

肝炎治療受給者証交付（新規・転入）申請書

（核酸アナログ製剤治療）

申請理由 (該当するものに○をつけてください)		1. 新規		2. 他都道府県からの転入	
申請者	フリガナ 氏名			性別	男 女
	生年月日	年 月 日 (満 歳)		職業	
	住所	〒 (電話)			
	加入 医療 保険	被保険者氏名		受給者との 続 柄	
	保険種別	協・組・共・国・後		被保険者証の 記号・番号	
	被保険者証 発行機関名				
	保険者番号				
病名					
本助成制度 利用歴		1. あり		2. なし	
		受給者番号 ()		有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)	
治療 医療 機関	名称	〔 診断書作成 医療機関 〕			
	所在地				
	名称				
	所在地				
受給者証の有 効期間開始月	開始月 : 年 月	開始月は、申請書の受付月から2ヶ月先まで を限度とします。 主治医とよく相談のうえ記入してください。			
核酸アナログ製剤治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けること及び県による 治療結果等データの収集について同意しましたので、核酸アナログ製剤治療受給者証の交付を申 請します。					
申請者氏名					
年 月 日					
福岡県知事 殿					

※申請者が何らかの理由で自署できない場合は、保護者が代筆ください。

※申請書及び診断書の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、肝疾患対策の基礎資料とする目的以外には使用することはありません。

(注) 助成を受けることができるのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

認 定 基 準 (様式第2号の裏面)

1. B型慢性肝疾患

(1) インターフェロン治療について

HBe 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、HBe 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