

インターフェロン治療・ インターフェロンフリー治療・ 核酸アナログ製剤治療の 医療費助成について



「C型肝炎のインターフェロン治療とインターフェロンフリー治療」及び「B型肝炎の核酸アナログ製剤とインターフェロン治療」について、あなたの世帯の所得に応じて、月当たりの医療費が軽減されます。

1. 医療費助成制度の対象となる方は・・・

C型肝炎で、ウイルスの根治を目的として行うインターフェロン治療とインターフェロンフリー治療並びにB型肝炎の核酸アナログ製剤治療とインターフェロン治療で、保険適応となっている治療を要すると、医療機関で診断された方（各種医療保険等に加入している被保険者または被扶養者で、保険医療機関または保険薬局で治療を行うこと）です。

2. 医療費の助成について

C型肝炎ウイルスの根治を目的として行うインターフェロン治療とインターフェロンフリー治療並びにB型肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤とインターフェロン治療に係る保険診療の患者負担額のうち、世帯の所得に応じて決められる自己負担限度額（月額）を超える医療費が助成されます。

ただし、医療保険から支給される高額療養費分は助成されません。また、入院時食事療養費・生活療養費標準負担額や保険診療以外の費用（差額ベッド料等）は助成の対象にはなりません。

自己負担限度額については、扶養関係にない方を世帯の課税合算対象から除ける場合がありますので、ご相談ください。

肝炎治療に関する相談窓口（肝疾患相談センター）

香川県立中央病院 087-811-3333

香川大学医学部附属病院 087-891-2468（直通）

●自己負担限度額表（月額）

区 分		自己負担限度額 （月 額）
乙	世帯の市町民税（所得割）課税年額が 235,000円未満の場合	10,000円
甲	世帯の市町民税（所得割）課税年額が 235,000円以上の場合	20,000円

3. 医療費助成の期間

助成の期間は、申請書を提出した月の初日から1年以内で、診断書に記載された治療予定期間に基づいた期間になります。

4. 申請手続き等について

治療の予定が決まったら（または治療している場合に）、裏面のとおりに必要な書類を管轄の保健所（高松市にお住まいの方は香川県感染症対策課）に提出してください。

医師の診断書については、記載できる医師を県で指定していますので、かかりつけ医にご相談ください。

審査の結果、認定されたら「肝炎治療受給者証」を郵送にてお送りします。受診時には、医療機関や薬局の窓口を受給者証を提示してください。

なお、氏名、居住地、加入している医療保険、保険医療機関等に変更があった場合は、すみやかにその旨を申し出てください。