

# 宮城県公報

発行  
宮 城 県  
(総務部私学文書課)  
宮城県仙台市青葉区  
本町三丁目8番1号  
電話 022(211)2267  
(毎週火, 金曜日発行)

目次

規 則

ページ

○肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則

(疾病・感染症対策室)

一

## 規 則

肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則をここに交付する。

平成二十三年十二月十六日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第九十三号

肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則

肝炎治療に係る医療費用交付規則(平成二十年宮城県規則第四十九号)の一部を次のように改正する。

様式第二号(その一)から様式第二号(その三)までを次のように改める。

様式第2号(その1)(第2条関係)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規申請用)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)		
			男・女	明昭 大平	年	月
住所	郵便番号(〒 - )		電話番号( )			
診断年月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時期	年	月	~ 年 月 日, 肝炎治療特別促進事業の認定(有・無)
			医療機関	(医師)		
検査所見	インターフェロン治療開始前の所見を記入するとともに、該当する方を○で囲む。					
	<p>1 B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____, 測定法 _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>2 C型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____, 測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型 { セロタイプ(グループ)1 } (検査日: 年 月 日)</p> <p>{ セロタイプ(グループ)2 }</p> <p>3 血液検査</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日)</p> <p>4 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する。)</p> <p>(検査日: 年 月 日)</p>					
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)</p>					
肝がんの合併	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>肝がん 1 あり(治療中) 2 あり(治療後) 3 なし</p>					
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 インターフェロン 製剤単独</p> <p>2 インターフェロン 製剤単独</p> <p>3 ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4 インターフェロン 製剤+リバビリン製剤</p> <p>5 インターフェロン 製剤+リバビリン製剤</p> <p>6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7 その他(具体的に記載してください。)</p> <p>治療予定期間 _____ 週</p> <p>医療費助成開始予定年月 年 月</p> <p>治療予定医療機関( )</p>					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地				記載年月日 年 月 日		
医師氏名				印		

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
 2 HBs抗原、HBe抗原及びHBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(インターフェロン治療中の場合にあっては、治療開始時)の資料に基づいて記載してください。  
 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。

様式第2号(その2)(第2条関係)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規申請用)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)		
			男・女	明昭 大平	年	月
住所	郵便番号(〒 - )		電話番号( )			
診断年月	昭和・平成 年 月	核酸アナログ製剤 治療歴	時期	年	月	月, 肝炎治療特別促進事業の認定(有・無)
			医療機関	(医師)		
現在の治療	該当番号を○で囲む。		時期	年	月	月, 肝炎治療特別促進事業の認定(有・無)
	現在の核酸アナログ製剤治療の有無		医療機関	(医師)		
検査所見	検査項目	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ		直近のデータ (治療開始後3ヶ月以内の者は記載不要)		
	1 B型肝炎ウイルス マーカー					
	(1) HBs抗原	(+・-)(検査日: 年 月 日)	(+・-)(検査日: 年 月 日)			
	HBe抗原	(+・-)(検査日: 年 月 日)	(+・-)(検査日: 年 月 日)			
	HBe抗体	(+・-)(検査日: 年 月 日)	(+・-)(検査日: 年 月 日)			
(2) HBV-DNA定量	____(単位: , 測定法 )	____(単位: , 測定法 )				
2 血液検査						
AST	____IU/l(検査日: 年 月 日)	____IU/l(検査日: 年 月 日)				
	(施設の基準値: ~ )	(施設の基準値: ~ )				
ALT	____IU/l(検査日: 年 月 日)	____IU/l(検査日: 年 月 日)				
	(施設の基準値: ~ )	(施設の基準値: ~ )				
血小板数	____/μl(検査日: 年 月 日)	____/μl(検査日: 年 月 日)				
	(施設の基準値: ~ )	(施設の基準値: ~ )				
3 画像診断及び肝生 検などの所見 (特記すべき所見が あれば記載する。)	(検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日)			
診 断	該当番号を○で囲む。					
	1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)					
	2 代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)					
	3 非代償性肝硬変(B型肝炎ウイルスによる)					
治療内容	該当番号を○で囲む。					
	1 エンテカビル単独					
	2 ラミブジン単独					
3 アデホビル単独						
4 ラミブジン+アデホビル						
5 その他(具体的に記載してください。)						
医療費助成開始予定年月 年 月						
治療予定医療機関( )						
治療上の問題点						
記載年月日 年 月 日						
医療機関名及び所在地						
医師氏名 印						

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
2 記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。ただし、「治療開始前のデータ」については、核酸アナログ製剤治療中の場合は、治療開始時の資料に基づいて記載してください。  
3 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、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。  
4 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。

様式第2号(その3)(第2条関係)

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(再認定用)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)	
			男・女	明昭 大平	年 月 日 生 (満 歳)
住 所	郵便番号(〒 - )		電話番号 ( )		
診 断 年 月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時 期	年 月 ~ 年 月, 肝炎治療特別促進事業の認定(有・無) (医 師)	
			医療機関		
前 回 の 治 療  前回の治療とは、制度利用の有無にかかわらず直近の治療を指します。	下記1か2のいずれかの にチェックを入れてください。 1 B型慢性活動性肝炎の場合 前回の治療はペグインターフェロン製剤でなかった。 2 C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変 以下の(1), (2)のいずれにも該当しない。 (1) 前回の治療において、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。 (2) 前回の治療において、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。				
検 査 所 見	今回、申請に係るインターフェロン治療開始前の所見を記入するとともに、該当する方を○で囲む。 1 B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV - DNA定量 _____ (単位: _____, 測定法 _____)(検査日: 年 月 日) 2 C型肝炎ウイルスマーカー (1) HCV - RNA定量 _____ (単位: _____, 測定法 _____)(検査日: 年 月 日) (2) ウイルス型 { セロタイプ(グループ)1 } (検査日: 年 月 日) { セロタイプ(グループ)2 } 3 血液検査 AST _____ IU / 1 (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日) ALT _____ IU / 1 (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日) 血小板数 _____ / $\mu$ l (施設の基準値: _____ ~ _____)(検査日: 年 月 日) 4 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する。) (検査日: 年 月 日)				
診 断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)				
肝 がん の 合 併	該当番号を○で囲む。 肝がん 1 あり(治療中) 2 あり(治療後) 3 なし				
治 療 内 容	該当番号を○で囲む。 1 インターフェロン 製剤単独 2 インターフェロン 製剤単独 3 ペグインターフェロン製剤単独 4 インターフェロン 製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロン 製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 その他(具体的に記載してください。)				
	治療予定期間 _____ 週 医療費助成開始予定年月 _____ 年 _____ 月 治療予定医療機関 ( _____ )				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地 医師氏名				記載年月日	年 月 日
				印	

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。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。  
2 HBs 抗原, HBe 抗原及び HBe 抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(インターフェロン治療中の場合にあつては、治療開始時)の資料に基づいて記載してください。  
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。

様式第四号を次のとおり改める。

様式第4号(第3条の2関係)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)更新申請書		年 月 日		
宮城県知事	殿	( 〒 - ) 申請者住所 申請者氏名 印 受給者との続柄(受給者の )		
肝炎治療に係る医療費用交付規則第3条の2第2項の規定により、下記のとおり申請します。				
受 給 者	受 給 者 番 号			
	現 行 効 期 の 間	年 月 日から	年 月 日まで	
	フ リ ガ ナ 氏 名		性 別 男 ・ 女 生年月日 年 月 日生 (満 才)	
	住 所	( 〒 - ) (電話 - - ) 宮城県 市・郡 区・町・村 (マンション・アパート名、室番号: )		
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名		患 者 と の 続 柄	
	保 険 種 別	協会健保・船員・組合・共済・国保(一般・退職・組合)・後期高齢者		
	被保険者証の記号・番号			
	保 険 者 番 号			
	被 保 険 者 証 発 行 機 関 名	名 称		
		所 在 地		
医 療 機 関	医療機関の追加・変更	有 ・ 無		
	名 称			
	所 在 地	(電話番号 )		
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、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の有効期間の更新を申請します。				
			申請者氏名 印	
年 月 日				
宮城県知事		殿		

(注1) 様式第4号は、裏面及び肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師記載欄がセットです。

(注2) 以下の書類を添付してください。

- 1 加入している医療保険の被保険者証等の写し
- 2 患者及び患者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
- 3 患者及び患者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類
- 4 患者及びその配偶者を医療保険各法(国民健康保険法を除く。)の規定による被扶養者(以下単に「被扶養者」という。)若しくは地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族(以下単に「扶養親族」という。)としない者で、かつ、患者若しくはその配偶者の被扶養者若しくは扶養親族でないもの又は国民健康保険法の規定による被保険者(以下「患者等と扶養の関係のない者」という。)がいるときは、これを証明する書類(受給者の認定において、患者等と扶養の関係のない者の市町村民税(所得割)課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。)
- 5 記入漏れ等がある場合には、認定されないことがありますので、ご注意ください。

世 帯 調 書

世帯構成員名	患者との続柄	満年齢	職 業	市町村民税（所得割） 課税年額	備 考
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
合計				円	

（市町村民税課税額合算対象除外希望者に係る記載欄）

下記の者については、患者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、患者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上又は医療保険上の扶養関係にある者ではないため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

申請者氏名 印  
記

世帯除外を希望する構成員	フリガナ氏名		フリガナ氏名	
	フリガナ氏名		フリガナ氏名	
	フリガナ氏名		フリガナ氏名	

肝炎治療効果判定報告書について

肝炎治療特別促進事業は、早期治療の促進のため、インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。

本制度においては、今後の肝炎対策の基礎資料とする目的で、診断書作成医療機関等に対して治療に関する報告書の提出を求めることがあります。

なお、当該報告書の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外に使用することは一切ありません。

（参考）

階 層 区 分		自己負担限度額（月額）
甲	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯の市町村民税（所得割）課税年額が235,000円未満の場合	10,000円

<p>【 肝炎 核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄 】</p> <p>以下の必要事項を記入の上、署名及び押印してください。</p>			
<p>受給者 _____ (フリガナ _____) について、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判断する。</p>			
診 断 年 月	昭和・平成 年 月	核酸アナログ製剤 治療歴	時 期 年 月～ 年 月、肝炎治療特別促進事業の認定(有・無) 医療機関 (医 師 _____)
			時 期 年 月～ 年 月、肝炎治療特別促進事業の認定(有・無) 医療機関 (医 師 _____)
核酸アナログ製剤治療開始前の所見を記入する。			
検 査 所 見	検 査 項 目	前 回 申 請 時 の デ ー タ	更 新 時 直 近 デ ー タ
	1 B型肝炎ウイルス マーカー		
	(1) HBs抗原	(+・-)(検査日: 年 月 日)	(+・-)(検査日: 年 月 日)
	HBe抗原	(+・-)(検査日: 年 月 日)	(+・-)(検査日: 年 月 日)
HBe抗体	(+・-)(検査日: 年 月 日)	(+・-)(検査日: 年 月 日)	
(2) HBV - DNA定量	_____ (単位: _____, 測定法 _____)	_____ (単位: _____, 測定法 _____)	
		(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)
2 血液検査			
AST	_____ IU / l (検査日: 年 月 日)	_____ IU / l (検査日: 年 月 日)	
	(施設の基準値: ~ )	(施設の基準値: ~ )	
ALT	_____ IU / l (検査日: 年 月 日)	_____ IU / l (検査日: 年 月 日)	
	(施設の基準値: ~ )	(施設の基準値: ~ )	
血小板数	_____ / μ l (検査日: 年 月 日)	_____ / μ l (検査日: 年 月 日)	
	(施設の基準値: ~ )	(施設の基準値: ~ )	
3 画像診断及び肝生 検などの所見 (特記すべき所見が あれば記載する。)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	
診 断	該当番号を○で囲む。		
	1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)		
	2 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)		
	3 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)		
治 療 内 容	該当番号を○で囲む。		
	1 エンテカビル単独		
	2 ラミブジン単独		
	3 アデホビル単独		
	4 ラミブジン+アデホビル		
	5 その他(具体的に記載してください。)		
治 療 薬 剤 の 変 更	該当番号を○で囲む。		
	前回申請時からの治療薬剤の変更の有無	1 あり	2 なし
上記が「あり」の場合: 変更前薬剤名( _____ )		, 変更日( 年 月 日 )	
治療上の問題点			
医療機関名及び所在地		記載年月日 年 月 日	
医師氏名		印	

(注) 1 記載内容の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
 2 医師記載欄は、診断書作成指定医療機関の医師による記入が必要です。  
 3 更新時直近データは記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。  
 4 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。  
 5 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。



様式第十一号中「」を「」に改める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の肝炎治療に係る医療費用交付規則の規定による様式で取扱い上著しく支障のないものについては、当分の間、改正後の肝炎治療に係る医療費用交付規則の規定によるものとみなす。