

肝炎治療受給者証（インターフェロンプリー治療）交付申請書					
申 請 者	氏名	-----		性別	男 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日	職業	
	住所	〒 ( - )			(TEL )
	加入 医療 保険	被保険者氏名		申請者との 続柄	
	保険種別	協・組・共・国・後		被保険者証の 記号・番号	
	被保険者証 発行機関名				
	所在地				
疾病名	1. C型慢性肝炎 2. C型代償性肝硬変				
本助成制度 利用歴	1. あり 2. なし 受給者証番号 ( ) 有効期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)				
主たる治療 医療機関	名称				
	所在地				
<p>インターフェロンプリー治療の効果・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（インターフェロンプリー治療）の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印 (自署または記名押印)</span></p> <p>平成 年 月 日 <span style="float: right;">奈良県知事 殿</span></p>					
治療情報等の提供に関する同意書					
<p>私はこの度の上記治療を受けるにあたり、医療機関を通じて私の年齢、性別、居住市町村名、治療情報等を県及び国に提供し、肝炎対策に活用されることに同意します。（下部の説明をご覧ください）</p>					
	住所				
	氏名	印 (自署または記名押印)			
	生年月日				
平成 年 月 日 (※日付についてもご記入ください) <span style="float: right;">奈良県知事 殿</span>					
<p>【同意へのお願い】</p> <p>県では、治療について、治療の完遂率や著効率等を県および国で調査し、より一層の肝炎対策を推進することを目的として皆様の治療情報等を基礎資料として活用したいと考えています。情報の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮し、調査以外の目的に一切使用することはありませんので、ご協力いただきますようお願いいたします。（同意の有無と助成の可否とは関係ありません。）</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。

(裏面)

## 認 定 基 準

### 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

H C V - R N A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)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H C V - R N A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

H C V - R N A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、これまでに3剤併用療法を受けたことがなく、かつ肝がんの合併のないもの。

- ※1 上記については、(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での実施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

H C V - R N A陽性のC型慢性肝炎又はC h i l d - P u g h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、原則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、(1)及び(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、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。
- ※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、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。