

健疾発第0331003号  
平成20年3月31日

各 都道府県衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省健康局疾病対策課長



肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて

肝炎治療特別促進事業については、平成20年3月31日健発第0331001号厚生労働省健康局長通知「感染症対策特別促進事業について」の別添7「肝炎治療特別促進事業実施要綱」により示されているところであるが、この実施については、次の事項に留意し、本事業が円滑に実施されるようお願いする。

## 1. 医療給付の申請について

「感染症対策特別促進事業について」（平成20年3月31日健発第0331001号厚生労働省健康局長通知）の別添7 肝炎治療特別促進事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）第5に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別紙様式例1による肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書（以下「交付申請書」という。）、別紙様式例2による医師の診断書、申請者の氏名が記載された被保険者証等の写し、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住民票の写し並びに申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含む。）の課税年額を証明する書類の写しを添えて、申請者が居住する都道府県知事に申請するものとする。

## 2. 対象患者の認定について

都道府県知事は、実施要綱第7に定める認定を行う際には、認定協議会（以下「協議会」という。）に意見を求め、別に定める対象患者の認定基準（以下「認定基準」という。）により適正に認定するものとする。

## 3. 肝炎インターフェロン治療受給者証の交付等について

### (1) 肝炎インターフェロン治療受給者証

都道府県知事は、対象患者を認定したときは、速やかに当該患者に対し、別紙様式例3による肝炎インターフェロン治療受給者証（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

### (2) 交付申請書等の取扱い

都道府県知事は、交付申請書を受理したときは受理した日（以下「受理日」という。）から速やかに当該申請に対し、その可否を決定し、否とした場合には具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。

### (3) 肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間

受給者証の有効期間は1年とし、原則として交付申請書の受理日の属する月の初日から起算するものとする。なお、受給者証の更新は認めないものとする。

## 4. 対象患者が負担すべき額について

(1) 実施要綱第6の2の(1)により対象患者が保険医療機関等（健康保険法（大正11年法律第70号）に規定する保険医療機関又は保険薬局をいう。以下同じ。）に支払うべき額が、実施要綱第6の2の(2)に定める額（以下「自己負担限度額」という。）に満たない場合は、その全額を負担すべきものとする。

(2) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定による被保険者については、同法上の患者負担額の範囲内で、実施要綱第6の2の(2)に定める額を限度とする一部負担が生じるものとする。

5. 都道府県外へ転出した場合の取扱いについて

受給者証を所持する患者（以下「受給者」という。）が、都道府県外へ転出し、転出先においても引き続き当該受給者証の交付を受けようとする場合には、転出日の属する月の翌月末日までに、転出前に交付されていた受給者証の写し等を添えて転出先の都道府県知事に届け出るものとする。転出先の都道府県は、当該届出を受理した旨を転出元の都道府県に伝達するとともに、転出日以降、費用を負担するものとする。

なお、この場合における受給者証の有効期間は、転出前に交付されていた受給者証の有効期間の終期までとする。

6. 対象医療及び認定基準等の周知等について

都道府県知事は、本事業の適正な運用を確保するために保険医療機関等に対して本事業の対象医療及び認定基準等の周知に努めなければならない。

また、都道府県は、保険医療機関等に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、適正な治療が実施されていない保険医療機関等に対して、本事業における適正化の推進に必要な措置を講じるものとする。

7. 自己負担限度月額管理の取扱い

(1) 都道府県知事は、受給者に対し、別紙様式例4による肝炎インターフェロン治療自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）を交付するものとする。

(2) 管理票の交付を受けた受給者は、肝炎インターフェロン治療を受ける際に受給者証とともに管理票を保険医療機関等に提示するものとする。

(3) 管理票を提示された保険医療機関等は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が肝炎インターフェロン治療について、支払った自己負担の累積額を管理票に記載するものとする。当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載するものとする。

(4) 受給者から、当該月の自己負担の累積額が自己負担限度月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた保険医療機関等は、当該月において自己負担額を徴収しないものとする。

(別紙様式例1)

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書				
申 請 者	氏名 <small>ふりがな</small>		性別	男 女
	生年月日	明昭 大平	年 月 日	職業
	住所	(電話 )		
	加入 医療 保険	被保険者氏名		申請者との 続 柄
保険種別		政・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				
所在地				
病名				
保又 険は 医保 療険 機薬 関局	名称			
	所在地			
	名称			
	所在地			
インターフェロン治療の効果・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、肝炎インターフェロン治療受給者証の交付を申請します。				
申請者氏名			印	
平成 年 月 日				
知事 殿				

## インターフェロン治療受給者証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	明昭 大平	年 月 日生	(満 歳)
住所	郵便番号					
	電話番号 ( )					
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記 載する)	医療機関名 医師名			
検査所見	<p>インターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>(1) HBs抗原 (+/-) (該当する方を○で囲む)</p> <p>(2) HBe抗原 (+/-) HBe抗体 (+/-) (該当する方を○で囲む)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む)</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板数 _____ /<math>\mu</math>l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する)</p> <p>(検査日: 平成 年 月 日)</p>					
診断	<p>該当番号を○で囲む</p> <p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</p>					
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし					
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロン<math>\alpha</math>製剤単独</p> <p>2. インターフェロン<math>\beta</math>製剤単独</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4. インターフェロン<math>\alpha</math>製剤+リバビリン製剤</p> <p>5. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>6. その他(具体的に記載してください。)</p> <p>治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地				記載年月日 平成 年 月 日		
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、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。

肝		肝炎インターフェロン治療受給者証							
公費負担者番号									
公費負担医療 の受給者番号									
受給者	居住地								
	氏名								
	生年月日	明昭 大平	年	月	日生	男	女		
疾 病 名									
保は 険保 医険 療薬 機局 関 又	所在地								
	名称								
	所在地								
	名称								
有 効 期 間		自 平成	年	月	日	至 平成	年	月	日
月 額 自 己 負 担 限 度 額									円
都道府県知事名 及 び 印									
交 付 年 月 日		平成	年	月	日				

(裏面)

## 肝炎治療特別促進事業

### (目的)

国内最大の感染症であるB型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療が奏効すれば、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ある。しかしながら、このインターフェロン治療に係る医療費が高額であるため、早期治療の促進の観点から、このインターフェロン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、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては国民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

### 注意事項

- 1 この証を交付された方は、B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対するインターフェロン治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険、保険医療機関又は保険薬局に変更があったときは、〇〇日以内に、〇〇〇知事にその旨を届け出てください。  
また、都道府県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに〇〇〇知事に返還してください。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、〇〇〇知事にその旨を届け出てください。
- 7 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

### 連絡先

〇〇〇都道府県〇〇部〇〇課〇〇係 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)  
又は〇〇〇保健所 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)





(別添)

## 認 定 基 準

- ・ 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
- ・ HCV-RNA 陽性の C 型慢性肝炎及び 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