

ウイルス性肝炎進行防止対策医療受給者証 有効期間更新申請書

|         |  |          |  |                 |           |         |        |       |     |  |
|---------|--|----------|--|-----------------|-----------|---------|--------|-------|-----|--|
| 受給者番号   |  |          |  |                 |           | 保健所記入欄→ | 保健所    |       | コード |  |
| 受給者氏名   |  |          |  |                 |           |         | 自己負担区分 | 有 ・ 無 |     |  |
| 申請者     | 氏名   |          |  |                 | 対象患者との続柄  |         |        |       |     |  |
|         | 住所   | (〒 - )   |  |                 | (電話 - - ) |         |        |       |     |  |
| 保険の種類   | 被用者 (協会・組合・船員・共済) ・ 国保<br>後期高齢 ・ 国保組合 (建設・歯科医師・薬剤師・医師) ・ その他 ( ) |          |  |                 |           |         |        |       |     |  |
| 生計中心者氏名 |  | 対象患者との続柄 |  | 生計中心者の市町村民税課税状況 | 課税・非課税    |         |        |       |     |  |

北海道知事 様

ウイルス性肝炎進行防止対策 (B・C型ウイルス性慢性肝炎) 医療受給者証の有効期限の更新を申請します。  
年 月 日

ウイルス性肝炎 (B・C型ウイルス性慢性肝炎) 臨床調査個人票 (更新)

|  |   |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
|--|---|-----------------------|---------|-----------------|---------------|-------|------------|-----------|-------|-----------------|
| ふりがな   |   |                       |         |                 |               | 性別    | 1.男<br>2.女 | 生年<br>月 日 | (和暦)  | 年 月 日生<br>(満 歳) |
| 氏名   |   |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| 生活状況   | 社会活動 (1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他 ( ))<br>日常生活 (1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)   |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| 受診状況 (最近1年)  | 1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院 ( /月) 4.往診あり 5.入院なし 6.その他 ( )   |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| 経過 (最近1年)  | 1. 治癒 2. 軽快 3. 不変 4. 徐々に悪化 5. 急速に悪化 6. その他 ( )  |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| 診断名  | 1. B型肝炎 2. C型肝炎 3. 合併疾患 ( )   |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| 治療状況 (最近1年間)   | 1. 核酸アナログ製剤治療 1. 使用なし 2. 使用 (開始日 年 月 日、終了日 年 月 日)<br>2. インターフェロン治療 (根治目的) 1. 使用なし 2. 使用 (開始日 年 月 日、終了日 年 月 日)<br>3. インターフェロン治療 (根治目的以外) 1. 使用なし 2. 使用 (開始日 年 月 日、終了日 年 月 日)<br>4. インターフェロンフリー治療 1. 使用なし 2. 使用 (開始日 年 月 日、終了日 年 月 日)<br>5. その他 ( ) |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| 6か月以内の肝機能検査成績<br>(1~4のすべての項目について記載してください。)           | 検査項目  | ※基準値                  | 最近6か月以内 |                 |               |       |            |           |       |                 |
|  |   |                       | 年 月 日   | 年 月 日           | 年 月 日         | 年 月 日 | 年 月 日      | 年 月 日     | 年 月 日 |                 |
|  | 1 GOT(AST)  |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
|  | 2 GPT(ALT)  |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
|  | 3 γ-GTP   |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| 4 その他  |   |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| ※ 基準値の欄には、施設内基準値 (範囲) を必ず記載してください。記載のない場合は、審査ができません。 |   |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| ウイルスマーカー   | 【B型肝炎: HBV マーカー検査年月 年 月】(最近の検査結果について記載してください。)  |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
|  | ① HBs 抗原 ( ) 法  | 1. (+) 2. (-)         |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
|  | ② HBs 抗体 ( ) 法  | 1. (+) 2. (-)         |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
|  | ③ DNA ポリメラーゼ又は HBV-DNA ( ) 法  | 1. (+): (測定値 ) 2. (-) |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| ウイルスマーカー   | 【C型肝炎: HCV マーカー検査年月 年 月】(最新の検査結果について記載してください。)  |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
|  | ① HCV 抗体 ( ) 法  | 1. (+) 2. (-)         |         | ② HCV-RNA ( ) 法 | 1. (+) 2. (-) |       |            |           |       |                 |
| (備考)   |   |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| 鑑別   | 以下を鑑別できること。<br>1. アルコール性肝障害を否定できる ①できる ②できない ③疑いがある ④わからない<br>2. 薬剤性肝障害を否定できる ①できる ②できない ③疑いがある ④わからない<br>3. 脂肪性肝障害を否定できる ①できる ②できない ③疑いがある ④わからない  |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| 医療機関名  |   |                       |         |                 |               |       |            |           |       | 記載年月日: 年 月 日    |
| 医療機関所在地  |   |                       |         |                 |               |       |            |           |       |                 |
| 医師の氏名  |   |                       |         |                 |               |       |            |           |       | 電話番号 ( )        |

(令和三年四月改正)

## ウイルス性肝炎（B・C型ウイルス性慢性肝炎）の認定基準（更新）

### 【ウイルス性肝炎進行防止対策医療給付事業の対象範囲】

#### 1 B型ウイルス性慢性肝炎

「HBs 抗原」若しくは「DNAポリメラーゼ又はHBV-DNA」が陽性であり、かつアルコール性肝障害、薬剤性肝障害、脂肪性肝障害を完全に否定できるもののうち、次の①から③までのいずれかに該当するもの。

- ① 核酸アナログ製剤治療又はインターフェロン治療を実施中であること。（肝炎治療特別促進事業の対象となるものを除く。）
- ② 申請前6か月以内に、30日以上の間隔をおき、GPT（ALT）値が基準値上限の2倍以上の値を2回以上示していること。
- ③ インターフェロン治療終了後1年以内であること。

#### 2 C型ウイルス性慢性肝炎

「HCV抗体」及び「HCV-RNA」が陽性であり、かつアルコール性肝障害、薬剤性肝障害、脂肪性肝障害を完全に否定できるもののうち、次の①から③までのいずれかに該当するもの。

- ① インターフェロン治療を実施中であること。（肝炎治療特別促進事業の対象となるものを除く。）
- ② 申請前6か月以内に、30日以上の間隔をおき、GPT（ALT）値が基準値上限の2倍以上の値を2回以上示していること。
- ③ インターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療の終了後1年以内であること。

### 《有効期間更新申請に際しての留意事項》

1 ウイルスマーカー欄には最新の検査結果を記載してください（更新申請に当たり、あらためて検査を行う必要はありません。）。なお、上記基準のうち①又は③で更新申請する場合には、新規申請時にウイルスマーカーの確認が行われていることから、記載内容が更新の適否に影響することはありません。

2 臨床調査個人票に必要な事項の記載がない場合は、疑義照会等に時間を要することになるため、特に留意してください。

また、疑義照会に際して、資料の提出をいただけない場合には、審査ができないため、申請を却下することがあります。