

ウイルス性肝炎に対する治療の医療費助成について

1 助成の対象となる治療

B型肝炎ウイルスによる慢性肝炎や肝硬変の治療（インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療）及びC型肝炎ウイルスによる慢性肝炎や肝硬変の治療（インターフェロン療法、インターフェロンフリー治療）のうち保険適用のもの。

2 医療費の助成

対象医療に係る保険診療の自己負担額のうち、申請される方の世帯の所得に応じて月当たりの医療費が限度額にまで軽減されます。

区 分		月額限度額
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
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

※ 住民票上の世帯を原則としていますが、配偶者以外で申請者及びその配偶者と、相互に地方税上及び医療保険上の扶養関係にない方は、申請により合算対象から控除することができます。

3 助成の期間

助成の期間は、交付から1年以内で、診断書に記載された治療予定期間に基づいた期間※になります。ただし、核酸アナログ製剤治療は、更新することができます。

※申請手続きが遅れた場合は、助成を受けることができない期間が生じる場合があります。



4 申請の手続き

申請に必要な書類を住所地の保健所に提出してください。

保健所名	住 所	電話番号	管内市町
四国中央保健所	〒799-0404 四国中央市三島宮川4-6-55	0896-23-3360	四国中央市
西条保健所	〒793-0042 西条市喜多川 796-1	0897-56-1300	新居浜市・西条市
今治保健所	〒794-0042 今治市旭町 1-4-9	0898-23-2500	今治市・上島町
中予保健所	〒790-8502 松山市北持田町 132	089-909-8757	松山市・東温市・伊予市・ 久万高原町・松前町・砥部町
八幡浜保健所	〒796-0048 八幡浜市北浜 1-3-37	0894-22-4111	八幡浜市・大洲市・ 西予市・内子町・伊方町
宇和島保健所	〒798-0036 宇和島市天神町 7-1	0895-22-5211	宇和島市・松野町・ 鬼北町・愛南町

5 必要書類



<自分で準備するもの>

- ① 肝炎治療受給者証交付申請書（様式第1号）
 - ② 世帯調書（様式第2-1号）
 - ③ 患者の氏名が記載された健康保険証のコピー
 - ④ 【必要な方のみ】市町村民税額合算対象除外希望申出書（様式2-2号）
- ※ 患者の配偶者及び除外対象者の健康保険証の写しを添付すること。

<市町村役場で発行してもらうもの>

- ⑤ あなたの属する世帯全員について記載のある住民票（コピー不可）
- ※ 続柄が記載されているもの。
- ⑥ あなたの属する世帯全員の市町村民税課税証明書（コピー不可）
- ※ 所得割及び扶養控除の内訳が記載されているもの。
- ※ 乳幼児及び義務教育期間中の生徒については不要。
- ※ 義務教育以外の学校等に在学する生徒、学生については、世帯調書に学校名、学年を記入する場合に限り、添付を省略することが可能です。その旨をお伝えください。
- ※ 月額限度額が2万円であれば場合は課税証明書不要。世帯調書の同意欄をご記入ください。

<病院でもらうもの>

- ⑦ 医師の診断書（様式第3-1号～3-10号）
- ※ 核酸アナログ製剤治療費助成の更新時は、以下（A・B両方 ※直近の認定、更新時以降1年以内のもの）を提出することで診断書を省略することができます。ただし、検査内容が足りない場合は更新できません。
- A) 検査内容が分かる資料（HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体、HBV - DNA 定量、AST、ALT、血小板）
 - B) 受けている治療内容が分かる書類（お薬手帳の写し、薬剤情報提供書など）

①、②及び④の様式は保健所窓口及び愛媛県のホームページから取得できます。