

肝炎治療に係る医療費助成事業の御案内



1. 事業の目的




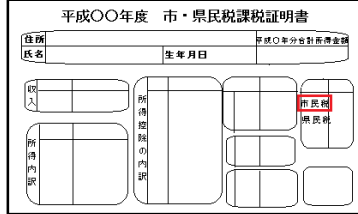

B型肝炎ウイルス性肝炎及びC型肝炎ウイルス性肝炎は、抗ウイルス治療（インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療）によって、その後の肝硬変、肝がん等を防ぐことができる疾患です。これらの治療に係る医療費を助成することにより、肝炎の早期治療を促進し、将来の肝硬変・肝がんの予防、肝炎ウイルスの感染防止を図るとともに、県民の健康の保持・増進を図ることを目的としています。

2. 対象者

申請があった際は、以下の項目を全て満たす方を、この事業の対象者としています。

- (1) 栃木県内に住所がある方
- (2) 事業の対象となる医療を必要としており、医療費助成の対象となる基準を満たしている方
- (3) 医療保険各法や高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療を受けており、各種健康保険の被保険者またはその扶養者である方
(生活保護などで医療費等を助成されている方は対象外です。)

3. 申請に必要な書類及び記入方法

申請に必要な書類	留意点	入手先
<input type="checkbox"/> 肝炎治療受給者証交付申請書 <input type="checkbox"/> 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (申請日から3ヶ月以内に記載されたもの)  	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人又は家族が記入してください。 ・ 県が選定した「肝疾患に関する専門医療機関」において、専門医として登録されている医師に記載を依頼して下さい。 ・ 治療内容等によって、診断書の種類が異なります。 	お住まいの地域を管轄する県の各健康福祉センター（宇都宮市の方は宇都宮市保健所） ※栃木県のホームページでもダウンロードすることができます。
県が選定した「肝疾患に関する専門医療機関」の専門医は県ホームページで確認できます。 (URL: http://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/welfare/hoken-eisei/kansen/20120727.html)		
<input type="checkbox"/> 住民票謄本 (発行日から3ヶ月以内のもの)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民票上の世帯全員の続柄が確認できるものを御用意ください。 ・ <u>個人番号（マイナンバー）の記載がされていないもの</u>を御用意ください。 	お住まいの市役所や町役場 
<input type="checkbox"/> 市町村民税の課税年額（所得割額）を証明する書類 ※乳幼児や義務教育就学中のお子さん等の分については提出不要です。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住民票謄本に記載された方全員のものを御用意ください。 (申請時に取得できる最新のもので、かつ、全員分の課税年度を同一のものに揃えて御用意ください。) 	
<input type="checkbox"/> 健康保険証、又は後期高齢者医療被保険者証の写し	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象患者の方のものを御用意ください。 	

※申請書には押印が必要になりますので、印鑑をお持ちください。また、提出いただいた書類は返却いたしませんので御了承願います。

4. 対象医療（下記のうち、保険適用となるもの）

(1)B型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロン治療及びC型ウイルス性肝炎の根治を目的として行われるインターフェロン治療及びインターフェロンフリー治療

(⑦、⑧はC型ウイルス性肝炎のみ。)

① インターフェロン α 製剤単独	② インターフェロン β 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 α 製剤とリバビリン製剤
⑤ インターフェロン β 製剤とリバビリン製剤	⑥ ペグインターフェロン製剤とリバビリン製剤
⑦ ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法	
⑧ インターフェロンフリー治療 <ul style="list-style-type: none"> ・ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法【ダクルインザ・スンペプラ】 ・レジパスビル及びソホスブビル配合錠による治療【ハーボニー】 ・オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療【ヴィキラックス】 ・エルバスビル及びグラゾプレビル併用療法【エレルサ・グラジナ】 ・ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠による治療【ジメンシー】 ・ソホスブビル及びリバビリン併用療法【ソバルディ・レベトール／コペガス】 ・オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリンによる治療【ヴィキラックス・レベトール】 ・グレカプレビル水和物／ピブレンタスビル配合剤による治療【マヴィレット】 ・ソホスブビル／ベルパタスビル配合剤による治療【エプクルーサ】 <p>※保険適用となる治療が対象となります。治療内容については、主治医と御相談ください。</p>	

(2)B型ウイルス性肝炎に対して行われる、核酸アナログ製剤を用いて行う治療

5. 申請から結果通知まで

受付：申請書を提出した日の属する月の1日が公費負担の開始日となります。



例) 5月10日申請の場合は、公費負担開始日は5月1日となります。

審査：審査会が実施され、交付の対象になるか否かが審査されます。



交付：認定の場合は「肝炎治療受給者証」、認定にならない場合はその旨通知されます。

※受給者証の有効期間は、公費負担の開始日から1年以内で、治療予定期間に即した期間としております。また、原則として延長は行いません。

※受付から審査結果が出るまでは、概ね2～3ヶ月程度かかります。また、提出された診断書の内容に疑義がある場合は、主治医に照会することがあり、更に期間が必要となる場合もありますので、あらかじめ御了承ください。

6. 公費で負担される額

医療機関（肝炎治療受給者証に記載されたものに限る。）及び薬局において支払いを行ったB型及びC型ウイルス性肝炎に要する医療費の自己負担額のうち、下記表1の自己負担限度額を超える額を公費で負担します。（ただし、健康保険から支給される高額療養費に該当する金額については、栃木県からは助成されません。）

- 受診する医療機関を追加する場合は、お住まいの地域を管轄している健康福祉センター（宇都宮市にお住まいの方は宇都宮市保健所）へすみやかに届け出てください。
- 健康保険から支給される高額療養費等は保険者に請求を行ってください。

注) 公費の対象にならないもの

- ・ インターフェロンの少量長期投与等、「肝炎ウイルスの根治を目的として行う」ものでない治療
- ・ 経過観察による検査料・入院時食事療養費の標準負担額分や入院時生活療養費の標準負担額分
- ・ 受給者証に記載された対象医療と無関係な病気やけがに対する医療費
- ・ 医療保険が適用されない医療費（入院時の差額ベッド代、差額食事代、個室料など）
- ・ 医師が申請に必要な診断書等を作成した際の文書料 ・ 医療機関等までの交通費や移送費

7. 自己負担限度額について

自己負担限度額は、住民票謄本に記載された方全員の市町村民税（所得割）課税年額を合算した額で決定されます。

(表1)	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

※住民票謄本に記載された方全員（乳幼児や義務教育就学中の方を除く。）の市町村民税（所得割）課税年額が確認できない場合には、自己負担限度額は2万円となります。

8. 市町村民税の合算対象除外希望申請について

自己負担限度額は、住民票謄本に記載された方全員の市町村民税（所得割）課税年額の合算額で決定しますが、申請に基づき、以下のすべての条件を満たす方は、合算対象から除外して自己負担限度額を決定いたします。

- ① 対象患者の配偶者以外であること
- ② 地方税法上の扶養関係にないこと
対象患者及び配偶者が除外対象者の被扶養者とされておらず、かつ、除外対象者が対象患者あるいはその配偶者の被扶養者とされていないこと。
- ③ 医療保険上の扶養関係にないこと
対象患者及び配偶者が除外対象者の加入する健康保険の被扶養者でなく、かつ除外対象者が対象患者あるいはその配偶者の加入する健康保険の被扶養者でないこと。

◆市町村民税の合算対象除外希望申請に必要な書類

申請に必要な書類	備考
<input type="checkbox"/> 市町村民税合算対象除外希望申請書 (様式第15号)	・ 本人又は家族が記入してください。
<input type="checkbox"/> 住民票謄本 (発行日から3ヶ月以内のもの)	・ 住民票上の世帯全員の続柄が確認できるものを御用意ください。(マイナンバーの記載がないもの) ※肝炎治療受給者証交付申請書と同時に申請される場合、当該申請への添付は省略できます。
<input type="checkbox"/> 市町村民税の課税年額(所得割額)を証明する書類 <u>※扶養控除の人数が確認できるもの。</u> ※乳幼児や義務教育就学中のお子さん等の分については提出不要です。	・ 住民票謄本に記載された方全員のもを御用意ください。(申請時に取得できる最新のもので、かつ、全員分の課税年度を同一のものに揃えて御用意ください。) ※肝炎治療受給者証交付申請書と同時に申請される場合、当該申請への添付は省略できます。
<input type="checkbox"/> 健康保険証、又は後期高齢者医療被保険者証の写し	・ 住民票謄本に記載された方全員のもを御用意ください。

9. 問い合わせ先

申請書類の提出等、手続き関係はお住まいの地域を管轄している健康福祉センター（宇都宮市の方は宇都宮市保健所）へお問い合わせください。

患者の方が お住まいの地域	申 請 の 窓 口 (管轄の行政機関)	住 所	電話番号
宇都宮市	宇都宮市保健所	〒321-0974 宇都宮市竹林町 972	028-626-1114
鹿沼市	県西健康福祉センター	〒322-0068 鹿沼市今宮町 1664-1	0289-62-6225
真岡市・益子町・ 茂木町・市貝町・芳賀町	県東健康福祉センター	〒321-4305 真岡市荒町 116-1	0285-82-3323
小山市・下野市・ 上三川町・野木町	県南健康福祉センター	〒323-0811 小山市犬塚 3-1-1	0285-22-1219
大田原市・那須塩原市・ 那須町	県北健康福祉センター	〒324-8585 大田原市住吉町 2-14-9	0287-22-2679
足利市・佐野市	安足健康福祉センター	〒326-0032 足利市真砂町 1-1	0284-41-5895
日光市	今市健康福祉センター	〒321-1263 日光市瀬川 51-8	0288-21-1066
栃木市・壬生町	栃木健康福祉センター	〒328-8504 栃木市神田町 6-6	0282-22-4121
矢板市・さくら市・ 塩谷町・高根沢町	矢板健康福祉センター	〒329-2163 矢板市鹿島町 20-22	0287-44-1297
那須烏山市・那珂川町	烏山健康福祉センター	〒321-0621 那須烏山市中央 1-6-92	0287-82-2231

