様式第４号（第８条関係）

**新規**

**肝炎治療受給者証（**３剤併用療法を除く**ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療）の交付申請に係る診断書（新規）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 性別 | 生年月日（年齢） |
|  | 男・女 |  　　年 　　月 　　日生（満 　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　　―　電話番号　　　　（　　　　　　） |
| 診断年月 | 　年　　月 | 前医等(あれば記載する） | 医療機関名：医師名：ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療歴：　　有（　年　月　～　年　月）・無 |
| 過去の治療歴 | C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。１．３剤併用療法（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）の治療歴□　３剤併用療法の治療歴なし。□　３剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。　（具体的な経過・理由：　 ）２．インターフェロンフリー治療歴□　インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。 |
| 診　　断 | 該当番号を○で囲む　１．慢性肝炎（Ｂ型肝炎ウイルスによる）　２．慢性肝炎（Ｃ型肝炎ウイルスによる）３．代償性肝硬変（Ｃ型肝炎ウイルスによる） |
| 検査所見 | インターフェロン治療開始前の所見を記入する。１．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　　　　　　年　　　月　　　日）　（１）HBs抗原（＋・－）（該当する方を○で囲む）（　　　　IU/ml）　（２）HBe抗原（＋・－）HＢe抗体（＋・－）（該当する方を○で囲む）（３）HBV-DNA定量＿＿＿（単位：log copy/m・　　　測定法 PCR法・　　　　　　　）　 　　　　　　　　　　　検出限界未満の場合、過去の陽性ﾃﾞｰﾀｰ（log copy/ml　　　年　月　日）２．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　　　　　　年　　　月　　　日）（１）HCV-RNA定量＿＿＿（単位：log copy/ml･　　　、測定法 TaqManPCR法・　　　　　）（２）ウイルス型　セロタイプ（グループ）　１　・　２　・　判定不能（該当する方を○で囲む）ジェノタイプ（グループ）　１ａ・１ｂ・２ａ・２ｂ・その他３．血液検査（検査日：　　　　　　年　　　月　　　日）　　ＡＬＴ　　　　　＿＿＿IU／ｌ 　ヘモグロビン　　　　＿＿＿ g／dl　　血小板数　　　　＿＿ 万 ／μl　　ＡＦＰ　　　　　　　＿＿＿　ng／ml４．画像診断、肝生検などの所見 (画像診断・ 肝生検・肝臓硬度測定検査（該当を○で囲む）)　（検査日：　　　　　　年　　　月　　　日）Ｆ　／　Ａ　　、　　kPa、未施行（理由　患者同意なし・出血傾向・その他（　　　　）） |
| 肝がんの合併 | １．肝がんの合併あり　　　　　　　　　　　　２．肝がんの合併なし（該当するものに〇）※肝がんの合併がある場合は適応になりません。　　・これまで肝がんなし　　・過去に肝がんがあったが現在はなし |
| 治療内容(治療予定) | 該当番号を○で囲む。　　１．インターフェロンα製剤単独　　　５．インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤　　２．インターフェロンβ製剤単独　　　６．ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤　　３．ペグインターフェロン製剤単独　　７．その他 (具体的に記載してください。　　　　　　　 　）　　　４．インターフェロンα製剤＋リバビリン製剤　　　　　治療予定期間　　　　 週（　　　　　　年　　　月～　　　　　　年　　　　月） |
| 治療上の問題点 |  |
| 医療機関名及び所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載年月日　　　　　　年　　　月　　　日（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はチェックが必要）□　日本肝臓学会肝臓専門医医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

様式第４号（裏面）

**必ず、裏面の注意事項を御確認ください。**

**○ 診断書の記載に係る注意事項**

１ 診断書の有効期間は、記載日から起算して３箇月以内です。

２ HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前６箇月以内（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。

４ 検査所見１（３）について、定量値が検出限界未満の場合は、過去の陽性データの直近の値を記入願います。

**○ 患者様へのお願い**

肝炎治療費の助成を受けるためには、県（保健所）へ申請が必要です。

診断書を受け取ったら、**直ちに**保健所で治療費助成の申請を行って下さい。

**申請を行った月の治療費から助成の対象となります。**

御不明な点は、次の問い合せ窓口に御相談下さい。

**申請受付場所**

申請者の住所地を管轄する保健福祉事務所（甲府市健康支援センターも含む）

**申請手続きに必要な書類等**

1. 申請書（県感染症対策グループのホームページからでも入手できます。）https://www.pref.yamanashi.jp/kansensho/80408314857.html

② 診断書（治療を開始する医療機関で作成してもらって下さい。）

③ **マイナンバー（個人番号）の記載のない**住民票［謄本］（現住所の記載があるもので、申請者の属する世帯全員が記載されているもの）

④ 市町村民税証明書：所得課税証明書（申請者及び住民票に記載されている世帯全員分）

⑤ 被保険者証の写し（申請者の氏名が記載されているもの）

⑥ 高齢者受給者証の写し（お持ちの方のみ）

**＜問い合わせ窓口＞**

中北保健福祉事務所 　　　　　　０５５１－２３－３０７４

　　　　　　　　　　　　　　　 韮崎市本町４丁目２－４北巨摩合同庁舎１階

峡東保健福祉事務所 　　　　　　０５５３－２０－２７５２

山梨市下井尻１２６－１東山梨合同庁舎１階

峡南保健福祉事務所 　　　　　　０５５６－２２－８１５８

南巨摩郡富士川町鰍沢７７１－２南巨摩合同庁舎２階

富士・東部保健福祉事務所 　　　０５５５－２４－９０３５

富士吉田市上吉田１丁目２－５富士吉田合同庁舎１階

甲府市健康支援センター　　　　 ０５５－２３７－８９５２

甲府市相生２丁目１７－１南庁舎２階

山梨県知事直轄組織

感染症対策グループ　　 ０５５－２２３－１５０５

山梨大学医学部附属病院肝疾患センター　０５５－２７３－１１１１

様式第４号の２（第８条関係）

**２回目**

**肝炎治療受給者証（３剤併用療法を除くｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ）の交付申請に係る診断書（２回目の制度利用）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 性別 | 生年月日（年齢） |
|  | 男・女 |  　　年 　　月 　　日生（満 　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　　－電話番号　　　（　　　　　　） |
| 診断年月 | 　年　　月 | 前医等(あれば記載する） | 医療機関名：医師名：ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療歴：　　有（　年　月　～　年　月）・無 |
| 過去の治療歴 | 該当する項目にチェックする。1. Ｂ型慢性活動性肝炎の場合□　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ていない。2. Ｃ型慢性肝炎またはＣ型代償性肝硬変の場合（１）過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴□　以下の①、②のいずれにも該当しない。①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の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②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）過去の３剤併用療法（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）の治療歴□　３剤併用療法の治療歴なし。□　３剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。（具体的な　経過・理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（３）インターフェロンフリー治療歴　□　インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 検査所見 | インターフェロン治療開始前の所見を記入する。１．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　　　　　　年　　　月　　　日）　（１）HBs抗原（＋・－）（該当する方を○で囲む）（　　　　IU/ml）　（２）HBe抗原（＋・－）HＢe抗体（＋・－）（該当する方を○で囲む）（３）HBV-DNA定量＿＿＿（単位：log copy/ml、　　　測定法 PCR法・　　　　　　　）　　　　　　　　　　　□検出せず２．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　　　　　　年　　　月　　　日）（１）HCV-RNA定量＿＿＿（単位：log copy/ml、　　　測定法 TaqManPCR法・　　　　）（２）ウイルス型　 セロタイプ（グループ）　１　・　２　・　判定不能（該当する方を○で囲む）ジェノタイプ（グループ）　１ａ・１ｂ・２ａ・２ｂ・その他３．血液検査（検査日：　　　　　　　年　　　月　　　日）　　ＡＬＴ　　　　　＿＿＿　IU／ｌ　 　ヘモグロビン　　＿＿＿ g／dl 血小板数　　　　＿＿＿ 万／μl　　ＡＦＰ　　　　　＿＿＿　ng／ml４．画像診断、肝生検などの所見 (画像診断・ 肝生検・肝臓硬度測定検査（該当を○で囲む）)（検査日：　　　　　　　年　　　月　　　日）Ｆ　／　Ａ　　、　　kPa、未施行（理由　患者同意なし・出血傾向・その他（　　 　）） |
| 肝がんの合併 | １．肝がんの合併※あり　　　　　　　　　　２．肝がんの合併なし（該当するものに〇）※肝がんの合併がある場合は適応になりません。　　・これまで肝がんなし　・過去に肝がんがあったが現在はなし　 |
| 治療内容(治療予定) | 該当番号を○で囲む。　　１．インターフェロンα製剤単独　　　５．インターフェロンβ製剤＋リバビリン製剤　　２．インターフェロンβ製剤単独　　　６．ペグインターフェロン製剤＋リバビリン製剤　　３．ペグインターフェロン製剤単独　　７．その他 (具体的に記載してください。　　　　　　　 　）　　　４．インターフェロンα製剤＋リバビリン製剤　　　　　治療予定期間　　　　 週（　　　　　　年　　　月～　　　　　　年　　　　月） |
| 治療上の問題点 |  |
| 医療機関名及び所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載年月日　　　　　　年　　月　　日（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はチェックが必要）* 日本肝臓学会肝臓専門医 　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印
 |

**必ず、裏面の注意事項を御確認ください。**

様式第４号の２（裏面）

**○ 診断書の記載に係る注意事項**

１ 診断書の有効期間は、記載日から起算して３箇月以内です。

２ HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前６箇月以内（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。

４ 検査所見１（３）について、定量値が検出限界未満の場合は、検出せずにチェックをお願いします。

**○ 患者様へのお願い**

肝炎治療費の助成を受けるためには、県（保健所）へ申請が必要です。

診断書を受け取ったら、**直ちに**保健所で治療費助成の申請を行って下さい。

**申請を行った月の治療費から助成の対象となります。**

御不明な点は、次の問い合せ窓口に御相談下さい。

**申請受付場所**

申請者の住所地を管轄する保健福祉事務所（甲府市健康支援センターも含む）

**申請手続きに必要な書類等**

1. 申請書（県感染症対策グループのホームページからでも入手できます。）https://www.pref.yamanashi.jp/kansensho/80408314857.html

② 診断書（治療を開始する医療機関で作成してもらって下さい。）

③ **マイナンバー（個人番号）の記載のない**住民票［謄本］（現住所の記載があるもので、申請者の属する世帯全員が記載されているもの）

④ 市町村民税証明書：所得課税証明書（申請者及び住民票に記載されている世帯全員分）

⑤ 被保険者証の写し（申請者の氏名が記載されているもの）

⑥ 高齢者受給者証の写し（お持ちの方のみ）

**＜問い合わせ窓口＞**

中北保健福祉事務所 　　　　　　０５５１－２３－３０７４

　　　　　　　　　　　　　　　 韮崎市本町４丁目２－４北巨摩合同庁舎１階

峡東保健福祉事務所 　　　　　　０５５３－２０－２７５２

山梨市下井尻１２６－１東山梨合同庁舎１階

峡南保健福祉事務所 　　　　　　０５５６－２２－８１５８

南巨摩郡富士川町鰍沢７７１－２南巨摩合同庁舎２階

富士・東部保健福祉事務所 　　　０５５５－２４－９０３５

　　　　　　　　　富士吉田市上吉田１丁目２－５富士吉田合同庁舎１階

甲府市健康支援センター　　　　 ０５５－２３７－８９５２

甲府市相生２丁目１７－１南庁舎２階

山梨県知事直轄組織

感染症対策グループ　　 ０５５－２２３－１５０５

山梨大学医学部附属病院肝疾患センター　０５５－２７３－１１１１

様式第４号の２－１（第８条関係）

**３回目**

**肝炎治療受給者証（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）の交付申請に係る診断書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな患者氏名 |  | 性別 | 生年月日（年齢） |
|  | 男・女 | 　　　　　　 　　年 　　月 　　日生（満 　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　　－電話番号　　　（　　　　　　） |
| 診断年月 | 　　　　　年　　月 | 前医等(あれば記載する) | 医療機関名：医師名：ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝ治療歴：　　有（　年　月　～　年　月）・無 |
| 過去の治療歴 | 該当する場合はチェックする。　□　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）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。 |
| 検査所見 | インターフェロン治療開始前の所見を記入する。１．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　　　　　　　年　　　月　　　日）　（１）HBs抗原（＋・－）（該当する方を○で囲む）（　　　　IU/ml）　（２）HBe抗原（＋・－）HＢe抗体（＋・－）（該当する方を○で囲む）（３）HBV-DNA定量＿＿＿（単位：log copy/ml、　　　測定法 PCR法・　　　　　　　）　　　　　　　　　　　□検出せず２．Ｃ型肝炎ウイルスマーカー（検査日：　　　　　　　年　　　月　　　日）（１）HCV-RNA定量＿＿＿（単位：log copy/ml、　　　測定法 TaqManPCR法・　　　　）（２）ウイルス型　 セロタイプ（グループ）　１　・　２　・　判定不能（該当する方を○で囲む）ジェノタイプ（グループ）　１ａ・１ｂ・２ａ・２ｂ・その他３．血液検査（検査日：　　　　　　　年　　　月　　　日）　　ＡＬＴ　　　　　＿＿＿　IU／ｌ　 　ヘモグロビン　　＿＿＿ g／dl 血小板数　　　　＿＿＿ 万／μl　　ＡＦＰ　　　　　＿＿＿　ng／ml４．画像診断、肝生検などの所見 (画像診断・ 肝生検・肝臓硬度測定検査（該当を○で囲む）)（検査日：　　　　　　　年　　　月　　　日）Ｆ　／　Ａ　　、　　kPa、未施行（理由　患者同意なし・出血傾向・その他（　　 　）） |
| 肝がんの合併 | １．肝がんの合併※あり　　　　　　　　　　２．肝がんの合併なし（該当するものに〇）※肝がんの合併がある場合は適応になりません。　・これまで肝がんなし　・過去に肝がんがあったが現在はなし　 |
| 治療内容(治療予定) | 該当番号を○で囲む。　　１．インターフェロンα製剤単独　　　　　　　　　　　　　　　２．インターフェロンβ製剤単独　　　　　　　　　　　　　　　３．ペグインターフェロン製剤単独　　　　　　　　　　　　　　４．その他 (具体的に記載：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）　　治療予定期間　　　　　　　 週　 （　　　　　　年　　　　月～　　　　　　年　　　　月） |
| 治療上の問題点 |  |
| 医療機関名及び所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載年月日　　　　　　年　　月　　日 　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　 |

**必ず、裏面の注意事項を御確認ください。**

様式第４号の２－１（裏面）

**○ 診断書の記載に係る注意事項**

１ 診断書の有効期間は、記載日から起算して３箇月以内です。

２ HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前６箇月以内（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。

４ 検査所見１（３）について、定量値が検出限界未満の場合は、検出せずにチェックをお願いします。

**○ 患者様へのお願い**

肝炎治療費の助成を受けるためには、県（保健所）へ申請が必要です。

診断書を受け取ったら、**直ちに**保健所で治療費助成の申請を行って下さい。

**申請を行った月の治療費から助成の対象となります。**

御不明な点は、次の問い合せ窓口に御相談下さい。

**申請受付場所**

申請者の住所地を管轄する保健福祉事務所（甲府市健康支援センターも含む）

**申請手続きに必要な書類等**

① 申請書（県健康増進課のホームページからでも入手できます。）http://www.pref.yamanashi.jp/kenko-zsn/80408314857.html

② 診断書（治療を開始する医療機関で作成してもらって下さい。）

③ **マイナンバー（個人番号）の記載のない**住民票［謄本］（現住所の記載があるもので、申請者の属する世帯全員が記載されているもの）

④ 市町村民税証明書：所得課税証明書（申請者及び住民票に記載されている世帯全員分）

⑤ 被保険者証の写し（申請者の氏名が記載されているもの）

⑥ 高齢者受給者証の写し（お持ちの方のみ）

**＜問い合わせ窓口＞**

中北保健福祉事務所 　　　　　　０５５１－２３－３０７４

　　　　　　　　　　　　　　　 韮崎市本町４丁目２－４北巨摩合同庁舎１階

峡東保健福祉事務所 　　　　　　０５５３－２０－２７５２

山梨市下井尻１２６－１東山梨合同庁舎１階

峡南保健福祉事務所 　　　　　　０５５６－２２－８１５８

南巨摩郡富士川町鰍沢７７１－２南巨摩合同庁舎２階

富士・東部保健福祉事務所 　　　０５５５－２４－９０３５

　　　　　　　　　富士吉田市上吉田１丁目２－５富士吉田合同庁舎１階

甲府市健康支援センター　　　　 ０５５－２３７－８９５２

甲府市相生２丁目１７－１南庁舎２階

山梨県知事直轄組織

感染症対策グループ　　 ０５５－２２３－１５０５

山梨大学医学部附属病院肝疾患センター　０５５－２７３－１１１１