

(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			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
住 所	〒			
		(電話)		
病 名	☐ 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) ☐ 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) ☐ 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) ☐ 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) ☐ 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ☐ 非代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)			
申請する病名に ☒ チェックを してください				
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	
愛媛県知事 様				
(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。				
年 月 日 申請者 (患者) 氏名				
【申請の委任について】				
申請を代理人に委任する場合は、 ☐ にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。				
☐ 申請に際し、下記の者を代理人として委任します。				
代理人 氏名		(申請者 (患者) との続柄 :)		
住所		〒		
電話番号				

(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。

(別紙様式 1 裏面)

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。