



治療費助成(肝炎治療特別促進事業)について

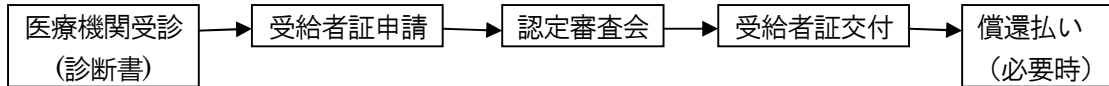


～肝炎治療受給者証の申請をされる方へ～

この事業は、B型・C型ウイルス性肝炎の患者さんに、インターフェロン治療費、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費を助成するものです。

助成にあたっては、ご自身が対象となるか、主治医とよく御相談のうえ、申請を行ってください。

医療費助成の流れ



1. 対象者

事業の対象となるのは、以下の条件にあてはまる方です。ただし、他の法令の規定により、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（原爆被爆者援護法・障害者自立支援法などがあります）を除きます。

- ① 県内に住所を有していること
- ② B型ウイルス性肝炎またはC型ウイルス性肝炎に、り患していること
- ③ 以下の治療で、保険適用となっているもの。
 - ・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
 - ・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

2. 助成の認定方法

助成申請を行う際には、医師と十分に相談してください。

医療費の助成を受けるには、認定審査会で適正と認められることが必要です。

申請から、認定となり受給者証交付まで、1～2ヶ月かかります。

3. 助成の期間

助成期間の開始日は、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日又は治療開始月の初日（申請受理日以降に限る）のいずれかになります。

そのため、新たに治療を予定されている方は、助成対象となる治療をいつから開始するのか、医師と十分ご相談の上、申請していただきますようお願いいたします。

【インターフェロン治療】

患者さん一人につき、原則として1年間を限度とします。次の場合には例外的に延長が認められます。

〔助成期間の延長が認められる場合〕

- ① C型慢性肝炎で、セログループ1、高ウイルス症例へのペグインターフェロン+リバビリン併用療法であり、以下の条件を満たし、72週の延長投与が必要であると医師が判断した場合
→6ヶ月延長

【インターフェロン72週治療の条件】

- | |
|---|
| (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36週目までに陰性化した症例である。 |
| (2) (1)に該当しない者であり、今回の治療において、「投与開始後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である。 |

- ② C型慢性肝炎セログループ1型へのシメプレビルを含む3剤併用療法であり、以下の条件を満たし、ペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週投与することが適切と医師が判断する場合

→6ヶ月延長

【シメプレビルを含む3剤療法延長の条件】

- | |
|--|
| (1) これまでの24週以上のインターフェロン治療〔(ペグ)インターフェロン製剤単独、リバビリンとの併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法〕でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者である。 |
| (2) または、インターフェロン治療の開始12週後にHCV-RNAが前値の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者である。 |

- ③ 副作用等によって治療を中断したため、治療が助成期間内に終わらなかったとき

→2ヶ月延長

延長する場合はお近くの保健所又は県庁健康増進課へ申請が必要になります。（詳しくは**5のウ**へ）

【インターフェロンフリー治療】

助成の対象となる治療期間は12週、16週または24週で、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、助成の延長は行わない。

【核酸アナログ製剤治療】

有効期間は1年間です。1年を過ぎても治療が継続されている場合は、更新申請を行うことができます。（詳しくは**5. 受給者証の申請に関すること**参照）

4. 自己負担限度額

月の自己負担限度額は、世帯の市町村民税(所得割)の課税年額を合算し、次の表のとおり決定します。

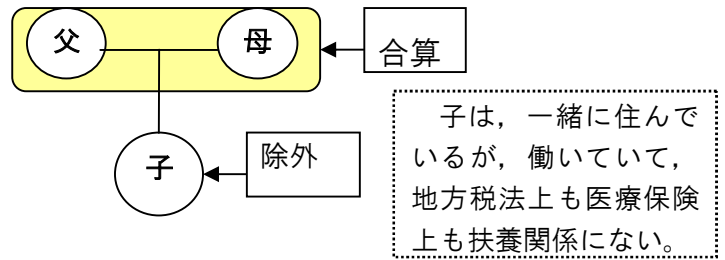
世帯の市町村民税（所得割）課税年額の合計	自己負担限度額(月額)
235,000円未満	10,000円
235,000円以上	20,000円

ここでいう「世帯」とは、住民票上の世帯を指します。ただし、以下の条件をすべて満たす人については、住民票上に記載があっても、合算から除外することができます。（申請については**5のア、ウ**へ）

【世帯合算除外の条件】

- ① 受給者の配偶者以外であること
- ② 受給者又はその配偶者と地方税法上の扶養関係にないこと
- ③ 受給者又はその配偶者と医療保険上の扶養関係にないこと
- ④ 受給者から申請すること

(例)



5. 受給者証の申請に関すること

医療費の助成を受けるには、受給者証の交付を申請していただく必要があります。

また、受給者証記載内容の変更、受給者証の再交付、県外からの転入の場合にも、申請が必要です。

- ★ お近くの保健所又は県庁健康増進課へ持参されるか郵送してください。(鹿児島市内にお住まいの方は、受給者証の交付申請以外は県庁健康増進課へ申請してください。)

ア 受給者証の新規申請

新たに「肝炎治療受給者証」の交付を受けようとする場合には、次の書類を提出してください。

審査会における診断書等の審査を経て、適正と認められた場合には、受給者証を交付します。

受給者証の交付には、申請書を受け付けてから1～2ヵ月程度かかります。

① 申請書 (【要綱】別記第2号様式)

必要事項を記入してください。

② 診断書 (【要綱】別記第3号様式-1, 2, 5, 7のいずれかを選んで記入)

別記第3号様式-1・・・3剤併用療法を除くインターフェロン治療新規

別記第3号様式-2・・・核酸アナログ製剤治療新規

別記第3号様式-5・・・プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法新規

別記第3号様式-7・・・インターフェロンフリー治療新規

協定医療機関(後述7「医療機関での受療について」参照)で記入してもらってください。

③ 住民票の写し (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もの)

- ・ 発行日から3ヵ月以内のものに限ります。
- ・ マイナンバーの記載がないものを提出してください。

④ 申請患者の加入する被保険者証又は組合員証の写し

⑤ 市町村民税の課税年額を証明する書類 (申請者及び申請者と同一の世帯に属する者) (義務教育を受けている者の証明は不要)

- ・ 市町村民税課税証明書は原本を提出してください。
- ・ 市町村が通知する市町村民税の決定通知書は、写しでもかまいません。
- ・ 市町村民税課税証明書は、7月1日～12月31日の申請にあつては当該年のもの、1月1日～6月30日の申請にあつては前年のもの(取得できる最新のもの)
- ・ 申請書類は、記載日(発行日)から3ヵ月以内のものを添付してください。

※「世帯」とは、住民票上の世帯を指します。

⑥市町村民税合算対象除外申請書（世帯合算から除外する者がいる場合）：、

- （4「自己負担限度額」参照） 扶養関係を証明する書類
世帯全員分の被保険者証のコピー

イ インターフェロン2回目・インターフェロンフリー再治療・核酸アナログ製剤治療更新申請

【インターフェロン2回目】

一定の条件を満たした場合、2回目の治療費助成申請を行うことができます。ただし、認定審査会で適正と認められることが必要です。

- ・必要書類：新規申請の場合と同じ（上記5ア①，③～⑤）
診断書（別記第3号様式-3）

【インターフェロンフリー再治療】

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、改めて助成申請を行うことができます。

- ・必要書類：新規申請の場合と同じ（上記5ア①，③～⑤）
診断書（別記第3号様式-8）
意見書（別記第3号様式-9）

【核酸アナログ製剤治療更新】

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もので、有効期間（1年間）を過ぎても治療が継続している場合は更新申請を行うことができます。ただし、認定審査会で適正と認められることが必要です。

- ・必要書類：新規申請の場合（上記5ア①，③～⑤）と同じ
診断書（別記第3号様式-4）

ウ 受給者証記載内容の変更

既に受給者証を所持している方で、記載内容に変更等があった場合（④，⑤は自己負担限度額が減額される場合のみ）には、受給者証と変更申請書（別記第6号様式）と以下の書類を提出してください。

- | | | |
|-------------|---|---|
| ① 氏名の変更 | → | 戸籍抄本 |
| ② 住所の変更 | → | 住民票（マイナンバーの記載がないもの） |
| ③ 加入医療保険の変更 | → | 受給者の氏名が記載された被保険者証の写し |
| ④ 課税年額の変更 | → | 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者の市町村民税の課税年額を証明する書類の写し |
| ⑤ 世帯合算除外 | → | ・市町村民税合算対象除外申請書
・扶養関係を証明する書類
・世帯全員分の被保険者証のコピー |

エ 有効期間の延長

受給者証が交付された後、有効期間の延長をする場合には、次の書類を提出してください。申請書には、受給者証に記載のある医療機関の医師の証明が必要なので、主治医とよく御相談の上申請してください。

- ① インターフェロン治療72週治療による6ヶ月延長
延長申請書（【細則】様式1），受給者証
- ② シメプレビルを含む3剤併用療法6ヶ月延長
延長申請書（【細則】様式3），受給者証

- ③ 副作用等による2ヶ月延長
延長申請書（【細則】様式2），受給者証

オ 受給者証再交付

既に受給者証の交付を受けられた方で、受給者証を紛失・破損された場合には、次の書類を提出してください。

受給者証を再交付し、お送りします。

- ① 申請書（【要綱】別記第7号様式）

カ 県外からの転入者

他都道府県で受給者証の交付を受けていた方で、鹿児島県内で引き続き受給者証の交付を受けようとする場合には、転入した日の属する月の翌月末までに次の書類を提出してください。

本県において発行する受給者証の有効期限は、転出前に交付されていた受給者証の有効期間の終期と同じになります。

- ① 申請書（【要綱】別記第8号様式）
② 転入前に交付されていた受給者証の写し
③ 住民票（マイナンバーの記載がないもの）

※申請書設置場所 ○新規申請…県庁健康増進課，保健所，医療機関，市町村役場
○治療延長…県庁健康増進課，保健所，医療機関
○その他……県庁健康増進課，保健所

6. 助成内容について

- 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で保険適用となっているものが助成の対象です。
- 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に係る血液検査や画像診断は助成対象となります。
- 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による軽微な副作用が発生した際に、当該治療の中断を防止するために併用せざるを得ない副作用の治療については助成の対象となりますが、当該治療を中断して行う副作用に対する治療は助成の対象になりません。また、副作用の治療が助成の対象となった場合に、その薬で他疾患を併発した場合には、助成の対象にはなりません。
- 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は助成の対象になりません。

7. 医療機関での受療について

- この事業に係る診断書の発行及び治療を実施するのは、県とあらかじめ協定を締結した医療機関等です。協定医療機関については、保健所へお問い合わせください。
- 受給者証に記載された医療機関等において、必ず受給者証を提示して受療してください。
- 窓口での自己負担額は、受給者証に記載された自己負担限度額までですので、受診の際には、「自己負担限度額管理表」を提示し、医療機関で支払った対象医療費の額を記入してもらってください。当月内の自己負担額が自己負担限度額に達した場合は、管理票にその旨記入され、それ以上は公費で負担しますので自己負担額を支払う必要はありません。
- インターフェロンと核酸アナログ製剤を併用した場合は、両治療費を合算して自己負担限度額（1万円，2万円）までの支払となります。
- 受給者証が交付されるまでの間に医療機関を受診する場合は、助成認定期間内であっても自己負担相当額については負担が発生しますが、受給者証交付後に、償還払い（下記8「償還払い」参照）の手続きをすることにより自己負担限度額を超えた分の返還が受けられます。

8. 償還払い

肝炎治療促進特別事業により医療機関で治療を受ける場合には前もって申請が必要ですが、手続きを取っている間に医療機関に治療費の支払いを済まされた方のために、治療費の償還払いの制度があります。

下記の請求手順に沿って請求してください。なお、償還払いの申請は、医療機関に治療費を支払った月の翌月から1年以内に行ってください。

治療費は、県に申請書が届いてから約2～3ヶ月後に指定の口座に入金されます。

(償還払い申請対象医療費)

- 1 肝炎治療促進特別事業の対象医療の範囲内の治療であること
- 2 医療機関に支払った医療保険適用後の医療費の負担額が、受給者証に記載されている自己負担限度額を超えていること

(申請の方法)

- 1 申請書(【要綱】別記第9号様式)に必要な事項を記入し、押印してください。
*印は、はっきりと押してください *金額は記入しないでください
- 2 ご自分の名義以外の口座を指定することができます。この場合は委任に係る部分を記入し、委任者、受任者ともに押印してください。
- 3 受療医療機関において、対象医療に係る医療費の証明を受けてください。証明書の発行手数料は自己負担となります。
複数の医療機関で受療された場合、それぞれの医療機関で医療費の証明を受ける必要があります。
- 4 高額療養費の支給対象となる方は、先に高額療養費の支給を受ける必要があります。加入医療保険の保険者発行の高額医療費支給決定通知の原本か写しが届いてから申請を行ってください。(高額療養費の支給には約2～3ヶ月を要します)
- 5 必要書類をお近くの保健所か県庁健康増進課へ郵送または持参してください。(鹿児島市内は県庁健康増進課)
同一月内に複数の医療機関で受療した場合は、必ずまとめて申請してください。

9. 個人情報の取扱いについて

肝炎治療特別促進事業実施要領により受給者証の交付を受けられた方の個人情報については、当該事業の実施の目的に沿って使用します。

当該事業を利用して受療された患者さんの治療情報を収集し、症例検討や学術研究を行う場合がありますが、その際には、情報を匿名化し、生年月日、連絡先など個人が特定されうる情報はすべて除去します。

患者さんは、健康増進課に申し出ることにより、この情報利用を自由に拒否することができますが、特に申し出がなければ、情報利用について同意したものと取り扱います。情報利用を拒否したことにより各医療機関における治療に関し不利益が生じることはありません。

10. 問い合わせ先

肝炎治療特別促進事業についてわからないことがありましたら、鹿児島県保健福祉部健康増進課
感染症保健係またはお近くの保健所へお問い合わせください。

鹿児島県保健福祉部健康増進課 感染症保健係
TEL 099-286-2724 FAX 099-286-5556
住所 〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10-1

保健所名	電話番号	住所	保健所名	連絡先	住所
指宿保健所	0993-23-3854	〒891-0403 指宿市十二町 301	志布志保健所	099-472-1021	〒899-7103 志布志市志布志町志布志 2-1-11
加世田保健所	0993-53-2315	〒897-0001 南さつま市加世田村原 2-1-1	鹿屋保健所	0994-52-2106	〒893-0011 鹿屋市打馬 2-16-6
伊集院保健所	099-273-2332	〒899-2501 日置市伊集院町下谷口 1960-1	西之表保健所	0997-22-0018	〒891-3192 西之表市西之表 7590
川薩保健所	0996-23-3165	〒895-0041 薩摩川内市隈之城町 228-1	屋久島保健所	0997-46-2024	〒891-4311 熊毛郡屋久島町安房 650
出水保健所	0996-62-1636	〒899-0202 出水市昭和町 18-18	名瀬保健所	0997-52-5411	〒894-0032 奄美市名瀬永田町 17-3
始良保健所	0995-44-7956	〒899-5112 霧島市隼人町松永 3320-16	徳之島保健所	0997-82-0149	〒891-7101 大島郡徳之島町亀津 4943-2
大口保健所	0995-23-5103	〒895-2511 伊佐市大口里 53-1	鹿児島市保健所	099-224-1111	〒892-8677 鹿児島市山下町 11 番 1 号