤を用いる治療を受けて不成功であった者に対し、再度ペグインターフェロン製剤を用いる治療を行う場合とする。
- (4) 肝炎治療特別促進事業においてC型慢性肝疾患の2回目の助成を受けることができるのは、上記(2)の基準を満たし、かつ、以下のア又はイのいずれにも該当しない場合とする。  
ア 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HCV-RNAが陰性化しなかったとき  
イ 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週投与が行われたとき

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型慢性肝疾患のため核酸アナログ製剤治療を行う予定である者又は現に核酸アナログ製剤治療を行っている者

3 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、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの

- (注) 1 上記については、1(2)及び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、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、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療8週、再治療12週とする療法に限る。
- 3 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会認定肝臓専門医又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が診断書を作成することとする。
- 4 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又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成することとする。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（インターフェロン治療・新規用）

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )		
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月 年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、下記1及び2の該当する項目をチェックする。 1 3剤併用療法(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)の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由: ) 2 インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: ) <input type="checkbox"/> 直近の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		
検査所見 ※インターフェロン治療開始前の所見を記入する。	1 肝炎ウイルスマーカー(診断病名に対応する方を必ず記載する。)		
	B型肝炎ウイルスマーカー	C型肝炎ウイルスマーカー	
	(1) HBs 抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 (単位: _____、測定法: _____) (検査日: 年 月 日)	(1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (検査日: 年 月 日) (2) ウイルス型 (該当する項目を○で囲む。) ア セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ 判定不能	
	2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ 万/μl (施設の基準値: _____ ~ _____)		
	3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。)		
	4 特記事項(※) (過去のインターフェロン治療歴やB型の併用療法治療歴を、ここに記載する。)		
診断	該当番号を1つ○で囲む。 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)		
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治癒後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)		
治療内容	該当番号を1つ○で囲む。(上記診断に対し、保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。) 1 インターフェロンα製剤単独 2 インターフェロンβ製剤単独 3 ペグインターフェロン製剤単独 4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 その他( ) (具体的に記載する。) 治療予定期間 (24週・48週・その他( 週) ) (該当する方を○で囲む。) ( 年 月 ~ 年 月)		
治療上の問題(※)			
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 医師氏名 (医師が署名又は記名押印してください)		
	(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合にはいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医		

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。  
 2 B型肝炎ウイルスマーカーのHBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6月以内(ただし、インターフェロン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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。  
 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。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (インターフェロン治療・2回目用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )		
診断年月日 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	____年____月 ____年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
過去の治療歴	B型慢性活動性肝炎		C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変
	<input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けた。 <input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。		(1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。 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の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかった。 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。 (2) 過去の3剤併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 以下の③、④のいずれかに該当する。 ③ 3剤併用療法(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)の治療歴なし。 ④ 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。(経過、理由を以下に記載する。) (具体的な経過・理由: ) (3) インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: ) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。
検査所見  ※インターフェロン治療2回目開始前の所見を記入する。	1 肝炎ウイルスマーカー(診断病名に対応する方を必ず記載する。)		
	B型肝炎ウイルスマーカー		C型肝炎ウイルスマーカー
	(1) HBs 抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (検査日: 年 月 日)		(1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (検査日: 年 月 日) (2) ウイルス型 (該当する項目を○で囲む) ア セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ 判定不能
2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ 万/μl (施設の基準値: _____ ~ _____)			
3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。)			
診断	該当番号を1つ○で囲む。 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)		
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)		
2回目の治療内容	該当番号を1つ○で囲む。(上記診断に対し、保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。) 1 インターフェロンα製剤単独 2 インターフェロンβ製剤単独 3 ペグインターフェロン製剤単独 4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 その他( ) (具体的に記載する。) 治療予定期間 (24週・48週・その他( )週) (該当する方を○で囲む。) ( 年 月 ~ 年 月)		
治療上の問題点(※)			
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 ④ (医師が署名又は記名押印してください) (直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合にはいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医		

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。  
 2 B型肝炎ウイルスマーカーのHBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6月以内(ただし、インターフェロン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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。  
 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。

様式第2号の3 (第4条関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (インターフェロン治療・3回目用)

フリガナ		性別	生年月日 (年齢)
氏名		男・女	年 月 日 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )		
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	____年____月 ____年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
過去の 治療歴	B型慢性活動性肝炎 (該当する場合にチェックする。) <input type="checkbox"/> 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。) による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。		
検査所見 ※インターフェロン治療3回目開始前の所見を記入する。	1 B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: ____年 ____月 ____日) (1) HBs 抗原 (+・-) (2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (3) HBV-DNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) 2 血液検査 (検査日: ____年 ____月 ____日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ 万/μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: ____年 ____月 ____日) (慢性肝炎であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。)		
診断	診断は以下に該当する。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。)		
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり (治療中) (該当番号を1つ〇で囲む。)		
3回目の治療内容	該当番号を1つ〇で囲む。(上記診断に対し、保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。) 1 ペグインターフェロン製剤単独 2 その他 ( ) (具体的に記載する。) 治療予定期間 ( 24週・48週・その他( 週) ) (該当するものを〇で囲む。) ( ____年 ____月 ~ ____年 ____月)		
治療上の問題点 (※)			
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: ____年 ____月 ____日 電話番号 Ⓜ (医師が署名又は記名押印してください)		

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
- 2 B型肝炎ウイルスマーカーのHBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は6月以内 (ただし、インターフェロン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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
- 4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので御注意ください。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (核酸アナログ製剤治療・新規用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ( )			
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	____年____月 ____年頃 (月が不明の場合は下段)	申請前の 治療歴	1 あり ( ____年 ____月頃から) 2 なし (ありの場合) 医療機関名 _____ 薬剤名 _____	
検査所見	<p>核酸アナログ製剤 治療開始前のデータ</p> <p>1 B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs 抗原 (検査日: ____年 ____月 ____日) (+・-) } (該当を○で囲む。) (2) HBe 抗原 (+・-) } (3) HBe 抗体 (+・-) } (4) HBV-DNA 定量 _____ (単位: ) (測定法: )</p> <p>2 血液検査 (検査結果との対比上必要なので、 施設での基準値も必ず記載する。)</p> <p>A S T _____ IU/l (____~____) (検査日: ____年 ____月 ____日) (施設の基準値) A L T _____ IU/l (____~____) 血小板数 _____ 万/<math>\mu</math>l (____~____)</p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: ____年 ____月 ____日) (B型慢性肝炎患者であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。)</p> <p>4 特記事項(※) (3の検査所見が不明の場合は、必ずここに記載する。)</p> <p>直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要) (検査日: ____年 ____月 ____日) (+・-) } (該当を○で囲む。) (+・-) } (+・-) } (+・-) } _____ (単位: ) (測定法: )</p>			
診断	<p>該当番号を1つ○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>			
今回申請の 治療内容	<p>該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択する。)(保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。)</p> <p>1 エンテカビル</p> <p>2 ラミブジン</p> <p>3 アデホビル</p> <p>4a テノホビル(テノゼット)      4b テノホビル(ベムリディ)</p> <p>5 その他( _____ ) (具体的に記載する。)</p> <p>治療予定期間 ( ____年 ____月 から1年間)</p>			
治療上の問題点 (※)				
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名 (医師が署名又は記名押印してください。)	<p>記載年月日: ____年 ____月 ____日</p> <p>電話番号 _____</p> <p>Ⓜ</p>			

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
- 2 記載日前3月以内(ただし、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、確認できる範囲の最も古いデータを記載してください。
- 4 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
- 5 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。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (核酸アナログ製剤治療・更新用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )		
治療開始年月 (不明の場合は 現医療機関の 治療開始時期)	____年____月 ____年頃 (月が不明の場合は下段)	更新前 までの 治療歴	医療機関名_____ 治療内容(エンテカビル・ラミブジン・アデホビル ・テノホビル・その他)(併用の場合は、複数選択し、 該当を○で囲む。)
検査所見	直近の承認時以降のデータ		
	1 B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs 抗原 (2) HBe 抗原 (3) HBe 抗体 (4) HBV-DNA 定量	(検査日: 年 月 日) (+・-) } (該当を○で囲む。) (+・-) } (+・-) } ____ (単位: ) (測定法: )	
	2 血液検査 (検査結果との対比上必要なので、 施設での基準値も必ず記載する。)	(検査日: 年 月 日)  (施設の基準値) A S T _____ IU/l ( _____ ~ _____ ) A L T _____ IU/l ( _____ ~ _____ ) 血小板数 _____ 万/μl ( _____ ~ _____ )	
3 特記事項(※)			
診断	該当番号を1つ○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。)		
更新後の 治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択)(保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。) 1 エンテカビル 2 ラミブジン 3 アデホビル 4a テノホビル(テノゼット)      4b テノホビル(ベムリデイ) 5 その他( ) (具体的に記載する。) 更新後の治療期間 ( 年 月 から1年間)		
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。 (医療機関) _____ 記載年月日: 年 月 日 所在地 _____ 名称 _____ 電話番号 _____ 医師氏名 _____ ㊟ (医師が署名又は記名押印してください。)			

(注)

- 直近の承認時以降のデータは、記載日前1年以内の最も新しいデータを記載してください。
- ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
- 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。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療用・新規用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )		
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	年 月 年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
インターフェロン 治療歴	(該当する場合チェックする。) <input type="checkbox"/> 治療歴あり (チェックした場合)これまでの治療内容(該当項目を○で囲む。) ア ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ 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(薬剤名: ) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ 上記以外の治療 (具体的に記載: )		
検査所見 ※治療開始前 の所見を記入する。	1 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1)HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2)ウイルス型(該当する項目を○で囲む。) ア セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ 上記のいずれも該当しない (ジェノタイプ検査データがある場合には記載: _____)  2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____~_____) 血小板 _____ 万/ $\mu$ l (施設の基準値: _____~_____)  3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見: _____)  4 (肝硬変の場合)Child-Pugh分類 A・B・C (該当するものを○で囲む。)		
診断	診断は以下のいずれかに該当する。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。) ※Child-Pugh分類Aに限る。		
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治癒後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)		
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名: _____) 治療予定期間 _____ 週 ( _____ 年 月 ~ _____ 年 月)		
治療上の問題点 (※)			
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: _____ 年 月 日 電話番号 _____ ⑩ (医師が署名又は記名押印してください)		

- (注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。  
2 記載日前6月以内(ただし、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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。  
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。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療・再治療用）

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )		
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	____年__月 ____年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
治療歴	(該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。) 1 インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療あり。 ア ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ 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(薬剤名: ) ウ 上記以外の治療 (具体的に記載: ) 2 インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: )(中止・再燃・無効)		
検査所見 ※今回の治療前の 所見を記入する。	1 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1)HCV-RNA 定量 ____ (単位: 、測定法 ) (2)ウイルス型(該当する項目を○で囲む。) ア セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ 上記のいずれも該当しない (ジェノタイプ検査データがある場合には記載: ) 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST ____ IU/l (施設の基準値: ____~____) ALT ____ IU/l (施設の基準値: ____~____) ヘモグロビン ____ g/dl (施設の基準値: ____~____) 血小板 ____ 万/μl (施設の基準値: ____~____) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見: ) 4 (肝硬変の場合)Child-Pugh分類 A・B・C (該当するものを○で囲む。)		
診断	診断は以下のいずれかに該当する。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる。) <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる。) ※Child-Pugh分類Aに限る。		
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治癒後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)		
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名: ) 治療予定期間 週 ( 年 月~ 年 月)		
本診断書を作成する医師	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医又は <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医で、別紙意見書を添付している医師		
治療上の問題点 (※)			
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 ㊟ (医師が署名又は記名押印してください)		

- (注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。  
 2 記載日前6月以内(ただし、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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。  
 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。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)			
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)			
住所	郵便番号 電話番号 ( )					
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	____年__月 ____年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名			
治療歴	(該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。) 1 インターフェロン治療歴 □ インターフェロン治療歴あり。 ア ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ 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(薬剤名: ) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ 上記以外の治療 (具体的に記載: ) 2 インターフェロンフリー治療歴 □ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: )(中止・再燃・無効)					
検査所見 ※今回の治療前 の所見を記入する。	1 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1)HCV-RNA 定量 ____ (単位: 、測定法 ) (2)ウイルス型(該当する項目を○で囲む。) ア セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ 上記のいずれも該当しない (ジェノタイプ検査データがある場合には記載: ) 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) AST ____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____) ALT ____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____) ヘモグロビン ____ g/dl (施設の基準値: ____ ~ ____) 血小板 ____ 万/μl (施設の基準値: ____ ~ ____) 3 Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日)(該当する□にチェックを入れる。)					
		結果	施設基準値	1点	2点	3点
				□なし	□軽度(I・II)	□昏睡(III以上)
				□なし	□軽度	□中等度以上
			~	□3.5 超	□2.8~3.5	□2.8 未満
			~	□70 超	□40~70	□40 未満
			~	□2.0 未満	□2.0~3.0	□3.0 超
		合計 ____ 点 (A・B・C)(該当するものを○で囲む。)				
	4 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見: )					
診断	該当番号を○で囲む。 1 非代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる。) ※Child-Pugh分類B又はCに限る。					
肝がんの合併	肝がん 1 なし又は治療後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)					
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名: ) 治療予定期間 ____ 週 ( ____ 年 ____ 月 ~ ____ 年 ____ 月)					
治療上の問題点 (※)						
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: ____ 年 ____ 月 ____ 日 電話番号 Ⓣ (医師が署名又は記名押印してください)					
(いずれかにチェックが必要) □ 日本肝臓学会認定肝臓専門医 □ 日本消化器病学会認定消化器病専門医 (インターフェロンフリー治療の再治療の場合は上記に加えて、いずれかにチェックが必要) □ 肝疾患診療連携拠点病院に常勤 □ 別紙意見書を添付						

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。  
2 記載日前6月以内(ただし、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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。  
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。

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )		

静岡県肝炎治療特別促進事業実施要綱別表第3 認定基準(抜粋)

3 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、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である者又は実施中である者のうち、肝がんの合併のないもの

(注)1 上記については、1(2)及び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、C型慢性肝炎、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インターフェロンフリー治療薬を用いた再治療(前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療8週、再治療12週とする療法に限る。)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。

3 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会認定肝臓専門医又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が診断書を作成することとする。

4 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又は日本消化器病学会認定消化器病専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成することとする。

1 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。

(該当する項目をチェックしてください。)

- 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。
- 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2 該当する意見にチェックの上返信して下さい。

- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切である。

(推奨する治療: \_\_\_\_\_)

- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 \_\_\_\_\_

(注) 1 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。  
2 本意見書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が記載する必要があります。

様式第3号（第6条関係）（用紙 日本産業規格B7縦型）  
（表）

肝炎治療受給者証 (インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療・インターフェロンフリー治療)									
公費負担番号									
公費負担医療 の受給者番号									
受給者	住 所								
	氏 名								
	生 年 月 日	年 月 日				男 ・ 女			
疾 病 名									
保 険 医 療 機 関	所 在 地								
	名 称								
有 効 期 間		自	年 月 日		至	年 月 日			
月 額 自 己 負 担 限 度 額									円
都道府県知事名 及 び 印									
交 付 年 月 日		年 月 日							

注意事項

- 1 この受給者証を交付された方は、保険診療によりC型肝炎ウイルスを除去するためのインターフェロン治療若しくはインターフェロンフリー治療あるいは、B型慢性肝炎に対するインターフェロン治療若しくは核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この受給者証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うことになります。  
※静岡県知事が発行する受給者証は、保険医療機関又は保険薬局であれば、県内・県外を問わず使用できます。
- 2 肝炎治療特別促進事業の対象となる医療は、この受給者証に記載された疾患に対する治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、この受給者証を必ず窓口へ提出してください。
- 4 氏名、住所又は月額自己負担限度額に変更があったときは、14日以内に静岡県知事（保健所）にその旨届け出てください。  
また、県外へ転出する方で、引き続き肝炎治療費の助成を希望する場合は、この受給者証の写しを転出日の属する月の翌月の末日までに転出先の都道府県知事に提出してください。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この受給者証を速やかに静岡県知事（保健所）に返還してください。

◎ 問合せ先


肝炎治療特別促進事業

（目的）

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療）によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療については月額の医療費が高額となること、また、長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては国民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

### 肝炎治療月額自己負担限度額管理票

年 月分

受給者氏名		受給者番号	
-------	--	-------	--

月額自己負担限度額 円

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印

日付	医療機関の名称	自己負担額	月間自己負担累計額	自己負担額徴収印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

**【医療機関等の方へ】**


本票に記載された月額自己負担限度額は、インターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療を併用する方の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する1人当たりの限度額となりますので、ご注意ください。

様式第5号（第6条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

肝炎治療費用の助成不承認通知書

第 号  
年 月 日

様

静岡県知事 川勝 平太 

平成 年 月 日付けで申請のあった肝炎治療受給者証交付申請について審査した結果、下記の理由により承認できないのでお知らせします。

記

理由	
----	--

様式第5号の2 (第6条の2関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)

(表)

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書 (6か月延長用)

年 月 日

静岡県知事 氏名 様

住 所 (〒 - )

申請者 氏 名 ㊟

電話番号 ( ) -

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※以下の項目すべてに記入してください。

受給者番号								
現行有効期間	自	年	月	日	至	年	月	日

(注)

- 1 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
- 2 記入漏れがある場合などは、承認されないことがありますのでご注意ください。

(裏)

(担当医記載欄)

『申請者( )は、「C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法における投与期間延長(72週間投与)の基準を満たす。」と認められるので、48週に引き続き、投与を72週に延長して行う必要があると判断する。』

(以下の事項をすべて確認の上、署名又は記名押印してください。)

記載年月日 年 月 日

医療機関名 ( )

所在地 (〒 - )

担当医師名 ( ) 印

確認事項

担当医師は、該当する場合、共通項目の□、かつ、(1)又は(2)の□にチェックを入れてください。

(有効期間延長の認定には、共通項目のすべての□、かつ、(1)又は(2)のすべての□にチェックが入っていることが必要です。)

(共通項目)

- 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量である。
- 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週に連続して24週を延長するもので、治療開始から最大で72週である。[変更後の予定期間は( 年 月～ 年 月)]
- (1) 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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、『今回の治療において、HCV-RNAが投与開始後36週目までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので、48週に引き続き投与を72週に延長して行う必要があると判断する。
  - 申請者は、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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者である。
  - 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後( )週目で継続中である。(一時休薬期間は除く。)
  - 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
    - 投与開始後、継続的に治療を続け、投与開始後36週目までにHCV-RNAが陰性化(一時休薬期間は除く。)
- (2) (1)に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始12週後にHCV-RNA量が前値の1/100以下に低下するが、Real time PCRの検査の結果、HCV-RNAが陽性で、36週目までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので、48週に引き続き投与を72週に延長して行う必要があると判断する。
  - 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の標準的治療(48週)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後( )週目で継続中である。(一時休薬期間は除く。)
  - 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
    - 投与開始後、継続的に治療を続け、
      - 投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ、HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下
      - 投与36週目までにHCV-RNAが陰性化(一時休薬期間は除く。)

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

様式第5号の3 (第6条の2関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)

(表)

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書 (2か月延長用)

年 月 日

静岡県知事 氏名 様

住 所 (〒 - )

申請者 氏 名 ㊟

電話番号 ( ) -

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

私は、インターフェロン投与期間において、以下の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※以下の項目すべてに記入してください。

受給者番号								
現行有効期間	自	年	月	日	至	年	月	日
期間延長を必要とする要因	1 重大な副作用の発生による治療中断のため 2 他の疾患の罹患による治療中断のため 3 その他申請者の責に帰することのできない事由による治療中断のため  ( )							

(注)

- 1 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
- 2 記入漏れがある場合などは、承認されないことがありますのでご注意ください。

(裏)

(担当医記載欄)

申請者（ ）について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える（計2か月までの延長）可能性があるため、肝炎治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断する。

※署名又は記名押印してください。

記載年月日 年 月 日

医療機関名 ( )

その所在地 ((〒 - ) )

担当医師名 ( ) 印

電話番号 (( ) - )

(注) なお、副作用等の要因について、静岡県担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。

様式第6号（第8条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

肝炎治療受給者証記載事項変更届

氏名		受給者番号							
住所									
変更内容									
項目	変更前			変更後					
ふりがな氏名									
住所									
<p>肝炎治療受給者証の記載事項を変更したので届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>静岡県知事 様</p> <p style="text-align: right;">届出者 氏名 _____ ㊟ (氏名を自署する場合は、押印は不要です。)</p>									



肝炎治療月額自己負担限度額変更申請書 (課税年額変更用)

年 月 日

静岡県知事 氏名 様

住 所 (〒 - )

申請者 氏 名

電話番号 ( ) -

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

下記の事由により、世帯の市町村民税課税年額に変更が生じたため、自己負担限度額の変更について申請します。

記

世帯の市町村民税課税年額の合算額に変更が生じた事由 (該当に○を記入する。)

- 1 受給者証交付申請時の住民票上の世帯構成に変更が生じたため
- 2 受給者証交付申請時の市町村民税課税年額が変更されたため

(注) 変更後の世帯の市町村民税課税年額の算出に必要な資料を併せてご提出ください。

様式第7号（第9条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

肝炎治療受給者証再交付申請書				
申請者	ふりがな 氏名		性別	男女
	生年月日	年 月 日	職業	
	住所	(電話 )		
	受給者番号			
申請理由	1. 破損・汚損 2. 紛失 3. 盗難 4. その他 ( )			
(備考)				
<p>肝炎治療受給者証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>静岡県知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____ (印) (氏名を自署する場合は、押印は不要です。)</p>				

(注) 破損又は汚損の場合は、破損し、又は汚損した肝炎治療受給者証を添えてください。

様式第8号（第9条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

肝炎治療受給者証返還届		
受 給 者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	受給者番号	
届出理由	1. 県外転出 2. 病気の治癒 3. 死亡 4. 他法適用（生活保護等） 5. その他（ ）	
発生日	年 月 日	転居 治癒 死亡 認定 ( )
転出先 (県外転出の場合に記入)		
備 考		
<p>肝炎治療受給者証及び肝炎治療月額自己負担限度額管理票を返還します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>静岡県知事 様</p> <p style="text-align: right;">届出者 氏名 _____ ㊟ (氏名を自署する場合は、押印は不要です。)</p>		

## 肝炎治療費請求書

静岡県知事 様

静岡県肝炎治療特別促進事業の治療費として下記のとおり請求します。

なお、私が記載した保険診療分患者一部負担額の合計額と交付決定額が異なる場合には、交付決定額を請求額として取り扱うことに同意します。

保険診療分患者一部負担額 合計額（請求額）  <div style="text-align: right;">円</div>	請求者	年 月 日 ( 千 一 )  住 所  氏 名  受 給 者 との続柄                      電話番号                      -                      -
交付決定額（正当請求額）  <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <div style="text-align: right;">円</div>		
請求対象  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     年                      月 診療分                 </div>		

**（振込先口座）**

金融機関名（該当に○）、支店名	預金種別（該当に○）、口座番号	口座名義人（請求者本人）
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金 ・ 当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

**（添付書類）**

この請求書には、次の書類を添付してください。

- 1 肝炎治療費証明書（様式第10号）
- 2 医療保険の資格情報が確認できる資料（資格確認書の写し等）
- 3 請求者（受給者）の肝炎治療受給者証の写し
- 4 請求者（受給者）の肝炎治療月額自己負担限度額管理票の写し
- 5 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書
- 6 振込先口座の口座番号等が確認できる資料（通帳又はキャッシュカードの写し等）
- 7 その他知事が必要と認める書類

**（注）**

- 1 太枠内の該当事項は、全て請求者が記入してください。太枠以外の欄は記入しないでください。
- 2 請求書は月ごとに作成してください。別々の月の分を1枚の請求書にまとめて請求することはできません。
- 3 高額療養費制度により、保険者から患者一部負担額の一部が支給される場合、請求額と交付決定額に差が生じることがあります。高額療養費の支給対象となる場合は、保険者に支給申請を行ってください（本事業を併用する旨を申告してください。）。
- 4 交付決定額（支払額）について疑問点があれば請求先までお問い合わせください。

## 肝炎治療費証明書

### (受給者証記載事項)

受給者番号	受給者氏名	月額自己負担限度額 (該当に○)
年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日	1 万円      2 万円
受給者証有効期間		
年 月 日 ~ 年 月 日		

### (肝炎治療費証明事項内容)

※本証明の対象となる費用は、上記受給者が受給者証有効期間内に受療した静岡県肝炎治療特別促進事業の対象となる肝炎治療に係る医療費、薬剤費に限ります。  
 ※肝炎治療月額自己負担限度額管理票 (様式第 4 号) に記載済の医療費、薬剤費は本証明の対象となりません。

診療年月	受給者の加入医療保険 (該当に○)		区分	期間 (入院) 診療実日数 (入院外・調剤)	診療報酬明細書の保険診療分総医療費 (請求点×10) A	社会保険等負担額 B (= A - C)	保険診療分患者一部負担額 (領収額) C
	種別	自己負担					
年 月	1:協会けんぽ 2:組合 3:船員 4:共済 5:国保組合 6:国保一般 7:国保退職者 8:後期高齢者	3 割 2 割 1 割	入院	日 ~ 日	円	円	円
			入院外	延べ 日	円	円	円
			調剤	延べ 日	円	円	円
年 月	1:協会けんぽ 2:組合 3:船員 4:共済 5:国保組合 6:国保一般 7:国保退職者 8:後期高齢者	3 割 2 割 1 割	入院	日 ~ 日	円	円	円
			入院外	延べ 日	円	円	円
			調剤	延べ 日	円	円	円
年 月	1:協会けんぽ 2:組合 3:船員 4:共済 5:国保組合 6:国保一般 7:国保退職者 8:後期高齢者	3 割 2 割 1 割	入院	日 ~ 日	円	円	円
			入院外	延べ 日	円	円	円
			調剤	延べ 日	円	円	円
年 月	1:協会けんぽ 2:組合 3:船員 4:共済 5:国保組合 6:国保一般 7:国保退職者 8:後期高齢者	3 割 2 割 1 割	入院	日 ~ 日	円	円	円
			入院外	延べ 日	円	円	円
			調剤	延べ 日	円	円	円

### (証明書発行保険医療機関、保険薬局)

上記のとおり相違ないことを証明します。

証明日                      年              月              日

所在地                      (〒              -              )

名 称

代表者

電話番号                      -              -

事業所番号 (県番号 2 桁 区分番号 1 桁 機関コード 7 桁)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

添付証明書全	枚中
	枚目

※保健所記入

- (注) 1 太枠内の該当事項は全て保険医療機関、保険薬局が記入してください。  
 2 記載の訂正は、該当箇所を二重線で抹消し、訂正印 (本証明書に押し印) を押印し、正しい字句を書き添えてください。  
 3 本証明書の記載内容については、後日静岡県から問合せをすることがありますので、写しを保存されるようお願いいたします。  
 4 記載方法に不明な点がある場合は、あらかじめ静岡県にお問い合わせください。