

肝炎治療受給者証の 交付申請手続きについて

上記受給者証の交付申請をされる方は、次の書類をそろえて、最寄りの保健所に提出してください。

- 1 申請者に記入していただくもの
A. 肝炎治療受給者証交付申請書（様式第1号）
- 2 医療機関で記入してもらうもの
B. 肝炎治療診断書（様式第2号の1から第2号の8）
※申請する内容によって、使用する様式が異なります。
- 3 取り寄せていただくもの
C. 世帯全員の住民票記載事項証明書（または住民票の写し）
D. 世帯全員の市町村民税額を証明する書類
（例）課税証明書、市町民税の決定通知書の写し 等
- 4 E. 加入する医療保険情報がわかるもの
（例）「資格情報のお知らせ」・「資格確認書」のコピー、
マイナポータル「資格情報画面」を印刷したもの 等

配偶者以外の者であって、受給者およびその配偶者と、相互に地方税法上および医療保険上の扶養関係にない者については、受給者からの申請に基づいて、世帯の市町民税の合算対象から除外することができます。（除外できるかの確認のため、除外希望者等の加入する医療保険情報がわかるものが必要になります。また、住民票記載事項証明書（または住民票の写し）に続柄の記載が必要です。）

また、認定後に税額確定や税額修正または世帯構成の変更により、自己負担額が下がる場合、変更申請ができます。この場合の変更後の自己負担限度月額は、申請月の翌月1日より適用します。

手続きの方法は・・・

- 1 医療機関でB型ウイルス性肝炎またはC型ウイルス性肝炎の治療のためにインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療または核酸アナログ製剤治療を受けることとなったら・・・



- 2 医療機関で主治医に診断書（受ける治療により異なります。）を記入していただき・・・
（診断書の用紙は保健所に用意してあります。県ホームページからダウンロードも可能です。）



- 3 世帯全員の住民票記載事項証明書（または住民票の写し）と世帯全員の市町村民税額を証明する書類と診断書および加入する医療保険情報がわかるものを添えて、住所地を所轄する保健所に申請してください。



- 4 承認後、受給者証が自宅に郵送されます。



- 5 受診の際には、受給者証を窓口に出してください。

問い合わせ先	大津市保健所	077-522-6766	彦根保健所	0749-21-0283
	草津保健所	077-562-3526	長浜保健所	0749-65-6662
	甲賀保健所	0748-63-6147	高島保健所	0740-22-2526
	東近江保健所	0748-22-7290	県健康危機管理課	077-528-3691

ホームページ

<http://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryouhukushi/yakuzi/15331.html> ←詳細はこちら

肝炎治療医療費助成について

【目的】

国内最大級の感染症であるB型ウイルス性肝炎およびC型ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療および核酸アナログ製剤治療）によって、その後の肝硬変、肝がんといった重篤な病態を防ぐことが可能な疾患です。しかしながら、この抗ウイルス治療については月額の高額となること、または、長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る医療費を助成し、患者の医療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変・肝がんの予防および肝炎ウイルスの感染防止、ひいては県民の健康の保持・増進を図ることを目的として実施しています。

【この制度を利用される上での留意点】

① 公費負担の対象範囲

この制度は、C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療およびインターフェロンフリー治療、ならびに、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および核酸アナログ製剤治療に係る医療費から医療保険を除いた額が、公費負担の対象となりますが、1ヶ月あたり下の表に掲げる世帯の市町村民税額に応じた一部自己負担（限度額）が必要です。

(別表) 肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表

階 層 区 分		自己限度額（月額）
甲	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
乙	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

② 公費負担の対象とならない費用

①に記載した治療と無関係な治療は対象となりません。

また、ウイルス増殖抑制を目的としたインターフェロン少量投与も対象となりません。

③ 受給者証の有効期間

ア インターフェロン治療受給者証

受給者証の有効期間は、原則として、申請書の受理日の属する月の1日から治療予定期間に即した期間（最長1年間）とし、更新は行いません。ただし、一定の条件を満たせば6ヶ月の延長（合計72週の治療）が認められる場合があります。

また、原則として助成は1人1回ですが、一定の条件を満たせば2回目の助成を受けることが可能です。

イ インターフェロンフリー治療受給者証

受給者証の有効期間は、原則として、申請書の受理日の属する月の1日から治療予定期間に即した期間とします。インターフェロンフリー治療不成功後にインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療をする場合も助成を受けることが可能です。

※治療法により、治療予定期間は異なります。

※前治療と同じ治療薬で再治療を行う場合には条件があります。

ウ 核酸アナログ製剤治療受給者証

受給者証の有効期間は、申請書の受理日の属する月の1日から1年間です。ただし、有効期間が終了する前に更新の手続きを行っていただくことで、再び1年間の助成を受けることができます。有効期間終了後の更新申請はできませんのでご注意ください。

④ 副作用等による中断期間の延長

副作用等の本人に帰責性のない理由によって治療休止期間が発生した場合、最大2ヶ月を限度として期間の延長を受けることができます。ただし、インターフェロンフリー治療では期間延長は認められません。