（別紙様式１－３号）

（シメプレビルを含む３剤併用療法延長用）

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請書

（申請者記載欄）

宮崎県知事　殿

私は、プロテアーゼ阻害剤（シメプレビル）を含む３剤併用療法を、２４週を超えて最大４８週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長を申請します。

※　以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日　　年　　月　　日

申請者氏名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（　　）　印

性　　別　　男　・　女

生年月日　　年　　月　　日生　（満　　歳）

現 住 所　　（〒　　－　　）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　（　　）

※　お手持ちの肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）を確認の上、記入してください。

受給者番号（　　）

現行有効期間（開始　　年　　月　　日～終了　　年　　月　　日）

注1）延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。

2）記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

（担当医記載欄）

※　以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名　（　　）

その所在地　（（〒　　-　　）　　）

担当医師名　（　　）　印

確認事項

※　担当医師は、該当する項目の□にチェックを入れてください。

有効期間延長の認定には、１．の治療歴のいずれかの項目、および２．の判断にチェックが入っていることが必要です。

申請者（＿＿＿＿＿＿　：フリガナ　　）について、Ｃ型慢性肝炎セログループ１症例へのシメプレビルを含む３剤併用療法の実施に当たり、

１．治療歴について

これまでのインターフェロン治療［(ペグ）インターフェロン製剤単独、リバビリン併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む３剤併用療法］の無効例と認められ、

□　申請者は、これまでの 24 週以上のインターフェロン治療で HCV-RNA が一度も陰性化しなかった者である。

□　申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始 12 週後に HCV-RNA が前値の１／100 以下に低下せず、治療が 24 週未満で中止となった者である。

２．３剤併用療法の治療期間延長の判断について

□　３剤併用期間に続く 12 週のペグインターフェロン及びリバビリンの２剤投与期間を更に 24 週（総治療期間 48 週）延長することが適切であると判断する。

［　変更後の予定期間：(開始：　　年　　月～終了：　　年　　月予定）］

（注）シメプレビルを含む３剤併用療法の実施において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は 48 週を超えないこと。