

肝炎治療受給者証 (新規・2回目・更新) 交付申請書  
( インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療 )

※該当する申請・治療法を○を囲んでください

申 請 者	ふりがな 氏 名			性 別	男 女
	生年月日	明・大 昭・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. B型ウイルス性肝炎
-------	--------------

本助成制度 利 用 歴	1. あり                      2. なし 受給者番号 (                      ) 有効期間 (平成    年    月    日～平成    年    月    日)
----------------	--

主 医 療 機 関 治 療	名 称	
	所 在 地	

(インターフェロン治療・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・核酸アナログ製剤治療) の交付を申請します。

申請者氏名 印 (自署または記名押印)

平成    年    月    日 奈良県知事 殿

治療情報等の提供に関する同意書

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)

住 所	
氏 名	印 (自署又は記名押印)
生年月日	明・大・昭・平                      年    月    日

平成    年    月    日 (※日付についてもご記入ください) 奈良県知事 殿

【同意へのお願い】

県では、治療について、治療の完遂率や着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。)

(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。

## 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