（別紙様式１－１）（第７）　　B型

肝炎治療受給者証（　新規・２回目・３回目・更新　）交付申請書
（　インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療　）

※該当する申請・治療法を○を囲んでください

申請者	ふりがな 氏　名			性　別	男　女
	生年月日	年　月　日		職　業	
	住　所	〒（　－　） （TEL　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		申請者との続柄	
		保険種別	協・組・共・国・後	被保険者証の記号・番号	
		被保険者証発行機関名			
		所在地			
疾病名		１．Ｂ型ウイルス性肝炎			
本助成制度利用歴		１．あり　　２．なし 受給者番号（　） 有効期間（　年　月　日～　年　月　日）			
主たる治療機関	名　称				
	所在地				

（インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療）の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療）の交付を申請します。

申請者氏名　　印（自署または記名押印）

年　月　日

奈良県知事　殿

治療情報等の提供に関する同意書

私はこの度の上記治療を受けるにあたり、医療機関を通じて私の年齢、性別、居住市町村名、治療情報等を県及び国に提供し、肝炎対策に活用されることに同意します。（下部の説明をご覧ください）

住　所	
氏　名	印 （自署又は記名押印）
生年月日	年　月　日

年　月　日（※日付についてもご記入ください）　　奈良県知事　殿

【同意へのお願い】

県では、治療について、治療の完遂率や著効率等を県および国で調査し、より一層の肝炎対策を推進することを目的として皆様の治療情報等を基礎資料として活用したいと考えています。情報の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮し、調査以外の目的に一切使用することはありませんので、ご協力いただきますようよろしくお願いします。（同意の有無と助成の可否とは関係ありません。）

（注）助成を受けることができるのは、裏面の認定基準を満たした場合に限られますので、申請に当たっては主治医等とよく御相談ください。

（裏面）

認　定　基　準

Ｂ型慢性肝疾患

（１）インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性のＢ型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの（ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のＢ型慢性活動性肝炎も対象とする。）

※　上記において助成対象は２回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

（２）核酸アナログ製剤治療について

Ｂ型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたＢ型慢性肝疾患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実施中の者