島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新	旧
島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱 第１～第１８　（略） 附　則 （施行期日） （略） 23　この要綱は、令和２年３月２７日から施行し、令和２年４月１日から適用する。 24　この要綱は、令和３年４月２０日から施行し、令和３年４月１日から適用する。	島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱 第１～第１８　（略） 附　則 （施行期日） （略） 23　この要綱は、令和２年３月日から施行し、令和２年４月１日から適用する。 （追加）

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第１号）（表面）

肝炎治療受給者証交付申請書（新規・更新）
（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）
※（　）内は該当する治療法を○で囲んでください

制度を利用しようとする者	氏　名	（ふりがな　　）		生年月日	年　月　日
	性　別	男・女	住　所	〒　－ 電話（　－　－　）	
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	協・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
		被保険者証発行機関名			
病　名					
本助成制度利用歴		１．あり　２．なし ありの場合　受給者番号　（　　） 有効期間　年　月　日～　年　月　日			

受診・保険医療機関		名　称	所在地
	1		
	2		
	3		

※本助成制度に関し受診予定である医療機関・薬局を記載してください。（受給者証に記載のない医療機関等で本事業の助成を受けることは出来ません）を記載してください。また、受診できる医療機関は、原則として一人当たり３か所までです。３か所を超えて受診を希望される場合は、その理由を本欄に記載してください。

「世帯員」の１９歳未満の税制上の扶養親族の有無　有　・　無

世帯員に１９歳未満の被扶養者がいる場合は記入してください		
	（１９歳未満の者の名）　（扶養者）	（１９歳未満の者の名）　（扶養者）
	（１９歳未満の者の名）　（扶養者）	（１９歳未満の者の名）　（扶養者）

※保健所記入欄	市町村民税（所得割）課税年額 世帯合計　円	階層区分 甲　・　乙	月額自己負担限度額 円

（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・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、肝炎治療受給者証の交付を申請します。
※（　）内は　該当する治療方法を○で囲んでください

申請者氏名
（制度を利用しようとする者との続柄　　）

年　月　日

島根県知事　　様

（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、申請にあたっては、主治医とよくご相談ください。

（裏面）（略）

旧

（別紙様式第１号）（表面）

肝炎治療受給者証交付申請書（新規・更新）
（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）
※（　）内は該当する治療法を○で囲んでください

制度を利用しようとする者	氏　名	（ふりがな　　）		生年月日	年　月　日
	性　別	男・女	住　所	〒　－ 電話（　－　－　）	
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	協・組・船・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
		被保険者証発行機関名			
病　名					
本助成制度利用歴		１．あり　２．なし ありの場合　受給者番号　（　　） 有効期間　年　月　日～　年　月　日			

受診または保険医療機関		名　称	所在地
	1		
	2		
	3		

※本助成制度に関し受診予定である医療機関を記載してください。また、受診できる医療機関は、原則として一人当たり３か所までです。３か所を超えて受診を希望される場合は、その理由を本欄に記載してください。

「世帯員」の１９歳未満の税制上の扶養親族の有無　有　・　無

世帯員に１９歳未満の被扶養者がいる場合は記入してください		
	（１９歳未満の者の名）　（扶養者）	（１９歳未満の者の名）　（扶養者）
	（１９歳未満の者の名）　（扶養者）	（１９歳未満の者の名）　（扶養者）

※保健所記入欄	市町村民税（所得割）課税年額 世帯合計　円	階層区分 甲　・　乙	月額自己負担限度額 円

（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・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、肝炎治療受給者証の交付を申請します。
※（　）内は　該当する治療方法を○で囲んでください

申請者氏名　　印
（制度を利用しようとする者との続柄　　）

年　月　日

島根県知事　　様

（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、申請にあたっては、主治医とよくご相談ください。

（裏面）（略）

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第２号）

（別紙様式第2号）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書 （新規）

（フリガナ）		性 別	生年月日（年齢）
患者氏名		男 ・ 女	年 月 日 （満 歳）
住 所	〒 電話番号 （ ）		

これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。

診断年月	年 月	前 医（あれば記載する）	医療機関名 医師名

過去の治療歴

C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。
1. 3剤併用療法（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）の治療歴
☐ 3剤併用療法の治療歴なし。
☐ 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。
（具体的な経過・理由: ）
2. インターフェロンフリー治療歴
☐ インターフェロンフリー治療歴なし。
☐ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名: ）
☐ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。

検査所見

インターフェロン治療開始前の所見を記入する。
1. 今回のB型肝炎ウイルスマーカー （検査日: 年 月 日）
（1） HBs抗原 （ ＋ ・ － ） （該当する方を○で囲む）
（2） HBe抗原 （ ＋ ・ － ） HBe抗体 （ ＋ ・ － ） （該当する方を○で囲む）
（3） HBV-DNA定量 ＿＿＿＿＿ （単位: 、測定法 ）

2. C型肝炎ウイルスマーカー （検査日: 年 月 日）
（1） HCV-RNA定量 ＿＿＿＿＿ （単位: 、測定法 ）
（2） ウイルス型 （該当欄にチェックを入れる）
☐ ジェノタイプ1またはセロタイプ（グループ）1
☐ ジェノタイプ2またはセロタイプ（グループ）2
☐ その他

3. 血液検査 （検査日: 年 月 日）
AST ＿＿＿＿＿ IU／l （施設の基準値: ＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）
ALT ＿＿＿＿＿ IU／l （施設の基準値: ＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）
※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載（検査日: 年 月 日 ALT ＿＿＿ IU/l ）
血小板数 ＿＿＿＿＿ ／μl （施設の基準値: ＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）
※血小板数10万／μl以下の場合、肝生検の所見を記載。

4. 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載） （検査日: 年 月 日）
（所見: ）

診 断

該当番号を○で囲む。
1. B型慢性活動性肝炎
2. C型慢性肝炎
3. C型代償性肝硬変

肝がんの合併

肝がん 1. あり （ 治療中 ・ 治癒後 ） 2. なし

治療内容

該当番号を○で囲む。
1. ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤
2. インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤
3. ペグインターフェロン製剤単独
4. その他（具体的に記載: ）

治療予定期間 週 （ 年 月 ～ 年 月）

再治療の有無

1. 初回治療 2. 再治療

治療上の問題点

医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日

（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要）
☐ 日本肝臓学会肝臓専門医 （ ☐ 島根県が適当と定める医師 ）

医師氏名

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、 HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。
4. 医療費助成期間の始期は、患者がこの診断書を添えて提出した受給者証交付申請書を、保健所が受理した月の初日となりますので、検査日や治療開始日を決められる際にはご留意ください。

旧

（別紙様式第２号）

（別紙様式第2号）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書 （新規）

（フリガナ）		性 別	生年月日（年齢）
患者氏名		男 ・ 女	年 月 日 （満 歳）
住 所	〒 電話番号 （ ）		

これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。

診断年月	年 月	前 医（あれば記載する）	医療機関名 医師名

過去の治療歴

C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。
1. 3剤併用療法（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）の治療歴
☐ 3剤併用療法の治療歴なし。
☐ 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。
（具体的な経過・理由: ）
2. インターフェロンフリー治療歴
☐ インターフェロンフリー治療歴なし。
☐ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名: ）
☐ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。

検査所見

インターフェロン治療開始前の所見を記入する。
1. 今回のB型肝炎ウイルスマーカー （検査日: 年 月 日）
（1） HBs抗原 （ ＋ ・ － ） （該当する方を○で囲む）
（2） HBe抗原 （ ＋ ・ － ） HBe抗体 （ ＋ ・ － ） （該当する方を○で囲む）
（3） HBV-DNA定量 ＿＿＿＿＿ （単位: 、測定法 ）

2. C型肝炎ウイルスマーカー （検査日: 年 月 日）
（1） HCV-RNA定量 ＿＿＿＿＿ （単位: 、測定法 ）
（2） ウイルス型 （該当欄にチェックを入れる）
☐ ジェノタイプ1またはセロタイプ（グループ）1
☐ ジェノタイプ2またはセロタイプ（グループ）2
☐ その他

3. 血液検査 （検査日: 年 月 日）
AST ＿＿＿＿＿ IU／l （施設の基準値: ＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）
ALT ＿＿＿＿＿ IU／l （施設の基準値: ＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）
※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載（検査日: 年 月 日 ALT ＿＿＿ IU/l ）
血小板数 ＿＿＿＿＿ ／μl （施設の基準値: ＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）
※血小板数10万／μl以下の場合、肝生検の所見を記載。

4. 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載） （検査日: 年 月 日）
（所見: ）

診 断

該当番号を○で囲む。
1. B型慢性活動性肝炎
2. C型慢性肝炎
3. C型代償性肝硬変

肝がんの合併

肝がん 1. あり （ 治療中 ・ 治癒後 ） 2. なし

治療内容

該当番号を○で囲む。
1. ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤
2. インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤
3. ペグインターフェロン製剤単独
4. その他（具体的に記載: ）

治療予定期間 週 （ 年 月 ～ 年 月）

再治療の有無

1. 初回治療 2. 再治療

治療上の問題点

医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日

（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要）
☐ 日本肝臓学会肝臓専門医 （ ☐ 島根県が適当と定める医師 ）

医師氏名 印

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、 HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。
4. 医療費助成期間の始期は、患者がこの診断書を添えて提出した受給者証交付申請書を、保健所が受理した月の初日となりますので、検査日や治療開始日を決められる際にはご留意ください。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第２号の２）

（別紙様式第2号の2）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書 （2回目の制度利用）

（フリガナ）		性 別	生年月日 （年齢）
患者氏名		男 ・ 女	年 月 日 （満 歳）
住 所	〒 電話番号 （ ）		

これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。

診断年月	年 月	前 医 （あれば記載する）	医療機関名 医師名

過去の治療歴

該当する項目にチェックする。
1. B型慢性活動性肝炎の場合
 □ 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ていない。

2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合
（1）過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴
 □ 以下の①、②のいずれにも該当しない。
 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の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNA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）過去の3剤併用療法（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）の治療歴
 □ 3剤併用療法の治療歴なし。
 □ 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。
 （具体的な経過・理由: ）
（3）インターフェロンフリー治療歴
 □ インターフェロンフリー治療歴なし。
 □ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名: ）
 □ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。

検査所見

今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。
1. B型肝炎ウイルスマーカー
（1）HBs抗原（＋・－）（検査日: 年 月 日）
（2）HBe抗原（＋・－） HBe抗体（＋・－）（検査日: 年 月 日）
（3）HBV－DNA定量＿＿＿（単位: 、測定法 ）（検査日: 年 月 日）

2. C型肝炎ウイルスマーカー （検査日: 年 月 日）
（1） HCV-RNA定量 ＿＿＿＿＿ （単位: 、測定法 ）
（2） ウイルス型 （該当欄にチェックを入れる）
 □ ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)１
 □ ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)２
 □ その他

3. 血液検査 （検査日: 年 月 日）
 AST ＿＿＿＿＿ IU／l （施設の基準値:＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）
 ALT ＿＿＿＿＿ IU／l （施設の基準値:＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）
 ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載（検査日: 年 月 日 ALT ＿＿＿ IU/l ）
 血小板数 ＿＿＿＿＿ ／μl （施設の基準値:＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）

4. 画像診断及び肝生検などの所見 （検査日: 年 月 日）
（所見: ）

診 断

該当番号を○で囲む
 1. B型慢性活動性肝炎
 2. C型慢性肝炎
 3. C型代償性肝硬変

肝がんの合併

肝がん 1. あり （ 治療中 ・ 治癒後 ） 2. なし

治療内容

該当番号を○で囲む。
 1. ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤
 2. インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤
 3. ペグインターフェロン製剤単独
 4. その他（具体的に記載: ）

 治療予定期間 週 （ 年 月 ～ 年 月）

治療上の問題点

医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日

（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要）
□ 日本肝臓学会肝臓専門医 （ □ 島根県が適当と定める医師 ）

医師氏名

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、 HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。
4. 医療費助成期間の始期は、患者がこの診断書を添えて提出した受給者証交付申請書を、保健所が受理した月の初日となりますので、検査日や治療開始日を決められる際にはご留意ください。

旧

（別紙様式第２号の２）

（別紙様式第2号の2）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書 （2回目の制度利用）

（フリガナ）		性 別	生年月日 （年齢）
患者氏名		男 ・ 女	年 月 日 （満 歳）
住 所	〒 電話番号 （ ）		

これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。

診断年月	年 月	前 医 （あれば記載する）	医療機関名 医師名

過去の治療歴

該当する項目にチェックする。
1. B型慢性活動性肝炎の場合
 □ 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ていない。

2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合
（1）過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴
 □ 以下の①、②のいずれにも該当しない。
 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の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNA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）過去の3剤併用療法（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）の治療歴
 □ 3剤併用療法の治療歴なし。
 □ 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。
 （具体的な経過・理由: ）
（3）インターフェロンフリー治療歴
 □ インターフェロンフリー治療歴なし。
 □ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名: ）
 □ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。

検査所見

今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。
1. B型肝炎ウイルスマーカー
（1）HBs抗原（＋・－）（検査日: 年 月 日）
（2）HBe抗原（＋・－） HBe抗体（＋・－）（検査日: 年 月 日）
（3）HBV－DNA定量＿＿＿（単位: 、測定法 ）（検査日: 年 月 日）

2. C型肝炎ウイルスマーカー （検査日: 年 月 日）
（1） HCV-RNA定量 ＿＿＿＿＿ （単位: 、測定法 ）
（2） ウイルス型 （該当欄にチェックを入れる）
 □ ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)１
 □ ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)２
 □ その他

3. 血液検査 （検査日: 年 月 日）
 AST ＿＿＿＿＿ IU／l （施設の基準値:＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）
 ALT ＿＿＿＿＿ IU／l （施設の基準値:＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）
 ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載（検査日: 年 月 日 ALT ＿＿＿ IU/l ）
 血小板数 ＿＿＿＿＿ ／μl （施設の基準値:＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿）

4. 画像診断及び肝生検などの所見 （検査日: 年 月 日）
（所見: ）

診 断

該当番号を○で囲む
 1. B型慢性活動性肝炎
 2. C型慢性肝炎
 3. C型代償性肝硬変

肝がんの合併

肝がん 1. あり （ 治療中 ・ 治癒後 ） 2. なし

治療内容

該当番号を○で囲む。
 1. ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤
 2. インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤
 3. ペグインターフェロン製剤単独
 4. その他（具体的に記載: ）

 治療予定期間 週 （ 年 月 ～ 年 月）

治療上の問題点

医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日

（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要）
□ 日本肝臓学会肝臓専門医 （ □ 島根県が適当と定める医師 ）

医師氏名 印

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、 HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。
4. 医療費助成期間の始期は、患者がこの診断書を添えて提出した受給者証交付申請書を、保健所が受理した月の初日となりますので、検査日や治療開始日を決められる際にはご留意ください。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第２号の３）

（別紙様式第2号の3）

肝炎治療受給者証（B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療）の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日（年齢） 年　月　日 生　（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　　）			
診断年月	年　月	前医 （あれば記載）	医療機関名　　医師名	
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 □ 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）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。			
検査所見	今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー （1） HBs抗原 （＋・－） （検査日：　年　月　日） （2） HBe抗原 （＋・－） HBe抗体 （＋・－） （検査日：　年　月　日） （3） HBV-DNA定量 ＿＿＿（単位：　、測定法　）（検査日：　年　月　日） 2. 血液検査 （検査日：　年　月　日） AST　＿＿＿ IU／l　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ALT　＿＿＿ IU／l　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） 血小板数　＿＿＿ ／μl　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） 3. 画像診断及び肝生検などの所見 （検査日：　年　月　日） （所見：　）			
診断	該当する項目にチェックする。 □ 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる）			
肝がんの合併	肝がん　1. あり　2. なし			
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. ペグインターフェロン製剤単独 2. その他（具体的に記載：　） 治療予定期間　週（　年　月～　年　月）			
治療上の問題点				
医療機関名及び所在地 医師氏名	記載年月日　年　月　日			

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 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。

旧

（別紙様式第２号の３）

（別紙様式第2号の3）

肝炎治療受給者証（B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療）の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日（年齢） 年　月　日 生　（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　　）			
診断年月	年　月	前医 （あれば記載）	医療機関名　　医師名	
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 □ 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）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。			
検査所見	今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー （1） HBs抗原 （＋・－） （検査日：　年　月　日） （2） HBe抗原 （＋・－） HBe抗体 （＋・－） （検査日：　年　月　日） （3） HBV-DNA定量 ＿＿＿（単位：　、測定法　）（検査日：　年　月　日） 2. 血液検査 （検査日：　年　月　日） AST　＿＿＿ IU／l　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ALT　＿＿＿ IU／l　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） 血小板数　＿＿＿ ／μl　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） 3. 画像診断及び肝生検などの所見 （検査日：　年　月　日） （所見：　）			
診断	該当する項目にチェックする。 □ 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる）			
肝がんの合併	肝がん　1. あり　2. なし			
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. ペグインターフェロン製剤単独 2. その他（具体的に記載：　） 治療予定期間　週（　年　月～　年　月）			
治療上の問題点				
医療機関名及び所在地 医師氏名　印	記載年月日　年　月　日			

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内（ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 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。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第２号の４）

（別紙様式第2号の4）

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書 （新規）

（フリガナ）		性 別	生年月日（年齢）
患者氏名		男 ・ 女	年 月 日 （満 歳）
住 所	〒 電話番号 （ ）		

これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。

診断年月	年 月	前 医 （あれば記載する）	医療機関名 医師名
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療継続の必要	1. あり 2. なし 1. あり 2. なし	

検査所見		核酸アナログ製剤治療開始前のデータ（確認できる範囲で記載願います）	直近のデータ
	1. B型肝炎ウイルスマーカー （1）HBe抗原 HBe抗体 （2）HBV-DNA定量	（検査日： 年 月 日） （ ＋ ・ － ） （ ＋ ・ － ） ＿＿＿（単位： 、測定法 ）	（検査日： 年 月 日） （ ＋ ・ － ） （ ＋ ・ － ） ＿＿＿（単位： 、測定法 ）
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	（検査日： 年 月 日） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ ／μl（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）	（検査日： 年 月 日） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ ／μl（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
	3. 画像診断及び肝生検などの所見 （具体的に記載）	（検査日： 年 月 日）	（検査日： 年 月 日）

診 断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性活動性肝炎 2. B型代償性肝硬変 3. B型非代償性肝硬変
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（該当する方の□欄にチェックを入れる） □ ジソプロキシルフマル酸塩 □ アラフェナミドフマル酸塩 5. その他（具体的に記載： ） 治療開始日（予定を含む。） 年 月 日
治療上の問題点	

記載年月日 年 月 日

医療機関名
及び所在地

医師氏名

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内（ただし、核酸アナログ製剤治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。

旧

（別紙様式第２号の４）

（別紙様式第2号の4）

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書 （新規）

（フリガナ）		性 別	生年月日（年齢）
患者氏名		男 ・ 女	年 月 日 （満 歳）
住 所	〒 電話番号 （ ）		

これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。

診断年月	年 月	前 医 （あれば記載する）	医療機関名 医師名
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療継続の必要	1. あり 2. なし 1. あり 2. なし	

検査所見		核酸アナログ製剤治療開始前のデータ（確認できる範囲で記載願います）	直近のデータ
	1. B型肝炎ウイルスマーカー （1）HBe抗原 HBe抗体 （2）HBV-DNA定量	（検査日： 年 月 日） （ ＋ ・ － ） （ ＋ ・ － ） ＿＿＿（単位： 、測定法 ）	（検査日： 年 月 日） （ ＋ ・ － ） （ ＋ ・ － ） ＿＿＿（単位： 、測定法 ）
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	（検査日： 年 月 日） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ ／μl（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）	（検査日： 年 月 日） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ ／μl（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
	3. 画像診断及び肝生検などの所見 （具体的に記載）	（検査日： 年 月 日）	（検査日： 年 月 日）

診 断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性活動性肝炎 2. B型代償性肝硬変 3. B型非代償性肝硬変
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（該当する方の□欄にチェックを入れる） □ ジソプロキシルフマル酸塩 □ アラフェナミドフマル酸塩 5. その他（具体的に記載： ） 治療開始日（予定を含む。） 年 月 日
治療上の問題点	

記載年月日 年 月 日

医療機関名
及び所在地

医師氏名 印

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内（ただし、核酸アナログ製剤治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第２号の５）

（別紙様式第2号の5）

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書 （更新）

（フリガナ）		性 別	生年月日（年齢）
患者氏名		男 ・ 女	年 月 日 （満 歳）
住 所	〒 電話番号 （ ）		
これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
診断年月	年 月	前 医 （あれば記載する）	医療機関名 医師名

		核酸アナログ製剤治療開始前の所見を記入する	
		前回申請時データ	直近の認定・更新時以降のデータ
検査所見	1. B型肝炎ウイルスマーカー （1）HBe抗原 HBe抗体	（検査日： 年 月 日） （ ＋ ・ － ） （ ＋ ・ － ）	（検査日： 年 月 日） （ ＋ ・ － ） （ ＋ ・ － ）
	（2）HBV-DNA定量	＿＿＿（単位： 、測定法 ）	＿＿＿（単位： 、測定法 ）
	（3）HBs抗原量 HBc関連抗原量	＿＿＿（単位： 、測定法 ） ＿＿＿（単位： 、測定法 ）	＿＿＿（単位： 、測定法 ） ＿＿＿（単位： 、測定法 ）
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	（検査日： 年 月 日） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ ／μl（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）	（検査日： 年 月 日） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ ／μl（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
	3. 画像診断及び肝生検などの所見 （具体的に記載）	（検査日： 年 月 日）	（検査日： 年 月 日）

診 断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性活動性肝炎 2. B型代償性肝硬変 3. B型非代償性肝硬変
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（該当する方の□欄にチェックを入れる） □ ジソプロキシルフマル酸塩 □ アラフェナミドフマル酸塩 5. その他（具体的に記載： ）
治療製剤の変更	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 2. なし 1. ありに○の場合 変更前薬剤名（ ） 変更日（ 年 月 日）
治療上の問題点	

上記のとおり、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 年 月 日

医療機関名
及び所在地

医師氏名

（注）
1. 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ください。
なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。

旧

（別紙様式第２号の５）

（別紙様式第2号の5）

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書 （更新）

（フリガナ）		性 別	生年月日（年齢）
患者氏名		男 ・ 女	年 月 日 （満 歳）
住 所	〒 電話番号 （ ）		
これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
診断年月	年 月	前 医 （あれば記載する）	医療機関名 医師名

		核酸アナログ製剤治療開始前の所見を記入する	
		前回申請時データ	直近の認定・更新時以降のデータ
検査所見	1. B型肝炎ウイルスマーカー （1）HBe抗原 HBe抗体	（検査日： 年 月 日） （ ＋ ・ － ） （ ＋ ・ － ）	（検査日： 年 月 日） （ ＋ ・ － ） （ ＋ ・ － ）
	（2）HBV-DNA定量	＿＿＿（単位： 、測定法 ）	＿＿＿（単位： 、測定法 ）
	（3）HBs抗原量 HBc関連抗原量	＿＿＿（単位： 、測定法 ） ＿＿＿（単位： 、測定法 ）	＿＿＿（単位： 、測定法 ） ＿＿＿（単位： 、測定法 ）
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	（検査日： 年 月 日） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ ／μl（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）	（検査日： 年 月 日） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ＿＿＿ ／μl（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
	3. 画像診断及び肝生検などの所見 （具体的に記載）	（検査日： 年 月 日）	（検査日： 年 月 日）

診 断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性活動性肝炎 2. B型代償性肝硬変 3. B型非代償性肝硬変
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（該当する方の□欄にチェックを入れる） □ ジソプロキシルフマル酸塩 □ アラフェナミドフマル酸塩 5. その他（具体的に記載： ）
治療製剤の変更	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 2. なし 1. ありに○の場合 変更前薬剤名（ ） 変更日（ 年 月 日）
治療上の問題点	

上記のとおり、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 年 月 日

医療機関名
及び所在地

医師氏名 印

（注）
1. 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ください。
なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第2号の6）

（別紙様式2号の6）

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） 年　月　日 生　（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　）		
診断年月	年　月		
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 □ インターフェロン治療歴なし。（未治療） □ インターフェロン治療歴あり。（チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を〇で囲む） ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 （中止・再燃・無効） イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤（薬剤名：　） 3剤併用療法 （中止・再燃・無効） ウ. 上記以外の治療（　） 2. インターフェロンフリー治療歴 □ インターフェロンフリー治療歴なし。（未治療） □ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　）（中止・再燃・無効）		
投与禁忌の確認	ソホスブビルを含むインターフェロンフリー治療の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 □ 重度の腎機能障害（eGFR<30ml/分/1.73㎡）又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー （検査日：　年　月　日） （1） HCV-RNA定量 ＿＿＿ （単位：　、測定法　） （2） ウイルス型（該当欄にチェックを入れる） □ ジェノタイプ1またはセロタイプ（グループ）1 □ ジェノタイプ2またはセロタイプ（グループ）2 □ その他（記載：　） 2. 血液検査 （検査日：　年　月　日） AST ＿＿＿ IU／l （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ALT ＿＿＿ IU／l （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載（検査日：　年　月　日　ALT　IU/l） ヘモグロビン ＿＿＿ g／dl （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） 血小板 ＿＿＿ ／ul （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） その他の血液検査所見（必要に応じて記載） （　） 3. 肝生検の所見 （検査日：　年　月　日） （所見：　） 4.（肝硬変症の場合）Child-Pugh ＿＿点		
診断	該当番号を〇で囲む。 1. 慢性肝炎 （C型肝炎ウイルスによる） 2. 代償性肝硬変 （C型肝炎ウイルスによる） ※Child-Pugh分類Aに限る		
肝がんの合併	肝がん　1. あり　2. なし		
治療内容	インターフェロンフリー治療 （該当番号を〇で囲む） 1. ソホスブビル及びリバビリンの併用療法 … 12 週 ・ 24週 （選択） 2. レジパスビル／ソホスブビル配合錠 … 12 週 3. エルバスビル及びグラゾプレビル水和物の併用療法 … 12週 4. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合錠 … 8週 ※4. はジェノタイプ（セログループ）1又は2の慢性肝炎かつ初回フリー治療例である場合のみ対象となります 5. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合錠 … 12週 6. ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠及びリバビリンの併用療法 … 24週 ※6. はインターフェロンフリーの治療歴がある場合のみ対象となります 7. その他（　）… 週 治療予定期間 （　年　月 ～　年　月）		
意見書の有無	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 □ 意見書なし。（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が本診断書を記載） □ 意見書あり。		
治療上の問題点			

記載年月日　年　月　日

医療機関名及び所在地

（いずれかにチェックが必要） □ 日本肝臓学会肝臓専門医 （ □ 島根県が適当と定める医師 ）

医師氏名

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内（ただし、治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 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。
4. ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤（及びリバビリンの併用療法）、ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラプビル塩酸塩配合錠を使用した治療については「6. その他」へ記載してください。

旧

（別紙様式第 2 号の 6）

（別紙様式2号の6）

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） 年　月　日 生　（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　）		
診断年月	年　月		
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. インターフェロン治療歴 □ インターフェロン治療歴なし。（未治療） □ インターフェロン治療歴あり。（チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を〇で囲む） ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 （中止・再燃・無効） イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤（薬剤名：　） 3剤併用療法 （中止・再燃・無効） ウ. 上記以外の治療（　） 2. インターフェロンフリー治療歴 □ インターフェロンフリー治療歴なし。（未治療） □ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　）（中止・再燃・無効）		
投与禁忌の確認	ソホスブビルを含むインターフェロンフリー治療の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 □ 重度の腎機能障害（eGFR<30ml/分/1.73㎡）又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー （検査日：　年　月　日） （1） HCV-RNA定量 （単位：　、測定法　） （2） ウイルス型（該当欄にチェックを入れる） □ ジェノタイプ1またはセロタイプ（グループ）1 □ ジェノタイプ2またはセロタイプ（グループ）2 □ その他（記載：　） 2. 血液検査 （検査日：　年　月　日） AST ＿＿＿ IU／l （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ALT ＿＿＿ IU／l （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載（検査日：　年　月　日　ALT　IU/l） ヘモグロビン ＿＿＿ g／dl （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） 血小板 ＿＿＿ ／ul （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） その他の血液検査所見（必要に応じて記載） （　） 3. 肝生検の所見 （検査日：　年　月　日） （所見：　） 4.（肝硬変症の場合）Child-Pugh ＿＿点		
診断	該当番号を〇で囲む。 1. 慢性肝炎 （C型肝炎ウイルスによる） 2. 代償性肝硬変 （C型肝炎ウイルスによる） ※Child-Pugh分類Aに限る		
肝がんの合併	肝がん　1. あり　2. なし		
治療内容	インターフェロンフリー治療 （該当番号を〇で囲む） 1. ソホスブビル及びリバビリンの併用療法 … 12 週 ・ 24週 （選択） 2. レジパスビル／ソホスブビル配合錠 … 12 週 3. エルバスビル及びグラゾプレビル水和物の併用療法 … 12週 4. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合錠 … 8週 ※4. はジェノタイプ（セログループ）1又は2の慢性肝炎かつ初回フリー治療例である場合のみ対象となります 5. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合錠 … 12週 6. ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠及びリバビリンの併用療法 … 24週 ※6. はインターフェロンフリーの治療歴がある場合のみ対象となります 7. その他（　）… 週 治療予定期間 （　年　月 ～　年　月）		
意見書の有無	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 □ 意見書なし。（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が本診断書を記載） □ 意見書あり。		
治療上の問題点			

記載年月日　年　月　日

医療機関名及び所在地

（いずれかにチェックが必要） □ 日本肝臓学会肝臓専門医 （ □ 島根県が適当と定める医師 ）

医師氏名　印

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内（ただし、治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 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。
4. ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤（及びリバビリンの併用療法）、ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラプビル塩酸塩配合錠を使用した治療については「6. その他」へ記載してください。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第2号の7）

（別紙様式第2号の7）

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年　月　日 生　（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　）		
診断年月	年　月	前医（あれば記載）	医療機関名 医師名

過去の治療歴

該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を〇で囲む。
☐ インターフェロン治療歴あり。
ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 （中止・再燃・無効）
イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤（薬剤名：　）
3剤併用療法 （中止・再燃・無効）
ウ. 上記以外の治療（具体的に記載：　）
☐ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　）（中止・再燃・無効）

投与禁忌の確認

以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。
☐ 重度の腎機能障害（eGFR<30ml/分/1.73㎡）又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。

検査所見

今回の治療開始前の所見を記入する。
1. C型肝炎ウイルスマーカー （検査日：　年　月　日）
（1）HCV-RNA定量 ＿＿＿ （単位：　、測定法：　）
（2）ウイルス型（該当する項目を〇で囲む。）
ア）セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ1
イ）セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ2
ウ）その他（記載：　）

2. 血液検査 （検査日：　年　月　日）
AST ＿＿＿ U／L （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
ALT ＿＿＿ U／L （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
血小板 ＿＿＿ ／uL （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
その他の血液検査所見（必要に応じて記載）
（　）

3. Child-Pugh分類 （検査日：　年　月　日）
該当する☐にチェックを入れる

	結果	1点	2点	3点
肝性脳症		☐ なし	☐ 軽度（Ⅰ・Ⅱ）	☐ 昏睡（Ⅲ以上）
腹水		☐ なし	☐ 軽度	☐ 中等度以上
アルブミン値（g/dL）		☐ 3.5超	☐ 2.8～3.5	☐ 2.8未満
プロトロンビン時間（%）		☐ 70超	☐ 40～70	☐ 40未満
総ビリルビン値（mg/dL）		☐ 2.0未満	☐ 2.0～3.0	☐ 3.0超

合計：＿＿ 点 （ A・B・C ）（該当する方を〇で囲む）

4. 画像診断及び肝生検などの所見 （検査日：　年　月　日）
（所見：　）

診断

該当番号を〇で囲む。
1. 非代償性肝硬変 （C型肝炎ウイルスによる） ※Child-Pugh分類B及びCに限る

肝がんの合併

肝がん　1. あり　2. なし

治療内容

ソホスブビル／ベルパタスビル配合錠 ･･･ 12週
治療予定期間 （　年　月 ～　年　月）

本診断書を作成する医師

インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。
☐ 意見書なし。（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が本診断書を記載）
☐ 意見書あり。

治療上の問題点

上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。

記載年月日　年　月　日

医療機関名及び所在地

（いずれかにチェックが必要） ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医 （ ☐ 島根県が適当と定める医師 ）

医師氏名

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内（ただし、治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 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。

旧

（別紙様式第 2 号の 7）

（別紙様式第2号の7）

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年　月　日 生　（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　）		
診断年月	年　月	前医（あれば記載）	医療機関名 医師名

過去の治療歴

該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を〇で囲む。
☐ インターフェロン治療歴あり。
ア. ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 （中止・再燃・無効）
イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤（薬剤名：　）
3剤併用療法 （中止・再燃・無効）
ウ. 上記以外の治療（具体的に記載：　）
☐ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　）（中止・再燃・無効）

投与禁忌の確認

以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。
☐ 重度の腎機能障害（eGFR<30ml/分/1.73㎡）又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。

検査所見

今回の治療開始前の所見を記入する。
1. C型肝炎ウイルスマーカー （検査日：　年　月　日）
（1）HCV-RNA定量 ＿＿＿ （単位：　、測定法：　）
（2）ウイルス型（該当する項目を〇で囲む。）
ア）セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ1
イ）セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ2
ウ）その他（記載：　）

2. 血液検査 （検査日：　年　月　日）
AST ＿＿＿ U／L （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
ALT ＿＿＿ U／L （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
血小板 ＿＿＿ ／uL （施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）
その他の血液検査所見（必要に応じて記載）
（　）

3. Child-Pugh分類 （検査日：　年　月　日）
該当する☐にチェックを入れる

	結果	1点	2点	3点
肝性脳症		☐ なし	☐ 軽度（Ⅰ・Ⅱ）	☐ 昏睡（Ⅲ以上）
腹水		☐ なし	☐ 軽度	☐ 中等度以上
アルブミン値（g/dL）		☐ 3.5超	☐ 2.8～3.5	☐ 2.8未満
プロトロンビン時間（%）		☐ 70超	☐ 40～70	☐ 40未満
総ビリルビン値（mg/dL）		☐ 2.0未満	☐ 2.0～3.0	☐ 3.0超

合計：＿＿ 点 （ A・B・C ）（該当する方を〇で囲む）

4. 画像診断及び肝生検などの所見 （検査日：　年　月　日）
（所見：　）

診断

該当番号を〇で囲む。
1. 非代償性肝硬変 （C型肝炎ウイルスによる） ※Child-Pugh分類B及びCに限る

肝がんの合併

肝がん　1. あり　2. なし

治療内容

ソホスブビル／ベルパタスビル配合錠 ･･･ 12週
治療予定期間 （　年　月 ～　年　月）

本診断書を作成する医師

インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。
☐ 意見書なし。（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が本診断書を記載）
☐ 意見書あり。

治療上の問題点

上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。

記載年月日　年　月　日

医療機関名及び所在地

（いずれかにチェックが必要） ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医 （ ☐ 島根県が適当と定める医師 ）

医師氏名　印

（注）
1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日前6か月以内（ただし、治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。
3. 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。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第２の８）

（別紙様式第2号の8）

インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年　月　日 生　（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　）		

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1．認定基準（抜粋）

（3）インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎若しくははChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変又はChild－Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）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、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみの助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては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、2．（1）及び2．（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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「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。

1．本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。

✓上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。

✓日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。

✓ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2．該当する意見に以下にチェックの上返信して下さい。

☐ **インターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。**

（推奨する治療：　　）

☐ **インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。**

記載年月日　　年　月　日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）1．本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
2．本意見書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が記載する必要があります。

旧

（別紙様式第２の８）

（別紙様式第2号の8）

インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年　月　日 生　（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　）		

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1．認定基準（抜粋）

（3）インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎若しくははChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変又はChild－Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）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、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみの助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては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、2．（1）及び2．（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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「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、原則として日本肝臓学会肝臓専門医又は島根県が別途適当と定める医師が「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。

1．本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。

✓上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。

✓日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。

✓ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2．該当する意見に以下にチェックの上返信して下さい。

☐ **インターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。**

（推奨する治療：　　）

☐ **インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。**

記載年月日　　年　月　日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（注）1．本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
2．本意見書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が記載する必要があります。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第３号）

（別紙様式第３号）

（　表　面　）

肝

肝炎治療受給者証

公費負担者番号		受給者番号	ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療	
			ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ治療	
			核酸ｱﾅﾛｸﾞ治療	

受給者	住　所			
	氏　名			
	性　別	男・女	生年月日	年　月　日

保険医療機関・保険薬局	(所 在 地) (名　　称)
	(所 在 地) (名　　称)
	(所 在 地) (名　　称)

※本欄に記載のない医療機関等では本助成制度の利用不可

有効期間	ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療	年　月　日 ～　年　月　日
	ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ治療	年　月　日 ～　年　月　日
	核酸ｱﾅﾛｸﾞ治療	年　月　日 ～　年　月　日

月額自己負担限度額	円	階層	甲・乙

年　月　日　交付

島根県知事

（別紙様式第４号）　（略）

（別紙様式第５号）　（略）

旧

（別紙様式第３号）

（別紙様式第３号）

（　表　面　）

肝

肝炎治療受給者証

公費負担者番号		受給者番号	ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療	
			ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ治療	
			核酸ｱﾅﾛｸﾞ治療	

受給者	住　所			
	氏　名			
	性　別	男・女	生年月日	年　月　日

保険医療機関又は保険薬局	所 在 地	
	名　　称	
	所 在 地	
	名　　称	
	所 在 地	
	名　　称	

有効期間	ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療	年　月　日 ～　年　月　日
	ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝﾌﾘｰ治療	年　月　日 ～　年　月　日
	核酸ｱﾅﾛｸﾞ治療	年　月　日 ～　年　月　日

月額自己負担限度額	円	階層	甲・乙

年　月　日　交付

島根県知事

（別紙様式第４号）　（略）

（別紙様式第５号）　（略）

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第６号）

（別紙様式第６号）

肝炎治療受給者証記載事項等変更申請（届出）書

年　　月　　日

島根県知事　　様

〒
申請者　住　所

氏　名

ＴＥＬ　　－（　　）－

受給者との続柄

肝炎治療受給者証記載事項等を下記のとおり変更します。

受給者	氏　名		男・女	生年月日	年　月　日
	住　所	〒		TEL　-（　）-	
受給者番号					
有効期間	年　月　日　～　年　月　日				
変更内容	１．住所　２．氏名　３．転院　４．医療機関等の追加　５．限度額　６．保険				
	新				
	旧・現				
	変更の必要が生じた日	年　月　日			
備　考					

（注意事項）
1　変更内容の１～６の該当する番号に○をつけてください。
2　変更内容に応じて、次の書類を添付してください。

【住所、氏名】現在お持ちの受給者証、住民票の写し
【転院、医療機関等の追加】現在お持ちの受給者証
【限度額】現在お持ちの受給者証、世帯の所得の状況が著しく変更した場合及び災害等に罹災された場合等その状況を証明する書類
【保険】健康保険証等の写し

3　新しい医療機関等の認定開始日は、原則、保健所受付日以降となります。
4　限度額の変更の場合、申請の理由を簡単に記載してください。
※その理由が妥当であると認められる場合に変更されることがあります。
変更については、原則、保健所受付日の翌月からとなります。
5　申請者氏名欄は、署名してください。

保健所受付印		本庁受付印	

旧

（別紙様式第６号）

（別紙様式第６号）

肝炎治療受給者証記載事項等変更申請（届出）書

年　　月　　日

島根県知事　　様

〒
申請者　住　所

氏　名　　㊞

ＴＥＬ　　－（　　）－

受給者との続柄

肝炎治療受給者証記載事項等を下記のとおり変更します。

受給者	氏　名		男・女	生年月日	年　月　日
	住　所	〒		TEL　-（　）-	
受給者番号					
有効期間	年　月　日　～　年　月　日				
変更内容	１．住所　２．氏名　３．転院　４．医療機関等の追加　５．限度額　６．保険				
	新				
	旧・現				
	変更の必要が生じた日	年　月　日			
備　考					

（注意事項）
1　変更内容の１～６の該当する番号に○をつけてください。
2　変更内容に応じて、次の書類を添付してください。

【住所、氏名】現在お持ちの受給者証、住民票の写し
【転院、医療機関等の追加】現在お持ちの受給者証
【限度額】現在お持ちの受給者証、世帯の所得の状況が著しく変更した場合及び災害等に罹災された場合等その状況を証明する書類
【保険】健康保険証等の写し

3　新しい医療機関等の認定開始日は、原則、保健所受付日以降となります。
4　限度額の変更の場合、申請の理由を簡単に記載してください。
※その理由が妥当であると認められる場合に変更されることがあります。
変更については、原則、保健所受付日の翌月からとなります。
5　申請者氏名欄は、記名押印または署名してください。

保健所受付印		本庁受付印	

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

(別紙様式第７号)

（別紙様式第７号）

肝炎治療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

島根県知事　　様

〒

申請者　住　所

氏　名

ＴＥＬ　　－（　　）－

受給者との続柄

肝炎治療受給者証を（破損・紛失）したので再交付願います。

受給者	氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所			
受療医療機関及び薬局名				
受給者番号				

保健所受付印		本庁受付印	

旧

(別紙様式第７号)

（別紙様式第７号）

肝炎治療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

島根県知事　　様

〒

申請者　住　所

氏　名　　㊞

ＴＥＬ　　－（　　）－

受給者との続柄

肝炎治療受給者証を（破損・紛失）したので再交付願います。

受給者	氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所			
受療医療機関及び薬局名				
受給者番号				

保健所受付印		本庁受付印	

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

(別紙様式第８号)

（別紙様式第８号）

肝炎治療受給者証返還届

年　　月　　日

島根県知事　　様

〒

届出者　住所

氏名

受給者との続柄

下記の者について、次の理由により肝炎治療受給者証を返還します。

返還する事実の生じた日：　　年　　月　　日

［返還理由：治癒・中止・死亡・県外転出・その他］
（　　）

いずれかに○を付し、その他については（　）内に理由を記入してください。

受給者	氏　名	
	住　所	
受給者番号		

保健所 受付印		本　庁 受付印	

旧

(別紙様式第８号)

（別紙様式第８号）

肝炎治療受給者証返還届

年　　月　　日

島根県知事　　様

〒

届出者　住所

氏名　　㊞

受給者との続柄

下記の者について、次の理由により肝炎治療受給者証を返還します。

返還する事実の生じた日：　　年　　月　　日

［返還理由：治癒・中止・死亡・県外転出・その他］
（　　）

いずれかに○を付し、その他については（　）内に理由を記入してください。

受給者	氏　名	
	住　所	
受給者番号		

保健所 受付印		本　庁 受付印	

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第９号）

転　入　届　出　書

年　　月　　日

島根県知事　　様

申請者　〒住　所

氏　名

ＴＥＬ　　－（　　）－

受給者との続柄

島根県の下記住所に転入しましたので、他団体で所持していた写しにより新たに受給者証の交付を受けたい旨を届出ます。

転　入　日	年　　月　　日			
受給者	氏　　名		生年月日	年　月　日
	新住所	〒 電話番号　　（　　）		
旧受給者証の有効期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
自己負担限度額	円		階層区分	
被保険者証の記号及び番号			保険者名	
保険医療機関・保険薬局	名　称			
	所在地			
	名　称			
	所在地			
	名　称			
	所在地			

（注）１　申請者氏名欄は、署名してください。
２　他府県で交付された受給者証の写し及び、住民票の写し等の住所及び転入日を確認できる書類を添付してください。
３　自己負担限度額の階層区分に変更がある場合はその額を確認できる書類を、加入医療保険等に変更がある場合は被保険者証の写しを添付してください。

保健所受付印		本庁受付印	

旧

（別紙様式第９号）

転　入　届　出　書

年　　月　　日

島根県知事　　様

申請者　〒住　所

氏　名　　㊞

ＴＥＬ　　－（　　）－

受給者との続柄

島根県の下記住所に転入しましたので、他団体で所持していた写しにより新たに受給者証の交付を受けたい旨を届出ます。

転　入　日	年　　月　　日			
受給者	氏　　名		生年月日	年　月　日
	新住所	〒 電話番号　　（　　）		
旧受給者証の有効期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
自己負担限度額	円		階層区分	
被保険者証の記号及び番号			保険者名	
保険医療機関又は保険薬局	名　称			
	所在地			
	名　称			
	所在地			
	名　称			
	所在地			

（注）１　申請者氏名欄は、記名押印又は署名してください。
２　他府県で交付された受給者証の写し及び、住民票の写し等の住所及び転入日を確認できる書類を添付してください。
３　自己負担限度額の階層区分に変更がある場合はその額を確認できる書類を、加入医療保険等に変更がある場合は被保険者証の写しを添付してください。

保健所受付印		本庁受付印	

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第 10 号）

保健所受付印

（別紙様式第１０号）

肝炎治療費償還払請求書

（　　年　　月分）

島根県知事　　様

以下のとおり請求します。

金　　円（金額は修正できません）

年　　月　　日

請求者　住　所　〒

氏　名

続　柄

＊続柄は受給者から見た場合（本人以外の場合は、以下の委任状の記入が必要です）

肝炎治療費内訳					
受給者氏名		受給者番号			
疾　病　名		自己負担上限額（月額）	円		
医療保険	健保（本人　家族）　国保（一般本人　一般家族　退職本人　退職家族） 共済（本人　家族）　船員（本人　家族）　後期高齢　その他（　　）				
高齢受給者証（有　無）		自己負担割合	１割　２割　３割　（　）割		
医療機関等名	区　分（該当区分に○を付ける）	診療・調剤費（別紙証明書①欄の額）A	自己負担限度額（Aが高額療養費の償還払い対象となる場合）B	一部負担額（本事業で定める月額自己負担上限額）C	請求額（A欄の合計またはB欄からC欄の額を引いた額）D
（証明別紙　）	入院・外来・保険薬局	円			
（証明別紙　）	入院・外来・保険薬局	円			
（証明別紙　）	入院・外来・保険薬局	円			
（証明別紙　）	入院・外来・保険薬局	円			
合　計		円	円	円	円

※太枠内は記入しないでください

（委　任　状）

私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける肝炎治療費の請求及び受領について委任します。

年　　月　　日

受給者（委任者）　住　所

氏　名

※１．医療機関等名欄に記載された全ての医療機関等の証明書を添付してください。

２．領収書及び受給者証の写しを添付してください。

（裏面）（略）

旧

（別紙様式第 10 号）

保健所受付印

（別紙様式第１０号）

肝炎治療費償還払請求書

（　　年　　月分）

島根県知事　　様

以下のとおり請求します。

金　　円（金額は修正できません）

年　　月　　日

請求者　住　所　〒

氏　名　㊞

続　柄

＊続柄は受給者から見た場合（本人以外の場合は、以下の委任状の記入が必要です）

肝炎治療費内訳					
受給者氏名		受給者番号			
疾　病　名		自己負担上限額（月額）	円		
医療保険	健保（本人　家族）　国保（一般本人　一般家族　退職本人　退職家族） 共済（本人　家族）　船員（本人　家族）　後期高齢　その他（　　）				
高齢受給者証（有　無）		自己負担割合	１割　２割　３割　（　）割		
医療機関等名	区　分（該当区分に○を付ける）	診療・調剤費（別紙証明書①欄の額）A	自己負担限度額（Aが高額療養費の償還払い対象となる場合）B	一部負担額（本事業で定める月額自己負担上限額）C	請求額（A欄の合計またはB欄からC欄の額を引いた額）D
（証明別紙　）	入院・外来・保険薬局	円			
（証明別紙　）	入院・外来・保険薬局	円			
（証明別紙　）	入院・外来・保険薬局	円			
（証明別紙　）	入院・外来・保険薬局	円			
合　計		円	円	円	円

※太枠内は記入しないでください

（委　任　状）

私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける肝炎治療費の請求及び受領について委任します。

年　　月　　日

受給者（委任者）　住　所

氏　名　㊞

※１．医療機関等名欄に記載された全ての医療機関等の証明書を添付してください。

２．領収書及び受給者証の写しを添付してください。

（裏面）（略）

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第 10 号の 2）

（別紙様式第10号の2）

別紙（　　）

肝炎治療費支払証明書（　　年　　月分）

受給者氏名		負担者番号	3	8	3	2	6	0	1	3
		受給者番号								
有効期間	年　月　日　～　年　月　日									
居住地		生年月日	年　月　日							
保険の種類	健保・国保（一般　退職）・共済・船員・後期高齢・その他（　　） 本人・被扶養者	自己負担割合	1割・2割・3割・（　）割							

診療年月日（レセプト単位で記入）	区分	診療科	診療・調剤点数（有効期間内における本事業の助成対象の治療に係る医療保険点数）A	診療・調剤費（A欄に係る自己負担額）B	自己負担限度額（70歳未満の方の入院に係る高額療養費を現物給付した場合に記入）C	限度額適用認定証の所得区分（A・B・Cを記入）D
年　月	入院		点	円	円	
日～　日	外来		点	円	円	
（計　日）	保険調剤（薬局）		点	円	円	
年　月	入院		点	円	円	
日～　日	外来		点	円	円	
（計　日）	保険調剤（薬局）		点	円	円	
年　月	入院		点	円	円	
日～　日	外来		点	円	円	
（計　日）	保険調剤（薬局）		点	円	円	

処方せん交付医療機関名（院外処方せんの場合）	
合計	①　円　※実際に患者から徴収した自己負担額の合計を記入（本事業の医療費助成の対象となる治療に係るもののみ）

年　月　日

上記のとおり肝炎治療費として相違ありません。

医療機関（又は薬局）　所在地　名称　職・氏名

担当者名（所属課）　（氏名）

電話（　－　－　）　（内線　　）

（留意事項）

1. 医療機関等で太枠内を全て記載してください。
2. 本事業の助成対象医療は、C型ウイルス性肝炎の根治を目的としたインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療です（保険適用となっているものに限ります）。
3. 2に関わる検査、入院料等も対象となります。
4. 入院時食事・生活療養費は対象となりませんので、標準負担額をA欄及びB欄に含めないでください。
5. 副作用の治療については、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療の中断を防止するために併用して行う治療のみ対象となります。

裏面に記載時の注意事項等記載してありますのでご覧ください

（日本工業規格　A列4番）

旧

（別紙様式第 10 号の 2）

（別紙様式第10号の2）

別紙（　　）

肝炎治療費支払証明書（　　年　　月分）

受給者氏名		負担者番号	3	8	3	2	6	0	1	3
		受給者番号								
有効期間	年　月　日　～　年　月　日									
居住地		生年月日	年　月　日							
保険の種類	健保・国保（一般　退職）・共済・船員・後期高齢・その他（　　） 本人・被扶養者	自己負担割合	1割・2割・3割・（　）割							

診療年月日（レセプト単位で記入）	区分	診療科	診療・調剤点数（有効期間内における本事業の助成対象の治療に係る医療保険点数）A	診療・調剤費（A欄に係る自己負担額）B	自己負担限度額（70歳未満の方の入院に係る高額療養費を現物給付した場合に記入）C	限度額適用認定証の所得区分（A・B・Cを記入）D
年　月	入院		点	円	円	
日～　日	外来		点	円	円	
（計　日）	保険調剤（薬局）		点	円	円	
年　月	入院		点	円	円	
日～　日	外来		点	円	円	
（計　日）	保険調剤（薬局）		点	円	円	
年　月	入院		点	円	円	
日～　日	外来		点	円	円	
（計　日）	保険調剤（薬局）		点	円	円	

処方せん交付医療機関名（院外処方せんの場合）	
合計	①　円　※実際に患者から徴収した自己負担額の合計を記入（本事業の医療費助成の対象となる治療に係るもののみ）

年　月　日

上記のとおり肝炎治療費として相違ありません。

医療機関（又は薬局）　所在地　名称　職・氏名　印

担当者名（所属課）　（氏名）

電話（　－　－　）　（内線　　）

（留意事項）

1. 医療機関等で太枠内を全て記載してください。
2. 本事業の助成対象医療は、C型ウイルス性肝炎の根治を目的としたインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療です（保険適用となっているものに限ります）。
3. 2に関わる検査、入院料等も対象となります。
4. 入院時食事・生活療養費は対象となりませんので、標準負担額をA欄及びB欄に含めないでください。
5. 副作用の治療については、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療の中断を防止するために併用して行う治療のみ対象となります。

裏面に記載時の注意事項等記載してありますのでご覧ください

（日本工業規格　A列4番）

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第11号）

（別紙様式１１号）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書

（申請者記載欄）

島根県知事　様

私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、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）の有効期間延長を申請します。

※以下の項目すべて記入の上、署名してください.

記載年月日　　年　　月　　日

（フリガナ）　（　　）
申請者氏名　　（ 男 ・ 女 ）

生年月日　　年　　月　　日生（満　　歳）

現住所（〒　　－　　）
島根県　　市・町・村　　番地

電話番号　　－　　－

※お手持ちの肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を確認の上、記入してください。

受給者番号

現行有効期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

注意事項
1）本申請書は、現行有効期間が満了する前に、管轄する保健所に提出してください。
2）延長は、現行有効期間に引き続く６か月を限度とします。
3）記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

旧

（別紙様式第 11 号）

（別紙様式１１号）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書

（申請者記載欄）

島根県知事　様

私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、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）の有効期間延長を申請します。

※以下の項目すべて記入の上、署名・捺印してください.

記載年月日　　年　　月　　日

（フリガナ）　（　　）
申請者氏名　　印　（ 男 ・ 女 ）

生年月日　　年　　月　　日生（満　　歳）

現住所（〒　　－　　）
島根県　　市・町・村　　番地

電話番号　　－　　－

※お手持ちの肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を確認の上、記入してください。

受給者番号

現行有効期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

注意事項
1）本申請書は、現行有効期間が満了する前に、管轄する保健所に提出してください。
2）延長は、現行有効期間に引き続く６か月を限度とします。
3）記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式11号裏面）

（担当医記載欄）　※以下の項目をすべて確認の上、署名してください。

記載年月日　　年　　月　　日
医療機関名及びその所在地

担当医師名

確認事項
※担当医師は、該当する場合、共通項目の□と、（1）若しくは（2）の□にチェックを入れてください。なお、（1）は本助成制度利用が2回目の場合、（2）は同じく1回目の場合のチェック項目です。

申請者（氏名　　）について、C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、

（共通項目）
□ 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
□ 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1（ジェノタイプ1）かつ高ウイルス量である。
□ 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
変更後の予定期間：（開始：　　年　　月 ～ 終了：　　年　　月予定）
※合計1年6か月となる期間を記載してください

（1）本助成制度利用が2回目の場合のチェック項目です
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 48 週を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化したが再燃した者で、『今回の治療において、 HCV-RNA が投与開始後 36 週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので 48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の投与期間延長が必要であると判断する。
□ 申請者は、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 48 週を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化したが再燃した者である。
□ 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後（　　）週目で継続中である（一時休薬期間は除く）。
□ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
・投与開始後 36 週までに HCV-RNA が陰性化（一時休薬期間は除く）

（2）本助成制度利用が1回目の場合のチェック項目です
（1）に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始 12 週後に HCV-RNA 量が前値の 1/100 以下に低下するが、HCV-RNA が陽性（Real time PCR）で、36 週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので、48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の投与期間延長が必要であると判断する。
□ 申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の標準的治療（48 週間）を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後（　　）週目で継続中である（一時休薬期間は除く）。
□ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
・投与 12 週後は、HCV-RNA が陽性のままであり、かつ、HCV-RNA 量が前値の 1/100 以下に低下
・投与 36 週までに HCV-RNA が陰性化（一時休薬期間は除く）

（注）ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意 において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

旧

（別紙様式11号裏面）

（担当医記載欄）　※以下の項目をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日　　年　　月　　日
医療機関名及びその所在地

担当医師名　　印

確認事項
※担当医師は、該当する場合、共通項目の□と、（1）若しくは（2）の□にチェックを入れてください。なお、（1）は本助成制度利用が2回目の場合、（2）は同じく1回目の場合のチェック項目です。

申請者（氏名　　）について、C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、

（共通項目）
□ 申請者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
□ 申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1（ジェノタイプ1）かつ高ウイルス量である。
□ 申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
変更後の予定期間：（開始：　　年　　月 ～ 終了：　　年　　月予定）
※合計1年6か月となる期間を記載してください

（1）本助成制度利用が2回目の場合のチェック項目です
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 48 週を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化したが再燃した者で、『今回の治療において、 HCV-RNA が投与開始後 36 週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので 48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の投与期間延長が必要であると判断する。
□ 申請者は、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 48 週を行い、36 週目までに HCV-RNA が陰性化したが再燃した者である。
□ 申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後（　　）週目で継続中である（一時休薬期間は除く）。
□ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
・投与開始後 36 週までに HCV-RNA が陰性化（一時休薬期間は除く）

（2）本助成制度利用が1回目の場合のチェック項目です
（1）に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始 12 週後に HCV-RNA 量が前値の 1/100 以下に低下するが、HCV-RNA が陽性（Real time PCR）で、36 週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので、48 週プラス 24 週（トータル 72 週間）の投与期間延長が必要であると判断する。
□ 申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の標準的治療（48 週間）を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後（　　）週目で継続中である（一時休薬期間は除く）。
□ 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
・投与 12 週後は、HCV-RNA が陽性のままであり、かつ、HCV-RNA 量が前値の 1/100 以下に低下
・投与 36 週までに HCV-RNA が陰性化（一時休薬期間は除く）

（注）ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意 において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第 11 号の 2）

（別紙様式11号の2）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書

（申請者記載欄）

島根県知事　様

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわずかに超える可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長を申請します。

※以下の項目にすべて記入の上、署名してください.

記載年月日　　年　　月　　日
（フリガナ）　（　　）
申請者氏名
性　別　　（ 男 ・ 女 ）
生年月日　　年　　月　　日生（満　　歳）
現住所　　（〒　　－　　）

電話番号

※お手持ちの肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を確認の上、記入ください。
受給者番号
現行有効期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

（担当医記載欄）

申請者について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわずかに超える（計2か月までの延長）可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長が必要であると判断する。

（注）なお、副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承下さい。

記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名及びその所在地

担当医師名

注意
（1）本申請書は、現行有効期間が満了する前に、管轄する保健所に提出してください。
（2）延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
（3）記入漏れがある場合などは、認定をされないことがありますのでご注意ください。

旧

（別紙様式第 11 号の 2）

（別紙様式11号の2）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書

（申請者記載欄）

島根県知事　様

私は、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわずかに超える可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長を申請します。

※以下の項目にすべて記入の上、署名・捺印してください.

記載年月日　　年　　月　　日
（フリガナ）　（　　）
申請者氏名　　印
性　別　　（ 男 ・ 女 ）
生年月日　　年　　月　　日生（満　　歳）
現住所　　（〒　　－　　）

電話番号

※お手持ちの肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を確認の上、記入ください。
受給者番号
現行有効期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

（担当医記載欄）

申請者について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間をわずかに超える（計2か月までの延長）可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長が必要であると判断する。

（注）なお、副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承下さい。

記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名及びその所在地

担当医師名　　印

注意
（1）本申請書は、現行有効期間が満了する前に、管轄する保健所に提出してください。
（2）延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
（3）記入漏れがある場合などは、認定をされないことがありますのでご注意ください。

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新	旧
（別紙様式第 12 号） （別紙様式１２号） 市 町 村 民 税 額 合 算 対 象 除 外 希 望 申 請 書 （市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄） 島根県知事　様 （フリガナ） 申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 下記の者については、肝炎治療受給者証申請者（以下「申請者という」。）本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。 記 （フリガナ） 除外希望者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ※添付書類 ①世帯員全員が記載された住民票（続柄の記載されたもの） ②申請者及び除外希望者の市町村民税の税情報（扶養控除関係）を証明する書類 （課税証明書、市町村民税の決定通知書、源泉徴収票など） ③申請者及び除外希望者の健康保険証のコピー	（別紙様式第 12 号） （別紙様式１２号） 市 町 村 民 税 額 合 算 対 象 除 外 希 望 申 請 書 （市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄） 島根県知事　様 （フリガナ） 申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿ 下記の者については、肝炎治療受給者証申請者（以下「申請者という」。）本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。 記 （フリガナ） 除外希望者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ※添付書類 ①世帯員全員が記載された住民票（続柄の記載されたもの） ②申請者及び除外希望者の市町村民税の税情報（扶養控除関係）を証明する書類 （課税証明書、市町村民税の決定通知書、源泉徴収票など） ③申請者及び除外希望者の健康保険証のコピー

島根県肝炎治療医療費助成事業実施要綱新旧対照表

新

（別紙様式第 13 号）

年　　月　　日

誓　約　書

島根県知事　様

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※自署

私は、今般行った、（肝炎治療特別促進事業による医療費助成の認定又は更新の申請について、下記の者に関し、寡婦（夫）控除のみなし適用が行われることを希望するので、以下の要件に該当しなくなる事実が生じていないことを誓約します。

記

（フリガナ）
寡婦（夫）控除のみなし適用希望者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

寡婦（夫）控除のみなし適用の申請日の属する年度の初日の属する年の前年の12月31日（前回のみなし適用の申請日）及び今般の寡婦（夫）控除のみなし適用の申請日のいずれの時点においても、過去に婚姻歴がなく、また現在婚姻状態（事実婚を含む。）にない、子を有する母（父）であること

なお、誓約内容に虚偽があった場合、寡婦（夫）控除のみなし適用が取り消され、本誓約に基づき適用された肝炎治療特別促進事業又は重症化予防推進事業に係る自己負担限度額の減額分の全額を返還することに同意します。

〈添付書類〉
・みなし適用を希望する者の戸籍全部事項証明書

※世帯の市町村民税（所得割）の合計額によっては、寡婦（夫）控除のみなし適用を実施しても、自己負担限度額が減額されない場合があります。

旧

（別紙様式第 13 号）

年　　月　　日

誓　約　書

島根県知事　様

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※自署または押印

私は、今般行った、（肝炎治療特別促進事業による医療費助成の認定又は更新の申請について、下記の者に関し、寡婦（夫）控除のみなし適用が行われることを希望するので、以下の要件に該当しなくなる事実が生じていないことを誓約します。

記

（フリガナ）
寡婦（夫）控除のみなし適用希望者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

寡婦（夫）控除のみなし適用の申請日の属する年度の初日の属する年の前年の12月31日（前回のみなし適用の申請日）及び今般の寡婦（夫）控除のみなし適用の申請日のいずれの時点においても、過去に婚姻歴がなく、また現在婚姻状態（事実婚を含む。）にない、子を有する母（父）であること

なお、誓約内容に虚偽があった場合、寡婦（夫）控除のみなし適用が取り消され、本誓約に基づき適用された肝炎治療特別促進事業又は重症化予防推進事業に係る自己負担限度額の減額分の全額を返還することに同意します。

〈添付書類〉
・みなし適用を希望する者の戸籍全部事項証明書

※世帯の市町村民税（所得割）の合計額によっては、寡婦（夫）控除のみなし適用を実施しても、自己負担限度額が減額されない場合があります。