

【確認用】

肝炎インターフェロン治療・肝炎インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請等に必要な書類の様式等について

申請区分		交付申請書 (注1)	診断書	担当医師の 意見書	市町村民税額合算 対象除外希望申請書	添付書類			備考	
対象治療	新規・延長・2回目・更新の 別					被保険者証等 の写し	世帯全員(統括含 む)の記載のある 住民票の写し (原本)	世帯全員の市町 村民税課税(非課 税)証明書(原本・ 最新年度)		
インターフェロン	新規	◎ 【様式1-1】(B型) 【様式1-2】(C型)	◎ 【様式2-1】	/	○ (希望する場合) 【様式9】	◎	◎	◎		
	2回目	◎ 【様式1-1】(B型) 【様式1-2】(C型)	◎ 【様式2-2】	/	○ (希望する場合) 【様式9】	◎	◎	◎		
	3回目	◎ 【様式1-1】	◎ 【様式2-3】	/	○ (希望する場合) 【様式9】	◎	◎	◎		
	延長	6か月	◎ 【様式10】	/	◎ 【様式10】	○ (希望する場合) 【様式9】	/	/	/	※ 申請書の下部に医師 の意見記載欄あり。
		2か月	◎ 【様式11】	/	◎ ※【様式11】	○ (希望する場合) 【様式9】	/	/	/	※ 申請書の下部に医師 の意見記載欄あり。
インターフェロンフリー	(非代償性肝硬変を除く) 新規	◎ 【様式1-3】	◎ 【様式2-6】	/	○ (希望する場合) 【様式9】	◎	◎	◎		
	(非代償性肝硬変を除く) 再治療	◎ 【様式1-3】	◎ 【様式2-7】 ※①【様式2-9】	/	○ (希望する場合) 【様式9】	◎	◎	◎		
	(非代償性肝硬変) 申請	◎ 【様式1-3】	◎ 【様式2-8】 ※①【様式2-9】	/	○ (希望する場合) 【様式9】	◎	◎	◎		
核酸アナログ	新規	◎ 【様式1-1】	◎ 【様式2-4】	/	○ (希望する場合) 【様式9】	◎	◎	◎		
	更新	◎ 【様式1-1】	/	◎ 【様式2-5】又は※②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分 かる資料	○ (希望する場合) 【様式9】	◎	◎	◎		

- ◎は必ず提出が必要なもの、○は状況によって提出が必要なもの
- 住民票は、申請する時点から遡って3か月以内に発行されたものであること。
- 課税年額を証明する書類は、申請する時点で入手できる最新のものであること。
- ※① インターフェロンフリー治療の再治療の場合で、肝炎患診連携拠点病院の常勤する日本肝臓学会肝臓専門医以外が【様式2-7】または【様式2-8】を作成する場合は、肝炎患診連携拠点病院の常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が作成する【様式2-9】が必要である。
- ※②【様式2-5】意見書の代わりの添付書類の例
検査内容(血液検査結果等)が分かる書類:検査結果報告書の写し、検診・人間ドックの結果の写し等と
受けている治療内容が分かる書類:お薬手帳の写し、薬剤情報提供者の写し等

注1)インターフェロン治療の申請書は、B型ウイルス性肝疾患の場合は【様式1-1】を、C型ウイルス性肝疾患の場合は【様式1-2】を提出してください。