



肝炎治療に対する医療費助成



1 この事業は？

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並びに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核酸アナログ製剤治療(いずれも保険適用)にかかる医療費を助成する制度です。

(※) 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による3剤併用療法を含みます。

2 対象となる方は？

岩手県内に住所を有しており、次にあてはまる方が対象です。

- ① B型・C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行うインターフェロン治療が必要と診断された方
- ② C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行うインターフェロンフリー治療が必要と診断された方
- ③ B型肝炎で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療を実施中の方

※ 高齢者医療を受けている方や他の医療費助成を受けている方は、本対象医療に係る自己負担分について、本事業の助成対象となります。なお、他の制度で給付が行われる場合、この医療費助成を申請する必要がないこともあります。

3 助成内容は？

対象者の世帯の所得に応じて、次のとおり月あたりの患者自己負担限度額を決定し、対象治療に係る保険診療の患者負担額から、患者自己負担限度額を除いた額を助成します。

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

※ 世帯とは、住民票上の世帯とします。

※ 同じ住所でも扶養関係がないなど**一定の条件に該当する場合は、世帯の市町村民税課税額の合算対象から除外することができます。**

4 助成期間は？

助成の期間は、原則保健所へ申請に必要な書類を提出した月の初日から1年間以内です。

- ※ プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法による申請の場合、助成期間は7か月となります。
- ※ インターフェロンフリー治療による申請の場合、助成期間は治療を行う薬剤により異なります。
- ※ インターフェロン治療で一定条件を満たす場合は、有効期間延長や2回目・3回目の制度利用ができます。
- ※ 核酸アナログ製剤治療の場合、更新することができます。(更新回数に制限はありません。)

5 申請手続きは？

(1) 申請先

次の書類を、**住所地を管轄する保健所**(裏面参照のこと)の担当窓口へ提出してください。申請書及びそれに添付する診断書などの用紙は、保健所担当窓口で配布しています。

(2) 申請に必要な書類(新規)

- ① 肝炎治療受給者証交付申請書(インターフェロン治療用・インターフェロンフリー治療用、核酸アナログ製剤治療用)
- ② 肝炎治療受給者証認定に係る診断書(インターフェロン治療用・核酸アナログ製剤治療用・3剤併用療法用、インターフェロンフリー治療用)

※診断書の作成は、岩手県肝疾患診療ネットワークの医療機関の専門医に限定しています。

(インターフェロンフリー治療の場合、診断書を作成できる医師は上記専門医からさらに限定されておりますので、各保健所又は各医療機関へご確認ください。)

- ③ 被保険者証等の写し
- ④ 対象者が属する世帯の全員について記載のある住民票【原本】
※ 『マイナンバーの記載がない住民票』をご用意ください。
- ⑤ 対象者が属する世帯の全員の市町村民税課税証明書【原本】
 ※ 高校生以下で就労していない方は不要。
 ※ 19歳未満の親族等を税制上扶養している方は、「市町村民税課税扶養証明書」を提出ください。(旧税制上の年少扶養控除等を考慮した市町村民税(所得割)額を基に自己負担限度額区分を決定しますので、下位の区分となる可能性(月額20,000円→10,000円)があります。)

6 認定されると?

提出いただきました申請書(診断書)は、「岩手県肝炎治療認定協議会」において審査し、認定基準に適合すると認定された場合には、「肝炎治療受給者証(様式第3)」(以下、「**受給者証**」という。)及び「肝炎治療自己負担限度月額管理票(様式第4)」(以下、「**管理票**」という。)が交付されます。

※ **受給者証及び管理票を健康保険証等と一緒に医療機関の窓口**に提示することで、対象治療に係る医療費助成が受けられます。

医療機関から対象治療に係る医療費の自己負担額を管理票に記載してもらうことにより、自己負担限度額を超えても医療費を徴収されることはありません。



7 受給者証が交付されるまでの間に支払った医療費等は?

受給者証の発行には申請から1~2か月程度かかります。

受給者証が届くまでの間に助成対象となる医療費を医療機関や保険薬局に支払った場合には、患者さんからの請求によって対象医療費を払戻しにより助成します。請求に係る様式については、保健所担当窓口にあります。

8 問い合わせ先

本事業について、分からない点等ございましたら、**住所地を管轄する保健所**へお問い合わせください。

お住まい	保健所名	連絡先
盛岡市、八幡平市、滝沢市、岩手郡、紫波郡	県央保健所	019-629-6569
花巻市、北上市、遠野市、西和賀町	中部保健所	0198-22-2331
奥州市、金ヶ崎町	奥州保健所	0197-22-2831
一関市、平泉町	一関保健所	0191-26-1415
大船渡市、陸前高田市、住田町	大船渡保健所	0192-27-9913
釜石市、大槌町	釜石保健所	0193-25-2710
宮古市、下閉伊郡(普代村除く)	宮古保健所	0193-64-2218
久慈市、普代村、洋野町、野田村	久慈保健所	0194-66-9680
二戸市、軽米町、九戸村、一戸町	二戸保健所	0195-23-9206