

B型・C型ウイルス肝炎でインターフェロン治療等の
抗ウイルス治療をされる都民の方に

東京都の B型・C型ウイルス肝炎治療 医療費助成制度 御案内

医療費助成の対象となっている治療

★B型ウイルス肝炎★

- 1 インターフェロン治療（インターフェロン製剤、ペグインターフェロン製剤による治療）
- 2 核酸アナログ製剤治療

★C型ウイルス肝炎★

- 1 インターフェロン治療
 - (1) インターフェロン単剤治療
 - (2) (ペグ) インターフェロン及びリバビリン併用治療
 - (3) ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法
- 2 インターフェロンフリー治療
 - ≪セログループ1（ジェノタイプ1）が対象≫
 - ダクラタスビル・アスナプレビル併用療法
 - レジパスビル/ソホスブビル配合錠による治療
 - オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療
 - エルバスビル及びグラソプレビル併用療法
 - ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠による治療
 - ≪セログループ2（ジェノタイプ2）が対象≫
 - ソホスブビル・リバビリン併用療法
 - オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン（レベトールカプセル200mgに限る）併用療法
 - ≪セログループ1（ジェノタイプ1）・セログループ2（ジェノタイプ2）以外が対象≫
 - ソホスブビル・リバビリン併用療法

申 請 受 付

区市町村の担当窓口

助 成 開 始

区市町村の担当窓口へ申請書等を提出した月の初日から

1 この制度は

B型・C型肝炎の（根治を目的とする）インターフェロン治療（テラプレビル、シメプレビル、バニプレビルのいずれかのプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法を含む）及びB型肝炎の核酸アナログ製剤治療、C型肝炎治療のインターフェロンフリー治療にかかる医療費を助成する制度です。

東京都では、肝臓専門医療機関が治療方針を決定し、かかりつけ医と連携して治療にあたる「東京都肝炎診療ネットワーク」を構築しています。肝臓専門医療機関は、かかりつけ医が御紹介します。ただし、C型肝炎ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル3剤併用療法の実施及び診断書の記載ができるのは、肝臓専門医療機関のうち、認定基準（診断書に記載）を満たした医療機関に限られます。

2 対象となる方は

- 都内に住所があり、B型・C型肝炎の（根治を目的とする）インターフェロン治療（プロテアーゼ阻害剤3剤併用療法を含む）を要すると診断された方、B型肝炎の核酸アナログ製剤治療を要すると診断された方、C型肝炎のインターフェロンフリー治療を要すると診断された方が対象です。
- それぞれの治療において、認定基準（診断書に記載）を満たした場合に医療費助成を受けることができます。
- B型・C型肝炎のインターフェロン治療の医療費助成制度の利用は原則1回ですが、要件を満たす場合に限り、本制度による2回目の助成が受けられます。（C型肝炎の3剤併用療法を除く）
- C型肝炎のプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法を過去に受けたことがある方で他のプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法を受ける方は、3剤併用療法再治療を行うことが適切と判断された場合のみ助成が受けられます。
- 核酸アナログ製剤治療の医療費助成制度は、申請により更新が可能です。
- C型肝炎のインターフェロンフリー治療の医療費助成制度の利用は1回です。ただし、インターフェロンフリー治療を過去に受けたことがある方で、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療（平成27年12月1日以降に開始したものに限り）を行うことが適切であると判断される場合のみ助成が受けられます。インターフェロンを含む治療歴の有無は問いません。
- 生活保護などで医療費等を助成されている方は対象外です。
⇒ 詳しくは、〈問い合わせ先〉までお尋ねください。

3 助成の内容は

- B型・C型肝炎の（根治を目的とする）インターフェロン治療（プロテアーゼ阻害剤3剤併用療法を含む）、B型肝炎の核酸アナログ製剤治療、C型肝炎のインターフェロンフリー治療にかかる保険診療の患者負担の合計額から下記の患者一部負担を除いた額を助成します（健康保険から支給される高額療養費等は助成額には含まれません）。
- 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。

患者一部負担額 (① + ②)		
①	階層区分	
	世帯の区市町村民税（所得割・均等割とも）非課税の方	なし
	世帯の区市町村民税（所得割）課税年額 235,000円未満の方	10,000円まで（月額）
	世帯の区市町村民税（所得割）課税年額 235,000円以上の方	20,000円まで（月額）
②	入院時食事療養・生活療養標準負担額	

- 「世帯」とは患者さんの属する住民票上の世帯全員をいいます。ただし、同一住民票の世帯であっても、実質的に生計を別に行っている場合（要件があります）、世帯の課税額合算対象から除外することができます。

4 申請手続は

- 申請先 住所地を管轄する区市町村の担当窓口へ提出してください。
- 申請書及びそれに添付する所定の診断書などの用紙は区市町村の担当窓口で配布しています。

【申請に必要な書類】

1 B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成申請書

2 B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成に係る診断書

※対象治療ごとに所定の様式が異なりますので、お間違えのないよう御注意ください。

- ・「B型・C型ウイルス肝炎インターフェロン治療（3剤併用療法を除く）医療費助成に係る診断書（新規・2回目）」
- ・「C型ウイルス肝炎ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法医療費助成に係る診断書（新規・再治療）」
- ・「B型ウイルス肝炎核酸アナログ製剤治療医療費助成に係る診断書（新規）」
- ・「B型ウイルス肝炎核酸アナログ製剤治療医療費助成に係る診断書（更新）」
※更新については、診断書に代わり、検査内容及び受けている治療内容が分かる資料等の提出で可能な場合があります。
- ・「C型ウイルス肝炎インターフェロンフリー治療医療費助成に係る診断書（新規）」
- ・「C型ウイルス肝炎インターフェロンフリー治療医療費助成に係る診断書（再治療）」
※上記診断書には、「インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書」の添付が必要な場合があります。
- ・「B・C型ウイルス肝炎インターフェロン治療医療費助成 助成期間延長申請書兼診断書（副作用等延長用）」
- ・「C型ウイルス肝炎インターフェロン治療医療費助成 助成期間延長申請書兼診断書（72週延長用）」
- ・「C型ウイルス肝炎インターフェロン治療医療費助成 助成期間延長申請書兼診断書（シメプレビル48週延長用）」

東京都が指定する肝臓専門医療機関による診断書が必要です。

※C型ウイルス肝炎のテラプレビルを用いた3剤併用療法の実施及び診断書の記載ができるのは、肝臓専門医療機関のうち、認定基準（診断書に記載）を満たした医療機関に限られます。

3 住民票（原本。世帯全員分のもので続柄が記載されたもの。発行から3か月以内のもの。）

※日本国籍を有しない方で、「住民票」が作成されていない場合は、世帯全員分の「在留カード」のコピーが必要となります。

4 健康保険証の写し

5 高齢受給者証の写し（お持ちの方のみ）

6 住民票等に記載された世帯全員分の区市町村民税の課税状況を証明するもの（満20歳未満の世帯員を除く。）

※以下の①からの⑤までのうち、世帯員ごとにいずれかの書類が必要です。

- ①区市町村民税課税若しくは非課税証明書、②区市町村民税納税通知書の写し、③区市町村民税決定通知書の写し又は④後期高齢者医療若しくは高齢受給者の限度額適用・標準負担額減額認定証の写し又は⑤限度額適用認定証（適用区分は「オ」のものに限る。）の写し

（注）患者一部負担額については区市町村民税の課税年額で算定しますが、申請月によって適用する年度が以下のとおり異なります。

- ・申請月が4月から6月までの方 ⇒ 前年度分の区市町村民税の課税年額
- ・申請月が7月から3月までの方 ⇒ 当年度分の区市町村民税の課税年額

7の書類の提出に当たっては、上記内容を御確認の上、該当年度を間違えないよう御注意ください。

階層区分が自己負担額最高（2万円）となることを了承していただいた上で、課税状況を証明するものの添付を省略することもできます。

（同一住民票の世帯であっても、実質的に生計を別にしていない場合）

患者一部負担額の階層区分の判定に当たり、患者本人及びその配偶者と地方税法上及び医療保険上の扶養関係がなく、世帯の課税額合算対象からの除外を希望する方がいる場合（配偶者は除外できません。）は、1から7までの書類に加え、①世帯全員分の健康保険証の写し及び②区市町村民税額合算対象除外申請書も合わせて提出してください。

5 助成の期間は

- 助成の期間は区市町村の担当窓口へ申請書等を提出した月の初日から1年間ですが、プロテアーゼ阻害剤3剤併用療法、インターフェロンフリー治療法（ダクラタビル・アスナピビル併用療法、ソホブビル・リバビリン併用療法（ヘログループ（ジェノタイプ）1・2以外）の助成期間は7か月、インターフェロンフリー治療法（ソホブビル・リバビリン併用療法（ヘログループ（ジェノタイプ）2）、レゾパスビル/ソホブビル配合錠による治療、オビタビル水和物・パリタピビル水和物・リトビル配合剤による治療、エルバスビル及びソグラゾピビル併用療法、ダクラタビル塩酸塩・アスナピビル・ヘキサプレル塩酸塩配合錠による治療）の助成期間は4か月、インターフェロンフリー治療法（オビタビル水和物・パリタピビル水和物・リトビル配合剤及びリバビリン（レバトール[®] 200mgに限る）併用療法による治療）の助成期間は5か月、です。申請日より前にさかのぼることはできません。
- 申請した日の属する月より後に有効期間が始まる「**都**医療券」の発行を希望する場合（診断書記載日の3か月以内の月の初日まで可）は、その旨区市町村の担当窓口にお申し出ください。
- インターフェロン治療（プロテアーゼ阻害剤3剤併用療法を含む）では、副作用等で中断期間がある方は2か月を限度として助成期間の延長を認めることができます。また、C型慢性肝炎に対するペグインターフェロン及びリバビリン併用療法で一定の条件を満たし、医師が72週投与（延長投与）が必要であると認める場合は、6か月を限度として助成期間の延長ができます。
- インターフェロンフリー治療は、副作用による治療中断期間があっても延長制度はありません。
- なお、B型肝炎の核酸アナログ製剤治療については、医師が必要と認めた場合に限り更新ができますが、再度申請書類の提出が必要です。

6 認定されると

- 認定されると、「**都**医療券」と「自己負担限度額管理票」が交付されます。（区市町村民税非課税世帯に該当される方は「**都**医療券」のみ交付。）
- 「**都**医療券」と「自己負担限度額管理票」を健康保険証等と一緒に医療機関の窓口で提示（「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方はあわせてこの証も窓口で提示）することで、医療券に記載されたB型・C型ウイルス肝炎治療にかかる医療費の助成が受けられます。
- 「**都**医療券」の発行には申請から2か月程度かかります。

7 医療券が交付されるまでの間に支払った医療費等は

- 助成期間の初日から「**都**医療券」が届くまでの間に、助成対象となる医療費を月額自己負担限度額を超えて医療機関や保険薬局に支払った場合には、患者さんからの請求によって対象医療費を払戻しにより助成します。
ただし、健康保険から支給される高額療養費に該当する金額については、東京都から助成されません。
- 請求してから、医療費等の入金までには2か月程度かかります。
- 医療費支給申請書兼口座振替依頼書（B型・C型ウイルス肝炎治療医療費用）は、区市町村の担当窓口でお配りしています。また、東京都福祉保健局のホームページからダウンロードすることもできます。
ホームページアドレス【医療費支給申請書兼口座振替依頼書（38用）】
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryjo/josei/tukaikata/sinsei_bckanen.html

（※）高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方で、保険の自己負担割合が3割の方へ

1 医療機関（薬局含む）当たり的高額療養費の自己負担限度額を減額する特例（入院は44,400円/月、入院以外は12,000円/月を超える額が申請に基づき高額療養費として健康保険から支給されます。）があるため、この医療費助成の月額自己負担額が20,000円になる方については、東京都に医療費を請求する必要がない場合があります。

<問い合わせ先>

区市町村の担当窓口又は下記まで

東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課 TEL03-5320-4472

ホームページアドレス【B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成制度】

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryjo/josei/kanen/bclInterferon.html>