

(様式第1号)

肝炎治療受給者証 ( 新規 ・ 更新 ) 交付申請書 (インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)				
患 者	ふりがな		性 別	男 女
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	〒 (電話 )		
加 入 医 療 保 険	被保険者氏名		患者との 続 柄	
	保 険 種 別	協・組・船・共・国・後		
	被保険者証の 記号・番号			
	被保険者証 発行機関名			
病 名 申請する病名に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを してください	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) <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) <input type="checkbox"/> 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 あり 2 なし 受給者証番号 ( ) 有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )			
保 険 医 療 機 関	名 称		所 在 地	
	名 称		所 在 地	
	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 (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 (新規・更新) 交付を申請します。</p> <p>申請者 住 所 〒 (患者本人の場合、住所・電話番号は省略可) 氏 名 印 患者との続柄 ( ) (電話 ) 年 月 日 愛媛県知事 様</p>				

(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

### 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型慢性肝炎及び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、3剤併用療法に係る治療歴がある場合、副作用等の理由により十分量の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、インターフェロンフリー治療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。

#### (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、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、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他の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、インターフェロン治療及び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、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」を作成し、助成は専門医が勤務する医療機関に限る。

※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。