

肝炎治療に対する医療費助成について

〈福島県肝炎治療特別促進事業〉

令和元年8月30日

福島県内に住所を有する方で、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を必要とする方に対して、当該医療費の一部を助成します。

■ 令和元年8月22日から「マヴィレット配合錠(一般名:グレカプレビル水和物/ピブレントスビル配合剤)」による12歳以上の小児のC型慢性肝炎及びChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対する治療も助成対象になりました。

※ 令和2年2月29日までに申請が受理された場合は、助成期間の開始日を最大で令和元年8月22日(保険適用日)まで、さかのぼることができます。

■ 平成31年2月26日から「エプクルーサ配合錠(一般名:ソホスブビル/ベルパタスビル配合剤)(インターフェロンフリー治療)」が医療費助成の対象になりました。それに伴い、Child-Pugh分類B及びCのC型非代償性肝硬変に対する治療も助成対象になりました。

○ 対象となる方は、再治療のHCV-RNA陽性のC型慢性肝炎及び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、肝がんの合併のない方です。

○ これまで、インターフェロンフリー治療はHCV-RNA陽性のC型慢性肝炎及びChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変の治療が助成対象でしたが、Child-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変の治療も対象になりました。

○ この治療に対する助成の申請にあたっては、原則として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」を作成することとします。ただし、日本消化器病学会専門医のうちインターフェロン治療経験がある者が作成してもよいこととします。

○ エプクルーサ配合錠に対する助成は1回のみ、再治療のHCV-RNA陽性のC型慢性肝炎及びChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しての助成期間は7か月、Child-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変に対しての助成は4ヶ月となります。なお、副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合でも、助成期間の延長は行いません。

※ 令和元年8月31日までに申請が受理された場合は、助成期間の開始日を最大で平成31年2月26日(保険適用日)まで、さかのぼることができます。

■平成30年4月1日からB型慢性肝疾患に対するインターフェロン治療の認定基準が変更されました。

- B型慢性肝疾患のインターフェロン治療について、2回目の治療まで制度が利用できるようになりました。(これまでは、原則1回のみでした。)
- また、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方について、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は、3回目の助成が受けられるようになりました。

■平成30年2月16日から「セログループ2(ジェノタイプ2)」のC型慢性肝炎及び代償性肝硬変に対する「ハーボニー配合錠(インターフェロンフリー治療)」が医療費助成の対象になりました。

- 対象となる方は、HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類Aの代償性肝硬変で、肝がんの合併のない方です。
 - この治療に対する助成の申請にあたっては、原則として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」を作成することとします。ただし、日本消化器病学会専門医のうちインターフェロン治療経験がある者が作成してもよいこととします。
 - ハーボニー配合錠に対する助成は1回のみ、助成期間は4か月となります。なお、副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合でも、助成期間の延長は行いません。
- ※ 平成30年3月31日までに申請が受理された場合は、助成期間の開始日を最大で平成30年2月16日(保険適用日)まで、さかのぼることができます。

■平成29年11月22日からC型慢性肝炎及び代償性肝硬変に対する「グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤(インターフェロンフリー治療)」が医療費助成の対象となりました。

- グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤の対象となる方は、HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類Aの代償性肝硬変で、肝がんの合併のない方です。
- グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤による助成の申請にあたっては、原則として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」を作成することとします。ただし、日本消化器病学会専門医のうちインターフェロン治療経験がある者が作成してもよいこととします。
- グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤に対する助成は1回のみ、助成期間は3か月又は4か月となります。(ジェノタイプの違い、慢性肝炎・肝硬変の違い、初回治療か再治療かにより、助成期間が異なりますので、ご注意ください。)

なお、副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合でも、助成期間の延長は行いません。

※ 平成30年3月31日までに申請が受理された場合は、助成期間の開始日を最大で平成29年11月22日(保険適用日)まで、さかのぼることができます。

■平成29年6月16日からB型慢性肝疾患に対する「バラクルード錠の後発品であるエンテカビル錠(核酸アナログ製剤治療)」が医療費助成の対象になりました。

○ 助成対象となるエンテカビル錠(ジェネリック医薬品)は、12種類あります。

※ 平成30年3月31日までに申請が受理された場合は、助成期間の開始日を最大で平成29年6月16日(保険適用日)まで、さかのぼることができます。

■平成29年3月24日から「セログループ1(ジェノタイプ1)又はセログループ2(ジェノタイプ2)のいずれにも該当しない患者のC型慢性肝疾患に対するソバルディ錠及びリバビリン併用療法(インターフェロンフリー治療)」が医療費助成の対象になりました。

○ 対象となる方は、HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類Aの代償性肝硬変で、肝がんの合併のない方です。

○ この治療に対する助成の申請にあたっては、原則として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」を作成することとします。ただし、日本消化器病学会専門医のうちインターフェロン治療経験がある者が作成してもよいこととします。

○ ソバルディ錠及びリバビリン併用療法に対する助成は1回のみ、助成期間は7か月となります。なお、副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合でも、助成期間の延長は行いません。

1 対象となる医療

C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行う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、保険適用となっている医療が対象となります。

※当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料は対象となりますが、当該治療と無関係な治療は対象となりません。

○対象外であるものの例

- ・無症候性キャリアに対してのインターフェロン治療
- ・インターフェロンの少量長期治療
- ・入院時の入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額
- ・治療を中断して行う副作用に対しての治療
- ・診断書料や差額ベット代など保険外診療のもの

2 対象となる疾患

○インターフェロン治療の場合

- ・B型肝炎ウイルスによる慢性肝炎
- ・C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎、代償性肝硬変

○インターフェロンフリー治療の場合

- ・C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎、代償性肝硬変（Child-Pugh分類A）、非代償性肝硬変（Child-Pugh分類B又はC）

○核酸アナログ製剤治療の場合

- ・B型肝炎ウイルスによる慢性肝疾患（慢性肝炎、代償性肝硬変、非代償性肝硬変）

3 対象となる方

次の項目全てを満たす方となります。

- ・福島県に住所を有する方
- ・対象となる医療を必要とし、かつ、認定基準を満たしている方
- ・各医療保険に加入している方

※ 他の法令（原爆被爆者援護法・障害者自立支援法等）の規定により、国または地方公共団体の負担による医療の給付が行われている場合を除きます。

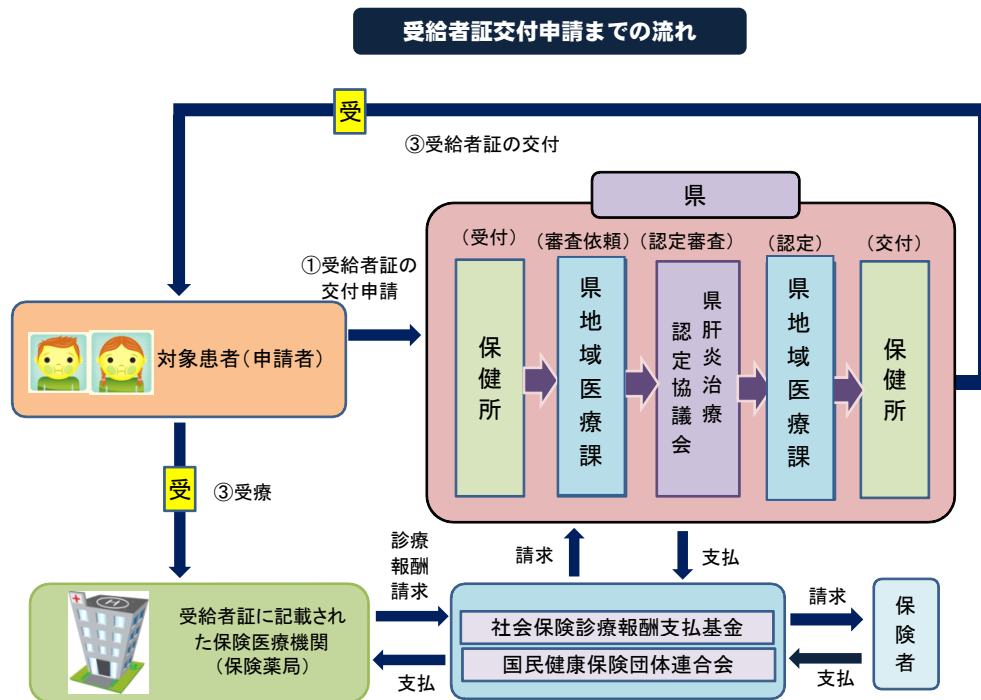
4 公費助成の申請について

○住所地を管轄する保健所へ必要書類を添えて申請手続きをしてください。（保健所の連絡先は「12 県内の各保健所窓口一覧」をご覧ください。）

○添付された医師の診断書を基に、専門医による県の肝炎認定協議会で審査を行います。審査を経て認定されると『肝炎治療受給者証』が交付されます。

※保健所へ申請してから受給者証の交付までに2か月程度かかります。

※県の審査の結果、認定基準を満たさない場合には、不承認となることもありますので、申請にあたり主治医とよく御相談ください。



<申請に必要な書類>

1	肝炎治療受給者証交付申請書（※1）
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 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新規申請の場合 →様式第1-1号 ■ 3剤併用療法を除くインターフェロン治療の2回目制度利用申請の場合 →様式第1-2号 ■ 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申請の場合 →様式第1-3号 ■ 核酸アナログ製剤治療の更新申請の場合 →様式第1-4号
2	医師の診断書（指定様式第2-1号～2-10号）
	<ul style="list-style-type: none"> ■ 3剤併用療法を除くインターフェロン治療の新規申請の場合 →様式第2-1号 ■ 核酸アナログ製剤治療の新規申請の場合 →様式第2-2号 ■ 3剤併用療法を除くインターフェロン治療の2回目制度利用申請の場合 →様式第2-3号 ■ 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申請の場合 →様式第2-4号 ■ 核酸アナログ製剤治療の更新申請の場合 →様式第2-5号 ■ プロテアーゼ阻害剤3剤併用療法の新規申請の場合 →様式第2-6号 ■ プロテアーゼ阻害剤3剤併用療法の再治療申請の場合 →様式第2-7号 ■ インターフェロンフリー治療の新規申請の場合 →様式第2-8号 ■ インターフェロンフリー治療の再治療申請の場合（非代償性肝硬変を除く） →様式第2-9号 ■ インターフェロンフリー治療の非代償性肝硬変の新規申請の場合 →様式第2-10号 ■ インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書 →様式第2-11号
3	被保険者証等の写し
4	申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し（住民票の謄本）
5	申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税の課税年額を証明する書類（※2）
6	市町村民税額合算対象除外希望申請書（※3）
7	寡婦（夫）控除のみなし適用に係る誓約書

※1 交付申請書について

- ・裏面の世帯調書も忘れずに記載してください。

※2 課税年額を証明する書類について

- ・市町村民税の課税年額を証明する書類については、乳幼児や義務教育就業中の方などは除きます。
- ・扶養となっている者については、扶養の証明をもって課税証明書の提出を省略することができます。
- ・課税証明書を提出される場合、課税証明書の年度は世帯全員同じにしてください。
- ・自己負担限度額（月額）が20,000円（階層：甲）であることを了承される場合は、課税年額を証明する書類の添付を省略することができます。

※3 市町村民税額合算対象除外希望申請書

- ・住民票上の世帯に属する者のうち次の条件全てを満たす者で、市町村民税課税額の合算対象から除外することを希望する場合は、「市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式第1号の1）」を提出してください。

- 【条件】 ※全てを満たす必要があります。
 - ・受給者本人と配偶者に該当しない。
 - ・受給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。

※4 寡婦（夫）控除のみなし適用に係る誓約書

- ・住民票上の世帯に属する者のうち次の条件を満たす者で、寡婦（夫）控除が適用された場合の所得税額により市町村民税課税額を合算することを希望する場合は、「誓約書（様式第1号の2）」を提出してください。

- 【条件】 寡婦（夫）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日及び寡婦（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）

5 公費助成の認定について

下記認定基準を満たし、県の認定協議会で適正であると認められた場合に、肝炎治療受給者証が交付されます。

【認定基準】

1. 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なります。）

- ※ 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方は、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ます。

(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

2. C型慢性肝疾患

(1) インターフェロン単剤治療及びインターフェロン＋リバビリン併用治療について

HCV-RNA 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、2. (2) 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なります。
- ① 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 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 HCV-RNA が陰性化しなかったケース

- ※ 3 上記について、直前の抗ウイルス治療として 2. (3) に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては原則として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。ただし、日本消化器病学会専門医のうちインターフェロン治療経験がある者が作成してもよい。

(2) 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3剤併用療法について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎で、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による3剤併用療法を行う予定、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、2.(1)に係る治療歴の有無を問わない。
- ※2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切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。
- ※3 上記について、直前の抗ウイルス治療として2.(3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては原則として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。ただし、日本消化器病学会専門医のうちインターフェロン治療経験がある者が作成してもよい。

(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療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

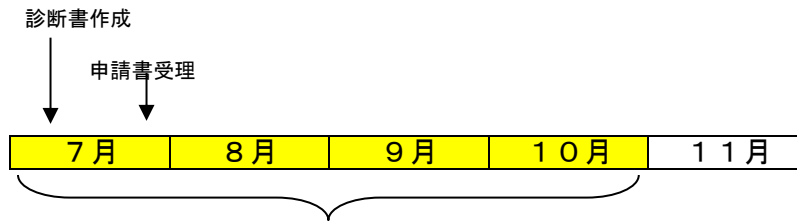
- ※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び2.(2)に係る治療歴の有無を問わない。
- ※2 上記については、初回治療の場合、上記治療に対する助成の申請にあたっては、原則として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。ただし、日本消化器病学会専門医のうちインターフェロン治療経験がある者が作成してもよい。
- ※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日本消化器病学会専門医のうちインターフェロン治療経験がある者が「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。

6 認定の有効期間について

- 受給者証の有効期間は原則として1年以内で、治療予定期間に即した期間となります。
- インターフェロン治療について、一定の要件を満たした場合には、助成期間を延長することができます(後述)。
- 核酸アナログ製剤治療について、医師が治療継続を必要と認める場合は受給者証を更新することができます。
- 有効期間の開始日は、「保健所が申請書を受理した日の属する月」から「診断書が作成された日の属する月の翌3か月」までのいずれかの月のうち、申請者が指定(交付申請書に記載)した月の初日となります。

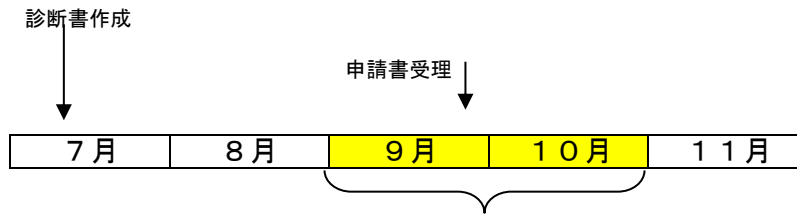
【認定の有効期間の開始日指定の例】

例1) 7月に診断書を作成し、7月に保健所が申請書を受理した場合



7月1日、8月1日、9月1日、10月1日のいずれかから選択し指定することができます。

例2) 7月に診断書を作成し、9月に保健所が申請書を受理した場合



9月1日、10月1日のいずれかから選択し指定することができます。

受給者証の更新について（核酸アナログ製剤治療）

○住所地を管轄する保健所へ次の必要書類を添えて申請手続きをしてください。

1	肝炎治療受給者証交付申請書（指定様式第1－3号）
2	<p>医師の診断書（指定様式第2－4号） または次の(1)(2)の書類</p> <p>(1) 検査内容（血液検査の結果）が分かる書類：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関で発行された検査結果報告書 ・健診や人間ドックの報告書など <p>※必要となるのは、<u>B型肝炎ウイルスマーカー（HBV-DNA定量・HBs抗原・HBe抗原・HBe抗体）、血液検査（AST・ALT・血小板数）、画像診断及び肝生検などの所見</u>です。漏れなく検査するようにしてください。</p> <p>(2) 治療内容が分かる書類：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬局で発行される薬剤情報提供書 ・お薬手帳に貼付されるシールなど <p>※(1)(2)両方を提出することで診断書の代わりとなります。</p>
3	被保険者証等の写し
4	申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
5	申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税の課税年額を証明する書類

○提出された資料等を基に、県の肝炎認定協議会で審査を行います。審査を経て認定されると延長された『肝炎治療受給者証』が交付されます。

※有効期間が満了する日までに申請が必要です。

※更新された受給者証の交付までに2か月程度かかります。早めの申請をお願い致します。

7 自己負担限度額（月額）の設定について

対象となる医療について、世帯の市町村民税（所得割）課税年額に応じて、下表の自己負担限度額を超えた医療費の額が助成されます。

階層区分		自己負担限度額（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

※自己負担限度額の階層区分の決定に当たっては、住民票上の世帯を原則としますが、次の条件全てに当てはまる場合には、市町村民税課税額の合算対象から除外することができます。除外を希望する場合には、申請時に「市町村民税額合算対象除外希望申請書（様式第1の1号）」を提出してください。

【条件】※全てを満たす必要があります。

- ・受給者本人と配偶者に該当しない。
- ・受給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。

※次の条件に当てはまる場合は、寡婦（夫）控除が適用された場合の所得税額により市町村民税課税額を合算することができます。寡婦（夫）控除のみなし適用を希望する場合には、申請時に「誓約書（様式第1号の2）」を提出してください。

【条件】 寡婦（夫）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日及び寡婦（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）

※インターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療を併せて治療している方の場合、自己負担限度額が適用される額は両治療にかかる自己負担の合算額になります。

（申請はそれぞれ行う必要があります。）

8 受給者証の交付後、助成を受けるには

○認定を受けると県から『肝炎治療受給者証』及び『自己負担限度額管理票』が交付されます。

※受給者証と自己負担限度額管理票は一枚になっています。

○治療を受ける際は必ず被保険者証等と併せ、『肝炎治療受給者証』及び『自己負担限度額管理票』を医療機関・薬局の窓口に表示してください。

【自己負担限度額管理票】について

受給者証と併せて交付される「自己負担限度額管理票」は、受給者の方が医療機関・薬局での支払の際に、受給者証に記載された自己負担限度額（月額）を超えて支払いが生じるこ

とがないように、自己負担額を管理するために必要となるものです。
受診の際は、必ず医療機関・薬局の窓口に提示してください。

9 受給者証の変更・再交付・返還について

(1) 受給者証の変更申請

受給者の氏名または住所、加入している医療保険、治療している医療機関に変更がある場合は、「肝炎治療受給者証承認事項変更（追加）申請書」に必要事項を記入の上、住所地を管轄する保健所へ提出してください。

(2) 受給者証の再交付

受給者証を紛失したとき、又は破損等により使用に耐えなくなった場合には、「肝炎治療受給者証再交付申請書」に必要事項を記入し、住所地を管轄する保健所へ提出してください。

(3) 受給者証の返還

死亡、治癒その他の理由により肝炎治療に係る医療の必要がなくなったときや、県外に転出したときは、「肝炎治療受給者証資格喪失届」に受給者証の原本を添付し、住所地を管轄する保健所へ返納してください。

※県外へ転出する方へ

県外へ転出後も引き続き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助成を受けようとする場合は、提出先の都道府県に本県で発行した受給者証の写しを提出する必要があります。受給者証の返還前に受給者証のコピーを取っておいてください。

10 申請後、受給者証交付までに支払った治療費の請求手続

受給者証が交付されるまでの間（認定の有効期間内に限る）に助成対象となる医療費を保険医療機関及び保険薬局で支払った場合には、申請により払い戻します。ただし、健康保険の高額療養費等に該当する金額は助成の対象となりません。

その他、次のような場合にも請求ができます。

- ・受給者の方が、受給者証を提示せずに医療費を支払った場合
- ・受給者の方がやむを得ない事情により、受給者証に記載されていない医療機関において医療費を支払った場合

次の書類等をご用意いただき、住所地を管轄する保健所へ請求手続を行ってください。

請求内容の審査後に口座へ振り込みとなりますが、個別の通知は行いませんので、通帳の記帳欄でご確認ください。

1	療養費請求書（指定様式第9号）
2	医療機関証明書（指定様式第9号の1）
3	領収書等（医療の内容が分かる書類を添付してください。）
4	預金通帳の写し（口座番号、名義人を確認します。）
5	印鑑

1 1 避難されている方へ

原発事故により避難されている方が肝炎治療を行う場合、医療費一部負担金の免除に該当する場合があります。また、住民票の住所と異なる場所にお住まいの方が、肝炎治療にあたって助成の申請をされる場合も、住民票の住所地を管轄する保健所に申請が必要です。申請の準備をする前に「1 2 県内の各保健所窓口一覧」をご覧ください。

例) 双葉郡の町に住民票があるが、他の市町村へ避難されている方

⇒「福島県相双保健所」が窓口となります。

1 2 県内の各保健所窓口一覧（肝炎医療費助成申請受付、相談窓口）

住所地	管轄保健所	住所	電話番号
二本松市、伊達市、 本宮市、伊達郡、安 達郡	福島県県北保健所	福島市御山町8-30	024-534-4113
須賀川市、田村市、 岩瀬郡、石川郡、田 村郡	福島県県中保健所	須賀川市旭町153-1	0248-75-7818
白河市、西白河郡、 東白川郡	福島県県南保健所	白河市郭内127	0248-22-6405
会津若松市、喜多方 市、耶麻郡、河沼郡、 大沼郡	福島県会津保健所	会津若松市城東町5-12	0242-29-5511
南会津郡	福島県南会津保健所	南会津郡南会津町田島字天道沢甲2542-2	0241-63-0306
相馬市、南相馬市、 双葉郡、相馬郡	福島県相双保健所	南相馬市原町区錦町1-30	0244-26-1329
福島市	福島市保健所	福島市森合町10-1	024-572-3152
郡山市	郡山市保健所	郡山市朝日二丁目15-1	024-924-2163
いわき市	いわき市保健所	いわき市内郷高坂町四方木田191	0246-27-8595

<その他 お問い合わせ先>

○福島県肝疾患相談センター（肝疾患に関する診断、治療等に関する相談全般）

TEL 024-547-1414

（相談受付日／毎週月・水曜日14時～17時（祝祭日・年末年始除く））

○福島県保健福祉部地域医療課（肝炎医療費助成制度）

TEL 024-521-7238 FAX 024-521-7926

ホームページ <http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045c/kansenkangokansen13.html>

13 受給者証交付申請書記載例

様式第1-1号(要綱第9関係)		(表面)		(新規)	再治療	転入	
肝炎治療受給者証交付申請書 (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)							
申請者	ふりがな氏名	すぎつまとらう 杉妻 太郎			性別	(男) 女	
	生年月日	明(昭)大平	〇〇年〇月〇日	職業	□□□		
	住所	〒960-8670 福島市杉妻町2-16 (電話 024-521-7238)					
	加入医療保険	被保険者氏名	杉妻 太郎		申請者との続柄	本人	
		保険種別	協・組・共・(国)・後	被保険者証の記号・番号	島〇〇〇〇〇〇		
	被保険者証	発行機関名	福島市		所在地	福島市	
病名(○をつける)	<インターフェロン治療> 1 B型慢性肝炎 2 C型慢性肝炎 3 C型代償性肝硬変		<インターフェロンフリー治療> 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		<核酸アナログ製剤治療> 1 B型慢性肝炎 2 B型代償性肝硬変 3 B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)						
保険医療機関又は保険薬局	医療機関名		所在地				
	□□□病院		福島市□□		(電話 000-00-0000)		
	〇〇薬局 ××店		福島市〇〇		(電話 000-00-0000)		
認定の有効期間の開始日	令和 〇〇年 〇月の初日		※ 認定開始日は、「申請書の受理日の属する月の初日」から「診断書が作成された日の属する月の翌3ヶ月」までのいずれかの月の初日のうち、申請者が指定した月の初日となります。				
(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。 令和 〇〇年 〇月 〇〇日 申請者氏名 杉妻 太郎 (杉妻) 福島県知事 殿							

(添付書類) 以下の書類を添付してください。

- 1 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書
- 2 加入している医療保険の被保険者証等の写し
- 3 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
- 4 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)の課税年額を証明する書類

自己負担限度額(月額)が20,000円となることを承諾し、市町村民税(所得割)の課税額を証明する書類の添付を省略します。	氏名
--	----

※自己負担限度額(月額)が20,000円となることを承諾する場合には、課税年額を証明する書類の添付を省略できます。該当する場合には、以下の欄に自署してください。

(裏面)

世帯調書

太枠の中を記入してください。

世帯の中に、市町村民税課税年額を証明する書類の該当年の12月31日現在の年齢が18歳以下の方がいますか？	なし	あり
	↓	
下記構成員名の年齢欄に、当時の年齢を記載してください。		

世帯構成員名	続柄	年齢	職業	市町村民税(所得割)課税年額				保健所確認欄		
								添付書類	除外希望者	
杉妻 太郎	本人	○	□□□				0	円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
								円	有・無	
計							0	円		

- 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)の課税年額を証明する書類を添付してください。
- 市町村民税の証明書については、乳幼児や義務教育就業中の方などは除きます。
- 扶養となっている者については、扶養の証明をもって課税証明書の提出を省略することができます。
- 世帯調書に記載する者のうち、配偶者以外の者で、受給者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、世帯の市町村民税課税額の合算対象から除外することが出来ますので、「市町村民税額合算対象除外希望申請書」(様式第1号の1)を提出してください。
- 世帯調書に記載する者のうち、市町村民税課税年額を証明する書類の該当年の12月31日及び申請日のいずれの時点においても、子を有しかつ過去に法律上の婚姻の事実が確認できない者については、寡婦(夫)控除等のみなし適用を受けられる場合がありますので、保健所に御相談ください(みなし適用該当の可能性がある場合は、誓約書及び必要書類等を提出していただきます)。

【保健所確認欄】※記入しないでください。

保健所確認欄	添付書類	1 診断書 2 保険証 3 住民票 4 市町村民税課税年額を確認できる書類 ※ 扶養控除対象者の有無 → なし ・ あり		
	階層区分	甲・乙	市町村民税(所得割)額合算額	円