Ver1.00

# 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
# 取扱いマニュアル（医療機関向け）
# 【資料集】

平成３０年１１月２２日

厚生労働省健康局

がん・疾病対策課肝炎対策推進室

**項目**

１．肝がんや重度肝硬変患者への制度の説明フロー　・・・Ｐ　１
２．所得区分に応じた提出書類　・・・Ｐ　５
３．入院記録票の記載例　・・・Ｐ　９
４．データ提供への同意に関する説明文書　・・・Ｐ２９
５．個人票等の記載例　・・・Ｐ３１
６．入院関係医療のカウント例　・・・Ｐ３２
７．複数回入院等の場合の事例　・・・Ｐ３４
８．レセプト記載例　・・・Ｐ４４
９．実施要綱と実務上の取扱い　・・・Ｐ７１
１０．周知用リーフレット　・・・Ｐ９１

## 【資料集1】肝がんや重度肝硬変患者への制度の説明フロー

### 1．制度があることの説明

まず、肝がんや重度肝硬変の入院・通院患者さんがいらっしゃいましたら、
医療費の助成を受けることができる制度がある旨を伝えてください。
伝えていただくことは次のとおりです。

①世帯の収入が約370万円以下であることなど、いくつかの条件があるが、条件を満たせば助成を受けることができる。
②また、助成を受けるためには、少なくとも、過去1年で既に3月、肝がんか重度肝硬変で入院していないとならず（※）、既に3月入院したことを証明するための記録である「入院記録票」を持っている必要がある。
③入院記録票は当院でお渡しできるのでいつでも申し付けてほしい。
④助成を受けるためには、お住いの都道府県に申請する必要がある。

（※）肝がんや重度肝硬変での入院の医療費が、過去1年で既に3月高額療養費算定基準額を超えている必要があります。「3月」の一部としてカウントできるかどうかは、【資料集6】を参照してください。

### 2．制度の詳細の説明

患者さんが制度の詳細について聞きたいといってきた場合に、
次の内容を説明してください。

①助成を受けるためには都道府県で参加者証を発行してもらう必要がある。
②参加者証の発行には、**申請書**と**添付書類**を提出し、都道府県（正確には都道府県知事）の認定を受ける必要がある。
③**申請書**は当院にあるので申しつけてほしい。
（都道府県の担当課から受け取っておいてください。）
④**添付書類**として必要な書類がいくつかあり、年齢と加入している保険によって異なる。申請することになったら訊いてほしい。
⑤助成を受ける条件に、「研究事業への同意」というものがある。診断書に似た「臨床調査個人票」に「同意書」が一枚になっているもので、**添付書類**の一つとなっている。申請することになったら改めて説明する。
⑥助成を受けることができる医療は、通院ではなく入院医療のみ。
⑦助成を受けるためには所得制限がある。被保険者証を確認してほしい。
・70歳未満→加入保険の所得区分「エ」または「オ」
・70歳以上→加入保険の所得区分「一般」または「低所得」
（自己負担割合が2割か1割）
⑧肝がんや重度肝硬変の医療費の月額の自己負担額が1万円になる。
⑨過去1年に既に3月、肝がんや重度肝硬変で入院し、かつ、医療費が高額療養費の算定基準額（＝自己負担限度額）を超えたために高額療養費を加入保険から支給されていることが助成の要件となっている。
⑩4月目以降の医療費が助成対象となる。入院していたかどうかは、入院記録票で確認することになる（※）。

（※）過去に遡って入院記録票への記載を求められた場合は適宜対応してください。ただし、遡ることができるのは指定医療機関としての指定日までです。

３．臨床調査個人票の説明

事業に参加する意思を示したら、臨床調査個人票に必要事項を記載して、渡してあげてください。
その際、【資料集４】の文書を渡して説明してください。
同意する場合は、同意書にサインして、申請書の添付書類として都道府県に提出することを説明してください。

４．添付書類の説明

入院記録票に、過去１２月において３月、入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えたことが記載されることになったら（＝入院記録票の「入院関係医療のカウント」が４になると見込まれるときは）、お住まいの都道府県を確認して、担当部署を紹介し、【資料集２】の添付書類が必要なことと次の事項を伝えてください。

①添付書類を揃えて、参加者証を発行してもらうことと、
②参加者証を受け取ったら、今後、肝がんや重度肝硬変で入院する場合は、入院する医療機関に参加者証を見せること。また、医療費の助成を受けることになったときも、忘れずに、入院している医療機関に参加者証を見せること。

５．都道府県担当者による事業の説明

## ○　指定医療機関から肝がんや重度肝硬変患者への制度の説明フロー（簡略版）

### 1　制度があることの説明（入院のときなど）

○　まず、肝がんや重度肝硬変の入院・通院患者さんがいらっしゃいましたら、医療費の助成を受けることができる制度がある旨を伝えてください。
　伝えていただくことは次のとおりです。

①　所得要件（世帯の収入が約370万円以下）など、いくつかの条件があるが、条件を満たせば助成を受けることができる。
②　また、助成を受けるためには、少なくとも、過去１年で既に３月、肝がんか重度肝硬変で入院していることが必要（※1）。このため、既に３月入院したことを証明するための記録である「入院記録票」（※2）を持っている必要がある。
③　入院記録票は当院でお渡しできるのでいつでも申し付けてほしい。
④　助成を受けるためには、お住いの都道府県に申請する必要がある。

（※1）肝がんや重度肝硬変での入院の医療費が、過去１年で既に３月高額療養費算定基準額を超えている必要があります。
　　高額療養費が支給されている患者さんは、多くの場合（具体的には、70歳以上で所得区分が一般の場合以外の場合）、
　　高額療養費の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けておられます。
（※2）「入院記録票」とは、指定医療機関において患者が肝がんや重度肝硬変の入院医療を受けたことを記録するものです。
　　過去１年で既に３月、肝がんか重度肝硬変で入院していることなどを確認することができます。

### 2　制度の詳細の説明（入院のときや、過去1年で既に3月入院したときなど）

○　患者さんが制度の詳細について聞きたいといってきた場合や、過去1年で既に3月入院しており、4月目以降の入院を見込んで助成を申請することが可能と思われる場合に、次の内容を説明してください。
　また、助成を申請することが可能と思われる場合には、都道府県の担当部署を紹介してください。

①　助成を受けるためには都道府県で参加者証を発行してもらう必要がある。
②　参加者証の発行には、**申請書**と**添付書類**を提出し、都道府県の認定を受ける必要がある。
③　**申請書**は当院にあるので申しつけてほしい。
　（都道府県の担当課から受け取っておいてください。）
④　**添付書類**として必要な書類（※3）がいくつかある。

（※3）具体的には、(1)臨床調査個人票及び同意書、(2)被保険者証の写し（高齢受給者証が交付されているときは、その写しを含む。）、(3)限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し、(4)入院記録票の写し、(5)住民票の写し、(6)70歳以上で所得区分が一般の者は課税・非課税証明書類

⑤　助成を受ける条件に、「研究事業への同意」というものがある。診断書に似た「臨床調査個人票」に「同意書」が一枚になっているもので、**添付書類**の一つとなっている。「臨床調査個人票」は、指定医療機関の医師が作成して患者に渡す。
⑥　助成を受けることができる医療は、通院ではなく入院医療のみ。
⑦　助成を受けるためには所得制限がある。被保険者証を確認してほしい。
　・　70歳未満→加入保険の所得区分「エ」または「オ」
　・　70歳以上→加入保険の所得区分「一般」または「低所得」（自己負担割合が２割か１割）
⑧　肝がんや重度肝硬変の医療費の月額の自己負担額が１万円になる。
⑨　過去１年に既に３月、肝がんや重度肝硬変で入院し、かつ、その医療費が高額療養費の算定基準額（＝自己負担限度額）を超えたために高額療養費を加入保険から支給されていること（※4）が助成の要件となっている。
（※4）高額療養費が支給されている患者さんは、多くの場合（具体的には、70歳以上で所得区分が一般の場合以外の場合）、
　　高額療養費の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けておられます。
⑩　４月目以降の入院医療費が助成対象となる。

# 医師の皆様へのお願い

1. 本事業では、肝がん、重度肝硬変（Child-Pugh分類B／C、7点以上）の患者さんの入院医療費の助成をすることができます。

2. 助成を受けるためには、過去1年の間に既に3月、肝がん、重度肝硬変で指定医療機関に入院した月があることが必要です。
この証明のために、「入院記録票」を持っている必要があります。

皆様の説明が、事業参加への契機となります。肝がん、重度肝硬変で入院予定、入院中、退院後の患者さんがいましたら、事業説明のリーフレットをお渡しください。

また、各病院で詳細な説明ができる担当者（部署）を決めていただき、そちらで説明を受けられれば、患者さんの事業参加につながっていくと考えられます。患者さんへの説明に向けた病院内での必要なご調整や担当者のご案内をお願いいたします。

※ 事業の詳細につきましては、医療機関向けマニュアルをご確認お願いいたします。

## 【資料集2】所得区分に応じた提出書類

### 1．概要（新規申請時）

| 年齢区分 | 所得区分<br>（限度額適用認定証等における適用区分） | 提出書類（新規申請時） |
|---|---|---|
| 70歳未満 | ［エ］<br>～年収約370万円<br>健保：標報26万円以下<br>国保：旧ただし書き<br>所得210万円以下 | ・臨床調査個人票及び同意書<br>・本人の医療保険の被保険者証の写し<br>・限度額適用認定証等の写し<br>・本人の住民票の写し<br>・入院記録票（入院関係医療のカウントが3/12以上）の写し |
| | ［オ］<br>住民税非課税者 | |
| 70歳以上<br>75歳未満 | ［Ⅲ（一般所得）］<br>年収約156万～約370万円<br>標報26万円以下<br>課税所得145万円未満等 | ・臨床調査個人票及び同意書<br>・本人の医療保険の被保険者証の写し<br>・本人の高齢受給者証の写し<br>・本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類<br>・本人及び世帯全員の住民票の写し<br>・入院記録票（入院関係医療のカウントが3/12以上）の写し |
| | ［Ⅱ（低所得Ⅱ）］<br>住民税非課税世帯 | ・臨床調査個人票及び同意書<br>・本人の医療保険の被保険者証の写し<br>・本人の高齢受給者証の写し<br>・限度額適用認定証等の写し<br>・本人の住民票の写し<br>・入院記録票（入院関係医療のカウントが3/12以上）の写し |
| | ［Ⅰ（低所得Ⅰ）］<br>住民税非課税世帯<br>（年金収入80万円以下など） | |
| 75歳以上 | ［Ⅲ（一般所得）］<br>年収約156万～約370万円<br>標報26万円以下<br>課税所得145万円未満等 | ・臨床調査個人票及び同意書<br>・本人の後期高齢者医療被保険者証の写し<br>・本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類<br>・本人及び世帯全員の住民票の写し<br>・入院記録票（入院関係医療のカウントが3/12以上）の写し |
| | ［Ⅱ（低所得Ⅱ）］<br>住民税非課税世帯 | ・臨床調査個人票及び同意書<br>・本人の後期高齢者医療被保険者証の写し<br>・限度額適用認定証等の写し<br>・本人の住民票の写し<br>・入院記録票（入院関係医療のカウントが3/12以上）の写し |
| | ［Ⅰ（低所得Ⅰ）］<br>住民税非課税世帯<br>（年金収入80万円以下など） | |

（備考）
・限度額適用認定証等とは、限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証をさします。
・年収は、平成30年８月時点における概ねの金額となります。

## 2. 詳細（年齢・保険者別に新規・更新の提出添付書類を整理）

### ○70歳未満・被用者保険

| 適用区分 | 新規申請 | 更新申請 | 保険者照会（更新時） |
|---|---|---|---|
| エ | ・臨床調査個人票等<br>・被保険者証(写)<br>・限度額適用認定証等(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | ・参加者証(写)<br>・被保険者証(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br><br>（保険者照会に係る通知１（２）②により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に限度額適用認定証等(写)の提出は不要） | ○追加提出書類なし（更新申請時の照会不要） |
| オ | ・臨床調査個人票等<br>・被保険者証(写)<br>・限度額適用認定証等(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | **＜７月早期＞**<br>・参加者証(写)<br>・被保険者証(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br>・被保険者の非課税証明書類 | ○**７月下旬までに**「被保険者の非課税証明書類(写)」の提出が必要<br>（適用区分オであることを保険者が確認するため） |

### ○70歳未満・市町村国保

| 適用区分 | 新規申請 | 更新申請 | 保険者照会（更新時） |
|---|---|---|---|
| エ・オ | ・臨床調査個人票等<br>・被保険者証(写)<br>・限度額適用認定証等(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | ・参加者証(写)<br>・被保険者証(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br><br>（保険者照会に係る通知２（２）①により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に限度額適用認定証等(写)の提出は不要） | ○追加提出書類なし（更新申請時の照会不要。課税所得について市町村が税情報を把握しているため） |

### ○70歳未満・国保組合

| 適用区分 | 新規申請 | 更新申請 | 保険者照会（更新時） |
|---|---|---|---|
| エ・オ | ・臨床調査個人票等<br>・被保険者証(写)<br>・限度額適用認定証等(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | **＜７月早期＞**<br>・参加者証(写)<br>・被保険者証(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br>・本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類又は本人のマイナンバー | ○**７月下旬までに**「本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類(写)」又は「本人のマイナンバー」の提出が必要<br>（適用区分を判定するため） |

## ●70歳以上75歳未満・被用者保険

| 適用区分 | 新規申請 | 更新申請 | 保険者照会（更新時） |
|---|---|---|---|
| Ⅲ<br>（一般所得） | ・臨床調査個人票等<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類<br>・本人及び世帯全員の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | ・参加者証(写)<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br><br>（保険者照会に係る通知１（２）②により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に税関連書類の提出は不要） | ●追加提出書類なし（更新申請時の照会不要） |
| Ⅱ<br>（低所得Ⅱ） | ・臨床調査個人票等<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・限度額適用認定証等(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | **＜７月早期＞**<br>・参加者証(写)<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br>・被保険者の非課税証明書類 | ●**７月下旬までに**「被保険者の非課税証明書類(写)」の提出が必要（適用区分Ⅱであることを保険者が確認するため） |
| Ⅰ<br>（低所得Ⅰ） | ・臨床調査個人票等<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・限度額適用認定証等(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | **＜７月早期＞**<br>・参加者証(写)<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・本人及び世帯全員の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br>・被保険者及び被扶養者の非課税証明書類 | ●**７月下旬までに**「被保険者及び被扶養者の非課税証明書類(写)」の提出が必要（適用区分Ⅰであることを保険者が確認するため） |

## ●70歳以上75歳未満・市町村国保

| 適用区分 | 新規申請 | 更新申請 | 保険者照会（更新時） |
|---|---|---|---|
| Ⅲ<br>（一般所得） | ・臨床調査個人票等<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類<br>・本人及び世帯全員の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | ・参加者証(写)<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br><br>（保険者照会に係る通知２（２）①により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に税関連書類の提出は不要） | ●追加提出書類なし（更新申請時の照会不要。課税所得について市町村が税情報を把握しているため） |
| Ⅱ<br>（低所得Ⅱ）<br>・<br>Ⅰ<br>（低所得Ⅰ） | ・臨床調査個人票等<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・限度額適用認定証等(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | ・参加者証(写)<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br><br>（保険者照会に係る通知２（２）①により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に限度額適用認定証等(写)の提出は不要） | ●追加提出書類なし（更新申請時の照会不要。課税所得について市町村が税情報を把握しているため） |

## ●70歳以上75歳未満・国保組合

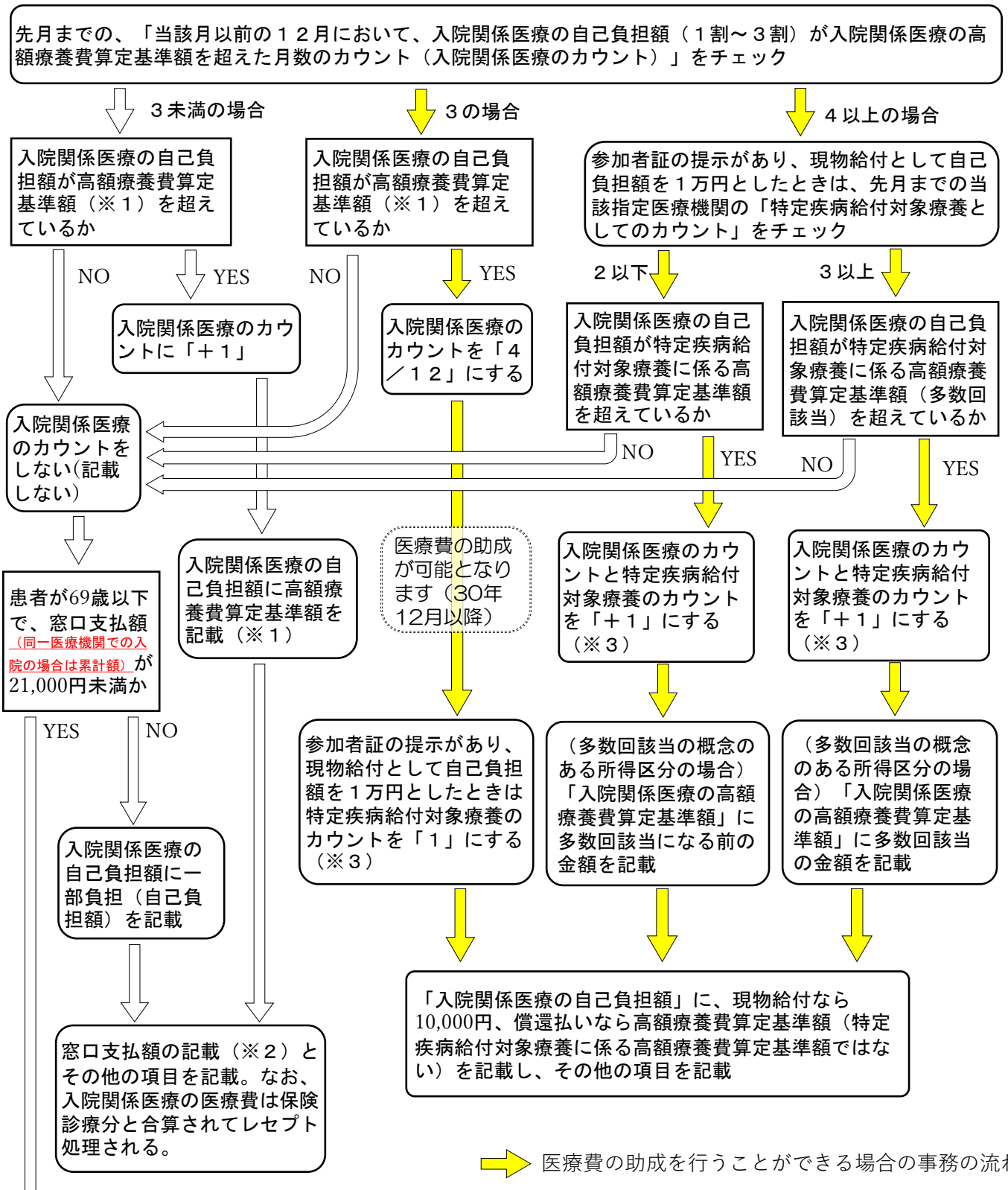
| 適用区分 | 新規申請 | 更新申請 | 保険者照会（更新時） |
|---|---|---|---|
| Ⅲ<br>（一般所得） | ・臨床調査個人票等<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類<br>・本人及び世帯全員の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | ＜７月早期＞<br>・参加者証(写)<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・本人及び世帯全員の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br>・本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類又は本人のマイナンバー | ●**７月下旬までに**「本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類(写)」又は「本人のマイナンバー」の提出が必要<br>（適用区分を判定するため） |
| Ⅱ<br>（低所得Ⅱ）<br>・<br>Ⅰ<br>（低所得Ⅰ） | ・臨床調査個人票等<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・限度額適用認定証等(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | ＜７月早期＞<br>・参加者証(写)<br>・被保険者証(写)<br>・高齢受給者証(写)<br>・本人及び世帯全員の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br>・本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類又は本人のマイナンバー | ●**７月下旬までに**「本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類(写)」又は「本人のマイナンバー」の提出が必要<br>（適用区分を判定するため） |

## □75歳以上・後期高齢者医療保険

| 適用区分 | 新規申請 | 更新申請 | 保険者照会（更新時） |
|---|---|---|---|
| Ⅲ<br>（一般所得） | ・臨床調査個人票等<br>・後期高齢者医療被保険者証(写)<br>・本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類<br>・本人及び世帯全員の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | ・参加者証(写)<br>・後期高齢者医療被保険者証(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br><br>（保険者照会に係る通知３（２）により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に税関連書類の提出は不要） | □追加提出書類なし<br>（更新申請時の照会不要。課税所得について市町村が税情報を把握しているため） |
| Ⅱ<br>（低所得Ⅱ）<br>・<br>Ⅰ<br>（低所得Ⅰ） | ・臨床調査個人票等<br>・後期高齢者医療被保険者証(写)<br>・限度額適用認定証等(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写) | ・参加者証(写)<br>・後期高齢者医療被保険者証(写)<br>・本人の住民票(写)<br>・入院記録票(3/12以上)(写)<br><br>（保険者照会に係る通知３（２）により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に限度額適用認定証等(写)の提出は不要） | |

**【資料集3】入院記録票の記載例**

◇入院記録票の記載のチャート図




※１　この場合の入院関係医療の高額療養費算定基準額は、多数回該当の概念のある所得区分の場合は、多数回該当の適用前の金額となります。

※２　多数回該当の概念のある所得区分の場合、保険診療の高額療養費が多数回該当となっているとき、「窓口支払額」＜「入院関係医療の自己負担額」となるケースがあります。

※３　参加者証の提示がないときは償還払いとなり、特定疾病給付対象療養のカウントは行わないことになります。

◇パターン1

・助成が始まるまでの時期を想定
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療高額療養費算定基準額を超えている月数が当該月以前の12月中に4月未満
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額に到達

「特定疾病給付対象療養としてのカウント」がまだ無いため、「入院関係医療の高額療養費算定基準額」と「保険診療の高額療養費算定基準額」には、「保険診療の高額療養費算定基準額（多数回該当になる前の金額）」が入ります。

※記載例１

・国保70歳以上で所得区分が「一般」
・直近の12か月間に、高額療養費の支給を受けた月が３月以下
・入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超過（２月目）
・他の保険診療なし（入院関係医療のみ）

△年７月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）７／３ | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 57,600円 | 57,600円 | ０円 | ＡＢＣＤ－ＥＦＧＨ |
| （退院日）７／２４ | | | 57,600円 | 57,600円 | Ａ市国保 | 123456 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 2／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名） | ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | |
| | （医療機関名） | ／12 | | |

(注１) 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
(注２) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン2

・助成が始まるまでの時期を想定
・本事業の対象となる所得区分外（現役並み所得者）の方
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療高額療養費算定基準額を超えている月数が当該月以前の12月中に4月未満
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額に到達

その後、本事業の対象となる所得区分に変更となった場合に、公費助成の条件である「当該月以前の12月中に3月、入院関係医療が高額療養費算定基準額を超えた」のカウントの対象になるため、入院記録票への記載が可能です。

※記載例２

・国保70歳以上で所得区分が「現役並み」
・直近の12か月間に、高額療養費の支給を受けた月が３月以下
・入院関係医療の医療費の総額が300,000円の場合
　自己負担限度額： 80,100＋（300,000 － 267,000）×1% ＝ 80,430円
・入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超過（２月目）
・他の保険診療なし（入院関係医療のみ）

△年７月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）７／３<br>（退院日）７／２４ | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 80,430円<br>80,100＋(医療費−267,000)×１％（「現役並み」等でも可） | 80,430円<br>80,100＋(医療費−267,000)×１％（「現役並み」等でも可） | ０円<br>Ａ市国保 | ＡＢＣＤ－ＥＦＧＨ<br>123456 |
| （入院日）<br>（退院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| 当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント | 2／12 | 当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください | ○ |
|---|---|---|---|

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| 当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント | （医療機関名） | ／12 | 当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください | |
|---|---|---|---|---|
| | （医療機関名） | ／12 | | |

(注１) 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
(注２) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン3

・助成が始まるまでの時期を想定
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療高額療養費算定基準額を超えている月数が当該月以前の12月中に4月未満
・保険診療の高額療養費は多数回該当が適用
・入院関係医療と他の保険医療を、同一の医療機関の1回の入院で受けた
・入院関係医療の自己負担額は今回の入院では高額療養費算定基準額を超えない

「入院関係医療の自己負担額」には、入院関係医療の自己負担（一部負担）額を記載し、「窓口支払額」には医療機関窓口で支払った金額を記載します。

※記載例３

・国保70歳以上で所得区分が「一般」
・直近の12か月間に、保険診療で高額療養費の支給を受けた月が４月以上（多数回該当）
・骨折（本事業の入院関係医療以外）と重度肝硬変の医療を受療
・医療費の総額が300,000円（そのうち、入院関係医療の医療費が40,000円）
・窓口支払額は、多数回該当の高額療養費算定基準額の44,400円

△年７月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）７／３ | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 8,000円 | 44,400円 | ０円 | ＡＢＣＤ－ＥＦＧＨ |
| （退院日）７／２４ | | | 57,600円 | 44,400円 | Ａ市国保 | 123456 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名） | ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | |
| | （医療機関名） | ／12 | | |

（注１） 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
（注２） 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

※70歳未満の方の場合、窓口支払額が21,000円未満の場合は高額療養費の合算の対象とならないので、入院記録票に記載しないでください。ただし、同一の指定医療機関に複数回入院したことで窓口支払額が21,000円を超える場合は、遡って記載してください。

◇パターン4

・助成が始まるまでの時期を想定
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療高額療養費算定基準額を超えている月数が当該月以前の12月中に4月未満
・同じ月に異なる医療機関に一回ずつ入院し、それぞれで入院関係医療を受けている
・入院関係医療の自己負担額の合計額が高額療養費算定基準額に到達しない
・保険診療の高額療養費は1回目の医療機関のみ多数回該当が適用
（保険としては両方の医療機関において多数回該当が適用される）

それぞれの入院について記載します。「入院関係医療の自己負担額」の合計額が、「入院関係医療の高額療養費算定基準額」を超えた場合は、「当該月以前の12月において、入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定額を超えた月数のカウント」（＝入院関係医療のカウント）にカウントすることになります。

※記載例４
・70歳以上で所得区分が「一般」
・同じ月に異なる医療機関に一回ずつ入院し、それぞれで入院関係医療のみ受療
・１回目の医療費100,000円（自己負担額：20,000円）
・２回目の医療費150,000円（自己負担額：30,000円）

△年７月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）７／３ | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 20,000円 | 20,000円 | ０円 | ＡＢＣＤ－ＥＦＧＨ |
| （退院日）７／１５ | | | 57,600円 | 44,400円 | Ａ市国保 | 123456 |
| （入院日）７／２０ | △△総合病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 30,000円 | 30,000円 | ０円 | ＡＢＣＤ－ＥＦＧＨ |
| （退院日）７／２４ | | | 57,600円 | 57,600円 | Ａ市国保 | 123456 |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| 当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント | ／12 | 当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください | |
|---|---|---|---|

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| 当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント | （医療機関名） ／12 | 当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください | |
|---|---|---|---|
| | （医療機関名） ／12 | | |

（注１） 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
（注２） 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン5

・助成を行うことができる期間を想定
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えている月数が当該月以前の12月に既に4月
・同じ月に異なる医療機関で一回ずつ入院し、それぞれで入院関係医療を受けている
・2回の入院により、合計の医療費の自己負担額が高額療養費算定基準額に到達
・保険診療の高額療養費は1回目の医療機関のみ多数回該当が適用
（保険としては両方の医療機関において多数回該当が適用される）

パターン4と同様それぞれの入院について記載します。2回目の医療機関では、入院関係医療の自己負担額の合計が、入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えているので、「入院関係医療のカウント」を1つ追加してください。

※記載例５

・70歳以上で所得区分が「一般」
・同じ月に異なる医療機関に一回ずつ入院し、それぞれで入院関係医療のみ受療
・１回目の医療費100,000円（自己負担額：20,000円）
・２回目の医療費200,000円（自己負担額：40,000円）

△年７月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）７／３ | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 20,000円 | 20,000円 | ０円 | ＡＢＣＤ－ＥＦＧＨ |
| （退院日）７／１５ | | | 57,600円 | 44,400円 | Ａ市国保 | 123456 |
| （入院日）７／２０ | △△総合病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 40,000円 | 40,000円 | ０円 | ＡＢＣＤ－ＥＦＧＨ |
| （退院日）７／２４ | | | 57,600円 | 57,600円 | Ａ市国保 | 123456 |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額(1割～3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 5／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名） ／12<br>（医療機関名） ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | |

(注１) 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
(注２) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

特定疾病給付対象療養は、同一の医療機関の医療費しか合算できないので、①のカウントがあり、かつ、それが「４」以上であったとしても、②のカウントは入らないので注意してください。

◇パターン6

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2018年８月の状況）
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療高額療養費算定基準額を超えている月数が当該月以前の12月中に4月未満
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えている
・保険診療の自己負担額が保険診療の高額療養費算定基準額を超えている

「入院関係医療の自己負担額」には入院関係医療の高額療養費算定基準額を記載し、「窓口支払額」は、入院関係医療と保険診療の合計額が、保険診療の高額療養費を超えている場合は、保険診療の高額療養費と同額が記載されます。

※記載例６
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・直近の12か月間に、高額療養費の支給を受けた月が３月以下
・入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超過（１月目）

2018年8月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）８／３ | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 57,600円 | 57,600円 | ０円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）８／１５ | | | 57,600円 | 57,600円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 1／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名） ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | |
| | （医療機関名） ／12 | | |

(注１) 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
(注２) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン7

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2018年10月の状況）
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療高額療養費算定基準額を超えている月数が当該月以前の12月中に4月未満
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えている
・保険診療の高額療養費は多数回該当が適用
・当該月の保険診療はない

入院関係医療のカウントが4／12未満なので、高額療養費の支給のみの判断であり、保険診療がなくても、入院関係医療は保険診療と合計して、保険診療の高額療養費を超えているかどうかの判定がされることになります。「窓口支払額」は、合計の金額が保険診療の高額療養費を超えている場合は、保険診療の高額療養費と同額が記載されます。

※記載例７
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・直近の12か月間に、高額療養費の支給を受けた月が３月以下
・入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超過（３月目）

2018年10月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）１０／８ | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 57,600円 | 44,400円 | ０円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）１０／２４ | | | 57,600円 | 44,400円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額(1割～3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 3／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名） ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | |
| | （医療機関名） ／12 | | |

(注１) 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
(注２) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン8

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2018年12月の状況）
・直近の12月の状況は次のとおり
　保険診療では高額療養費の支給を4月以上受けている
　特定疾病給付対象療養では高額療養費の支給を受けた月は3月以下
　入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超過している月が4月以上
・入院関係医療の自己負担額も保険診療の自己負担額も高額療養費算定基準額を超えている

入院関係医療のカウントが4／12以上で現物給付を実施しており、「特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額」が「入院関係医療の高額療養費算定基準額」に入ります。また、入院関係医療と保険診療は、それぞれで高額療養費算定基準額を超えているかどうかが判定されることになります。「窓口支払額」は、「入院関係医療の自己負担額」となる、現物給付の10,000円に加えて、保険診療の金額を合計（上限は、保険診療の高額療養費算定基準額）した金額が入ります。

※記載例8
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・入院関係医療で現物給付を実施

2018年12月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注1）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注2） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）12／2 | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 10,000円 | 44,400円 | 0円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）12／19 | | | 57,600円 | 44,400円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 5／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名）○○大学附属病院 | 1／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |
| | （医療機関名） | ／12 | | |

（注1） 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
（注2） 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン9

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2019年１月の状況）
・直近の12月の状況は次のとおり
　保険診療では高額療養費の支給を4月以上受けている
　特定疾病給付対象療養では高額療養費の支給を受けた月は3月以下
　入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超過している月が4月以上
・保険診療の自己負担額も入院関係医療の自己負担額も高額療養費算定基準額を超えていない

「入院関係医療の自己負担額」は、「特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額」を超えていないので、一部負担額（自己負担額）が入りますが、入院関係医療のカウントはされません。「窓口支払額」は、「入院関係医療の自己負担額」と保険診療の自己負担額の合計（上限は保険診療の高額療養費算定基準額）が入ります。

※記載例9
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」

2019年1月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）<br>１／１９ | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 30,000円 | 30,000円 | ０円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）<br>１／２８ | | | 57,600円 | 44,400円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名） ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | |
| | （医療機関名） ／12 | | |

（注１） 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
（注２） 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン10

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2019年2月の状況）
・直近の12月の状況は次のとおり
　保険診療では高額療養費の支給を4月以上受けている
　特定疾病給付対象療養では高額療養費の支給を受けた月は3月以下
　入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超過している月が4月以上
・入院関係医療の自己負担額は高額療養費算定基準額を超えているが、保険診療の自己負担額は超えてない

入院関係医療のカウントが4／12以上で現物給付を実施しており、「特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額」が「入院関係医療の高額療養費算定基準額」に入ります。「入院関係医療の自己負担額」は、現物給付を行うので10,000円になります。「窓口支払額」は、10,000円と保険診療の自己負担額の合計（上限は保険診療の高額療養費算定基準額）が入ります。

※記載例10
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・入院関係医療で現物給付を実施

2019年2月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）２／５ | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 10,000円 | 25,000円 | ０円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）２／２０ | | | 57,600円 | 44,400円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 6／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名）○○大学附属病院 | 2／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |
| | （医療機関名） | ／12 | | |

(注１) 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
(注２) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン11

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2019年３月の状況）
・直近の12月の状況は次のとおり
　保険診療では高額療養費の支給を４月以上受けている
　特定疾病給付対象療養では高額療養費の支給を受けた月は3月以下
　入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超過している月が4月以上
・入院関係医療の自己負担額は高額療養費算定基準額を超えているが、保険診療の自己負担額は超えてない
・同じ月に、同じ医療機関で、他の公費負担医療を受けている

入院関係医療のカウントが４／１２以上で現物給付を実施しており、「特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額」が「入院関係医療の高額療養費算定基準額」に入ります。「入院関係医療の自己負担額」は、現物給付を行うので10,000円になります。「窓口支払額」は、入院関係医療の現物給付による10,000円と、他の公費負担医療の支払額の合計が入ります。

※記載例11
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・入院関係医療で現物給付を実施
・他の公費負担医療の支払額（自己負担額）が10,000円

2019年3月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）３／２ | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 10,000円 | 20,000円 | 10,000円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）３／１２ | | | 57,600円 | 44,400円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 7／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名）○○大学附属病院 | 3／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |
| | （医療機関名） | ／12 | | |

(注１) 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
(注２) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン12

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2019年４月の状況）
・直近の12月の状況は次のとおり
　保険診療では高額療養費の支給を４月以上受けている
　特定疾病給付対象療養では高額療養費の支給を受けた月が4月以上
　入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超過している月が4月以上
・入院関係医療及び保険診療の自己負担額がそれぞれ高額療養費算定基準額を超えている
・同じ月に、同じ医療機関で、他の公費負担医療を受けている

「入院関係医療のカウント」が4／12以上でかつ、「特定疾病給付対象療養のカウント」が4／12以上で現物給付を実施しており、「入院関係医療の高額療養費算定基準額」は、多数回該当の適用を受けることになります。「入院関係医療の自己負担額」は、現物給付を行うので10,000円になります。「窓口支払額」は、入院関係医療の現物給付による10,000円と、他の公費負担医療の支払額と保険診療分の合計（上限は保険診療の高額療養費算定基準額）が入ります。

※記載例12
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・入院関係医療で現物給付を実施
・他の公費負担医療の支払額（自己負担額）が10,000円

2019年4月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）<br>４／１１<br>（退院日）<br>４／２４ | ○○大学附属病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 10,000円<br>44,400円 | 44,400円<br>44,400円 | 10,000円<br>Ｂ健康保険組合 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ<br>765・43210 |
| （入院日）<br>（退院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 8／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （■■■■■）○○大学附属病院 | 4／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |
| | （医療機関名） | ／12 | | |

（注１） 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
（注２） 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン13

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2019年７月の状況）
・直近の12月の状況は次のとおり
　保険診療では高額療養費の支給を4月以上受けているが、転院があったので、医療機関としての多数回該当のカウントはリセット
　特定疾病給付対象療養としての多数回該当のカウントも転院があったのでリセット
　入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超過している月が4月以上
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えている

「入院関係医療の高額療養費算定基準額」は、転院先で現物給付を実施しており、多数回該当のカウントがリセットされたので、多数回該当の適用前の金額となります。「保険診療の高額療養費算定基準額」は、医療保険としては多数回該当が継続しておりますが、医療機関としては多数回該当が原則リセットされていると思われますので、その旨で処理してください。

※記載例13
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・入院関係医療で現物給付を実施
・保険診療の多数回該当は、医療機関としてリセットしている

2019年7月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）<br>７／９ | ◇◇大学病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 10,000円 | 10,000円 | ０円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）<br>７／１４ | | | 57,600円 | 57,600円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 10／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名）◇◇大学病院 | 1／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |
| | （医療機関名） | ／12 | | |

(注１) 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
(注２) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン14

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2019年９月の状況）
・直近の12月の状況は次のとおり
　保険診療の多数回該当のカウントは、転院によるリセットから増えていない状態
　特定疾病給付対象療養では高額療養費の支給を受けた月が４月未満
　入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超過している月が4月以上
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えている
・同じ月に、同じ医療機関で、他の公費負担医療と保険診療を受けている

入院関係医療のカウントが４／１２以上で現物給付を実施しており、「特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額」が「入院関係医療の高額療養費算定基準額」に入ります。「入院関係医療の自己負担額」は、現物給付を行うので10,000円になります。「窓口支払額」は、入院関係医療の現物給付の10,000円と他の公費負担医療の自己負担額（支払額）と保険診療の自己負担額の合計（上限は保険診療の高額療養費算定基準額）が入ります。「保険診療の高額療養費算定基準額」は原則として、リセットされることとなり、多数回該当になる前の金額で処理してください。

※記載例14
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・入院関係医療で現物給付を実施
・他の公費負担医療の支払額（自己負担額）が10,000円

2019年9月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）<br>９／２０ | ◇◇大学病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 10,000円 | 50,000円 | 10,000円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）<br>９／２７ | | | 57,600円 | 57,600円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 10／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名）◇◇大学病院 | 3／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |
| | （医療機関名） | ／12 | | |

（注１） 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
（注２） 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン15

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2019年11月の状況）
・直近の12月の状況は次のとおり
　保険診療の多数回該当のカウントは、転院によるリセットから増えていない状態
　特定疾病給付対象療養では高額療養費の支給を受けた月が4月以上
　入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超過している月が4月以上
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えている
・同じ月に、同じ医療機関で保険診療を受けている

「入院関係医療のカウント」が4／12以上かつ、「特定疾病給付対象療養のカウント」が4／12以上で現物給付を実施しており、「入院関係医療の高額療養費算定基準額」は、多数回該当の適用を受けることになります。「入院関係医療の自己負担額」は、現物給付を行うので10,000円になります。「窓口支払額」は、入院関係医療の現物給付による10,000円と保険診療分の合計（上限は保険診療の高額療養費算定基準額）が入ります。

※記載例15
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・入院関係医療で現物給付を実施

2019年11月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）<br>１１／７ | ◇◇大学病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 10,000円 | 57,600円 | ０円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）<br>１１／１９ | | | 44,400円 | 57,600円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 10／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名）◇◇大学病院 | 5／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |
| | （医療機関名） | ／12 | | |

（注１） 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
（注２） 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン16

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2020年１月の状況）
・直近の12月の状況は次のとおり
　保険診療では高額療養費の支給を受けた月が4月未満
　特定疾病給付対象療養では高額療養費の支給を受けた月が4月未満
　入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超過している月が4月以上
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えている
・同じ月に、同じ医療機関で保険診療を受けている

入院関係医療のカウントが4／12以上で現物給付を実施しており、「特定疾病給付対象療養の高額療養費算定基準額」が「入院関係医療の高額療養費算定基準額」に入ります。「入院関係医療の自己負担額」は、現物給付を行うので10,000円になります。「窓口支払額」は、入院関係医療の現物給付による10,000円と保険診療分の合計（上限は保険診療の高額療養費算定基準額）が入ります。

※記載例16
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・入院関係医療で現物給付を実施

2020年1月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）<br>１／８ | ◇◇大学病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 10,000円 | 40,000円 | ０円 | ＱＲＳＴ－ＵＶＷＸ |
| （退院日）<br>１／１８ | | | 57,600円 | 57,600円 | Ｃ市国保 | 543210 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 10／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名）◇◇大学病院 | 1／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |
| | （医療機関名） | ／12 | | |

（注１） 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
（注２） 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン17

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2019年９月に現物給付できなかった場合）
・直近の12月の状況は次のとおり
　保険診療の多数回該当のカウントは、転院によるリセットから増えていない状態
　特定疾病給付対象療養では高額療養費の支給を受けた月が4月未満
　入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超過している月が4月以上
・入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えている
・同じ月に、同じ医療機関で、他の公費負担医療と保険診療を受けている
・現物給付として、入院関係医療の自己負担額を10,000円とすることができたにもかかわらず、何らかの理由でできなかった。

入院関係医療の自己負担額は保険診療扱いとなり、30,000円＋90,000円の120,000円分の保険診療の自己負担額があることになります。窓口支払額は、他公費負担医療の支払額の10,000円＋保険診療の47,600円の合計額である57,600円になります。「入院関係医療の高額療養費算定基準額」は、現物給付が行われないので57,600円となり、また、入院関係医療の自己負担額は90,000円分なので、57,600円を超えていることから、「入院関係医療の自己負担額」には57,600円を記載し、「入院関係医療のカウント」が＋1になります。なお、一つの医療機関の入院関係医療の自己負担額が、入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えているので、医療費の助成は可能となります。

※記載例17
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・入院関係医療で現物給付を行わなかった。
（特定疾病給付対象療養としてのカウントが＋1にならない）
・他の公費負担医療の支払額（自己負担額）が10,000円

2019年9月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）９／２０ | ◇◇大学病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 57,600円 | 57,600円 | 10,000円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）９／２７ | | | 57,600円 | 57,600円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | | | | |
| （退院日） | | | | | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 10／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名） | ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** | |
| | （医療機関名） | ／12 | | |

（注１） 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
（注２） 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

◇パターン18

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2019年11月に同一病院に2回入院した場合）
・直近の12月の状況は次のとおり
　保険診療の多数回該当のカウントは、転院によるリセットから増えていない状態
　特定疾病給付対象療養では高額療養費の支給を受けた月が4月以上
　入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超過している月が4月以上
・入院関係医療の自己負担額が、1回目の入院では入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えてなかったが、2回目の入院の後に超えた

多数回該当となる月ですが、1回目の入院では、入院関係医療の自己負担額が多数回該当の高額療養費算定基準額（44,400円）を超えなかったので、1回目の時点では、「入院関係医療の高額療養費算定基準額」は多数回該当の適用のない金額である57,600円が入ります。2回目の入院は、入院関係医療の自己負担額が多数回該当の高額療養費算定基準額を超えているので現物給付の処理が可能となります。窓口支払額は、10,000円＋54,000円（保険診療分）が、保険診療の高額療養費算定基準額を超えているので57,600円の支払いになります。なお、1回目の支払いの30,000円は、患者が保険者に高額療養費の支給の請求をしていただくことになります。2回目の入院の支払額は、高額療養費の現物給付として、基準額との差額である27,600円のみの場合もあります。2回の入院時に、入院関係医療の自己負担額が「入院関係医療の高額療養費算定基準額」を超えたことから、「入院関係医療のカウント」を＋1にし、また、現物給付を行ったので、「特定疾病給付対象療養としてのカウント」も＋1になります。

※記載例18
・70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
・同一の医療機関に2回入院し、それぞれで入院関係医療を受療
・1回目の入院は、入院関係医療のみで医療費100,000円（自己負担額：30,000円）
・2回目の入院は、入院関係医療と保険診療
　入院関係医療の医療費200,000円（自己負担額：60,000円）
　保険診療の医療費180,000円（自己負担額：54,000円）
・2回目の入院関係医療で現物給付を実施

ここの記載する時点では特定疾病給付対象療養としてのカウントがされないので、多数回該当の適用を受けません。

2019年11月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）１１／７ | ◇◇大学病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 30,000円 | 30,000円 | ０円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）１１／１９ | | | 57,600円 | 57,600円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日）１１／２３ | ◇◇大学病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 10,000円 | 57,600円 | ０円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）１１／３０ | | | 44,400円 | 57,600円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | |
|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | 10／12 | 当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください ○ |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名）◇◇大学病院 | 5／12 | 当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください ○ |
| | （医療機関名） | ／12 | |

（注１） 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この[illegible]割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。

（注２） 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上[illegible]としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

ここのカウントが入るのは、２回目の入院の後になります。

◇パターン19

（「【資料6】入院関係医療のカウント例」の2019年11月が、「入院関係医療の自己負担額」が**90,000円**ではなく**60,000円**になり、かつ、同一の医療機関に複数回入院し、自己負担額がそれぞれ18,000円と42,000円で、保険診療の自己負担額が54,000円ではなく0円だった場合）

1回目、2回目の入院のそれぞれの「入院関係医療費の自己負担額」が、「多数回該当の適用を受けた入院関係医療の高額療養費算定基準額」を超えていないので、現物給付できないことから、「入院関係医療の高額療養費算定基準額」は、多数回該当の適用のない金額である57,600円が入ります。2回の入院の合計額が「入院関係医療の高額療養費算定基準額」である57,600円を超えるので、2回目の入院後に、入院関係医療のカウントを＋1にすることになります。現物給付できないことから、特定疾病給付対象療養として扱われず、保険診療として扱われることになるため、2回目の入院時に保険診療の高額療養費算定基準額を超えることになります。従って、2回目の入院時の窓口支払額は、自己負担額全額（42,000円）ではなく、保険診療の高額療養費算定基準額に到達するまでとなります。一方で、このときの「入院関係医療の自己負担額」は、自己負担額全額が入ることになります。なお、この場合、同一の医療機関における入院関係医療の自己負担額の合計が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えているので、患者は都道府県に対して償還払いの請求ができることになります。
（※この場合で、医療機関で現物給付の処理が可能であっても、原則的には上記の処理となります。）

※記載例19

- 70歳未満で所得区分が「適用区分エ」
- 同一の医療機関に2回入院し、それぞれで入院関係医療のみを受療
- 1回目の入院は、医療費　60,000円（自己負担額：18,000円）
- 2回目の入院は、医療費140,000円（自己負担額：42,000円）
- それぞれの入院の入院関係医療の自己負担額が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えなかったので現物給付は行わなかった

2019年11月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注1）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注2） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日）<br>11／7 | ◇◇大学病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 18,000円 | 18,000円 | 0円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）<br>11／19 | | | 57,600円 | 57,600円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |
| （入院日）<br>11／23 | ◇◇大学病院 | ☑ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | 42,000円 | 39,600円 | 0円 | ＩＪＫＬ－ＭＮＯＰ |
| （退院日）<br>11／30 | | | 57,600円 | 57,600円 | Ｂ健康保険組合 | 765・43210 |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| 当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント | 10／12 | 当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください | ○ |
|---|---|---|---|

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| 当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント | （医療機関名） | ／12 | 当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください | |
|---|---|---|---|---|
| | （医療機関名） | ／12 | | |

（注1）、この記入欄においては、１割～３割が

（注2）である場合は、特定疾病給付対象療養と

現物給付が可能となった場合は、２段目を記載せず、１段目の記載を次のように修正してください。
- 入院関係医療の自己負担額→10,000円
- 入院関係医療の高額療養費算定基準額→44,400円
- 窓口支払額→10,000円

さらに、特定疾病給付対象療養としてのカウント（②のカウント）を＋１にしてください。

## 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に参加される方へ

■　事業の参加にあたって

「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」の参加者証の交付申請の際に都道府県知事に提出していただく臨床調査個人票の「写し」は、厚生労働省にも提供されることになります。厚生労働省は、これにより得られた肝がんや非代償性肝硬変（以下、重度肝硬変）の臨床データを、患者の予後の改善や生活の質の向上、肝がんの再発の抑制などを目的に解析します。また、本事業の円滑な実施や利便性の向上にも役立てられます。

なお解析は、厚生労働省の研究班（厚生労働科学研究費補助金 肝炎等克服政策研究事業「肝がん・重度肝硬変の治療に係るガイドラインの作成等に資する研究（研究代表者：東京大学　小池和彦）」（以下、政策研究班））において実施されます。

■　事業の対象

B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者で、厚生労働省の研究班へ臨床データを提供し、活用されることに同意をいただいた方

■　事業に参加することによる負担、費用、リスク、利益

保険診療の範囲内でおこなった検査等の結果に基づいて作成された臨床調査個人票の写しを提出するのみですので、追加で負担や費用が発生したり、有害事象が起きたりすることはありません。

臨床情報の提供に同意し本事業に参加することにより、所定の条件に該当した場合に医療費の負担が軽減されます。

臨床情報の提供に同意を頂けない方は、本事業の対象とはなりません。

■　個人情報の保護について

個人を特定する情報や臨床情報は厚生労働省および厚生労働省の研究班において保存されますが、適切に取り扱われ、目的以外の用途で使用されることはありません。

■　同意の任意性について

この事業に参加するかどうかは、ご自身の意思で決めていただきます。同意がないことにより、診療上不利益を被ることはありません。また、希望する場合には同意を撤回することが可能です。

■　事業の報告について

この事業によって得られた結果は、厚生労働省および関係機関が開催する会議で報告されます。また、厚生労働科学研究費補助金の年次報告書で報告され、学会や医学雑誌に発表されることがあります。ただし、個人の特定につながる内容を公表することはありません。

■　　情報の保存について

臨床調査個人票の写しは、解析を行った後も厚生労働省および厚生労働省の研究班に保存されます。研究班における保存の期間は政策研究班が終了する2022 年3 月までの予定ですが、研究期間が延長した場合には保存期間も同様に延長される可能性があります。

■　　事業に関する資料の入手、相談について

この事業に関して詳しくお知りになりたい場合は、担当医あるいは◯◯（お住まいの都道府県）へご相談ください。

（都道府県担当部署名）
連絡先；◯◯-◯◯-◯◯

以上、この事業の内容について十分ご理解いただいたうえで、参加することをお決めになりましたら、同意書に署名及び捺印をし、日付の記入をお願いいたします。

# 【資料集5】個人票等の記載例

（別紙様式例2）

臨床調査個人票及び同意書

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ<br>患者氏名 | | 性別<br>男・女 | 生年月日（年齢）<br>年　月　日　（満　歳） |
| 住所 | 郵便番号<br>電話番号　） | | |
| 診断年月 | 年　月 | 前医（あれば記載する） | 医療機関名<br>医師名 |
| 検査所見 | 直近の所見を入力すること。<br>1. B型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる)<br>☐ HBs抗原陽性（検査日：　年　月　日）<br>又は<br>HBV-DNA陽性（検査日：　年　月　日）<br>☐ HBs抗原消失例（過去に6ヶ月以上間隔を空けて実施した連続する2回の測定結果でHBs抗原陽性である）<br>1回目 HBs抗原陽性（検査日：　年　月　日）<br>2回目 HBs抗原陽性（検査日：　年　月　日）<br><br>2. C型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる)<br>☐ HCV抗体陽性（検査日：　年　月　日）<br>☐ HCV-RNA陽性（検査日：　年　月　日）<br><br>3. 血液検査（検査日：　年　月　日）<br>AST　＿＿＿ U／L　ALT　＿＿＿ U／L　血小板数　＿＿＿ ／μL<br>血清アルブミン　＿＿＿ g/dL　血清総ビリルビン　＿＿＿ mg/dL　プロトロンビン時間　＿＿＿ %<br><br>4. 身体所見(該当する項目にチェックを入れる)（検査日：　日　日）<br>腹水（☐なし、☐軽度、☐中程度以上）<br>肝性脳症（☐なし、☐軽度（Ⅰ,Ⅱ）、☐昏睡（Ⅲ以上） | |
| 診断根拠 | 【肝がんの場合】(該当する項目にチェックを入れる)<br>☐画像検査(☐ 造影CT、 ☐ 造影MRI、 ☐ 血管造影/造影下CT)（検査日：　年　月　日）<br>☐病理検査(☐ 切除標本、 ☐ 腫瘍生検)（検査日：　年　月　日）<br>☐ その他(　　)<br>※その他の場合には、その具体的な内容を記載のうえ、根拠となる資料を添付すること。<br>【重度肝硬変(非代償性肝硬変)の場合】(該当する項目にチェックを入れる)<br>☐ Child－Pugh score で7点以上（検査日：　年　月　日）<br>☐ 別に定める「重度肝硬変(非代償性肝硬変)の医療行為」の治療歴を有する。<br>（当該医療行為の実施日：　年　月　日） | |
| その他記載すべき事項 | | | |
| 診断 | 該当するすべての項目にチェックを入れる。<br>☐肝がん　(B型肝炎ウイルスによる)<br>☐肝がん　(C型肝炎ウイルスによる)<br>☐重度肝硬変(非代償性肝硬変)　(B型肝炎ウイルスによる)<br>☐重度肝硬変(非代償性肝硬変)　(C型肝炎ウイルスによる) | | |

医療機関名及び所在地　　記載年月日　年　月　日

医師氏名　　印

## 同　意　書

厚生労働省の研究事業について説明を受け、本研究事業の趣旨を理解し、臨床データ(臨床調査個人票等)を提供し、活用されることに同意します。

同意年月日　年　月　日

患者氏名　　印

（代諾者の場合は代諾者の氏名　　印）

肝がん又は重度肝硬変と初めて診断した年月を記載してください。

前医があれば記載してください。

「B型肝炎ウイルス性」であることをHBs抗原またはHBV-DNAの結果により確認した場合にチェックを入れてください。陽性を確認した日について、HBs抗原、HBV-DNAどちらか一方の直近の検査日を記載してください。

「B型肝炎ウイルス性」であることを、直近のHBs抗原又はHBV-DNA陽性により示せないが、過去にHBs抗原が陽性であったことがわかる場合にチェックを入れて、検査日を記載してください。

３及び４についても直近の検査日及び結果を記載してください。本事業の肝がん・重度肝硬変に該当するかについては、下の診断根拠の欄に記載により判断が行われます。

実務上の取扱い別添３を参照して記載してください。

指定医療機関から参加予定者に対して、国が研究班に対して臨床調査個人票及び同意書（本文書のこと）を提供することを説明し、同意を取得するようお願いします。

全身状態などから参加予定者が同意できない場合には、代諾者による同意を得ることが可能です。

自著又は自著でない場合は捺印をお願いします。

## 2018年７月から2019年４月まで【70歳未満・国保・適用区分エ】

| 月 | 2018年7月 | 2018年8月 | 2018年9月 | 2018年10月 | 2018年11月 | 2018年12月 | 2019年1月 | 2019年2月 | 2019年3月 | 2019年4月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 自己負担額（入院関係医療） | 0円 | 60,000円 | 60,000円 | 90,000円 | 60,000円 | 60,000円 | 30,000円 | 90,000円 | 60,000円 | 54,000円 |
| 自己負担額（保険診療） | 60,000円 | 45,000円 | 60,000円 | 0円 | 30,000円 | 60,000円 | 0円 | 15,000円 | 0円 | 60,000円 |
| **他公費負担医療の支払額** | 0円 | 0円 | 0円 | 0円 | 0円 | 0円 | 0円 | 0円 | 10,000円 | 10,000円 |
| 41条1項（保険診療）のカウント | ○（1／12） | ○（2／12） | ○（3／12） | ○（4／12）多 | ○（5／12）多 | ○（6／12）多 | ×（6／12）多 | ×（6／12）多 | ×（6／12）多 | ○（7／12）多 |
| **保険診療の高額療養費算定基準額** | 57,600円 | 57,600円 | 57,600円 | 44,400円 | 44,400円 | 44,400円 | 44,400円 | 44,400円 | 44,400円 | 44,400円 |
| *カウントの考え方* | 保険診療が基準額を超えているので1項としてカウント | 入院関係医療のカウントはあるが7項のカウントがないため、合算して1項としてカウント | 保険診療が基準額を超えているので1項としてカウント | 入院関係医療のカウントはあるが7項のカウントがないため1項としてカウント。4回を超えたので多数回該当 | 同左 | 保険診療が基準額を超えているので1項でカウント。4回を超えたので多数回該当 | 入院関係医療が7項でカウントされず、1項の基準額も超えてないのでカウントなし。多数回該当は継続 | 入院関係医療は7項でカウント。保険診療が基準額を超えてないのでカウントなし。多数回該当は継続 | 入院関係医療は7項でカウント。保険診療がないので、1項としてのカウントはなし。多数回該当は継続 | 保険診療が基準額を超えているので1項としてカウント。多数回該当は継続 |
| **特定疾病給付対象療養としてのカウント** | × | × | × | × | × | ○（1／12） | ×（1／12） | ○（2／12） | ○（3／12） | ○（4／12）多 |
| **入院関係医療の高額療養費算定基準額** | *（57,600円）<br>※助成が開始されるまでのカウントとしてのみ* | *（57,600円）<br>※助成が開始されるまでのカウントとしてのみ* | *（57,600円）<br>※助成が開始されるまでのカウントとしてのみ* | *（57,600円）<br>※助成が開始されるまでのカウントとしてのみ* | *（57,600円）<br>※助成が開始されるまでのカウントとしてのみ* | 57,600円 | 57,600円 | 57,600円 | 57,600円 | 44,400円 |
| *カウントの考え方* | 入院関係医療のカウントが4回に達していないのでカウントなし | 同左 | 同左 | 同左 | 入院関係医療のカウントが4回に達したが、医療費の助成は30年12月からなので、7項のカウントはできない | 入院関係医療のカウントが4回に達しており、医療費の助成が開始となったので7項のカウント開始 | 入院関係医療のカウントがないことからカウントなし | 入院関係医療のカウントがあり、また、そのカウントが4以上であることからカウント | 同左 | 入院関係医療のカウントがあり、かつ4以上となっており、7項のカウントが4以上なので多数回該当 |
| **入院関係医療のカウント<br>（○の場合入院記録票に記載）** | × | ○（1／12） | ○（2／12） | ○（3／12） | ○（4／12） | ○（5／12） | ×（5／12） | ○（6／12） | ○（7／12） | ○（8／12） |
| *カウントの考え方* | 入院関係医療が7項の基準額（57,600）を超えていないので、カウントなし | 入院関係医療が7項の基準額（57,600）を超えているので、入院関係医療のカウント | 同左 | 同左 | 同左 | 入院関係医療が基準額を超えているのでカウント。医療費の助成が開始 | 入院関係医療が7項の基準額（57,600）を超えていないのでカウントなし | 入院関係医療が7項の基準額（57,600）を超えているのでカウント | 同左 | 入院関係医療が7項の基準額（44,400）を超えているのでカウント |
| **窓口支払額**（患者負担） | 57,600円 | 57,600円 | 57,600円 | 44,400円 | 44,400円 | 44,400円 | 30,000円 | 25,000円 | 20,000円 | 44,400円 |
| 負担額の内訳 | 60,000のうち基準額の範囲 | 合計額（105,000）のうち基準額の範囲 | 合計額（120,000）のうち基準額の範囲 | 90,000のうち基準額の範囲 | 合計額（90,000）のうち基準額の範囲 | 入院関係医療の10,000と保険の34,400 | 入院関係医療30,000 | 入院関係医療の10,000と保険の15,000 | 入院関係医療の10,000と公費負担医療の10,000 | 入院関係医療10,000＋公費負担医療10,000＋保険24,400 |
| **入院関係医療の自己負担額** | — | 57,600円 | 57,600円 | 57,600円 | 57,600円 | 10,000円 | 30,000円 | 10,000円 | 10,000円 | 10,000円 |
| 保険診療の支払額（41条1項としての支払額） | 57,600円 | 57,600円 | 57,600円 | 44,400円 | 44,400円 | 34,400円 | 30,000円 | 15,000円 | 0円 | 24,400円 |
| 都道府県負担（入院関係医療分） | 0円 | 0円 | 0円 | 0円 | 0円 | 47,600円 | 0円 | 47,600円 | 47,600円 | 34,400円 |
| *参考：最終的な保険者負担（高額療養費含む）* | 142,400円 | 292,400円 | 342,400円 | 255,600円 | 255,600円 | 308,000円 | 70,000円 | 277,400円 | 142,400円＋他の公費負担医療分 | 311,200円＋他の公費負担医療分 |
| *参考：最終的な保険者負担（高額療養費のみ）* | 2,400円 | 47,400円 | 62,400円 | 45,600円 | 45,600円 | 28,000円 | 0円 | 32,400円 | 2,400円＋他公費での高額療養費 | 45,200円＋他公費での高額療養費 |
| 入院記録票記載例【資料集3】 | （記載不用） | パターン6 | | パターン7 | | パターン8 | パターン9 | パターン10 | パターン11 | パターン12 |
| レセプト | 単独レセ　区エ | 単独レセ　区エ | 単独レセ　区エ | 単独レセ　区エ | 単独レセ　区エ | 併用レセ　区エ | 単独レセ　区エ | 併用レセ　区エ | 併用レセ　区エ | 併用レセ　多エ |
| 樹形図・レセプト記載例【資料集8】 | No.1 | No.2 | | No.3 | | No.4 | | No.5 | No.6 | No.7 |

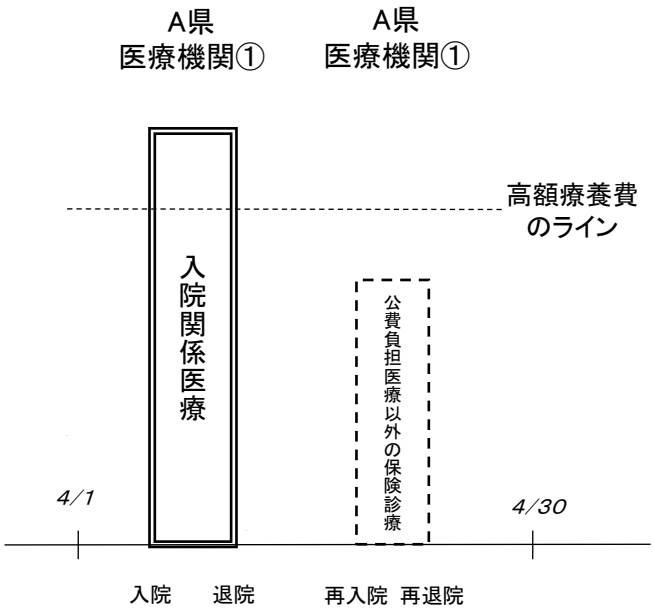
# 2019年５月から2020年１月まで【70歳未満・国保・適用区分エ】

| 月 | 2019年5月 | 2019年6月 | 七月一日付けの医療機関の変更（転院）があった（保険者の変更なし）ものとします。<br>↓<br>特定疾病給付対象療養としての多数回該当のカウントはリセットされます。<br>（入院関係医療のカウントはリセットされません） | 2019年7月 | 2019年8月 | 2019年9月 | 2019年10月 | 2019年11月 | 十二月一日を初日とする保険への変更（多数回該当の継続なし）があったものとします。<br>↓<br>多数回該当のカウントはリセットされます。<br>（ただし、入院関係医療のカウントはリセットされません） | 2019年12月 | 2020年1月 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 自己負担額（入院関係医療） | 0円 | 90,000円 | | 90,000円 | 90,000円 | 90,000円 | 90,000円 | 90,000円 | | 45,000円 | 90,000円 |
| 自己負担額（保険診療） | 30,000円 | 0円 | | 0円 | 0円 | 30,000円 | 30,000円 | 54,000円 | | 45,000円 | 30,000円 |
| **他公費負担医療の支払額** | 0円 | 0円 | | 0円 | 0円 | 10,000円 | 0円 | 0円 | | 0円 | 0円 |
| 41条1項（保険診療）のカウント | ×（7／12）多 | ×（7／12）多 | | ×（6／12）多<br>（医療機関としては×(0/12)） | ×（5／12）多<br>（医療機関としては×(0/12)） | ×（4／12）多<br>（医療機関としては×(0/12)） | ×（3／12）<br>（医療機関としては×(0/12)） | ×（2／12）<br>（医療機関としては×(0/12)） | | ○（1／12） | ×（1／12） |
| **保険診療の高額療養費算定基準額** | 44,400円 | 44,400円 | | 44,400円<br>（医療機関としては57,600円） | 44,400円<br>（医療機関としては57,600円） | 44,400円<br>（医療機関としては57,600円） | 57,600円 | 57,600円 | | 57,600円 | 57,600円 |
| *カウントの考え方* | 保険診療が基準額を超えていないのでカウントなし。多数回該当は継続 | 保険診療がないので1項としてのカウントなし。多数回該当は継続 | | 保険診療がないので1項としてのカウントなし。多数回該当は継続。医療機関としてはカウントリセット | 保険診療がないので1項としてのカウントなし。医療保険としては多数回該当は継続 | 保険診療が基準額を超えていないので1項としてのカウントなし。多数回該当は継続 | 保険診療が基準額を超えてないので1項としてのカウントなし。多数回該当は保険者としても適用なし | 同左 | | 合算額（90,000）が基準額を超えているので1項としてカウント | 保険診療が基準額（57,600）を超えていなので、1項としてのカウントなし |
| **特定疾病給付対象療養としてのカウント** | ×（4／12）多 | ○（5／12）多 | | ○（1／12） | ○（2／12） | ○（3／12） | ○（4／12）多 | ○（5／12）多 | | ×（0／12） | ○（1／12） |
| **入院関係医療の高額療養費算定基準額** | 44,400円 | 44,400円 | | 57,600円 | 57,600円 | 57,600円 | 44,400円 | 44,400円 | | 57,600円 | 57,600円 |
| *カウントの考え方* | 入院関係医療のカウントがないことからカウントなし。多数回該当は継続 | 入院関係医療のカウントがあり、かつ4以上となっており、7項のカウントが4以上なので多数回該当 | | 入院関係医療のカウントがあり、かつ4以上であるからカウント。多数回該当はリセットされたのでカウント1 | 入院関係医療のカウントがあり、かつ4以上であるからカウント。多数回該当はリセットされたのでカウント2 | 入院関係医療のカウントがあり、かつ4以上であるからカウント。多数回該当はリセットされたのでカウント3 | 入院関係医療のカウントがあり、かつ4以上となっており、7項のカウントが4以上となるので多数回該当 | 同左 | | 入院関係医療のカウントがないことからカウントなし。 | 入院関係医療のカウントがあり、また、そのカウントが4以上であることから、助成が可能なのでカウントあり |
| **入院関係医療のカウント**<br>**（○の場合入院記載要に記載）** | ×（8／12） | ○（9／12） | | ○（10／12） | ○（10／12） | ○（10／12） | ○（10／12） | ○（10／12） | | ×（9／12） | ○（10／12） |
| *カウントの考え方* | 入院関係医療がないので、カウントなし | 入院関係医療が7項の基準額（44,400）を超えているのでカウント | | 入院関係医療が7項の基準額（57,600）を超えているのでカウント | 同左 | 同左 | 入院関係医療が7項の基準額（44,400）を超えているのでカウント | 同左 | | 入院関係医療が7項の基準額（57,600）を超えてないのでカウントなし | 入院関係医療が7項の基準額（57,600）を超えているのでカウント |
| **窓口支払額**<br>（患者負担） | 30,000円 | 10,000円 | | 10,000円 | 10,000円 | 50,000円 | 40,000円 | 57,600円 | | 57,600円 | 40,000円 |
| 負担額の内訳 | 保険<br>30,000 | 入院関係医療10,000 | | 入院関係医療10,000 | 入院関係医療10,000 | 入院関係医療10,000+公費負担医療10,000+保険30,000 | 入院関係医療10,000と保険30,000 | 入院関係医療10,000と保険47,600 | | 合計額（90,000）のうち基準額の範囲 | 入院関係医療10,000と保険30,000 |
| **入院関係医療の自己負担額** | 0円 | 10,000円 | | 10,000円 | 10,000円 | 10,000円 | 10,000円 | 10,000円 | | 45,000円 | 10,000円 |
| 保険診療の支払額<br>（41条1項としての支払額） | 30,000円 | 0円 | | 0円 | 0円 | 30,000円 | 30,000円 | 47,600円 | | 57,600円 | 30,000円 |
| 都道府県負担<br>（入院関係医療分） | 0円 | 34,400円 | | 47,600円 | 47,600円 | 47,600円 | 34,400円 | 34,400円 | | 0円 | 47,600円 |
| *参考：最終的な保険者負担（高額療養費含む）* | 70,000円 | 255,600円 | | 242,400円 | 242,400円 | 318,000円<br>＋他の公費負担医療分 | 325,600円 | 388,000円 | | 242,400円 | 312,400円 |
| *参考：最終的な保険者負担（高額療養費のみ）* | 0円 | 45,600円 | | 32,400円 | 32,400円 | 38,000円<br>＋他の公費負担医療分 | 45,600円 | 52,000円 | | 32,400円 | 32,400円 |
| 入院記録票記載例【資料集3】 | | | | パターン13 | | パターン14・17 | | パターン15・18・(19) | | | パターン16 |
| レセプト | 単独レセ　区エ | 併用レセ　多エ | | 併用レセ　区エ | 併用レセ　区エ | 併用レセ　区エ | 併用レセ　多エ | 併用レセ　多エ | | 単独レセ　区エ | 併用レセ　区エ |
| 樹形図・レセプト記載例【資料集8】 | | | | | | No.8・11 | | No.9・12・(13) | | | No.10 |

【資料集7】複数回入院等の場合の事例

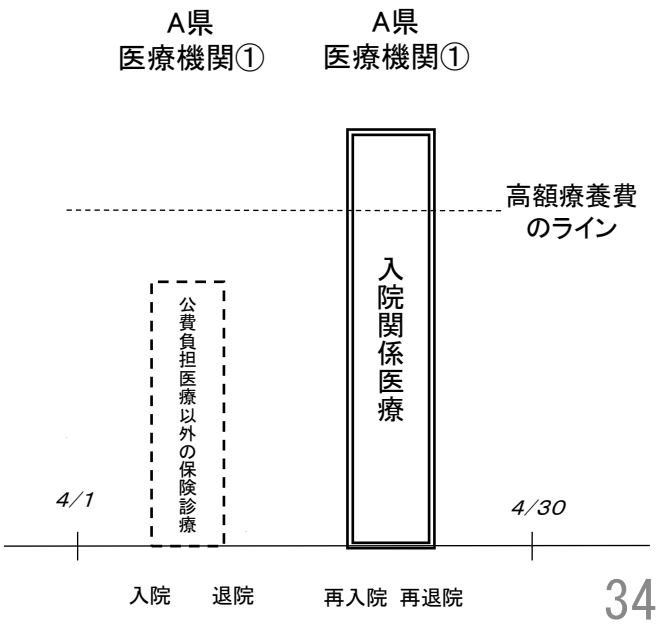
※本項において、入院関係医療は、過去12月中において既に3月高額療養費算定基準額を超えていることとします。

Case1：同一の医療機関に複数回入院した場合①



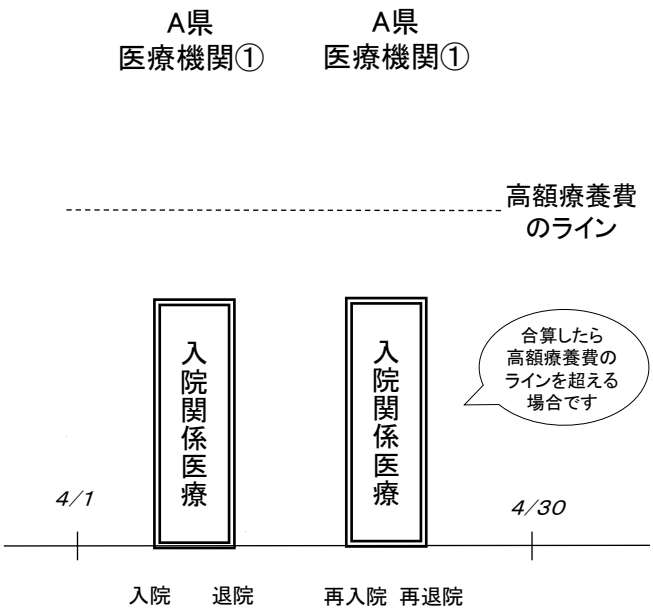

・入院関係医療で現物給付の処理が可能。
・再入院のときの保険診療の自己負担の上限額は、「（保険診療の）高額療養費算定基準額－10,000円」となる。
・レセプトは１枚にまとめることが可能。

Case2：同一の医療機関に複数回入院した場合②



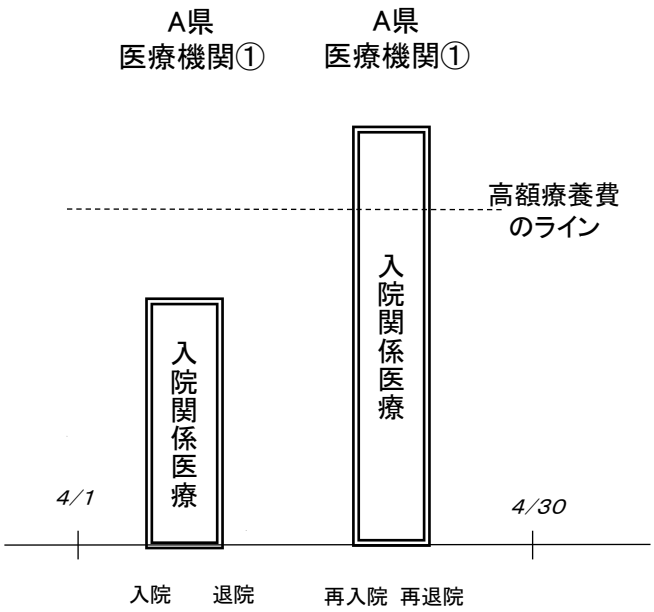

・１回目の入院のときに、保険診療の自己負担額を窓口で支払ってしまっていることから、再入院したときに、再計算を行ったうえで、入院関係医療を現物給付として処理することが可能。
・自己負担額の上限額は保険診療の高額療養費算定基準額となることから、返戻処理が発生することはない。

## Case3：同一の医療機関に複数回入院した場合③



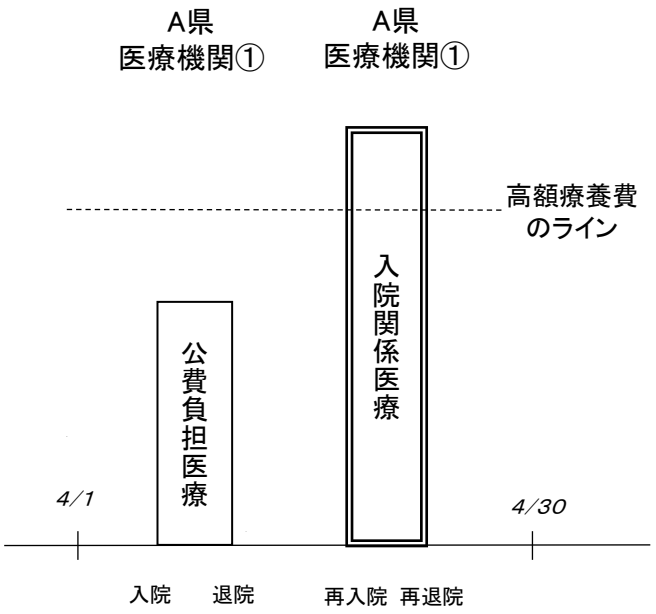

・１回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っており、現物給付をすることとしてしまうと、自己負担額が1万円になることから、返戻処理が必要になってくるため、**現物給付NG**とする。
・最終的な負担額はそれぞれ、
　患者：１万円
　保険者：入院関係医療の合計額－算定基準額（償還払い）
　A県：算定基準額－１万円（償還払い）

## Case4：同一の医療機関に複数回入院した場合④



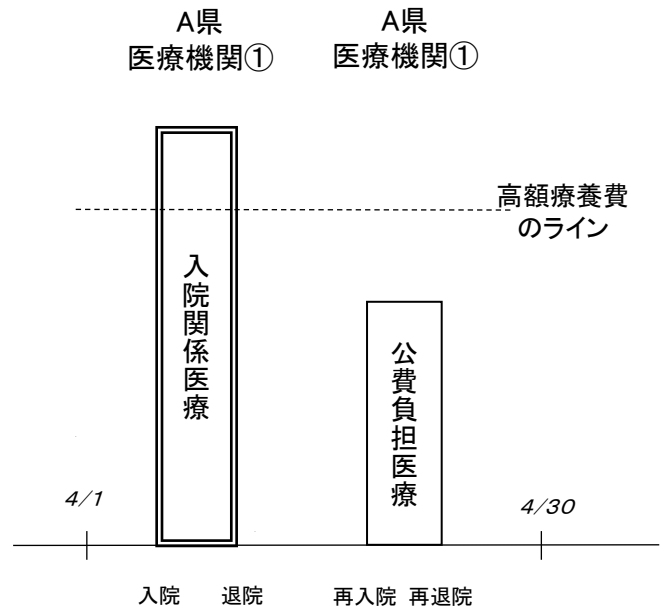

・１回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っているが現物給付可能。
・レセプトの関係上、２回目の入院で１万円の自己負担があった場合は、１回目の入院の自己負担額の全額を高額療養費として保険者に請求可能。
・１回目の入院の自己負担額が１万円未満の場合は、２回目の入院で１万円になるまで徴収されることになる。

Case5：入院関係医療と公費負担医療で同一の医療機関に複数回入院した場合①



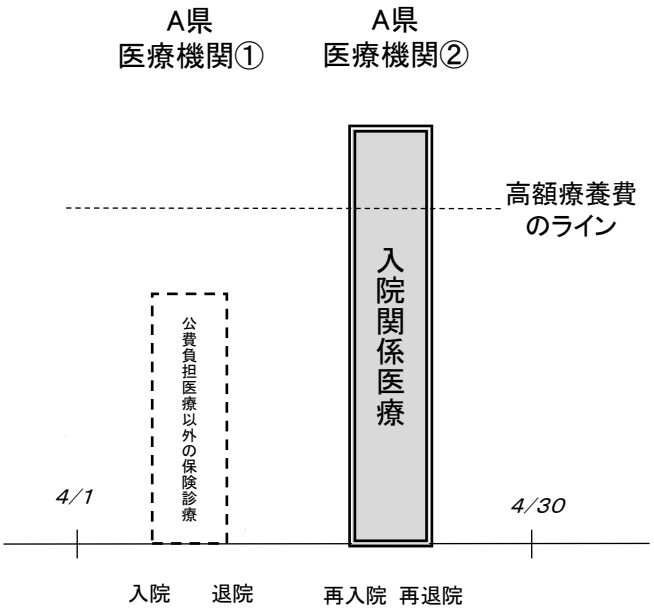

・入院関係医療は現物給付が可能。
・公費負担医療と入院関係医療のレセプトは１枚になる。
・他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、公費負担医療の自己負担額＋１万円（入院関係医療の自己負担額）となる。

Case6：入院関係医療と公費負担医療で同一の医療機関に複数回入院した場合②



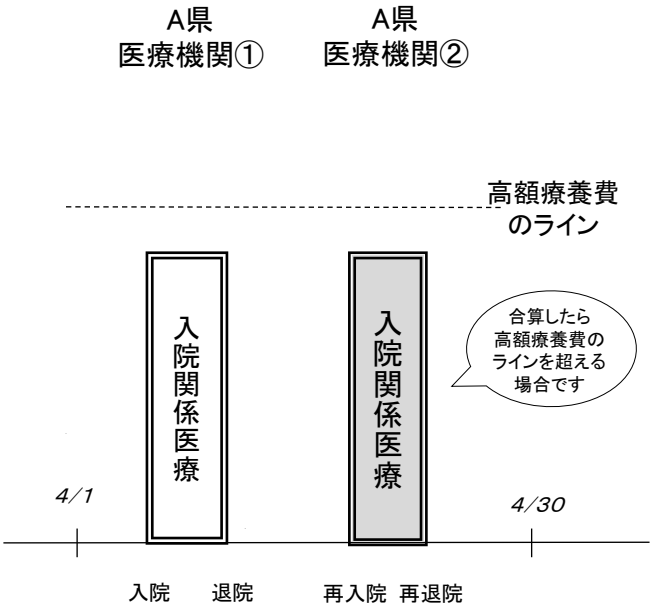

・入院関係医療は現物給付が可能。
・公費負担医療と入院関係医療のレセプトは１枚になる。
・他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、１万円（入院関係医療の自己負担額）＋公費負担医療の自己負担額となる。

## Case7：複数の医療機関に入院した場合①



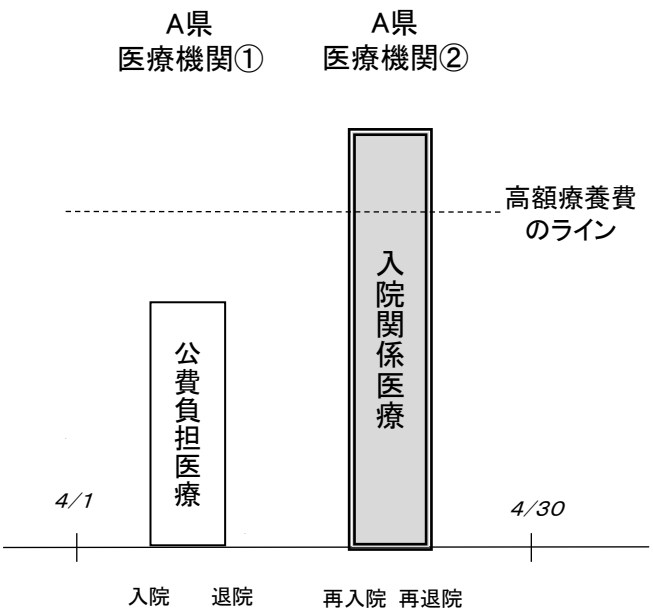

・医療機関が異なるのでレセプトは２枚となる。
・入院関係医療は現物給付が可能。
・保険診療と１万円（入院関係医療の自己負担額）の合計が、保険診療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、超過部分は高額療養費として保険者に請求が可能となる。

## Case8：複数の医療機関に入院した場合②



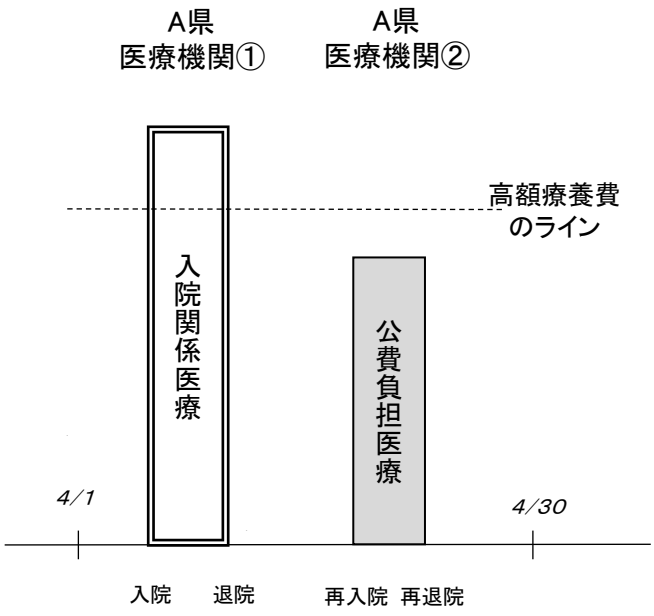

・特定疾病給付対象療養は、同一の医療機関の医療費しか合算しないので、助成の対象とはならない。

Case9：入院関係医療と公費負担医療で異なる医療機関に入院した場合①



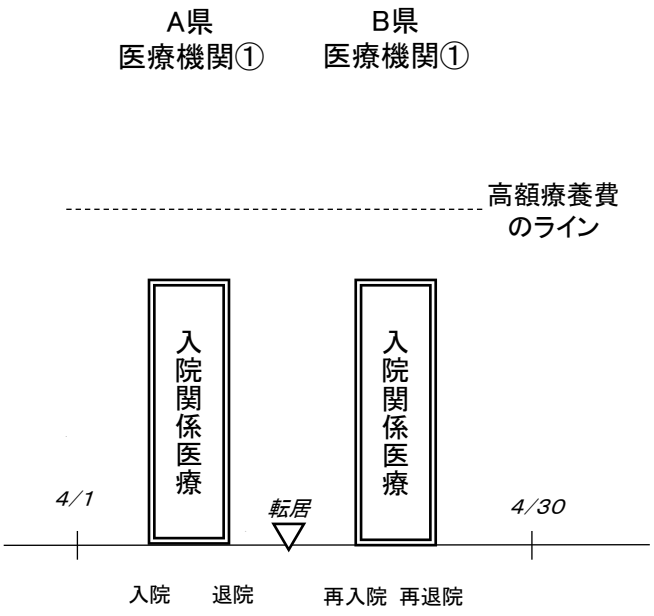

・公費負担医療も入院関係医療もそれぞれの医療機関で現物給付が可能。
・他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、公費負担医療の自己負担額＋１万円（入院関係医療の自己負担額）となる。

Case10：入院関係医療と公費負担医療で異なる医療機関に入院した場合②



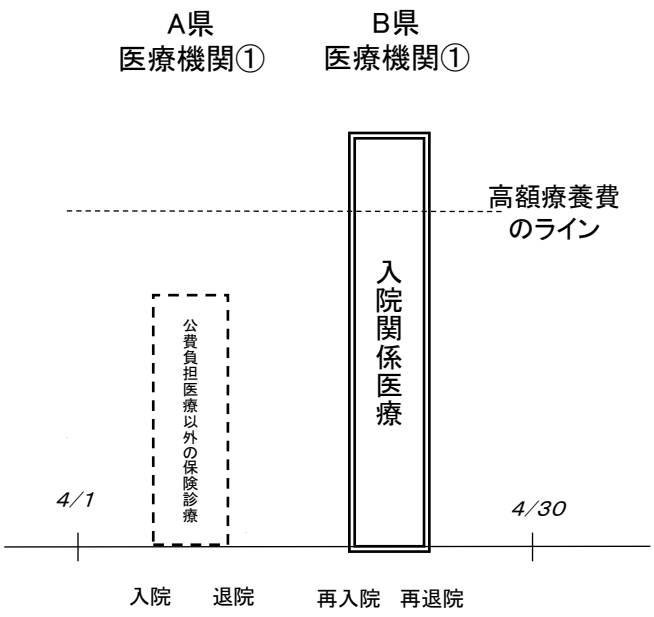

・入院関係医療も公費負担医療もそれぞれの医療機関で現物給付が可能。
・他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、１万円（入院関係医療の自己負担額）＋公費負担医療の自己負担額となる。

## Case11：転居（住民票の変更）があった場合（保険者の変更なし）①



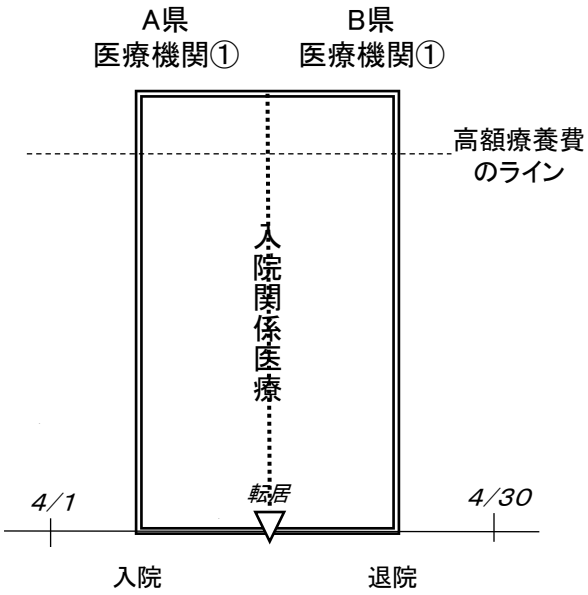

・レセプトは１枚となるが、１回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っており、現物給付をすることとしてしまうと、自己負担額が1万円になることから、返戻処理が必要になってくるため、**現物給付NG**とする。
・最終的な負担額はそれぞれ、
　患者：１万円
　保険者：入院関係医療の合計額－算定基準額（償還払い）
　A県：入院関係医療の合計額－１万円（償還払い）
　B県：負担なし

## Case12：転居（住民票の変更）があった場合（保険者の変更なし）②



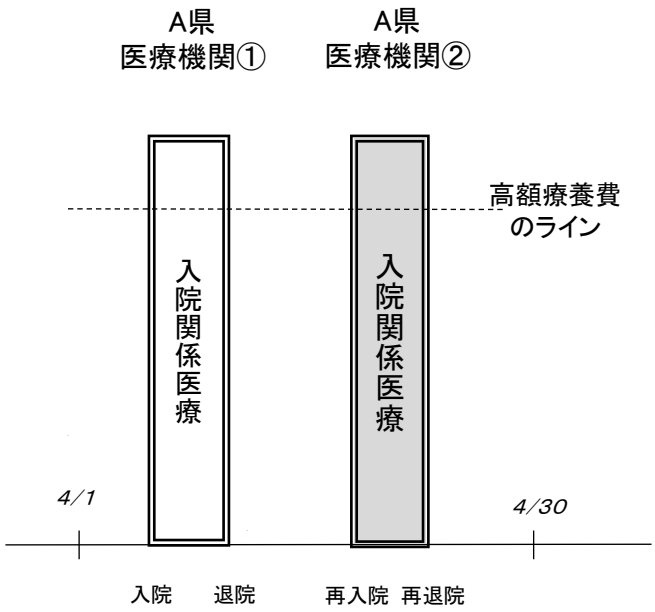

・入院関係医療は現物給付が可能。
・A県在住時には入院関係医療がないことからA県の公費負担なし。
・レセプトは１枚となりB県に対する請求のみが生じる。
・患者の負担は、入院関係医療に対する助成の１万円＋保険診療の自己負担額（上限は保険診療の高額療養費算定基準額）となる。

Case13：転居（住民票の変更）があった場合（保険者の変更なし）③



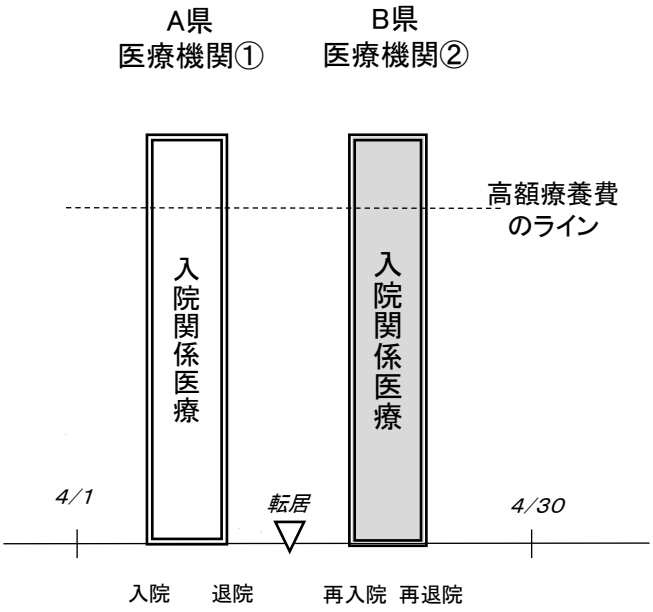

・入院中に転居（住民票の変更）があってもレセプトは１枚となり現物給付が可能。
・この場合、按分が難しいこともあり、A県が公費負担を行うこととする。

Case14：複数医療機関に入院し、それぞれで基準額を超えた場合（保険者の変更なし）①



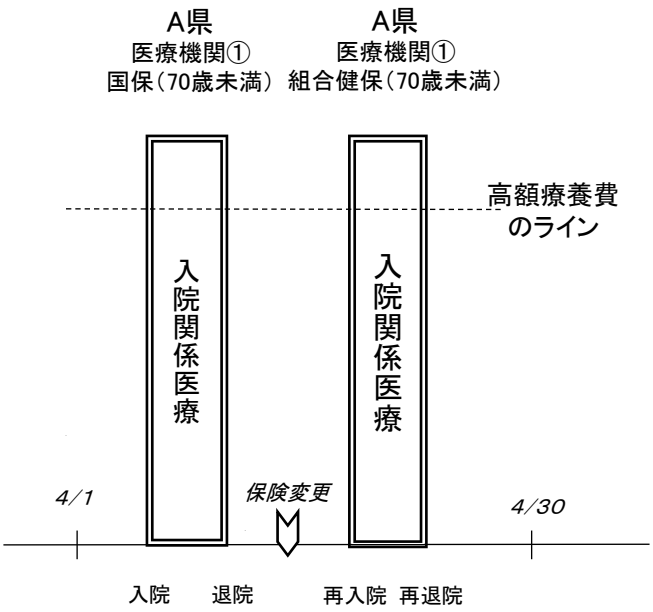

・医療機関ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになる。
・医療機関①と医療機関②のそれぞれの医療費の助成をＡ県が行う。
（患者負担２万円）

Case15：複数医療機関に入院、それぞれで基準額を超えた場合（保険者の変更なし）②



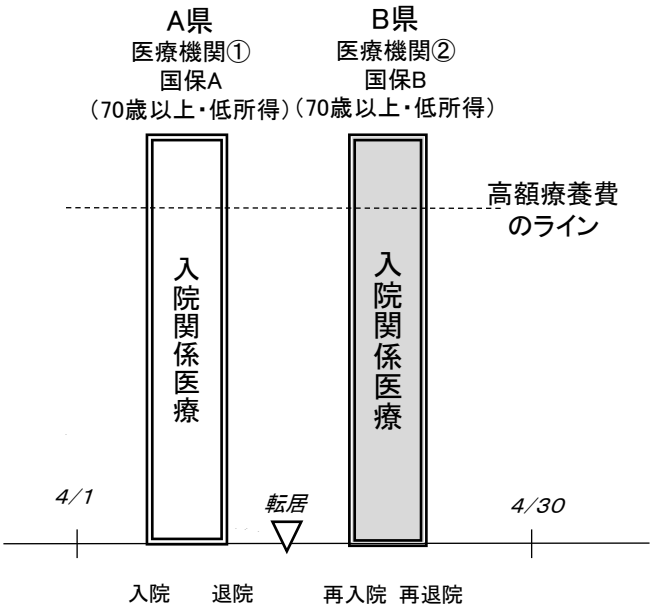

・医療機関ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになる。
・医療機関①の医療費の助成はＡ県が行い、医療機関②の医療費の助成はＢ県が行う。（患者負担２万円）

Case16：保険者の変更がある場合①



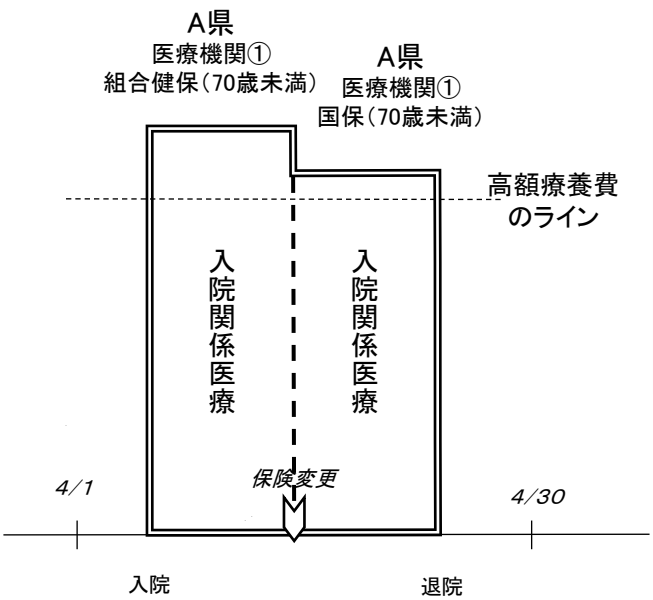

・レセプトは保険者別に作成されるので２枚となる。
・多数回該当の概念のある所得区分なので、特定疾病給付対象療養としてのカウント（多数回該当のカウント）はリセットされるが入院関係医療のカウントは継続される。
・保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので１回目、２回目それぞれの入院で現物給付可能。（患者負担２万円）

Case17：保険者の変更がある場合②



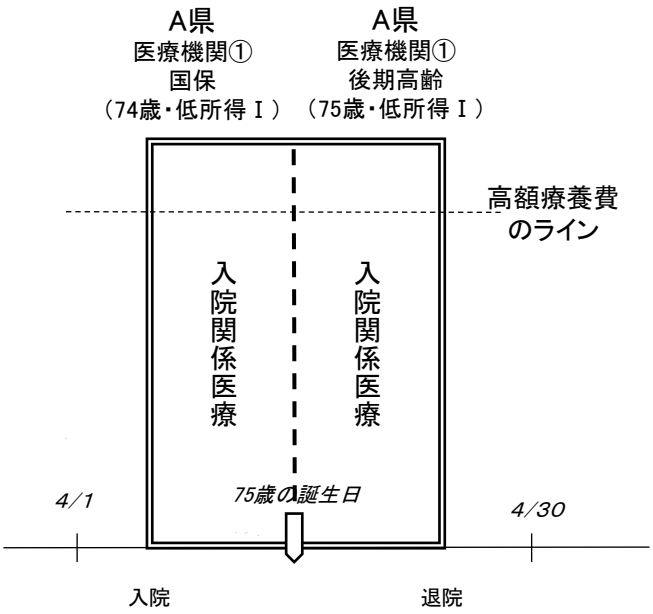

・レセプトは保険者別・医療機関別に作成されるので２枚となる。
・多数回該当の概念のない所得区分なので、特定疾病給付対象療養としてのカウント（多数回該当のカウント）はリセットされない。
・保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので、医療機関①の医療費についてはＡ県が、医療機関②の医療費についてはＢ県が、それぞれ助成を行う。
（患者負担２万円）

Case18：保険者の変更がある場合③



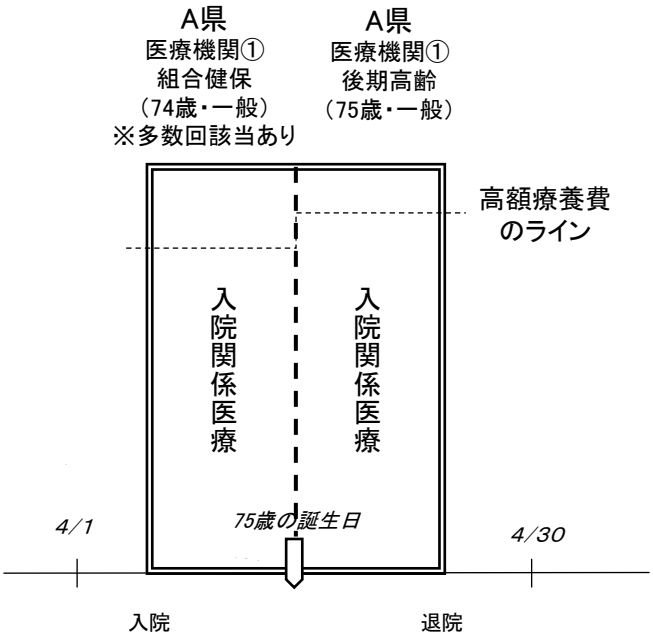

・１回の入院だが、レセプトは保険者別に作成されるので２枚となる。
・保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので、保険変更前・変更後のそれぞれの入院関係医療について現物給付が可能。（患者負担２万円）

## Case19：保険者の変更がある場合④




・１回の入院だがレセプトは保険者ごとに作成されるので２枚となる。
・保険者ごとに医療費の助成を行うところだが、75歳到達月であることから、国民健康保険も後期高齢者医療保険も高額療養費算定基準額がともに7,500円となり、１万円に満たないことから、医療費の助成は行われない。
・入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えているので、国保のレセプト作成時点で、入院関係医療のカウントは＋１となる。

## Case20：保険者の変更がある場合⑤




・１回の入院だがレセプトは保険者ごとに作成されるので２枚となる。
・75歳到達月のため、自己負担限度額は、組合健保は22,200円（多数回該当の適用あり）となり、後期高齢は28,800円（多数回該当はリセットされる）となる。
・保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので、保険変更前・変更後のそれぞれの入院関係医療について現物給付が可能。（患者負担２万円）

# 【資料集8】レセプト記載例

**No. 1**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で保険診療のみ（医療費200,000円、自己負担額60,000円）
・資料集６の2018年７月

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　　平成30年　7月分

| | 1医科 | 1社 | 1単独 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| － | | － | |
| 公費負担者番号① | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | 公費受給者番号② | |

| | | |
|---|---|---|
| 氏名 | | 特記事項 |
| 職務上の事由 | | 29区エ |

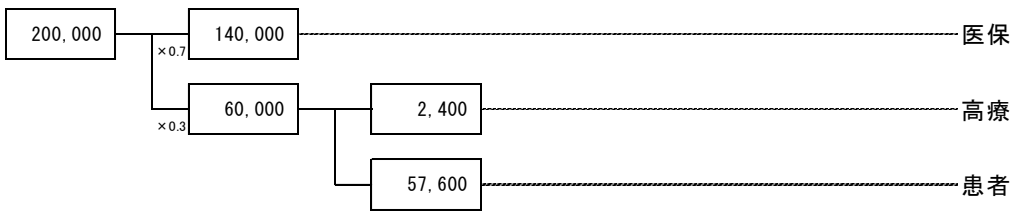
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | |
| | 公② | |

※高額療養費　　円

| 療養の給付 | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | （標準負担額）　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 20,000 | | 57,600 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | | | | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 142,400 | 円 |
| （高額再掲 | 2,400 | 円） |
| 肝がん | 0 | 円 |
| 患者 | 57,600 | 円 |

**No. 2**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費200,000円）と保険診療（同150,000円）
・資料集６の2018年８月

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成30年　8月分

| | 1医科 | 1社 | 1単独 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | | | | | | | | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| 氏名 | | 特記事項 |
|---|---|---|
| 職務上の事由 | | 29区エ |

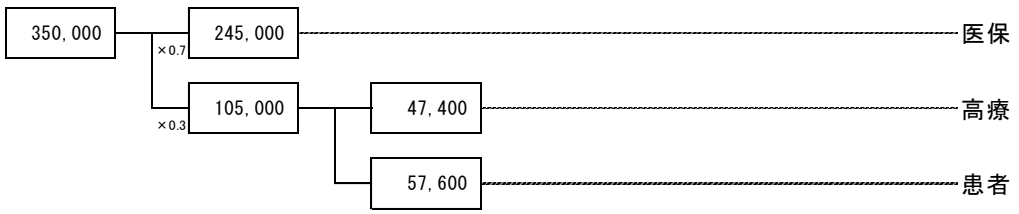
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 13 |
| | 公① | |
| | 公② | |

※高額療養費　円

| | | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | | | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | (標準負担額) 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 療養の給付 | 保険 | 35,000 | | 57,600 | 食事・生活療養 | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | | | | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 292,400 | 円 |
| (高額再掲 | 47,400 | 円) |
| 肝がん | 0 | 円 |
| 患者 | 57,600 | 円 |

**No. 3**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ
・保険診療は多数回該当が適用　　・資料集６の2018年10月

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成30年　10月分

| | 1医科 | 1社 | 1単独 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| － | | － | |
| 公費負担者番号① | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | 公費受給者番号② | |

| | | |
|---|---|---|
| 氏名 | | 特記事項 29区エ |
| 職務上の事由 | | |

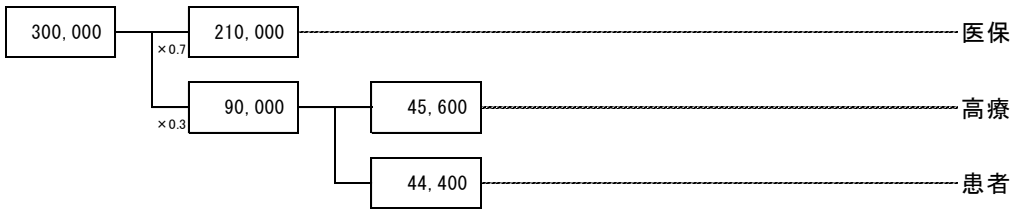
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 17 |
| | 公① | |
| | 公② | |

※高額療養費　円

| 療養の給付 | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | 食事・生活療養 | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | (標準負担額) 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険 | 30,000 | | 44,400 | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| 公費① | | | | 公費① | | | | |
| 公費② | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 255,600 | 円 |
| (高額再掲 | 45,600 | 円) |
| 肝がん | 0 | 円 |
| 患者 | 44,400 | 円 |

**No. 4**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費200,000円）と保険診療（同200,000円）
・保険診療は多数回該当が適用　　・資料集６の2018年12月

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成30年　12月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 22併 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | 特記事項 |
|---|---|
| | 29区エ |
| 職務上の事由 | |

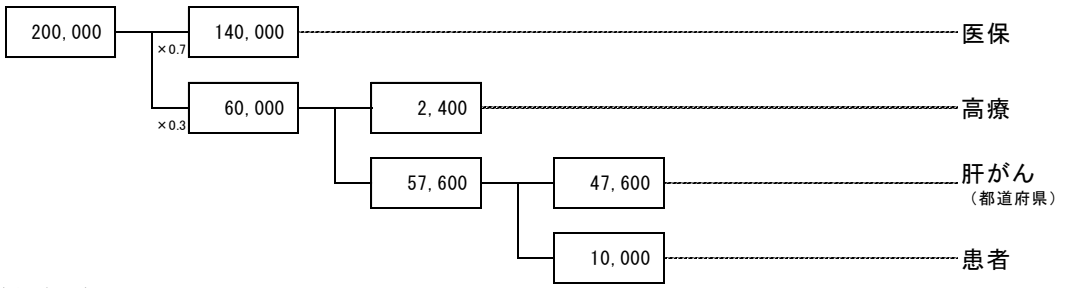
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 18 |
| | 公① | 18 |
| | 公② | |

※高額療養費　　円

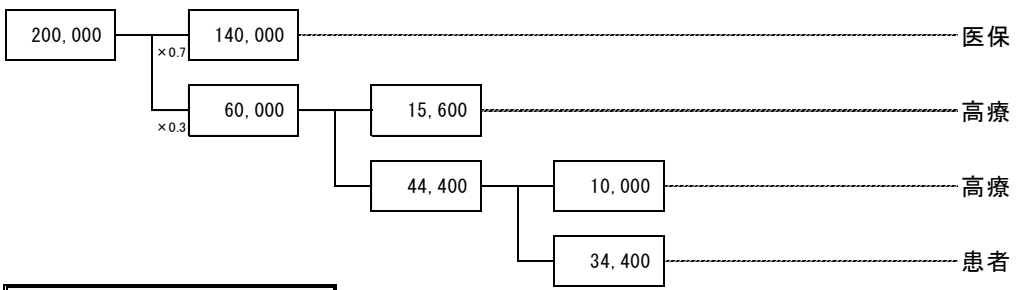
| 療養の給付 | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | (標準負担額)　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 40,000 | | 92,000<br>(57,600) | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 20,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




◇保険診療




合計

| | | |
|---|---|---|
| 医保 | 308,000 | 円 |
| （高額再掲 | 28,000 | 円） |
| 肝がん | 47,600 | 円 |
| 患者 | 44,400 | 円 |

**No. 5**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同50,000円）
・資料集６の2019年2月

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成31年 2月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 22併 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | | 特記事項 |
|---|---|---|
| 職務上の事由 | | 29区エ |

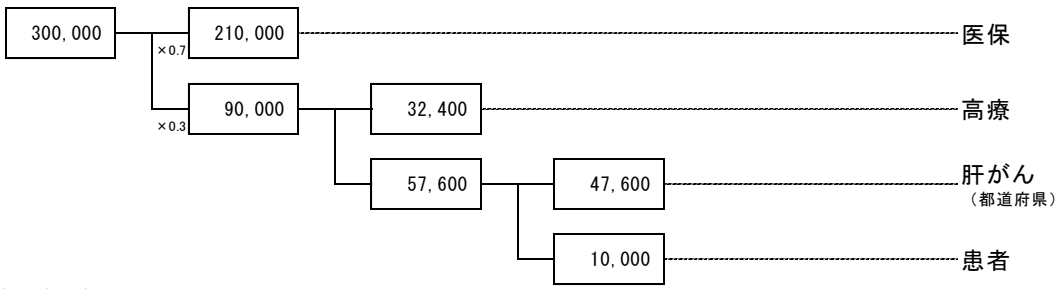
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 16 |
| | 公① | 16 |
| | 公② | |

※高額療養費　　円

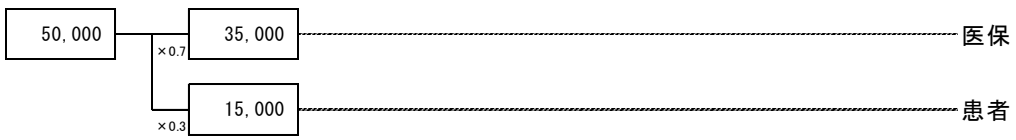
| 療養の給付 | | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | (標準負担額) 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 35,000 | | 72,600<br>(57,600) | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 30,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 277,400 | 円 |
| （高額再掲 | 32,400 | 円） |
| 肝がん | 47,600 | 円 |
| 患者 | 25,000 | 円 |

**No. 6 ①**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費200,000円）と他公費負担医療の自己負担額10,000円
・資料集６の2019年3月

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成31年　3月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 1 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 33併 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | | 特記事項 |
|---|---|---|
| 職務上の事由 | | 29区エ |

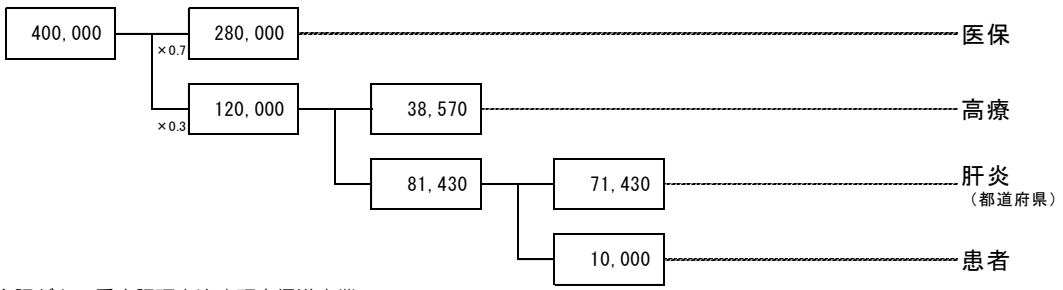
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 11 |
| | 公① | 11 |
| | 公② | 11 |

※高額療養費　　円

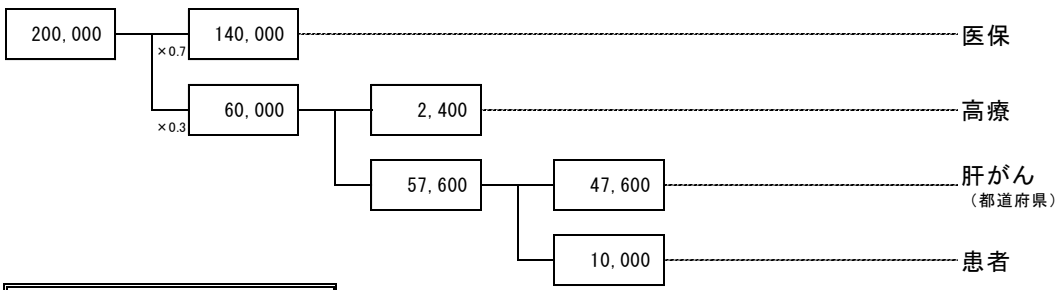
| 療養の給付 | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | (標準負担額)　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 60,000 | | (81,430)<br>(57,600)<br>139,030 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 40,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | 20,000 | | 10,000 | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝炎治療特別促進事業




◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 460,970 | 円 |
| （高額再掲 | 40,970 | 円） |
| 肝炎 | 71,430 | 円 |
| 肝がん | 47,600 | 円 |
| 患者 | 20,000 | 円 |

便宜上、「他公費負担医療」は、「肝炎治療特別促進事業」が、医療費（３割負担額）が120,000円だったものとして例示します。
ただし、同一月に「肝炎治療特別促進事業」の対象となる医療があった場合、主治医の判断によりどちらかの公費負担となる場合があります。

**No.６②**

・No.6①が主治医の判断により「肝がん・重度肝硬変入院関係医療」とした場合のレセプト記載例
**（入院関係医療を受けるための入院時に、肝炎治療特別促進事業の対象医療を受けた場合に限られます）**

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　　平成31年　3月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 22併 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | 特記事項 |
|---|---|
| | 29区エ |
| 職務上の事由 | |

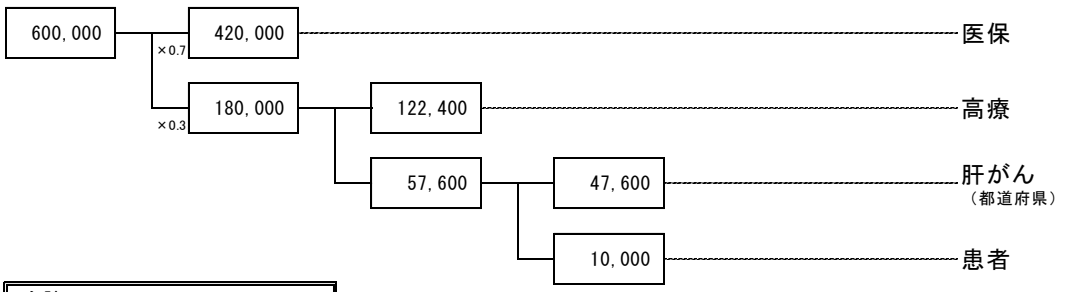
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 11 |
| | 公① | 11 |
| | 公② | |

※高額療養費　　円

| 療養の給付 | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | （標準負担額）　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 60,000 | | 57,600 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 60,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 542,400 | 円 |
| （高額再掲 | 122,400 | 円） |
| 肝がん | 47,600 | 円 |
| 患者 | 10,000 | 円 |

**No. 7**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費180,000円）と保険診療（同200,000円）及び他公費負担医療の自己負担額10,000円がある。　　・入院関係医療も保険診療も多数回該当が適用　　・資料集６の2019年4月

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　　平成31年　4月分

| | 1医科 | 1社 | 33併 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 06 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 公費負担者番号① | 38 601 | 公費受給者番号① |
| 公費負担者番号② | 38 602 | 公費受給者番号② |

| 氏名 | 特記事項 |
|---|---|
| | 34多エ |
| 職務上の事由 | |

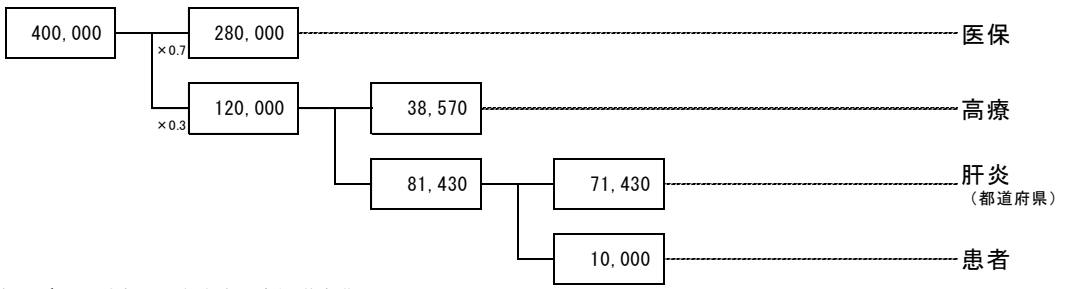
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 14 |
| | 公① | 14 |
| | 公② | 14 |

※高額療養費　円

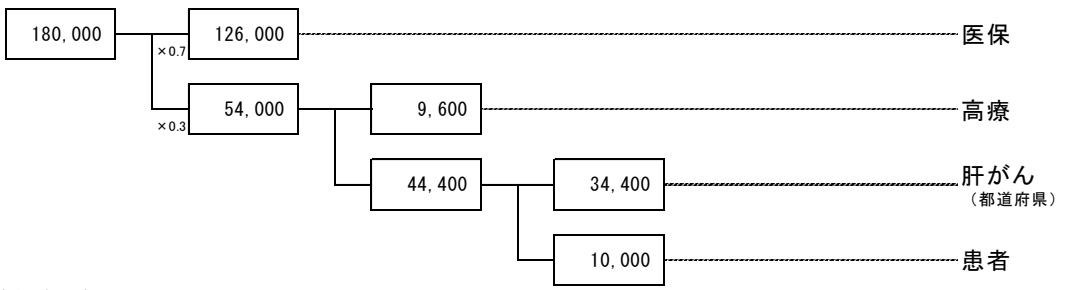
| 療養の給付 | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | 食事・生活療養 | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | （標準負担額） 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険 | 78,000 | | (81,430)<br>(44,400)<br>150,230 | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| 公費① | 40,000 | | 10,000 | 公費① | | | | |
| 公費② | 18,000 | | 10,000 | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

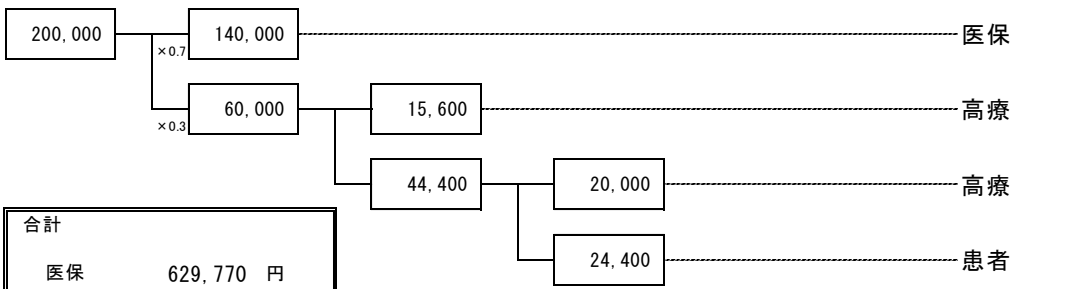
◇肝炎治療特別促進事業




◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 629,770 | 円 |
| （高額再掲 | 83,770 | 円） |
| 肝炎 | 71,430 | 円 |
| 肝がん | 34,400 | 円 |
| 患者 | 44,400 | 円 |

便宜上、「他公費負担医療」は、「肝炎治療特別促進事業」が、医療費（３割負担額）が120,000円だったものとして例示します。
ただし、同一月に「肝炎治療特別促進事業」の対象となる医療があった場合、主治医の判断によりどちらかの公費負担となる場合があります。

**No. 8**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同100,000円）及び他公費負担医療の自己負担額10,000円がある。　　・資料集６の2019年９月

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　　平成31年　9月分

| | 1医科 | 1社 | 33併 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 06 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 公費負担者番号① | 38 601 | 公費受給者番号① |
| 公費負担者番号② | 38 602 | 公費受給者番号② |

| | |
|---|---|
| 氏名 | 特記事項 29区エ |
| 職務上の事由 | |

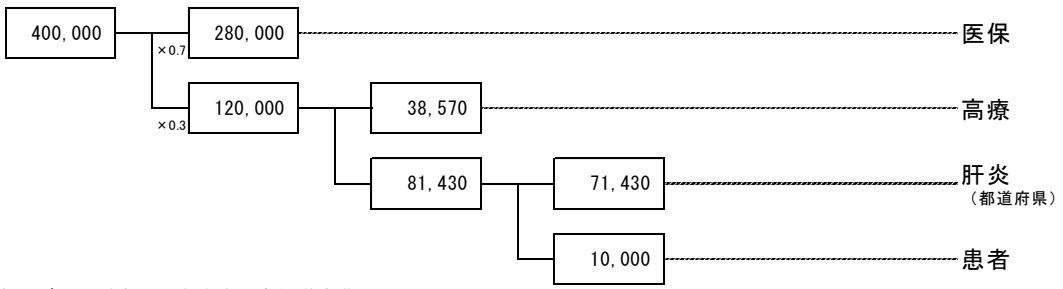
| 診療実日数 | |
|---|---|
| 保険 | 8 |
| 公① | 8 |
| 公② | 8 |

※高額療養費　円

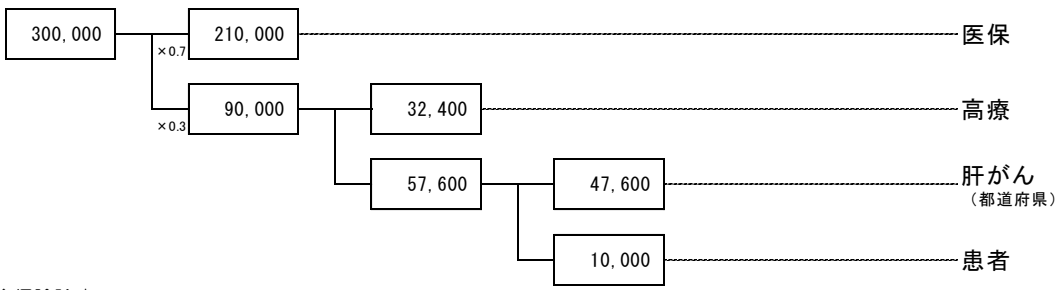
| | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | （標準負担額）　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 療養の給付 | 保険 | 80,000 | | (81,430)<br>(57,600)<br>169,030 | 食事・生活療養 | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 40,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | 30,000 | | 10,000 | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

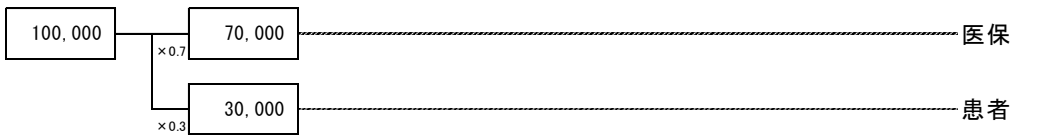
◇肝炎治療特別促進事業




◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 630,970 | 円 |
| （高額再掲 | 70,970 | 円） |
| 肝炎 | 71,430 | 円 |
| 肝がん | 47,600 | 円 |
| 患者 | 50,000 | 円 |

便宜上、「他公費負担医療」は、「肝炎治療特別促進事業」が、医療費（３割負担額）が120,000円だったものとして例示します。
ただし、同一月に「肝炎治療特別促進事業」の対象となる医療があった場合、主治医の判断によりどちらかの公費負担となる場合があります。

**No. 9**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同180,000円）がある
・入院関係医療は多数回該当が適用　　・資料集６の2019年11月（資料３パターン15）

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成31年　11月分

| | 1医科 | 1社 | 22併 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 06 | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 氏名 | | 特記事項 | 34多エ |
| 職務上の事由 | | | |

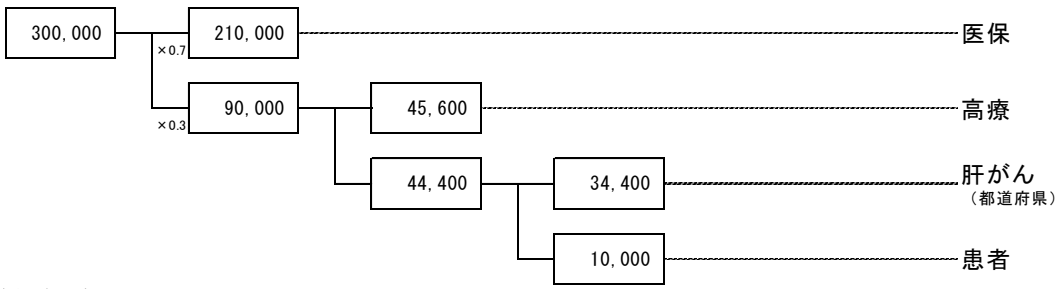
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 13 |
| | 公① | 13 |
| | 公② | |

※高額療養費　　円

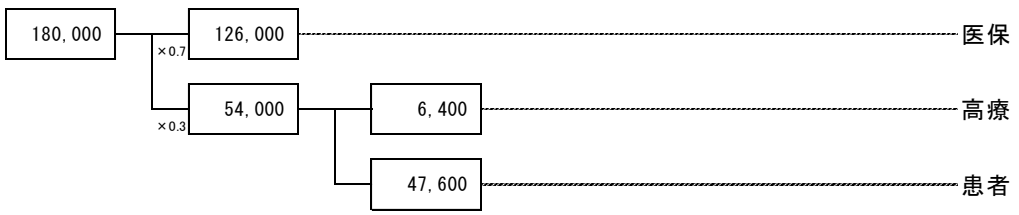
| 療養の給付 | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | (標準負担額)　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 48,000 | | 92,000<br>(44,400) | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 30,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 388,000 | 円 |
| （高額再掲 | 52,000 | 円） |
| 肝がん | 34,400 | 円 |
| 患者 | 57,600 | 円 |

**No.10**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同100,000円）がある
・資料集６の2020年1月

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成32年　1月分

| | 1医科 | 1社 | 22併 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 06 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 公費負担者番号① | 38 602 | 公費受給者番号① |
| 公費負担者番号② | | 公費受給者番号② |

| | |
|---|---|
| 氏名 | |
| 職務上の事由 | |
| 特記事項 | 29区エ |

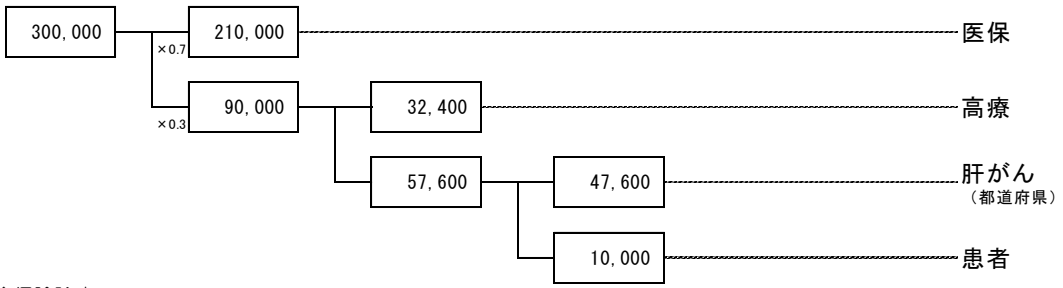
| 診療実日数 | |
|---|---|
| 保険 | 11 |
| 公① | 11 |
| 公② | |

※高額療養費　円

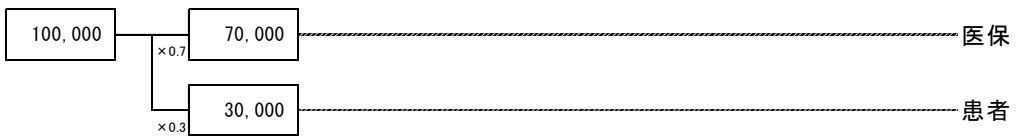
| | | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | | | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | (標準負担額) 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 療養の給付 | 保険 | 40,000 | | 87,600<br>(57,600) | 食事・生活療養 | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 30,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 312,400 | 円 |
| （高額再掲 | 32,400 | 円） |
| 肝がん | 47,600 | 円 |
| 患者 | 40,000 | 円 |

**No.11**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同100,000円）及び他公費負担医療の自己負担額10,000円（No8と同じ）。　　・肝がん事業の現物給付が行われなかった**→肝炎と保険診療のレセプトが作成される**

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　　平成31年　9月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 1 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 22併 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | | 特記事項 |
|---|---|---|
| 職務上の事由 | | 29区エ |

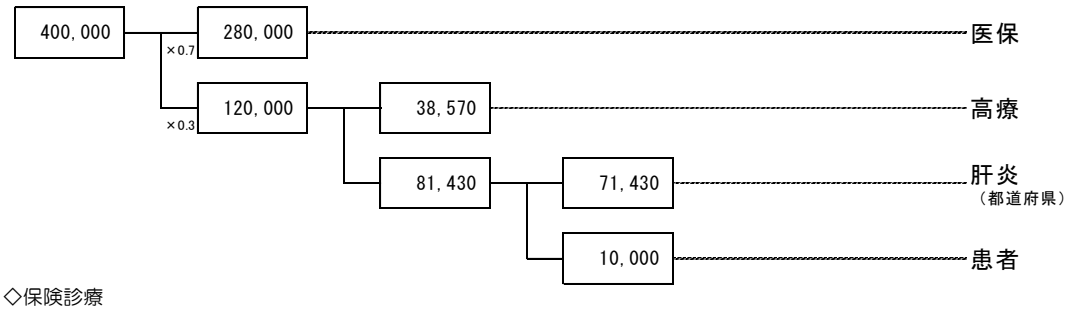
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 8 |
| | 公① | 8 |
| | 公② | |

※高額療養費　　円

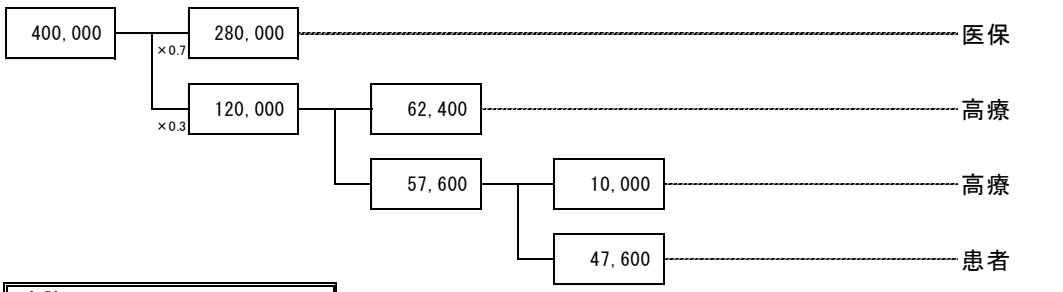
| | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | （標準負担額）　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 療養の給付 | 保険 | 80,000 | | 129,030<br>(81,430) | 食事・生活療養 | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 40,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝炎治療特別促進事業




◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 670,970 | 円 |
| （高額再掲 | 110,970 | 円） |
| 肝炎 | 71,430 | 円 |
| 患者 | 57,600 | 円 |

便宜上、「他公費負担医療」は、「肝炎治療特別促進事業」が、医療費（３割負担額）が120,000円だったものとして例示します。

**No.12**

・No9と同じ状況で、資料集３パターン18の１回目の入院の退院時に作成されるレセプト
（パターン18のとおり２回入院した場合、２回目の入院後はNo9のレセプトとなる）

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　　平成31年　11月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | | | | | | | | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1 医 科 | | 1 社 | | 1 単独 | | 1 本入 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 | 6 | | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 氏名 | | 特記事項 |
| 職務上の事由 | | 29区エ |

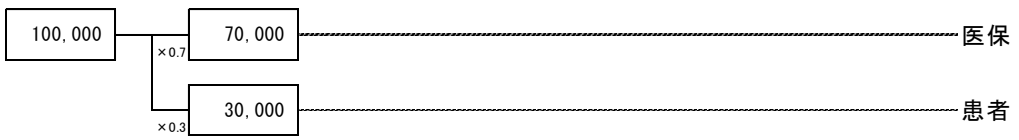
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 13 |
| | 公① | |
| | 公② | |

※高額療養費　　円

| | | 請　求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | | | 回 | 請　求　円 | ※決定　円 | （標準負担額）　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 療養の給付 | 保険 | 10,000 | | | 食事・生活療養 | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | | | | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇保険診療




合計

| | | |
|---|---|---|
| 医保 | 70,000 | 円 |
| （高額再掲 | 0 | 円） |
| 肝がん | 0 | 円 |
| 患者 | 30,000 | 円 |

資料集３パターン１８の事例のとおりの２回目の入院があった場合は、最終的なレセプトはNo9となり、参加者は、１回目の支払の領収書等をもって保険者へ高額療養費の償還払いの請求が可能。

**No.13①**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で同一医療機関で入院関係医療が２回（１回目の医療費60,000円、２回目の医療費140,000円）
・資料集３パターン19の１回目の入院の退院時に作成されるレセプト

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　　平成31年　11月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | | | | | | | | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 1単独 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 06 | | | |

| 氏名 | | 特記事項 |
|---|---|---|
| 職務上の事由 | | 29区エ |

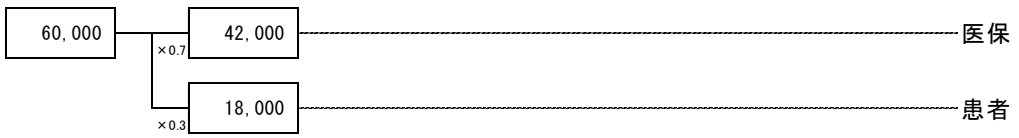
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 13 |
| | 公① | |
| | 公② | |

※高額療養費　円

| 療養の給付 | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | （標準負担額）　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 6,000 | | | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | | | | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 42,000 | 円 |
| （高額再掲 | 0 | 円） |
| 肝がん | 0 | 円 |
| 患者 | 18,000 | 円 |

**No.13②**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で同一医療機関で入院関係医療が２回（１回目の医療費60,000円、２回目の医療費140,000円）
・資料集３パターン19の２回目の入院後、**肝がん事業を現物給付（自己負担額1万円）にしなかった場合のレセプト**

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　平成31年　11月分

| | 1医科 | 1社 | 1単独 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| － | | － | |
| 公費負担者番号① | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | 公費受給者番号② | |

| | | |
|---|---|---|
| 氏名 | | 特記事項 |
| 職務上の事由 | | 29区エ |

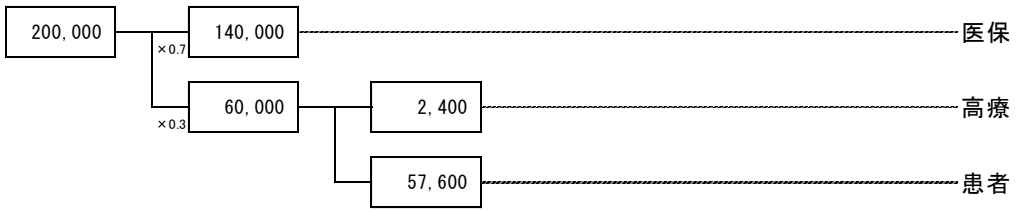
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 21 |
| | 公① | |
| | 公② | |

※高額療養費　円

| 療養の給付 | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | （標準負担額）　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 20,000 | | 57,600 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | | | | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 142,400 | 円 |
| （高額再掲 | 2,400 | 円） |
| 肝がん | 0 | 円 |
| 患者 | 57,600 | 円 |

**No.13③**

・70歳未満の適用区分エ（自己負担３割）で同一医療機関において入院関係医療のみ２回（１回目の医療費60,000円、２回目の医療費140,000円）　　・資料集３パターン19の２回目の入院後、**肝がん事業を現物給付（自己負担額１万円）とした場合のレセプト**

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　　平成31年　11月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | １医科 | １社 | ２２併 | １本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | | 特記事項 |
|---|---|---|
| 職務上の事由 | | 34多エ |

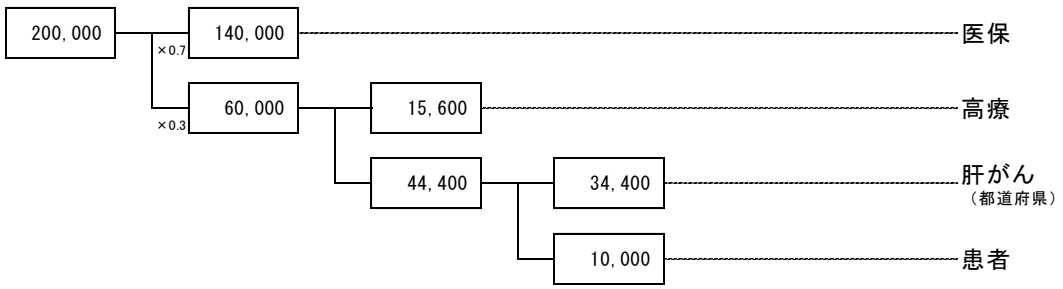
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 21 |
| | 公① | 21 |
| | 公② | |

※高額療養費　　円

| | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | （標準負担額）　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 療養の給付 | 保険 | 20,000 | | 44,400 | 食事・生活療養 | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 20,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 155,600 | 円 |
| （高額再掲 | 15,600 | 円） |
| 肝がん | 34,400 | 円 |
| 患者 | 10,000 | 円 |

既に窓口で支払っている18,000円を、10,000円の支払いにすることになるので、医療機関での会計処理が可能な場合にのみ、このような処理が可能となります。

**No.14①**

・70歳未満の適用区分オ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費200,000円）のみ
・多数回該当の適用なし

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成　年　月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 2 2 併 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | | 特記事項 |
|---|---|---|
| 職務上の事由 | | 30区オ |

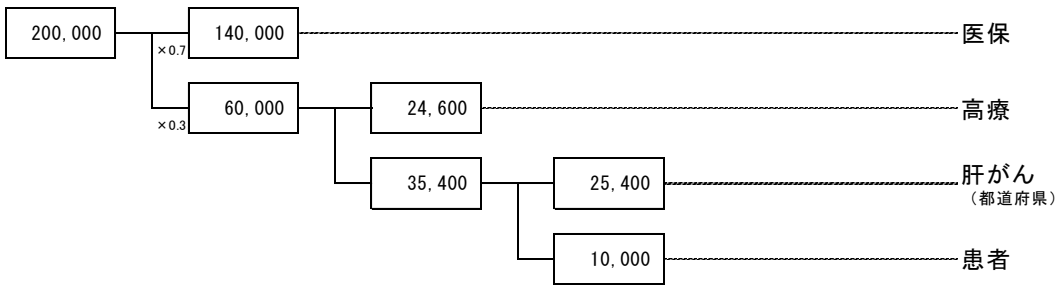
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | 10 |
| | 公② | |

※高額療養費　円

| 療養の給付 | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | (標準負担額)　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 20,000 | | 35,400 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 20,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 164,600 | 円 |
| （高額再掲 | 24,600 | 円） |
| 肝がん | 25,400 | 円 |
| 患者 | 10,000 | 円 |

**No.14②**

・70歳未満の適用区分オ（自己負担３割）で入院関係医療（医療費200,000円）のみ
・多数回該当の適用あり

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成　年　月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 2 2 併 | 1本入 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | 特記事項 |
|---|---|
| | 35多オ |
| 職務上の事由 | |

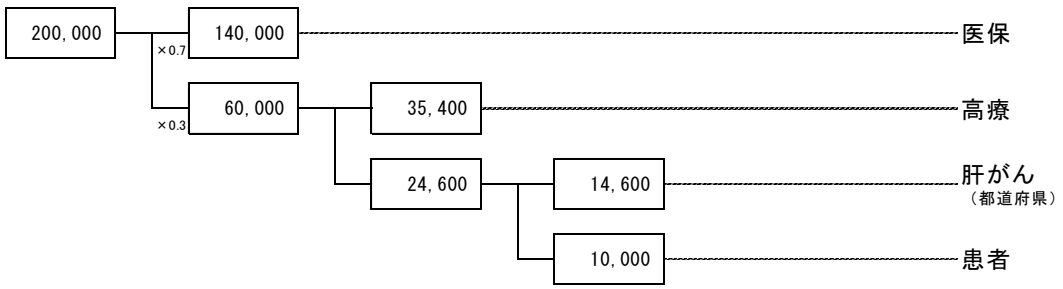
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | 10 |
| | 公② | |

※高額療養費　円

| 療養の給付 | | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | (標準負担額) 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 20,000 | | 24,600 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 20,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 175,400 | 円 |
| （高額再掲 | 35,400 | 円） |
| 肝がん | 14,600 | 円 |
| 患者 | 10,000 | 円 |

**No.15①**

・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅲ（一般所得・自己負担２割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ
・多数回該当の適用なし

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成　年　月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 22併 | 7高入一 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | 特記事項 |
|---|---|
| | 29区エ |
| 職務上の事由 | |

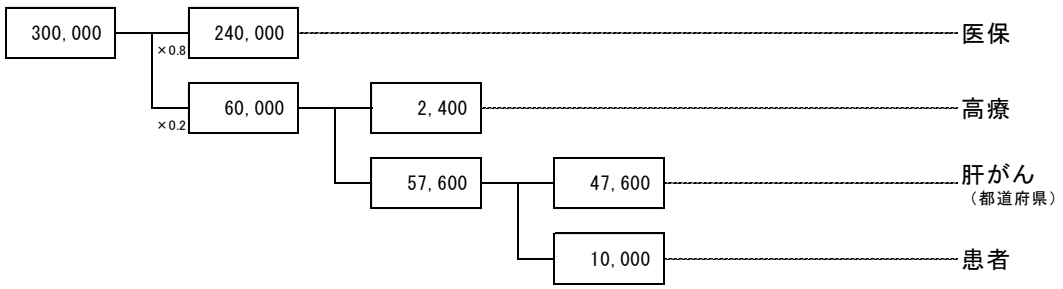
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | 10 |
| | 公② | |

※高額療養費　円

| 療養の給付 | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | (標準負担額)　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 30,000 | | 57,600 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 30,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 242,400 | 円 |
| （高額再掲 | 2,400 | 円） |
| 肝がん | 47,600 | 円 |
| 患者 | 10,000 | 円 |

**No.15②**

・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅲ（一般所得・自己負担２割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ
・多数回該当の適用あり

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成　年　月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 22併 | 7高入一 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | 特記事項 |
|---|---|
| | 34多エ |
| 職務上の事由 | |

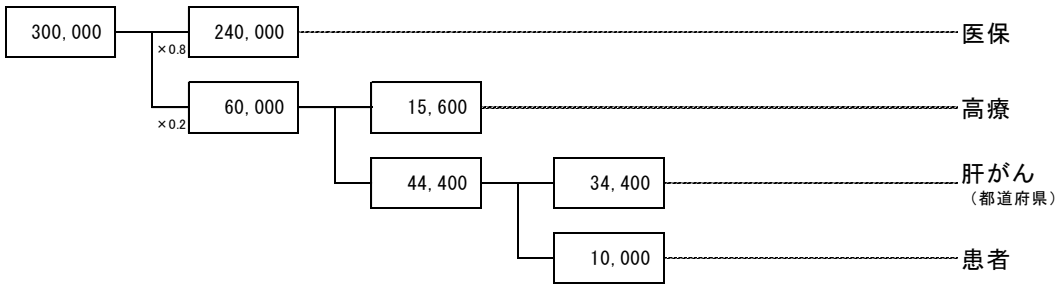
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | 10 |
| | 公② | |

※高額療養費　円

| 療養の給付 | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | (標準負担額)　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 30,000 | | 44,400 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 30,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 255,600 | 円 |
| （高額再掲 | 15,600 | 円） |
| 肝がん | 34,400 | 円 |
| 患者 | 10,000 | 円 |

**No.15③**

・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅱ（低所得Ⅱ・自己負担２割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成　年　月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 22併 | 7高入一 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | 特記事項 |
|---|---|
| | 30区オ |
| 職務上の事由 | |

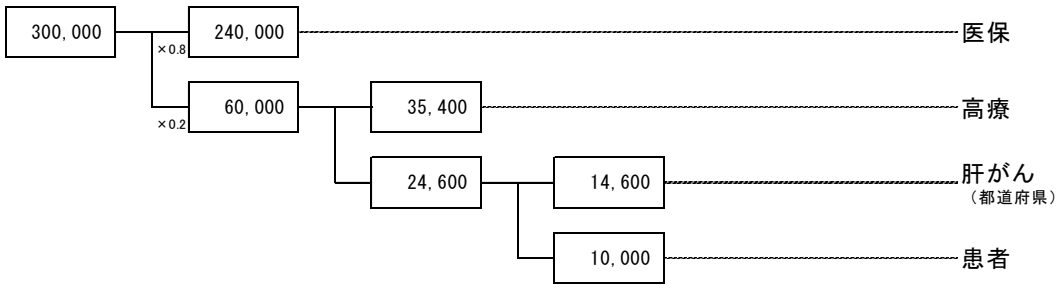
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | 10 |
| | 公② | |

※高額療養費　円　低Ⅱ

| 療養の給付 | | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | (標準負担額) 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 30,000 | | 24,600 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 30,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 275,400 | 円 |
| （高額再掲 | 35,400 | 円） |
| 肝がん | 14,600 | 円 |
| 患者 | 10,000 | 円 |

**No.15④**

・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅰ（低所得Ⅰ・自己負担２割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成　年　月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 1社 | 22併 | 7高入一 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 0 6 | | | |

| 氏名 | 特記事項 |
|---|---|
| | 30区オ |
| 職務上の事由 | |

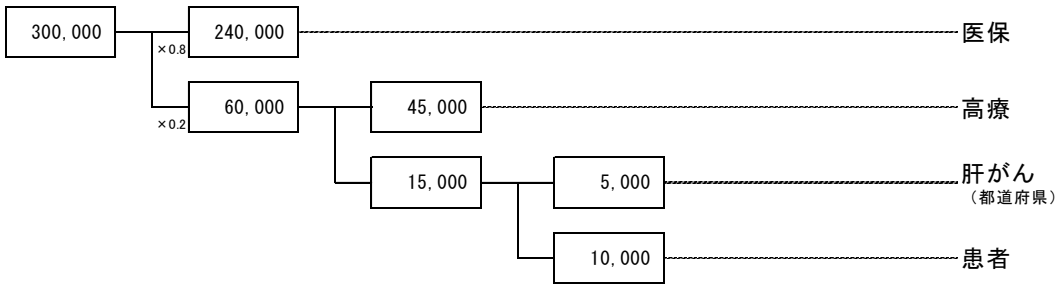
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | 10 |
| | 公② | |

※高額療養費　円　低Ⅰ

| 療養の給付 | | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | (標準負担額) 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 30,000 | | 15,000 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 30,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 285,000 | 円 |
| （高額再掲 | 45,000 | 円） |
| 肝がん | 5,000 | 円 |
| 患者 | 10,000 | 円 |

**No.16①**

・75歳以上の適用区分Ⅲ（一般所得・自己負担１割）で入院関係医療（医療費600,000円）と保険診療（医療費200,000円）
・入院関係医療、保険診療ともに多数回該当の適用なし

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　　平成　年　月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 3 後期 | 2 2 併 | 7 高入一 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 3 9 | | | |

| 氏名 | 特記事項 |
|---|---|
| | 29区エ |
| 職務上の事由 | |

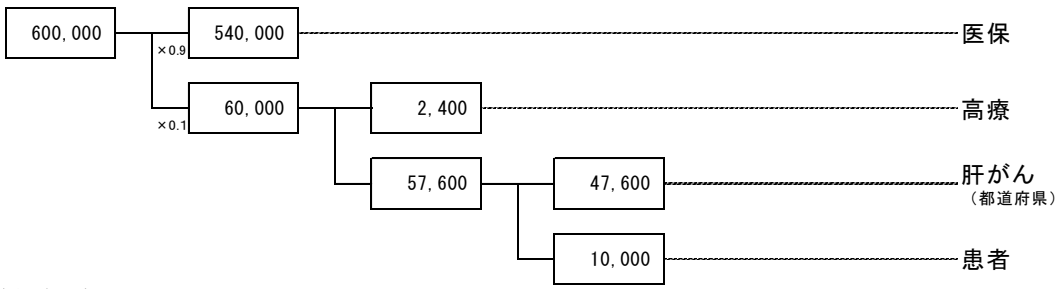
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | 10 |
| | 公② | |

※高額療養費　円

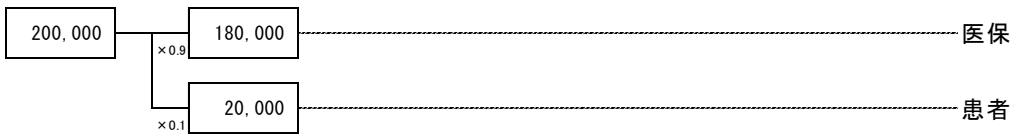
| 療養の給付 | | 請求　点 | ※決定　点 | 負担金額　円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求　円 | ※決定　円 | （標準負担額）　円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 80,000 | | 77,600<br>(57,600) | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 60,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




◇保険診療




| 合計 | |
|---|---|
| 医保 | 722,400　円 |
| （高額再掲 | 2,400　円） |
| 肝がん | 47,600　円 |
| 患者 | 30,000　円 |

**No.16②**

・75歳以上の適用区分Ⅱ（低所得Ⅱ・自己負担１割）で入院関係医療（医療費600,000円）と保険診療（医療費200,000円）

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成　年　月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 3 後期 | 2 2 併 | 7 高入一 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 3 9 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 氏名 | | 特記事項 |
| 職務上の事由 | | 30区オ |

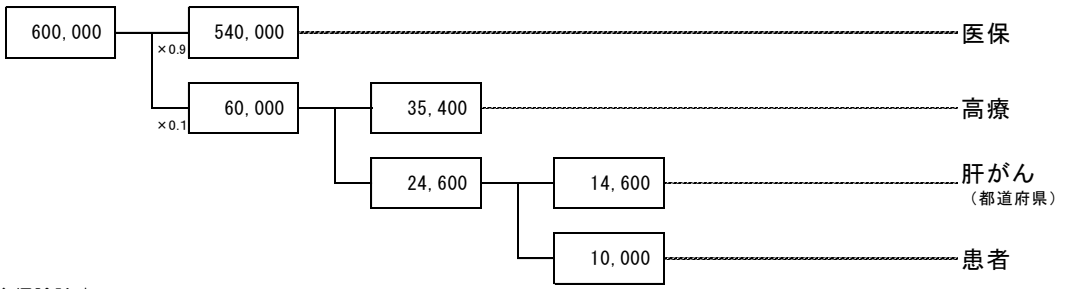
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | 10 |
| | 公② | |

※高額療養費　円　　低Ⅱ

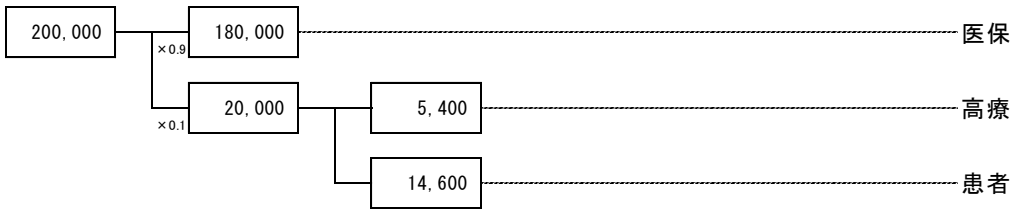
| | | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | | | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | (標準負担額) 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 療養の給付 | 保険 | 80,000 | | 39,200<br>(24,600) | 食事・生活療養 | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 60,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 760,800 | 円 |
| （高額再掲 | 40,800 | 円） |
| 肝がん | 14,600 | 円 |
| 患者 | 24,600 | 円 |

**No.16③**

・75歳以上の適用区分Ⅰ（低所得Ⅰ・自己負担１割）で入院関係医療（医療費600,000円）と保険診療（医療費200,000円）

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)　　平成　年　月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | 3 | 8 | | | 6 | 0 | 2 | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1医科 | 3 後期 | 2 2 併 | 7 高入一 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 3 9 | | | |

| 氏名 | | 特記事項 |
|---|---|---|
| 職務上の事由 | | 30区オ |

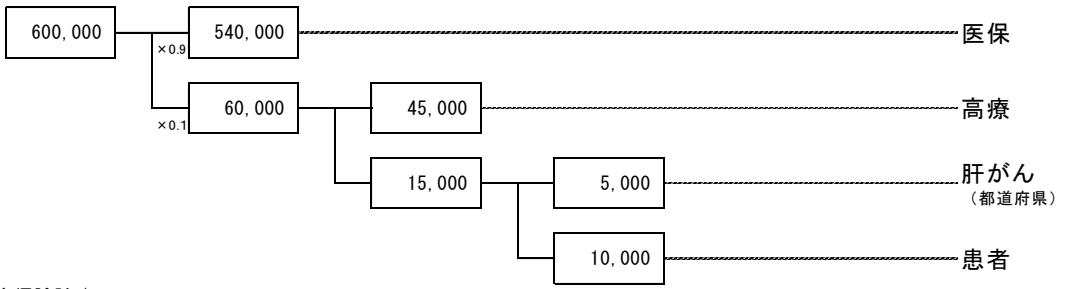
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | 10 |
| | 公② | |

※高額療養費　円　　低Ⅰ

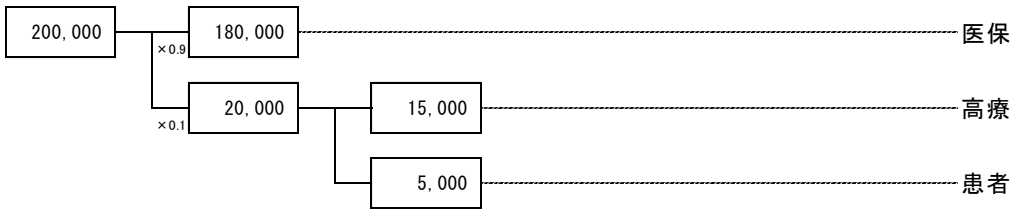
| | | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | | | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | (標準負担額) 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 療養の給付 | 保険 | 80,000 | | 20,000<br>(15,000) | 食事・生活療養 | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | 60,000 | | 10,000 | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業




◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 780,000 | 円 |
| （高額再掲 | 60,000 | 円） |
| 肝がん | 5,000 | 円 |
| 患者 | 15,000 | 円 |

**No.17①**

・74歳の適用区分Ⅰ（低所得Ⅰ・自己負担２割）の方が75歳の誕生日を迎えた場合（後期高齢においては低所得Ⅰ・自己負担１割）
・入院関係医療のみで74歳での医療費300,000円、75歳での医療費300,000円　　・資料集７Case19の74歳時のレセプト

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　　平成　年　月分

| | 1医科 | 1社 | 1単独 | 7高入一 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 06 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| － | | － | |
| 公費負担者番号① | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | 公費受給者番号② | |

| | | |
|---|---|---|
| 氏名 | | 特記事項 |
| 職務上の事由 | | 30区オ |

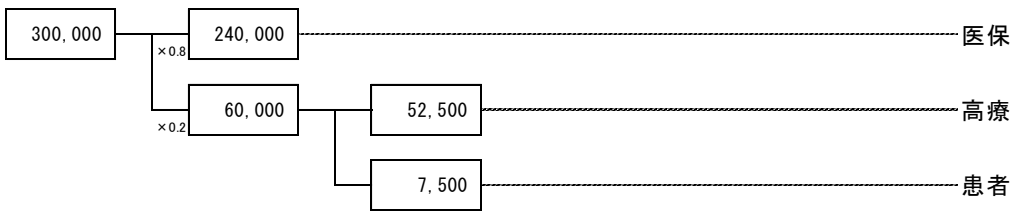
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | |
| | 公② | |

※高額療養費　円　　低Ⅰ

| 療養の給付 | | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | （標準負担額） 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 30,000 | | 7,500 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | | | | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 292,500 | 円 |
| （高額再掲 | 52,500 | 円） |
| 肝がん | 0 | 円 |
| 患者 | 7,500 | 円 |

**No.17②**

・74歳の適用区分Ⅰ（低所得Ⅰ・自己負担２割）の方が75歳の誕生日を迎えた場合（後期高齢においては低所得Ⅰ・自己負担１割）
・入院関係医療のみで74歳での医療費300,000円、75歳での医療費300,000円　　・資料集７Case19の75歳時のレセプト

レセプト記載例

診療報酬明細書（医科入院）　　平成　年　月分

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| － | | | | | | | | | － | |
| 公費負担者番号① | | | | | | | | | 公費受給者番号① | |
| 公費負担者番号② | | | | | | | | | 公費受給者番号② | |

| | 1 医 科 | 3 後期 | 1 単独 | 7 高入一 |
|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 3 9 | | | |

| 氏名 | | 特記事項 |
|---|---|---|
| | | 30区オ |
| 職務上の事由 | | |

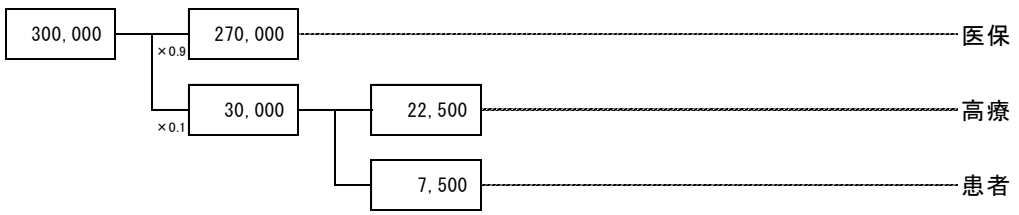
| 診療実日数 | | |
|---|---|---|
| | 保険 | 10 |
| | 公① | |
| | 公② | |

※高額療養費　円　　低Ⅰ

| 療養の給付 | | 請求 点 | ※決定 点 | 負担金額 円 | 食事・生活療養 | | 回 | 請求 円 | ※決定 円 | （標準負担額） 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 保険 | 30,000 | | 7,500 | | 保険 | 0 | 0 | | 0 |
| | 公費① | | | | | 公費① | | | | |
| | 公費② | | | | | 公費② | | | | |

樹形図（ツリー図）

◇保険診療




| 合計 | | |
|---|---|---|
| 医保 | 292,500 | 円 |
| （高額再掲 | 22,500 | 円） |
| 肝がん | 0 | 円 |
| 患者 | 7,500 | 円 |

【資料集9】実施要綱と実務上の取扱い

# 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱

１　目的

肝炎の克服に向けた取組を進めて行く旨が定められた肝炎対策基本法（平成２１年法律第９７号）に基づき、国及び地方公共団体は、肝硬変及び肝がんに関し、新たな治療方法の研究開発の促進その他治療水準の向上が図られるための環境の整備のために必要な施策を講ずるものとされている。このため、肝がんが再発を繰り返し予後が悪いこと、また、重度肝硬変（非代償性肝硬変のことをいう。以下同じ。）も肝がん同様に予後が悪いこと、更に、ウイルス感染が原因により慢性肝炎から軽度肝硬変を経て重度肝硬変、肝がんへと進行するために長期に渡り療養を要するという特徴を踏まえて、患者の医療費の負担軽減を図りつつ、肝がん・重度肝硬変の治療効果、患者の生命予後や生活の質を考慮し、最適な治療を選択できるようにするための研究を促進する仕組みを構築することを目的とする。

２　実施主体

実施主体は、都道府県とする。

３　定義及び対象医療

（１）この実施要綱において「肝がん・重度肝硬変入院医療」とは、Ｂ型肝炎ウイルス又はＣ型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変の患者に対して行われる入院医療で保険適用となっているもののうち、別に定めるものをいう。

（２）この実施要綱において「肝がん・重度肝硬変入院関係医療」とは、肝がん・重度肝硬変入院医療及び当該医療を受けるために必要となる検査料、入院料その他当該医療に関係する入院医療で保険適用となっているもの（当該医療と無関係な医療は含まない。）をいう。

（３）本事業による給付の対象となる医療は、肝がん・重度肝硬変入院関係医療（一部負担額が健康保険法施行令（大正１５年勅令第２４３号）第４１条第７項に規定する特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）のうち、当該医療の行われた月以前の１２月以内に、５（１）で定める指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（一部負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）を受けた月数が既に３月以上ある月のものとする。

４　対象患者

この事業の対象となる患者は、３（３）に掲げる対象医療を必要とする患者であって、以下のすべての要件に該当し、６（１）により都道府県知事の認定を受けた者とする。

（１）医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、保険医療機関（健康保険法（大正１１年法律第７０号）に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）であって５（１）で定める指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院医療に関し医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による給付を受けている者とする。ただし、他の法令等の規定により国又は地方公共団体の負担により、肝がん・重度肝硬変入院医療に関する給付が行われるべき場合には、その給付の限度において、支給しないものとする。

（２）下表の年齢区分に応じて、それぞれ同表の階層区分に該当する者

| 年　齢　区　分 | 階　　層　　区　　分 |
|---|---|
| ７０歳未満 | 医療保険者（介護保険法（平成９年法律第１２３号）第７条第７項に規定する医療保険者をいう。以下同じ。）が発行する限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の所得額の適用区分がエ又はオに該当する者 |
| ７０歳以上７５歳未満 | 医療保険者が発行する高齢受給者証の一部負担金の割合が２割とされている者 |
| ７５歳以上（注） | 後期高齢者医療被保険者証の一部負担金の割合が１割とされている者 |

（３）７（２）に定める研究に協力することに同意し、別に定めるところにより、臨床調査個人票及び同意書（以下「個人票等」という。）を提出した者

５　実施方法

（１）指定医療機関

都道府県知事は、肝がん・重度肝硬変入院医療を適切に行うことができ、かつ、本事業の実施に協力することができる保険医療機関（原則として当該都道府県に住所をもつものに限る。）を指定医療機関（以下「指定医療機関」という。）として指定するものとする。

ただし、都道府県知事は、指定医療機関より指定の辞退の申し出があったとき、指定医療機関が指定要件を欠くに至ったとき、または、指定医療機関として不適当と認めるものであるときは、その指定を取り消すことができるものとする。

（２）事業の実施

①都道府県知事は、原則として指定医療機関に対し、当該事業に必要な費用に相当する金額を交付することにより本事業を実施するものとする。ただし、これにより難い場合には、別に定める方法によることができるものとする。

②前項の金額は、次のアに規定する額からイに規定する対象患者が負担する額を控除した額とする。

ア　医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該医療に要する費用の額の合計額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額

イ　１月につき１万円

６　認定

（１）都道府県知事は、指定医療機関の医師が作成した個人票等及び指定医療機関において記載を行った入院記録票の写しを基に、対象患者の認定を行うものとする。認定を行うに当たっては、事業の適正かつ円滑な実施を図るため、肝疾患の専門家等から構成される認定協議会を設けるものとする。

（２）認定の有効期間は、原則として同一患者について１年を限度とする。ただし、必要と認める場合には、その期間を更新できるものとする。

（３）都道府県知事は、対象患者から認定の取り消しの申請があったとき、対象患者が認定の要件を欠くに至ったとき、または、対象患者として不適当と認めるものであるときは、その認定を取り消すことができるものとする。この場合において、都道府県知事は、別に定めるところにより、対象患者の認定を取り消したことを厚生労働大臣に通知するものとする。

７　臨床調査個人票等

（１）都道府県知事は、４の定めるところにより、都道府県知事の認定を受けた患者から提出された個人票等の写しを認定があった翌々月の１５日までに厚生労働大臣に提出しなければならない。

（２）厚生労働大臣は、肝がん・重度肝硬変の治療効果、患者の生命予後や生活の質を考慮し、最適な治療を選択できるようにするための研究を適切に行えると認める者に対し、前項の規定により都道府県知事から提出された個人票等の写しを提供するものとする。

８　関係者の留意事項

厚生労働大臣及び都道府県知事は、患者等に与える精神的影響を考慮して、本事業によって知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定されうるものに係る情報（個人情報）の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対してもその旨指導するものとする。

９　国の補助

国は、都道府県が本事業のために支出した費用に対し、その２分の１を補助するものとする。但し、３（３）において助成の対象としている医療の国庫補助については、平成３０年１２月診療分より行うものとする。

１０　経過措置

（１）３（３）の規定については、２０２０年３月３１日までに都道府県知事の指定を受けた指定医療機関は、当該指定の効力を生ずるとされた日の１年前から指定医療機関の指定を受けていたものとみなして適用する。なお、その場合の遡及できる範囲は、平成３０年４月１日までとする。

（２）４（２）の規定については、平成２６年３月３１日以前に７０歳に達している１割負担の者は、医療保険者が発行する高齢受給者証の一部負担金の割合が２割とされている者と読み替えて適用する。

# 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱い

１．医療給付の申請について

（１）「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について」（平成３０年６月２７日健発第０６２７第１号厚生労働省健康局長通知）の別添「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱」（以下「実施要綱」という。）３に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別紙様式例１による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書（以下「交付申請書」という。）に以下の①から③の区分により、それぞれに掲げる書類を添えて、申請者が居住する都道府県知事に申請するものとする。なお、６５歳以上７５歳未満の者が、後期高齢者医療制度に加入している場合は、③７５歳以上の申請者の例によるものとする。

① ７０歳未満の申請者

ア 別紙様式例２による臨床調査個人票及び同意書（臨床調査個人票については実施要綱５（１）に定める指定医療機関（以下「指定医療機関」という。）の医師、同意書については原則として患者本人が記入したもの。以下「個人票等」という。）

イ 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証の写し

ウ 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（以下「限度額適用認定証等」という。）の写し

エ 申請者の住民票の写し

オ 別紙様式例６による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票（以下「入院記録票」という。）（医療の給付を受けようとする日の属する月以前の１２月以内に、指定医療機関において実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療（以下「肝がん・重度肝硬変入院関係医療」という。）（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に３月以上あることが記録されているもの）の写し

② ７０歳以上７５歳未満の申請者

ア 個人票等

イ 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証と高齢受給者証の写し

ウ 限度額適用認定証等の写し（但し、所得区分が一般にあたる者を除く）

エ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類

オ 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し

カ 入院記録票（医療の給付を受けようとする日の属する月以前の１２月以内に、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に３月以上あることが記録されているもの）の写し

③ ７５歳以上の申請者

ア 個人票等

イ 申請者の氏名が記載された後期高齢者医療被保険者証の写し

ウ 限度額適用認定証等の写し（但し、所得区分が一般にあたる者を除く）

エ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類

オ 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し

カ 入院記録票（医療の給付を受けようとする日の属する月以前の１２月以内に、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に３月以上あることが記録されているもの）の写し

（２）実施要綱６（２）ただし書により、更新の申請を行う場合には、個人票等の添付は要しないものとする。

（３）２（５）の参加者証の交付を受けた者（以下「参加者」という。）であって、当該参加者証の記載内容に変更がある場合（９の場合を除く）については、当該参加者証を交付した都道府県知事に対し、変更があった箇所を交付申請書に記載し、参加者証及び変更箇所にかかる関係書類を添えて提出するものとする。

２．対象患者の認定及び参加者証の交付手続き等について

（１）都道府県知事は、交付申請書等を受理したときは速やかに当該申請に対する認定の可否を決定するものとする。

（２）都道府県知事は、実施要綱６（１）に定める認定を行う際には、個人票等に基づき、別添1に定める対象患者の診断・認定基準（以下「診断・認定基準」という。）に該当する患者であることを適正に認定するものとする。この場合において、都道府県知事は、必要と認めるときは、実施要綱６（１）に定める認定協議会に意見を求めるものとする。

（３）都道府県知事は、実施要綱６（１）に定める認定を行う際には、医療の給付を受けようとする日の属する月以前の１２月以内に、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に３月以上あることを確認するものとする。
（４）都道府県知事は、実施要綱６（１）に定める認定を行う際には、限度額適用認定証等、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証その他所得の状況を把握できる書類に基づき、申請者が実施要綱４（２）の表の階層区分に該当する者であることを確認した上で、（２）による認定及び（３）による確認が行われた申請者が加入する保険者に対し、医療保険における所得区分の認定を行うために必要な書類等を添えて照会を行い、当該申請者に適用される医療保険における所得区分について参加者証の適用区分欄に記載を行うものとする。
（５）都道府県知事は、（４）により医療保険における所得区分に係る記載を行った申請者を対象患者と認定したときは、速やかに当該患者に対し、別紙様式例３による参加者証を交付するものとする。
（６）都道府県知事は、認定を否とした場合には、具体的な理由を付してその結果を申請者に通知するものとする。
（７）参加者証については、原則として、有効期間は１年以内とし、交付申請書等を受理した日の属する月の初日から起算するものとする。

３．認定の取消について
（１）参加者は、参加者証の有効期間内に実施要綱７（２）に定める研究に協力することの同意を撤回したい等認定の取消を求める場合は、参加者証を交付した都道府県知事に対し、別紙様式例４による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書（以下「参加終了申請書」という。）を提出するものとする。その際、交付を受けている参加者証を添付しなければならない。
なお、申請時期にかかわらず、参加終了申請書の受理日の属する月の末日までは同意の撤回はできない。
（２）都道府県知事は、認定を取り消すこととした場合は、速やかに別紙様式例５による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書（以下「参加終了通知書」という。）を参加者に送付するものとする。その際、都道府県知事は、遅滞なく、厚生労働大臣に参加終了通知書の写しを送付しなければならない。
（３）（２）により認定を取り消すこととした当該参加者の認定の有効期間は、参加終了申請書の提出を受けて認定を取り消す場合は、その申請時期にかかわらず、参加終了申請書の受理日の属する月の末日まで有効となるものとし、参加終了申請書の提出によらずして都道府県知事が認定を取り消す場合は、認定を取り消すこととした日の属する月の末日まで有効となるものとする。

４．入院記録票の管理について
（１）都道府県知事は、Ｂ型肝炎ウイルス又はＣ型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変のことをいう。以下同じ。）と診断された患者（以下「肝がん・重度肝硬変患者」という。）に対し、入院記録票を交付するものとする。なお、入院記録票は指定医療機関を経由して交付できるものとする。
（２）入院記録票の交付を受けた肝がん・重度肝硬変患者は、指定医療機関に入院する際に入院記録票を当該指定医療機関に提示するものとする。
（３）入院記録票を提示された指定医療機関は、肝がん・重度肝硬変患者が別添２に定める病名を有して、当該指定医療機関に入院して実施要綱３（１）に定める肝がん・重度肝硬変入院医療に該当するものとして別添３に定める医療行為（以下「肝がん・重度肝硬変入院医療」という。）が実施された場合は、入院のあった月毎に入院記録票に所定の事項を記載するものとする。

５．対象患者が指定医療機関に対し支払う額
　指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（一の指定医療機関における当該医療であって一部負担額が健康保険法施行令（大正１５年勅令第２４３号）第４１条第７項に規定する特定疾病給付対象療養（以下「特定疾病給付対象療養」という。）に係る高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）を受けた参加者であって、当該医療の行われた月以前の１２月以内に指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に３月以上ある旨の記載がある入院記録票を提示した者は、実施要綱３（３）に定める医療に係る医療費として、当該指定医療機関に対し、実施要綱５（２）②イに定める金額を支払うものとする。

６．対象患者が５．により自己負担額の軽減を受けることができない場合の取扱い
（１）指定医療機関に入院して肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた参加者であって、当該医療の行われた月以前の１２月以内に指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に３月以上ある者が、５によって自己負担額の軽減を受けることができない場合は、実施要綱３（３）に定める医療に要した医療費のうち実施要綱５（２）②に定める金額を都道府県知事に請求することができるものとする。
（２）（１）に定めるところにより請求を行おうとする者（以下「請求者」という。）は、別紙様式例７による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書に、次に掲げる書類を添えて、請求者が居住する都道府県の知事に申請するものとする。
ア　請求者の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
イ　請求者の参加者証の写し
ウ　請求者が指定医療機関に入院して肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた参加者であって、当該医療の行われた月以前の１２月以内に指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に３月以上ある旨の記載がある入院記録票の写し
エ　当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
オ　その他、都道府県知事が申請内容の審査に必要と認める書類
（３）（１）による請求を受けた都道府県知事は、（２）に掲げる書類を審査した結果適当と認める場合は、請求者に対し、実施要綱３（３）に定める医療に要した医療費のうち、実施要綱５（２）②に定める金額を交付するものとする。

７．指定医療機関の指定及び役割について
（１）実施要綱５（１）の定めによる指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、別添様式例８による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書（以下「指定申請書」という。）を都道府県知事に提出するものとする。
（２）都道府県知事は、肝がん・重度肝硬変入院医療を適切に行うことができ、かつ、本事業の実施に協力することができる旨を記載した指定申請書を提出した保険医療機関を肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の指定医療機関として指定するものとする。また、都道府県知事は、指定した指定医療機関について、別紙様式例９により厚生労働大臣へ報告するものとする。なお、都道府県知事が、指定医療機関の指定の取消を行ったときも同様とする。
（３）都道府県知事は、自らが参加者証を交付した参加者が、他の都道府県知事の指定を受けている指定医療機関において実施要綱３（３）に定める医療を受けた場合には、当該指定医療機関を自ら指定した指定医療機関とみなして、実施要綱３（３）に定める医療に要した医療費のうち、実施要綱５（２）②に定める金額を交付するものとする。
（４）指定医療機関は、次に掲げる役割を担うものとする。
①　肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び入院記録票の交付を行うこと。
②　入院記録票の記載を行うこと。
③　患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療に従事している医師に個人票等を作成させ、交付すること。
④　当該月以前の１２月以内に指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に３月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる肝がん・重度肝硬変入院関係医療（一部負担額が特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。
⑤　その他、指定医療機関として本事業に必要な対応について協力すること。
（５）指定医療機関は、指定申請書の内容に変更があった場合は、速やかに都道府県知事に届け出るものとし、指定医療機関であることを辞退するため指定医療機関の指定の取消を求める場合は、参加者の利用に支障のないよう十分な時間的余裕をもって事前に届けるものとする。

８．対象医療及び認定基準等の周知等について
都道府県知事は、本事業の適正な運用を確保するために指定医療機関に対して本事業の対象医療及び診断・認定基準等の周知に努めるものとする。
また、都道府県知事は、指定医療機関に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、本事業を適正に実施していない指定医療機関に対して、本事業の適正な推進に必要な措置を講じるものとする。

９．都道府県外へ転出した場合の取扱いについて

参加者は、都道府県外へ転出し、転出先においても引き続き当該参加者証の交付を受けようとする場合には、転出日の属する月の翌月末日までに、転出前に交付されていた参加者証、変更部分を記載した交付申請書、１（１）の①から③の区分によりそれぞれに掲げる書類（個人票等及び入院記録票の写しを除く）を添えて転出先の都道府県知事に提出するものとする。転出先の都道府県知事は、当該提出があった旨を転出元の都道府県知事に伝達するとともに、転出日の属する月の転出日前に肝がん・重度肝硬変入院関係医療が行われていない場合は、実施要綱３（３）に定める医療に要した医療費のうち、実施要綱５（２）②に定める金額を負担するものとする。

なお、この場合における参加者証の有効期間は、転出日からとするのを原則として、転出前に交付されていた参加者証の有効期間の終期までとする。

１０．代理申請等

１の医療給付の申請、３の参加終了の申請、６の償還払いの請求及び９の転出先の都道府県知事への届出については、代理人に手続きを委任することができるものとする。

１１．情報収集

都道府県知事は、必要に応じて、本事業のより効果的な運用に資するための情報収集等を行うことができるものとする。

（別添１）

# 肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の診断・認定基準

医師が肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）と診断し、臨床調査個人票を作成し、それに基づき都道府県知事が認定する際の基準を以下の通り定める。

〇ウイルス性であることの診断・認定

１）「Ｂ型肝炎ウイルス性」であることは、HBs抗原陽性あるいはHBV-DNA陽性、のいずれかを確認する。

＊Ｂ型慢性肝炎のHBs抗原消失例を考慮し、HBs抗原陰性であっても過去に半年以上継続するHBs抗原陽性が認められるものは、含まれることとする。

２）「Ｃ型肝炎ウイルス性」であることは、HCV抗体陽性（HCV-RNA陰性でも含む）あるいはHCV-RNA陽性、のいずれかを確認する。

〇肝がんであることの診断・認定

現在あるいは以前に肝がんであることを、原則として次のいずれかの方法で確認する。ただし、「肝がん」は原発性肝がん及びその転移のことをいう。

・画像検査

造影ＣＴ、造影ＭＲＩ、血管造影/造影下ＣＴ

・病理検査

切除標本、腫瘍生検

〇重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることの診断・認定

現在あるいは以前に重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることを、次のいずれかの基準で判定する。

・Child-Pugh score　7点以上

・別添３の２に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為」または、４に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）治療の医療行為と判断する薬剤等」のいずれかの治療歴を有する。

（別添２）

# 肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の病名の判定基準

１．肝がん患者であるかの判定基準

電子カルテ用ICD10対応標準病名マスター

| 病名 | 病名管理番号 | ICD10コード | 病名交換用コード |
|---|---|---|---|
| 肝癌 | 20057051 | C220 | C5L0 |
| 肝細胞癌 | 20057070 | C220 | U7HP |
| 原発性肝癌 | 20060439 | C220 | HU4F |
| 肝細胞癌破裂 | 20099318 | C220/K768 | GDUC |
| 肝内胆管癌 | 20057132 | C221 | VF8J |
| 胆管細胞癌 | 20070164 | C221 | PFSN |
| 混合型肝癌 | 20087874 | C227 | G3VC |
| 肝癌骨転移 | 20087470 | C795 | FT2V |

２．重度肝硬変（非代償性肝硬変）患者であるかの判定基準

電子カルテ用ICD10対応標準病名マスター

| 病名 | 病名管理番号 | ICD10コード | 病名交換用コード |
|---|---|---|---|
| 肝不全 | 20057155 | K729 | S3TE |
| 非代償性肝硬変 | 20074455 | K746 | RGML |
| 慢性肝不全 | 20076391 | K721 | R8R3 |
| Ｂ型非代償性肝硬変 | 20100410 | B181 | J13K |
| Ｃ型非代償性肝硬変 | 20100412 | B182 | EF6J |
| 肝腎症候群 | 20057092 | K767 | BB1J |
| 肝肺症候群 | 20090073 | K768 | VNRP |
| 肝性昏睡 | 20057095 | K729 | KHR0 |
| 肝性脳症 | 20057096 | K729 | N5OL |
| 肝性浮腫 | 20057097 | R609 | E188 |
| 肝性腹水 | 20057098 | R18 | UBQO |
| 肝浮腫 | 20057156 | K768 | USD3 |
| 難治性腹水 | 20072330 | R18 | L8C7 |
| 腹水症 | 20075375 | R18 | SQTN |
| 肝性胸水 | 20088105 | K769/J91 | DR0E |
| 肝細胞性黄疸 | 20057071 | K729 | J4UV |
| 胃静脈瘤 | 20054220 | I864 | JE9H |
| 胃静脈瘤出血 | 20094926 | I864 | UFU2 |
| 胃静脈瘤破裂 | 20094925 | I864 | HRMP |
| 食道静脈瘤 | 20065291 | I859 | UAFB |
| 食道静脈瘤出血 | 20065292 | I850 | TC7G |
| 食道静脈瘤破裂 | 20065293 | I850 | M8GP |
| 食道胃静脈瘤 | 20087148 | I859/I864 | F6F7 |
| 肝硬変に伴う食道静脈瘤 | 20096774 | K746/I982 | J6S5 |
| 肝硬変に伴う食道静脈瘤出血 | 20102608 | K746/I982 | P711 |
| 門脈圧亢進症 | 20077171 | K766 | G19D |
| 門脈圧亢進症性胃症 | 20088064 | K766 | P7M7 |
| 門脈圧亢進症性腸症 | 20093513 | K766/K638 | HJOQ |
| 門脈圧亢進症性胃腸症 | 20093515 | K766/K928 | TEVN |
| 細菌性腹膜炎 | 20062300 | K658 | EJSD |

（別添３）

# 肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の入院と判断するための医療行為一覧

## １．肝がんの医療行為

### 手術

| 区分番号 | 診療行為名称 | 請求コード |
|---|---|---|
| K695-00 | 肝切除術（部分切除） | 150362610 |
| K695-00 | 肝切除術（亜区域切除） | 150362710 |
| K695-00 | 肝切除術（外側区域切除） | 150362810 |
| K695-00 | 肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く）） | 150362910 |
| K695-00 | 肝切除術（２区域切除） | 150363010 |
| K695-00 | 肝切除術（３区域切除以上） | 150363110 |
| K695-00 | 肝切除術（２区域切除以上で血行再建） | 150363210 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（部分切除） | 150348010 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除） | 150348110 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除） | 150388710 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（１区域切除（外側区域切除を除く）） | 150388810 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（２区域切除） | 150388910 |
| K695-02 | 腹腔鏡下肝切除術（３区域切除以上） | 150389010 |
| K697-03 | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍ以内）（腹腔鏡） | 150378410 |
| K697-03 | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍ以内）（その他） | 150378510 |
| K697-03 | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍを超える）（腹腔鏡） | 150378610 |
| K697-03 | 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（２ｃｍを超える）（その他） | 150378710 |
| K697-02 | 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（腹腔鏡） | 150378210 |
| K697-02 | 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（その他） | 150378210 |
| K615-00 | 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術） | 150376810 |
| K615-00 | 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他） | 150360710 |
| K697-05 | 生体部分肝移植術 | 150284810 |

### 処置

| | | |
|---|---|---|
| J017-00 | エタノール局所注入 | 140050910 |
| D412-00 | 経皮的針生検法 | 160098010 |

### 放射線治療

| | | |
|---|---|---|
| M001-00 | 体外照射（高エネルギー放射線治療） | 180020710* |
| M001-02 | ガンマナイフによる定位放射線治療 | 180018910 |
| M001-03 | 直線加速器による放射線治療 | 180026750* |

### 注射

| | | |
|---|---|---|
| G003-00 | 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 | 130007510 |
| G003-03 | 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 | 130010410 |

### 画像診断

| | | |
|---|---|---|
| E003-00 | 造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影） | 170027110 |

＊ 該当する区分の検査すべてを含む。

２．重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為

手術

| 区分番号 | 診療行為名称 | 請求コード |
|---|---|---|
| K532-00 | 食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする） | 150136110 |
| K532-00 | 食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする） | 150136210 |
| K532-02 | 食道静脈瘤手術（開腹） | 150136350 |
| K532-03 | 腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術） | 150366910 |
| K533-00 | 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡） | 150136510 |
| K533-02 | 内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術 | 150270150 |
| K615-00 | 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術） | 150376810 |
| K621-00 | 門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術） | 150154510 |
| K635-00 | 胸水・腹水濾過濃縮再静注法 | 150159710 |
| K635-02 | 腹腔・静脈シャントバルブ設置術 | 150260450 |
| K668-2 | バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 | 150401110 |
| K711 | 脾摘出術 | 150179810 |
| K711-2 | 腹腔鏡下脾摘出術 | 150271850 |
| K697-05 | 生体部分肝移植術 | 150284810 |

処置

| | | |
|---|---|---|
| J008-00 | 胸腔穿刺 | 140003210* |
| J019-00 | 持続的胸腔ドレナージ | 140004110 |
| J010-00 | 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む） | 140003610 |
| J021-00 | 持続的腹腔ドレナージ | 140004510 |

画像診断

| | | |
|---|---|---|
| E003-00 | 造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影） | 170027110 |

＊ 該当する区分の検査すべてを含む。

３．肝がんの医療行為と判断する薬剤等(一般名)

（１）化学療法

殺細胞性抗癌剤：エピルビシン、ドキソルビシン、シスプラチン、ミリプラチン、マイトマイシンC、フルオロウラシル、ゲムシタビン、テガフール・ウラシル等

分子標的治療薬：ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンバチニブ等

（２）鎮痛薬

オピオイド：モルヒネ、フェンタニル、ペチジン、ブプレノルフィン、ペンタゾシン、エプタゾシン、トラマドール、オキシコドン等

４．重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為と判断する薬剤等(一般名)

（１）肝性浮腫・腹水治療薬（利尿薬）

肝性浮腫あるいは腹水、難治性腹水等の病名を有し、かつ、下記薬剤を投与している場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。

・バゾプレッシン受容体拮抗薬：トルバプタン
・ループ系利尿薬：フロセミド、ブメタニド、トラセミド、プレタニド、アゾセミド
・カリウム保持性利尿薬：スピロノラクトン、トリアムテレン、カンレノ酸カリウム

（２）肝性脳症治療薬

肝性脳症の病名を有し、効能又は効果として「慢性肝障害時における脳症の改善」を有する薬剤（商品名：アミノレバン、テルフィス、ヒカリレバン、モリヘパミン）による治療が実施されている場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。

（別紙様式例1）

**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（　新規　・　更新　）**
**交付申請書**

<table>
<tr><td rowspan="6">申請者（医療の給付を受けようとする者）</td><td>ふりがな<br>氏　　名</td><td colspan="6"></td><td>性　別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="6">年　　月　　日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="9">（電話　　）</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">加入医療保険</td><td>被保険者氏名</td><td colspan="3"></td><td>申請者との続柄</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>保険種別</td><td colspan="3">協・組・共・国・後</td><td>被保険者証の記号・番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>保険者番号</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病　　名</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="2">本助成制度利用歴</td><td colspan="9">1．あり　　2．なし<br>公費負担者番号・受給者番号（　　・　　）<br>有効期間（　　年　月　日～　　年　月　日）</td></tr>
</table>

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、同意するので、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の（　新規・更新　）交付を申請します。

申請者氏名　　印
（代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印）

年　　月　　日

知事　殿

（別紙様式例2）

臨床調査個人票及び同意書

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日（年齢） |
| 患者氏名 | | 男・女 | 年　月　日　（満　歳） |
| 住所 | 郵便番号<br><br>電話番号　（　） | | |
| 診断年月 | 年　月 | 前医（あれば記載する） | 医療機関名<br>医師名 |
| 検査所見 | 直近の所見を入力すること。<br>1. B型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる)<br>☐ HBs抗原陽性（検査日：　年　月　日）<br>又は<br>HBV-DNA陽性（検査日：　年　月　日）<br>☐ HBs抗原消失例（過去に6ヶ月以上間隔を空けて実施した連続する2回の測定結果でHBs抗原陽性である）<br>1回目 HBs抗原陽性（検査日：　年　月　日）<br>2回目 HBs抗原陽性（検査日：　年　月　日）<br><br>2. C型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる)<br>☐ HCV抗体陽性（検査日：　年　月　日）<br>☐ HCV-RNA陽性（検査日：　年　月　日）<br><br>3. 血液検査（検査日：　年　月　日）<br>AST　＿＿＿ U／L　ALT　＿＿＿ U／L　血小板数　＿＿＿ ／μL<br>血清アルブミン ＿＿＿ g/dL　血清総ビリルビン ＿＿＿ mg/dL　プロトロンビン時間 ＿＿＿ %<br><br>4. 身体所見(該当する項目にチェックを入れる)（検査日：　年　月　日）<br>腹水（☐なし、☐軽度、☐中程度以上）<br>肝性脳症（☐なし、☐軽度（Ⅰ,Ⅱ）、☐昏睡（Ⅲ以上））<br><br>【肝がんの場合】(該当する項目にチェックを入れる)<br>☐画像検査(☐ 造影CT、 ☐ 造影MRI、 ☐ 血管造影/造影下CT)（検査日：　年　月　日）<br>☐病理検査(☐ 切除標本、 ☐ 腫瘍生検)（検査日：　年　月　日）<br>☐ その他(　)<br>※その他の場合には、その具体的な内容を記載のうえ、根拠となる資料を添付すること。<br>【重度肝硬変(非代償性肝硬変)の場合】(該当する項目にチェックを入れる)<br>☐ Child－Pugh score で7点以上（検査日：　年　月　日）<br>☐ 別に定める「重度肝硬変(非代償性肝硬変)の医療行為」の治療歴を有する。<br>（当該医療行為の実施日：　年　月　日） | | |
| 診断根拠 | | | |
| その他記載すべき事項 | | | |
| 診断 | 該当するすべての項目にチェックを入れる。<br>☐肝がん　(B型肝炎ウイルスによる)<br>☐肝がん　(C型肝炎ウイルスによる)<br>☐重度肝硬変(非代償性肝硬変)（B型肝炎ウイルスによる）<br>☐重度肝硬変(非代償性肝硬変)（C型肝炎ウイルスによる） | | |

医療機関名及び所在地　　記載年月日　年　月　日

医師氏名　　印

同　意　書

厚生労働省の研究事業について説明を受け、本研究事業の趣旨を理解し、臨床データ(臨床調査個人票等)を提供し、活用されることに同意します。

同意年月日　年　月　日

患者氏名　　印

(代諾者の場合は代諾者の氏名　　印 )

（別紙様式例3）

# 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | | | | |
| 参加者 | 住所 | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 年　月　日 | | | | | | 男・女 | |
| 保険種別 | | 協・組・共・国・後 | | 被保険者証の記号・番号 | | | | | |
| 保険者番号 | | | | | 適用区分 | | | | |
| 有効期間 | | 自　年　月　日<br>至　年　月　日 | | | | | | | |
| 自己負担月額 | | １０，０００円 | | | | | | | |
| 都道府県知事名及び印 | | （都道府県名）　（都道府県知事名）　㊞ | | | | | | | |
| 交付年月日 | | 年　月　日 | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | |

（裏面）

注意事項

１．本証を交付された方は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（以下「本事業」という。）の参加者となり、２の条件を満たした場合に限り、別に定める対象医療の費用のうち４月目以降の費用について、患者一部負担の月額が１万円になります。

２．本事業において助成対象となる医療は、原則として、過去１２月以内に、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に３月以上あるものに限られます。

３．指定医療機関の窓口での負担が１万円となるのは、同一の月に、一つの指定医療機関における１回の入院で、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合です。

４．同一の月に、一つの指定医療機関における複数回の入院で、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えたなどの場合は、償還払いの手続きをとることになります。

５．窓口負担が１万円になった場合でも、審査支払機関の審査の結果によっては、条件を満たさないことになり、追徴となる可能性があるので留意してください。

６．本証の交付を受けた際は、必ず、入院している指定医療機関に提示していください。

７．本証の有効期間の満了後に引き続き本事業に参加することを希望する場合は、交付申請書に必要事項を記載し、居住する都道府県の知事が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、*《本証を交付した都道府県知事》*に更新の申請を行ってください。

８．本証の住所、氏名、保険種別、被保険者証の記号・番号及び保険者番号に変更があったとき（他の都道府県に転居した場合を除く）は、速やかに、変更した箇所を交付申請書に記載し、本証と、変更箇所に関係する書類を添えて、*《本証を交付した都道府県知事》*に提出してください。

９．都道府県外へ転出する場合（住民票を移した場合）において、転出後も本事業に参加し、参加者証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに、住所等変更箇所を記載した交付申請書を、本証と、転居先の都道府県が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、転出先の都道府県知事に提出してください。

10．都道府県知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを都道府県知事に提出することになります。

11．厚生労働省の研究事業に協力することの同意の撤回を希望する場合、及び事業への参加を終了したい場合は、下の連絡先（本証を交付した都道府県の担当係）宛てに、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」に必要事項を記載し、本証を添えて提出してください。なお、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」を都道府県が受理した日に属する月の末日までは、同意が撤回されないことに留意してください。

12．本証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、*《本証を交付した都道府県知事》*にその旨を届け出てください。

13．本証を不正な目的で用いないでください。また、本証の利用は誠実に行ってください。

14．その他の問い合わせは下記に連絡してください。

連絡先　　○○都道府県○○部○○課○○係　（TEL：０００－０００－００００）

（別紙様式例4）

# 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | |
| ふりがな<br>氏名 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　月　日 | | | | | | 男・女 | |
| 参加者証の有効期間 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日 | | | | | | | |
| 添付書類 | □　肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 | | | | | | | |
| 参加終了の理由（任意記載） | １．自分の臨床データを活用されたくない<br>２．医療費の助成を受けたくない<br>３．その他（　　） | | | | | | | |

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、厚生労働省の研究事業に臨床データ（臨床調査個人票等）を提供し、活用されることに同意して本事業に参加しておりましたが、今般、同意を撤回することとし、事業への参加を終了することとしたいので申請します。

なお、本申請書の受理日の月の末日まで、臨床データ（臨床調査個人票等）が活用されることについてあらかじめ了承いたします。

申請者氏名　　印

年　月　日

（都道府県名）　知事殿

（別紙様式例5）

# 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | |
| ふりがな<br>氏名 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　月　日 | | | | | | | 男・女 |
| 参加者証の有効期間（直近のもの） | 自　年　月　日<br>至　年　月　日 | | | | | | | |
| 助成制度の利用実績 | 自　年　月　日<br>至　年　月　日 | | | | | | | |
| 終了年月日 | 年　月　日（※受理日の月の末日） | | | | | | | |
| 終了の理由 | 1　参加終了申請書の提出<br>2　その他（　　） | | | | | | | |

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業への参加は、上記終了年月日をもって終了することを通知する。なお、同日付をもって、本事業に関する臨床データ（臨床調査個人票等）の活用を終了するものとする。

年　月　日

（都道府県名）（都道府県知事名）　㊞

# （別紙様式例6）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票

○患者の方へのお願い
肝がん又は重度肝硬変により入院した場合には、この記録票を、指定医療機関の窓口に忘れずに提示してください。
また、都道府県に償還払いを請求する場合は、この記録票の写しを請求書に添付してください。

○指定医療機関の会計窓口の方へのお願い
この入院医療記録票が提示されましたら、肝がん・重度肝硬変入院関係医療にかかる記録の記載をお願い致します。

| 氏名 | | 生年月日 | 年　月　日 |
|---|---|---|---|
| 住所 | | 性別 | |

△年○月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | △△円 | ▽▽円 | ◇◇円 | |
| （退院日） | | | ○○円 | ●●円 | | |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | △△円 | ▽▽円 | ◇◇円 | |
| （退院日） | | | ○○円 | ●●円 | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額(1割～3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | |
|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名） | ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** |
| | （医療機関名） | ／12 | |

(注１) 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
(注２) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

△年○月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | △△円 | ▽▽円 | ◇◇円 | |
| （退院日） | | | ○○円 | ●●円 | | |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | △△円 | ▽▽円 | ◇◇円 | |
| （退院日） | | | ○○円 | ●●円 | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額(1割～3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | |
|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名） | ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** |
| | （医療機関名） | ／12 | |

(注１) 上記②に該当する場合は「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
(注２) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

△年○月

| 日付 | 医療機関名（印） | 医療内容 | 入院関係医療の自己負担額（注１）<br>入院関係医療の高額療養費算定基準額（注２） | 窓口支払額<br>保険診療の高額療養費算定基準額 | 他公費負担医療の支払額<br>保険種別 | 保険者番号<br>被保険者証の記号・番号 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | △△円 | ▽▽円 | ◇◇円 | |
| （退院日） | | | ○○円 | ●●円 | | |
| （入院日） | | □ 実施要綱３（２）に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療 | △△円 | ▽▽円 | ◇◇円 | |
| （退院日） | | | ○○円 | ●●円 | | |

① 当該月の入院関係医療の自己負担額(1割～3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | |
|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、入院関係医療の自己負担額（１割～３割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント** | ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** |

② ①の数値が「４／１２」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を１万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| **当該月以前の１２月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を１万円とした月数のカウント** | （医療機関名） | ／12 | **当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください** |
| | （医療機関名） | ／12 | |

(注１) 上記②に該当する場合は「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（１割～３割。ただし、この記入欄においては、１割～３割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。
(注２) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「４／１２」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

（別紙様式例7）

# 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

年　　月　　日

●　●　知　事　　殿

請求者（参加者）　住所　〒

氏名　　印

電話番号　（　　）　　－

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下のとおり請求します。
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>参加者氏名 | | 公費負担者番号 | |
| | | 公費負担医療の受給者番号 | |
| 振込口座（請求者） | （金融機関名） | 支店<br>出張所 | 支店コード / 種別（普　通・当　座） |
| | 口座番号 | ふりがな<br>口座名義 | |

※提出にあたっての注意事項。

1．本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。
　①　請求者（参加者）の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
　②　請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
　③　請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票の写し
　④　当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
　⑤　その他（都道府県知事が必要と認める書類）
2．請求者（参加者）の押印欄に必ず押印してください。
3．振込口座については、請求者（参加者）の名義の口座を記載してください。

（都道府県記入欄）

| | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 決定額 | | | | | | | |

（別紙様式例8）

年　　月　　日

# 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書

知事　　様

開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）
印

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いの定めるところに従って、医療を担当します。

記

| | | |
|---|---|---|
| 医療機関 | 名　称 | 電話（　　） |
| | 種　類 | 病　院　・　診療所（有床） |
| | 所在地 | |
| | 医療機関コード | |
| 開設年月日 | | 年　　月　　日 |
| 開設者 | 住所（※1） | |
| | 氏名（※2） | |

□実務上の取扱い別添３に定める医療を行うことができる施設である。
□指定医療機関に求められる以下の役割を行うことができる。
- 肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び入院記録票の交付を行うこと。
- 入院記録票の記載を行うこと。
- 患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療に従事している医師に個人票等を作成させ、交付すること。
- 当該月以前の１２月以内に指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に３月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる肝がん・重度肝硬変入院関係医療（一部負担額が特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。
- その他、指定医療機関として本事業に必要な対応について協力すること。

※1）開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地　※2）開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名

（別紙様式例9）

〇〇県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関名簿
＜2018年12月報告版＞

都道府県名

| 種類（※1） | 指定日 | | 名称 | 電話番号 | 医療機関コード | 所在地 | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ※2 | ※3 | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

※1 種類については、病院または診療所の別を記入すること。

※2 実施要綱10（1）に規定する指定のあった日を記入すること。（指定のあった日の属する月から、医療費の公費負担が可能）

※3 実施要綱10（1）に規定する指定を受けていたものとみなされる日を記入すること。（その日の属する月から、入院記録票の記載が可能）

平成30年12月から

# 肝がん・重度肝硬変の入院医療費への助成が受けられます

医療費の自己負担額が一定額を超えた月が、年四か月以上ある場合

## 対象者

以下のすべての条件を満たしている方

- 肝がん・重度肝硬変と診断され入院治療(※1)を受けている
- 世帯年収が概ね370万円以下
- 肝がん・重度肝硬変の治療の研究に協力していただける

※1　B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がんまたは重度肝硬変の治療のために、都道府県が指定する医療機関（指定医療機関）に入院している場合が対象です。

## 利用の流れ

### ①入院の状況を記録します

肝がん・重度肝硬変と診断されたら、指定医療機関で入院記録票を受け取って下さい

肝がん・重度肝硬変で入院する度に、指定医療機関で入院記録票に入院の記録をしてもらって下さい

### ②助成を受ける手続をします

指定医療機関の医師に臨床調査個人票（診断書）を記載してもらった上で、同意書に署名して下さい

臨床調査個人票や同意書、入院記録票(※2)などを添えて都道府県に申請して、参加者証を受け取って下さい

肝がん・重度肝硬変で入院して自己負担額が高額療養費の基準額を超えた月が過去１２月で既に３月以上あるときに、４月目から自己負担額が月１万円となるように助成を受けることができます

※2　参加者証の申請には、自己負担額が高額療養費の基準額を超えた月が３月以上あることが記載された入院記録票が必要です。

肝炎情報センターの「肝炎医療ナビゲーションシステム」（肝ナビ）から、全国の指定医療機関を検索できます。

**詳しくは以下の担当までお問い合わせください**

## 都道府県の問い合わせ先