

肝炎治療医療費助成制度について

(新規：B型ウイルス性肝炎の核酸アナログ製剤治療を中心に)



この制度は (H22.4.1からの変更を含む)

平成20年4月以降にB型及びC型肝炎のインターフェロン治療を受ける方を対象に、医療費を助成する制度です。
B型肝炎アナログ製剤治療は平成22年4月1日から対象になりました。

申請に必要な書類 * 印鑑をご持参してください。

「肝炎治療受給者証交付申請書」 … 記入してください。

「肝炎治療受給者証の交付申請にかかる診断書」

… 医療機関に記入をお願いしてください。

健康保険証の写し (本人分)

… お持ちいただければ、こちらでコピーをとります。

住民票 (世帯全員：本人も含む)

… 役場で取得してください。窓口で「全員で」と言ってください。

「続柄」が記入されているものでの提出をお願いします。

日本国籍を有しない方は、住民票の代わりに市町が発行する「外国人登録原票記載事項証明書」が必要です。

世帯全員分の市町民税 課税証明書… 全員分を役場で取得してください。 (取得できる直近のもの)

上記の住民票に記載されている18歳以上の大人の方全員分が必要です。

世帯の市町民税課税年額が23万5千円以上であることが明らかで、「自己負担限度額に関する同意書」を提出していただく場合、上記の「課税証明書」を省略することができます。この書類で提出したい場合は、申請時に申し出てください。印鑑があればその場で記入できます。

注)平成21年4月から世帯全員の住民票上世帯から、「配偶者以外であり、受給者及び受給者の配偶者が相互に地方税法上、医療保険上の扶養関係がない場合」に該当する方は、世帯の市町村民税の合算対象から除外することができます。

上記 ~ の書類に加え、下記の書類も提出してください。

市町村民税合算対象除外申請書

受給者及び受給者の配偶者、除外対象者の健康保険証の写し

受給者及び受給者の配偶者、除外対象者の源泉徴収票 (もっている場合)

助成の内容

B型及びC型ウイルス性肝炎のインターフェロン治療並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療にかかる保険診療の患者負担額から、下記の自己負担限度額を除いた額を助成します。

世帯の市町村民税 (所得割) の合計額から、下記自己負担限度額表のとおり決定されます。

肝炎治療特別促進事業における自己負担限度額表

階層区分		自己負担限度額(月額)
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
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

注)入院時食事療養標準負担額・入院時生活療養費標準負担額、保険診療以外の費用(室料差額など)は助成の対象となりません。

(裏面に続く)

申請の対象となる方は

県内に住所があり、B型及びC型ウイルス性肝炎の根治を目的としたインターフェロン治療、並びにB型ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療で、保険適用になっている医療を必要と診断された方が対象です。申請された書類を基に肝炎治療審査会で審査が行われ、判定となります。

B型ウイルス性肝炎の核酸アナログ製剤治療の場合は、1年毎の更新手続きが必要となります。

助成の期間

助成の期間は、保健所へ申請書類を提出した月の初日から1年間です。

B型ウイルス性肝炎の核酸アナログ製剤治療の場合は、1年毎の更新手続きが必要となります。

有効期間満了日までに更新手続きをしてください。有効期間を過ぎた場合は、新規申請となります。

認定について

認定及び受給者証の発行には申請から1か月半～2か月程度かかります。認定されると西濃保健所から「肝炎治療受給者証」が送付されます。

受給者証が届くまでの間に、自己負担限度額を超える医療費を医療機関や保険薬局に支払った分は、「肝炎治療費交付申請書」によって払い戻しができます。この用紙は受給者証と一緒に送付されますので、医療機関及び薬局で証明を受けていただき、再度申請していただくこととなります。

ただし、医療機関等に支払った医療費が高額療養費制度の自己負担額を超えた場合は、先に保険者に高額療養費の請求を行い、保険者からの支給決定通知書を添付する必要があります。医療費が高額の場合、高額療養費の該当になるのか、保険者へ（入院の場合は病院にも）確認してください。

認定され受給者証が届いてからは

お手元に受給者証が届きましたら、「肝炎治療受給者証」を健康保険証等と一緒に医療機関及び薬局の窓口で提示してください。決定した自己負担限度額までの支払いでとなります。ただし、提示した日にちによっては、翌月から適応となる場合があります。

受給者証を窓口で提示する際、「自己負担限度額管理票」（受給者証と一緒に同封されます）も一緒に提示してください。これにより毎月の医療費の自己負担限度額を管理していただく必要があります。

制度改正の周知期間の取り扱いについて

核酸アナログ治療については、制度の周知等が十分でないことから、特例的に平成22年6月30日までに申請し、審査の結果、認定された方については、同年4月1日から交付申請書の受理日までの間で、対象医療の開始の属する月の初日を有効期間の起算日とすることができます。

提出先・お問い合わせ先

大垣市江崎町 422 - 3 西濃総合庁舎内 2階

西濃保健所 保健予防担当

TEL 0584-73-1111（内線 273）

