



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 [_____]	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)	(記号) (番号)
	被保険者証発行 機関番号・名称	(番号) (名称)	(番号) (名称)
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 機関	所在地	〒 _____	〒 _____ 電話() - _____
	名称		
	所在地	〒 _____	〒 _____ 電話() - _____
	名称		
<p>肝炎治療受給者証にかかる変更を申請します。</p> <p>〒 _____</p> <p>【申請者】 住所 _____</p> <p>_____ 電話() - _____</p> <p>ふりがな _____</p> <p>氏名 _____ 印 [_____]</p> <p>_____ 受給者との続柄</p> <p>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)</p> <p>兵庫県知事 様</p>			

- 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)~(3)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、副作用等について医師から十分説明を受け、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)シメプレビルを含む3剤併用療法で、ペグインターフェロン+リバビリンの24週延長投与が適切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。

肝炎治療受給者証再交付申請書					
受 給 者	ふりがな 氏 名			性 別	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日
	住 所	〒			
申請理由		該当するものに を付けてください			公費負担医療 の受給者番号
1 . 破損 ・ 汚損		2 . 紛失	3 . 盗難	4 . その他 ()	
(備考)					
<p>肝炎治療受給者証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">【申請者】 住所</p> <p style="text-align: center;">電話 () -</p> <p style="text-align: center;">ふりがな _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 印 _____</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">受給者との続柄</div> <p style="text-align: center; font-size: small;">(受給者本人が申請する場合は、押印の必要はありません)</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;"> 「受給者証」は受給者あてに送付します。 申請者あてに送付希望の場合はチェックしてください </div> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">兵庫県知事 様</p>					

注) 破損・汚損の場合は返却してください。



様式11号 (第12関係)

肝炎治療受給者証返還届					
受 給 者	ふりがな 氏 名			性 別	男 ・ 女
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日
	住 所	(電話)			
	受給者番号				
届出理由	該当するものに を付けてください 1 . 県外転出 2 . 病気の治癒 3 . 死亡 4 . 他法適用 (生活保護等) 5 . その他 ()				
発 生 日	平成	年	月	日	県外転出 治癒 死亡 認定
転 出 先 ・ その他理由					
備 考					
肝炎治療受給者証を返還します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>〒</p> <p>【届出者】 住所</p> <hr/> <p>ふりがな</p> <p>氏名</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>電話 ()</p> <hr/> <p>印</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>-</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"> 受給者との続柄 </div> </div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">(受給者本人が届出の場合は、押印の必要はありません)</p>					
平成 年 月 日 兵庫県知事 様					

注) 「1.県外転出」及び「5.その他」による場合は、必ず「転出先・その他理由」欄にご記入ください。

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「セログループ1（ジェノタイプ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

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「セログループ1（ジェノタイプ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①と②を確認した

①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。

②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、C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）型症例への「シメプレビルを含む3剤併用療法」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、ペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に24週間延長することが適切であると判断します。

受給者番号		受給者氏名	
受給者住所			
<p>【確認欄】 該当する項目の口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. の治療歴のいずれかの項目、および2. の判断にチェックが入っている必要があります。)</p> <p>1. 治療歴について これまで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] の無効例と認められ、</p> <p><input type="checkbox"/> 受給者は、これまでの24週以上のインターフェロン治療でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者である。</p> <p><input type="checkbox"/> 受給者は、これまでのインターフェロン治療において、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である。 ※ 前値：治療開始約半年前から直前までのHCV-RNA定量値</p> <p>2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について <input type="checkbox"/> 3剤併用期間に続く12週のペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に24週（総治療期間48週）延長することが適切であると判断する。</p> <p>[変更後の予定期間：(開始：平成 年 月～終了：平成 年 月予定)]</p> <p>(注) シメプレビルを含む3剤併用療法の実施において、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週を超えないこと。</p>			

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
注）シメプレビルの添付文書中、用法・用量に関連する使用上の注意において、『副作用や治療効果不十分等により本剤を中止した場合には、本剤の投与を再開しないこと』との記載がある。			
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 () <small>いずれかを○で囲む</small>
	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 <small>(該当を○で囲む)</small>	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	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)
- 1 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。
 - 2 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。
 - 3 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。
 - 4 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。
 - 5 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。
 - 6 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。

請求者と受給者が異なる場合は、委任状の提出が必要です。

委任状

受任者住所	
受任者氏名	

私こと、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

委任事項

- 1 肝炎治療にかかる医療費等の請求及び受領に関する一切の事項

委任者住所	
委任者氏名	⑩

※ 委任者の印は、請求書押印の請求者印と異なるものを押印すること。