

肝炎治療受給者証交付申請

インターフェロン治療（新規・2回目・3回目）  核酸アナログ製剤治療（新規・更新）  
 インターフェロンフリー治療（新規・再治療）

申請者	フリガナ			性別	男 女
	氏名	( 歳)			
	生年月日	年 月 日			
	住所	〒 ( 電話 )			
医療加保入 険	被保険者氏名				
	保険種別	国保 ・ 後期高齢 ・ 被用者(本人) ・ 被用者(家族)			
病名					
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				
<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、肝炎治療受給者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">沖縄県知事 殿</p>					

(注) 申請に係る書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている場合は受付できませんのでご注意ください  
(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、申請にあ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

#### (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

### 1. 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、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、地域の実情等に応じて「沖縄県が適当と定める医師」が作成してもよいこととする。

#### (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、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での実施に限り助成対象とする。

※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、地域の実情等に応じて「沖縄県が適当と定める医師」が作成してもよいこととする。

#### (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、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、例外として、地域の実情等に応じて沖縄県が適当と認める医師が作成してもよいこととする。

※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又は地域の実情等に応じて「沖縄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。