

(72週投与用)

B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票有効期間延長申請書

愛知県知事殿

申請者 住所

氏名

受給者との続柄

私は、インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週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、B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者票の有効期間延長を申請します。

区分	※※通知番号	年	月	日
1 8	3 4 第 6 7 - 9 12	15		20

受給者	氏名																							
	住所																							
受給者番号	22												28	有効期間	年	月	日	から	年	月	日	まで		
延長期間	31													36										44
30	年	月	日											年	月	日								

受付欄	※ 保健所受付印・受付番号						※ 經由印・經由年月日						※※ 県 受 付 印					
	保第						年 月 日											
	保健所コード番号						年 月 日											

- (注)
- 1 助成期間の延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
 - 2 受給者票の写しを添付してください。
 - 3 裏面の太枠で囲った部分は、医療機関で証明を受けてください。

(裏面) (医療機関記載欄)

『確認事項』

※ 担当医師は、(1)もしくは(2)のどちらかの条件を選択し、そのすべての項目について該当する場合には「はい」に、該当しない場合には「いいえ」に○をつけてください。
また、[]に治療経過及び治療予定年月を記入してください。

(有効期間延長の認定には、(1)もしくは(2)の条件のすべての項目に該当し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(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、

(1) 複数回目の治療の場合

(はい・いいえ)	申請者の診断名は、「C型慢性肝炎」である。
(はい・いいえ)	申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量である。
(はい・いいえ)	申請者は、これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化したか、再燃した者である。
(はい・いいえ)	申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の標準的治療を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後 [] 週目で継続中である。(一時休業期間は除く。)
(はい・いいえ)	申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。 投与開始後、継続的に治療を続け、
(はい・いいえ)	投与開始後36週までにHCV-RNAが陰性化。(一時休業期間は除く。)
(はい・いいえ)	申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。 変更後の予定期間: 1年6か月 [] 開始 [] 年 [] 月 ~ 終了 [] 年 [] 月

(2) (1)の条件に該当しない者で、今回の治療で、

(はい・いいえ)	申請者の診断名は、「C型慢性肝炎」である。
(はい・いいえ)	申請者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量である。
(はい・いいえ)	申請者は、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の標準的治療(48週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後 [] 週目で継続中である。(一時休業期間は除く。)
(はい・いいえ)	申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。 投与開始後、継続的に治療を続け、
(はい・いいえ)	投与12週後は、HCV-RNAが陽性(Real time PCR)のままであり、かつ、HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下
(はい・いいえ)	投与36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休業期間は除く。)
(はい・いいえ)	申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。 変更後の予定期間: 1年6か月 [] 開始 [] 年 [] 月 ~ 終了 [] 年 [] 月

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨を十分留意してください。

※ 上記の確認事項をすべて確認の上、署名してください。

記載年月日 [] 年 [] 月 [] 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師の氏名