

B型・C型肝炎患者医療給付事業の対象範囲・助成内容

【対象となる方】

以下のすべての条件を満たす方

- 公的保険（国民健康保険、組合健康保険等）の被保険者又はその被扶養者
 - B型ウイルス性肝炎又はC型ウイルス性肝炎に罹患して、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）を受けている又は受ける予定
 - 治療の認定基準を満たしている
 - （豊橋市保健所に申請する場合）豊橋市に住所地（住民票）を有する
- ※ 生活保護受給者など、他法令の規定により国又は地方公共団体の負担による医療等に関する給付が行われている方は給付の対象となりません。（例外あり）

【対象疾患】

- B型慢性肝炎
- B型代償性肝硬変
- B型非代償性肝硬変
- C型慢性肝炎
- C型代償性肝硬変

【対象となる医療】

次のうち、助成期間内に行われた保険適用となる医療（初診料、再診料、検査料、抗ウイルス薬薬剤料）

- インターフェロン治療
 - B型肝炎ウイルス及びC型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療及びその治療に係る検査等
 - インターフェロン治療による副作用の治療※
- 核酸アナログ製剤治療
 - B型慢性肝疾患等に対して行われる核酸アナログ製剤治療及びその治療に係る検査等
 - 核酸アナログ製剤治療による副作用の治療※
- インターフェロンフリー治療
 - C型慢性肝疾患等に対して行われるインターフェロンフリー治療及びその治療に係る検査等
 - インターフェロンフリー治療による副作用の治療※

※ 以下の場合には助成の対象になりません。

- ✓ 申請した治療法以外
- ✓ 検査のみで経過観察されている場合
- ✓ 無症候性キャリアに対す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
- ✓ 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における薬剤の少量長期投与
- ✓ 化学療法、免疫抑制剤使用の際のB型肝炎ウイルス再活性化予防のための核酸アナログ製剤投与
- ✓ 治療を中断、もしくは終了後に行う副作用に対する治療
- ✓ B型・C型ウイルス性肝炎の治療とは直接関係ない治療
- ✓ 入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額
- ✓ 診断書料や差額ベッド代などの保険外診療のもの

【助成内容】

この医療給付では世帯の所得状況に応じて自己負担額が異なり、対象医療に係る保険診療の患者自己負担額から下表の自己負担限度額（月額）を除いた額が助成されます。

階層区分	世帯の市民税（所得割）課税年額の合計	自己負担限度額（月額）
甲	235,000 円以上	20,000 円
乙	235,000 円未満	10,000 円

※同一世帯の配偶者以外のご家族で、受給者及びその配偶者と地方税法上・医療保健上の扶養関係にないと認められる方は、「世帯」の市民税課税年額の合算対象から除外することができ、対象者を除外した後の世帯の市民税（所得割）課税年額の合計によっては、階層区分を「甲」から「乙」に変更できることがあります。

（申請の際に、除外対象者の健康保険証のコピーをお持ちください。）

【助成期間】

原則、保健所が申請書を受け付けた月の初日から1年間。ただし、治療予定期間が8週間の場合は3か月、12週の場合は4か月、16週の場合は5か月、24週の場合は7か月の助成期間となります。

※下記に該当する場合、例外的に助成期間の延長が認められる場合があります。（延長申請には治療医療機関での証明が必要となります）。

- ① C型慢性肝炎セログループ1型、高ウイルス量症例に対する、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、一定の条件を満たし、72週投与が必要と医師が判断する場合
- ② C型慢性肝炎セログループ1型症例に対する、シメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、一定の条件を満たし、医師がペグインターフェロン及びリバビリンを更に24週（総治療期間48週）投与することが適切と判断する場合
- ③ 副作用による休薬等、本人に帰責性のない事由による治療休止期間がある場合（ただし、治療休止期間の内容によっては認められない場合もある。なお、インターフェロンフリー治療については、これらの事由による延長は認められない。）
- ④ 医学的にインターフェロン再治療が有効と認められる一定の条件を満たす方は2回目の利用ができます。

※核酸アナログ製剤治療については、治療継続が必要であると医師が認める場合、助成期間を更新することができます。（現在発行されている受給者票の有効期間が満了するまでに更新申請手続きが必要です。）