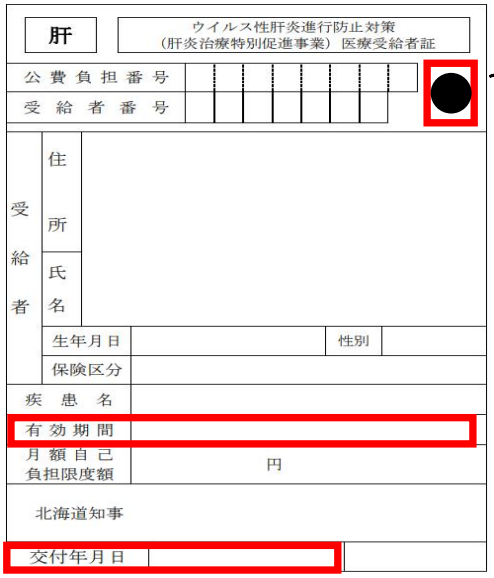
【Ｂ型慢性肝疾患（核酸アナログ製剤使用）の更新時における治療内容等確認表】

【ご自分の受給者証の記載内容等確認】



例：「●」有り

① ご自分の受給者証の「公費負担番号」の横に「●」が有るか無いかを確認し、下記の【必要書類確認表】を参考に必要書類を判断してください。

② ①で確認した必要書類が、ご自分の受給者証に記載されている「有効期間」内または「交付年月日」以降の日付けであるかを確認のうえ、資料を提出してください。

【必要書類確認表】

受給者証の公費負担番号横の「●」の有無	必要書類		
「●」の有る方	①検査内容がわかる資料と ②治療内容がわかる資料の 両方	又は	主治医が作成した 診断書 （様式３－２）※
「●」の無い方	□ ②治療内容がわかる資料	又は	主治医が作成した 診断書 （様式３－２）※

【検査内容及び治療内容がわかる資料の詳細】

①検査内容がわかる資料	②治療内容がわかる資料
肝臓に関する検査(原則**AST、ALT、血小板数、HBe抗体HBV-DNA定量**等）の記載のある資料 ※なお、「ＡＳＴ」と「ＡＬＴ」の記載は必須です (資料の例)検査結果報告書のコピー 、 検診・人間ドックの結果のコピー等	以下のいずれかの薬剤の記載がある「お薬手帳のコピー」や「薬剤情報提供のコピー」等 ・エンテカビル（商品名：バラクルード） ・ラミブジン（商品名：ゼフィックス） ・アデホビル（商品名：ヘプセラ） ・テノホビル（商品名：ﾃﾉｾﾞｯﾄ、ベムリディ） ※なお、「ウルソ」は核酸アナログ製剤ではないので、該当しません。
該当する治療内容等に関する資料が提供できない場合、更新申請を行うことができません	

※診断書（様式３－２）は同封しておりませんので、必要な場合はご自分で主治医に作成を依頼してください