

## Ⅱ 肝炎医療費助成制度について

### はじめに

国内最大級の感染症である、B型ウイルス性肝炎及びC型ウイルス性肝炎は、インターフェロン治療、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によって、その後の肝硬変・肝がんといった重篤な病態への進行を防ぐことが可能な疾患です。

しかし、インターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療については治療にかかる医療費が高額となること、また、核酸アナログ製剤治療については長期間に及ぶ治療によって累積の医療費が高額となることから、早期治療の促進のため、これらの治療に要する医療費の助成を行い、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止を図ることとなりました。

#### 助成の対象となる方

助成の対象となる方は、県内に住所（住民票）があり、県指定の専門医療機関で、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療、核酸アナログ製剤治療を要すると診断され、県が認定した方です。

なお、インターフェロン治療については、B型ウイルス性肝炎の方は2回目まで制度利用が可能で、医学的に効果が高いと認められる場合は3回目まで制度利用が可能です。C型ウイルス性肝炎の方は医学的に効果が高いと認められる場合は2回目まで制度利用が可能です。

また、核酸アナログ製剤治療については、治療継続が必要と専門の医師が認めた場合、更新の申請を行うことができます。

#### 助成の対象となる医療及び医療費

- 1 C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療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。
- 2 上記治療に係る、初診料・再診料・検査料・入院料・薬剤料等及び治療を継続するために必要な治療費を含み、これらの治療と無関係な治療費については含みません。また、診断書作成に係る文書料も対象になりません。

#### 注) 助成の対象とならない医療

◆肝庇護療法（ウルソデオキシコール酸、グリチルリチン製剤等）

◆インターフェロンの少量長期投与

◆治療を中断して行う副作用治療

《例》・重篤なうつ症状

・重篤な貧血（溶血性貧血）

・重篤な甲状腺機能異常

・間質性肺炎

・高度の白血球減少，好中球

・重篤な眼症状（眼底出血）

・重篤な血小板減少

・重篤な耐糖能異常

・重篤な皮膚障害

◆合併症の治療（静脈瘤，肝性脳症等）

◆肝がんの治療

## 助成の内容

インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療、核酸アナログ製剤治療にかかる保険診療の患者負担額（月額）から、次の自己負担限度月額を除いた額が助成されます。

（ただし、医療保険から支給される高額医療費等は助成額に含まれません。）

助成を受けると、患者さんには、自己負担限度月額以上の負担がかからなくなります。

階層区分	世帯あたりの市町民税 (所得割)課税年額※	自己負担限度月額
甲	235,000円以上	20,000円
乙	235,000円未満	10,000円

※ 平成22年度税制改正において、平成24年度（平成23年分）以降から扶養控除の見直しが行われましたが、患者さんの世帯中に年少控除対象者（15歳以下）又は特定扶養控除対象者（16歳～18歳）がいる場合は、税制改正前の旧税額を適用します。

※ 平成30年度税制改正において、県費負担教職員制度の見直しに伴い税源移譲が行われ、平成30年度（平成29年分）以降から広島市における所得割の市と県の税率が変更になりましたが、税制改正前の旧税額を適用します。

自己負担限度月額は、世帯全員の市町民税（所得割）課税年額の合算によって区分されます。ただし、配偶者以外で対象患者及びその配偶者と医療保険上及び地方税法上の扶養関係がない方は、課税年額の合算から除外することができます。

### 患者Aさんの世帯

（市町民税課税年額）



本人 (200,000円)

同一世帯の奥さん (20,000円)

同一世帯の娘さん (100,000円)

#### ケース1 娘さんと扶養関係があり、合算される場合



200,000円 + 20,000円 + 100,000円 = 320,000円

◆自己負担の上限月額 20,000円

#### ケース2 娘さんと扶養関係がなく、合算から除外される場合



200,000円 + 20,000円 = 220,000円

◆自己負担の上限月額 10,000円



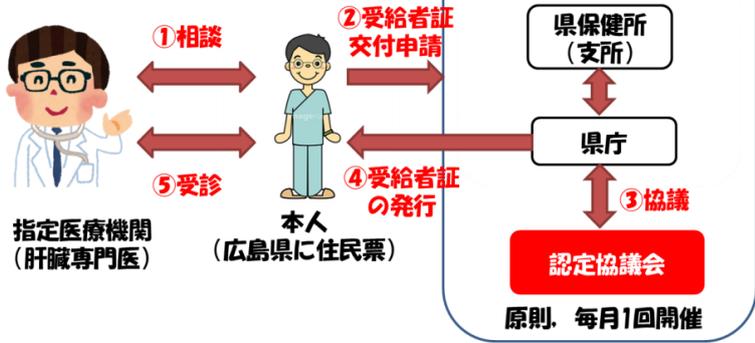
#### 注意！

受給者証の有効期間内に、階層区分の変更（甲⇔乙）があった場合は、肝炎治療対象患者変更届出書を提出してください。（参考：19p）

# 新規申請・更新申請の手続き

## 新規申請・更新申請の流れ

※申請から交付までに、1~2ヶ月かかります。



## 申請に必要な書類

### 1 新規申請の場合

書類の名称	備考
1 交付申請書 (様式第1-1号)	
2 診断書 (様式第2-1~7号)	県指定の専門医療機関の専門医が記載したもの。
3 インターフェロンフリー治療 (再治療) に対する意見書 (様式第2-9号)	インターフェロンフリー治療(再治療)で、診断書記載医が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でない場合に必要。
4 健康保険証のコピー	
5 住民票の写し	世帯全員の氏名が記載されたもので、発行日から概ね3か月以内のもの。 ※合算除外希望申告書を提出する場合は、続柄が記載されたもの
6 市町民税(所得割)の課税年額を証明する書類	義務教育を終えた年齢の世帯全員の、申請日に取得できる最新の年度のもの。 ※全員同じ年度のもの
7 市町民税課税額合算対象除外希望申告書 (様式第1-2号)	申請者の配偶者以外で、申請者及びその配偶者と地方税法上、医療保険上扶養関係にない方を合算対象から除外する場合に必要。 なお、除外したい方の健康保険証のコピーも必要。

(例示)

様式第1-1号 (第3関係)

肝炎治療受給者証(新規・更新)交付申請書  
(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・核酸アナログ製剤治療)

年 月 日

広島県知事 様

治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証の交付を申請します。

ふりがな 氏名		印	性別	男・女
生年月日	年 月 日生 (満 歳)			
住所	〒 -			
電話番号	( )	携帯電話	( )	
加入	被保険者氏名	申請者との続柄		
医療	保険種別	健保組合・協会けんぽ・船員・共済組合・国保・後期高齢者・その他		
保険	被保険者証の記号・番号			
	保険者所在地			
疾病名				
本助成制度利用歴	有・無	「有」に該当する場合	受給者証番号(有効期間)	(年 月 日) ~ (年 月 日)
医療機関・薬局	名称			
	所在地			
	名称			
	所在地			
薬局	名称			
	所在地			

## 2 核酸アナログ製剤治療更新申請の場合

書類の名称	備考
1 交付申請書 (様式第1-1号)	
2 診断書* (様式第2-8号)	県指定の専門医療機関の専門医が記載したもの。
4 健康保険証のコピー	
5 住民票の写し	世帯全員の氏名が記載されたもので、発行日から概ね3か月以内のもの。 ※合算除外希望申告書を提出する場合は、続柄が記載されたもの
6 市町民税(所得割)の課税年額を証明する書類	義務教育を終えた年齢の世帯全員の、申請日に取得できる最新の年度のもの。 ※全員同じ年度のもの
7 市町民税課税額合算対象除外希望申告書 (様式第1-2号)	申請者の配偶者以外で、申請者及びその配偶者と地方税法上、医療保険上扶養関係にない方を合算対象から除外する場合に必要。 なお、除外したい方の健康保険証のコピーも必要。

※診断書の提出は、現在(更新前)の受給者証における有効期間内に行われた検査内容、治療内容及び専門医療機関を受診したことが分かる資料(診断書に代わる資料)に代えることができます。

なお、診断書に代わる資料による申請の場合、「肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の更新申請に係る診断書に代わる資料チェックリスト」も必要です。

### ◆ 診断書に代わる資料

資料の種類	例
1 検査内容(診断書に記載のある検査内容)が分かる資料	検査結果報告書、健診・人間ドックの結果の写し 等
2 治療内容(核酸アナログ製剤治療)が分かる資料	お薬手帳、薬剤情報提供書の写し 等
3 専門医療機関を受診したことが分かる資料	専門医療機関が記載した広島県肝疾患患者フォローアップシステムの受診調査票、診療明細書の写し 等

申請に必要な様式は、広島県ホームページからダウンロードできます。

トップページ>健康・福祉・子育て>健康・医療 薬務課

>肝炎対策グループ>肝炎治療費助成制度

(または「助成を受けるためには〔申請方法等〕」)

<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/59/kanenjosei.html>



## 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者（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。）

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、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。）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であった者は、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

### (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独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者

※1 上記については、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薬による3剤併用療法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者に限る。

※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、以下のア、イのいずれにも該当しない場合とする。

ア 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

イ 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) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患（C型慢性肝炎若しくは Child-Pugh 分類AのC型代償性肝硬変又は Child-Pugh 分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変）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、又は治療実施中の者のうち、肝がんの合併のない者

※1 上記については、C型慢性肝炎又は Child-Pugh 分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみの助成とし、Child-Pugh 分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみの助成とする。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薬による3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 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、日本肝臓学会肝臓専門医が「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。

### 受給者証の有効期間

受給者証の有効期間は、原則として、申請書を提出した月の初日から1年以内で、治療予定期間に即した期間です。

令和2年（2020年）7月31日に申請書を提出した場合（治療予定期間：48週間）

...	R2年7月	R2年8月	...	R3年6月	...
-----	-------	-------	-----	-------	-----

助成期間：令和2年（2020年）7月1日～令和3年（2021年）6月30日までの1年間

ただし、インターフェロン治療については、一定の要件を満たした場合は、例外的に助成期間の延長を認めることとし（受給者証の有効期間の延長：16p）、核酸アナログ製剤治療については、専門医が治療継続が必要と認めた場合、更新申請を行うことができます（新規申請・更新申請の手続き：11p）。

### 受給者証の交付

対象患者と認定された方には、肝炎治療受給者証と肝炎治療自己負担限度月額管理票を交付します。

患者さんが治療を受ける際に、受給者証と月額管理票を健康保険証と一緒に医療機関又は薬局へ提示します。医療機関・薬局では、受給者証に当該施設の名称が記載されていることを確認し、月額管理票に当該施設で支払った自己負担額を記載してください。

## 肝炎治療受給者証

### 肝炎治療受給者証 (治療法名)

公費負担者 番号				受給者 番号	
受給者	住所				
	氏名				
	性別	生年月日			
疾病名					
医療機関・薬局					
有効期間					
自己負担 限度月額				階層	
年 月 日 交付 広島県知事 印					

※表記の疾病名及び医療機関・薬局以外では使用できません。

記載されている医療機関及び薬局以外は受診することはできません。  
医療機関、薬局を変更・追加する場合は申請が必要です。  
(参考：19p)



## 肝炎治療自己負担限度月額管理票

### 肝炎治療自己負担限度月額管理票

(インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)

ふりがな  
氏名

【1】 年 月分  
自己負担限度月額 円

次のとおり自己負担限度月額に達しました。

日付	指定医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印

治療費が自己負担限度月額に達すると、それ以上の窓口費用はかかりません。

この欄は、医療機関又は薬局が記載します。

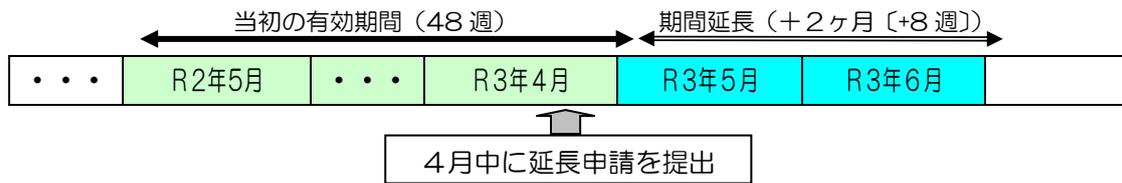
## 有効期間の延長

例外的に助成期間の延長を認める場合は、次のとおりです。ただし、インターフェロンの少量長期投与については助成対象ではありません。

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、最大2ヶ月を限度とする期間延長ができます。肝炎治療受給者証有効期間延長申請（副作用等）をしてください。

（ただし、再治療〔再投与〕は認めません。）

例) 現在の受給者証の有効期間：令和2年（2020年）5月から令和3年（2021年）4月  
⇒有効期間：令和3年（2021年）6月まで延長



メモ



注意！

【高額療養費支給決定通知書の必要な方】

- 1 ヶ月に支払った治療費が「1 限度額について」に示す自己負担限度額を超えている場合、高額療養費を請求することができます。
- 高額療養費申請の際は、肝炎治療費の公費助成を受けることとなった旨を窓口に出してください。（肝炎治療受給者証を持参すること。）

1 限度額について（平成30年8月診療分以降〔平成30年8月現在〕）

<69歳以下の方の上限額>

適用区分	自己負担限度額（世帯ごと）
年収約1,160万円～	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%
年収約770～約1,160万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%
年収約370～約770万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
～年収約370万円	57,600円（定額）
住民税非課税	35,400円（定額）

<70歳以上の方の上限額>

適用区分		外来（個人ごと）	自己負担限度額（世帯ごと）
現役並	年収約1,160万円～	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%	
	年収約770～約1,160万円	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%	
	年収約370～約770万円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	
一般	年収約156～約370万円	18,000円 (年14万4千円)	57,600円
住民税非課税	Ⅱ 住民税非課税世帯		24,600円
	Ⅰ 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	8,000円	15,000円

2 対象医療費

- (1) 対象となるのは「治療費」です。保険診療以外は対象になりません。
- (2) 同じ月に入院と通院がある場合や複数の医療機関で受診している場合、合算できるものとできないものがあります。

高額療養費の支給申請手続について、詳しくは、健康保険証発行の市（区）町役場、全国健康保険協会広島支部、健康保険組合等に相談するように指導してください。

## その他の手続き

内 容	手 続 き	添付書類
指定医療機関・薬局の 変更・追加	肝炎治療指定医療機関等変更・追加 申請書（様式第12号）	受給者証（原本）
氏名・住所・加入医療保険、 医療保険での負担区分、 受給者証の有効期間の変更	肝炎治療対象患者変更届出書 （様式第13号）	・受給者証（原本）※ ・当該事実を証明す る書類の写し
市町民税（所得割）の 課税年額の変更		
受給者証の紛失・破損・ 汚損等	肝炎治療受給者証再交付申請書 （様式第14号）	破損・汚損の場合は 受給者証（原本）
有効期間のある受給者証を 必要としなくなった	肝炎治療受給者証返還届出書 （様式第15号）	受給者証（原本）

※加入医療保険の変更の場合、受給者証（原本）の添付は不要です。

## 指定医療機関及び指定薬局について

肝炎の医療費助成の対象医療を適切に行うことができる保険医療機関及び保険薬局を肝炎治療指定医療機関、肝炎治療指定薬局として承認しています。

### 指定医療機関

#### 1 指定医療機関の要件

原則として、次の要件を満たす医療機関を指定医療機関としています。

- (1) 専門医が常勤する専門医療機関
- (2) ネットワーク専門医療機関の専門医が治療方針を立て、定期的な検査を行う患者に対し、専門医との緊密な連携のもとで、治療を行う医療機関
- (3) 肝炎治療を継続するために必要な副作用の治療のみを行う医療機関

#### 2 指定医療機関の指定

指定医療機関の指定を受けようとする医療機関の開設者は、肝炎治療指定医療機関申請書により、知事に指定申請を行い知事の承認を受けることが必要です。

- ・上記（1）の医療機関（専門医療機関）⇒肝炎治療指定医療機関申請書
- ・上記（2）の医療機関（かかりつけ医）⇒肝炎治療指定医療機関申請書  
＋ネットワーク専門医療機関専門医の推薦書
- ・上記（3）の医療機関（副作用治療の医療機関）⇒肝炎治療指定医療機関申請書

## 指定薬局

### 1 指定薬局の指定

指定薬局の指定を受けようとする薬局の開設者は、肝炎治療指定薬局申請書により、知事に指定申請を行い知事の承認を受けることが必要です。

### 2 指定薬局の留意事項

在宅自己注射が処方された患者に対する医薬品等の取扱い及び使用済みの注射針等の廃棄物については、患者に対し適切な指導を行い、又は自らも処理等を行うこと。

#### 注意！

肝炎治療指定医療機関、指定薬局の承認を受けていない場合は、肝炎治療医療費給付に係る請求事務ができません。

必ず、指定医療機関等の承認を受けてください。

様式は広島県ホームページからダウンロードできます。

トップページ＞健康・福祉・子育て＞健康・医療 薬務課＞肝炎対策グループ  
＞肝炎治療費公費助成における指定医療機関等の申請方法  
(または「指定医療機関等の申請方法について」)

[https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/kanenshinsei/  
kanenkouhishiteiiryoushinsei.html](https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/kanenshinsei/kanenkouhishiteiiryoushinsei.html)

