

肝炎治療医療費助成制度を利用される方、 保険医療機関及び保険薬局の方へ

【利用上の注意点について】

- 1 受給者の方は、受給者証と自己負担限度額管理票を医療機関（病院、診療所）受診の際に、必ず持参してください。薬局を利用される際も、必ず持参してください。
- 2 受給者証の記載内容を確認し、受診する年月、受診者名、受給者番号、月額自己負担上限額を自己負担限度額管理票に記入してください。

この事業の対象となる医療は、**C型ウイルス性肝炎の根治を目的として行う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**、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、保険適用となっているものです。

受給者証に記載されていない保険医療機関及び保険薬局であっても、岐阜県内であれば受給者証を使用していただくことは可能ですが、受給者の方は保健所に追加・変更の届け出をしてください。

当該治療を行うために必要となる初診料、再診料、検査料、入院料等については助成の対象となりますが、**当該治療と無関係な治療、入院料等は助成の対象となりません。**

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

インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療を併用される方については、両治療に係る自己負担の合算額に対する1人当たりの限度月額が受給者証に記載の自己負担限度額となります。

〔例〕自己負担限度額1万円の肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）と肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）をお持ちの方は、両治療に係る対象医療費のうち、自己負担額は月額1万円となります。

1万円（インターフェロン治療）+1万円（核酸アナログ製剤治療）=2万円ではありません。）

様式第4

令和 3 年 5 月分自己負担

受給者証の記載内容を確認し、受信する年月、受給者指名、受給者番号、自己負担限度額を記入してください。

受診者	藪田 太郎	受給者番号	9876543
-----	-------	-------	---------

ここから下は医療機関等で記入してください。

月額自己負担上限額 10,000 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認欄
5月16日	〇〇病院	〇〇病院

月額自己負担上限額に達した医療機関等は、この欄に日付、名称、確認欄の記入をお願いします。確認欄が記入された日付以降に受給者が受診された医療機関等は、本助成制度の対象となる医療費を公費負担請求してください。

日付	医療機関の名称	自己負担額	月額自己負担額 累積額	自己負担額 徴収確認欄
5月1日	△△医院	1,460円	1,460円	△△医院
5月1日	●●薬局	¥3,540	¥5,000	●●薬局
5月16日	〇〇病院	5,000円	10,000円	〇〇病院

受給者が窓口で負担した金額を記入してください。

自己負担額の累積額を記入してください。月額自己負担上限額に達した医療機関等は、上段の確認欄にも記載をお願いします。

自己負担額徴収確認のないものは無効です。月額自己負担累積額には加算できません。