

肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）交付申請書															
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													
		所在地													
	疾病名		1. C型慢性肝炎 2. C型代償性肝硬変 3. C型非代償性肝硬変												
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）													
主たる医療機関治療	名称														
	所在地														
インターフェロンフリー治療の効果・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（インターフェロンフリー治療）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） <table><tr><td>住所</td><td></td></tr><tr><td>氏名</td><td>(自署)</td></tr><tr><td>生年月日</td><td>年 月 日</td></tr></table> 年 月 日（※日付についてもご記入ください） 奈良県知事 殿										住所		氏名	(自署)	生年月日	年 月 日
住所															
氏名	(自署)														
生年月日	年 月 日														
【同意へのお願い】 県では、治療について、治療の完遂率や著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よろしくお願いいたします。（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。

C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

H C V - R N A陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変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。

※1 上記については、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薬による3剤併用療法に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

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による48週投与を行ったが、36週目までにH C V - R N A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) インターフェロンフリー治療について

H C V - R N A陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎若しくはC h i l d - P u g h分類AのC型代償性肝硬変又はC h i l d - P u g h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C h i l d - P u g h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、C h i l d - P u g h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、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療8週、再治療12週とする療法に限る。また、(1)及び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薬による3剤併用療法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、日本肝臓学会肝臓専門医が「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、日本肝臓学会肝臓専門医が「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。

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できません。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。