

# 宮城県公報

発行  
宮 城 県  
(総務部私学文書課)  
宮城県仙台市青葉区  
本町三丁目8番1号  
電話 022(211)2267  
(毎週火、金曜日発行)

## 目次

### 規 則

○肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則

(疾病・感染症対策室)

一

ページ

## 規 則

肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十六年十一月二十一日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第七十八号

肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則

肝炎治療に係る医療費用交付規則(平成二十年宮城県規則第四十九号)の一部を次のように改正する。

第一条中「又は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及びB型肝炎ウイルス性肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療」を「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並びにC型肝炎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インターフェロンフリー治療」に改める。

様式第一号中「核酸アナログ製剤治療」の次に「インターフェロンフリー治療」を加え、「又は「核酸アナログ製剤治療」や、「核酸アナログ製剤治療」又は「インターフェロンフリー治療」並びに「核酸アナログ製剤治療」や、「核酸アナログ製剤治療及びインターフェロンフリー治療」に改める。

様式第二号(その二)を次のように改める。

## 様式第2号(その1)(第2条関係)

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規申請用)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)		
			男・女	明 昭 大 平	年	月
診断年月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時期	年 月～年 月		
過去の治療歴	<p>C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。</p> <p>1 3剤併用療法(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)の治療歴</p> <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由: ) <p>2 インターフェロンフリー治療歴</p> <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。					
検査所見	<p>インターフェロン治療開始前の所見を記入するとともに、該当する方を○で囲む。</p> <p>1 B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____ (単位: , 測定法 ) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2 C型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: , 測定法 ) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) ウイルス型 (セロタイプ(グループ) 1 ) (検査日: 年 月 日)  (セロタイプ(グループ) 2 )</p> <p>3 血液検査</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____～_____) (検査日: 年 月 日)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____～_____) (検査日: 年 月 日)</p> <p>血小板数 _____ /<math>\mu</math>l (施設の基準値: _____～_____) (検査日: 年 月 日)</p> <p>4 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日: 年 月 日)  (所見)</p>					
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)</p>					
肝がんの合併	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>肝がん 1 あり(治療中) 2 なし(肝がん治癒後も含む)</p>					
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>2 インターフェロン<math>\alpha</math>製剤単独</p> <p>3 インターフェロン<math>\beta</math>製剤単独</p> <p>4 ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>5 インターフェロン<math>\alpha</math>製剤+リバビリン製剤</p> <p>6 インターフェロン<math>\beta</math>製剤+リバビリン製剤</p> <p>7 その他(具体的に記載してください。)</p> <p>治療予定期間 _____ 週</p> <p>医療費助成開始予定年月 _____ 年 月</p> <p>治療予定医療機関 ( _____ )</p>					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地				記載年月日 _____ 年 月 日		
医師氏名 _____				印 _____		

- (注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
2 HBs抗原、HBe抗原及びHBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(インターフェロン治療中の場合にあっては、治療開始時)の資料に基づいて記載してください。  
3 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。

様式第二号 (ヤシ) 中

該当番号を○で囲む。

- 1 エンテカビル単独
- 2 ラミフジン単独
- 3 テアホビル単独
- 4 ラミフジン+テアホビル
- 5 その他 (具体的に記載してください。)

医療費助成開始予定月 年 月  
 治療予定医療機関 ( )

を

該当番号を○で囲む。

- 1 エンテカビル単独
- 2 ラミフジン単独
- 3 テアホビル単独
- 4 テアホビル単独
- 5 ラミフジン+テアホビル
- 6 その他 (具体的に記載してください。)

医療費助成開始予定月 年 月  
 治療予定医療機関 ( )

に改める。

様式第二号 (その三) から様式第二号 (その五) までは次のように改める。

様式第2号(その3)(第2条関係)

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(再認定用)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)		
			男・女	明 昭 大 平	年 月 日 生	(満 歳)
診断年月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時期	年 月 ~ 年 月		
過去の治療歴	下記の該当箇所の□にチェックを入れてください。 1 B型慢性活動性肝炎の場合 <input type="checkbox"/> これまでの治療は、ペグインターフェロン製剤でなかった。 2 C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変の場合 (1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 以下のア又はイのいずれにも該当しない。 ア これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかった。 イ これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われた。 (2) 過去の3剤併用療法の治療歴(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)の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由: ) (3) インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。					
検査所見	今回、申請に係るインターフェロン治療開始前の所見を記入するとともに、該当する方を○で囲む。 1 B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: , 測定法 ) (検査日: 年 月 日) 2 C型肝炎ウイルスマーカー (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: , 測定法 ) (検査日: 年 月 日) (2) ウイルス型 $\left( \begin{array}{l} \text{セロタイプ(グループ) 1} \\ \text{セロタイプ(グループ) 2} \end{array} \right)$ (検査日: 年 月 日) 3 血液検査 AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) (検査日: 年 月 日) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) (検査日: 年 月 日) 血小板数 _____ / $\mu$ l (施設の基準値: _____ ~ _____) (検査日: 年 月 日) 4 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載する。) (検査日: 年 月 日)					
診 断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)					
肝がんの合併	該当番号を○で囲む。 肝 がん 1 あり(治療中) 2 なし(肝がん治療後も含む)					
治療内容	該当番号を○で囲む。 1 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 2 インターフェロン $\alpha$ 製剤単独 3 インターフェロン $\beta$ 製剤単独 4 ペグインターフェロン製剤単独 5 インターフェロン $\alpha$ 製剤+リバビリン製剤 6 インターフェロン $\beta$ 製剤+リバビリン製剤 7 その他(具体的に記載してください。) 治療予定期間 _____ 週 医療費助成開始予定年月 _____ 年 月 治療予定医療機関 ( _____ )					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地				記載年月日 _____ 年 月 日		
医師氏名 _____ 印						

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。  
 2 HBs抗原、HBe抗原及びHBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(インターフェロン治療中の場合にあっては、治療開始時)の資料に基づいて記載してください。  
 3 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。

様式第2号（その4）（第2条関係）

肝炎治療受給者証（ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル<sup>®</sup>の3剤併用療法）の  
交付申請に係る診断書（新規申請用）

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日（年齢）		
			男・女	明 昭 大 平	年	月
診断年月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時期	年 月	～	年 月
過去の治療歴	<p>下記のいずれかの□にチェックする。</p> <p>1 インターフェロン治療歴  <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。（未治療）  <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。  （チェックした場合、前回の治療内容を○で囲む。）  ア ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法（中止・再燃・無効）  イ 上記以外の治療（具体的に記載： _____）</p> <p>2 インターフェロンフリー治療歴  <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。</p>					
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入するとともに、該当する方を○で囲む。</p> <p>1 C型肝炎ウイルスマーカー  (1) HCV-RNA 定量 _____（単位： _____，測定法 _____）  （検査日： 年 月 日）  (2) ウイルス型 <math>\left( \begin{array}{l} \text{セロタイプ（グループ）1} \\ \text{セロタイプ（グループ）2} \end{array} \right)</math>（検査日： 年 月 日）</p> <p>2 血液検査  AST _____ IU/l（施設の基準値： _____ ～ _____）（検査日： 年 月 日）  ALT _____ IU/l（施設の基準値： _____ ～ _____）（検査日： 年 月 日）  ヘモグロビン _____ g/dl（施設の基準値： _____ ～ _____）（検査日： 年 月 日）  血小板数 _____ /<math>\mu</math>l（施設の基準値： _____ ～ _____）（検査日： 年 月 日）</p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日： 年 月 日）  （所見）</p>					
診 断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる）  2 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）</p>					
肝がんの合併	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>肝 がん 1 あり（治療中） 2 なし（肝がん治癒後も含む）</p>					
治療内容	<p>ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル製剤3剤併用療法  治療予定期間 24週  医療費助成開始予定年月 年 月  治療予定医療機関（ _____ ）</p>					
治療実施 医療機関	<p>以下の項目にチェックがない場合は助成対象にはなりません。</p> <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 <input type="checkbox"/> 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地				記載年月日 年 月 日		
医師氏名				印		

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
2 記載日前6か月以内（ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。  
3 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。

様式第2号（その5）（第2条関係）

肝炎治療受給者証（ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビルの3剤併用療法）の  
 交付申請に係る診断書（新規申請用）

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日（年齢）		
			男・女	明 昭 大 平	年	月
診断年月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時期	年 月～ 年 月		
過去の治療歴	下記のいずれかの□にチェックする。 1 インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。（未治療） <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 （チェックした場合、これまでの治療内容を○で囲む。） ア ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法（中止・再燃・無効） イ ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビルの3剤併用療法（中止・再燃・無効） ウ 上記以外の治療（具体的に記載： _____） 2 インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。					
3剤併用療法の再治療について	上記1のイに該当する場合は、チェックが必要 <input type="checkbox"/> テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴があるが、シメプレビルを含む3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断する。					
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入するとともに、該当する方を○で囲む。 1 C型肝炎ウイルスマーカー (1) HCV-RNA 定量 _____（単位： _____，測定法 _____） （検査日： 年 月 日） (2) ウイルス型 $\left( \begin{array}{l} \text{セロタイプ（グループ）1} \\ \text{セロタイプ（グループ）2} \end{array} \right)$ （検査日： 年 月 日） 2 血液検査 AST _____ IU/1（施設の基準値： _____～_____）（検査日： 年 月 日） ALT _____ IU/1（施設の基準値： _____～_____）（検査日： 年 月 日） 血小板数 _____ / $\mu$ l（施設の基準値： _____～_____）（検査日： 年 月 日） 3 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日： 年 月 日） （所見）					
診 断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） 2 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）					
肝がんの合併	該当番号を○で囲む。 肝 がん 1 あり（治療中） 2 なし（肝がん治癒後も含む）					
治療内容	ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビル3剤併用療法 治療予定期間 24週 医療費助成開始予定年月 年 月 治療予定医療機関（ _____ ）					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地				記載年月日 年 月 日		
医師氏名				印		

（注） 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
 2 記載日前6か月以内（ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。  
 3 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。

様式第二号（その五）の次に次の一様式を加える。

様式第2号（その6）（第2条関係）

肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書（新規申請用）

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日（年齢）		
			男・女	明 昭 大 平	年	月
診断年月	昭和・平成 年 月	インターフェロン 治療歴	時期	年 月	～	年 月
過去の治療歴	下記のいずれかの□にチェックする。 <input type="checkbox"/> 1 インターフェロン治療歴なし。（未治療） <input type="checkbox"/> 2 インターフェロン治療歴あり。 （2にチェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。） ア ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法（中止・再燃・無効） イ 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（中止・再燃・無効） ウ ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビル3剤併用療法（中止・再燃・無効） エ 上記以外の治療（具体的に記載： )					
不適格の確認	上記1に該当する場合は、チェックが必要。 <input type="checkbox"/> インターフェロンを含む治療法に不適格の者と判断する。 （不適格の理由： )					
不耐容、無効の確認	上記2に該当する場合は、どちらかにチェックが必要。 <input type="checkbox"/> インターフェロンを含む治療法で、副作用により治療を中止した者である。（不耐容） <input type="checkbox"/> インターフェロンを含む治療法で効果不十分によりHCV-RNAが定量下限未満（検出せず）にならなかったものである。（無効）					
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入するとともに、該当する方を○で囲む。 1 C型肝炎ウイルスマーカー (1) HCV-RNA定量 _____（単位： _____，測定法 _____） （検査日： _____年 _____月 _____日） (2) ウイルス型 $\left( \begin{array}{l} \text{セロタイプ（グループ）1} \\ \text{セロタイプ（グループ）2} \end{array} \right)$ （検査日： _____年 _____月 _____日） 2 血液検査 AST _____ IU/l（施設の基準値： _____～_____）（検査日： _____年 _____月 _____日） ALT _____ IU/l（施設の基準値： _____～_____）（検査日： _____年 _____月 _____日） 血小板数 _____ /μl（施設の基準値： _____～_____）（検査日： _____年 _____月 _____日） 3 画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日： _____年 _____月 _____日） （所見） 4 （肝硬変症の場合）Child-Pugh分類 A・B・C（該当する方を○で囲む）					
診断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） 2 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる） ※Child-Pugh分類Aに限る					
肝がんの合併	該当番号を○で囲む。 肝がん 1 あり（治療中） 2 なし（肝がん治療後も含む）					
治療内容	ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法 治療予定期間 24週 医療費助成開始予定年月 _____年 _____月 治療予定医療機関 ( _____ )					
治療上の問題点						
記載年月日 _____年 _____月 _____日						
医療機関名及び所在地						
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医						
医師氏名 _____ 印						

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。  
 2 記載日前6か月以内（ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時）の資料に基づいて記載してください。  
 3 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。



様式第三号を次のように改める。

様式第3号 (第2条関係)

(表)

肝炎治療受給者証(インフルエンザ治療) { (3)別冊用療法を除く } ・核膜アノログ製剤治療・インフルエンザ治療 (3)別冊用療法)		公費負担者番号 受給者番号 受給者住所・氏名	疾病名 受診医療機関 有効期間
生年月日 年 月 日 性別	有 効 期 間	宮城県知事 印	
月額自己負担額 円	交付年月日 年 月 日	※この受給者証に記載されている医療機関以外では公費助成は受けられません。	

(裏)

取扱保健福祉センター・保健所 保健福祉センター・保健所 仙台市青葉区保健福祉センター 仙台市宮城野区保健福祉センター 仙台市若林区保健福祉センター 仙台市太白区保健福祉センター 仙台市泉区保健福祉センター 仙南保健所 疾病対策班 塩釜保健所 疾病対策班 塩釜保健所 岩沼支所 地域保健班 塩釜保健所 黒川支所 地域保健班 大崎保健所 疾病対策班 栗原保健所 疾病対策班 登米保健所 疾病対策班 石巻保健所 疾病対策班 気仙沼保健所 疾病対策班	取扱保健福祉センター・保健所 郵便番号 仙台市青葉区上杉一丁目5-1 仙台市宮城野区五輪二丁目12-35 仙台市若林区保春院前丁3-1 仙台市太白区長町南三丁目1-15 仙台市泉区泉中央二丁目1-1 柴田郡大河原町字南129-1 塩竈市北浜四丁目8-15 岩沼市中央三丁目1-18 黒川郡富谷町ひより台二丁目42-2 大崎市古川旭四丁目1-1 栗原市築館藤木5-1 登米市迫町佐沼字西佐沼150-5 石巻市東中里一丁目4-32 気仙沼市東新城三丁目3-3	住所 電話番号 (022)225-7211 (022)291-2111 (022)282-1111 (022)247-1111 (022)372-3111 0224-53-3121 022-363-5504 0223-22-2188 022-358-1111 0229-91-0714 0228-22-2117 0220-22-6119 0225-95-1430 0226-22-6662	注 意 事 項 1 この証を交付された方は、B型肝炎ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインフルエンザ治療又は核膜アノログ治療を受けた場合、あるいは、C型肝炎ウイルス性肝炎を治療するために保険診療によりインフルエンザ治療を受けた場合、あるいは、インフルエンザ治療(以下「抗ウイルス治療」とする。)を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を保険医療機関又は保険薬局に対して支払うこととなります。 2 本制度の対象となる医療は、治療受給者証に記載された疾病に対する抗ウイルス治療に限られています。 3 保険医療機関又は保険薬局において診療を受ける場合、被保険者証等に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。 4 氏名、居住地、加入している医療保険、保険医療機関又は保険薬局に変更があったときは、14日以内に取扱保健所等で、変更の手続きをしてください。 5 治癒等で受給者の資格がなくなつたとき、又は宮城県外へ転出したときなどは、速やかに取扱保健所等で、資格消滅の手続きをしてください。また、宮城県外へ転出する場合において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出してください。又は紛失したときは、取扱保健所等で再交付の手続きをしてください。 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、取扱保健所等で再交付の手続きをしてください。 7 上記各手続の詳細、その他肝炎治療受給に關しての問い合わせがありましたら、下記に連絡してください。 問い合わせ先：宮城県保健福祉部疾病・感染症対策室 感染症対策班 TEL (022) 211-2632 又は左記取扱保健福祉センター若しくは保健所
--	--	---	--

様式録四号中「及び核酸アナログ製剤治療」や、「核酸アナログ製剤治療及びインターフェロソ  
ラー治療」に、

「  
該当番号を○で囲む。  
1 エンテカビル単独  
2 ラミブジン単独  
3 テアホビル単独  
4 ラミブジン＋アテホビル  
5 その他（具体的に記載してください。）  
）」

を

「  
該当番号を○で囲む。  
1 エンテカビル単独  
2 ラミブジン単独  
3 テアホビル単独  
4 テアホビル単独  
5 ラミブジン＋アテホビル  
6 その他（具体的に記載してください。）  
）」

に改める。

様式録十一号中「□核酸アナログ製剤治療」の次に「・□インターフェロソラー治療」を加え  
「又は「核酸アナログ製剤治療」や、「核酸アナログ製剤治療」又は「インターフェロソラー治  
療」に改める。

附 則

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、改正後の肝炎治療に係る医療費用交付規則については平成二  
十六年九月二日から適用する。
- (経過措置)
- 2 改正前の肝炎治療に係る医療費用交付規則による様式で取扱い上著しく支障のないものについ  
ては、当分の間、改正後の肝炎治療に係る医療費用交付規則の規定によるものとみなす。