

# B型・C型ウイルス性肝炎 患者さんへのしおり



©2014 大阪府もずやん

## ～ 肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・ 核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請の手引 ～

(令和5年12月版)

### 認定基準

#### 1 B型慢性肝疾患

##### (1) インターフェロン治療について

HBe 抗原陽性でかつ HBV-DNA 陽性のB型慢性活動性肝炎でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がん合併のないもの(ただし、ペグインターフェロン製剤を用いる治療に限っては、HBe 抗原陰性のB型慢性活動性肝炎も対象とする。)

※ 上記において助成対象は2回目の治療までとするが、これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療に続いて、ペグインターフェロン製剤による治療を受けて不成功であったものは、再度ペグインターフェロン製剤による治療を受ける場合において、その治療に対する助成を認める。

##### (2) 核酸アナログ製剤治療について

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者。

#### 2 C型慢性肝疾患

##### (1) インターフェロン単剤治療、インターフェロン及び リバビリン併用治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変でインターフェロン治療を行う予定、又はインターフェロン治療実施中の者のうち、肝がん合併のないもの。

※1 上記については、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による3剤併用療法に係る治療歴のある場合、副作用等の事由により十分量の24週治療が行われなかったものに限る。

※2 上記において2回目の助成を受けることができるのは、以下の①、②のいずれにも該当しない場合とする。

① 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ケース。

② 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週投与が行われたケース。

※3 上記については、直前の抗ウイルス治療として2.(2)に係る治療歴がある場合、助成の申請にあたっては日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

##### (2) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA 陽性のC型慢性肝疾患(C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類BもしくはCのC型非代償性肝硬変)で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がん合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、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他の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に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2.(1)及び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による3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、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の判断を踏まえた上で、日本肝臓学会肝臓専門医が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※認定基準中の治療を行う予定とは、申請日から概ね2か月以内に治療を開始予定であることとします。

※肝炎医療費助成制度は、国で全国統一的に認定基準が定められています。

そのため、上記の対象となる疾患であっても、全ての患者さんが対象となるのではなく、対象となる方が限られています。ご自身の症状が認定基準に該当するかどうか、かかりつけ医にご相談ください。

QRコードから  
大阪府庁ホームページ  
「肝炎対策について」に  
アクセスできます。



## 肝炎医療費助成制度の概要

### 【対象となる疾患】

インターフェロン治療	B型慢性肝炎、C型慢性肝炎、 C型代償性肝硬変
インターフェロンフリー治療	C型慢性肝炎、C型代償性肝硬変 (Child-Pugh 分類 A に限る)、 C型非代償性肝硬変(Child-Pugh 分類 B もしくは C に限る)
核酸アナログ製剤治療	B型慢性肝炎、B型代償性肝硬変、 B型非代償性肝硬変

### 【対象者】

次の項目を全て満たす方が助成の対象となります。

- ① 住所が大阪府内であること
- ② 対象となる疾患と診断され、かつ、表紙に定める認定基準を満たしていること
- ③ 各種健康保険の被保険者又はその被扶養者であること

### 【助成の方法】

対象者には、治療受給者証を交付します。

- 医療機関等へ受診する際に、この治療受給者証を提示することで、肝炎インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療にかかる健康保険診療の自己負担額の一部助成を受けることができます。
- 1か月の肝炎医療費助成制度で受けられるインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療の助成は肝炎医療費助成制度の中で定められている自己負担限度額(月額)を超え、高額療養費の自己負担限度額までです。

### 【対象となる医療】

B型・C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、C型ウイルス性肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療及びB型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で保険適用となっているもの。

助成期間内に、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療を実施するための検査等についても助成の対象です。(手術代、入院時の食事代、居住費等は助成の対象外。)

### 【助成期間】

お住まいの地域を管轄する保健所(大阪市、堺市、東大阪市、寝屋川市は保健(福祉)センター)へ申請した日の属する月(治療開始前申請の場合は治療開始月)の初日から1年以内で、治療予定期間に即した期間です。

例えば、8月6日に申請し治療予定期間が48週の場合は、8月1日～翌年7月31日までが助成期間となります。

ただし、インターフェロン治療については、助成期間中に一定の要件を満たす場合、助成期間の延長申請が可能です(詳細は4ページ参照)。

核酸アナログ製剤治療については、医師が継続治療を必要と認める場合、更新申請が可能です。  
**(必ず有効期限内に更新の手続きを行ってください。)**

### 【自己負担限度額】

階層区分		自己負担 限度額(月額)
甲	世帯全員の市町村民税課税年額(所得割)が 235,000円以上の場合	20,000円
乙	世帯全員の市町村民税課税年額(所得割)が 235,000円未満の場合	10,000円

## インターフェロン治療やインターフェロンフリー治療の留意点

- 1 申請時に必要な診断書は、治療に対応した診断書が必要になります。
  - ・ 診断書(インターフェロン治療)【新規】
  - ・ 診断書(インターフェロン治療)【2回目】
  - ・ 診断書(インターフェロンフリー治療)【新規】
  - ・ 診断書(インターフェロンフリー治療)【再治療】
- 2 診断書(インターフェロンフリー治療)の作成は、日本肝臓学会肝臓専門医に限られます。
- 3 インターフェロンフリー治療を受けた方が再度インターフェロンを含む治療の助成申請をする場合、診断書の作成は日本肝臓学会肝臓専門医に限られます。
- 4 インターフェロンフリー治療不成功後のインターフェロンフリー治療の助成については、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、他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療が適切であると判断される場合に限り助成対象となります。(申請には診断書に加えて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の意見書が必要です。)
- 5 インターフェロンフリー治療は、治療休止期間がある場合でも助成期間の延長はできません。

## 肝炎医療費助成制度の申請手続き

### インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療

- ア 肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療受給者証交付申請書
- イ 肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療認定にかかる診断書
- ウ 患者さんの健康保険証の写し
- エ 世帯全員(続柄を含む)が記載されている住民票
- オ 世帯全員の市町村民税課税(非課税)証明書  
(エ、オ は申請日より6か月前までに交付されたもの)

### 核酸アナログ製剤治療(新規)

- ア 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請書
- イ 肝炎核酸アナログ製剤治療認定にかかる診断書
- ウ 患者さんの健康保険証の写し
- エ 世帯全員(続柄を含む)が記載されている住民票
- オ 世帯全員の市町村民税課税(非課税)証明書  
(エ、オ は申請日より6か月前までに交付されたもの)

※核酸アナログ製剤治療の更新申請について、3年に1回は診断書又はチェックシートで申請が必要です。診断書又はチェックシートで申請された翌年と翌々年は、診断書又はチェックシートに替えて薬剤情報提供書(お薬手帳の写し)で申請できるようになりました(平成30年7月～)。

### 市町村民税課税合算対象除外申請をされる場合(上記の書類に加えて下記 ア、イが必要です)

- ア 申請書(裏面)の市町村民税額合算対象除外申請欄をご記入ください。
- イ 受給者の配偶者及び除外を希望する世帯員の健康保険証の写し  
※上記の書類で扶養関係が確認できない場合は別の書類を求めることがあります。

### 各添付書類の注意事項

肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療  
肝炎核酸アナログ製剤治療 } 認定にかかる診断書

- 診断書は申請する種類によって様式が異なります。治療の種類、申請の回数(新規・2回目・再治療・更新)を主治医に確認のうえ、診断書をご準備ください。
- 治療内容の異なる診断書で申請された場合は審査できないことがありますのでご注意ください。

### 世帯全員が記載された住民票

- 「世帯全員の住民票の原本と相違ない」と証明されたものであること。(市町村の役所等で世帯全員の住民票の交付申請をすると記載されます)

### 世帯全員の市町村民税課税(非課税)証明書

- 肝炎医療費助成制度は、世帯全員の市町村民税課税年額(所得割)の合算額によって、患者さんの自己負担限度額(月額)が決定されます。そのため、住民票に記載された世帯全員の市町村民税課税(非課税)証明書(原本)の提出が必要となります。
- 中学生までの世帯員及び市町村民税課税証明書において扶養家族であると確認できる世帯員の市町村民税課税(非課税)証明書については省略できます。
- 世帯員のうち、受給者又はその配偶者の市町村民税課税年額(所得割)が235,000円以上の場合、その方の市町村民税課税証明書の提出だけでも構いません。
- 市町村民税課税証明書の代わりに特別徴収税額決定通知書の写しや市町村民税・府民税非課税通知書を添付しても構いません。
- 市町村民税課税証明書の証明年次は下記のとおりです。

申請時期	課税証明書の年次
1月から6月末	前々年所得
7月から12月末	前年所得
5月末から6月にかけては所得区分の年度替りの時期ですので、前々年分か前年分のいずれかの課税証明書で構いません。 ただし、世帯全員が同じ年度であること。	

### 各添付書類の有効期限

種類	有効期限
全種類の診断書	主治医記載年月日から 3か月以内のもの
住民票(原本) 市町村民税課税(非課税)証明書(原本)	受付日から6か月以内に 交付されたもの



## 市町村民税額合算対象除外申請

### 市町村民税額合算対象除外申請

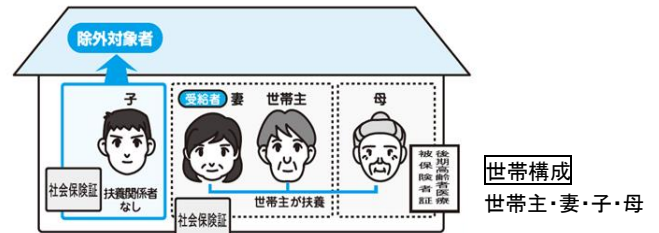
肝炎医療費助成制度は、受給者の属する世帯全員の市町村民税課税年額(所得割)に応じて、1か月あたりのインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療にかかる自己負担額が決定されますが、下記要件を全て満たした世帯員は、「住民票上の世帯」の市町村民税額合算対象から除外できます。除外を希望される場合、合算対象除外者の申請が必要です。(受給者証交付申請と同時に申請されない場合は、申請した月の翌月から適用されます。)

### 市町村民税額合算対象除外要件

- 受給者の配偶者以外の世帯員
- 受給者及びその配偶者と地方税法上、扶養関係にない
- 受給者及びその配偶者と医療保険上、扶養関係にない

市町村民税額合算対象から世帯員を除外して合算しても自己負担限度額に変更がない場合は申請の必要はありません。

### 例) 2種類以上の社会保険に加入している世帯の場合



- ① 受給者に配偶者はいるか⇒有
- ② 受給者及びその配偶者と地方税法上の扶養関係⇒配偶者と母
- ③ 受給者及びその配偶者と医療保険上の扶養関係⇒配偶者

上記のことから、申請があれば子は市町村民税額合算対象から除外できます。

## 申請の承認・不承認

申請後、国の認定基準に基づき、専門医で構成される府の審査会の意見により承認又は不承認が決定されます。(国の認定基準は表紙参照。)

承認された場合は下記の書類を申請者あてに、不承認の場合は不承認通知を申請者あてに大阪府から送付します。なお、核酸アナログ製剤治療受給者証の更新で有効期間が途切れない方には償還請求にかかる書類(イ・ウ・エ)は送付しません。

### インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療受給者

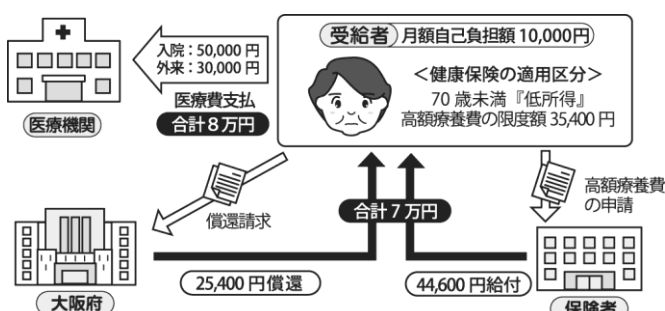
- ア 肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療受給者証及び月額自己負担限度額管理票
- イ 肝炎インターフェロン(フリー)治療医療費証明書
- ウ 肝炎インターフェロン(フリー)治療医療費請求書
- エ 肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療受給者のしおり

### 核酸アナログ製剤治療受給者

- ア 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証及び月額自己負担限度額管理票
- イ 肝炎核酸アナログ製剤治療医療費証明書
- ウ 肝炎核酸アナログ製剤治療医療費請求書
- エ 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者のしおり

## 医療費償還のしくみ

(償還の一例)



受給者証がお手元に届くまでの期間に支払ったインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療の医療費は償還請求により大阪府から償還されます。ただし、高額療養費が支給される場合、大阪府からの償還額は高額療養費の限度額までとなります。この場合、加入する健康保険に高額療養費の支給申請が必要です。

※高額療養費は医療費の患者負担が一定限度を超えた場合に加入健康保険より払い戻される制度です。

## 助成期間の延長・更新申請

インターフェロン治療は最長1年間の助成期間ですが、受給者証の有効期間内に治療が完了しなかった場合、一定の要件に該当する方は助成期間を延長することができます。ただし、少量長期投与については対象ではありません。また、核酸アナログ製剤治療中の方は受給者証の更新申請をすることにより引続き助成を受けることができます。なお、インターフェロンフリー治療は助成期間の延長はできません。

### 【2か月間の期間延長（インターフェロン治療）】

副作用や他の病気などの病状によりインターフェロン治療を一時中断したため、予定していた治療を受給者証の有効期間内に完了できず、期間の延長が必要と医師が判断した方が申請することができます。

治療開始時期が遅れたため受給者証の有効期間内に完了できなかったり、再治療による治療期間の延長は認めていません。

また自己判断で治療を中断した場合の期間延長も認めていません。医師の判断で治療を一時中断、又は受給者の責任のない事情により治療を中断した場合に限ります。

### 【6か月間の期間延長（インターフェロン治療：72週投与）】

C型慢性肝炎セログループ1（ジェノタイプ1）型かつ高ウイルス量症例の受給者で、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の実施に当たり、下記の条件①又は②を満たし、医師が72週投与（48週プラス24週）が必要と判断する場合に申請することができます。

#### 該当条件

- ① 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 48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者で、今回の治療において、「HCV-RNAが36週までに陰性化した症例」に該当し、48週プラス24週（トータル72週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合。
- ② ①に該当しない者であり、今回の治療において、「投与開始後12週後にHCV-RNA量が前値（※）の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性（Real time PCR）で、36週までに陰性化した症例」に該当し、48週プラス24週（トータル72週間）の延長投与が必要と医師が判断した場合。

※前値：治療開始約半年前～直前までのHCV-RNA定量値

### 【核酸アナログ製剤治療受給者証の更新】

核酸アナログ製剤治療受給者証の有効期間は1年です。引き続き核酸アナログ製剤治療が必要と主治医に診断され、肝炎治療医療費助成を希望される方は更新手続きをすることで継続して医療費助成を受給できます。

有効期間終了の3か月前に府庁から更新手続きのご案内を郵送しますので、各自有効期間内に必要書類をそろえて更新手続きを行ってください。有効期間内に更新手続きをされない場合、診断書を用いて新規申請が必要となり、有効期間を継続することができませんのでご注意ください。

### 【期間延長・更新申請の受付について】

受付窓口はお住まいの地域を管轄する保健所（大阪市・堺市・東大阪市・寝屋川市は保健（福祉）センター）です。申請時に必要な申請書や診断書等の様式は保健所で用意しています。また、大阪府ホームページからもダウンロードできます。

## 「肝炎専門医療機関」及び「肝炎協力医療機関」制度について

### 肝炎治療体制の充実

大阪府では、府内の市町村及び府委託医療機関が実施する肝炎ウイルス検査で、「感染している可能性が極めて高い」と判定された府民の方が質の高い治療を受けることができる体制を確保するため、適切な肝炎治療を実施できる医療機関を「肝炎専門医療機関」及び「肝炎協力医療機関」として指定しています。

この「肝炎専門医療機関」「肝炎協力医療機関」の名称、治療実施状況などを大阪府ホームページで公表しています。

また、大阪府健康づくり課生活習慣病・がん対策グループ（大阪府庁06-6941-0351 内線2592）又は、お近くの府保健所でもご案内しています。

### 肝炎専門医療機関の機能

- ① 肝疾患に関する専門知識を有する医師による診断（活動期と病期を含む）と治療方針の決定ができる。
- ② C型肝炎ウイルス感染者に対するインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療等の抗ウイルス療法ができる。
- ③ 肝がんの高危険群の同定と早期診断（超音波検査などによる肝がん診断）ができる。
- ④ 診療ガイドラインに準ずる標準的治療ができる。
- ⑤ 肝疾患のセカンドオピニオンの提示ができる。
- ⑥ 過去1年間の肝炎治療（HBV、HCV、その他を含む）の診療実績（他の診療目的で受診する肝炎患者数は除く）がある。
- ⑦ 大阪府肝炎協力医療機関、かかりつけ医等地域の医療機関と連携した診療体制の展開ができる。
- ⑧ 大阪府肝炎医療コーディネーターを1名以上配置している。

### 肝炎協力医療機関の機能

C型肝炎ウイルス感染者に対して行われる長期間にわたるインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療等の抗ウイルス療法について、肝炎専門医療機関と連携した、インターフェロンの維持投与を含む継続診療の実施ができる。

### 大阪府内の肝炎専門医療機関・肝炎協力医療機関数

大阪府 肝炎対策について

で検索すると、医療機関の一覧が確認できます。

## 肝炎医療費助成制度に関するQ&A

**Q1 申請した日から受給者証が交付されるまでの間の医療費は助成対象となりますか？**

原則、申請受付月の初日から対象となります。受給者証が届くまでの間に患者さんが支払った医療費は、所定の手続きの後に大阪府から還付いたします(Q10参照)。

**Q2 医療費の助成は過去の治療分にも適用されますか？**

受給者証の有効期間外となる過去の医療費については医療費助成制度は適用されません。

**Q3 血液検査や画像検査は助成対象となりますか？**

受給者証の有効期間中に実施されたインターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療に関する検査については、助成対象となります。

**★治療終了後の経過観察のための検査費用については、肝炎定期検査費用助成制度をご確認ください。**

**Q4 核酸アナログ製剤治療の助成対象となる薬剤は何ですか？**

B型慢性肝炎に対し保険適用のある薬剤が助成対象です。現時点では、ラミブジン(商品名:ゼフィックス)、阿德ホビル(商品名:ヘプセラ)、エンテカビル(商品名:バラクルード)、テノホビル(商品名:テノゼット、ベムリディ)が保険適用となっています。

**Q5 副作用の治療は助成対象となりますか？**

インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療及び核酸アナログ製剤治療の中断を防止するために併用せざるを得ない軽微な副作用の治療については助成対象となります。

肝庇護剤による肝庇護療法は、基本的に根治を目的とした治療ではないことから助成対象外です。

また、核酸アナログ製剤治療中のがん治療や検査は核酸アナログ製剤の副作用ではないため助成対象外です。

**★肝がん・重度肝硬変の治療や検査費用については、肝がん・重度肝硬変医療費助成制度をご確認ください。**

**Q6 インターフェロン治療による副作用に対する治療はどこまでが助成対象となりますか？**

本制度はインターフェロン治療の促進のためにその医療費を助成する事業です。

このためインターフェロン治療による軽微な副作用が発生した場合は、インターフェロン治療を継続するために必要な限度において、副作用の治療についても助成対象となります(下表参照)。

しかし、重い副作用等によりインターフェロン治療を中断し副作用に対する治療を行う場合は、その副作用に対する治療や検査は助成対象外です。

インターフェロン治療を継続するために行わざるを得ない薬剤例(助成対象)

- ・ 発熱及びインフルエンザ症状 → 鎮痛解熱薬など
- ・ アレルギー症状 → 抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬など
- ・ 皮膚症状 → 副腎皮質ステロイドホルモン(外用薬)など
- ・ 精神症状(睡眠障害など) → 睡眠導入薬など
- ・ 消化器症状 → 制吐薬、粘膜保護薬など

**Q7 複数の医療機関で受診している場合、それぞれ自己負担限度額まで支払うのですか？**

複数の医療機関・保険薬局を利用している場合であっても、自己負担限度額は1か月につき1万円(甲区分の方は2万円)までです。

**Q8 B型肝炎で核酸アナログ製剤の治療中にインターフェロン治療を実施する場合、何か手続きが必要ですか？**

インターフェロン治療又は核酸アナログ製剤治療を単独で実施する場合と同様に助成申請が必要です。

各治療を開始する際に、各治療に係る申請を行ってください。助成対象医療や有効期間等の取扱いについては、各治療を単独で実施する場合と同様の取扱いとなります。

なお、インターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療を同じ月に実施した場合、その月の自己負担限度額はインターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療を合わせて1万円(甲区分の方は2万円)までとなります。

**Q9 受給者証が届くまでの間に負担する医療費が高額になります。医療費の負担が軽減されるようになりませんか？**

あらかじめ高額になるとわかっている場合、国民健康保険は医療費の支払いを一定の額まで軽減する高額療養費受領委任払い制度、協会けんぽは高額療養費の貸付制度など、保険組合の制度が利用できる場合があります。条件や申請方法等の詳細は加入する健康保険にお問合せください。

**Q10 受給者証が届くまでの間に月額自己負担限度額以上に支払った治療医療費は全額返還されますか？**

申請内容が承認されたら受給者証と一緒に償還請求の用紙を送付します。償還請求の必要書類をそろえて大阪府あてに郵送していただくと、後日指定の振込口座に返還額が振込まれます。

なお、加入健康保険から支給される高額療養費に該当する自己負担額は大阪府からは返還されません。

※加入健康保険から支給される高額療養費に該当する自己負担額は、別途、加入する健康保険に給付の申請をしてください。また、付加給付がある場合は給付された額を除いた治療医療費が返還の対象となります。詳細は、加入健康保険にお問合せください。

### 《参考》

#### 肝炎定期検査費用助成制度とは

B型・C型肝炎ウイルス感染を原因とする慢性肝炎・肝硬変・肝がん(治療後の経過観察含む)の方が定期的に受ける検査費用の自己負担分の一部を助成します。

#### 肝がん・重度肝硬変医療費助成制度とは

B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の入院医療及び通院治療に係る医療費の一部を助成します。※通院は肝がんに対する「分子標的薬を用いた化学療法」と「肝動注化学療法」に限ります。



# 申請受付窓口一覧



©2014 大阪府もずやん

受給対象者の住民票のある住所地を管轄する申請窓口です。

大阪府の保健所			
池田市、箕面市、豊能町、能勢町	072-751-2990	富田林市、河内長野市、大阪狭山市、河南町、太子町、千早赤阪村	0721-23-2681
大阪府池田保健所		大阪府富田林保健所	
茨木市、摂津市、島本町	072-624-4668	和泉市、泉大津市、高石市、忠岡町	0725-41-1342
大阪府茨木保健所		大阪府和泉保健所	
守口市、門真市	06-6993-3132	岸和田市、貝塚市	072-422-6071
大阪府守口保健所		大阪府岸和田保健所	
四條畷市、交野市、大東市	072-878-1021	泉佐野市、阪南市、泉南市、熊取町、田尻町、岬町	072-462-7703
大阪府四條畷保健所		大阪府泉佐野保健所	
藤井寺市、羽曳野市、松原市、柏原市	072-955-4181		
大阪府藤井寺保健所			
大阪市内			
北区保健福祉センター	06-6313-9882	東淀川区役所出張所保健分室	06-6322-0101
都島区保健福祉センター(分館)	06-6882-9882	東成区保健福祉センター	06-6977-9882
福島区保健福祉センター	06-6464-9882	生野区保健福祉センター	06-6715-9882
此花区保健福祉センター	06-6466-9882	旭区保健福祉センター	06-6957-9882
中央区保健福祉センター	06-6267-9882	城東区保健福祉センター	06-6930-9882
西区保健福祉センター	06-6532-9882	鶴見区保健福祉センター	06-6915-9882
港区保健福祉センター	06-6576-9882	阿倍野区保健福祉センター	06-6622-9882
大正区保健福祉センター	06-4394-9882	住之江区保健福祉センター	06-6682-9882
天王寺区保健福祉センター	06-6774-9857	住吉区保健福祉センター	06-6694-9882
浪速区保健福祉センター	06-6647-9882	東住吉区保健福祉センター	06-4399-9882
西淀川区保健福祉センター	06-6478-9882	平野区保健福祉センター	06-4302-9882
淀川区保健福祉センター	06-6308-9882	西成区保健福祉センター	06-6659-9882
東淀川区保健福祉センター	06-4809-9882		
堺市内			
堺保健センター	072-238-0123	西保健センター	072-271-2012
中保健センター	072-270-8100	南保健センター	072-293-1222
東保健センター	072-287-8120	北保健センター	072-258-6600
堺市保健所(感染症対策課)	072-222-9933	美原保健センター	072-362-8681
東大阪市内			
東保健センター	072-982-2603	西保健センター	06-6788-0085
中保健センター	072-965-6411		
高槻市保健所 072-661-9332		八尾市保健所 072-994-6644	
豊中市保健所 06-6152-7402		寝屋川市立保健福祉センター 072-812-2363	
枚方市保健所 072-807-7625		吹田市保健所 06-6339-2227	

健康医療部健康推進室健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ  
 〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目  
 TEL 06-6941-0351 (内線 2592)  
 ホームページ <http://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/kanen/index.html>



大阪府