



肝炎治療について

対象となる方

- ・ C型ウイルス性肝炎の根治を目的とするインターフェロン治療（少量長期投与を除く）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インターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療を行う方
- ・ 神奈川県内にお住まいの方（神奈川県内に住民票を有している方）
- ・ 国民健康保険や組合健康保険など、公的医療保険に加入している方

申請の流れ

管轄の保健所に書類を提出 → 県の審査会（毎月末に審査会） → 交付
※結果が保留の場合は、翌月の審査会で再度審査をしたり、保留になった旨の通知があったりします。

必要書類

- ①申請書
- ②診断書（指定の様式）
- ③健康保険証のコピー
- ④世帯全員の**住民票**
- ⑤市町村民税（所得割）の**課税状況調査票**
- ⑥申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての方の**市町村民税の課税年額を証明する書類**
- ⑦世帯の市町村税課税年額に関する**申立書**
→月額自己負担額が2万円になることを了承される方は⑤、⑥の書類を省略し、⑦の書類のみで申請可能



助成期間

原則として申請書を受理した日の属する月の初日から治療予定期間に応じた期間を設定します。

申請した日の属する月の初日より前から有効期間が始まる受給者証を発行することはできません。

※肝炎治療受給者証が届くまでの間に助成対象となる医療費を医療機関や薬局に支払った場合には、申請をすると対象医療費が助成されます。

自己負担額

市町村民税（所得割額）課税年額の世帯全員分の合計が
23万5千円以上（甲）・・・月額自己負担限度額2万円
23万5千円未満（乙）・・・月額自己負担限度額1万円

患者総合サポートセンターでは、説明やご質問をお受けしています。

ご不明な点はソーシャルワーカーまでお問合せください。

伊勢原協同病院 患者総合サポートセンター 0463-94-2111(代表)

※記載の内容は、2024年7月の情報に基づいています。今後の制度等の改正により、内容に相違点が生じる可能性があります。