



インターフェロン治療（3剤併用療法を除く）

肝炎治療特別促進事業（医療費助成制度）について

（B型・C型ウイルス性肝炎インターフェロン治療・B型ウイルス性肝炎核酸アナログ製剤治療）

医療費助成制度について

肝炎治療特別促進事業は、肝炎ウイルスの感染防止及びウイルス根治による肝硬変や肝がんへの進行防止を目的とし、月々医療費が高額となるインターフェロン治療や累積的な医療費が高額となる核酸アナログ製剤治療に医療費助成を行います。

助成対象となる医療は、インターフェロン治療並びに核酸アナログ製剤治療で、公費助成を承認した期間中の保険適用となっている初診料、再診料、入院料、検査料（画像診断検査を含む。）薬剤料です。

なお、インターフェロン治療並びに核酸アナログ製剤治療による副作用への治療（治療を継続する為に必要なもの）は助成対象となるが、その他の治療（関連疾病治療や肝庇護療法、予防的治療、ウイルス根治を目的としないインターフェロンの少量長期投与等）は助成対象となりません。（詳細は、末尾の制度のお問い合わせ先等に確認してください。）

インターフェロン治療（3剤併用療法除く）の制度

対象患者

B型慢性肝炎の方

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方（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する。）

C型慢性肝疾患の方

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。（ただし、十分量の3剤併用療法による24週投与が行われた方を除く。）

助成の期間

B型慢性肝炎の方

申請を受理した日の属する月の初日から 1年間 です。

C型慢性肝疾患

申請を受理した日の属する月の初日から 7ヶ月若しくは1年間です。

ウイルス型、使用するインターフェロンの種類等により、医療保険適用の期間が異なるため、助成期間も変動します。

助成期間の延長について

次の場合は延長申請が可能です。

- 1) 本人に帰責性のない事由により治療休止期間がある場合は、最大2ヶ月を限度として延長できます。（様式9）
- 2) C型慢性肝炎のウイルス型がセログループ1型の高ウイルス量の方でペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施にあたり一定の条件（別添2）を満たし、医師が72

週投与(6ヶ月の延長投与)を必要と判断する場合は、申請により6ヶ月を限度として期間延長が可能です。(様式10)

手続き方法

インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書〔(様式9)または(様式10)〕に交付済みの肝炎インターフェロン治療受給者証を添えて申請してください。

助成の方法

○助成対象となる医療に関する自己負担のうち、下記の自己負担限度額を超える部分について医療機関や調剤薬局の窓口で支払う際に軽減が受けられます。

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

ただし、受給者証を提示しなかった場合や受給者証に記載のない医療機関では医療費の軽減は受けられません。

医療費以外の費用(文書料、入院時食事療養標準負担額、入院時生活療養標準負担額など)は助成の対象となりません。

医療費助成の期間内で受給者証の発行までの間に公費助成部分も支払った場合は、還付請求することができます。(ただし、高額療養費は別途保険者に請求する必要があります。)

助成の回数

○次の場合は2回目の公費負担の申請が可能です。

B型慢性肝炎

これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けたことがない方が同製剤による治療を受ける場合。

C型慢性肝疾患

以下の、のいずれにも該当しない場合。

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

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

次の場合は3回目の公費負担の申請が可能です。

B型慢性肝炎

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が、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。

助成申請の手続き

○以下のア～カの書類をそろえ、お住まいの地域を所管する保健所に提出してください。

ア 肝炎治療受給者証（インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療）交付申請書

イ 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（様式 2-1、2-2）

ウ 健康保険証（原本）

エ 世帯全員が記載された住民票（発行から 3 ヶ月以内のもの）（ ）

オ 世帯全員分の市町村民税が記載された課税証明書（ ）

ただし、義務教育終了年齢以下の者については保護者の所得課税証明書等において当該児童の扶養が確認できれば課税証明書は省略が可能です。

カ 年少、16～18 歳までの扶養家族を有する場合は、扶養対象者の申告書

（ ）自己負担限度額は住民票上の世帯を単位とし、その全員の市町村民税（所得割）の合算額により決定していますが、「相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係がない」場合は、「世帯」の市町村民税の合算対象から除外することができます。この場合は、住民票は「続柄の明記された住民票」、課税証明は「所得・課税証明書」を提出してください。

○除外対象となる方

受給者及びその配偶者との扶養関係で以下の 3 つの条件を全て満たす方。

配偶者以外であること

地方税法上の相互に扶養関係にないこと

医療保険上の相互に扶養関係にないこと

続きに必要な書類

市町村民税額合算対象除外申請書（様式 1 1）

受給者およびその配偶者、除外対象者の「所得・課税証明書」

受給者およびその配偶者、除外希望者の「健康保険証」

受給者証の記載事項に変更等あった場合

○14 日以内に届出の手続きを行ってください。必要書類は、下記のとおりです。

変更等の種類	必要書類
受給者証の再発行	肝炎治療受給者証再交付申請書（様式 3）
住所の変更	肝炎治療受給者証記載事項変更届（様式 4） 交付済みの肝炎治療受給者証 住民票
姓名の変更	肝炎治療受給者証記載事項変更届（様式 4） 交付済みの肝炎治療受給者証 戸籍抄本
保険医療機関の変更	肝炎治療受給者証記載事項変更届（様式 4） 交付済みの肝炎治療受給者証
保険医療機関の追加	肝炎治療受給者証記載事項変更届（様式 4） 肝炎治療受給者証医療機関追加意見書（様式 5） 交付済みの肝炎治療受給者証

所定様式については、各保健所にお問い合わせください。

保険(国民健康保険など)に未加入となった方は、本事業の助成が受けられませんので、未加入になった場合はご連絡ください。

変更の届出は、保健所の窓口へ提出をしてください。提出は、郵送でも可能です。

郵送の場合は、保健所に書類が到達した日を受付日とします。

制度のお問い合わせ

三重県医療保健部健康づくり課 肝炎医療費助成 担当者	059(224)2334	津市広明町13
-------------------------------	--------------	---------

申請に関するお問い合わせ及び申請窓口

手続きや申請に関するお問い合わせ等は、下記の保健所の担当者までお願いします。

担当窓口	管轄地域	電話番号	住所
桑名保健所	桑名市・いなべ市 桑名郡・員弁郡・ 三重郡	0594(24)3620	桑名市中央町5丁目71
四日市市保健所	四日市市	059(352)0594	四日市市諏訪町2-2
鈴鹿保健所	鈴鹿市・亀山市	059(382)8672	鈴鹿市西条5丁目117
津保健所	津市	059(223)5094	津市桜橋3丁目446-34
松阪保健所	松阪市・多気郡	0598(50)0527	松阪市高町138
伊勢保健所	伊勢市・鳥羽市 志摩市・度会郡	0596(27)5148	伊勢市勢田町628-2
伊賀保健所	名張市・伊賀市	0595(24)8076	伊賀市四十九町2802
尾鷲保健所	尾鷲市・北牟婁郡	0597(23)3428	尾鷲市坂場西町1-1
熊野保健所	熊野市・南牟婁郡	0597(89)6115	熊野市井戸町383