



様式9号(第8の1関係)

肝炎治療受給者証変更申請書

受給者	ふりがな 氏名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	公費負担医療 の受給者番号	
	住所	〒 _____ 電話() - _____		

変更内容(変更項目のみ記入)

項目	変更前	変更後
ふりがな 氏名		
住所	〒 _____ 電話() - _____	〒 _____ 電話() - _____
加入医療保険	被保険者氏名 (受給者との続柄)	受給者との続柄 [_____]
	保険種別	
	被保険者証の 記号・番号	(記号) (番号)
	被保険者証発行 機関番号・名称	(番号) (名称)
	所在地	
疾病名		
有効期間(注2)	至 平成 年 月 日	至 平成 年 月 日
月額自己負担 限度額(区分)	円 ()	円 ()
受療保又は 保険は医療 保険機薬 関局	所在地	〒 _____ 電話() - _____
	名称	
	所在地	〒 _____ 電話() - _____
	名称	

肝炎治療受給者証にかかる変更を申請します。

〒 _____
【申請者】 住所

電話() - _____

ふりがな

氏名

印

受給者との続柄

平成 年 月 日

(受給者本人が申請する場合は、押印の必要はありません)

兵庫県知事 様

- 注) 1 受給者証原本及び変更内容が確認できる書類を添付し、速やかに申請してください。
 2 有効期間の延長は、次の(1)、(2)に該当する場合に医師の意見書を添えて申請ができます。
 期間延長による治療の効果、副作用について医師に十分説明をうけ、同意のうえ、有効期間内に申請してください。
 (1)副作用等により治療中断が必要となったため、治療期間が助成期間を超える見込みとなった場合で、期間満了後概ね2か月の間に治療を完了する見込みがある場合(最長2か月まで)
 (2)難治症例でペグインターフェロン+リバビリンの72週投与が必要と医師が判断する場合(半年間)
 3 詳しくは、住所地の健康福祉事務所(保健所)へお尋ねください。

肝炎治療に関する意見書

平成 年 月 日

兵庫県知事 様

下記の者について、「ペグインターフェロン及びリバビリンの併用療法（48週投与）」の実施に当たり、以下のとおり所定の条件を満たすことを確認しましたので、同療法による72週投与が必要であると判断します。

受給者番号		受給者氏名	
受給者住所			

【確認欄】 次の項目に該当することを確認し、該当する場合は にチェックを入れてください。
(有効期間延長の認定には、(1)もしくは(2)のすべての にチェックが入っていることが必要です。)

(1) 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48週を行い、36週までにHCV-RNAが陰性化したが再燃した者

受給者の診断名は「C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎」である
ウイルス型は「セロタイプ(グループ)1」である
治療開始時において「高ウイルス量」に該当する症例であった
申請者は、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48週を行い、36週までにHCV-RNAが陰性化した再燃した者である
現在「ペグインターフェロン及びリバビリンの併用療法」を継続的に実施中である
記入してください 現在、治療開始後() 週目(副作用等による一時休薬期間は除く)
治療経過中に、次の項目を確認した
投与36週までにHCV-RNAが陰性化した(一時休薬期間は除く)
標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療期間は治療開始から72週以内である
記入してください
延長後の治療期間 開始：平成 年 月 日 ~ 終了：平成 年 月 日
(うち休薬期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

(2) 上記(1)に該当しない者

受給者の診断名は「C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎」である
ウイルス型は「セロタイプ(グループ)1」である
治療開始時において「高ウイルス量」に該当する症例であった
現在「ペグインターフェロン及びリバビリンの併用療法」を継続的に実施中である
記入してください 現在、治療開始後() 週目(副作用等による一時休薬期間は除く)
治療経過中に、次の と を確認した
投与12週後はHCV-RNAが陽性のままであり、かつ、HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下した
* 前値の1/100以下：治療開始約半年前から直前までのHCV-RNA量を基準とする。厳密に1/100以下の数値である必要はなく、これに相当する程度の低下が確認できたとの医師の判断でよい。
投与36週までにHCV-RNAが陰性化した(一時休薬期間は除く)
標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療期間は治療開始から72週以内である
記入してください
延長後の治療期間 開始：平成 年 月 日 ~ 終了：平成 年 月 日
(うち休薬期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない」とする記載がある旨、十分留意してください。

医療機関名及び所在地

電話番号() -

医師氏名

印

肝炎治療に関する意見書

平成 年 月 日

兵庫県知事 様

下記の者について、治療の中断により有効期間の延長が必要であるため、以下の通り意見書を提出します。

受給者番号		受給者氏名	
受給者住所			
【意見】 次の ~ の内容について具体的に記載してください。 治療中断に至った理由・経緯、 中断期間、 治療完了予定年月			
申請者が受けている治療がテラプレビルを含む3剤併用療法（24週）の場合、担当医師は以下の項目にチェックしてください。有効期間延長の認定にはチェックが入っていることが必要です。 治療実施医療機関は、日本肝臓学会肝臓専門医が常勤し、日本皮膚科学会認定専門医主研修施設又は研修施設に勤務する皮膚科専門医と連携している。			

備考： 治療期間延長は、副作用等で治療の一時的な中断が必要になったことにより、治療期間が1年を超える見込みとなった場合で、期間満了後概ね2ヶ月の間に治療を完了する見込みがある場合に、2ヶ月を限度として申請ができます。

医療機関名及び所在地

電話番号（ ） -

医師氏名 _____ 印



様式 13 号 (第 13 の 4 関係)

肝炎治療医療費等請求書

兵庫県知事様		平成 年 月 日							
請求者(預金口座の名義人) 住所(〒)	公費負担者番号	3	8	2	8	6	0	1	9
	受給者番号								
	受給者氏名								
	受給者生年月日	明・大・昭・平		年		月		日	
	受給者証有効期間	平成 年 月 日		~		平成 年 月 日			
フリガナ氏名	振込先金融機関	銀行・信用金庫 支店 農協・信用組合							
TEL	預金口座種別	普通・当座・貯蓄・その他()		いずれかを で囲む					
	支店番号			口座番号					
	フリガナ 口座名義人								
平成 年 月の公費負担の対象となる医療費を下記のとおり請求します。									
請求額 ¥ 円									

支給決定額欄(県が記入します)					円
医療費等証明額欄(10円単位で記入してください。太枠内の請求額欄は記入しないでください。)					県使用欄
保険種別及び自己負担割合(該当を で囲む)	区分	日数回数	社会保険診療報酬請求による総医療費	患者負担額	患者自己負担限度額
1.協健 2.組合 3.船員 4.共済 5.国保 6.後期高齢者 7.その他 ()	入院医療費		円	円	円
	通院医療費		円	円	
	院外処方による調剤薬局		円	円	
a.本人 b.家族			円	円	
1.3割 2.2割 3.1割 4.その他 ()			合計 ¥	円	

入院証明期間	平成 年 月 日 ~ 同月 日	受診日 調剤日	平成 年 月 日
受給者から上記の患者負担額を領収したことを証明します。			
所在地 _____			
平成 年 月 日			
医療機関(保険薬局) 名称 _____ 印 _____			
TEL _____			

(記入上の注意)

- この請求書により請求する場合、請求書は必ず住所地の健康福祉事務所(保健所)へ提出してください。健康福祉事務所(保健所)に提出してから、支払まで5カ月程度を要します。支払は通帳記入にて確認してください。
- 医療機関等の領収書を添付のうえ、ひと月ごとにまとめて請求してください。領収書を紛失している場合は、医療費等証明額欄に医療機関等の証明を記入してもらってください。
なお、医療機関等で証明を受けた場合、手数料を徴収される場合がありますが、その費用は請求者の負担になります。
- この請求書の太枠内の「請求者欄」「受給者欄」「振込先金融機関欄」はもれなく記入してください。また、「肝炎治療受給者証」のコピーを必ず添付してください。
- 医療機関等の領収書・証明書で確認できた対象医療費の合計額から、受給者証に記載された「月額自己負担限度額」及び、「高額療養費(高額療養の患者負担額を超える額)」を差し引いた金額が支払額となります。
「高額療養費」については、国民健康保険、社会保険等の保険者に請求してください。なお、既に高額療養費の支給を受けている場合は、保険者が発行する高額療養費支給決定通知書を添付してください。
- 原則、受給者本人が請求してください。ただし、受給者が未成年の場合は、保護者が請求しても構いません。
- 訂正がある場合は、太枠内については請求者の請求印で、医療費等証明額欄については医療機関等の印鑑で訂正印を押してください。