



神奈川県

肝炎治療医療費助成制度について  
(医療機関用)

目 次

1	医療費助成の概要 .....	1
2	自己負担限度月額について .....	5
3	払戻しの手続 .....	8
4	認定基準 .....	9
5	受給者証（インターフェロン治療）の延長について .....	13
6	受給者証（核酸アナログ製剤）の更新について .....	14
<巻末>	有効期間延長申請書および診断書様式	

平成28年5月作成

保健福祉局保健医療部がん・疾病対策課

# 1 医療費助成の概要

## (1) 助成対象となる方

神奈川県内に住民票を有し、国民健康保険や健康保険等の公的医療保険に加入している方。年齢制限はなし。

B型慢性肝疾患及びC型慢性肝炎並びにC型代償性肝硬変の患者で、インターフェロン治療（少量長期投与を除く）、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（以下、「抗ウイルス治療」という。）を実施している方、または実施予定の方。

## (2) 助成対象となる医療

助成対象となる医療は、C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行うインターフェロン治療（少量長期投与を除く）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（少量長期投与を除く）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です。治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等については対象となりますが、抗ウイルス治療と無関係な治療については、助成の対象とはなりません。

また、抗ウイルス治療を継続するために必要な副作用に対する治療も助成の対象となります。

ただし、抗ウイルス治療を中止して行う場合は対象となりません。

## (3) 申請場所

すべての手続きは最寄りの保健所等で行うことができます。また、すべての申請様式を最寄りの保健所等で入手できます。

ただし、一部の申請様式については「神奈川県の肝炎に対する取り組み」(<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f7029/>)においてダウンロードできます。

## (4) 受給者証の有効期間

受給者証の有効期間は、申請書を受理した日の属する月の初日から起算して、治療予定期間に即して、1年、7カ月、4カ月となります。診断書記載日の3カ月以内の月の初日までであれば、申請した日の属する月より後に受給期間の始期を設定することができます。

インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療については、一定の条件を満たした方のみ2回目の制度利用が認められます。

3剤併用療法については、上記の治療歴の有無にかかわらず、1回の制度利用が認められます。なお、シメプレビルを含む3剤併用療法についてのみ、テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴がある場合でも、担当医が必要と判断した場合は助成対象となります。

核酸アナログ製剤治療については、更新による制度利用が認められます。

## 申請から受給者証交付までの流れ

申請から受給者証交付までは約2か月程度かかります。

### 保健所へ申請

- 申請書を提出した日の属する月の1日が有効期間開始日となります。  
例)5月10日申請の場合は、有効期間開始日は5月1日です。

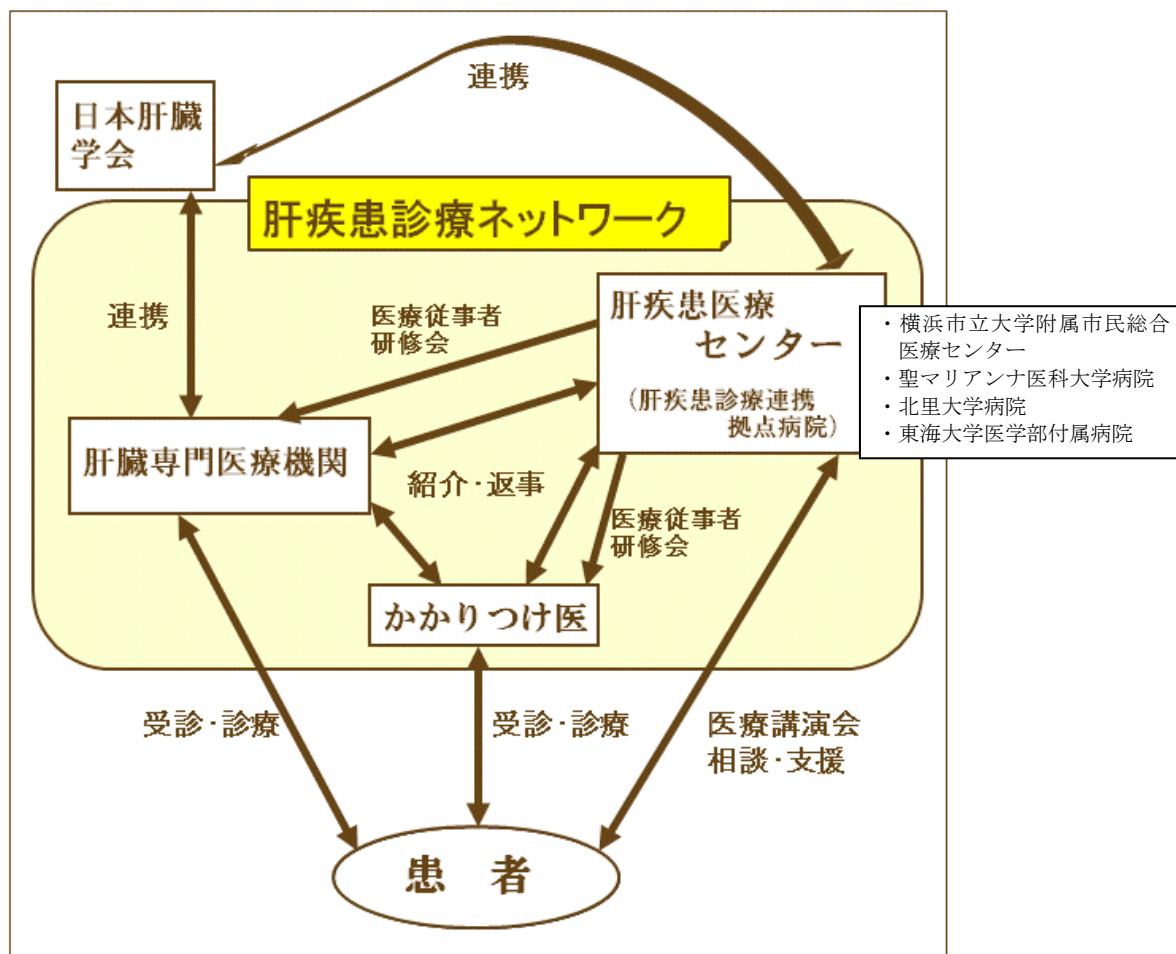
### 県審査会

- 毎月月末に審査会を開催します。
- 結果が「保留」となった場合は、次回の審査会で再度審査を行います。

### 交付

- 審査会で「承認」となった場合、受給者証ができるまで3週間程度かかります。審査会実施月の翌月の20日前後に郵送します。
- 「保留」または「不承認」の場合は、申請者へ通知します。

## 診療連携ネットワーク体系図



### 肝臓専門医療機関

- ① 専門的な知識を持つ医師による診断と治療方針の決定
- ② インターフェロンなどの抗ウイルス療法
- ③ 肝がんの高危険群である肝炎ウイルス感染者の早期発見と早期診断

### 肝疾患医療センター（肝疾患診療連携拠点病院）

- ① 肝疾患診療に係る一般的な医療情報の提供
- ② 県内の専門医療機関等に関する情報の収集や紹介
- ③ 医療従事者や地域住民を対象とした研修会や講演会の開催や肝疾患に関する相談支援
- ④ 肝疾患に関する専門医療機関と協議の場の設定

本医療費助成制度の申請においては、肝臓専門医療機関の診断書が必要となります。

なお、治療の実施及び助成については、受給者からの受療医療機関としての登録があれば、肝臓専門医療機関以外でも受けることが可能です。

# 受給者証

肝		肝炎治療受給者証						
公費負担者番号	3	8	1	4	6	0	1	5
受給者番号								
受給者	住所							
	氏名							
	生年月日							
疾患名								
有効期間								
月額自己負担限度額		円						
発行機関		神奈川県知事						
交付年月日								

受療医療機関		
医療機関①	名称	
	住所	
医療機関②	名称	
	住所	

記録	
新規認定年月日	
変更(延長)認定年月日	
治療方法	

注意 1病名欄に記載された疾患について、医療給付の対象となります。  
2裏面に注意事項があります。

注 受給者証に記載されている医療機関(受療医療機関)のみ有効です。医療機関を追加・変更する場合には、手続きが必要となります。なお、調剤薬局については特に指定はありません。

## ※ 医療機関の追加・変更について

医療機関の追加・変更など受給者証の記載内容に変更があった場合には、登録事項変更届を県(がん・疾病対策課)又は保健所等に提出する必要があります。医療機関名が受給者証に記載されていない場合には、必ず治療を開始する前に手続きをするよう、受給者にお伝えください。

## ※ インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療を併用する場合

インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療については、同一の患者であっても別々に申請が必要であり、別々の受給者証が交付されます(受給者番号が別です)。ただし、同一の患者であれば、インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療込みでの自己負担限度額となります(自己負担限度額1万円で、インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療を同時に受ける患者の場合、自己負担限度額はあくまで1万円であり、合計して2万円とはなりません)。

## 2 自己負担限度額について

### (1) 自己負担限度月額

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

「世帯の市町村民税（所得割）課税年額」は申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者の地方税法（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）の所得割の合算によります。ただし、世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上（自己負担限度月額が20,000円）で、申請者の配偶者ではなく、かつ申請者とその配偶者と地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者については、申立があれば課税額合算対象から除外できます。

- ※ 自己負担限度額は入院外来調剤を含めた額となります。お一人で複数の医療機関にかかっている場合でも、すべてこの自己負担限度額に含みます。
- ※ 平成24年度以降分の市町村民税課税年額の算定にあたっては、「控除廃止の影響を受ける制度等（厚生労働省健康局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて」（平成23年12月21日健発1221第8号厚生労働省健康局長通知）により計算を行うものとします。

### (2) 肝炎治療自己負担限度月額管理票

抗ウイルス治療を受ける際、受給者は受給者証とともに、肝炎治療自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）を窓口に提示しますので、徴収した自己負担額及び当月中に受給者が抗ウイルス治療に関して支払った自己負担額の累計を管理票に記載してください。

当該月の自己負担額（累計額）が自己負担限度額に達した場合については以後（当該月において）自己負担額を受給者から徴収せず、超過分については公費請求してください。

#### ※ 管理票を紛失した場合の取扱いについて

県から管理票が再交付されますので、当該月の自己負担額を再度記入していただくなど、受給者の不利益にならないようご協力をお願いします。

# 肝炎治療自己負担限度月額管理票

(表・表紙)

## 肝炎治療自己負担限度月額管理票

受給者 氏名	
-----------	--

受給者 番号									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(裏・表紙)

### 注意事項

- 神奈川県では、受給者に対して、肝炎治療受給者証(受給者証)とも自己負担限度月額管理票(管理票)を交付いたします。
- 受給者証の交付を受けた方は、助成対象の肝炎治療を受ける際に受給者証とともに管理票を必ず保険医療機関等に提示してください。
- 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助成対象の肝炎治療について支払った自己負担の累積額を、管理票に記入してください。また、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入してください。
- 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入のある管理票を提示され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でください。

神奈川県 保健福祉局 保健医療部 がん・疾病対策課 肝疾患担当	電話番号：045-210-4795
住所：〒231-8588 横浜市中区日本大通1	

## 年 月分 自己負担限度月額管理票

下記のとおり自己負担限度月額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
月 日		

日付	医療機関等の名称
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

自己負担額	月間自己負担累積額	自己負担額徴収印

## 自己負担限度月額管理票の記入方法

### ○自己負担限度月額管理票の取扱いについて

- ・ 神奈川県では、受給者に対して、肝炎治療受給者証（以下「受給者証」という。）とともに自己負担限度月額管理票（以下「管理票」という。）を交付いたします。
- ・ 受給者証の交付を受けた方は、助成対象の肝炎治療を受ける際に受給者証とともに管理票を必ず保険医療機関等に提示してください。
- ・ 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助成対象の肝炎治療について支払った自己負担の累積額を、管理票に記入してください。また、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入してください。（所定欄に医療機関等の名称を記入し押印してください。）
- ・ 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入のある管理票を提示された保険医療機関等は、当該月においては自己負担額を徴収しないでください。

### （例）自己負担限度月額が1万円の患者さんの場合

- ① 5月1日 A総合病院 保険適用後の一部負担金 5,700円 （患者さんの負担 5,700円 公費助成 0円）  
※限度額（月額合計）の1万円を超えていないので全額患者さんの負担
- ② 5月1日 B調剤薬局 2,250円 （患者さんの負担 2,250円 公費助成 0円）  
※限度額（月額合計）の1万円を超えていないので全額患者さんの負担
- ③ 5月8日 Cクリニック 5,500円 （患者さんの負担 2,050円 公費助成 3,450円）  
※限度額（月額合計）の1万円を超えた分（3,450円）を公費負担
- ④ 5月9日 B調剤薬局 2,250円 （患者さんの負担 0円 公費助成 2,250円）  
※患者さんの負担なし 管理票への記入は不要

〇〇年 5月分 自己負担限度月額管理票

限度額を超えた医療機関が記入

下記のとおり自己負担限度月額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
③ 5月8日	Cクリニック	印

日付	医療機関等の名称	確認印
① 5月1日	A総合病院	印
② 5月1日	B調剤薬局	印
③ 5月8日	Cクリニック	印

※5月9日以降（月末まで）は自己負担額を徴収しないでください。（管理票への記入も不要）

患者さんが支払った金額を記入する

自己負担額	月間自己負担累積額	自己負担額徴収印
5,700	5,700	印
2,250	7,950	印
2,050	10,000	印

限度額（10,000円）を超えた金額（3,450円）は記入せず、レセプトで請求してください。

医療機関ごとに押印



### 3 払戻しの手続

抗ウイルス治療に係る医療費について、医療機関や調剤薬局の窓口で受給者証を利用できなかった場合、受給者は神奈川県知事に対して医療費等の払戻請求を行うことができます。

受給者から払戻請求書の作成を依頼された場合は、抗ウイルス治療及びその他副作用の治療に係る医療費のみを記載してください。

ひとつの医療機関での支払が自己負担限度額(月額)に達しない場合であっても他の医療機関と合算すると限度額を超える可能性がありますので、受給者から依頼があった場合には、必ず治療費証明書を作成してください。

また、一医療機関で受給者が支払った金額の累計(月額)が自己負担限度月額を超えていない場合は払戻請求書ではなく、自己負担限度月額管理票に受給者の支払額を記せば、そのコピーと他の医療機関の払戻請求書を用いての払戻しも可能です(受給者にとっては文書料が少なくなるメリットがあります)。

なお、医療機関が自己負担限度額を超えた分を受給者に返金した上で、医療費をレセプトで公費請求する場合には、受給者が支払った金額(自己負担限度額まで)を必ず管理票に記入してください。

○限度額が1万円、医療費の支払い総額が5万円、払戻請求書のみで請求する場合

	窓口でのお支払い額	管 理 票	払戻請求書		備 考
			自己負担分	払 戻 分	
総合病院 A	25,000円		10,000円	15,000円	
調剤薬局 B	25,000円			25,000円	
合 計	50,000円		10,000円	40,000円	

○限度額が1万円、医療費の支払い総額が5万円、管理票のコピーを用いる場合

	窓口でのお支払い額	管 理 票	払戻請求書		備 考
			自己負担分	払 戻 分	
クリニック C	5,000円	5,000円			コピーを添付
調剤薬局 D	45,000円		5,000円	40,000円	払戻請求書 1枚は必須
合 計	50,000円		10,000円	40,000円	

一つの医療機関でお支払いされた金額の累計(月額)が自己負担限度月額を超えていない場合は、管理票のコピーと払戻請求書による払戻し手続きができます。

## 4 認定基準

診断書については、原則として神奈川県が指定する肝臓専門医療機関において発行したものとすること。

### 1. B型慢性肝疾患

#### (1) インターフェロン治療について

HB<sub>e</sub>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（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、HB<sub>e</sub>抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※上記において2回目の助成を受けることができるのは、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者が同製剤による治療を受ける場合とする。

#### (2) 核酸アナログ製剤治療について

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型慢性肝疾患で核酸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者

### 2. C型慢性肝疾患

#### (1) インターフェロン単剤治療並びにインターフェロン及びリバビリン併用治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又は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。

※1 上記については、2. (2)に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

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

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

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. (3)に係る治療

歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医もしくは日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

## (2) 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3剤併用療法について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、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による3剤併用療法を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、2. (1)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、3剤併用療法の治療歴のある者については、他のプロテアーゼ阻害剤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、改めて助成の対象とすることができる。

※3 テラプレビルを含む3剤併用療法への助成の実施は、日本皮膚科学会皮膚科専門医（日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する者に限る。）と連携し、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関に限る。

※4 上記については、直前の抗ウイルス治療として2. (3)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては、原則として日本肝臓学会肝臓専門医もしくは日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

## (3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変で、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、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、原則1回のみ助成とする。ただし、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、改めて助成の対象とすることができる。なお、2. (1)及び2. (2)に係る治療歴の有無を問わない。

- ※2 上記については、初回治療の場合、原則として日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。
  
- ※3 上記については、再治療の場合、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の判断を踏まえた上で、原則として日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書は、5種類あります。

治療種類	診断書様式
インターフェロン（1回目の制度利用）	様式第2号
インターフェロン（2回目の制度利用）	様式第2号の2
核酸アナログ製剤（新規・更新共通） ※更新の場合は、検査結果の写し+お薬手帳等の写しで代用可	様式第2号の3
プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法	様式第2号の4
インターフェロンフリー治療 ※インターフェロンフリー治療再治療の場合で、病院より求められた場合は、「インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書」もお渡しください。	様式第2号の5 様式第2号の6（意見書）

※ 様式は巻末に添付しております。

<参考> 治療種類と薬剤名・商品名に関するリスト

治療種類	薬剤名	商品名	製造・販売会社名
インターフェロン	インターフェロン $\alpha$	イントロンA	MSD
		スミフェロン	大日本住友製薬
	インターフェロン $\beta$	フェロン	東レ・第一三共
	ペグインターフェロン	ペガシス	中外製薬
		ペグイントロン	MSD
	リバビリן	コペガス	中外製薬
		レベトール	MSD
プロテアーゼ阻害剤	テラプレビル	テラビック	田辺三菱製薬
	シメプレビル	ソプリアード	ヤンセンファーマ
	パニプレビル	パニヘップ	MSD
核酸アナログ製剤	エンテカビル	バラクルード	ブリストル・マイヤーズ
	ラミブジン	ゼフィックス	グラクソ・スミスクライン
	アデホビル	ヘプセラ	グラクソ・スミスクライン
	テノホビル	テノゼット	グラクソ・スミスクライン
インターフェロンフリー	ダクラタスビル	ダクルインザ	ブリストル・マイヤーズ
	アスナプレビル	スンベプラ	ブリストル・マイヤーズ
	ソホスブビル	ソバルディ	ギリアド・サイエンシズ
	レジパスビル・ソホスブビル配合錠	ハーボニー	ギリアド・サイエンシズ
	オムビタスビル・パリタプレビル・リトナビル配合錠	ヴィキラックス	アッビィ

## 5 受給者証（インターフェロン治療）の延長について

### （1）ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の投与期間延長

C型慢性肝炎セログループ1型かつ高ウイルス量症例に対する、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当たり、次の①または②の要件を満たし、医師が72週投与を必要と判断する場合に、6カ月を限度とする延長が可能です。肝炎治療受給者証（インターフェロン）有効期間延長申請書（様式第1号の4）を提出してください。

#### 【要件】

- ① これまでにおいて、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週投与を行い、36週までにHCV-RNAが陰性化したケースで、今回の治療でHCV-RNAが陰性化した症例に該当するケース
- ② ①に該当しないケースで、今回の治療で投与開始後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に該当するケース

### （2）シメプレビルを含む3剤併用療法の投与期間延長

シメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、下記の①または②の要件を満たし、医師が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判断する場合に、6カ月を限度とする延長が可能です。肝炎治療受給者証（プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法）有効期間延長申請書（様式第1号の5）を提出してください。

この場合、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないようにしてください。

#### 【要件】

- 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。
- ② 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。

### （3）副作用等による治療中断に伴う期間延長

副作用等によりインターフェロン治療を中断し、次の要件に該当する場合は2カ月を限度とする延長が可能です。肝炎治療受給者証（インターフェロン）有効期間延長申請書（様式第1号の3）を提出してください。

#### 【要件】

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  
※ 肝臓専門医等：県（又は東京都）が指定する肝臓専門医療機関に在籍する医師  
※ 延長投与及び副作用等による治療中断に伴う期間延長を同時に申請した場合、最大8カ月の期間延長が可能。

## 6 受給者証の更新（核酸アナログ製剤治療）について

核酸アナログ製剤治療については、受給者証の更新ができます。各々の受給者が各々の受給者証の有効期間の3ヶ月前から受給者証の有効期限までの間に更新手続きをとることとなります。

受給者に対しては受給者証発送時に更新の説明が書かれたご案内を同封しております。

更新については、診断書等の必要書類はすべて新規申請時と同様となります。更新のために必要な肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の交付申請に係る診断書（更新・新規共通）の作成は、県（又は東京都）が指定する肝臓専門医療機関に在籍する医師のみ可能です。

また、更新の場合は、診断書に代わり検査内容及び受けている治療内容が分かる資料の提出でも可とします。診断書についても、更新については前回更新時以降に作成されたものでかまいません。

なおインターフェロン治療については、受給者証の更新は認められていません。





<参 考>

有効期間延長申請書および診断書様式





大切にしたい私たちの県鳥・県木・県花

神奈川県保健福祉局保健医療部がん・疾病対策課

住 所 横浜市中区日本大通 1

電 話 045 (210) 4795

ホームページ「神奈川県の肝炎に対する取り組み」

URL <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f7029/>

神奈川県 肝炎

検索