

事 務 連 絡

平成26年1月6日

関係団体御中

厚生労働省健康局疾病対策課

肝炎対策推進室

「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて」の一部改正について  
(差し替え依頼)

平素より大変お世話になっております。

さて、平成25年12月4日付け事務連絡により、「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて」の一部改正についてお知らせしておりましたが、通知中、別紙様式例1-6に誤りがございましたので、該当部分（新旧対照表及び改正後全文）の差し替えをお願いいたします。

大変ご迷惑をお掛けいたしますが、どうぞよろしくをお願いいたします。

改正後

改正前

(別紙様式例 1-6)

(新規)

(シメプレビルを含む3剤併用療法延長用)

肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) 有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

〇〇〇知事 殿

私は、プロテアーゼ阻害剤 (シメプレビル) を含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48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、肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日  
申請者氏名 (フリガナ) ( ) 印  
性別 男・女  
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)  
現住所 〒  
電話番号 ( )

※ お手持ちの肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) を確認の上、記入してください。

受給者番号 (□□□□□□□□)  
現行有効期間 (開始平成 年 月 日～終了平成 年 月 日)

- 注1) 本申請書は、〇〇〇都道府県に申請してください。  
2) 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。  
3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

改正後

改正前

(担当医記載欄)

※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 ( )

その所在地 (〒 )

担当医師名 ( ) 印

確認事項

※担当医師は、該当する項目の□にチェックを入れてください。

有効期間延長の認定には、1. の治療歴のいずれかの項目、および2. の判断にチェックが入っ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  
症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、

1. 治療歴について

これまでのインターフェロン治療 [(ペグ) インターフェロン製剤単独、リバビリン併用療法及び他  
のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法] の無効例と認められ、

申請者は、これまでの24週以上のインターフェロン治療でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者  
である。

申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始12週後にHCV-RNAが前値の1/  
100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者である。

2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について

3剤併用期間に続く12週のペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に24週  
(総治療期間48週) 延長することが適切であると判断する。

[ 変更後の予定期間: (開始: 平成 年 月 ~ 終了: 平成 年 月予定) ]

(注) シメプレビルを含む3剤併用療法の実施において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投  
与期間は48週を超えないこと。

(別紙様式例 1 - 6)

(シメプレビルを含む3剤併用療法延長用)

肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) 有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

〇〇〇知事 殿

私は、プロテアーゼ阻害剤 (シメプレビル) を含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48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、肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日  
申請者氏名 (フリガナ) ( ) 印  
性別 男・女  
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)  
現住所 〒  
電話番号 ( )

※ お手持ちの肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) を確認の上、記入してください。

受給者番号 (□□□□□□□□)  
現行有効期間 (開始平成 年 月 日～終了平成 年 月 日)

注1) 本申請書は、〇〇〇都道府県に申請してください。

2) 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。

3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(担当医記載欄)

※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 ( )

その所在地 ( (〒 ) )

担当医師名 ( ) 印

確認事項

※担当医師は、該当する項目の□にチェックを入れてください。

有効期間延長の認定には、1. の治療歴のいずれかの項目、および2. の判断にチェックが入っ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症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、

1. 治療歴について

これまでのインターフェロン治療 [(ペグ) インターフェロン製剤単独、リバビリン併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法] の無効例と認められ、

申請者は、これまでの24週以上のインターフェロン治療でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者である。

申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始12週後にHCV-RNAが前値の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者である。

2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について

3剤併用期間に続く12週のペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に24週(総治療期間48週)延長することが適切であると判断する。

[ 変更後の予定期間：(開始：平成 年 月～終了：平成 年 月予定) ]

(注) シメプレビルを含む3剤併用療法の実施において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。