

各区市町村

難病医療費等助成事業主管部（課）長 様

東京都保健医療局保健政策部長

小竹 桃子

（公印省略）

B 型・C 型ウイルス肝炎治療医療費助成に係る認定基準の一部改正について（通知）

日頃から、東京都の医療費助成事業に多大なる御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。
この度、厚生労働省から別添のとおり、令和 7 年 1 2 月 1 0 日付健生肝発 1 2 1 0 第 1 号「「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いについて」の一部改正について」の通知がありました。
これに伴い、東京都において「B 型・C 型ウイルス肝炎治療医療費助成制度に係る認定基準」の一部改正を行いましたので、お知らせいたします。
つきましては、医療費助成担当窓口における周知、御対応をよろしくお願いいたします。

記

1 改正内容

C 型慢性肝疾患に対するインターフェロン治療薬であるグレカプレビル・ピブレンタスビルについて、前治療 8 週、再治療 12 週とする療法を医療費助成の対象とします。

2 診断書の取扱い

診断書は第 1 1 号様式「C 型ウイルス肝炎インターフェロンフリー治療（非代償性肝硬変を除く）医療費助成に係る診断書（再治療）」、再治療の意見書は別記第 4 号様式 4「インターフェロンフリー治療（再治療）に対する意見書」を使用してください。

なお、旧様式は、手書き修正例をもとに修正したものも使用できます。

3 施行日

令和 7 年 1 2 月 1 6 日

4 その他

- （1）本通知は、東京都が指定する全ての肝臓専門医療機関に送付しております。
- （2）申請手続等につきましては、東京都保健医療局ホームページを御参照ください。

【B 型・C 型ウイルス肝炎医療費助成について】

https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/kenkou/kanen_senryaku/kanen

【担当】東京都保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策推進担当 河内・福原 電話 03-5320-4476
--