

(様式第3号)

肝 肝炎治療受給者証 (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)				
公費負担 番号		受給者 番号	3剤併用療法を除くインターフェロン治療	
			3 剤 併 用 療 法	
			インターフェロンフリー治療	
			核酸アナログ製剤治療	
受給者	住所			
	氏名			
	性別	生年月日	生	
疾 病 名				
受診医療 機関又は 保険薬局	所在地 名称			
	所在地 名称			
	所在地 名称			
	所在地 名称			
有効 期間	インターフェロン 治療	年 月 日 ~	年 月 日	
	インターフェロンフリー 治療	年 月 日 ~	年 月 日	
	核酸アナログ 製剤治療	年 月 日 ~	年 月 日	
月額自己負担限度額		円	階層	
年 月 日 交付				
鳥取県 総合事務所長 鳥取市保健所				

肝炎治療特別促進事業

(目的)

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、抗ウイルス治療（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を防ぐことが可能な疾患である。しかしながら、この抗ウイルス治療は月額の治療費が高額となること、また、長期間に及ぶ治療によって累積の治療費が高額となることから、早期治療の促進のため、この抗ウイルス治療に係る治療費を助成し、患者の治療機関へのアクセスを改善することにより、将来の肝硬変、肝がんの予防及び肝炎ウイルスの感染防止、ひいては国民の健康の保持、増進を図ることを目的とする。

注意事項

- 1 この証を交付された方は、C型ウイルス性肝炎を根治するために保険診療によりインターフェロン治療又はインターフェロンフリー治療を受けた場合、あるいは、B型ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。
- 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険、保険医療機関又は保険薬局に変更があったときは、速やかにこの証を交付した総合事務所長又は鳥取市保健所にその旨を届け出てください。
また、都道府県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかにこの証を交付した総合事務所長又は鳥取市保健所長に返還してください。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、この証を交付した総合事務所長又は鳥取市保健所長にその旨を届け出てください。
- 7 その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先

鳥取市保健所	(電話 0857-22-5694)
鳥取県中部総合事務所・福祉保健局	(電話 0858-23-3145)
鳥取県西部総合事務所・福祉保健局	(電話 0859-31-9317)

年 月分 月額自己負担限度額管理票
(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)

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月額自己負担限度額 _____ 円

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
月 日		

日付	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
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

【医療機関等の方へ】

本票に記載された月額自己負担限度額は、インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療を併用する方の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する1人当たりの限度額となりますので、ご注意ください。