

肝炎治療受給者証交付（新規・再治療・2回目の制度利用・転入）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）

申請理由 （該当する番号に○をつけてください）		1. 3剤併用療法を除く（新規） 2. 3剤併用療法を除く（2回目の制度利用） 3. （テラプレビル・シメプレビル・パニプレビル）を含む3剤併用療法 4. インターフェロンフリー治療 5. 他都道府県からの転入			
申請者	フリガナ氏名			性別	男 女
	生年月日	明昭	年 月 日（満 歳）	職業	
	住所	〒 (電話 )			
	加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄
保険種別		協・組・共・国・後		被保険者証の記号・番号	
被保険者証発行機関名					
保険者番号					
病名					
本助成制度利用歴		1. あり 2. なし 受給者番号 ( ) 有効期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）			
治療医療機関	名称	〔 診断書作成 医療機関 〕			
	所在地				
	名称				
	所在地				
受給者証の有効期間開始月		開始月 ：平成 年 月	開始月は、申請書の受付月から2ヶ月先までを限度とします。 主治医とよく相談のうえ記入してください。		
インターフェロン治療・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、治療を受けること及び県による治療結果等データの収集について同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療）の交付を申請します。					
平成 年 月 日		申請者氏名		印	
福岡県知事 殿					

※申請者が何らかの理由で自署できない場合は、保護者が代筆ください。  
 ※申請書及び診断書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。  
 （注）助成を受けることができるのは、裏面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 (様式第1号の裏面)

## 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2回目の助成を受けることができるのは、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ことがない者が同製剤による治療を受ける場合とする。

### (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、2.(2)に係る治療歴のある場合、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.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、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」を作成すること。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

### (2) 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剤併用療法について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、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、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。

※ 2 上記については、原則1回のみの助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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。

※ 3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成の実施は、日本皮膚科学会皮膚科専門医(日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。)と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。

※ 4 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、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」を作成すること。ただし、本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治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh 分類 A のC型代償性肝硬変で、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、また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、原則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専門医によって他のインターフェロンフリー治療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2.(2)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。ただし、本県が適当と定める医師が作成してもよい。

※ 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専門医の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会専門医又は本県が適当と定める医師が「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。