

肝炎治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

鳥取県 総合事務所長  
鳥取県 福祉保健事務所長 様

私は、プロテアーゼ阻害剤（シメプレビル）を用いた3剤併用療法を、24週（6ヶ月）を超えて最大48週（計1年間）まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証の有効期間の6か月延長を申請します。

※以下の項目すべてに記入してください。

記載年月日 平成 年 月 日

申請者

現住所（〒 - ）

氏名 印（直筆の場合は、押印省略可）

電話番号（ ） 性別（男・女）  
生年月日（大正・昭和・平成 年 月 日生（満 歳））

※以下、お手持ちの肝炎治療受給者証を確認の上、記入してください。

受給者番号

現行有効期間

（開始：平成 年 月 日 ～ 終了：平成 年 月 日）

- 注1）延長は、現行有効期間に引き続く、6か月を限度とします。  
2）裏面（担当医記載欄）について、担当医に記載を依頼してください。  
3）記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。  
4）本申請書のお問合せ及び提出の窓口は次の県事務所です。  
鳥取県東部福祉保健事務所（鳥取保健所） 0857-22-5694  
〃 中部総合事務所福祉保健局（倉吉保健所） 0858-23-3145  
〃 西部総合事務所福祉保健局（米子保健所） 0859-31-9317

(担当医記載欄)

※ 以下の該当する事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名

及び所在地

担当医師名

印

確認事項

※ 担当医師は、該当する項目の□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及び2の判断にチェックが入っていることが必要です。)

申請者 (フリガナ) について、C型慢性肝炎セログループ1症例へのシメプレビルを用いた3剤併用療法の実施に当たり、

1 治療歴について

これまでのインターフェロン療法 [(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、

- 申請者は、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。
- 申請者は、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。

2 3剤併用療法の治療期間延長の判断について

- 3剤併用療法に続く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。

(注) シメプレビルを用いた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。