

## 埼玉県肝炎治療特別促進事業実施要綱

H20. 8. 25 一部改正・施行、H21. 4. 1 一部改正・施行、H21. 10. 1一部改正・施行、  
H22. 4. 1 一部改正・施行、H23. 4. 1 一部改正・施行、H23. 9. 26一部改正・施行、  
H23. 12. 26一部改正・施行、H25. 12. 4 一部改正・施行、H26. 9. 19一部改正・施行、  
H26. 12. 15一部改正・施行、H27. 6. 9 一部改正・施行、H27. 12. 1一部改正・施行、  
H28. 4. 1 一部改正・施行、H28. 11. 18一部改正・施行、H29. 2. 24一部改正・施行、  
H29. 3. 31 一部改正・施行、H29. 11. 22一部改正・施行、H30. 4. 10一部改正・施行、  
H31. 3. 29 一部改正・施行、R3. 4. 1 一部改正・施行、R4. 3. 15 一部改正・施行、  
R4. 10. 1 一部改正・施行、R8. 3. 1 一部改正・施行

### 第1 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、これらの抗ウイルス治療は、月額の治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治療費が高額となることから、早期治療の促進のため、これらの抗ウイルス治療に係る治療費を助成し、患者の治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、ひいては県民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

### 第2 実施機関

埼玉県が実施主体となり、医療機関等関係団体の協力を得て実施する。

### 第3 対象医療

この事業の対象となる医療は、C型肝炎ウイルスの根治を目的として行われるインターフェロン治療とインターフェロンフリー治療及びB型ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療とインターフェロン治療で、保険適用となっているものとする。

- 2 当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等については助成の対象とするが、当該治療と無関係な治療は助成の対象としないものとする。
- 3 対象医療の認定基準は別紙1のとおりとする。

### 第4 対象患者

この事業の対象となる者は、次に定めるものすべてを満たす者とする。

- (1) 県内に住所を有する者
- (2) 第3に掲げる対象医療を必要とする患者であって、医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、保険医療機関等（健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）において当該疾患に関する医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付を受けている者とする。  
ただし、他の法令の規定により国又は地方公共団体の負担により第3に掲げる対象医療に関する給付が行われる者は除くものとする。

## 第5 助成期間

助成の期間は、原則として同一患者について1か年以内で、治療予定期間に即した期間とする。

- 2 核酸アナログ製剤治療については、医師の継続治療を認める場合、更新を認めることができるものとする。
- 3 第1項の規定にかかわらず、別紙2の要件を満たすときは、助成期間を延長することができるものとする。

## 第6 実施方法

事業の実施は、埼玉県が第3に定める対象医療を適切に行うことができる保険医療機関等のうち、第17で知事が指定した者（以下「指定医療機関」という。）に対し、当該事業に必要な費用に相当する金額を交付することにより行うものとする。

- 2 前項の金額は、次の（1）に規定する額から（2）に規定する対象患者（第9で医療給付の決定を受けた者（以下「受給者」という。）に限る。）が負担する額を控除した額とする。
  - （1）医療保険各法の規定による医療又は後期高齢者医療の医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該治療に要する費用の額の合計額から、医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額
  - （2）1か月につき別表に定める額を限度とする額
- 3 給付方法は、指定医療機関において現物給付の方法により行う。ただし、指定医療機関以外の保険医療機関等での医療、その他現物給付を行うことが困難であると認められる場合は、療養費を支給することができるものとする。

## 第7 埼玉県肝炎治療等認定協議会の設置

この事業の適正かつ円滑な実施を図るため、埼玉県肝炎治療等認定協議会（以下「協議会」という。）を置くものとする。

協議会の組織運営に関する事項は、知事が別に定めるものとする。

## 第8 医療給付の申請

申請は、対象患者又はその扶養義務者若しくは代理人（以下「申請者」という。）が肝炎治療受給者証交付申請書（様式1号）に次の各号に掲げる書類を添えて、管轄保健所長を經由して知事に提出するものとする。

- （1）肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（様式2号～様式2号の6）
- （2）世帯調書（兼 市町村民税額世帯合算対象除外申告書）（様式3号）
- （3）世帯全員の住民票の写し
- （4）世帯全員の市町村民税の課税年額を証明する書類の写し
- （5）必要に応じて別に定める書類

\*マイナンバーを用いた情報連携によって確認することが可能な場合の取扱いについては別に定める。

- 2 更新申請は、申請者が肝炎治療受給者証交付申請書（様式1号の2）に次の各号に掲げる書類を添えて、管轄保健所長を經由して知事に提出するものとする。
  - （1）肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書（様式1号の3）（別に定めるところ）

- ろにより、様式1号の4又は様式1号の5に代えることができる。)
- (2) 世帯調書(兼 市町村民税額世帯合算対象除外申告書) (様式3号)
  - (3) 世帯全員の住民票の写し
  - (4) 世帯全員の市町村民税の課税年額を証明する書類の写し
  - (5) 必要に応じて別に定める書類

\*マイナンバーを用いた情報連携によって確認することが可能な場合の取扱いについては別に定める。

## 第9 医療給付の決定

知事は第8に定める申請書を受理したときは、速やかに内容を審査し、必要ある場合は第7に定める協議会の意見を聴し、給付の申請の承認、不承認の決定をするものとする。

- 2 知事は、前項の規定により給付申請の承認を決定したときは、肝炎治療受給者証(様式4号。以下「受給者証」という。)及び自己負担限度月額管理票(以下「管理票」という。)を、管轄保健所長を経由して申請者に交付するものとする。
- 3 知事は、第1項の規定により給付の不承認の決定をしたときは、肝炎治療医療費助成の不承認について(様式5号)により、管轄保健所長を経由して申請者に通知するものとする。
- 4 他の都道府県知事の交付した受給者証を所持する患者が、県内に転入し、引き続き受給者証の交付を受けようとする場合には、転入日の属する月の翌月末日までに転入前に交付されていた受給者証の写しを添えて知事に届け出るものとする。

知事は届出の内容を確認後、速やかに受給者証を交付する。

なお、この場合における受給者証の有効期間は、転入日から転入前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。

## 第10 受給者証等の提示

受給者が医療の給付を受けるときは、保険証、受給者証及び管理票を指定医療機関に提示するものとする。

## 第11 自己負担限度月額管理の取扱い

管理票を提示された指定医療機関は、受給者から自己負担を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が支払った自己負担の累積額を管理票に記載するものとする。また、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額管理額の上限に達した場合には、管理票の所定欄にその旨を記載するものとする。

なお、当該自己負担限度月額は、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者の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する1人当たりの限度月額として取り扱うものであること。

- 2 受給者から、当該月の自己負担の累積額が、自己負担限度月額管理額の上限に達した旨の記載のある管理票の提示を受けた指定医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。

## 第12 受給者証の再交付

受給者証を紛失、破損又は汚損したときは、再交付を受けることができるものとし、この場合、申請者は、肝炎治療受給者証再交付申請書(様式6号)に受給者証(紛失した場合を除く。)を添えて、管轄保健所長を経由して知事に申請するものとする。

### 第13 受給者証の返還

受給者が次の各号の一に該当するときは、速やかに知事に受給者証を返還するものとする。

- (1) 医療の必要がなくなった時
- (2) 受給者証の有効期間が満了した時
- (3) 第4に定める要件を欠くに至った時

### 第14 医療費等の請求及び審査支払

指定医療機関が受給者に係る医療費を請求するときは、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）に基づき、診察（調剤）報酬請求書に診察（調剤）報酬明細書を添えて、これを当該診察（調剤）報酬請求書の審査支払機関に提出して行うものとする。

- 2 知事は、前項の規定により請求された医療費等の審査支払に関する事務を埼玉県国民健康保険団体連合会及び埼玉県社会保険診療報酬支払基金に委託して行うものとする。

### 第15 療養費の支給申請及び支払

第6第3項ただし書により、療養費の支給を受けようとするときは、申請者は肝炎治療療養費支給申請書（様式7号）及び療養証明書（様式7号の2）により管轄保健所長を経由して、知事に請求するものとする。

- 2 知事は、前項の規定による肝炎治療療養費支給申請書を受理し、その内容を審査し適正なものとして認められたときは、申請者に速やかに支払うものとする。

### 第16 届出事項

申請者は、申請書の記載事項に変更があったときは、肝炎治療受給者証交付申請書等記載事項変更届（様式8号）に受給者証を添えて、速やかに管轄保健所長を経由して、知事に届け出るものとする。

また、自己負担限度月額算定に必要な事項に変更があったときは、肝炎治療自己負担限度月額変更申請書（様式8号の2）に受給者証を添えて、管轄保健所長を経由して、知事に届け出るものとする。

### 第17 指定医療機関

知事は、第3に定める対象医療を適切に行うことが可能な保険医療機関等を指定医療機関とすることができる。

- 2 指定医療機関の指定は、指定を希望する保険医療機関が指定医療機関指定申請書（様式9号）を知事に提出し行うものとする。
- 3 指定医療機関は、その名称、所在地等に変更が生じたときは速やかに指定医療機関変更届出書（様式9号の2）により知事に届け出るものとする。
- 4 指定医療機関が廃止又は第3に定める対象医療を行うことができなくなったときは、速やかに指定医療機関辞届出書（様式9号の3）により知事に届け出るものとする。

### 第18 関係者の留意事項

知事は、患者等に与える精神的影響を考慮して、本事業によって知り得た事実の取扱について慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定され得るものに係る情報の取扱に

については、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対してもその旨指導するものとする。

#### 第19 本事業の一部改正（令和4年3月15日施行分）に係る経過措置

令和4年3月14日以前において、既に委託医療機関等として県と委託契約を締結している保険医療機関等又は指定医療機関として指定を受けている保険医療機関等については、本事業の一部改正（令和4年3月15日施行分）による改正後の第17に規定する指定医療機関とみなす。

#### 附 則

- この要綱は、平成20年 4月 1日から施行する。
- この要綱は、平成20年 8月25日から施行する。
- この要綱は、平成21年 4月 1日から施行する。
- この要綱は、平成21年10月 1日から施行する。
- この要綱は、平成22年 4月 1日から施行する。
- この要綱は、平成23年 4月 1日から施行する。
- この要綱は、平成23年 9月26日から施行する。
- この要綱は、平成23年12月26日から施行する。
- この要綱は、平成25年12月 4日から施行する。
- この要綱は、平成26年 9月19日から施行する。
- この要綱は、平成26年12月15日から施行する。
- この要綱は、平成27年 6月 9日から施行する。
- この要綱は、平成27年12月 1日から施行する。
- この要綱は、平成28年 4月 1日から施行する。
- この要綱は、平成28年11月18日から施行する。
- この要綱は、平成29年 2月24日から施行する。
- この要綱は、平成29年 3月31日から施行する。
- この要綱は、平成29年11月22日から施行する。
- この要綱は、平成30年 4月10日から施行する。
- この要綱は、平成31年 3月29日から施行する。
- この要綱は、令和 3年 4月 1日から施行する。
- この要綱は、令和 4年 3月15日から施行する。
- この要綱は、令和 4年10月 1日から施行する。
- この要綱は、令和 8年 3月 1日から施行する。

## 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ったものは、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

#### (1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

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、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。

※1 上記については、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による 3 剤併用療法に係る治療歴のある場合は、副作用等の事由により十分量の 24 週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において 2 回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

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ケース

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 週投与が行われたケース

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として 2（2）に係る治療歴がある場合は、助成の申請にあたっては、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。

## (2) 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、2.（1）及び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による 3 剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。
- ※2 上記のうち、C 型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A の C 型代償性肝硬変の初回治療の場合は、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（初回）」を作成すること。ただし、埼玉県が適当と定める医師が作成してもよい。
- ※3 上記のうち、Child-Pugh 分類 B 又は C の C 型非代償性肝硬変の初回治療の場合は、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（初回）」を作成すること。
- ※4 上記のうち、再治療の場合は、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の判断を踏まえた上で、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（再治療）」を作成すること。

## 別紙2

### 助成期間の延長に関する要件

1 例外的に有効期間について1年を超えて認める場合は、次のとおりとする。ただし、少量長期療法については、対象としない。

(1) C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）型かつ高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師が72週投与（48週プラス24週）が必要と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長が必要と認められる場合。

(2) 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合、上記（1）とは別に、最大2か月を限度とする期間延長が必要と認められる場合。ただし、再治療（再投与）及びインターフェロンフリー治療については、対象としない。

2 上記1の「一定の条件」とは、次のとおりとする。

1 (1) について

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が陰性化した方が再燃した方で、今回の治療において、「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当する場合。

② ①に該当しない者であり、今回の治療において、「投与開始後12週後にHCV-RNA量が前値(※)の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性（Real time PCR）で、36週までに陰性化した症例」に該当する場合

(別表)

肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表

階層区分		自己負担限度額（月額）
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が 235,000円未満の場合	10,000円

- ※ 平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「控除廃止の影響を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うものとする。
- ※ 平成30年度以降の年度分の指定都市に住所を有する者の市民税（所得割）については、「地方税法及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）」第1条による改正前の地方税法に規定する市民税の所得割の標準税率（6%）により算定された所得割額を用いて、自己負担限度額の算定を行うものとする。

## 【埼玉県肝炎治療特別促進事業実施要綱・様式 一覧】

- 様式 1 号 肝炎治療受給者証交付申請書（新規・転入）
- 様式 1 号の 2 肝炎治療受給者証交付申請書（核酸アナログ製剤治療・更新）
- 様式 1 号の 3 肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書
- 様式 1 号の 4 様式 1 号の 3 に代えて申請する様式（核酸アナログ製剤治療・更新用 1）
- 様式 1 号の 5 様式 1 号の 3 に代えて申請する様式（核酸アナログ製剤治療・更新用 2）
- 様式 2 号 肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（新規）
- 様式 2 号の 2 肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（2 回目・3 回目）
- 様式 2 号の 3 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）
- 様式 2 号の 4 肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書（初回）
- 様式 2 号の 5 肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書（再治療）
- 様式 2 号の 6 肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書
- 様式 2 号の 7 インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書
- 様式 3 号 世帯調書（兼 市町村民税額世帯合算対象除外申告書）
- 様式 4 号 肝炎治療受給者証  
（肝炎治療自己負担限度月額管理票）
- 様式 5 号 肝炎治療医療費助成の不承認について（通知）
- 様式 6 号 肝炎治療受給者証再交付申請書
- 様式 7 号 肝炎治療療養費支給申請書
- 様式 7 号の 2 療養証明書
- 様式 8 号 肝炎治療受給者証交付申請書等記載事項変更届
- 様式 8 号の 2 肝炎治療自己負担限度月額変更申請書
- 様式 9 号 指定医療機関指定申請書
- 様式 9 号の 2 指定医療機関変更届出書
- 様式 9 号の 3 指定医療機関辞退届出書

## 肝炎治療受給者証交付申請書（新規・転入・2回目）

受給開始希望月 月

階層 甲・乙

【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】（←該当する治療に○）

対 象 患 者	フリガナ										
	氏名	姓				名					
	住所	〒 ー 埼玉県									
	電話番号	( )									
	生年月日	年 月 日 ( 歳)			性別	1 男 2 女					
	加入医療 保険等	被保険者氏名				患者との続柄					
		保険種別	協・組・共・国・後			記号・番号					
保険者名											
	所在地										
病名											
本助成制度の 利用歴	1 あり（受給者番号：( ) 有効期間 年 月～ 年 月） 2 なし										
診断書記載 医療機関名称	名称										
	所在地										
医療機関名称	名称										
	所在地										
調剤薬局名称	名称										
	所在地										
<p>（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。</p> <p>（あて先） 埼玉県知事</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>											
<p>○ 世帯の市町村民税（所得割）課税年額（申請時点の課税年額）が、235,000円以上なので、自己負担額が最高額になることを承諾し、市町村民税額等を証明する書類は提出しません。</p> <p>氏名： ↑ 該当する場合に記載してください。</p>		申請者 (代理人)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">氏名</td> <td>患者との続柄( )</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">↑ 申請者が、上記患者と同様の場合には、記載の必要はありません。</p>			氏名	患者との続柄( )	住所		電話番号	
氏名	患者との続柄( )										
住所											
電話番号											

(注) ■添付書類：①診断書 ②世帯調書(兼 市町村民税額世帯合算除外申告書) ③住民票 ④市町村民税(所得割)が証明できる書類 ⑤必要に応じて別に定める書類(加入医療保険が確認できるもの等) \*マイナンバーにより省略できるものがあります。

■インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療を行う予定(治療中を含む)で、認定基準に定める一定の要件を満たした場合に限り、再治療の制度利用が可能です。→「再治療」申請扱い

■B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療実施中の者(本制度利用者)で、医師が治療継続が必要と認める場合、更新が可能です。→「更新」申請は、別の申請様式(様式1号の2)となりますので、ご注意ください。

## 肝炎治療受給者証交付申請書（核酸アナログ製剤治療・更新）

対 象 患 者	フリガナ										
	氏 名	姓			名						
	住 所 (住民票記載)	〒 _____ 埼玉県									
	電 話 番 号	( _____ )									
	受給者証送付先 (住民票と異なる 場合記入)	〒 _____ (都・道・府・県)									
者	生 年 月 日	年 月 日 ( _____ 歳)		性 別	1 男 2 女						
	加 入 医 療 保 険 等	被保険者氏名			患者との続柄						
		保 険 種 別	社保・国保・後期		記号・番号						
		保 険 者 名									
		所 在 地									
病 名											
更新する受給者証	受給者番号 ( _____ )										
	有効期間： _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月										
受 診 医療機関名称	名 称 _____										
	所在地 _____										
<p>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（核酸アナログ製剤治療）の更新を申請します。</p>											
<p>(あて先) 埼玉県知事</p> <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-right: 50px;">             年 月 日         </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>○ 世帯の市町村民税（所得割）課税年額（申請時点の課税年額）が、235,000円以上なので、自己負担額が最高額になることを承諾し、市町村民税額等を証明する書類は提出しません。</p> <p>氏 名： _____</p> <p>↑ 該当する場合に記載してください。</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>申請者 (代理人)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">氏 名</td> <td>患者との続柄 ( _____ )</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> </table> <p>↑ 申請者が、上記患者と同様の場合には、記載の必要はありません。</p> </div>						氏 名	患者との続柄 ( _____ )	住 所		電話番号	
氏 名	患者との続柄 ( _____ )										
住 所											
電話番号											

(注) ■ 添付書類

- ①様式1号の3「肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書」、様式1号の4「様式1号の3に代えて申請する様式（核酸アナログ製剤治療・更新用1）」又は様式1号の5「様式1号の3に代えて申請する様式（核酸アナログ製剤治療・更新用1）」のうちのいずれか ②世帯調書（兼 市町村民税額世帯合算対象除外申告書） ③住民票 ④市町村民税（所得割）が証明できる書類 ⑤必要に応じて別に定める書類（加入医療保険の内容が確認できるものの写し等） \*マイナンバーにより省略できるものがあります
- 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型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療実施中の者（本制度利用者）で、医師が治療継続が必要と認める場合、更新が可能です。
- 「更新」申請は、現行有効期間の満了月前2か月までにお住まいを管轄する保健所にご提出ください。（ただし、更新申請受付開始可能月は、継続治療開始月前3か月以内とします。）



## 認 定 基 準

### 【核酸アナログ製剤治療に係る医療費助成】

#### 《B型肝炎ウイルス関連》

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実施中の者であり、医師が治療継続が必要と認める場合

※ 診断書又は検査内容が分かる書類が提出された認定以降3回目の申請用  
埼玉県 様式1号の4 (核酸アナログ製剤治療・更新用1)

## 治療状況確認票

この用紙に署名の上、①②の書類を添付して提出してください。

「肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書」(様式1号の3)に代えて、下記①と②を添付して申請します。

申請者氏名 : \_\_\_\_\_

①・②とも、現在お持ちの受給者証の有効期間開始日以降に発行されたものであることを確認してください。

1

血液検査の内容が分かる書類

【例】検査結果報告書の写し 等

下記の全ての項目が必要です

検査をした項目にチェック☑を入れてください

- HBs抗原量(単位・測定法)
- HBe抗原(+・-)
- HBe抗体(+・-)
- HBV-DNA定量(単位・測定法)
- AST
- ALT
- 血小板数

2

「服用中の薬剤名」 } 分かる  
「処方した医療機関名」 } 書類

【例】処方せん・お薬手帳の写し 等

服用中の全ての薬剤名にチェック☑を入れてください

一般名	製品名
エンテカビル	<input type="checkbox"/> エンテカビル®
	<input type="checkbox"/> パラクルード®
テノホビル	<input type="checkbox"/> テノゼット®
	<input type="checkbox"/> ベムリディ®
ラミブジン	<input type="checkbox"/> ゼフィックス®
アデホビル	<input type="checkbox"/> ヘプセラ®

※ 診断書又は検査内容が分かる書類が提出された認定以降2回目までの申請用  
埼玉県 様式1号の5 (核酸アナログ製剤治療・更新用2)

## 治療状況確認票

この用紙に署名の上、下記の書類を添付して提出してください。

「肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書」(様式1号の3)  
に代えて、下記の書類を添付して申請します。

申請者氏名 :

現在お持ちの受給者証の有効期間開始日以降に  
発行されたものであることを確認してください。

「服用中の薬剤名」  
「処方した医療機関名」 } 分かる  
書類

【例】処方せん・お薬手帳の写し 等

服用中の全ての薬剤名にチェック☑を  
入れてください

一般名	製品名
エンテカビル	<input type="checkbox"/> エンテカビル®
	<input type="checkbox"/> バラクルード®
テノホビル	<input type="checkbox"/> テノゼット®
	<input type="checkbox"/> ベムリディ®
ラミブジン	<input type="checkbox"/> ゼフィックス®
アデホビル	<input type="checkbox"/> ヘプセラ®

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

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	〒 電話番号 ( )		前医 (あれば 記載する)	医療機関名 医師名	
診断年月	年 月	インターフェロン 治療歴等	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 初回 ・ 2. その他 <span style="background-color: #cccccc;">該当番号を○で囲んでください。</span> <input type="checkbox"/> 本助成制度の利用歴 有・無(期間 年 月 ~ 年 月)		
過去の 治療歴	該当する項目にチェックしてください。また、チェックした場合、( )のこれまでの治療内容の該当項目を○で囲んでください。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)単独療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)+リバビリン併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン、リバビリン+プロテアーゼ阻害剤(薬剤名: _____) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> 治療歴なし 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> 治療歴なし				
検査所見	※今回の治療開始前の所見を記入してください。 <span style="background-color: #cccccc;">1又は2と3は必須項目です。</span> 1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> HBs抗原( + ・ - ) <input checked="" type="checkbox"/> HBe抗原( + ・ - ) <input checked="" type="checkbox"/> HBe抗体( + ・ - ) <span style="background-color: #cccccc;">該当する方を○で囲んでください。</span> <input checked="" type="checkbox"/> HBV-DNA定量 _____ (単 位: _____、測定法: _____) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> HCV-RNA定量 _____ (単 位: _____、測定法: _____) <span style="background-color: #cccccc;">該当するセロタイプ等を○で囲んでください。</span> <input checked="" type="checkbox"/> ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ 1・セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ 2 3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> AST _____ IU/l <input checked="" type="checkbox"/> ALT _____ IU/l <input checked="" type="checkbox"/> 血小板数 _____ 万/μl 4. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見: _____)				
診断	<input checked="" type="checkbox"/> 診断(該当項目にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> B型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型代償性肝硬変				
肝がんの 合併	<input checked="" type="checkbox"/> 肝がんの合併(該当番号等を○で囲んでください。) 1. あり(治療中・治療後) 2. なし				
治療内容 及び期間	<input checked="" type="checkbox"/> 治療内容(該当番号を○で囲んでください。) 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. その他(具体的に記載してください。) { _____ } <input checked="" type="checkbox"/> 治療予定期間 週( 年 月 ~ 年 月) <span style="background-color: #cccccc;">必須項目です。</span>				
治療上の 問題点					
(〒 _____) 所在地			記載年月日	年 月 日	
医療機関名			電話番号	医師氏名	
<input checked="" type="checkbox"/> 該当する口欄にレ点を入れてください。→		<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 埼玉県肝炎医療研修会受講修了者(受講者番号: 第 _____ 号)			

※この診断書に記載できるのは、①日本肝臓学会肝臓専門医、②埼玉県肝炎医療研修会受講修了者のいずれかの医師のみに限られます。ただし、インターフェロンフリーに係る治療歴がある場合は、①日本肝臓学会肝臓専門医に限ります。

- (注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
 2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(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. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。  
 4. 埼玉県肝炎医療研修会とは、埼玉県が肝疾患診療連携拠点病院に委託して実施する肝炎医療研修会のことをいいます。

## 【インターフェロン治療に係る認定基準】

### 1 B型肝炎ウイルス関連

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ったものは、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 C型肝炎ウイルス関連

インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用療法について

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、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。

※1 上記については、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による3剤併用療法に係る治療歴のある場合は、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、上記の基準を満たし、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

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ケース

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週投与が行われたケース

※3 上記のうち、インターフェロンフリー治療歴がある場合は、助成の申請にあたっては、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。

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目・3回目)

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)	
住所	〒 ( ) 電話番号 ( )		前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名
診断年月	年 月	■本助成制度の利用歴 1. あり 2. なし	有効期間: 年 月 ~ 年 月	
過去の治療歴	該当する項目にチェックしてください。また、チェックした場合、( )のこれまでの治療内容の該当項目を○で囲んでください。 1. B型慢性肝炎の場合 <input type="checkbox"/> インターフェロン単独療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン単独療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) 2. C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変の場合 (1) インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)単独療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)+リビリン併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <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ケース 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ビリン併用療法による72週投与が行われたケース <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン、リビリン+プロテアーゼ阻害剤(薬剤名: _____) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> 治療歴なし (2) インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり(薬剤名: _____) (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> 治療歴なし			
検査所見	※今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入してください。 <b>1又は2と3は必須項目です。</b> 1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) ■HBs抗原(+-) ■HBe抗原(+-) ■HBe抗体(+-) <b>該当する方を○で囲んでください。</b> ■HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) <b>該当するセロタイプ等を○で囲んでください。</b> ■HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) ■ウイルス型 セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ 1・セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ 2 3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) ■AST _____ IU/l ■ALT _____ IU/l ■血小板数 _____ 万/μl 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: _____)			
診断	■診断(該当項目にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> B型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型代償性肝硬変			
肝がんの合併	■肝がんの合併(該当番号等を○で囲んでください。) 1. あり(治療中・治療後) 2. なし			
治療内容及び期間	■治療内容(該当番号を○で囲んでください。)(B型慢性肝炎の場合は3のみが対象) 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. その他(具体的に記載してください。) { ■治療予定期間 _____ 週(年 月 ~ 年 月) <b>必須項目です。</b>			
治療上の問題点				
所在地	(〒 _____) _____ 記載年月日 年 月 日			
医療機関名				
電話番号	医師氏名			
■該当する□欄にレ点を入れてください。→		<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 埼玉県肝炎医療研修会受講修了者(受講者番号: 第 _____ 号)		

※この診断書に記載できるのは、①日本肝臓学会肝臓専門医、②埼玉県肝炎医療研修会受講修了者のいずれかの医師のみに限られます。ただし、インターフェロンフリーに係る治療歴がある場合は、①日本肝臓学会肝臓専門医に限ります。

- (注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
 2. HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(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. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。  
 4. 埼玉県肝炎医療研修会とは、埼玉県が肝炎患診療連携拠点病院に委託して実施する肝炎医療研修会のことをいいます。

## インターフェロン治療に係る医療費助成 (2回目の制度利用) の認定基準

※本助成事業において2回目の助成を受けることができる要件は、以下のとおりです。

### 1 B型肝炎の場合

B型肝炎の場合は、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ったものは、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。

なお、肝がんの合併のないものであること。

### 2 C型肝炎又はC型代償性肝硬変の場合

以下①～③のいずれにも該当しない場合

- 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ケース
- 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週投与が行われたケース
- ③ 肝がん合併のあるもの

※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)治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限りま  
す。

※2 上記のうち、インターフェロンフリー治療歴がある場合は、助成の申請にあたっては、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」を作成してください。

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)

フリガナ 患者氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)
住所 〒 電話番号 ( )	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名
陽性結果	1. 陽性結果の把握の時期 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年より前( 年前) 2. 陽性結果を把握した健診等 <input type="checkbox"/> 入院・検査時 <input type="checkbox"/> 自治体の健診 <input type="checkbox"/> 職場の健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 献血時 <input type="checkbox"/> その他( )	
診断年月	年 月	
現在の治療	<input type="checkbox"/> 現在の核酸アナログ製剤治療の有無 1. あり 2. なし <input type="checkbox"/> 該当する方に○ <input type="checkbox"/> 前段が「1. あり」の場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 1. あり 2. なし	
検査所見 (※1と2は必須)	治療開始前のデータ	1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> HBs抗原量 _____ (単位: _____、測定法: _____) <input type="checkbox"/> HBe抗原( + ・ - ) <input type="checkbox"/> HBe抗体( + ・ - ) <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> AST _____ IU/l <input type="checkbox"/> ALT _____ IU/l <input type="checkbox"/> 血小板数 _____ 万/μl 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載してください。) (検査日: 年 月 日)
	直近のデータ(治療開始後3か月以内の者は記載不要)	1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> HBs抗原量 _____ (単位: _____、測定法: _____) <input type="checkbox"/> HBe抗原( + ・ - ) <input type="checkbox"/> HBe抗体( + ・ - ) <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> AST _____ IU/l <input type="checkbox"/> ALT _____ IU/l <input type="checkbox"/> 血小板数 _____ 万/μl 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載してください。) (検査日: 年 月 日)
診断	<input type="checkbox"/> 診断(該当番号を○で囲んでください。) 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)	
治療内容	<input type="checkbox"/> 治療内容(該当番号を○で囲んでください。) 1. エンテカビル単独 2. ラミブジン単独 3. アデホビル単独 4. ラミブジン+アデホビル 5. テノホビル単独 6. その他(具体的に記載してください。) { _____ } <input type="checkbox"/> 治療開始(予定)日 年 月 日	
治療上の問題点		
(〒 _____ ) 所在地	記載年月日 年 月 日	
医療機関名	医師氏名	
電話番号	<input type="checkbox"/> 該当する口欄にレ点を→ <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 埼玉県肝炎医療研修会受講修了者(受講者番号: 第 _____ 号)	

※この診断書に記載できるのは、①日本肝臓学会肝臓専門医、②埼玉県肝炎医療研修会受講修了者のいずれかの医師のみに限られます。

(注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。なお、記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。  
 2. 記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。ただし「核酸アナログ製剤治療開始前データ」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最も古いデータを記載してください。  
 4. 埼玉県肝炎医療研修会とは、埼玉県が肝炎患診連携拠点病院に委託して実施する肝炎医療研修会のことをいいます。

## 認 定 基 準

### 【核酸アナログ製剤治療に係る医療費助成】

#### 《B型肝炎ウイルス関連》

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

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

フリガナ	性別	生年月日(年齢)	
患者氏名	男・女	年 月 日生	(満 歳)
患者住所	〒	前医 (あれば記載 すること)	医療機関名 医師名
陽性結果	1. 陽性結果の把握の時期 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年より前 <input type="checkbox"/> 不明 2. 陽性結果を把握した健診等 <input type="checkbox"/> 入院・検査時 <input type="checkbox"/> 自治体の健診 <input type="checkbox"/> 職場の健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 献血時 <input type="checkbox"/> その他( )		
診断年月	年 月	本助成制度の 利用歴	■本助成制度の利用歴 1. あり 2. なし 有効期間: 年 月 ~ 年 月
過去の 治療歴	該当する項目にチェックしてください。また、チェックした場合、( )のこれまでの治療内容の該当項目を○で囲んでください。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)単独療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)+リバビリン併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン、リバビリン+プロテアーゼ阻害剤(薬剤名: ) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> 治療歴なし 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり(薬剤名: ) (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> 治療歴なし		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入してください。 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) 上記のいずれにも該当しない(ジェノタイプ: ) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) (1) AST IU/l (2) ALT IU/l (3) ヘモグロビン g/dl (4) 血小板数 万/μl (5) プロトロンビン活性値 % (INR: ) (6) 血清アルブミン値 g/dl (7) 総ビリルビン mg/dl (8) クレアチニン値 mg/dl (9) eGFR (ml/分/1.73 m) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: ) 4. (肝硬変の場合)身体所見 (診察日: 年 月 日) (1) 腹水 (ない・少量・中等量) (2) 脳症 (ない・軽度・ときどき昏睡) ※該当するものを○で囲む。 5. (肝硬変の場合)Child-Pugh 点 分類 A・B・C (点数を記入し、該当するものを○で囲む。)		
診断	■診断(該当する項目にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型代償性肝硬変 ※Child-Pugh分類Aに限る。		
肝がんの 合併	■肝がんの合併 (該当番号等を○で囲んでください。) 1. あり (治療中・治療後) 2. なし		
治療内容	■治療内容(該当する項目にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> レジバスピル/ソホスビル配合錠 <input type="checkbox"/> グレカプレビル水和物/ビブレンタスピル配合剤 <input type="checkbox"/> ソホスビル/ペルパタスピル配合剤 ■治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療上の 問題点	( ) 記載年月日 年 月 日		
所在地	医療機関名		
電話番号	医師氏名		
■該当する□欄にレ点→ を入れてください。		<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 埼玉県肝炎医療研修会受講修了者 (受講者番号:第 - 号)	

※この診断書に記載できるのは、①日本肝臓学会肝臓専門医、②埼玉県肝炎医療研修会受講修了者のいずれかの医師のみに限られます。

- (注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
2. 検査所見は、記載日前6か月以内(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. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。  
4. 埼玉県肝炎医療研修会とは、埼玉県が肝疾患診療連携拠点病院に委託して実施する肝炎医療研修会のことをいいます。

## 【インターフェロンフリー初回治療に係る認定基準】

### 1. C型慢性肝疾患

#### (1) 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療法を行う予定、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、インターフェロン及びリバビリン併用療法、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による3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記のうち、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変の初回治療の場合は、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（初回）」を作成すること。ただし、埼玉県が適当と定める医師が作成してもよい。

※3 インターフェロンフリー再治療の場合は、埼玉県様式2号の5を使用すること。

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

フリガナ 患者氏名	性別 男・女		生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)	
患者住所 電話番号 ( )	〒 ( )		前医 (あれば記載すること)	医療機関名 医師名
診断年月	年 月	本助成制度の 利用歴	■本助成制度の利用歴 1.あり 2.なし 有効期間: 年 月 ~ 年 月	
過去の 治療歴	該当する項目にチェックしてください。また、チェックした場合、( )のこれまでの治療内容の該当項目を○で囲んでください。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)単独療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)+リバビリン併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン、リバビリン+プロテアーゼ阻害剤(薬剤名: ) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効・ブレイクスルー) <input type="checkbox"/> 治療歴なし 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> 治療歴あり(薬剤名: ) (中止・再燃・無効・ブレイクスルー)			
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入してください。 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) 上記のいずれにも該当しない(ジェノタイプ: ) 2. 血液検査(検査日: 年 月 日) (1) AST IU/l (2) ALT IU/l (3) ヘモグロビン g/dl (4) 血小板数 万/μl (5) プロトロンビン活性値%(INR: ) (6) 血清アルブミン値 g/dl (7) 総ビリルビン mg/dl (8) クレアチニン値 mg/dl (9) eGFR (ml/分/1.73 m <sup>2</sup> ) 3. その他の検査(検査日: 年 月 日) 今までに耐性変異測定等を行っている場合は、その旨を記入してください。 [ ] 4. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見: ) 5. (肝硬変の場合)身体所見(診察日: 年 月 日) (1) 腹水(ない・少量・中等量) (2) 脳症(ない・軽度・ときどき昏睡) ※該当するものを○で囲む。 6. (肝硬変の場合)Child-Pugh 点 分類 A・B・C(点数を記入し、該当するものを○で囲む。)			
診断	<input checked="" type="checkbox"/> 診断(該当する項目にチェックしてください。) <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型代償性肝硬変 ※Child-Pugh分類Aに限る。			
肝がんの 合併	<input checked="" type="checkbox"/> 肝がんの合併(該当番号等を○で囲んでください。) 1.あり(治療中・治癒後) 2.なし			
治療内容	<input checked="" type="checkbox"/> 治療内容(薬剤名及び理由を記入してください。) (薬剤名: ) (理由: ) <input checked="" type="checkbox"/> 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)			
治療上の 問題点				
上記のとおり、インターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。 (〒 - ) 記載年月日 年 月 日 所在地 医療機関名 電話番号 医師氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 該当する口欄にシ点を 入れてください。 <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"/> 他の日本肝臓学会肝臓専門医で、埼玉県様式第2号の7を添付している医師				
※この診断書に記載できるのは、①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、②他の日本肝臓学会肝臓専門医で、埼玉県様式第2号の7を添付している医師のみに限られます。				

(注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
 2. 検査所見は、記載日前6か月以内(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. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。

## 【インターフェロンフリー再治療に係る認定基準】

### 1. C型慢性肝疾患

#### (1) 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療法を行う予定、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、インターフェロン及びリバビリン併用療法、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による3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記のうち、再治療の場合は、診断書（再治療）を作成することができるのは、日本肝臓学会肝臓専門医に限られる。

※3 上記のうち、再治療の場合は、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以外の医師においては、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の再治療の適正に関する判断を踏まえることとなっており、申請に際しては、診断書（再治療）に、「インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書」（埼玉県様式2号の7）を添付すること。

※4 初回治療の場合は、埼玉県様式2号の4を使用すること。

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

フリガナ	性別		生年月日(年齢)	
患者氏名	男・女	年 月 日生		(満 歳)
患者住所	〒		前医 (あれば記載 すること)	医療機関名 医師名
電話番号	( )			
陽性結果	1. 陽性結果の把握の時期 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年より前( 年前)			
	2. 陽性結果を把握した健診等 <input type="checkbox"/> 入院・検査時 <input type="checkbox"/> 自治体の健診 <input type="checkbox"/> 職場の健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 献血時 <input type="checkbox"/> その他( )			
診断年月	年 月	本助成制度の 利用歴	■本助成制度の利用歴 1. あり 2. なし	有効期間: 年 月 ~ 年 月
過去の 治療歴	該当する項目にチェックしてください。また、チェックした場合、( )のこれまでの治療内容の該当項目を○で囲んでください。			
	1. インターフェロン治療歴			
	<input type="checkbox"/> 治療歴あり			
	<input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)単独療法		( 中止 ・ 再燃 ・ 無効 ・ プレイクスルー )	
	<input type="checkbox"/> インターフェロン(又はペグインターフェロン)+リバビリン併用療法		( 中止 ・ 再燃 ・ 無効 ・ プレイクスルー )	
	<input type="checkbox"/> ペグインターフェロン、リバビリン+プロテアーゼ阻害剤(薬剤名: _____)		( 中止 ・ 再燃 ・ 無効 ・ プレイクスルー )	
	<input type="checkbox"/> 治療歴なし			
	2. インターフェロンフリー治療歴			
	<input type="checkbox"/> 治療歴あり(薬剤名: _____)		( 中止 ・ 再燃 ・ 無効 ・ プレイクスルー )	
	<input type="checkbox"/> 治療歴なし			
	3. 肝硬変の治療薬の投与の状況			
	[ ]			
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入してください。			
	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) 上記のいずれにも該当しない(ジェノタイプ: _____)			
	2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)			
	(1) AST _____ IU/l	(2) ALT _____ IU/l	(3) ヘモグロビン _____ g/dl	
	(4) 血小板数 _____ 万/μl	(5) プロトロンビン活性値 _____ % (INR: _____)		
	(6) 血清アルブミン値 _____ g/dl	(7) 総ビリルビン _____ mg/dl	(8) クレアチニン値 _____ mg/dl	
	(9) eGFR _____ (ml/分/1.73 m <sup>2</sup> )			
	3. 画像診断の所見			
	(1) MRI撮影(EOB造影)又は造影CT撮影(検査日: 年 月 日)(必須) (所見: _____)			
	(2) 上部消化管内視鏡検査(検査日: 年 月 日)(必須) (所見: _____)			
	4. 身体所見(診察日: 年 月 日)			
	(1) 腹水( ない ・ 少量 ・ 中等量 ) (2) 脳症( ない ・ 軽度 ・ ととき昏睡) ※該当するものを○で囲む。			
	5. Child-Pugh _____ 点 分類 A ・ B ・ C (点数を記入し、該当するものを○で囲む。) ※Child-Pugh分類B又は分類Cに限る。			
	6. (インターフェロンフリー治療歴がある場合) その他の検査(検査日: 年 月 日)			
	今までに耐性変異測定等を行っている場合は、その旨を記入してください。			
	[ ]			
診断	■診断 <input type="checkbox"/> C型非代償性肝硬変			
肝がんの 合併	■肝がんの合併(該当番号等を○で囲んでください。) 1. あり(治療中・治療後) 2. なし			
治療内容	■治療内容 <input type="checkbox"/> ソホスブビル/ベルパタスビル 配合剤			
	■治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月 )			
治療上の 問題点	(〒 _____ )			
所在地	記載年月日 年 月 日			
医療機関名	医師氏名			
電話番号	<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"/> 他日本肝臓学会肝臓専門医で、埼玉県様式第2号の7を添付している医師 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医(インターフェロンフリー治療歴がない場合)			

※この診断書に記載できるのは、日本肝臓学会肝臓専門医に限られます。ただし、インターフェロンフリー治療歴がある場合は、①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、②他の日本肝臓学会肝臓専門医で、埼玉県様式第2号の7を添付している医師のみに限られます。

- (注)1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
 2. 検査所見「2. 血液検査」から「6. その他の検査」は、記載日前3か月以内(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. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。

## 【インターフェロンフリー初回治療に係る認定基準】

### 1. C型慢性肝疾患

#### (1) 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療法を行う予定、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、インターフェロン及びリバビリン併用療法、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による3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

- ※2 上記のうち、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変の初回治療の場合は、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（初回）」を作成すること。

- ※3 上記のうち、再治療の場合は、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以外の医師においては、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の再治療の適正に関する判断を踏まえることとなっており、申請に際しては、診断書（再治療）に、「インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書」（埼玉県様式2号の7）を添付すること。

## 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

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	郵便番号 〒 _____			
	電話番号 ( _____ )			

埼玉県肝炎治療特別促進事業実施要綱 別紙1 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型慢性肝炎又は若しくは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並びにインターフェロン及びリビリン併用療法及びペグインターフェロン、リビリン及び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 上記のうち、初回治療の場合は、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(初回)」を作成すること。ただし、埼玉県が適当と認める医師が作成してもよい。

※3 上記のうち、再治療の場合は、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の判断を踏まえた上で、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(再治療)」を作成すること。

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。

- ✓上記の埼玉県肝炎治療特別促進事業実施要綱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、適切であると判断します。  
(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. 本意見書の有効期限は、記載日から起算して3か月以内です。  
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。

## 世帯調書(兼 「市町村民税額世帯合算対象除外申告書」)

【世帯調書】					※階層		
<b>【記入上の注意】</b> 1. 世帯構成員欄には、住民票に記載されている方全員について記入してください。 2. 太枠の部分を入力してください。					世帯 市町村民税額 (所得割)	※	
世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	年齢	※市町村民税額 (所得割)	※除外対象 者(決定)	※備考
	本人		大正・昭和・平成・令和 年 月 日			/	
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日				
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日				
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日				
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日				
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日				

### 【市町村民税額世帯合算対象除外申告書】 ※該当者のみ記入

所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外を希望する世帯構成員がある場合は、下欄にご記入の上添付書類と共にご提出ください。

◆除外できる場合

- ①配偶者でない      ②扶養関係にない

◆添付書類(②③は患者本人とその配偶者、除外を希望する方のものが必要)

- ①世帯全員の住民票(続柄明記のこと)
- ②加入医療保険が確認できるもの
- ③市町村民税の課税状況(扶養控除関係)を証明する書類  
(例:課税証明書 市町村が通知する市町村民税の決定通知書の写し 源泉徴収票の写し)

除外を希望する 世帯構成員氏名	フリガナ	続柄

市町村民税額世帯合算対象除外申告書について

※1 この申告書は、次項(※2)に該当する場合において「肝炎治療受給者証交付申請書(様式1号)」の提出時又は受給者証取得後に次項に該当することになった場合に「肝炎治療自己負担限度月額変更申請書(様式8号の2)」と一緒に提出するものです。

※2 この申告書は、自己負担の月額限度額(患者の世帯(住民票上の世帯)全員の市町村民税(所得割)課税年額の合算により所得階層区分を認定します。)の認定基礎となる世帯員の一部除外(以下「除外対象者」という。)を希望する場合に提出するものです。

なお、除外対象者は、患者との関係において、次の①～③の要件に全て該当する場合に限ります。

- ① 配偶者以外の者
- ② 医療保険上、患者及びその配偶者と相互に扶養関係にない者(患者及びその配偶者が除外対象者の加入する健康保険の被扶養者でなく、かつ、除外対象者が患者及びその配偶者の加入する健康保険の被扶養者でないこと。)
- ③ 地方税法上、患者及びその配偶者と相互に扶養関係にない者(市町村民税課税の際、患者及びその配偶者が除外対象者の被扶養者でなく、かつ、除外対象者が患者及びその配偶者の被扶養者とされていないこと。)

## 肝炎治療受給者証

【○○○○○○○○治療】

公費負担者番号			
受給者番号			
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日	性別	
疾患名			
受診医療機関	埼玉県知事が埼玉県肝炎治療特別促進事業に係る指定をした(又は委託契約を締結した)保険医療機関及び保険薬局		
有効期間			
月額自己負担限度額			
○○○保健所 経由 (電話 ○○○-○○○-○○○○)			
○○年○月○日交付			
埼玉県知事 ○ ○ ○ ○ 印			

※裏面を御確認ください。

### 埼玉県肝炎治療特別促進事業

#### 注意事項

- この証を交付された方は、C型肝炎ウイルスを根治するために保険診療によりインターフェロン治療又はインターフェロンフリーを受けた場合、あるいは、B型肝炎ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この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となります。
- 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾患に対する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、あるいは、核酸アナログ製剤治療に限られています。
- 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、この証を必ず窓口提出してください。
- 氏名、住所、加入している医療保険に変更があったときは、速やかに表面記載の管轄保健所にその旨を届け出てください。  
また、県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。
- 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに埼玉県知事に返還してください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、表面記載の管轄保健所にその旨を届け出てください。
- お問い合わせ先  
お住まいを管轄する保健所(電話番号は表面記載)又は埼玉県保健医療部疾病対策課に連絡してください。

埼玉県様式5号

第 号  
年 月 日

申請者 様

埼玉県知事

**肝炎治療医療費助成の不承認について（通知）**

（患者氏名）様の肝炎治療受給者証交付申請については、下記の理由により承認できませんでしたので、お知らせします。

記

（理由）

担当：

電話：

肝炎治療受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先)

埼玉県知事

郵便番号  
 申請者 住 所  
 氏 名  
 受給者との続柄 ( )  
 電 話 ( )

下記の理由により受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

受給者番号									
受 給 者	(フリガナ) 氏 名					男 ・ 女	年 月 日生		
	住 所	郵便番号							
	病 名	<電話 - - > (申請者が受給者本人の場合、この欄は記入しなくてよい)							
再交付の理由 右のいずれかを○で囲んでください。		1 破損	2 汚損						
		3 紛失	4 その他						

(注) 添付書類……破損又は汚損の場合は「受給者証」

(この申請書に様式7号の2「療養証明書」(医療機関等による証明)を添付してください。)

埼玉県様式7号

### 肝炎治療療養費支給申請書

(あて先)  
埼玉県知事

年 月 日

申請者	郵便番号 及び住所	〒 —		
	フリガナ			
	氏名			
	日中の 連絡先電話番号	( )	受給者との 続柄	

○ 受給者と申請者が異なる場合は、下記の記入をお願いします。  
なお、受給者が未成年で、申請者が保護者の場合には記入は不要です。

私(受給者)は、上記申請者を代理人と定め、肝炎治療療養費の支給申請及び受領の権限を委任します。

年 月 日

受給者住所

受給者氏名

年 月 ~ 年 月分を下記のとおり申請します。

#### 記

申請金額	円	決定金額	円
------	---	------	---

※この欄は記入しないでください。

右の口座に振り 込んでください。 (申請者名義の 口座であること)	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)					
			普通 当座							
公費負担者番号	3	8	1	1	6	0	1	8	受給者氏名	
受給者番号									生年月日	年 月 日生
受給者証有効期間	年 月 日 ~			年 月 日						

なお、この申請に関して不明な点がある場合、埼玉県が直接、保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が埼玉県に当該情報を提供することに同意します。

受給者 \_\_\_\_\_ 被保険者 \_\_\_\_\_  
↑ 被保険者が受給者の場合は必要ありません。

#### <申請者の方へ>

- 医療機関、調剤薬局ごとにそれぞれ療養証明書が必要です。
- 高額療養費等の対象となる方は、この支給申請前に高額療養費払戻申請手続をとってください。高額療養費等の額が決定した後、この支給申請を行ってください。高額療養費払戻申請の方法については保険者にお問い合わせください。
- 県では、受け付けた申請書等の内容を審査して公費負担する金額を決定し、申請者が指定した金融機関口座に振り込みます。
- 支給申請ができるのは、認定された疾患についての保険医療費に限ります。認定された疾患に関わりのない治療や、保険適用外のサービス(差額ベット代など)、診断書等の文書料などは支給の対象になりません。
- 医療機関等から療養証明書の発行手数料等を請求されることがあります。その発行手数料等は申請者の負担となります。
- 保険医療費の窓口負担額が自己負担限度額(月額1万円又は2万円)を超えない場合、療養費は支給されませんので御注意ください。
- 必要書類** (①~⑤は全員必要です。⑥⑦は該当者のみ必要です。)
  - 療養証明書(様式7号の2)
  - 医療機関発行の領収書(原則として原本)
  - 肝炎治療受給者証の写し
  - 加入医療機関の内容が確認できるもの
  - 振込口座の通帳見開き部分の写し
  - 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
  - 保険者3市町村からの医療費(高額療養費)の通知の写し

※この証明書は、受給者が埼玉県に提出する「肝炎治療養費支給申請書」(償還払い)に添付するものです。医療機関・調剤薬局の方がすべてを記入してください。

⑦

## 療 養 証 明 書

受給者名		公費負担者番号	3	8	1	1	6	0	1	8
受給者証の病名		受給者番号								X
有効期間	年 月 日 ~					年 月 日				

患者の負担の割合	限度額までの支払い（上限 円） 1割（一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ・後期高齢者） 2割 3割（一般・高齢者の現役並み所得者・後期高齢者の現役並み所得者）
----------	---

診療月	区分 ①	1か月分の レセプトの 総日数	左記のう ち、 有効期間内 の日数	1か月分の レセプトの 総点数	左記のうち、 有効期間内でかつ 対象疾患に係る 保険点数 <sup>②</sup>	窓口での 患者負担額 ③	交付負担額 (この欄は記入しな いでください。)
年	入院						
	外来等						
年	入院						
	外来等						
年	入院						
	外来等						
年	入院						
	外来等						
年	入院						
	外来等						

上記のとおり証明します。

年 月 日

④ 医療機関等  
 名称  
 所在地  
 代表者名  
 電話番号

医療機関コード（7桁）  
 担当者名

- 注1) ⑦ 受給者証に記載されている受給者名、病名及び有効期間などを確認の上、記入してください。  
 ① 調剤薬局の場合は、「外来等」の欄に記入してください。  
 ② 「有効期間内でかつ対象疾患に係る保険点数」は、受給者証に記載されている有効期間内で対象疾患に係る保険点数のみを抽出して記入してください。  
 ③ 「窓口での患者負担額」は、当該診療月における窓口での保険分支払額合計を記入してください（私費、自費、食事療養及び生活療養を含めないでください。）  
 ④ 記載内容に不明点がある場合は、保健所又は県庁から問い合わせをいたしますので、上記「医療機関等」の電話番号及び担当者名は必ず記載するとともに、この療養証明書をコピーし保管いただくようお願いいたします。また、今回証明分の領収書原本には、必ず領収印を押していただくようお願いいたします。
- 注2) この療養証明書は、医療機関及び調剤薬局のそれぞれにおいて、様式を別にして証明してください。

## 肝炎治療受給者証 交付申請書等記載事項変更届

年 月 日

(宛先) 埼玉県知事

郵便番号〒                      電話番号                      (                      )  
申請者 住 所  
氏 名  
受給者との続柄 (                      )

下記のとおり、変更しましたので届けます。

### 記

受給者番号		
(フリガナ) 受給者氏名		性 別 男・女
		年 月 日生

#### ＜氏名の変更＞

(フリガナ) 旧 氏 名		→	(フリガナ) 新 氏 名	
-----------------	--	---	-----------------	--

#### ＜住所の変更＞

旧 住 所	〒	→	新 住 所	〒
			電話	(                      )

#### ＜保険の変更＞

被 保 険 者 氏 名		記号・番号	被保険者と受給者の続柄
		・	本人 ・ 受給者の (                      )
変更後の被保険者証また 組合員証の発行機関名			変更年月日
所 在 地			

- (注) 添付書類 1. 受給者証 2. 住民票 (氏名・住所を変更したとき)  
3. 加入医療保険の内容が確認できるもの (保険を変更したとき)

**肝炎治療  
自己負担限度月額変更申請書**

年 月 日

(宛先) 埼玉県知事

郵便番号〒  
申請者 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )  
受給者との続柄 ( )

下記のとおり、変更申請いたします。

記

受給者番号									
(フリガナ) 受給者氏名					性 別	年 月 日生			
					男・女				
現在の階層 (どちらかに○をつける)	甲 (2万円) ・ 乙 (1万円)								

<変更理由>

**【保健所記載欄】**

添付書類

- 1 世帯調書(兼 市町村民税額世帯合算対象除外申告書) (様式3号)
- 2 住民票 (世帯全員・続柄あり)
- 3 世帯全員の市町村民税 (所得割) 課税状況を証明する書類

決定階層	
適用開始 年月	

埼玉県肝炎治療特別促進事業指定医療機関指定申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

医療機関開設者住所 〒 —

医療機関開設者氏名

埼玉県肝炎治療特別促進事業実施要綱第 6 の 3 に基づく指定を受けたいので申請します。

医療機関の種別 (該当するものに○)		1 病院		2 診療所		
		3 法人薬局		4 個人薬局		
医療 機 関	所在地及び 電話番号	〒 —  ( )				
	名称					
	開設年月日	年 月 日	医療機関 コード			
	指定の開始日 (希望)	年 月 日から				

埼玉県肝炎治療特別促進事業指定医療機関変更届出書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

医療機関開設者住所 〒 —

医療機関開設者氏名

埼玉県肝炎治療特別促進事業指定医療機関指定申請事項について下記のとおり変更しましたので届け出ます。 ( 変更年月日 : 年 月 日 )

医療機関等種別 (該当するものに○)	1 病院	2 診療所
	3 法人薬局	4 個人薬局

		変更前	変更後
開設者	所在地及び	〒 —	〒 —
	電話番号	( )	( )
	氏名		
医療機関	所在地及び	〒 —	〒 —
	電話番号	( )	( )
	名称		
	医療機関コード		

埼玉県肝炎治療特別促進事業指定医療機関辞退届出書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

医療機関開設者住所 〒 -

医療機関開設者氏名

埼玉県肝炎治療特別促進事業実施要綱第6の3に基づく指定医療機関の指定を辞退したいので、申し出ます。

医療機関の種別 (該当するものに○)		1 病院	2 診療所
		3 法人薬局	4 個人薬局
開設者	所在地及び	〒 -	
	電話番号	( )	
	氏名		
医療機関	所在地及び	〒 -	
	電話番号	( )	
	名称		
	医療機関コード		
辞退する理由			
廃止年月日		年 月 日	