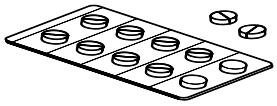

インターフェロンフリー治療版

肝炎治療特別促進事業 （医療費助成制度）インターフェロンフリー治療法について

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インターフェロンフリー治療、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、インターフェロンフリー治療、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、上記の治療に伴う副作用への治療（治療を継続するために必要なもの）は助成対象となりますが、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せ先等に確認してください。）

ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法によるインターフェロンフリー治療

助成対象者【次のいずれにも該当する方】

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、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の方のうち、肝がんの合併のない方

1)セログループ1（ジェノタイプ1）の方。

2)インターフェロン治療に係る治療歴は問いません。

助成の期間

〇医療費助成の承認期間は24週（7ヶ月間）です。

ソホスブビル及びリバビリン併用療法によるインターフェロンフリー治療

助成対象者【次のいずれにも該当する方】

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、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の方のうち、肝がんの合併のない方

1)「セログループ2（ジェノタイプ2）の方」または「セログループ1（ジェノタイプ1）、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方」。

2)インターフェロン治療に係る治療歴は問いません。

助成の期間

〇医療費助成の承認期間は「セログループ2（ジェノタイプ2）の方」は12週（4ヶ月間）、「セログループ1（ジェノタイプ1）、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方」は24週（7ヶ月間）です。

ハーボニー配合錠（レジパスビル／ソホスブビル配合錠）によるインターフェロンフリー治療

助成対象者【次のいずれにも該当する方】

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、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の方のうち、肝がんの合併のない方

1)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)の方。

2)インターフェロン治療に係る治療歴は問いません。

助成の期間

〇医療費助成の承認期間は12週(4ヶ月間)です。

ヴィキラックス配合錠（オムビタスビル水和物／パリタプレビル水和物／リトナビル配合剤）によるインターフェロンフリー治療

助成対象者【次のいずれにも該当する方】

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、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の方のうち、肝がんの合併のない方

1)セログループ1(ジェノタイプ1)の方。

2)インターフェロン治療に係る治療歴は問いません。

助成の期間

〇医療費助成の承認期間は12週(4ヶ月間)です。

ヴィキラックス配合錠（オムビタスビル水和物／パリタプレビル水和物／リトナビル配合剤）及びレベトールカプセル併用療法によるインターフェロンフリー治療

助成対象者【次のいずれにも該当する方】

HCV－RNA陽性のC型慢性肝炎で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の方のうち、肝がんの合併のない方

1)セログループ2(ジェノタイプ2)の方。

2)インターフェロン治療に係る治療歴は問いません。

助成の期間

〇医療費助成の承認期間は16週(5ヶ月間)です。

エレルサ錠（エルバスビル）及びグラジナ錠（グラゾプレビル水和物）によるインターフェロンフリー治療

助成対象者【次のいずれにも該当する方】

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、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の方のうち、肝がんの合併のない方

1)セログループ1(ジェノタイプ1)の方。

2)インターフェロン治療に係る治療歴は問いません。

助成の期間

〇医療費助成の承認期間は12週(4ヶ月間)です。

ジメンシー配合錠（ダクラタスビル塩酸塩／アスナプレビル／ベクラブビル塩酸塩配合錠）によるインターフェロンフリー治療

助成対象者【次のいずれにも該当する方】

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、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の方のうち、肝がんの合併のない方

1)セログループ1(ジェノタイプ1)の方。

2)インターフェロン治療に係る治療歴は問いません。

助成の期間

〇医療費助成の承認期間は12週(4ヶ月間)です。

マヴィレット配合錠（グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤）によるインターフェロンフリー治療

助成対象者【次のいずれにも該当する方】

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、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の方のうち、肝がんの合併のない方

1)「セログループ1(ジェノタイプ1)の方」または「セログループ2(ジェノタイプ2)の方」または「セログループ1(ジェノタイプ1)、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方」。

2)インターフェロン治療に係る治療歴は問いません。

助成の期間

〇医療費助成の承認期間は

1)セログループ1(ジェノタイプ1)またはセログループ2(ジェノタイプ2)かつ
C 型慢性肝炎の方は8週間(3ヶ月間)です。
(なお、テラプレビル以降の3剤併用療法及びインターフェロンフリー治療の治療歴に応じて投与期間を 12 週間とすることもできます)

2)セログループ1(ジェノタイプ1)またはセログループ2(ジェノタイプ2)かつ
C 型代償性肝硬変の方または、「セログループ1(ジェノタイプ1)、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方」は 12 週(4ヶ月間)です。

エプクルーサ配合錠（ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤）によるインターフェロンフリー治療

助成対象者【次のいずれかに該当する方】

1)HCV－RNA陽性のC型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A の代償性肝硬変又は C 型非代償性肝硬変(Child-Pugh 分類Ｂ又はＣに限る)で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の方のうち、肝がんの合併のない方で、エプクルーサ配合錠の単剤治療を行われる方

※セログループ(ジェノタイプ)に制限はありません。又インターフェロン治療に係る治療歴は問いません。

2)前治療でインターフェロンフリーの治療歴を有するHCV－RNA陽性のC型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類 A の代償性肝硬変かつ肝がんの合併のない方で、エプクルーサ配合錠とリバビリンを併用して再治療を行われる方

助成の期間

〇医療費助成の承認期間は

1)セログループ(ジェノタイプ)を問わず、C型慢性肝炎の方またはC型代償性肝硬変の方またはC型非代償性肝硬変の方は12週間(4ヶ月間)です。

2)前治療でインターフェロンフリーの治療歴があり、エプクルーサ配合錠とリバビリンを併用して再治療を行われる方は24週間(7ヶ月間)です。

助成開始の時期

〇保健所が申請を受理した日が属する月の初日以降かつ県の審査会で承認した期間の受給者証を発行します。

助成の回数等

〇原則は1回のみの助成ですが、インターフェロンフリー治療歴のある方については、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た場合に限り、改めて助成の対象となります。

助成の方法

〇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

※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自己負担の軽減は受けられません。

(受給者証に医療機関を追加する手続きが必要です。)

※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、保健所に還付請求することができます。

(高額療養費部分は別途保険者に請求する必要があります。)

助成申請の手続き

以下の書類をそろえ、お住まいの地域を所管する保健所に提出してください。

1　肝炎治療受給者証交付申請書（様式1）
2　該当する診断書（発行から３か月以内のもの）
　　□慢性肝炎・代償性肝硬変の方（様式２－６）
　　□再治療の方（様式２－７）
　　□非代償性肝硬変の方（様式２－８）
3　再治療の場合は、意見書（発行から３か月以内のもの）（様式２－９）
（診断書（様式２－７）の作成が三重大学医学部附属病院の肝臓専門医でない場合のみ、意見書が必要です。）
4　医療保険の資格情報が確認できる資料
（有効期間内の健康保険証、保険者から交付された「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」、マイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」）
5　世帯全員が記載された住民票（※）
（発行から3ヶ月以内であり個人番号が記載されていないもの）
6　世帯全員分の市町村民税が記載された課税証明書（※）
7　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。
また、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。

〇除外対象となる方
受給者及びその配偶者との関係で以下の3つの条件を全て満たす方。
①　配偶者以外であること
②　地方税法上の相互に扶養関係にないこと
③　医療保険上の相互に扶養関係にないこと

〇手続きに必要な書類
①　市町村民税額合算対象除外申請書（様式11）
②　受給者およびその配偶者、除外対象者の所得・課税証明書
③　受給者およびその配偶者、除外希望者の医療保険の資格情報が確認できる資料
④　受給者およびその配偶者、除外対象者の続柄の記載のある住民票（発行から3ヶ月以内であり個人番号が記載されていないもの）

受給者証の記載事項に変更等あった場合

〇**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（個人番号が記載されていないもの）
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、保健所の窓口に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。

注意事項

〇インターフェロンフリー治療に関し医療費助成を受ける場合は（既にインターフェロン治療の受給者証を所持する場合でも）、必ず診断書を添付した「肝炎治療受給者証交付申請書」を提出してください。
（既に交付を受けている受給者証ではインターフェロンフリー治療の医療費助成を受けることはできません。）
〇薬事上の取り扱いに基づき、承認期間の延長はありません。

制度に関するお問い合わせ

三重県医療保健部健康推進課 疾病対策班	059(224)2334	津市広明町13番地

申請に関するお問い合せ及び申請窓口

〇手続きや申請に関するお問い合せ等は、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)0596	四日市市諏訪町2－2
鈴鹿保健所	鈴鹿市・亀山市	059(382)8671	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)3454	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