（受給者証の再交付）

第二十三条　特定無症候性持続感染者は、受給者証を破り、汚し、又は失ったときは、支払基金にその再交付を申請することができる。

2　特定無症候性持続感染者は、前項の申請をしようとするときには、次の各号に掲げる事項を記載した再交付申請書を支払基金に提出しなければならない。

一　特定無症候性持続感染者の氏名及び住所

二　公費負担医療の受給者番号

三　申請の理由

3　受給者証を破り、又は汚した場合の第一項の申請には、同項の申請書に、その受給者証を添えなければならない。

4　受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかに、これを支払基金に返還しなければならない。

（受給者証の返還）

第二十四条　特定無症候性持続感染者が次の各号の一に該当するに至ったときは、その者又は戸籍法（昭和二十二年法律第二百二十四号）の規定による死亡の届出義務者は、速やかに、受給者証を支払基金に返還しなければならない。

一　追加給付金の支給を受けたとき。

二　死亡したとき。

（定期検査費及び母子感染防止医療費の支給の特例）

第二十五条　法第十六条第二項に規定する厚生労働省令で定める病院又は診療所は、生活保護法（昭和二十五年法律第百四十四号）第五十条第一項に規定する指定医療機関とする。

（損害の塡補を受けた場合の届出）

第二十六条　法第十八条第一項に規定する特定Ｂ型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給を受け、又は受けようとする者は、同一の事由について、国により損害の塡補がされた場合（法の施行前に、既に国により損害の塡補がされている場合を含む。）は、その受けた損害賠償その他の給付等の額及びその内容を記載した書類を支払基金に提出しなければならない。

（身分証明書の様式）

第二十七条　法第二十三条第二項の証明書は、様式第三号によるものとする。

2　法第二十四条第二項において準用する法第二十三条第二項の証明書は、様式第四号によるものとする。

3　法第三十五条第二項において準用する法第二十三条第二項の証明書は、様式第五号によるものとする。

附　則

（施行期日）

第一条　この省令は、特定Ｂ型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法（平成二十三年法律第百二十六号。次条において「法」という。）の施行の日（平成二十四年一月十三日）から施行する。

（請求に係る特例）

第二条　法の公布後、この省令の施行前に支払基金に対して行われた請求、届出その他の行為は、法及びこの省令中これに相当する規定がある場合には、法及びこの省令の規定により行われたものとみなす。

様式第一号（第十条第二項関係）

追加給付金に係る診断書

患者氏名・性別　　㊚・㊛　　生年月日　　年　月　日

1．Ｂ型肝炎ウイルスの持続感染と因果関係のある病態区分に、１つ○をつけて下さい

※複数該当する場合は、いずれか１つに○をつけて下さい

○	慢性肝炎	○	肝硬変	○	肝がん	○	死亡

2．上記病態区分と診断した理由を、検査結果、経過等を示しつつ具体的に記載して下さい

※病理組織検査にて肝がん、肝硬変と診断され、6に記載している場合は、記載不要です。
※慢性肝炎は、６ヶ月以上の肝機能検査値の異常が確認され、5に記載している場合には、記載不要です。なお、病理組織検査結果がある場合であっても、ほかに慢性肝炎と診断できる根拠を記載して下さい。

3．Ｂ型肝炎ウイルスの持続感染に起因する病態であると診断した理由を具体的に記載して下さい

※HBV-DNA 量、肝炎ウイルスマーカー等を示しつつ、具体的に記載して下さい

4．上記病態区分と、最初に診断された日を前医の情報等も踏まえて記載して下さい

※分からない場合は、不明に○をつけて下さい

最初に診断された日　　年　月　日　（不明）

5．慢性肝炎と診断した場合は、６ヶ月以上の間隔をあけた２時点の ALT（GPT）の値を記載して下さい

検査日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	（基準値）
ALT（GPT）	IU/l	IU/l	～	IU/l

6．肝硬変、肝がんと診断した場合は、病理組織検査結果を記載して下さい

（有）→ 病理組織診断病名（　　）

（無）→ 診断日　　年　月　日（　　）

7．肝硬変と診断した場合は、90 日以上の間隔をあけた２時点の Child-Pugh 分類の評価を記載して下さい

	年　月　日	年　月　日
肝性脳症	（なし）（軽度）（昏睡）	（なし）（軽度）（昏睡）
腹水	（なし）（軽度）（中程度以上）	（なし）（軽度）（中程度以上）
血清アルブミン値［g/dl］	（3.5 超）（2.8～3.5）（2.8 未満）	（3.5 超）（2.8～3.5）（2.8 未満）
プロトロンビン時間［%］	（70 超）（40～70）（40 未満）	（70 超）（40～70）（40 未満）
血清総ビリルビン値［mg/dl］	（2.0 未満）（2.0～3.0）（3.0 超）	（2.0 未満）（2.0～3.0）（3.0 超）

8．肝硬変と診断した場合は、肝臓の移植手術の実施の有無について記載して下さい

（有）→ 医療機関名［　　］医師名［　　］

（無）→ 手術日　　年　月　日［　　］

9．死亡と診断した場合は、死亡診断書に記載されている内容について記載して下さい

直接死因		死亡した日	年　月　日

上記のとおり診断します。

年　月　日

（特定疾患診療連携拠点病院）（特定疾患専門医療機関）（がん診療連携拠点病院）（その他の医療機関）

医療機関名

住所（〒　　－　　）

診療科名

医師名　　印

電話番号（　　－　　－　　）　　（署名又は記名押印）

特記事項

・該当する○は、実線で囲んで下さい。
・「1．」欄の病態区分のうち「死亡」に○をつけた場合でも、直接死因が B 型肝炎ウイルスの持続感染と因果関係がないものは「死亡」の病態区分の追加給付金は支給されませんので、ご留意ください。（B 型肝炎ウイルスの持続感染と因果関係のある直接死因の例：肝不全、肝がん、肝硬変、食道（胃）静脈瘤破裂など）