

肝炎治療受給者証交付（更新）申請書 （核酸アナログ製剤治療）				
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		記号・番号
	保険者名			
	保険者番号			
病名				
本助成制度 利用歴		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			
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">福岡県知事 殿</p>				

※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。

## 【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

(様式第3号の裏面)

【患者氏名】	
【生年月日】 年 月 日生 (満 歳)	
検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療直近の認定・更新時以降の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBe 抗原 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) HBe 抗体 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) (2) HBV-DNA 定量 (検査日: 年 月 日) (単位 _____ , 測定法 _____) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ ×10 <sup>4</sup> /μl Ca _____ mg/dl リン _____ mg/dl 3. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 年 月 日)
	診断 【必須】
治療内容 【必須】	核酸アナログ製剤の薬剤名、1日投与量を記入する。(併用の場合は複数記入) ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg
治療薬剤の 変更 【必須】	該当する方を○で囲む 前回の申請時からの治療薬剤の変更 1. なし 2. あり 2. ありに○の場合 変更前薬剤名 ( _____ ) 変更日 ( 年 月 日)
治療上の 問題点	
上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。 記載年月日: 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名	

(注)

1. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。  
なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。

各医療機関においては、本書類は受給者証新規申請時における診断書の更新用という性格の書類であるため、申請者の追加負担とならないようご配慮いただきますよう御協力ください。