肝炎核酸アナログ製剤治療費受給者証の更新について

１　対象となる疾患

Ｂ型ウイルス性肝疾患

２　対象者

次の項目を全て満たす方が助成の対象となります。

① 奈良県内に住所があること

② Ｂ型ウイルス性肝疾患と診断され、かつ、核酸アナログ製剤治療受給者証更新の認定基準を満たしていること。

③ 国民健康保険や組合健康保険など、公的医療保険に加入していること。

３　治療受給者証更新の認定基準

現在、肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証を所有し、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実施中で、医師が引き続き治療継続を必要と認めた者で、受給者証の有効期間内に更新申請をおこなった者。

４　更新申請の方法

・お住まいの地域を管轄する保健所に必要書類を添えて申請手続きをしてください。

・審査の結果、認定された方には、治療受給者証を交付します。

５　更新後の助成期間

受給者証記載の有効期間満了日の翌日から１年間です。

※　例）有効期間満了日が３月３１日の場合、更新後の助成期間は４月１日から翌年３月３１日までとなります。

※　ただし、受給者証記載の有効期間満了日までに申請がなされなかった場合は、新たに治療受給者の申請をおこなっていただくことになります。その場合は、申請書を受理した月の初日から１年間となるため、承認できない期間が生じる場合があります。（申請書類も新規申請用の書類が必要となります）

６　申請手続き

①申請窓口は、申請者の住民票のある住所地を管轄する保健所です。

保健所	所在地・電話番号	管轄市町村
奈良市保健所	〒６３０－８１２２ 奈良市三条本町１３番１号 ０７４２－９３－８３９７	奈良市
郡山保健所	〒６３９－１０４１ 大和郡山市満願寺町６０－１ ０７４３－５１－０１９４	大和郡山市、天理市、生駒市、山添村、平群町、三郷町、斑鳩町、安堵町
中和保健所	〒６３４－８５０７ 橿原市常盤町６０５－５ ０７４４－４８－３０３７	大和高田市、御所市、香芝市、葛城市、上牧町、王寺町、広陵町、河合町 橿原市、桜井市、宇陀市、川西町、三宅町、田原本町、曽爾村、御杖村、高取町、明日香村
高田出張所	大和高田市片塩１２－５ （大和高田市民交流センター） ０７４５－５１－８１３３ （旧葛城保健所管内にお住まいの方は、高田出張所においても申請窓口を開設しています。）	
吉野保健所	〒６３８－００４５ 吉野郡下市町新住１５－３ ０７４７－５２－０５５１	吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
内吉野保健所	〒６３７－００４１ 五條市本町３－１－１３ ０７４７－２２－３０５１	五條市、野迫川村、十津川村

※
平成 27 年２月 16 日（月）より、葛城保健所と桜井保健所が統合し「中和保健所」になり、奈良県橿原総合庁舎１階（橿原市常盤町６０５－５）に移転しました。

②更新申請に必要な書類

申請には、下記の（１）～（５）の書類が必要となります。

（１）肝炎治療受給者証交付申請書（Ｂ型）（別紙様式１－１）

（２）肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の交付申請に係る意見書（別紙様式２－４）又は直近の認定・更新時以降に行われた検査内容及び治療内容がわかる資料

ａ）検査内容（血液検査結果等）がわかる資料

例：検査結果報告書の写し、健診・人間ドックの結果の写し等

b）受けている治療内容が分かる資料

例：お薬手帳の写し、薬剤情報提供書の写し等

※　肝疾患に関する専門医療機関（奈良県外の医療機関においては、その医療機関所在地を管轄する都道府県が指定した専門医療機関）、日本肝臓学会肝臓専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかが発行したものに限ります。

（３）申請者の健康保険証の写し

※保健所ではコピーできませんので、必ずコピーをして持参して下さい。

（４）世帯全員（続柄を含む）が記載されている住民票の写し（原本・発行から３か月以内のもの）
外国人の方は、外国人登録原票記載事項証明書（原本）

（５）世帯全員の市町村民税課税（非課税）証明書（原本・最新の年度のもの）

※　肝炎医療費助成制度は、世帯全員の市町村民税（所得割）課税年額の合算額によって、申請者の自己負担限度額（月額）が決定されます。そのため、世帯全員の住民票と同一の世帯全員の市町村民税課税（非課税）証明書の提出が必要です。
ただし、市町村民税課税（非課税）証明書は、中学生までは省略できます。
また、世帯員のうち、市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円以上の方がおられる場合は、その方の市町村民税課税証明書の提出のみで結構です。

○自己負担限度額の階層区分

階層区分		自己負担限度額（月額）
一般所得階層	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
上位所得階層	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

※１　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。）に係る取扱いについて」（平成 23 年 12 月 21 日健発 1221 第８号厚生労働省健康局通知）により計算を行うものとします。

※２　毎年６月頃、その年度の課税年額が通知されますので、前年度と大きく変わる場合は、保健所にご相談ください。

【同一世帯であっても、生計を別にしている場合の例外的な取り扱い】

自己負担限度額は、住民票上の世帯全員の市町村民税額の合算により決定していますが、医療保険及び地方税法上の扶養関係がなく、世帯の税額合算対象からの除外を希望する方がいる場合は、市町村民税額合算対象除外申請書（別紙様式９）を提出することにより、自己負担限度額が軽減される場合があります。

※　下記の全てにチェックが入る場合のみ対象となります。
また、下記の要件に該当することがわかる書類も必要です。

□ 配偶者以外である。
（配偶者は、扶養関係にない場合であっても、民法上同一生計とみなされるため、課税年額の合算対象から除外できません。）
□ 地方税法上の扶養関係にないこと。
□ 医療保険上の扶養関係にないこと。
□ 受給者からの申請に基づくこと。

７　受給者証の変更、再交付

住所・氏名・保険の種類等に変更があったときは、記載事項変更申請（別紙様式４）をしてください。

受給者証を汚したり、無くしたりしたときは、再交付申請（別紙様式７）をしてください。

８　受給者証の返還

受給者証の有効期間中に、治療が終了した場合、死亡や転出等により受給者の資格が無くなったときは、速やかに受給者証に「返還届」（別紙様式８）を添え、管轄保健所に返還してください。

９　その他ご注意

・郵送での申請も可能ですが、申請書類は有効期間内に保健所必着でお願いします。
・更新時に現在の受給者証の記載内容に変更があった場合、または、現在の受給者証を紛失した場合は、更新の申請と同時に、上記「７　受給者証の変更、再交付」に記載の申請をおこなってください。

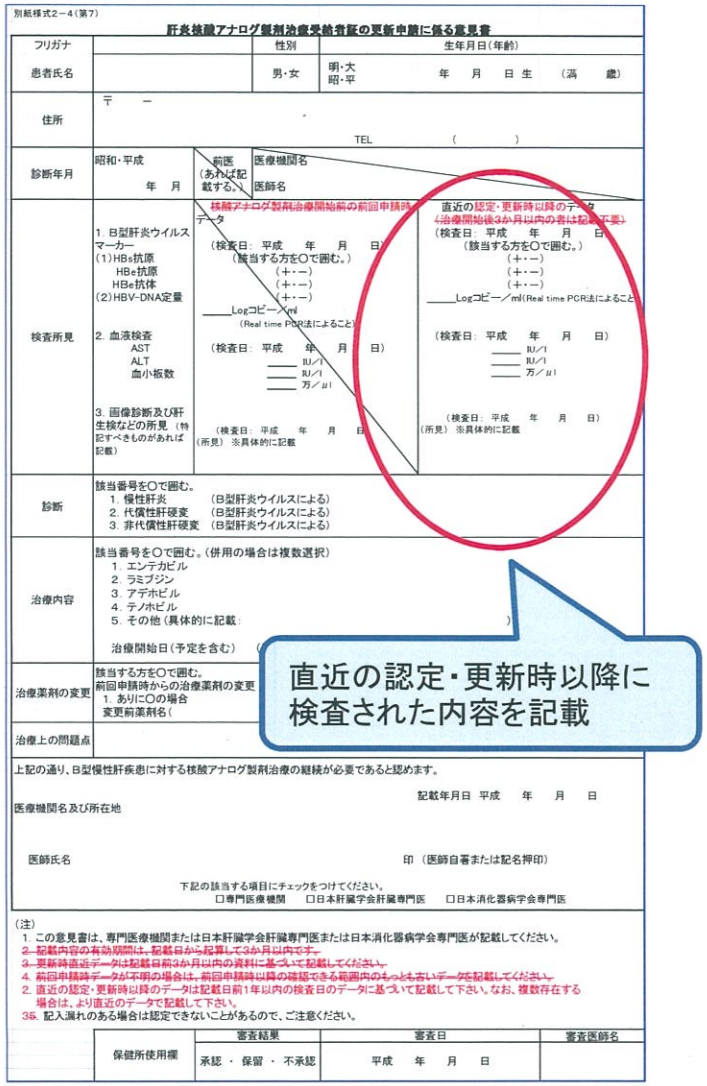
（注意）別紙様式４、７、８、９は同封しておりません。
必要時には、申請者の住民票のある住所地を管轄する保健所にお問い合わせいただくか、奈良県ホームページ（http://www.pref.nara.jp/5169.htm）をご覧ください。

核酸アナログ製剤治療費助成の更新申請に係る意見書の簡素化について

○改正点
- **更新申請の添付書類について、意見書以外の添付でも可とする。**
- **これらの添付書類は、直近の認定・更新時以降に作成されたものとする。**

意見書の場合

（別紙様式２－４）



別紙様式2－4（第7）

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新申請に係る意見書

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） 明・大 昭・平　年　月　日 生　（満　歳）
住所	〒　－ TEL　（　　）		
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（特記すべきものがあれば記載）	~~核酸アナログ製剤治療開始前の前回申請時のデータ~~ （検査日：平成　年　月　日） （該当する方を○で囲む。） （+・−） （+・−） （+・−） ＿＿Logコピー／ml （Real time PCR法によること） （検査日：平成　年　月　日） ＿＿ IU/l ＿＿ IU/l ＿＿ 万／μl （検査日：平成　年　月　日） （所見）※具体的に記載	直近の認定・更新時以降のデータ ~~（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。） （+・−） （+・−） （+・−） ＿＿Logコピー／ml（Real time PCR法によること） （検査日：平成　年　月　日） ＿＿ IU/l ＿＿ IU/l ＿＿ 万／μl （検査日：平成　年　月　日） （所見）※具体的に記載
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：　　） 治療開始日（予定を含む）（		
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. ありに○の場合 変更前薬剤名（		
治療上の問題点			

上記の通り、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。

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（医師自署または記名押印）

下記の該当する項目にチェックをつけてください。
□専門医療機関　□日本肝臓学会肝臓専門医　□日本消化器病学会専門医

（注）
1. この意見書は、専門医療機関または日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が記載してください。
~~2. 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。~~
~~3. 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。~~
~~4. 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。~~
2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載して下さい。なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載して下さい。
~~3~~5. 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。

	審査結果	審査日	審査医師名
保健所使用欄	承認 ・ 保留 ・ 不承認	平成　年　月　日	

直近の認定・更新時以降に検査された内容を記載

意見書の有効期間は削除

新　設

意見書以外の場合

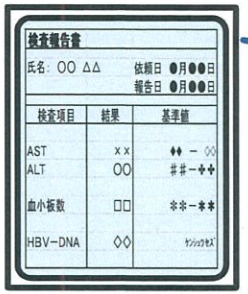
意見書の代わりに、

(a)**検査内容（血液検査結果等）が分かる資料**

(b)**受けている治療内容が分かる資料**

の両方が添付されていれば可とする。

(a)の例；検査結果報告書の写し、
健診・人間ドックの結果の写し　等



検査報告書

氏名：○○ △△　依頼日 ●月●●日　報告日 ●月●●日

検査項目	結果	基準値
AST	××	♦♦ − ◊◊
ALT	○○	＃＃−♦♦
血小板数	□□	＊＊−＊＊
HBV−DNA	◊◊	ｹﾝｼｭﾂｾｽﾞ

直近の認定・更新時以降の日付で発行されたものであること
※AST、ALT、血小板数、HBV－DNAの結果が必要

＋

(b)の例；お薬手帳の写し、薬剤情報提供書の写し　等

直近の認定・更新時以降の日付で発行されたものであること