

様式第18号の2（要領第13条関係）

肝炎インターフェロン治療受給者証延長申請書（シメプレビルを含む3剤併用療法用）

（申請者記載欄）

福岡県知事 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（シメプレビルを含む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 ～ 平成 年 月 日）

※1)本申請書は、現行有効期間が満了する前に、福岡県知事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。

【患者氏名】

【生年月日】明・大・昭・平 年 月 日生（満 歳）

（医師記載欄）

（様式第18号の2の裏面）

※ 以下の事項を全て確認の上、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 ()

所在地 ((〒 —))

担当医師名 () 印

【確認事項】※担当医師は、該当する場合、□にチェック（レ点）及びカッコ内の記入をしてください。
（認定は、下記の「助成期間の延長（48週投与）適用」までチェックが入ることが必要です。）

今回の治療が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、シメプレビルを含む3剤併用療法である。

※ 現在治療開始後 () 週目で継続中である。（一時休薬期間は除く。）

今回の治療を除き、これまでにウイルス排除を目的としたインターフェロン治療を受けたことがある。

はい

いいえ

これまでのインターフェロン治療で治療開始12週後にHCV-RNA量が前値（※）の1/100以下に低下せず、24週未満で治療中止となった。

※ 前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値。

はい

いいえ

これまでのインターフェロン治療において24週以上の治療を行ったが、HCV-RNAが一度も陰性化しなかった。

はい

いいえ

助成期間の延長（48週投与）適用

※ 変更後の予定期間

（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

助成期間の延長（48週投与）適用外

※ これまでのインターフェロン治療：今回の治療以前の治療であり、今回の治療から2ヶ月以上前に終了したインターフェロン治療のことをいう。治験等も含む。

（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ビリバピリンの総投与期間は48週を超えないこと。

各医療機関においては、本書類は受給者証新規申請時にかかる診断書の変更用という性格の書類であるため、申請者の追加負担とならないようご配慮いただきますようご協力ください。