

福岡県肝炎治療特別促進事業(肝炎インターフェロン治療費助成)

【概要】

福岡県では、平成20年4月よりB型及びC型肝炎ウイルスに感染し、インターフェロン治療を受ける予定の方(又は治療中の方)に医療費の一部を助成する制度を開始します。

【対象医療】

B型及びC型肝炎ウイルスの除去を目的として行うインターフェロン治療で保険適応となっているもの。

■医療費を助成する期間:原則として下記の日付より1年間

1. 申請日の属する月の初日 2. 治療予定開始月の初日

※ただし、既に治療中の場合は1. のみ(平成20年6月までは除く)となります。

(4月より前に治療を開始した場合は6月までに申請すればよい。)

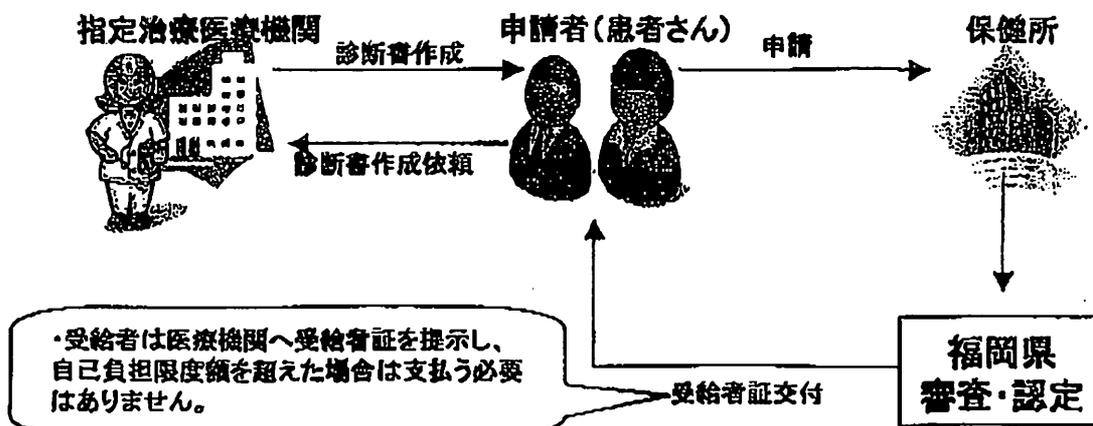
■受給者(患者さん)の自己負担限度額(月額)

階層区分		自己負担限度額(月額)
A	世帯の市町村民税(所得割)課税年額が65,000円未満の場合	10,000円
B	世帯の市町村民税(所得割)課税年額が65,000円以上235,000円未満の場合	30,000円
C	世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円以上の場合	50,000円

■申請に必要な書類:下記の書類を最寄りの保健所へ提出

- (1) 肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書(申請者が記入)
- (2) 規定の診断書(主治医が記入)
- (3) 世帯調書
- (4) 医療(健康)保険証の写し
- (5) 受給対象者の世帯全員の住民票(外国人の場合は、外国人登録証明書)
- (6) 世帯全員の市町村民税課税額証明書

■申請～認定までの流れ



会計窓口ご担当者様

自己負担限度額管理票の記載方法について

○ 肺炎インフルエンザ治療受給者には、受給者証とともに自己負担限度額管理票（以下管理票という。）を交付しています。

○ 当該制度では、入院、外来、調剤を含めた月額自己負担限度額（複数医療機関に受給した場合を含む）を設定しております。よって月額自己負担限度額の上限額の管理が必要なため、自己負担額を徴収した際には管理票への記入をお願いします。

○ 具体的には、受給者から3割、又は1割を徴収した場合に、日付、医療機関名・薬局名、診療日における自己負担額、月間自己負担額累積額を記入し、確認印を押印してください。

このとき、「医療機関名・薬局名」または、「自己負担限度額徴収印」のいずれかを医療機関・薬局の名称が入った印鑑を使用していただきますよう、お願いします。

また、3割又は1割負担を徴収することにより上限額を超える場合には、上限額に達するまでの金額を受給者負担として徴収してください。

その上で上限額に達した確認として、管理票上部にある「医療機関等の名称」を記入し、確認印を押印してください。

なお、上限額に達した後は、当該制度対象の医療費についてはその月の受給者負担は「なし」となりますので、管理票への記載も不要です。

※ 記載例については、別紙1をご参照ください。

※ 当該制度はインターフェロン治療に係る初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料等であって、かつ保険適用となっている医療費が助成対象となっております。よって、インターフェロン治療とは無関係の疾患の治療費、薬剤料につきましては、当該制度の対象外ですので、通常通り患者様より徴収いただきますようお願いいたします。

自己負担限度額管理票記載要領

様式第6号（要領第6条関係）

年 月 下記のとおり月額自己負担上限額（

日付	医療機関等の名称	確認印
月 日		

日付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
○月 ×日	○○病院	6,700 円	6,700 円	
○月 ×日	△△薬局	2,250 円	7,950 円	
○月 ×日	○○病院	2,050 円	10,000 円	
月 日				
月 日				
月 日				

この病院での保険適用後の一部負担金（3割相当額）は4,300円であったが、患者は、2,050円を支払うことによって、当該患者の自己負担限度額である10,000円に達するので、当該欄には、「2,050」と記入する。

月の初めに受給があったときは、各診療日にて「〇年〇月」と記載してください。

自己負担限度額に達したことを確認した医療機関・調剤薬局において、医療機関等の名称と確認印を押印してください。

肝炎インターフェロン治療費請求書の記載方法について

○ 当該制度の有効期間は、治療開始予定日もしくは、所管保健所等受理日の属する月の初日のうち、いずれか遅い日から1年間となります。

受給者証が発行されるまでの間、受給者が自己負担したインターフェロン治療費等については、有効期間内のものであれば、還付請求ができます。

○ 「肝炎インターフェロン治療費請求書（以下、請求書という。）」は、受給者証と同封し、受給者の方にお渡しいたします。請求書には「一般医療機関用」と「調剤薬局用」の2種類があります。

受給者が当該請求書を窓口を持って来られたら、請求書の左側の「医療機関記入欄」を記載し、受給者の方へお渡しください。調剤薬局においては、「調剤薬局記入欄」の他に、処方箋発行医療機関において、処方箋発効日を証明していただく必要がありますので、ご注意ください。

○ 受給者証の有効期間内において、当該制度の対象となる医療の総医療費及び受給者の負担額を記入してください。

○ 既に公費併用レセプトを用い、公費番号38で請求された医療費については、当該請求書を提出いただいても還付することはできません。万が一、公費に受給者自己負担限度額を超える額について請求し、受給者からも同じ額を徴収されていることがあれば、会計窓口の方で医療費を精算していただきますよう、お願いします。

※ 記載例については、別紙2、3をご参照ください。

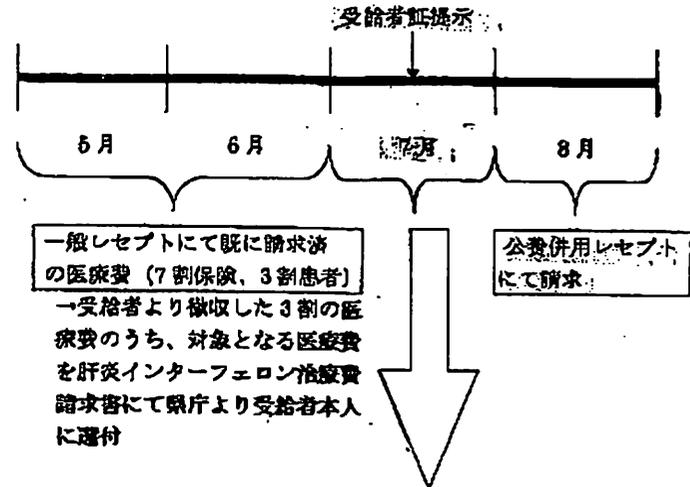
※ 当該制度はインターフェロン治療に係る初診料、再診料、検査料、入院料、薬剤料等であって、かつ保険適用となっている医療費が助成対象となっております。よって、当該請求書には、インターフェロン治療とは無関係の疾患の治療費、薬剤料につきましては、当該制度の対象外ですので、記入しないようお願いいたします。

※ 請求書は1医療機関、1調剤薬局につき1枚です。よって処方箋を発行している医療機関が1つであっても、複数の調剤薬局で調剤がある場合には、調剤薬局用の請求書は2枚必要となり、処方箋発行証明書欄も2枚分記載していただく必要があります。

治療費請求書にて請求が必要な医療費

受給者証が手元に届くまでの間に受給者が負担した医療費（有効期間内のものに限る）

(例) 有効期間が6月1日から開始の場合



受給者証の発行は毎月20日頃を予定しています。月の途中で受給者証を持ってこられた受給者の方がいたら、以下の①または②のとおりご対応いただきますようお願いいたします。

① 7月分の対象医療費については公費併用レセプトにて受給者自己負担限度額(1,8.5万円)を超える額を公費に請求し、既に徴収された保険一部負担額を窓口にて精算する。

② 7月分の対象医療費についても一般レセプトにて請求し、治療費請求書にて償還払いの手続きをしてもらう。(受給者証の使用は8月からとする。)

※①でご対応いただく場合、受給者が他の医療機関や調剤薬局にも受診がある場合はなるべく各機関ご担当者様の間で情報を共有していただき、窓口で医療費を精算いただけますと幸いです。