

東京都の

# B型・C型ウイルス肝炎治療 医療費助成制度 ご案内

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及び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にかかる医療費を助成する制度です。

## 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 核酸アナログ製剤治療 経口薬
- 2 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）注射

### C型ウイルス肝炎

- 1 インターフェロンフリー治療 経口薬

#### セログループ1（ジェノタイプ1）が対象

- ・レジパスビル/ソホスビル配合錠による治療（販売名：ハーボニー）
- ・グレカプレビル水和物/ピブレンタスピル配合剤による治療（販売名：マヴィレット）

#### セログループ2（ジェノタイプ2）が対象

- ・グレカプレビル水和物/ピブレンタスピル配合剤による治療（販売名：マヴィレット）
- ・レジパスビル/ソホスビル配合錠による治療（販売名：ハーボニー）

#### 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

- ・グレカプレビル水和物/ピブレンタスピル配合剤による治療（販売名：マヴィレット）

#### セログループ（ジェノタイプ）の指定なし

- ・ソホスビル/ベルパタスピル配合錠による治療（販売名：エプクルーサ）

- 2 インターフェロン治療

- ① インターフェロン単剤治療 注射

- ②（ペグ）インターフェロン及びリバビリン併用治療 注射

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可能



東京都

## 1 対象となる方は

- 都内に住所があり、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、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、認定基準を満たした場合に医療費助成を受けることができます。
- 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。  
※ 社会保険に加入している生活保護受給者の方は本制度の対象となります。

## 2 助成の内容は

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、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。

### 患者一部負担額（①+②）

階層区分 ①	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	

- 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。
- 「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しており、一定の要件を満たす場合、世帯の課税額合算対象から除外することができます。

\* 区市町村民税課税年額の算定にあたっては、扶養控除について特例的な取扱いがございます。  
詳細は、東京都保健医療局保健政策部疾病対策課までお問い合わせください。

## 3 助成の期間は

治療名	助成期間
・核酸アナログ製剤治療 ・インターフェロン治療（副作用等で中断期間がある場合、2か月を限度として期間延長可） ・（ペグ）インターフェロン及びリバビリン併用治療 (ペグインターフェロン及びリバビリン併用治療において、一定の条件を満たし、医師が72週投与（延長投与）が必要と認める場合は、6か月を限度として期間延長可)	1年
・前治療歴を有するC型慢性肝炎・代償性肝硬変に対するソホスブビル・ベルパタスピル配合錠	7か月
・レジパスビル／ソホスブビル配合錠 ・ソホスブビル・ベルパタスピル配合錠 ・C型代償性肝硬変に対するグレカプレビル水和物／ビブレンタスピル配合剤（セログループ1又は2） ・グレカプレビル水和物／ビブレンタスピル配合剤（セログループ1・2以外）	4か月
・C型慢性肝炎に対するグレカプレビル水和物／ビブレンタスピル配合剤（セログループ1又は2） ※ 前治療歴に応じて4か月とすることができます	3か月

- 助成の期間は、申請月より前に遡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、その旨区市町村の申請窓口にお申し出ください。

## 4 申請手続きは

- お住まいの区市町村の担当窓口に提出してください。
- 申請書・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

東京都保健医療局ホームページ  
からダウンロードいただけます

#### ② B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成に係る診断書

- 対象治療ごとに様式が異なりますので、ご注意ください。
- 東京都が指定する**肝臓専門医療機関に在籍する、日本肝臓学会肝臓専門医が記載した診断書**であることが必要です。

#### ③ 住民票

- 世帯全員分の続柄が記載されたもので、発行から3か月以内のもの。コピー不可。
- 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 個人番号に係る調書(スモン等・先天性血液凝固因子欠乏症等・人工透析・肝炎・肝がん・重度肝硬変用)

- マイナンバーを利用した情報連携を行う場合に提出が必要です。なお、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、患者御本人のほか、患者と住民票上同一の世帯員全員分について記載してください。
- 申請の際に、患者御本人のマイナンバーが確認できる書類（マイナンバーカード等）及び申請者の身元が確認できる書類（運転免許証等）を御提示いただくことが必要です。

#### ⑤ 医療保険の資格確認書類 ※マイナンバーによる情報連携を行う場合は省略可

- 「資格確認書」の写し
- マイナポータルの資格情報画面を印刷したもの

いずれかの書類を  
ご提出ください。

- 以下の事項が記載されていることを確認してください。

記号・番号・枝番、氏名、生年月日、性別、資格取得年月日、負担割合、被保険者氏名（世帯主氏名）、  
本人・家族の別、保険者等番号、保険者名

- 調書に不備がある場合には、後日改めて書類の提出が必要になります。その場合、医療券交付までの時間も要しますので、ご注意ください。

#### 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。）

- 次の①から③までのうち、世帯員ごとにいずれかの書類が必要です。

- ① 区市町村民税課税又は非課税証明書
- 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

- 申請月によって、患者一部負担額を算定する区市町村民税の課税年度が異なります。  
該当年度をお間違えないようご注意ください。

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

- 階層区分が自己負担額最高（2万円）となることをご了承いただいた上で、課税状況を証明する書類の添付を省略することも可能です。

#### «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る場合»

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、患者一部負担額の算定に当たって、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、**世帯全員分の医療保険の資格確認書類**（「資格確認書」の写し・「マイナポータルの資格情報の画面を印刷したもの」）及び**区市町村民税額合算対象除外申請書**を合わせてご提出ください。

- 医療保険の資格確認書類について、マイナンバーによる情報連携を行う場合は省略可

## 5 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。
  - ※ 「**(都)医療券**」の発行には、申請から2か月程度かかります。
  - ※ 区市町村民税非課税世帯の方は、「**(都)医療券**」のみ交付します。
- 「**(都)医療券**」と「**自己負担限度額管理票**」をマイナ保険証（又は資格確認書）、限度額適用・標準負担額減額認定証（お持ちの方のみ）と一緒に医療機関の窓口に提示することで、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。

## 6 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、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。（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、東京都からは助成されません）
- 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。

東京都福祉局ホームページ【医療費支給申請書兼口座振替依頼書（38・82・87用）】  
[https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s\\_maruto8287](https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_maruto8287)

- 70歳以上で、医療保険の自己負担割合が3割の方へ

1 医療機関（薬局含む）当たりの高額療養費の自己負担限度額を減額する特例（入院は57,600円/月、入院以外は18,000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。）のため、ウイルス肝炎医療費助成の月額自己負担額が20,000円の方については、東京都に医療費を請求する必要がない場合があります。

## 7 更新申請について

詳細は、問合せ先までお尋ねください。

### ■ B型核酸アナログ製剤治療

医師が必要と認めた場合に限り、申請により、医療費助成の更新が可能です。

### ■ C型肝炎のインターフェロンフリー治療

更新制度はありませんが、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インターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合のみ、再治療に係る助成が受けられます。

### ■ B型・C型肝炎のインターフェロン治療

原則、医療費助成制度の利用は1回ですが、一定の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。

## 8 問合せ先

各区市町村の担当窓口 又は 東京都保健医療局保健政策部疾病対策課（TEL 03-5320-4004）

東京都保健医療局ホームページ【B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成制度】  
[https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/kenkou/kanen\\_senryaku/kanen/bcInterferon](https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/kenkou/kanen_senryaku/kanen/bcInterferon)

