

肝炎治療受給者証(新規・2回目・3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○で囲んでください

申請者	ふりがな 氏名			性別	男 女	
	生年月日	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	
		保険者名				
	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(年 月 日～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

(自署)

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	(自署)
生年月日	年 月 日
年 月 日	(※日付についてもご記入ください)

(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

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

ご注意

- (1) 鉛筆や消せるボールペン（フリクションボール等）で記入された書類での申請は受理できません。
- (2) 一度申請いただいた書類は、どのような理由であってもお返しえません。控えが必要な場合は、ご自身で申請前に写し（コピー等）をご準備ください。