

「京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱」改正概要

改正の趣旨

11月25日に薬価収載されたパニプレビル（商品名：パニヘップ）を用いた3剤併用療法に係る医療費助成への追加及びC型慢性肝炎への効能・効果を追加承認されたテラプレビル（商品名：テラビック）の再治療に対する取扱い変更に伴う改正

認定基準（別添1）

・これまで、3剤併用療法の再治療として、テラプレビル→シメプレビルのみ可能であったが、今後は医師が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。

様式の変更

インターフェロン・リバビリン・プロテアーゼ阻害剤3剤併用療法に係る再治療の取扱い変更に係る診断書様式の変更

○様式第4－5号

（変更前）テラプレビルを用いた3剤併用療法に係る診断書様式

（変更後）プロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法に係る診断書様式（新規）

○様式第4－6号

（変更前）シメプレビルを用いた3剤併用療法に係る診断書様式

（変更後）プロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法に係る診断書様式（再治療）

○様式第4－7号

内容の軽微変更

- ・「過去の治療歴欄」の記載内容変更（テラプレビル、シメプレビルの項目を、「プロテアーゼ阻害剤」に統一）
- ・「京都府指定医」に登録番号記載欄を追加

※なお、当面の間、旧様式第4－5号、第4－6号の使用を認めることとする。

ただし、テラプレビル→シメプレビル以外の再治療を行う場合は、新様式第4－6号に限る。

《根拠通知》

H26.12.15 厚生労働省通知「「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて」の一部改正について」

京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱新旧対照表

改正前	改正後
第1～17 (略) 附 則 この要綱は、平成20年4月23日から施行し、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年9月17日から適用する。 附 則 この要綱は、平成21年3月17日から施行し、平成21年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成21年12月11日から施行し、平成21年10月16日から適用する。 附 則 この要綱は、平成22年3月26日から施行し、平成22年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成23年11月1日から施行し、平成23年9月26日から適用する。 附 則 この要綱は、平成24年1月27日から施行し、平成23年11月25日から適用する。 附 則 この要綱は、平成25年12月24日から施行し、平成25年11月19日から適用する。 附 則 この要綱は、平成26年10月10日から施行し、平成26年9月2日から適用する。	京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱 第1～17 (略) 附 則 この要綱は、平成20年4月23日から施行し、平成20年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成20年9月17日から適用する。 附 則 この要綱は、平成21年3月17日から施行し、平成21年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成21年12月11日から施行し、平成21年10月16日から適用する。 附 則 この要綱は、平成22年3月26日から施行し、平成22年4月1日から適用する。 附 則 この要綱は、平成23年11月1日から施行し、平成23年9月26日から適用する。 附 則 この要綱は、平成24年1月27日から施行し、平成23年11月25日から適用する。 附 則 この要綱は、平成25年12月24日から施行し、平成25年11月19日から適用する。 附 則 この要綱は、平成26年10月10日から施行し、平成26年9月2日から適用する。 附 則 この要綱は、平成27年1月9日から施行し、平成26年12月15日から適用する。

改正前	改正後
(別添1) 肝炎治療特別促進事業における認定基準 1 (略) 2 C型慢性肝疾患 (1) (略) (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。ただし、2 (3) に係る治療歴のないものとする。 ※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、担当医により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、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剤併用療法については、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り助成対象とする。 (3) (略) (別添2) (略) 別記第1号～4号様式 (略)	(別添1) 肝炎治療特別促進事業における認定基準 1 (略) 2 C型慢性肝疾患 (1) (略) (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。ただし、2 (3) に係る治療歴のないものとする。 ※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、担当医により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、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剤併用療法については、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り助成対象とする。 (3) (略) (別添2) (略) 別記第1号～4号様式 (略)

改正前

第4-5号様式		平成28年度改訂様式	
肝臓病治療者(ペグインターフェロン、リビリン及びテラプレドールの3剤併用療法)の交付申請に係る調査書			
フリガナ	性別	生年月日(年齢)	
患者氏名	男・女	明昭 大平	(満 歳)
住所	郵便番号 ()		
電話番号	昭和・平成 年 月 日		
診療年月	前医 (あれば記載)	医師名	
過去の治療歴	該当する項目方にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。(未治療) ☐ インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合は、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリビリン併用療法 (中止・寛解・無効) イ. ペグインターフェロン、リビリンおよびテラプレドール併用療法 (中止・寛解・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載) 3剤併用療法 (中止・寛解・無効) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴なし。 ()		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (単位:) (1) HCV-RNA定量 () (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l (施設の基準値:) ALT IU/l (施設の基準値:) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値:) 血小板 /ul (施設の基準値:) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見:)		
診断	該当番号を○で囲む。 (C型肝炎ウイルスによる。) 1 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 2 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)		
肝がんの合併	肝がん 1 あり 2 なし		
治療内容	ペグインターフェロン、リビリン及びテラプレドールの3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月) (以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。) 治療実施医療機関 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 ☐ 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研施設 又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 平成 年 月 日		
医師氏名	印		

改正後

第4-5号様式		平成27年1月改定様式	
肝臓病治療者(ペグインターフェロン、リビリン及びテラプレドールの3剤併用療法)の交付申請に係る調査書(新製)			
フリガナ	性別	生年月日(年齢)	
患者氏名	男・女	明昭 大平	(満 歳)
住所	郵便番号 ()		
電話番号	昭和・平成 年 月 日	医師名	
診療年月	前医 (あれば記載)	医師名	
過去の治療歴	該当する項目方にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。(未治療) ☐ インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合は、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリビリン併用療法 (中止・寛解・無効) イ. ペグインターフェロン、リビリンおよびテラプレドール併用療法 (中止・寛解・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載) 3剤併用療法 (中止・寛解・無効) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴なし。 ()		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (単位:) (1) HCV-RNA定量 () (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l (施設の基準値:) ALT IU/l (施設の基準値:) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値:) 血小板 /ul (施設の基準値:) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見:)		
診断	該当番号を○で囲む。 (C型肝炎ウイルスによる。) 1 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 2 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)		
肝がんの合併	肝がん 1 あり 2 なし		
治療内容	ペグインターフェロン、リビリン及びテラプレドールの3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月) (以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。) 治療実施医療機関 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 ☐ 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研施設 又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。		
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日 平成 年 月 日		
医師氏名	印		

改正前

第4-6号様式				平成27年1月決定様式			
肝臓病治療新薬(ベグインターフェロン、リベリン及びシメプリル)3剤併用療法)の交付申請に際する診断書							
フリガナ	性別	生年月日(年齢)	性別	生年月日(年齢)	性別	生年月日(年齢)	性別
患者氏名	男・女	明昭 大平	男・女	明昭 大平	男・女	明昭 大平	男・女
住所	郵便番号	()	郵便番号	()	郵便番号	()	郵便番号
診断年月	昭和・平成 年 月	医師 (あれば記載)	医師 (あれば記載)	医師 (あれば記載)	医師 (あれば記載)	医師 (あれば記載)	医師 (あれば記載)
過去の治療歴	該当する項目方にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。(未治療) ☐ インターフェロン治療歴あり。 (2) にチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 ア. ベグインターフェロン及びリベリン併用療法(中止・寛解・無効) イ. ベグインターフェロン、リベリンおよびシメプリル併用療法(中止・寛解・無効) エ. ベグインターフェロン、リベリンおよびシメプリル併用療法(中止・寛解・無効) 3剤併用療法(中止・寛解・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴なし。 ()						
検査所見	上記2. 1. 以上の該当する項目はチェックが必要。 ☐ シメプリルを含む3剤併用療法の治療歴があるが、シメプリルを含む3剤併用療法による治療を行っていないと判断する。 今回の治療開始前の所見を記入する。 (単位:) 1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (検出の基準値: ~) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1-セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 2. 血液検査(検査日: 平成 年 月 日) AST (検出の基準値: ~) ALT (検出の基準値: ~) 血小板 (検出の基準値: ~) 3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 平成 年 月 日) (所見:)						
診断	該当番号を○で囲む。 (C型肝炎ウイルスによる。) 1. 慢性肝炎 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)						
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし						
治療内容	ベグインターフェロン、リベリン及びシメプリル3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)						
治療上の問題点							
医療機関名及び所在地	記載年月日 平成 年 月 日						
医師氏名	印						

改正後

第4-6号様式【平成27年1月決定様式】				肝臓病治療新薬(ベグインターフェロン、リベリン及びシメプリル)3剤併用療法)の交付申請に際する診断書			
フリガナ	性別	生年月日(年齢)	性別	生年月日(年齢)	性別	生年月日(年齢)	性別
患者氏名	男・女	明昭 大平	男・女	明昭 大平	男・女	明昭 大平	男・女
住所	郵便番号	()	郵便番号	()	郵便番号	()	郵便番号
診断年月	昭和・平成 年 月	医師 (あれば記載)	医師 (あれば記載)	医師 (あれば記載)	医師 (あれば記載)	医師 (あれば記載)	医師 (あれば記載)
過去の治療歴	該当する項目方にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。 (2) にチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 ア. ベグインターフェロン及びリベリン併用療法(中止・寛解・無効) イ. ベグインターフェロン、リベリンおよびシメプリル併用療法(中止・寛解・無効) エ. ベグインターフェロン、リベリンおよびシメプリル併用療法(中止・寛解・無効) 3剤併用療法(中止・寛解・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴なし。 ()						
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 (単位:) 1. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (検出の基準値: ~) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1-セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 2. 血液検査(検査日: 平成 年 月 日) AST (検出の基準値: ~) ALT (検出の基準値: ~) 血小板 (検出の基準値: ~) 3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 平成 年 月 日) (所見:)						
診断	該当番号を○で囲む。 (C型肝炎ウイルスによる。) 1. 慢性肝炎 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)						
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし						
治療内容	ベグインターフェロン、リベリン及びシメプリル3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)						
治療上の問題点	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 ☐ 日本肝臓学会肝臓病専門医が所属する医療機関である。 ☐ 当院の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。 又は研究費に助成する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。						
医療機関名及び所在地	上記のとおり他のシメプリル併用療法を用いた3剤併用療法による重治療が適切であると判断します。 記載年月日 平成 年 月 日						
医師氏名	印						

改正前

第4-7号様式		野島浩太郎先生監(インターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書		平成26年作成様式	
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	郵便番号	()			
診療年月	昭和・平成 年 月	医師 (あはば 記号)	医師 氏名		
過去の治療歴	該当する方にチェックする。 ☐ 1. インターフェロン治療なし。(未治療) ☐ 2. インターフェロン治療あり。 (2) にチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 イ. インターフェロン及びリベリン併用療法 (中止・再発・無効) ロ. インターフェロン・リベリン及びアズナプレビル併用療法 (中止・再発・無効) ハ. インターフェロン・リベリン及びアズナプレビル併用療法 (中止・再発・無効) ニ. インターフェロン・リベリン及びアズナプレビル併用療法 (中止・再発・無効) 五. 上記以外の治療 (具体的に記載)				
不治療の理由	上記1. に該当する場合は、チェックが必要。 ☐ インターフェロンを含む治療法に不治療の者と判断する。(理由のうちいずれかを○で囲む) (理由: 貧血・肝中球減少症・血小板減少症・うつ病・高齢・その他())				
不発症、無効の理由	上記2. に該当する場合は、どちらかにチェックが必要。 ☐ インターフェロンを含む治療法で、副作用により治療を中止した者である。(不発症) ☐ インターフェロンを含む治療法で、効果十分によりHCV RNAが定常下値未満(検出せず)にならなかった者である。(無効)				
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位:) (2) ウィルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l (血清の基準値:) ALT IU/l (血清の基準値:) 血小板 / μ l (血清の基準値:) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見:) 4. (肝臓検査の場合) Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む) 該当番号を○で囲む。 (C型肝炎ウイルスによる) 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに属する 肝がんの有無 肝がん 1. あり 2. なし インターフェロンフリー治療 (ダクラタビル及びアズナプレビル併用療法) 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月) 治療上の問題点				
医師機関名及び所在地	記載年月日 平成 年 月 日				
(いずれかにチェックが必要) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医 ☐ 京都府指定医					
医師氏名	印				
(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. 記載日前の1か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始日の資料に基づいて記載してください)。 3. 記入欄の空白欄は必ず記入してください。 4. 「京都府指定医」とは、京都府指定医専門医機関の医師で、京都府が別途定める研修の修了者となります。 ※薬価も一貫ください。					

改正後

第4-7号様式		野島浩太郎先生監(インターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書		平成27年1月改正様式	
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	郵便番号	()			
診療年月	昭和・平成 年 月	医師 (あはば 記号)	医師 氏名		
過去の治療歴	該当する方にチェックする。 ☐ 1. インターフェロン治療なし。(未治療) ☐ 2. インターフェロン治療あり。 (2) にチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 イ. インターフェロン及びリベリン併用療法 (中止・再発・無効) ロ. インターフェロン・リベリン及びアズナプレビル併用療法 (中止・再発・無効) ハ. インターフェロン・リベリン及びアズナプレビル併用療法 (中止・再発・無効) ニ. インターフェロン・リベリン及びアズナプレビル併用療法 (中止・再発・無効) 五. 上記以外の治療 (具体的に記載)				
不治療の理由	上記1. に該当する場合は、チェックが必要。 ☐ インターフェロンを含む治療法に不治療の者と判断する。(理由のうちいずれかを○で囲む) (理由: 貧血・肝中球減少症・血小板減少症・うつ病・高齢・その他())				
不発症、無効の理由	上記2. に該当する場合は、どちらかにチェックが必要。 ☐ インターフェロンを含む治療法で、副作用により治療を中止した者である。(不発症) ☐ インターフェロンを含む治療法で、効果十分によりHCV RNAが定常下値未満(検出せず)にならなかった者である。(無効)				
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位:) (2) ウィルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST IU/l (血清の基準値:) ALT IU/l (血清の基準値:) 血小板 / μ l (血清の基準値:) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見:) 4. (肝臓検査の場合) Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む) 該当番号を○で囲む。 (C型肝炎ウイルスによる) 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに属する 肝がんの有無 肝がん 1. あり 2. なし インターフェロンフリー治療 (ダクラタビル及びアズナプレビル併用療法) 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月) 治療上の問題点				
医師機関名及び所在地	記載年月日 平成 年 月 日				
(いずれかにチェックが必要) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医 ☐ 京都府指定医(登録番号:)					
医師氏名	印				
(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. 記載日前の1か月以内(ただし、治療中の場合は治療開始日の資料に基づいて記載してください)。 3. 記入欄の空白欄は必ず記入してください。 4. 「京都府指定医」とは、京都府指定医専門医機関の医師で、京都府が別途定める研修の修了者となります。 ※薬価も一貫ください。					

京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱

第1 目的

国内最大の感染症である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、この抗ウイルス治療については月額の治療費が高額になること、又は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、ひいては府民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

第2 実施主体

この事業の実施主体は京都府とする。

第3 対象医療

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

当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料及び薬剤料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並びに入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養負担標準負担額は助成の対象としないものとする。

なお、抗ウイルス治療により軽微な副作用が発生した場合、当該治療の中断を防止するために併用せざるを得ない副作用の治療については、受給者証の認定期間中に限り助成の対象とする。

したがって、抗ウイルス治療を中断して行う副作用に対する治療は助成の対象としない。

第4 対象患者

京都府内に住所を有し、前項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る医療に関する給付

が行われる者は除くものとする。

第5 治療を行う医療機関

- 1 第3項に規定する事業の対象となる治療については、知事が指定した保険医療機関（以下「指定医療機関」という。）において実施するものとする。
ただし、保険薬局については、この限りではない。
- 2 前号の指定を受けようとする者は、肝炎治療医療機関指定申請書（別記第1号様式）により知事に申請しなければならない。
- 3 指定医療機関が指定を辞退しようとする場合は、肝炎治療医療機関辞退申出書（別記第2号様式）により知事に申し出なければならない。

第6 助成期間

助成の期間は、同一患者につき原則1か年を限度とする。

ただし、別添2に定める一定の要件を満たした受給者については、この限りでない。

第7 実施方法

- 1 事業の実施は、原則として第3項に定める対象医療を適切に行うことができる指定医療機関及び保険薬局に対し、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)に規定する額の合計額から(2)に規定する対象患者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

第8 医療受給申請

この要綱により医療の給付を受けようとする者は、肝炎治療受給者証交付申請書（別記第3号様式。以下「申請書」という。）に、次に規定するすべての書類を添付の上、知事に申請しなければならない。

- ① 肝炎治療受給者証認定に係る診断書（別記第4号様式）
- ② 申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し
- ③ 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
- ④ 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含む。）の課税年額を証明する書類

なお、第1号に規定する肝炎治療受給者証認定に係る診断書については、第5項で規定する指定医療機関において記載するものとする。

第9 医療給付の決定

知事は、前項の申請書を受理したときは、申請に係る内容の適否について、肝炎専門医等から構成される京都府肝炎治療特別促進事業認定協議会に諮った上で、当該意見を尊重し、別添1に定める対象患者の認定基準により適正に認定するものとする。

医療の給付を承認したときは肝炎治療受給者証（別記第5号様式。以下「受給者証」という。）を申請者に交付し、承認しないときは具体的な理由を付してその旨を申請者に通知するものとする。

第10 受給者証の提示

受給者証の交付を受けた者が、指定医療機関及び第3項に規定する事業の対象となる治療を実施した保険薬局（以下「指定医療機関等」という。）において本事業の適用を受けようとする場合は、受給者証を提示しなければならない。

第11 受給者証の有効期間の始期

受給者証の有効期間の始期は、原則として申請書の受理日の属する月の初日からとする。

第12 他府県からの転入者の取扱い

他の都道府県において発行された受給者証を所持する者が、京都府へ転入し、引き続き医療の給付を受けようとする場合には、転出日の属する月の翌月末までに、転出前に交付されていた受給者証の写し等を添えて知事に申請するものとする。

この場合における受給者証の有効期間は、転入日から転出前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとし、申請手続は第8項を準用（ただし、同項に規定する添付書類は省略）するものとする。

第13 受給者証の記載事項変更

受給者証の交付を受けた者は、受給者証に記載された事項を変更しようとするときは、肝炎治療受給者証記載事項変更申請書（別記第8号様式）に受給者証を添えて提出し、その訂正を受けなければならない。

第14 受給者証の再交付申請

受給者証の交付を受けた者が、受給者証を紛失した場合、肝炎治療受給者証再交付申請書（別記第9号様式）により知事に再交付を申請することができるものとする。

第15 治療費の請求及び支払い

- 1 指定医療機関等の長は、各月に行った医療につき、所定の診療報酬請求書及び診療報酬明細書を作成し、医療保険との併用分については、社会保険診療報酬支払基金に、また、国民健康保険との併用分については、国民健康保険団体連合会へそれぞれ請求するものとする。

- 2 受給者証の交付を受けた者で、特別の事由により指定医療機関等から請求できないときは、肝炎治療費請求書（別記第10号様式）に指定医療機関等が発行した療養証明書（別記第11号様式）を添付して知事に請求することができるものとする。

なお、受給者証の交付を受けた者が、第10項に規定する事業の適用を受ける場合にあって、医療費負担の総額が自己負担限度額を超過する場合には、受給者本人が、第3項に規定する対象医療に係る治療費について医療機関等が証明する肝炎治療自己負担上限額管理票（別記第12号様式）等を提示することにより、以降の自己負担をしないことができる。

- 3 知事は前号前段の請求を受理したときは、その内容を点検し、速やかに支払うものとする。

第16 治療費の返還

欺まん行為その他不正な手段により本事業に係る治療費の支給を受けた者がいるときは、知事はその全部又は一部を返還させることができる。

第17 その他

- (1) この要綱により知事に提出する書類は、申請者の住所地の保健所の長を経由して提出するものとする。
- (2) この事業の関係者は、患者等に与える精神的影響とその病状に及ぼす影響を考慮して、この事業により知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するものとする。
- (3) 知事は、この事業をより効果的なものとするため、必要に応じて情報収集等を行うことができるものとする。

附 則

この要綱は、平成20年4月23日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成20年9月17日から適用する。

附 則

この要綱は、平成21年3月17日から施行し、平成21年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成21年12月11日から施行し、平成21年10月16日から適用する。

附 則

この要綱は、平成22年3月26日から施行し、平成22年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成23年11月1日から施行し、平成23年9月26日から適用する。

附 則

この要綱は、平成24年1月27日から施行し、平成23年11月25日から適用する。

附 則

この要綱は、平成25年12月24日から施行し、平成25年11月19日から適用する。

附 則

この要綱は、平成26年10月10日から施行し、平成26年9月2日から適用する。

附 則

この要綱は、平成27年1月9日から施行し、平成26年12月15日から適用する。

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）
D	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
E	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

※ ただし、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。

(別添1)

肝炎治療特別促進事業における認定基準

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

※ 核酸アナログ製剤治療については、医師の治療継続が必要と認める場合、更新を認める。

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。

また、2(3)に係る治療歴のないものとする。

※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

(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。ただし、2(3)に係る治療歴のないものとする。

※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剤併用療法については、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り助成対象とする。

(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、1回のみの助成とする。なお、2(1)及び2(2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記治療に対する助成の申請に当たっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は京都府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。

(別添2)

助成期間の延長に係る取扱

1 例外的に助成期間の延長を認める場合は、下記によるものとする。ただし、少量長期投与については、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を認めること。

(2) C型慢性肝炎セログループ1型症例に対する、シメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与することが適切と判断する場合に、6か月を限度とする期間延長を認めること。

※ この場合、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。

(3) 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、上記の(1)又は(2)とは別に、最大2か月を限度とする期間延長を認めること。
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。

注) シメプレビルの添付文書中、用法・用量に関連する使用上の注意において、『副作用や治療効果不十分等により本剤を中止した場合には、本剤の投与を再開しないこと』との記載がある。

2 上記1の「一定の条件」を満たす場合は、下記によるものとする。

(1) 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が陰性化した者が再燃した者で、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。

(2) 1(2)について

① これまでの24週以上のインターフェロン治療[(ペグ)インターフェロン製剤単独、リバビリンとの併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法]でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者。

② 又は、インターフェロン治療の開始12週後にHCV-RNAが前値(※)の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者。

※ 前値 : 治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値。

【参考】平成22年3月現在、ペグインターフェロン製剤添付文書中、重要な基本的注意において、「48週を超えて投与をした場合の有効性・安全性は確立していない。」旨の記載がある。

様 式 一 覧

	様 式
1号	肝炎治療医療機関指定申請書
2号	肝炎治療医療機関辞退申出書
3号	肝炎治療受給者証交付申請書
4-1号	肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除くインターフェロン治療）交付申請に係る診断書（新規）
4-2号	肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除くインターフェロン治療）交付申請に係る診断書（2回目の制度利用）
4-3号	肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）交付申請に係る診断書（新規）
4-4号	肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）交付申請に係る診断書（更新）
4-5号	肝炎治療受給者証（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の3剤併用療法）交付申請に係る診断書（新規）
4-6号	肝炎治療受給者証（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の3剤併用療法）交付申請に係る診断書（再治療）
4-7号	肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）交付申請に係る診断書
5-1号	肝炎インターフェロン治療受給者証
5-2号	肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証
5-3号	肝炎インターフェロンフリー治療受給者証
6-1号	肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書（72週投与用）
6-2号	肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書（シメプレビルを含む3剤併用療法延長用）
7号	肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書（副作用等延長用）
8号	肝炎治療受給者証記載事項変更申請書
9号	肝炎治療受給者証再交付申請書
10号	肝炎治療費請求書
11号	療養証明書（肝炎治療分を含む）
12号	肝炎治療自己負担上限額管理票

第1号様式

肝炎治療医療機関指定申請書

平成 年 月 日

京都府知事 様

開設者

住 所 〒

TEL () —

氏 名

印

(※法人の場合は所在地、名称、代表者名、代表者印)

京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱第5項に定める医療機関の指定を受けたく申請します。

なお、指定の上は、京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱の定めるところにしたがって、適正な治療を行います。

記

医療機関の所在地	〒 TEL () —
医療機関の名称	
医療機関コード (府県番号から始まる10桁のコード)	
指定を受けようとする 年月日	

第2号様式

肝炎治療医療機関辞退申出書

平成 年 月 日

京都府知事 様

開設者

住 所 〒

Tel () —

氏 名



(※法人の場合は所在地、名称、代表者名、代表者印)

京都府肝炎治療特別促進事業実施要綱に定める医療機関を辞退したく申し出ます。

記

医療機関の所在地	〒 Tel () —
医療機関の名称	
医療機関コード (府県番号から始まる10桁のコード)	
辞退の理由	
辞退年月日	平成 年 月 日

肝炎治療受給者証交付（新規・更新）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）

申請者	ふりがな			性別	男・女
	氏名				
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日（才）
	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・国保・後			
被保険者証の記号・番号					
		被保険者証発行機関名			
病名					
申請種別		新規	転入（京都府への転入日）		
本助成制度利用歴		1 有り 2 無し 受給者番号（ ） 有効期間（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）			
保険医療機関	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
（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、治療を受けることを同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。					
京都府知事 様		平成 年 月 日			
		（〒 — ）			
申請者 住所					
氏名		受給者との続柄（ ④ ）			
		電話（ ） —			
※ 承認された場合、受給者あてに受給者票を送付させていただきます。 受給者の住所地以外に送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。					
送付先住所		〒			
あて先氏名		電話			

※ 注意（必ずお読みください）

- 1 申請書は、必要書類一式を添付して速やかに保健所等に提出してください。
 - 2 新規申請の場合、保健所等で申請書が受理された月の初日から、転入された場合は転入日から医療費助成の対象となります。
 - 3 受給者証の有効期間は原則1年間です。
 - 4 事業の対象となる医療は、申請された疾患に対する肝炎治療に限られます。
- ※事務処理欄（記入しないでください。）

受給者番号		自己負担区分	
-------	--	--------	--

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、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することを希望します。

申請者



記

除外希望者
氏 名

〈同意について〉

肝炎治療特別促進事業は、早期治療の促進の観点から肝炎治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本制度においては今後の肝炎対策の基礎資料とする目的で、肝炎治療終了後に京都府へ肝炎治療効果の結果について、治療を行った医療機関に対して求めていますので、このことに同意された上で、肝炎治療受給者証の交付申請を行ってください。

なお、当該結果の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外に使用することは一切ありません。

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)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) 明昭 年 月 日生 (満 歳) 大平	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記 載する)	医療機関名 医師名		
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目方にチェックする。 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)の治療歴 ☐ 3剤併用療法の治療歴なし。 ☐ 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由:) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴なし。				
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1 B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原(+-) (検査日: 平成 年 月 日) (2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法) (検査日: 平成 年 月 日) 2 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む) 3 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 4 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 平成 年 月 日) (所見)				
診断	該当番号を○で囲む 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)				
肝がんの合併	肝がん 1 あり 2 なし				
治療内容	該当番号を○で囲む。 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 インターフェロンα 製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロンβ 製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 その他(具体的に記載:) 治療予定期間 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地			記載年月日 平成 年 月 日		
医師氏名			印		

(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るので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 明昭 年 月 日生 (満 歳) 大平	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名	医師名	
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1 B型慢性活動性肝炎の場合 ☐ 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ていない。 2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合 (1)過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴 ☐ 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バビリン併用療法の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バビリン併用療法による72週投与が行われたケース (2)過去の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)の治療歴 ☐ 3剤併用療法の治療歴なし。 ☐ 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由:) (3)インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴なし。				
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する。 1 B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (十・一) (検査日: 平成 年 月 日) (2) HBe抗原 (十・一) HBe抗体 (十・一) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (検査日: 平成 年 月 日) 2 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 3 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 4 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見:)				
診断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)				
肝がんの合併	肝がん 1 あり 2 なし				
治療内容	該当番号を○で囲む(B型慢性活動性肝炎の場合は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 インターフェロンα 製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロンβ 製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 その他(具体的に記載:) 治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地			記載年月日 平成 年 月 日		
医師氏名			印		

(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るので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)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) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記 載する。)	医療機関名 医師名		
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 1 あり 2 なし 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 B型肝炎ウイル スマーカー (1)HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2)HBV-DNA定量 2 血液検査 AST ALT 血小板数 3 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+・-) (+・-) (+・-) _____(単位: 、測定法) (検査日: 平成 年 月 日) ____ IU/l (施設の基準値: ~) ____ IU/l (施設の基準値: ~) ____ /μl (施設の基準値: ~) (検査日: 平成 年 月 日) (所見)		直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要) (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+・-) (+・-) (+・-) _____(単位: 、測定法) (検査日: 平成 年 月 日) ____ IU/l (施設の基準値: ~) ____ IU/l (施設の基準値: ~) ____ /μl (施設の基準値: ~) (検査日: 平成 年 月 日) (所見)	
診断	該当番号を○で囲む 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	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1 エンテカビル 2 ラミブジン 3 アデホビル 4 テノホビル 5 その他(具体的に記載してください。) 治療開始日(予定を含む。) 平成 年 月 日				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地			記載年月日 平成 年 月 日		
医師氏名			印		

(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 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「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もっとも古いデータを記載してください。
- 4 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)交付申請に係る診断書(更新)

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	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載する。)	医療機関名 医師名		
検査所見	1 B型肝炎ウイルス スマーカー (1)HBs抗原 HBs抗原 HBs抗体 (2)HBV-DNA定量 2 血液検査 AST ALT 血小板数 3 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)	前回申請時データ (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+・-) (加減) (+・-) (加減) (+・-) (加減) _____(単位: _____、測定法 _____) (検査日: 平成 年 月 日)		更新時直近データ (検査日: 平成 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+・-) (加減) (+・-) (加減) (+・-) (加減) _____(単位: _____、測定法 _____) (検査日: 平成 年 月 日)	
		____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)		____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)	
		(検査日: 平成 年 月 日)		(検査日: 平成 年 月 日)	
診断	該当番号を○で囲む。 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	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他(具体的に記載してください。)				
治療薬剤の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし 1. ありに○の場合 変更前薬剤名() 変更日(平成 年 月 日)				
治療上の問題点					
上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。					
医療機関名及び所在地					
医師氏名 印					

(注)

- 記載内容の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
- 更新時直近データは記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。
- 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
- 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

第4-5号様式【平成27年1月改定様式】

肝炎治療受給者証(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)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) 明昭 年 月 日生 (満 歳) 大平	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名		
過去の治療歴	該当する項目方にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。(未治療) ☐ インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名:) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:)(中止・再燃・無効) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴なし。				
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 2 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST () IU/l (施設の基準値: ~) ALT () IU/l (施設の基準値: ~) 血小板 () /ul (施設の基準値: ~) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見:)				
診断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 2 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)				
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	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(薬剤名:)3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療実施医療機関について	(テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 ☐ 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、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日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地			記載年月日 平成 年 月 日		
医師氏名			印		

(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 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用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るので、ご注意ください。
- 4 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。

第4-6号様式【平成27年1月改定様式】

肝炎治療受給者証(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)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) 明昭 大平 年 月 日生 (満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名		
過去の治療歴	該当する項目方にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効) 2. インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴なし。				
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 2 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST () IU/l (施設の基準値: ~) ALT () IU/l (施設の基準値: ~) ヘモグロビン () g/dl (施設の基準値: ~) 血小板 () /ul (施設の基準値: ~) 3 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見:)				
診断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 2 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる。)				
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	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(薬剤名:)3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療実施医療機関について	テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 ☐ 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、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日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。				
治療上の問題点					
上記のとおり他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療が適切であると判断します。 記載年月日 平成 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 印					

(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 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用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るので、ご注意ください。
- 4 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。

肝炎治療受給者証(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 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 明昭 年 月 日生 (満 歳) 大平	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば 記載)	医療機関名 医師名		
過去の治療歴	該当する方にチェックする。 ☐ 1. インターフェロン治療歴なし。(未治療) ☐ 2. インターフェロン治療歴あり。 (2. にチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 (中止・再燃・無効) イ. 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(薬剤名:) 3剤併用療法 (中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載: (中止・再燃・無効))				
不適格の確認	上記1. に該当する場合は、チェックが必要。 ☐ インターフェロンを含む治療法に不適格の者と判断する。(理由のうちいずれかを○で囲む) (理由: 貧血・好中球減少症・血小板減少症・うつ病・高齢・その他())				
不耐容、無効の確認	上記2. に該当する場合は、どちらかにチェックが必要。 ☐ インターフェロンを含む治療法で、副作用により治療を中止した者である。(不耐容) ☐ インターフェロンを含む治療法で、効果不十分によりHCV RNAが定量下限未満(検出せず)にならなかった者である。(無効)				
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法) (2) ウイルス型・セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST () IU/l (施設の基準値: ~) ALT () IU/l (施設の基準値: ~) 血小板 () /ul (施設の基準値: ~) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)				
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに限る				
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	インターフェロンフリー治療 (ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法) 治療予定期間 24 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地			記載年月日 平成 年 月 日		
(いずれかにチェックが必要) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医			☐ 京都府指定医(登録番号: 番)		
医師氏名			印		

(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. 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るので、ご注意ください。
4. 「京都府指定医」とは、京都府肝疾患専門医療機関の医師で、京都府が別途定める研修の修了者をいいます。

※裏面もご覧ください。

< 認定基準 >

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、1回のみの助成とする。なお、インターフェロンを含む治療歴の有無を問わない。

※2 上記治療に対する助成の申請に当たっては、日本肝臓学会肝臓専門医又は京都府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。

※3 インターフェロンフリー治療（ダクラタシル及びアスナプレビル併用療法）の助成対象は、以下を参照すること。

< 助成対象 >

インターフェロンを含む治療に不適格の未治療あるいは不耐容の患者、及びインターフェロンを含む治療法で無効となった者

（これまでのインターフェロンを含む治療によりウイルスが消えたがその後再燃した者は助成対象外）

- 1) 不適格：貧血、好中球減少症、血小板減少症、うつ病、その他の合併症又は高齢などの理由によりインターフェロンを含む治療を受けることができない患者
- 2) 不耐容：インターフェロンを含む治療を受けたが、副作用により治療を中止した患者
- 3) 無効：インターフェロンを含む治療を受けたが、効果不十分によりHCV RNAが定量下限未満（検出せず）にならなかった患者

（参考：Child-Pugh分類）

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度	昏睡
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dl超	2.8～3.5g/dl	2.8g/dl未満
プロトロンビン時間	70%超	40～70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dl未満	2.0～3.0mg/dl	3.0mg/dl超

A 5～6点

B 7～9点

C 10～15点

肝		肝炎インターフェロン治療受給者証							
公費負担者番号		3	8	2	6	6	0	1	1
受給者番号									
受給者	住所	-----							
	氏名								
	生年月日	年 月 日生					性別		
疾病名									
保険医療機関	所在地								
	名称								
	所在地								
	名称								
月額自己負担限度額		円							
有効期間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日							
上記のとおり決定します。 平成 年 月 日 京都府知事									

(裏面)

肝炎治療特別促進事業

(目的)

国内最大の感染症であるB型及び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、この抗ウイルス治療は月額の治療費が高額となること、又は、長期間に及び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、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医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の感染防止、ひいては府民の健康の保持・増進を図ることを目的とする。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、表記の疾病について保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、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。
- 2 本事業の対象となる医療は、本証に記載された医療機関において本証に記載された疾患に対して行われるインターフェロン治療に限られます。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 住所、氏名及び加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったときは、14日以内に、京都府知事にその旨を届け出てください。
また、京都府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。
- 5 治癒・死亡等で受給者の資格がなくなったとき、または府外へ転出したときは、速やかにこの証を京都府知事に返還してください。
- 6 この票を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、京都府知事にその旨届け出てください。
- 7 その他の問い合わせは下記に連絡して下さい。

	北保健センター	075-432-1438 (成人保健・医療係)	
	上京保健センター	075-432-3221	
	左京保健センター	075-702-1219 (成人保健・医療係)	
乙訓保健所	075-933-1151	中京保健センター	075-812-2594 (成人保健・医療係)
山城北保健所	0774-21-2191	東山保健センター	075-561-9128 (成人保健・医療係)
綴喜分室	0774-63-5745	山科保健センター	075-592-3477 (成人保健・医療係)
山城南保健所	0774-72-4300	下京保健センター	075-371-7291 (成人保健・医療係)
南丹保健所	0771-62-4751	南保健センター	075-681-3573 (成人保健・医療係)
中丹西保健所	0773-22-6381	右京保健センター	075-861-2177 (成人保健・医療係)
中丹東保健所	0773-75-0805	西京保健センター	075-392-5690
丹後保健所	0772-62-0361	洛西支所	075-332-8140 (庶務担当)
		伏見保健センター	075-611-1162 (成人保健・医療係)
		深草支所	075-642-3876 (庶務担当)
		醍醐支所	075-571-6747 (庶務担当)

又は 京都府健康福祉部健康

又は 京都府健康福祉部健康
対策課

TEL 075-414-4765

肝		肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証							
公費負担者番号		3	8	2	6	6	0	1	1
受給者番号									
受給者	住所	-----							
	氏名								
	生年月日	年 月 日生					性別		
疾病名									
保険医療機関	所在地								
	名称								
	所在地								
	名称								
月額自己負担限度額		円							
有効期間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日							
上記のとおり決定します。 平成 年 月 日 京都府知事									

(裏面)

肝炎治療特別促進事業

(目的)

国内最大の感染症である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、この抗ウイルス治療は月額の治療費が高額になること又は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、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医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、ひいては府民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、表記の疾病について保険診療により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。
- 2 本事業の対象となる医療は、本証に記載された医療機関において本証に記載された疾患に対して行われる核酸アナログ製剤治療に限られます。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 住所、氏名及び加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったときは、14日以内に、京都府知事にその旨を届け出てください。
また、京都府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。
- 5 治癒・死亡等で受給者の資格がなくなったとき、または府外へ転出したときは、速やかにこの証を京都府知事に返還してください。
- 6 この票を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、京都府知事にその旨届け出てください。
- 7 その他の問い合わせは下記に連絡して下さい。

乙訓保健所	075-933-1151	北保健センター	075-432-1438 (成人保健・医療係)
山城北保健所	0774-21-2191	上京保健センター	075-432-3221
綴喜分室	0774-63-5745	左京保健センター	075-702-1219 (成人保健・医療係)
山城南保健所	0774-72-4300	中京保健センター	075-812-2594 (成人保健・医療係)
南丹保健所	0771-62-4751	東山保健センター	075-561-9128 (成人保健・医療係)
中丹西保健所	0773-22-6381	山科保健センター	075-592-3477 (成人保健・医療係)
中丹東保健所	0773-75-0805	下京保健センター	075-371-7291 (成人保健・医療係)
丹後保健所	0772-62-0361	南保健センター	075-681-3573 (成人保健・医療係)
		右京保健センター	075-861-2177 (成人保健・医療係)
		西京保健センター	075-392-5690
		洛西支所	075-332-8140 (庶務担当)
		伏見保健センター	075-611-1162 (成人保健・医療係)
		深草支所	075-642-3876 (庶務担当)
		醍醐支所	075-571-6747 (庶務担当)

又は 京都府健康福祉部健康対策課

TEL 075-414-4765

肝		肝炎インターフェロンフリー治療受給者証						
公費負担者番号								
受給者番号								
受給者	住所	-----						
	氏名							
	生年月日	年 月 日生				性別		
疾病名								
保険医療機関	所在地							
	名称							
	所在地							
	名称							
月額自己負担限度額		円						
有効期間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日						
上記のとおり決定します。 平成 年 月 日 京都府知事								

(裏面)

肝炎治療特別促進事業

(目的)

国内最大の感染症である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、この抗ウイルス治療は月額の治療費が高額になること又は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、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医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、ひいては府民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、表記の疾病について保険診療により治療を受けた場合、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。
- 2 本事業の対象となる医療は、本証に記載された医療機関において本証に記載された疾患に対して行われるインターフェロンフリー治療に限られます。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 住所、氏名及び加入している医療保険又は保険医療機関に変更があったときは、14日以内に、京都府知事にその旨を届け出てください。
また、京都府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。
- 5 治癒・死亡等で受給者の資格がなくなったとき、または府外へ転出したときは、速やかにこの証を京都府知事に返還してください。
- 6 この票を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、京都府知事にその旨届け出てください。
- 7 その他の問い合わせは下記に連絡して下さい。

乙訓保健所	075-933-1151	北保健センター	075-432-1438 (成人保健・医療係)
山城北保健所	0774-21-2191	上京保健センター	075-432-3221
綴喜分室	0774-63-5745	左京保健センター	075-702-1219 (成人保健・医療係)
山城南保健所	0774-72-4300	中京保健センター	075-812-2594 (成人保健・医療係)
南丹保健所	0771-62-4751	東山保健センター	075-561-9128 (成人保健・医療係)
中丹西保健所	0773-22-6381	山科保健センター	075-592-3477 (成人保健・医療係)
中丹東保健所	0773-75-0805	下京保健センター	075-371-7291 (成人保健・医療係)
丹後保健所	0772-62-0361	南保健センター	075-681-3573 (成人保健・医療係)
		右京保健センター	075-861-2177 (成人保健・医療係)
		西京保健センター	075-392-5690
		洛西支所	075-332-8140 (庶務担当)
		伏見保健センター	075-611-1162 (成人保健・医療係)
		深草支所	075-642-3876 (庶務担当)
		醍醐支所	075-571-6747 (庶務担当)

又は 京都府健康福祉部健康対策課

TEL 075-414-4765

72週投与用

肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書

京 都 府 知 事 様

私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

(申請者記入欄)

申請者 住 所 (〒 平成 年 月 日)

ふりがな
氏 名

Ⓔ (男・女)

電話番号 () -

受給者番号(7桁)

現行有効期間 開始：平成 年 月 日

終了：平成 年 月 日

- 注1) 本申請書は、保健所等又は京都府健康対策課に申請してください。
- 2) 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
- 3) 裏面(担当医記載欄)は担当医による記載が必要です。
- 4) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(担当医記載欄)

※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 ()

その所在地 ((〒 -))

担当医師名 (印)

確認事項

※ 担当医師は、該当する場合、共通項目の□、かつ、(1)若しくは(2)の□にチェックを入れてください。

(有効期間延長の認定には、共通項目のすべての□、かつ(1)若しくは(2)のすべての□にチェックが入っている必要があります。)

申請者()について、C型慢性肝炎セログループ1かつ高ウイルス量
症例への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、

(共通項目)

- ☐ 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- ☐ 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1かつ高ウイルス量である。
- ☐ 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
[変更後の予定期間: (開始:平成 年 月～終了:平成 年 月予定)]

(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が陰性化した者が再燃した者で、『今回の治療において、HCV-RNAが投与開始後36週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

- ☐ 申請者は、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が陰性化した者が再燃した者である。
- ☐ 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で継続中である(一時休薬期間は除く。)
- ☐ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
 - ・ 投与開始後36週までにHCV-RNAが陰性化。(一時休薬期間は除く。)

(2) (1)に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始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。』と認められるので、48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

- ☐ 申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の標準的治療(48週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で継続中である(一時休薬期間は除く。)
- ☐ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
 - ・ 投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ、HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下
 - ・ 投与36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休薬期間は除く。)

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書 **【使用上の注意】の重要な基本的注意** において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

(シメプレビルを含む3剤併用療法延長用)

**肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書
(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)**

京 都 府 知 事 様

私は、プロテアーゼ阻害剤（シメプレビル）を含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証（プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法）の有効期間延長を申請します。

(申請者記入欄)

申請者 住 所 (〒 平成 年 月 日)

ふりがな

氏 名

Ⓔ (男・女)

電話番号 () -

受給者番号(7桁)

現行有効期間 開始：平成 年 月 日

終了：平成 年 月 日

- 注1) 本申請書は、保健所等又は京都府健康対策課に申請してください。
- 2) 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度としますが、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えることはできません。
- 3) 裏面（担当医記載欄）は担当医による記載が必要です。
- 4) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(担当医記載欄)

※ 以下の事項を全て確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 ()

その所在地 ((〒 -))

担当医師名 () 印

確認事項

※ 担当医師は、該当する項目の□にチェックを入れてください。

(有効期間延長の認定には、1 の治療歴のいずれかの項目、及び 2 の判断にチェックが入っていることが必要です。)

申請者（ ）について、C型慢性肝炎セログループ1
症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、

1 治療歴について

これまでのインターフェロン治療〔(ペグ)インターフェロン製剤単独、リバビリン併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法〕の無効例と認められ、

- ☐ 申請者は、これまでの24週以上のインターフェロン治療でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者である。
- ☐ 申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始12週後にHCV-RNAが前値の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者である。

2 3剤併用療法の治療期間延長の判断について

- ☐ 3剤併用期間に続く12週のペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に24週（総治療期間48週）延長することが適切であると判断する。

[変更後の予定期間：(開始：平成 年 月～終了：平成 年 月予定)]

(注) シメプレビルを含む3剤併用療法の実施において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。

副作用等延長用

肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書

京 都 府 知 事 様

私は、インターフェロン投与期間において、以下の理由により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

〔 <延長理由> 〕

(申請者記載欄)

平成 年 月 日

住 所 (〒 -)

ふりがな
氏 名

Ⓐ (男・女)

電話番号 () -

受給者番号 (7桁)

現行有効期間 開 始:平成 年 月 日

終 了:平成 年 月 日

(担当医記載欄)

申請者 () について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える (計2か月までの延長) 可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断する。

※ 申請者が受けている治療がテラプレビルを含む3剤併用療法(24週)の場合、担当医師は、以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。

☐ 治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。

記載年月日:平成 年 月 日

医療機関名:

所 在 地: (〒 -)

担当医師名

Ⓐ

(注) なお、副作用等の要因について、京都府健康対策課より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。

注1) 本申請書は、保健所等又は京都府健康対策課に申請してください。

2) 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。

3) (担当医記載欄) は担当医による記載が必要です。

4) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

第 8 号様式

肝炎治療受給者証記載事項変更申請書					
受 給 者	公費負担者番号		承認期間		平成 年 月 日 から
	受 給 者 番 号				平成 年 月 日 まで
	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所				
変更事項		新		旧	
氏 名					
住 所					
そ の 他 ()					
上記のとおり記載事項を変更したく申請します。 平成 年 月 日 (印) 申請者 住 所 氏 名 受給者との続柄 () 電話 () 一 京都府知事 様					

肝炎治療受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

京都府知事 様

(〒 —)

申請者 住 所

氏 名 ⑩

受給者との続柄 ()

電話 () —

下記のとおり肝炎治療受給者証を紛失しましたので、再交付を申請します。

記

公費負担者番号	
受給者番号	
住 所	
受給者氏名	男・女 (明・大・昭・平 年 月 日生)
疾 患 名	
有 効 期 間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

肝 炎 治 療 費 請 求 書

金 額	百	十	万	千	百	十	円
-----	---	---	---	---	---	---	---

ただし、肝炎治療特別促進事業実施要綱に基づく医療費

患者氏名	生 年 月 日	年 齢	性 別
	明治・大正 年 月 日 昭和・平成	歳	男・女
公費負担者番号	月額自己負担限度額		
受給者番号	円		
受給者票の有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
療養費払いとなつた理由	1 受給者証の有効期間内の療養で、受給者証が届く前に医療費を支払ったため 2 その他 ()		
高額療養費等の該当	支給決定通知書等の添付 有 ・ 無 (添付なしの場合、その理由) 1 高額療養費等に該当しないことが明らかなため 2 高額療養費等に該当せず、かつ、保険者から通知が発出されないため(年 月 ~ 該当しない旨確認) 3 その他 ()		

上記の金額を請求します。

平成 年 月 日

京都府知事 様

(〒 —)
 請求者 住 所
 氏 名 ㊟
 [電話 () —]

振 込	銀 行 信用金庫 農 協	本店	普通	口座番号
		支店	当座	(フリガナ) 口座名義

- ※1 振込先口座は請求者の口座に限ります。
 なお、請求者氏名と患者氏名が異なる場合は、委任状が必要です。
- ※2 療養証明書(領収書不可)を添付して、お近くの保健所等から請求してください。
- ※3 高額療養費、付加給付(一部負担金返戻金・家族療養費等)の支給に該当される方は、保険者が発行する高額療養費等支給決定通知書を添付してください。
- ※4 請求の対象は、受給者証の有効期間内の治療で、かつ肝炎治療特別促進事業の対象医療に限ります。
- ※5 高額療養費等の該当の有無は、必ず保険者に確認してください。(自己申告不可)
- ※6 限度額認定票をお持ちの方も、高額療養費等の該当になる場合がありますので、必ず保険者に確認してください。

必ず、受給者証のコピーを添付してください。

療養証明書 (肝炎治療分を含む)

患者氏名

男・女

生年月日

明治・大正・昭和・平成

年

月

日

健康保険種別

協・組・共・国保・後

区 分	療養の給付				
	入院 外来 の別	診 療 実日数	総診療点数 (※2)	患者負担 割 合	請求額 (患者負担相当額)
					保険診療分 (※3)
月分	入院 外来	日	点	割	円
			うち肝炎治療分		うち肝炎治療分
月分	入院 外来		うち肝炎治療分		うち肝炎治療分
			うち肝炎治療分		うち肝炎治療分
月分	入院 外来		うち肝炎治療分		うち肝炎治療分
			うち肝炎治療分		うち肝炎治療分
月分	入院 外来		うち肝炎治療分		うち肝炎治療分
			うち肝炎治療分		うち肝炎治療分

療養の給付について、上記のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

医療機関及び保険薬局の 所在地

名 称

代表者名

印

担当者名

電話番号

記載上の注意

- ※1 証明の際には受給者証の提示を求め資格の有無を確認してください。
- ※2 総診療点数欄については該当月の総診療点数を、内書きとして肝炎治療及び肝炎治療に伴う軽微な副作用に係る診療点数を証明してください。
- ※3 請求額欄については、※2と同様の記載要領で請求額を証明してください。
- ※4 医療保険の適用内で受給者証の有効期間内の治療であるものを記載してください。
- ※5 この証明書は、医療機関及び院外薬局ごとに、また、入院・外来別に欄をかえて作成してください。

第12号様式

平成 年 月分 肝炎治療自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 _____ 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	医療機関等の名称	確認印

日 付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印

第10号様式 記載例

〇〇年〇〇月分 肝炎インターフェロン治療自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 10,000 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	医療機関等の名称	確認印
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	印

日 付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	5,700	5,700	印
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇薬局	2,250	7,950	印
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	2,050	10,000	印
月 日				
月 日				