

# 肝炎治療医療費助成制度

## 対象となる方

C型ウイルス性肝炎の根治を目的としてインターフェロン治療(少量長期投与を除く)及びインターフェロンフリー治療並びにB型ウイルス性肝炎のインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療を行う方

(対象となる疾患は、B型慢性肝疾患、C型慢性肝炎、C型代償性肝硬変です。)

神奈川県内にお住まいの方(神奈川県内に住民票を有している方)

国民健康保険や組合健康保険など、公的医療保険に加入している方

(他の医療給付制度を受けている方は、原則としてこの制度の対象となりません。)

本医療費助成制度の対象者とならない場合であっても、公的医療保険未加入の生活保護を受給されている方や他の医療給付制度を御利用されている方が、インターフェロン治療やインターフェロンフリー治療、核酸アナログ製剤治療を受けること自体は可能です。

## 助成の内容

C型肝炎の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、B型肝炎のインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療にかかる保険診療(入院・外来)の医療費のうち、月額自己負担限度額を超えた金額を助成します。

治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等が助成の対象です。

保険診療以外の費用(室料差額など)及び食事療養費は助成の対象となりません。

階層区分	月額自己負担限度額
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

## 助成の期間

申請書を受理した日の属する月の初日から有効期間を設定します。治療内容や薬に応じて助成期間は異なります。(1年、7か月、5か月、4か月の4種類があります。)

申請した日の属する月より後から有効期間の開始を希望する場合は、申請書に明記してください。診断書記載日から3か月以内の月の初日までは可能です。インターフェロン治療の受給については、一定の条件を満たした方に限り延長や2回目の申請ができます。核酸アナログ製剤治療の受給については更新ができます。

## 申請の受付先

お近くの保健所等(裏面の受付先一覧を御覧ください。)

## 申請の方法

申請書及びその他所定の提出書類はお近くの保健所等または県のホームページ「神奈川県の肝炎に対する取組」で入手することができます。

神奈川県が指定する肝臓専門医療機関の発行した県指定の診断書が必要です。ただしインターフェロンフリー治療については、肝臓専門医療機関における日本肝臓学会専門医、もしくは日本消化器病学会専門医が作成したものに限り、診断書を含む申請書類等は、申請の受付先へ提出してください。

## 認定されると

認定されると「肝炎治療受給者証」が交付されます。

「肝炎治療受給者証」、「自己負担限度月額管理票」を健康保険証と一緒に医療機関の窓口に表示することで、C型肝炎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、B型肝炎のインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療にかかる医療費の助成が受けられます。

神奈川県 保健医療部 がん・疾病対策課 肝疾患担当

電話 045 210 4795 (直通)

ホームページ 「神奈川県の肝炎に対する取組」

神奈川県 肝炎

検索

肝タロウ

