

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）

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

目次

1. 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の概要	3
(1) 肝がん・重度肝硬変とは	3
(2) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の趣旨	3
① 目的	3
② 実施主体	3
③ 本事業のイメージ	3
④ 参加者の要件	3
⑤ 医療費の助成の概要	3
⑥ 研究の概要	5
2. 指定医療機関の申請	7
(1) 指定医療機関について	7
(2) 新規申請について	7
(3) 変更の届け出	8
(4) 辞退・取消について	8
3. 対象患者	9
(1) 条件	9
(2) 年齢区分と適用される階層区分	9
4. 指定医療機関に入院している肝がん又は重度肝硬変の患者に対する対応	10
(1) 入院記録票の交付	10
① 入院記録票とは	10
② 入院記録票への医療記録の記載について	10
③ 入院記録票の活用について	11
④ 入院記録票の記載方法（記載例）	11
(2) 臨床調査個人票（同意書）	15
① 臨床調査個人票（同意書）の説明	15
② 臨床調査個人票の書き方（記載例など）	16
(3) 申請から参加者証の交付まで	16
(4) 参加者証の確認事項と方法（本人確認・所得確認など）	16
5. 現物給付の事務処理	18
(1) 現物給付とは	18
(2) 所得区分の確認と入院記録票の提示	18
(3) 医療費の整理	18
(4) 窓口対応	19
(5) レセプトの書き方（調整中）	19
(6) 入院記録票の記載	19
6. 償還払いの事務処理	20
(1) 償還払いとは	20
(2) 所得区分の確認と入院記録票の提示	20
(3) 医療費の整理	20
(4) 窓口対応	20
(5) レセプトの書き方（調整中）	21
(6) 入院記録票の記載	21
7. その他参考資料	22

【このマニュアルについて】

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）及び、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】は、厚生労働省 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：東京大学大学院医学系研究科消化器内科学 小池和彦）の協力のもと作成されました。

本マニュアルにおける略語は次のとおりです。

名称	略語
非代償性肝硬変	重度肝硬変
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業	本事業
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証	参加者証
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	交付申請書
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票	入院記録票
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	指定申請書
肝がん・重度肝硬変入院医療	入院医療
肝がん・重度肝硬変入院関係医療	入院関係医療
臨床調査個人票	個人票
臨床調査個人票及び同意書	個人票等

1. 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の概要

(1) 肝がん・重度肝硬変とは

- ・肝がん及び重度肝硬変は、慢性肝炎、肝硬変（代償性肝硬変）を経て進行していく一連の病態の最終段階とされ、その多くは肝炎ウイルス（B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス）が原因です。
- ・肝がんは再発率が高く、長期的に治療を繰り返すことが多く、重度肝硬変では、肝性脳症、食道・胃静脈瘤、特発性細菌性腹膜炎等の合併症の治療を繰り返すことがあります。

(2) 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の趣旨

①目的

- ・本事業は、B型肝炎ウイルスまたはC型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の患者の医療費の自己負担軽減を図りつつ、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です。

②実施主体

- ・都道府県

③本事業のイメージ

- ・本事業は保健事業（医療費の助成）と研究事業に分かれています。

④参加者の要件

- ・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
- ・世帯年収約370万円未満
- ・研究班への臨床情報提供に同意
- ・上記をすべて満たして、都道府県知事から本事業の対象者として認定を受けた者

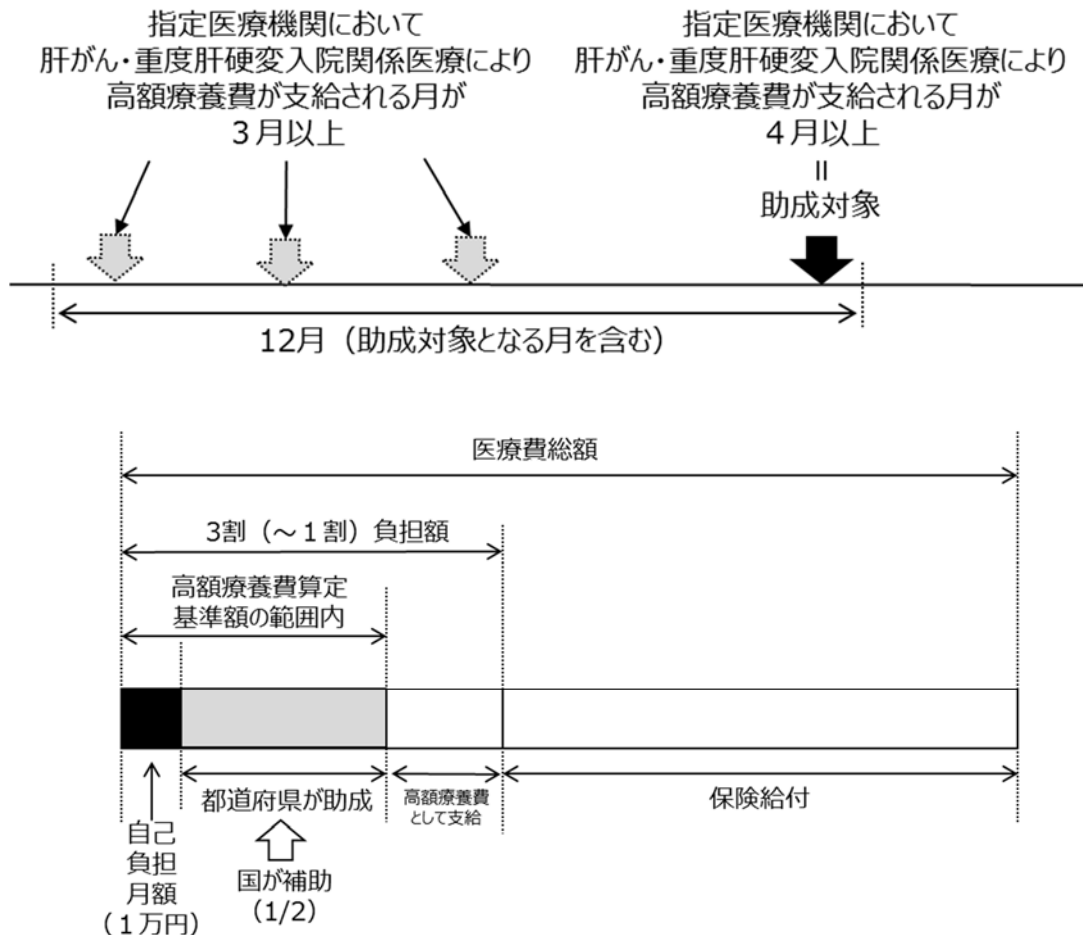
⑤医療費の助成の概要

- ・指定医療機関で入院関係医療に要した医療費が高額療養費算定基準額に達しており、その月以前の12月以内に指定医療機関で入院関係医療（高額療養費算定基準額に達しているもの）を受けた月数が既に3月以上ある時、その月の入院関係医療（高額療養費算定基準額に達しているもの）は特定疾病給付対象療養（健康保険法施行令第41条第7項）と位置付けられ、参加者はその月の入院関係医療の医療費の自己負担額が1万円となります。
- ・自己負担額が1万円となった月（特定疾病給付対象療養としての給付を受けた月）が同一の指定医療機関でその月以前の12月以内に4月以上ある時は、その月は特定疾病給付対象療養として高額療養費多数回該当の適用を受けます。
- ・肝炎治療特別促進事業（健康保険法施行令第41条第1項第2号の特

定給付対象療養)や難病医療費(特定疾病給付対象療養)など、同じ月に他の公費負担医療があった場合は、入院関係医療の自己負担額(1万円)に他の公費負担医療の自己負担額が積み上がっていくことになります。

- ・指定医療機関において、本事業の自己負担額(月1万円)を支払う場合(現物給付)と、保険給付における自己負担額の支払いを行った上で、都道府県に償還払いの請求を行うことによって、本事業における自己負担額との差額の償還を受ける場合があります。
- ・本事業は、特定疾病給付対象療養として医療費の助成を行うこととなりますので、自己負担額が1万円となるのは、「医療機関ごと」「保険者ごと」に自己負担額(医療保険における自己負担割合である1割~3割の額)が、高額療養費算定基準額を超えた場合になります。
- ・事業の概要及び事務フロー(全体のフロー図及び事務フローの例)については、「7. その他参考資料」を参照ください。

【助成制度のイメージ】



【注意点】

本事業は、肝がん・重度肝硬変の入院関係医療に対して助成を行うものであり、入院中に実体として入院医療が行われることが前提となります。退院時処方は、入院費用に含まれますが、在宅での療養に必要なものとして行われるものです。そのため、入院医療が行われず、退院時処方のみ入院医療に関する薬剤（化学療法の薬剤等）の処方となされる可能性があります。

この場合、退院時処方に入院医療に係る投薬があったとしても、本事業の対象とすることはできません。

一方、入院医療が行われ、退院時処方として入院関係医療に係る投薬が行われた場合には、退院時処方を入院関係医療に含めて、高額療養費の算定基準額に達していたかの判定をお願いします。

⑥研究の概要

- ・研究は厚生労働省肝炎等克服政策研究事業における研究班（「7. その他参考資料」に記載）において実施します。

- ・研究班は、国（厚生労働省）に提出された個人票等の写しの提供を受けて、個人票に記載された状況等についての解析を行います。

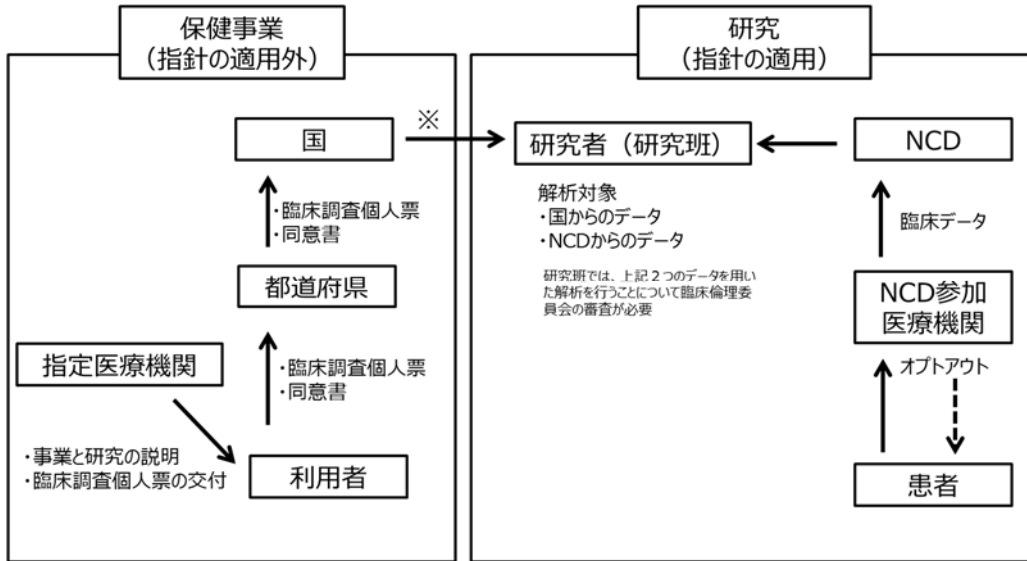
※研究班では国（厚生労働省）から個人票等の提供を受けて解析を行うことについて臨床倫理委員会で承認を受けています。

- ・指定医療機関は、個人票を作成して参加者に交付する時に、「本事業では、国（厚生労働省）が個人票等の写しを研究班に提供することについての同意が必要」であることを、国（厚生労働省）に代わり説明してください。また、指定医療機関において、研究班に提供することについての同意を参加予定者から得るようお願いします。

※指定医療機関が研究班に対して個人票等の提供を行うものではないため、それぞれの指定医療機関において、臨床倫理委員会の承認を得る必要はありません。

- ・なお、医療機関は指定医療機関に指定されたことにより、研究事業について症例の登録や臨床データの入力といった負担が増えることはありません。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における 事業と研究の関係



※国が事業として臨床調査個人票等を研究班に提供（利用者の同意取得が望ましい）

指針：人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成29年2月28日一部改正）

【参考】実施要綱 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、都道府県知事に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、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から提出された個人票等の写しを提供する。

2. 指定医療機関の申請

(1) 指定医療機関について

- ・ 本事業で、肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変の患者が医療費の助成を受けるためには、住民票のある都道府県の知事が指定する「指定医療機関」で入院関係医療を受ける必要があります。
- ・ 医療機関が本事業の「指定医療機関」の指定を受けるためには、都道府県（原則として当該医療機関が住所を持つ都道府県）の知事に対して申請の手続きを行う必要があります。

【指定医療機関の要件】

- ・ 本事業の実施に協力することができる保険医療機関であること。
- ・ 肝がん・重度肝硬変入院医療を適切に行うことができること。

【指定医療機関の役割】

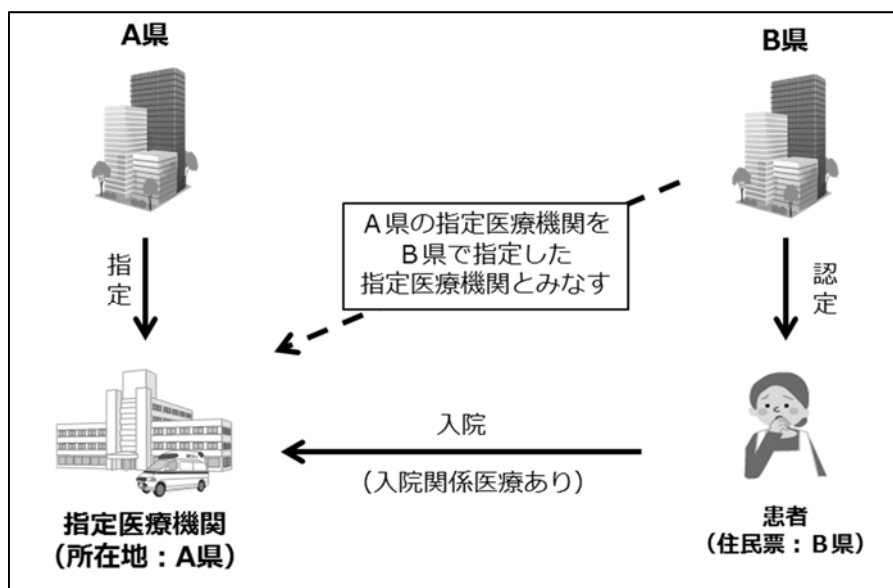
- ・ 肝がん・重度肝硬変の患者に対して、本事業についての説明及び入院記録票の交付を行うこと。
- ・ 入院記録票の記載を行うこと。
- ・ 患者から依頼のあった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療に従事している医師に臨床調査個人票等を作成させ、交付すること。
- ・ 本事業の対象となる入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。
- ・ その他、指定医療機関として本事業に必要な対応について協力すること。

(2) 新規申請について

- ・ 本事業における指定医療機関としての指定を受けようとする医療機関は、指定申請書（実務上の取扱い別紙様式例8）により、医療機関が所在する都道府県知事あてに申請を行います。
- ・ 都道府県知事は、本事業における指定医療機関の指定を行った後、厚生労働大臣に指定した医療機関の報告を行います（実務上の取扱い別紙様式例9）。この情報は、国立国際医療研究センター肝炎情報センターが運用する肝炎医療ナビゲーションシステムに提供し、同システムにおいて指定医療機関の検索が可能となります。

【肝炎医療ナビゲーションシステム】 <https://kan-navi.ncgm.go.jp/>

- ・本事業において、都道府県（A）において知事から指定を受けた指定医療機関は、都道府県（B）において知事から認定を受けた肝がん・重度肝硬変の患者（参加者）が入院した場合であっても、都道府県（B）は当該指定医療機関を自らが指定した指定医療機関とみなすため（実務上の取扱い7（3））、指定医療機関が改めて、都道府県（B）の知事に対して指定医療機関の申請を行う必要はありません。



(3) 変更の届け出

- ・指定申請書の内容について変更があった場合は、速やかに都道府県知事に届け出をお願いします。

（例）指定医療機関の名称、所在地

開設者の住所、氏名または名称 など

(4) 辞退・取消について

- ・指定医療機関の指定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、指定を行った都道府県知事に届け出なければなりません。その際、参加者の利用に支障がないように、十分な時間的余裕をもって事前に届け出ることが必要となります。
- ・都道府県知事が指定医療機関の要件を満たしていないと判断した場合には、都道府県知事が指定医療機関の指定の取消を行うことがあります。

3. 対象患者

(1) 条件

- ・ B型肝炎ウイルス・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変と診断されている（診断・認定の基準：実務上の取扱い別添1、肝がん・重度肝硬変であることを判定するための病名：実務上の取扱い別添2）
- ・ 世帯年収約370万円未満
- ・ 研究班への臨床情報提供に同意

(2) 年齢区分と適用される階層区分

年齢区分	階層区分
70歳未満	医療保険者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

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のこと

（注）65歳以上75歳未満であって後期高齢者医療制度に加入している者のうち、後期高齢者医療被保険者証の一部負担金の割合が1割とされている者を含む。

入院・通院されている対象患者に、助成の制度に関して説明をする場合のステップについては、「【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」を参照ください。

対象患者が、都道府県に参加者証の交付申請をする際の、所得区分に応じた提出書類や、保険者認定に必要な書類については、「【資料集2】所得区分に応じた提出書類」を参照ください。

4. 指定医療機関に入院している肝がん又は重度肝硬変の患者に対する対応

(1) 入院記録票の交付

①入院記録票とは

- ・入院記録票とは、肝がん・重度肝硬変の患者が、指定医療機関において、肝がん・重度肝硬変の医療を受けたことを記録するものです。
- ・都道府県が作成し、肝がん・重度肝硬変患者に対して交付するものですが、都道府県に代わって、指定医療機関からも患者に交付することができます。
- ・参加者証の交付申請を行う際の添付書類の一つで、また、参加者証の交付後においては、その月の入院関係医療の医療費の自己負担額を1万円とする際の確認資料であり、過去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基準額を超えている月が3月以上あったことを証明する重要な書類となります。
- ・入院記録票は、入院関係医療その他の医療を当該月においてどの程度受けたのかを示すものに過ぎないことから、提供にあたり文書料が発生することを想定しておりません。また、患者に対して情報提供料を請求できるものではありません。

②入院記録票への医療記録の記載について

- ・肝がん・重度肝硬変の患者から入院記録票を提示され、記載を求められた場合は、「④入院記録票の記載方法（記載例）」に沿って、必要事項を記載してください。なお、入院記録票への記載は、入院中に、実際に入院医療が行われている必要があります。
- ・入院記録票を所持していない肝がん・重度肝硬変の患者から入院記録票の記載を求められた場合は、指定医療機関の所在地の都道府県から配布された入院記録票に、必要事項を記載して肝がん・重度肝硬変の患者に交付してください。他の都道府県に住民票のある患者が入院された場合も同様です。
- ・入院記録票の記載を求めてきた肝がん・重度肝硬変患者が、都道府県からまだ参加者証の交付を受けていない場合であっても、入院記録票の記載を行ってください。
- ・他の都道府県知事から認定を受けた本事業の参加者が、他の都道府県知事が作成した、又は交付した入院記録票を提示して記載を求めるときもあります。その場合、入院記録票の様式は各都道府県で異なる場合がありますが、記載する項目・内容等は統一しているので適宜対応してください。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における 入院関係医療の範囲

<p>肝がん・重度肝硬変 入院関係医療</p>	<p>①肝がん・重度肝硬変入院医療 肝がん及び重度肝硬変の治療目的の入院と判断するための医療 (実務上の取扱い 別添3)</p> <p>肝がんの例) 手術：肝切除術、肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法、血管塞栓術等 薬剤等：化学療法剤（ミリプラチン、ソラフェニブ等） 鎮痛薬（モルヒネ等）</p> <p>重度肝硬変の例) 手術：食道・胃静脈瘤手術、内視鏡的胃・食道静脈瘤結紮術等 薬剤等：肝性浮腫・腹水、難治性腹水等の病名があり、トルバプタン 等を使用している場合 肝性脳症の病名があり、慢性肝障害時における脳症の改善の 効能効果を有する薬剤を使用した場合</p>
	<p>②肝がん・重度肝硬変の治療に関連する入院医療 肝がん・重度肝硬変入院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連する入院医療で保険適用となっているもの</p> <p>例) 入院基本料、血液検査、画像検査（腹部超音波、CT/MRI検査等）、 病理検査、薬剤管理料、等</p>
	<p>③それ以外の入院医療 肝がん・重度肝硬変入院医療（①）および肝がん・重度肝硬変の治療に 関連する入院医療（②）ではない医療</p> <p>例) 骨折、肺炎等、肝がん・重度肝硬変と無関係の疾患に対する医療 保険診療外の医療</p>

【肝臓移植の取扱い】
肝臓移植を受けた場合、肝がん・重度肝硬変は一旦は治癒したと考えられます。そのため、肝臓移植を受けた月の翌月以後は入院医療と認められません。ただし、肝臓移植後に肝がんを再発した場合は、再発以後の月についても入院医療として認められます。

③入院記録票の活用について

- ・参加者証の交付申請の際及び更新申請の際の添付書類となります。
- ・その月の入院関係医療の医療費の自己負担額を1万円とする際に、過去12月以内の入院関係医療が高額療養費算定基準額に達した月の回数を把握するために利用します。
- ・都道府県知事に対する償還払い請求時に添付します。都道府県知事は、入院記録票を確認することで、償還払いをしてよいかどうかの判断を行います。

④入院記録票の記載方法（記載例）

- ・氏名、生年月日、住所、性別
本人が記載する箇所になります。
- ・△年〇月
患者がその月に初めて入退院することとなった医療機関が、年及び月の記載をしてください。
- ・日付
入院日及び退院日を記載してください。
- ・医療機関名（印）
医療機関名の記載又は医療機関名の押印をしてください。

- ・医療内容

入院関係医療があった場合は、チェックを入れてください。

- ・入院関係医療の自己負担額

入院関係医療についての医療機関窓口での自己負担額（医療費の自己負担割合（1割～3割）の額。上限は入院関係医療の高額療養費算定基準額）を記入してください。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（これを「入院関係医療のカウント」といいます。）をする場合と、しない場合で、次のとおり取り扱いが異なります。

☞入院関係医療があったが、高額療養費算定基準額を超えないため、「入院関係医療のカウント」がカウントされない場合は、入院関係医療の医療費の一部負担（自己負担）割合の金額を記載してください。

☞「入院関係医療のカウント」が入り、その数値が「4／12」未満の場合は、入院関係医療の高額療養費算定基準額と同じ額を上限額として記載してください。なお、入院関係医療の医療費に係る高額療養費算定基準額となりますので、保険診療の高額療養費が多数回該当の適用を受けていたとしても、多数回該当の適用のない金額になり、「窓口支払額」よりも金額が大きくなる可能性があります。

☞「入院関係医療のカウント」が入り、その数値が「4／12」以上の場合は、入院関係医療の高額療養費算定基準額（多数回該当の適用のない金額）と同じ額を上限額として記載してください。参加者証の提示を受けて現物給付として入院関係医療の自己負担額を1万円とした場合は「10,000円」を記載してください。

【注意点】

現物給付が行われない場合は、特定疾病給付対象療養として扱われないので、そのときの入院関係医療の高額療養費算定基準額に多数回該当が適用されることがありません。従って、現物給付が行われない場合の「入院関係医療の自己負担額」の上限は、「多数回該当の適用のない入院関係医療の高額療養費算定基準額」になります。」

- ・入院関係医療の高額療養費算定基準額

☞「特定疾病給付対象療養としてのカウント」が「4／12」にな

るまでは、当該月における入院関係医療の高額療養費算定基準額（多数回該当の適用のない金額）を記入してください。

☞ 当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養（現物給付）としてその自己負担額を1万円としたときは、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。その場合は、指定医療機関ごとに、「特定疾病給付対象療養としてのカウント」を行います。「特定疾病給付対象療養としてのカウント」が「4/12」以上になると、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高額療養費算定基準額が適用された金額になります。

・ 窓口支払額

医療機関窓口での支払額を記入してください。この金額は、医療費の助成を償還払いにより行うこととなった場合に、都道府県において適正な償還払いの金額を算定するために必要なものとなります。

・ 保険診療の高額療養費算定基準額

他の保険診療の高額療養費算定基準額を記入してください。この金額は、窓口支払額と同様に、医療費の助成を償還払いにより行うこととなった場合に、都道府県において適正な償還払いの金額を算定するために必要なものとなりますが、医療機関において把握できる範囲において記載してください（保険者の変更はないが医療機関の変更があった場合に、保険者としての多数回該当のカウントは継続するが医療機関としてのカウントはリセットされ、多数回該当の把握ができない場合があるため）。

・ 他公費負担医療の支払額

本事業以外の公費負担医療があった場合、その自己負担額を記載してください（ex. 肝炎治療特別促進事業であれば1万円 or 2万円）。この金額も、医療費の助成を償還払いにより行うこととなった場合に、都道府県において適正な償還払いの金額を算定するために必要なものとなります。

【注意点】

対象患者が70歳未満の場合は、高額療養費制度における合算の関係上、窓口支払額が21,000円に満たない場合は、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全体の支払額が21,000円以上となった場合は、遡って記載してください。

- 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

入院関係医療のカウントが記載される欄です。当該月に、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ていない場合は記載しないでください。超えている場合は、当該月より前の11月（ex. 当該月が8月の場合は、前年の9月からその年の7月まで）において、この欄に数値が入っている月数をカウントし、その数値に当該月分を加えた（+1した）数値を記載してください。

なお、異なる医療機関での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ていた場合もカウントしてください。

また、カウントした場合は、「当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください」の右の空白に「○」をいれてください。

【注意点】

入院関係医療のカウントは、高額療養費のカウントとは異なり、保険者や医療機関が変更となってもリセットされることはありません。また、このカウントが「4/12」未満となった月及びこのカウントが入らない月は、本事業の助成対象から外れることとなります。

- 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

指定医療機関ごとに特定疾病給付対象療養としての月数のカウント（これを「特定疾病給付対象療養としてのカウント」といいます。）が記載される欄です。**このカウントができる場合に、医療費の助成ができることとなります。**入院関係医療のカウントが「4/12」以上（「4/12」になった月を含みます）のときに、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（特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額となります。）を超えた場合にカウントしてください。

当該月以前の12月において、特定疾病給付対象療養としてのカウントが「4/12」以上の場合、高額療養費算定基準額に多数回該当の概念がある所得区分であれば、多数回該当の高額療養費算定基準額の適用を受けることとなります。

また、カウントがある場合は、「当該月をカウントした場合は、右欄

に○を入れてください」の右の空白に「○」を入れてください。

・ 保険種別～保険者番号

必ず患者の保険証を確認して記載してください。

入院記録票の記載例については、「【資料集3】入院記録票の記載例」を参照ください。

入院関係医療のカウント及び特定疾病給付対象療養としてのカウント（多数回該当の適用に影響）については、「【資料集6】入院関係医療のカウント例」を参照ください。

(2) 臨床調査個人票（同意書）

①臨床調査個人票（同意書）の説明

- ・ 個人票等は、事業に参加するにあたっての交付申請する際の添付書類のひとつとなります。
- ・ 個人票は、診断書に類した内容となっており、同意書は、個人票のデータを国（厚生労働省）から研究班に提供することに同意をしていただくものになります。
- ・ 対象患者から、事業に参加するため個人票の交付を求められた際に、個人票に患者氏名・性別・生年月日・住所・診断年月・前医（あれば）・検査所見・診断根拠・その他記載すべき事項・診断・医療機関名および所在地の欄に必要事項を記載して対象患者に渡してください。
- ・ 個人票は上記のとおり診断書に類した内容となっていることから、交付にあたり文書料を請求することができるもの（請求しなくてもよいもの）となります。
- ・ 対象患者に個人票を作成し、交付する際には、個人票の取扱いについて説明をし、データ提供への同意に関する説明文書を渡してください。

データ提供への同意に関する説明文書については、「【資料集4】データ提供への同意に関する説明文書」を参照ください。

②臨床調査個人票の書き方（記載例など）

臨床調査個人票の書き方については、「【資料集5】個人票等の記載例」を参照ください。

（3）申請から参加者証の交付まで

- ・参加者証の交付のために、申請書と添付書類を都道府県知事あてに提出することになりますが、書類の提出先は、都道府県によって異なります。もし、患者から問い合わせがありましたら適宜お伝えください。
- ・申請から参加者証の交付までにどのくらいかかるかについて問い合わせがありましたら、都道府県の担当者に問い合わせさせていただくよう伝えてください。

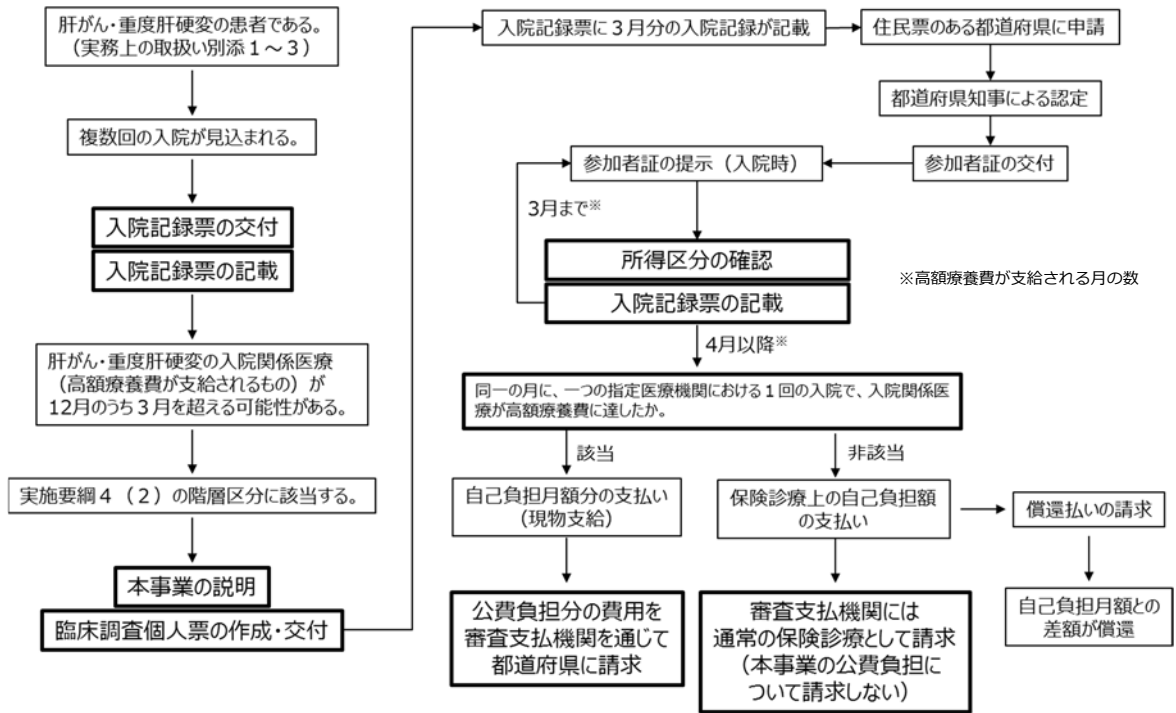
（4）参加者証の確認事項と方法（本人確認・所得確認など）

- ・医療機関では、都道府県知事から交付された参加者証の記載内容が、医療機関において把握している患者本人の情報と齟齬がないかどうかの確認をお願いします。
- ・万が一、齟齬があった場合は、患者本人に確認するとともに、都道府県と協議・調整をしてください。
- ・都道府県知事から参加者証の交付後、引き続き、対象患者が肝がんや重度肝硬変で入院している場合には、入院記録票に医療記録を記載していただくことになりますが、その後、対象患者が一定の要件を満たすと、医療費の助成に関する事務が発生することになります。
- ・詳細は「5. 現物給付の事務処理」、「6. 償還払いの事務処理」に事務手続きを記載していますが、毎月、被保険者証の確認をしていただいていることに加えて、本事業の対象かどうかについて、「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」による所得区分の確認を行っていただくことになります。

【所得区分の確認の方法】

- ・70歳未満の方
 - 被保険者証に所得区分（エ・オ）が記載
- ・70歳以上の方
 - ①限度額適用認定証が提出された場合
 - 限度額適用認定証に所得区分（低所得 I or II）が記載
 - ②限度額適用認定証が提出されない場合
 - 一般区分

流れ図



5. 現物給付の事務処理

【注意点】

医療機関において、現物給付を行い自己負担額を1万円にする場合の事務処理を行うにあたって、被保険者証、高齢受給者証、限度額適用認定証等及び参加者証を確認していただいた際、次の場合に該当したときは、事務処理を中断し、都道府県の担当者あて連絡してください。

- ・被保険者証または高齢受給者証に記載されている自己負担割合が、医療費の助成対象外だった場合
- ・参加者証に記載されている「適用区分」と、限度額適用認定証等に記載されている「所得区分」が異なっている場合

(1) 現物給付とは

- ・現物給付とは、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、当該月以前の12月において4月以上超えている場合（＝入院記録票に記載される入院関係医療のカウントが4／12以上の場合）に、入院関係医療の医療費の助成として、医療機関の窓口において、入院関係医療の自己負担額を、高額療養費算定基準額ではなく1万円にすることをさします。
- ・**医療費の助成は、原則として現物給付によることとしています。**
- ・なお、他の特定疾病給付対象療養と同様に、それぞれの自己負担額が積み上げられていくことになるので、現物給付により入院関係医療の自己負担額が1万円になっても、同月に他の保険診療があった場合、他の保険診療の自己負担額は別途発生することになるので、患者の月額負担額は、最大で保険診療の高額療養費算定基準額になります。

(2) 所得区分の確認と入院記録票の提示

- ・参加者証を持っている方が入院されたら、被保険者証・高齢受給者証と限度額適用認定証の提示を受けてください。
- ・参加者証を持っている方であれば、入院記録票を持っているはずなので、参加者から預かってください。
- ・被保険者証・高齢受給者証に記載されている自己負担割合と限度額適用認定証から高額療養費算定基準額を把握してください。

(3) 医療費の整理

- ・入院関係医療の医療費、自己負担額及び支払額のほか、同一の入院時に、入院関係医療に該当しない他の保険診療があった場合は当該保険診療の医療費と自己負担額及び支払額、また、他の公費負担医療があった場合は当該公費負担医療の自己負担額について整理しておいてください。

- ・整理の方法は、「【資料集8】レセプト記載例」に、樹形図（ツリー図）として案を記載しております。
 - ・同一の月に複数回の入院があった場合、医療機関の変更があった場合、及び都道府県の変更があった場合の考え方は「【資料集7】複数回入院等の場合の事例」に記載しております。
- (4) 窓口対応
- ・月末又は退院時に、入院関係医療の自己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ている場合は、現物給付の処理を行ってください（特定疾病給付対象療養としてのカウントが「4／12」以上の場合は、高額療養費算定基準額多数回該当があればその適用があるので注意してください）。
 - ・現物給付となった場合は、入院記録票での入院関係医療の自己負担額は1万円となります。
- (5) レセプトの書き方
- ・「【資料集8】レセプト記載例」を参照してください。
 - ・No.1 から No.13③までは、「【資料集6】入院関係医療のカウント例」及び「【資料集3】入院記録票の記載例」に基づいた事例となっています。
 - ・No.14①から No.16③までは、それぞれの適用区分に応じた基本的な事例となっています。
 - ・No.17①・②は、「【資料集7】複数回入院等の場合の事例」の Case19 の事例となっています。
 - ・資料集8において、現物給付が行われ、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の自己負担額が1万円になっているのは、「4～5、6①・②、7～10、14①～16③」の事例になります。
- (6) 入院記録票の記載
- ・各月末又は退院時に、入院記録票に所定の事項を記載してください。
 - ・詳細は「【資料集3】入院記録票の記載例」を参照してください。

6. 償還払いの事務処理

【注意点】

償還払いとなるときは、参加者証の提示は必須ではありませんので、現物給付のときのように、参加者証と限度額適用認定証等とを突き合わせる必要はありません。

(1) 償還払いとは

- ・ 償還払いとは、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、当該月以前の12月において4月以上超えている場合(=入院記録票の入院関係医療のカウントが4/12以上の場合)に、医療機関の窓口ではなく、都道府県に対して、入院関係医療の医療費の助成を求めることをさします。
- ・ 医療費の助成は、原則として現物給付によることとしていますので、**償還払いはやむを得ない場合の例外的な処理となります。**
- ・ 償還払いとなった場合は、患者は、医療機関の窓口で、保険診療の高額療養費算定基準額(入院関係医療の高額療養費算定基準額ではなく)を支払うこととなります。

(2) 所得区分の確認と入院記録票の提示

- ・ 患者から、被保険者証・高齢受給者証と限度額適用認定証の提示を受けてください。また、入院記録票を参加者から預かってください。
- ・ 被保険者証・高齢受給者証に記載されている自己負担割合と限度額適用認定証から高額療養費算定基準額を把握してください。

(3) 医療費の整理

- ・ 入院関係医療の医療費、自己負担額及び支払額のほか、同一の入院時に、入院関係医療に該当しない他の保険診療があった場合は当該保険診療の医療費、自己負担額及び支払額、また、他の公費負担医療があった場合は当該公費負担医療の自己負担額について整理しておいてください。
- ・ 整理の方法は、「【資料集8】レセプト記載例」に、樹形図(ツリー図)として案を記載しております。
- ・ 同一の月に複数回の入院があった場合、医療機関の変更があった場合、及び都道府県の変更があった場合の考え方は「【資料集7】複数回入院等の場合の事例」に記載しております。

(4) 窓口対応

- ・ 現物給付できない場合(詳細は【資料集7】に記載)は、償還払いの手続きによることとなります。その場合は、助成はできるけれども、償還

払いになる旨を対象患者に伝えてください。

- ・償還払いとなった場合、窓口での支払額は「保険診療の高額療養費算定基準額」となります。
- ・償還払いの手続きに必要であることを伝えて、領収書と診療明細書を交付してください。

(5) レセプトの書き方

- ・「【資料集8】レセプト記載例」で償還払いが可能となっているのは、「11、13②」の2例です。

(6) 入院記録票の記載

- ・各月末又は退院時に、入院記録票に所定の事項を記載してください。なお、償還払いの手続きによることとなったとしても、入院関係医療が高額療養費算定基準額を超えていることから、入院関係医療のカウントが加算されることになるため、「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通算のカウント」は+1になることを留意してください。一方、特定疾病給付対象療養としてのカウントは行いません。
- ・詳細は「【資料集3】入院記録票の記載例」を参照してください。

7. その他参考資料

・事業の概要

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について	
B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者の特徴を踏まえ、患者の医療費の負担の軽減を図りつつ、患者からの臨床データを収集し、肝がん・重度肝硬変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旨とした、肝がん・重度肝硬変治療にかかるガイドラインの作成など、肝がん・重度肝硬変の治療研究を促進するための支援を実施（平成30年12月開始）。	
実施主体	都道府県
対象者	B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変に関する医療保険各法又は高齢者の医療確保に関する法律の医療に関する給付を受けている者で、臨床調査個人票及び研究への同意書を提出した者 (所得制限: 年収約370万円未満を対象)
対象医療	指定医療機関における肝がん・重度肝硬変の入院医療で、過去1年間で高額療養費の限度額を超えた月が既に3月以上の場合に、4月以降に高額療養費の限度額を超えた月に係る医療費に対し、公費負担を行う。
自己負担月額	1万円
財源負担	国 1/2 地方 1/2

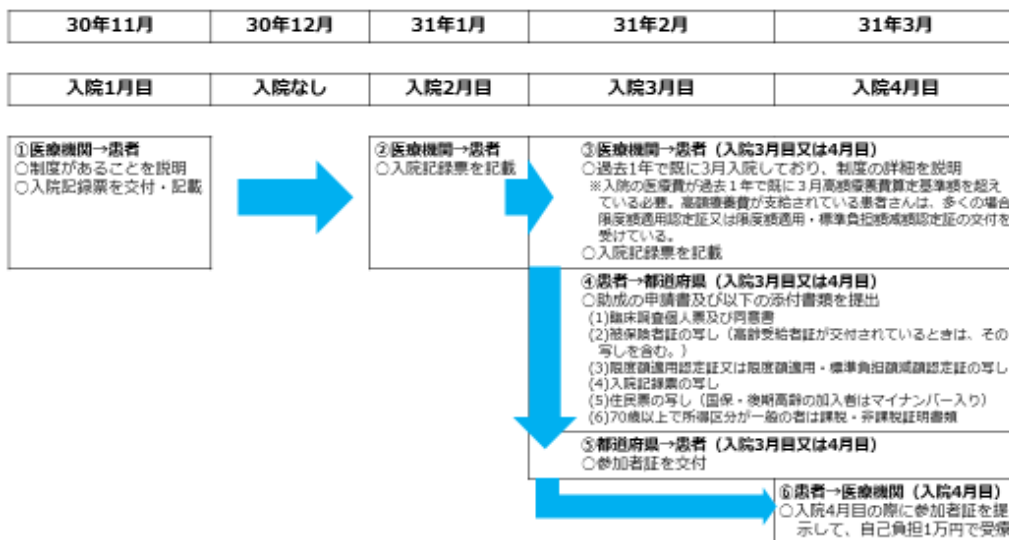
・事務フロー（全体のフロー図）



・ 事務フロー（事務フローの例）

○ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の事務フロー

○ 事務フローの例



・ 研究班の概要

厚生労働省 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」班（平成 30-34 年）

研究代表者：小池 和彦（東京大学大学院医学系研究科消化器内科学教授）

○目的

平成 30 年度より開始した肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業が各自治体において円滑に実施され、かつ対象者の適切な利用が促進されるための資料作成を行うとともに、肝がん・重度肝硬変患者のデータを収集し、解析を行うことで、予後の改善や生活の質の向上、肝がんの再発の抑制につながる、肝がん・重度肝硬変治療にかかる診療ガイドラインの改良を目指した研究を行う。

○主な研究内容

①肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の利用促進

各自治体において円滑に事業が実施され、かつ利用が促進されるよう、効果的なリーフレットやパンフレット等の資料の開発、指定医療機関向けの運用マニュアルの作成等を行い、拠点病院間連絡協議会や各種研修会、ホームページ等を活用した周知広報活動を行うことで、事業の活用を推進する。

②臨床データの収集促進

NCD（National clinical database）における既存のプラットフォームを基に、肝がんの再発に対する治療や非代償性肝硬変に対する治療に関しても臨床データを収集でき、かつ入力担当者の負担を軽減できるような、症例登録システムを開発し、予後を含めた臨床データの収集を促進する。

③肝癌治療ガイドラインの改良に資するエビデンスの構築

事業参加者の臨床調査個人票や症例登録により集積されたデータを解析することにより、新たな医療ニーズを明らかにしつつ、肝がんや肝硬変の診療ガイドラインの改良に資する論文等のエビデンスを構築する。

・高額療養費基準額と公費助成

・特定給付対象療養の場合の基準額（70歳以上・入院）

自己負担額	公費助成	高額療養費	7～9割負担
-------	------	-------	--------

【基準額】一律57,600円

・特定疾病給付対象療養の場合の基準額（70歳以上・入院）

自己負担額	公費助成	高額療養費	8又は9割負担
-------	------	-------	---------

【基準額】
年収156～約370万円の場合57,600円（多数回該当44,400円）

自己負担額	公費助成	高額療養費	8又は9割負担
-------	------	-------	---------

【基準額】住民税非課税世帯Ⅱの場合24,600円

自己負担額	公費助成	高額療養費	8又は9割負担
-------	------	-------	---------

【基準額】住民税非課税世帯Ⅰの場合15,000円

・特定給付対象療養の場合の基準額（69歳以下・入院）

自己負担額	公費助成	高額療養費	7割負担
-------	------	-------	------

【基準額】
一律80,100円+（医療費-267,000円）×1%

・特定疾病給付対象療養の場合の基準額（69歳以下・入院）

自己負担額	公費助成	高額療養費	7割負担
-------	------	-------	------

【基準額】
～年収約370万円の場合57,600円（多数回該当44,400円）

自己負担額	公費助成	高額療養費	7割負担
-------	------	-------	------

【基準額】
住民税非課税者の場合35,400円（多数回該当24,600円）

・ 特定疾病給付対象療養等の高額療養費に係る規定（健康保険法施行令）

（月間の高額療養費の支給要件及び支給額）

第四十一条 高額療養費は、次に掲げる額を合算した額から次項から第五項までの規定により支給される高額療養費の額を控除した額（以下この項において「一部負担金等世帯合算額」という。）が高額療養費算定基準額を超える場合に支給するものとし、その額は、一部負担金等世帯合算額から高額療養費算定基準額を控除した額とする。

一 （略）

二 被保険者又はその被扶養者が前号と同一の月にそれぞれ一の病院等から受けた特定給付対象療養（原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成六年法律第百十七号）による一般疾病医療費（第四十三条第五項において「原爆一般疾病医療費」という。）の支給その他厚生労働省令で定める医療に関する給付が行われるべき療養及び当該被保険者又はその被扶養者が第九項の規定による保険者の認定を受けた場合における同項に規定する療養をいう。以下同じ。）について、当該被保険者又はその被扶養者がなお負担すべき額（七十歳に達する日の属する月以前の特定給付対象療養に係るものにあつては、当該特定給付対象療養に係る前号イからへまでに掲げる額が二万千円（第四十二条第五項に規定する七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、一万五百円）以上のものに限る。）を合算した額

6 被保険者又はその被扶養者が特定給付対象療養（当該被保険者又はその被扶養者が次項の規定による保険者の認定を受けた場合における同項に規定する特定疾病給付対象療養及び当該被保険者又はその被扶養者が第九項の規定による保険者の認定を受けた場合における同項に規定する療養を除く。）を受けた場合において、当該被保険者又はその被扶養者が同一の月にそれぞれ一の病院等から受けた当該特定給付対象療養に係る第一項第一号イからへまでに掲げる額が高額療養費算定基準額を超えるときは、当該同号イからへまでに掲げる額から高額療養費算定基準額を控除した額を高額療養費として支給する。

7 被保険者又はその被扶養者が特定疾病給付対象療養（特定給付対象療養（当該被保険者又はその被扶養者が第九項の規定による保険者の認定を受けた場合における同項に規定する療養を除く。）のうち、治療方法が確立していない疾病その他の疾病であつて、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもの当該療養に必要な費用の負担を軽減するための医療に関する給付として厚生労働大臣が定めるものが行われるべきものをいう。第四十二条第七項において同じ。）を受けた場合において、当該特定疾病給付対象療養を受けた被保険者又はその被扶養者が厚生労働省令で定めるところにより保険者の認定を受けたものであり、かつ、当該被保険者又はその被扶養者が同一の月にそれぞれ一の病院等から受けた当該特定疾病給付対象療養に係る第一項第一号イからへまでに掲げる額が高額療養費算定基準額を超えるときは、当該同号イからへまでに掲げる額から高額療養費算定基準額を控除した額を高額療養費として支給する。

・ 特定疾病給付対象療養に位置付ける場合の給付

<70歳以上で、年収156～約370万円の場合>

<69歳以下で、～年収約370万円の場合>

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目
特定疾病給付対象療養 の高額療養費基準額				57,600円	57,600円	57,600円	44,400円
本事業の公費助成				47,600円	47,600円	47,600円	34,400円

※ 従来想定では、入院4月目～6月目において、44,400円に対して自己負担額1万円との差額である34,400円を公費助成するとしていた。

<69歳以下で、住民税非課税者の場合>

	1月目	2月目	3月目	4月目	5月目	6月目	7月目
特定疾病給付対象療養 の高額療養費基準額				35,400円	35,400円	35,400円	24,600円
本事業の公費助成				25,400円	25,400円	25,400円	14,600円

※ 従来想定では、入院4月目～6月目において、24,600円に対して自己負担額1万円との差額である14,600円を公費助成するとしていた。

（注1）上記の表の横軸は、入院月数を表す。4月目以降のいずれも、その月以前12月以内に既に3月以上の高額療養費に係る要件を満たし、同一の指定医療機関から受けたものとする。

（注2）70歳以上の住民税非課税世帯については、特定疾病給付対象療養の複数回該当の制度がないため、現行の給付費から変更はない。

・ 特定疾病給付対象療養の多数回該当に係る規定（健康保険法施行令）

（高額療養費算定基準額）

第四十二条

7 第四十一条第七項の高額療養費算定基準額は、次の各号に掲げる場合の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

一 次号又は第三号に掲げる場合以外の場合 次のイからホまでに掲げる者の区分に応じ、それぞれイからホまでに定める額

イ 第一項第一号に掲げる者 八万百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、四万五十円）と、第四十一条第一項第一号イからへまでに掲げる額に係る特定疾病給付対象療養につき厚生労働省令で定めるところにより算定した当該特定疾病給付対象療養に要した費用の額（その額が二十六万七千円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、十三万三千五百円。以下このイにおいて同じ。）に満たないときは、二十六万七千円）から二十六万七千円を控除した額に百分の一を乗じて得た額（この額に一円未満の端数がある場合において、その端数金額が五十銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が五十銭以上であるときは、これを一円に切り上げた額）との合算額。ただし、当該特定疾病給付対象療養（入院療養に限る。）のあつた月以前の十二月以内に既に高額療養費（当該特定疾病給付対象療養（入院療養に限る。）を受けた被保険者又はその被扶養者がそれぞれ同一の病院又は診療所から受けた入院療養に係るものであつて、同条第七項の規定によるものに限る。）が支給されている月数が三月以上ある場合（以下この項において「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。）にあつては、四万四千四百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、二万二千二百円）とする。

ロ・ハ （略）

ニ 第一項第四号に掲げる者 五万七千六百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、二万八千八百円）。ただし、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合にあつては、四万四千四百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、二万二千二百円）とする。

ホ 第一項第五号に掲げる者 三万五千四百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、一万七千七百円）。ただし、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合にあつては、二万四千六百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、一万二千三百円）とする。

二 七十歳に達する日の属する月の翌月以後の特定疾病給付対象療養であつて、入院療養である場合 次のイから二までに掲げる者の区分に応じ、それぞれイから二までに定める額

イ 第三項第一号に掲げる者 五万七千六百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、二万八千八百円）。ただし、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合にあつては、四万四千四百円（七十五歳到達時特例対象療養に係るものにあつては、二万二千二百円）とする。

ロ～ニ （略）

・ 用語集

用語	定義
肝がん・重度肝硬変 入院医療	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、実務上の取扱い別添2の病名を有する同別添3の医療行為。
肝がん・重度肝硬変 入院関係医療	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医療（当該医療と無関係な医療は含まない。）。

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	・・・ P 29
5. 個人票等の記載例	・・・ P 31
6. 入院関係医療のカウント例	・・・ P 32
7. 複数回入院等の場合の事例	・・・ P 34
8. レセプト記載例	・・・ P 44
9. 実施要綱と実務上の取扱い	・・・ P 71
10. 周知用リーフレット	・・・ P 91

【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「工」または「才」
 - ・ 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をお願いいたします。

【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 (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] ～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き 所得210万円以下	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票及び同意書 本人の医療保険の被保険者証の写し 限度額適用認定証等の写し 本人の住民票の写し 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] 住民税非課税者	
70歳以上 75歳未満	[Ⅲ(一般所得)] 年収約156万～約370万円 標報26万円以下 課税所得145万円未満等	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票及び同意書 本人の医療保険の被保険者証の写し 本人の高齢受給者証の写し 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 本人及び世帯全員の住民票の写し 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)] 住民税非課税世帯	
	[Ⅰ(低所得Ⅰ)] 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	
75歳以上	[Ⅲ(一般所得)] 年収約156万～約370万円 標報26万円以下 課税所得145万円未満等	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票及び同意書 本人の後期高齢者医療被保険者証の写し 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 本人及び世帯全員の住民票の写し 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)] 住民税非課税世帯	
	[Ⅰ(低所得Ⅰ)] 住民税非課税世帯 (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	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 限度額適用認定証等(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 被保険者証(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) <p>(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)</p>	○追加提出書類なし(更新申請時の照会不要)
オ	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 限度額適用認定証等(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<p><7月早期></p> <ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 被保険者証(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 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	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 限度額適用認定証等(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 被保険者証(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) <p>(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)</p>	○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	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 限度額適用認定証等(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<p><7月早期></p> <ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 被保険者証(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 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 (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 (一般所得)	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 本人及び世帯全員の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) <p>(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)</p>	<p>●追加提出書類なし（更新申請時の照会不要）</p>
Ⅱ (低所得Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 限度額適用認定証等(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<p><7月早期></p> <ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 被保険者の非課税証明書類 	<p>●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)</p>
Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 限度額適用認定証等(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<p><7月早期></p> <ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 本人及び世帯全員の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 被保険者及び被扶養者の非課税証明書類 	<p>●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)</p>

●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 (一般所得)	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 本人及び世帯全員の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) <p>(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)</p>	<p>●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)</p>
Ⅱ (低所得Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 限度額適用認定証等(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<p>●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)</p>
Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 限度額適用認定証等(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<p>(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)</p>	

●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 (一般所得)	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 本人及び世帯全員の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<p>< 7月早期 ></p> <ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 本人及び世帯全員の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 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 	<p>●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 (適用区分を判定するため)</p>
Ⅱ (低所得Ⅱ) ・ Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 限度額適用認定証等(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<p>< 7月早期 ></p> <ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 被保険者証(写) 高齢受給者証(写) 本人及び世帯全員の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 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 	<p>●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 (適用区分を判定するため)</p>

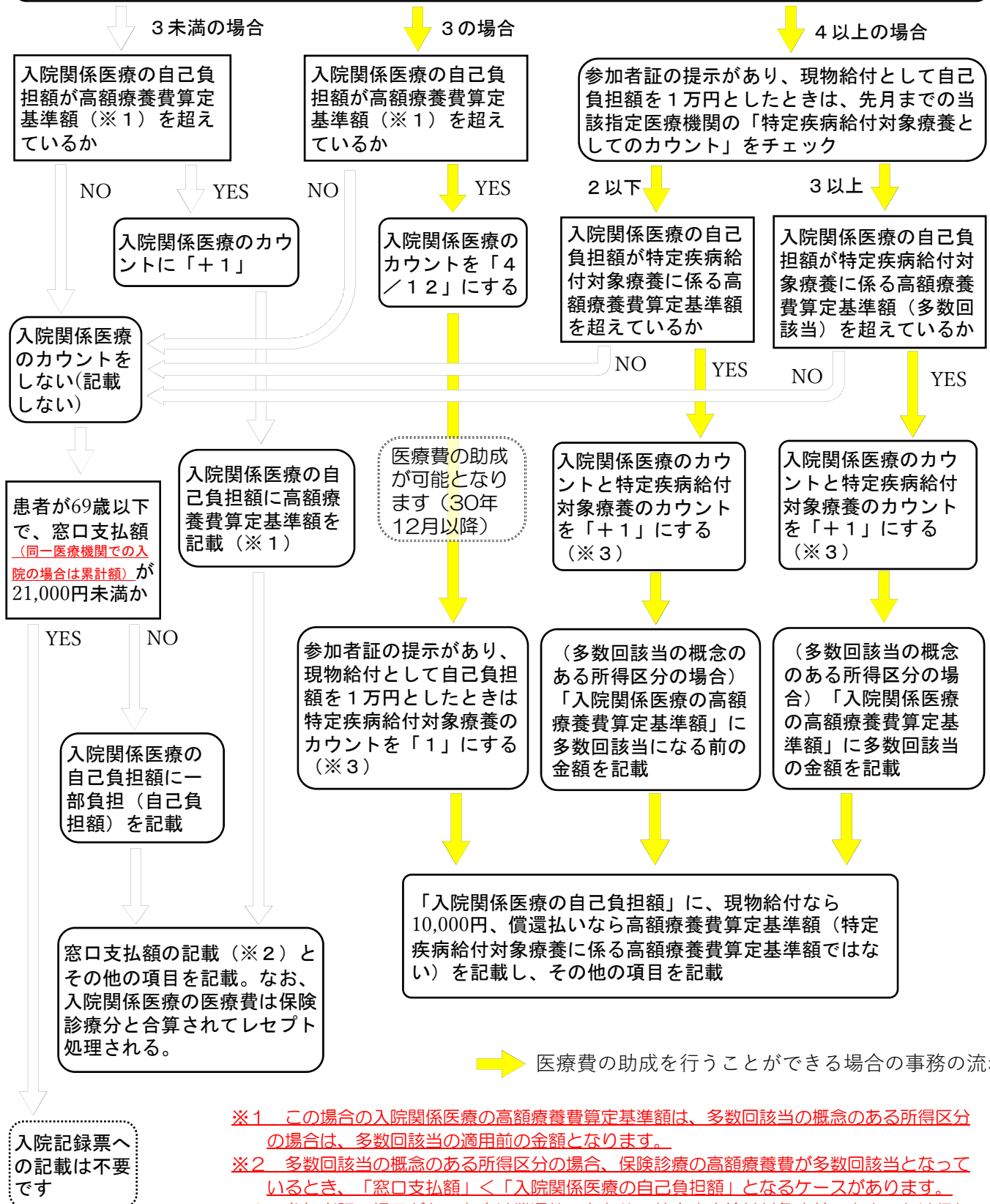
□75歳以上・後期高齢者医療保険

適用区分	新規申請	更新申請	保険者照会（更新時）
Ⅲ (一般所得)	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 後期高齢者医療被保険者証(写) 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 本人及び世帯全員の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 後期高齢者医療被保険者証(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) <p>(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)</p>	<p>□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)</p>
Ⅱ (低所得Ⅱ) ・ Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票等 後期高齢者医療被保険者証(写) 限度額適用認定証等(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者証(写) 後期高齢者医療被保険者証(写) 本人の住民票(写) 入院記録票(3/12以上)(写) <p>(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)</p>	

【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

先月までの、「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（入院関係医療のカウント）」をチェック



➡ 医療費の助成を行うことができる場合の事務の流れ

※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となります。

◇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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			(注1) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日) 7/3	〇〇大学附属病院	☑ 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	A B C D - E F G H
(退院日) 7/24				57,600円	57,600円	A市国保
(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)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： $80,100 + (300,000 - 267,000) \times 1\% = 80,430$ 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) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	窓口支払額 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 保険種別	保険者番号 被保険者証の記号・番号
(入院日) 7/3	〇〇大学附属病院	☑ 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	80,430円	0円	A B C D - E F G H
(退院日) 7/24			$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ (「現役並み」等でも可)	$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ (「現役並み」等でも可)	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	<input type="radio"/>
----------------------------------------------------------------	------	----------------------------	-----------------------

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)	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日) 7/3	〇〇大学附属病院	☑ 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	A B C D - E F G H
(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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			(注1) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日) 7/3	〇〇大学附属病院	☑ 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	A B C D - E F G H
(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	A B C D - E F G H
(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			
<small>(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。</small>						

◇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）	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費算定基準額（注2）	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日) 7/3	〇〇大学附属病院	☑ 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	A B C D - E F G H
(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	A B C D - E F G H
(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	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。						

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）	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費算定基準額（注2）	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日) 8/3	〇〇大学附属病院	☑ 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	I J K L - M N O P
(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となります。「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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			（注1） 入院関係医療の高額療養費算定基準額（注2）	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日) 10/8	〇〇大学附属病院	☑ 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	I J K L - M N O P
(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		
<small>(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。 <small>(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。</small> </small>						

◇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判定されることとなります。「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「適用区分工」
- ・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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			(注1) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日) 12/2	〇〇大学附属病院	☑ 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	I J K L - M N O P
(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) 〇〇大学附属病院	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)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「適用区分工」

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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			(注1) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日) 1/19	〇〇大学附属病院	<input checked="" type="checkbox"/> 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	I J K L - M N O P
(退院日) 1/28			57,600円	44,400円	B健康保険組合	765・43210
(入院日)		<input type="checkbox"/> 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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			(注1) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日) 2/5	〇〇大学附属病院	☑ 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	I J K L - M N O P
(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) 〇〇大学附属病院 (医療機関名)	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	○
				/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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			(注1)	保険診療の	保険種別	被保険者証の記号・番号
			入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	高額療養費算定基準額		
(入院日) 3/2	〇〇大学附属病院	☑ 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	I J K L - M N O P
(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) 〇〇大学附属病院	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複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「適用区分工」
- ・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)	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日) 4/11	〇〇大学附属病院	☑ 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	10,000円	IJKL-MNOP
(退院日) 4/24			44,400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				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				(医療機関名) 〇〇大学附属病院 /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。						

◇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るので、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E」
- ・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) 入院関係医療の高額療養費算定基準額 (注2)	窓口支払額 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 保険種別	保険者番号 被保険者証の記号・番号
(入院日) 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	I J K L - M N O P
(退院日) 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				◇◇大学病院 (医療機関名)	1/12 /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。						

◇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E」
- ・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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			(注1) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	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	10,000円	50,000円	10,000円	I J K L - M N O P
(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	<input type="radio"/>
----------------------------------------------------------------	-------	----------------------------	-----------------------

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	(.....)◇◇大学病院 (医療機関名)	3/12 /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	<input type="radio"/>
--------------------------------------------------------------------	--------------------------	-------------	----------------------------	-----------------------

(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となります。「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E」
- ・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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			(注1) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	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	10,000円	57,600円	0円	I J K L - M N O P
(退院日) 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 /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。						

◇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E」
- ・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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			(注1) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日) 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) 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月末満
 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となります。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円となります。「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となります。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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			(注1) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	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	I J K L - M N O P
(退院日) 9/27				57,600円	57,600円	B健康保険組合
(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	<input type="radio"/>
----------------------------------------------------------------	-------	----------------------------	-----------------------

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)を超えなかったため、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となります。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「適用区分工」
- ・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ため、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	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			(注1) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	保険診療の高額療養費算定基準額	保険種別	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	<input type="radio"/>
----------------------------------------------------------------	-------	----------------------------	-----------------------

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	<input type="radio"/>
		/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、この際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となります。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となります。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となります。
 (※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E」
- ・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ため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) 入院関係医療の高額療養費算定基準額(注2)	窓口支払額 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 保険種別	保険者番号 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	18,000円	18,000円	0円	I J K L - M N O P
(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	42,000円	39,600円	0円	I J K L - M N O P
(退院日) 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	<input type="radio"/>
----------------------------------------------------------------	-------	----------------------------	-----------------------

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) 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。

(注2) この記入欄においては、1割~3割が...である場合は、特定疾病給付対象療養と

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となります。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、担当医あるいは〇〇（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； 〇〇-〇〇-〇〇

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 患者氏名			性別	生年月日(年齢)	
			男・女	年 月 日 (満 歳)	
住所	郵便番号	電話番号		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。	
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名	「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。	
検査所見	直近の所見を入力すること。 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) <input type="checkbox"/> HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日) 又は <input type="checkbox"/> HBV-DNA陽性 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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) 1回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日) 2回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日) 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) <input type="checkbox"/> HCV抗体陽性 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> HCV-RNA陽性 (検査日: 年 月 日) 3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ / μ L 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 _____ % 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) 腹水 (<input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 軽度、 <input type="checkbox"/> 中程度以上) 肝性脳症 (<input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 軽度(I, II)、 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 画像検査(<input type="checkbox"/> 造影CT、 <input type="checkbox"/> 造影MRI、 <input type="checkbox"/> 血管造影/造影下CT) (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 病理検査(<input type="checkbox"/> 切除標本、 <input type="checkbox"/> 腫瘍生検) (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他() ※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。 【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) <input type="checkbox"/> Child-Pugh scoreで7点以上 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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。 (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。 <input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝がん (C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 重度肝硬変(非代償性肝硬変) (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 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。					
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いたします。			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)		
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。			自署又は自署でない場合は捺印をお願いします。		

【資料集6】入院関係医療のカウント例

2018年7月から2019年4月まで【70歳未満・国保・適用区分工】

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	x(6/12)多	x(6/12)多	x(6/12)多	○(7/12)多
保険診療の 高額療養費算定基準額 カウントの考え方	57,600円 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	57,600円 入院関係医療のカウントはあつて7項のカウントがないため、合計して1項としてカウント	57,600円 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	44,400円 入院関係医療のカウントがあるが7項のカウントがないため1項としてカウントを越えたので多数回該当	44,400円 同左	44,400円 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、4回を越えたので多数回該当	44,400円 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いないのでカウントなし。多数回該当は継続	44,400円 入院関係医療が7項でカウント、保険診療がないので、1項としてカウントはなし。多数回該当は継続	44,400円 入院関係医療は7項でカウント、保険診療がないので、1項としてカウントはなし。多数回該当は継続	44,400円 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	x (57,600円) ※助成が開始されるまでのカウントとしてのみ	x (57,600円) ※助成が開始されるまでのカウントとしてのみ	x (57,600円) ※助成が開始されるまでのカウントとしてのみ	x (57,600円) ※助成が開始されるまでのカウントとしてのみ	x (57,600円) ※助成が開始されるまでのカウントとしてのみ	○(1/12) 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	x(1/12) 入院関係医療のカウントが4回に達しないことからカウントなし	○(2/12) 入院関係医療のカウントが4回に達しているが、医療費の助成が開始となったので7項のカウント開始	○(3/12) 同左	○(4/12)多 同左
入院関係医療の 高額療養費算定基準額 カウントの考え方	57,600円 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	57,600円 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	57,600円 合計額(120,000)のうち基準額の範囲	57,600円 90,000のうち基準額の範囲	57,600円 合計額(90,000)のうち基準額の範囲	57,600円 合計額(10,000)のうち基準額の範囲	30,000円 入院関係医療30,000	10,000円 入院関係医療の10,000と保険の15,000	10,000円 入院関係医療の10,000と公費負担医療の10,000	10,000円 入院関係医療10,000+公費負担医療10,000+保険24,400
入院関係医療のカウント (Oの適合/入院関係医療に配属)	x	○(1/12)	○(2/12)	○(3/12)	○(4/12)	○(5/12)	x(5/12)	○(6/12)	○(7/12)	○(8/12)
入院関係医療のカウントの考え方	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	入院関係医療が7項の基準額(57,600)を超えていないので、入院関係医療のカウント	入院関係医療が7項の基準額(57,600)を超えていないので、入院関係医療のカウント	入院関係医療が7項の基準額(57,600)を超えていないので、入院関係医療のカウント	入院関係医療が7項の基準額(57,600)を超えていないので、入院関係医療のカウント	入院関係医療が7項の基準額(57,600)を超えていないので、入院関係医療のカウントなし	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	入院関係医療の10,000と公費負担医療の10,000	入院関係医療が7項の基準額(44,400)を超えているので、入院関係医療のカウント
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	合計額(10,000)のうち 基準額の範囲	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 (高額療養費を含む)	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	311,200円
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	45,200円
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	パターン11	パターン12
レセプト	単独レセ 区工 No.1	単独レセ 区工 No.2	単独レセ 区工 No.3	単独レセ 区工 No.4	併用レセ 区工 No.4	併用レセ 区工 No.4	併用レセ 区工 No.4	併用レセ 区工 No.5	併用レセ 区工 No.6	併用レセ 多工 No.7
格形図・レセプト記載例【資料集8】										

2019年5月から2020年1月まで【70歳未満・国保・適用区分工】

月	2019年5月	2019年6月	2019年7月	2019年8月	2019年9月	2019年10月	2019年11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	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	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
41条1項(保険診療)のカウント	×(7/12)多	×(7/12)多	×(6/12)多 (医療機関としては×(0/12))	×(5/12)多 (医療機関としては×(0/12))	×(4/12)多 (医療機関としては×(0/12))	×(3/12) (医療機関としては×(0/12))	×(2/12) (医療機関としては×(0/12))	×(1/12)
高額療養費算定基準額	44,400円	44,400円	44,400円 (医療機関としては57,600円)	44,400円 (医療機関としては57,600円)	44,400円 (医療機関としては57,600円)	57,600円	57,600円	57,600円
高額療養費算定基準額のカウントの考え方	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	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いないので1項としてのカウントなし	保険診療が基準額(57,600)を超えていないので1項としてのカウントなし
特定疾病給付対象職業としてのカウント	×(4/12)多	○(5/12)多	○(1/12)	○(2/12)	○(3/12)	○(4/12)多	○(5/12)多	○(1/12)
高額療養費算定基準額のカウントの考え方	44,400円	44,400円	57,600円	57,600円	57,600円	44,400円	44,400円	57,600円
入院関係医療のカウント(0の重畳入院記録に記録)	×(8/12)	○(9/12)	○(10/12)	○(10/12)	○(10/12)	○(10/12)	○(10/12)	○(10/12)
入院関係医療のカウントの考え方	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	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	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(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(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
窓口支払額(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	40,000円
負担額の内訳	保険 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 +他の公費負担医療30,000	入院関係医療10,000 +他の公費負担医療30,000	入院関係医療10,000 +他の公費負担医療30,000	入院関係医療10,000 +他の公費負担医療30,000	入院関係医療10,000 +他の公費負担医療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	10,000円
保険診療の支払額(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	30,000円
都道府県負担(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	47,600円
参考:最終的な医療者負担(高額療養費含む)	70,000円	255,600円	242,400円	242,400円	318,000円 +他の公費負担医療分	325,600円	388,000円	312,400円
参考:最終的な医療者負担(高額療養費のみ)	0円	45,600円	32,400円	32,400円	38,000円 +他の公費負担医療分	45,600円	52,000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15・18・(19)	パターン15・18・(19)	パターン16
レセプト	単独レセ 区工	併用レセ 多工	併用レセ 区工	併用レセ 区工	併用レセ 多工	併用レセ 多工	併用レセ 多工	併用レセ 区工
掛形例、レセプト記載例【資料集2】					No.8・11		No.9・12・(13)	No.10

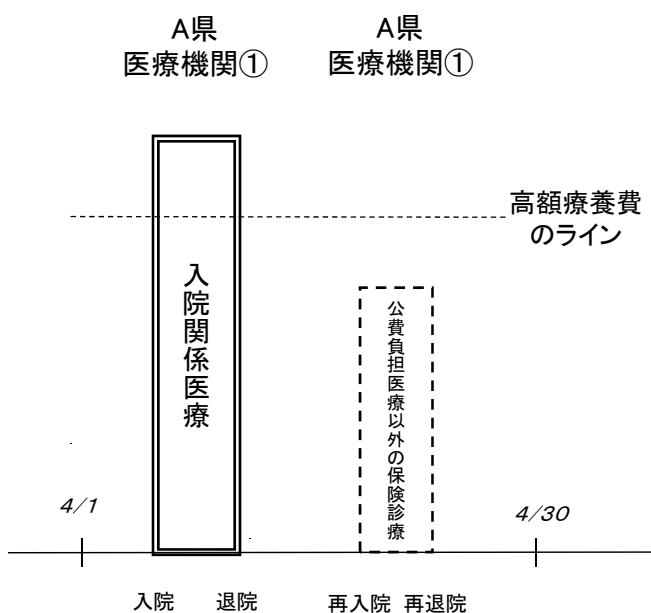
十二月一日を境として、当月初日に入院した患者は、入院期間が1年を超えていないので1項としてのカウントなし。多数回該当は継続

七月一日を境として、当月初日に入院した患者は、入院期間が1年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

【資料集7】複数回入院等の場合の事例

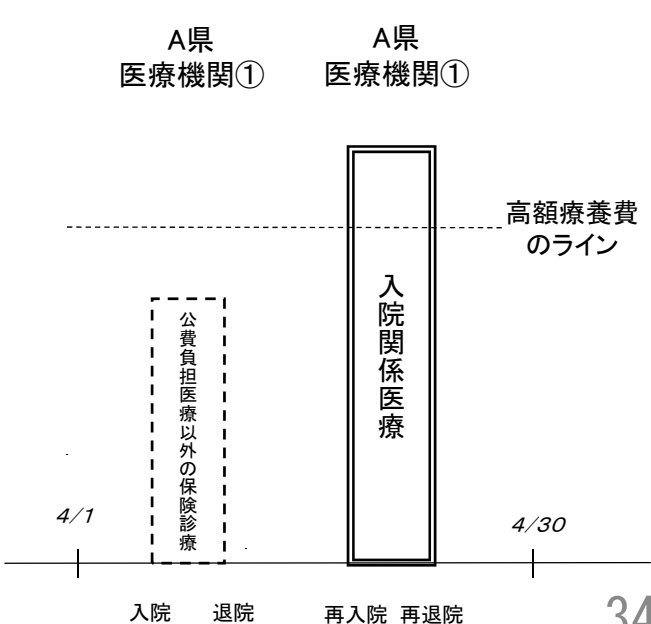
※本項において、入院関係医療は、過去12月中において既に3月高額療養費算定基準額を超えていることとします。

Case1: 同一の医療機関に複数回入院した場合①



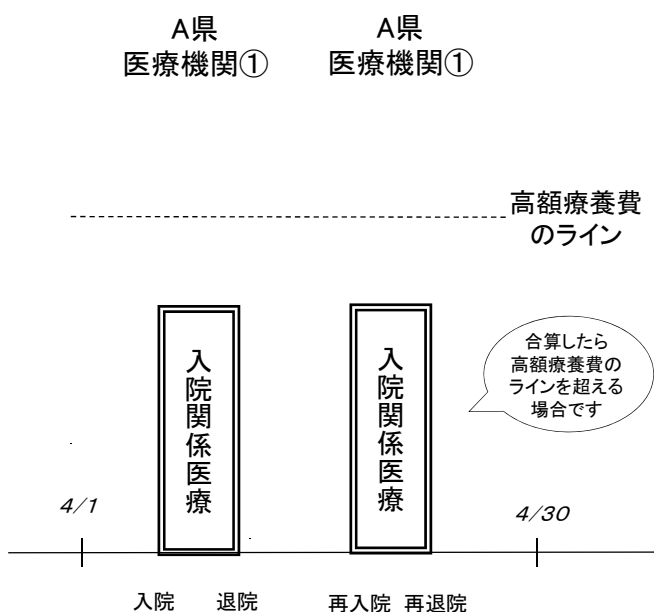
- ・入院関係医療で現物給付の処理が可能。
- ・再入院のときの保険診療の自己負担の上限額は、「(保険診療の)高額療養費算定基準額-10,000円」となる。
- ・レセプトは1枚にまとめることが可能。

Case2: 同一の医療機関に複数回入院した場合②



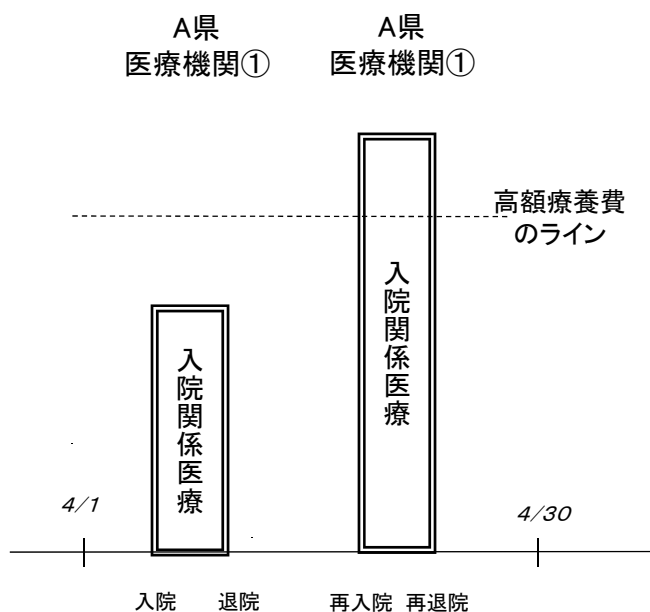
- ・1回目の入院のときに、保険診療の自己負担額を窓口で支払ってしまっていることから、再入院したときに、再計算を行ったうえで、入院関係医療を現物給付として処理することが可能。
- ・自己負担額の上限額は保険診療の高額療養費算定基準額となることから、返戻処理が発生することはない。

Case3: 同一の医療機関に複数回入院した場合③



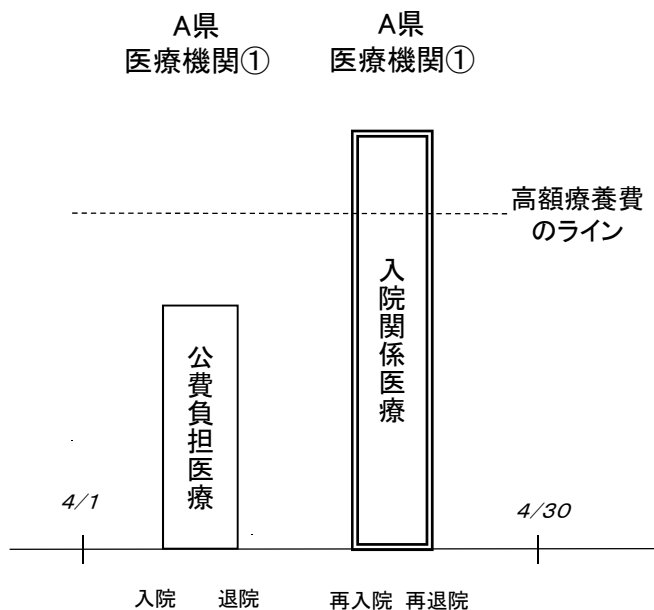
- ・ 1回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っており、現物給付をすることとしてしまうと、自己負担額が1万円になることから、返戻処理が必要になってくるため、**現物給付NG**とする。
- ・ 最終的な負担額はそれぞれ、
 - 患者：1万円
 - 保険者：入院関係医療の合計額－算定基準額（償還払い）
 - A県：算定基準額－1万円（償還払い）

Case4: 同一の医療機関に複数回入院した場合④



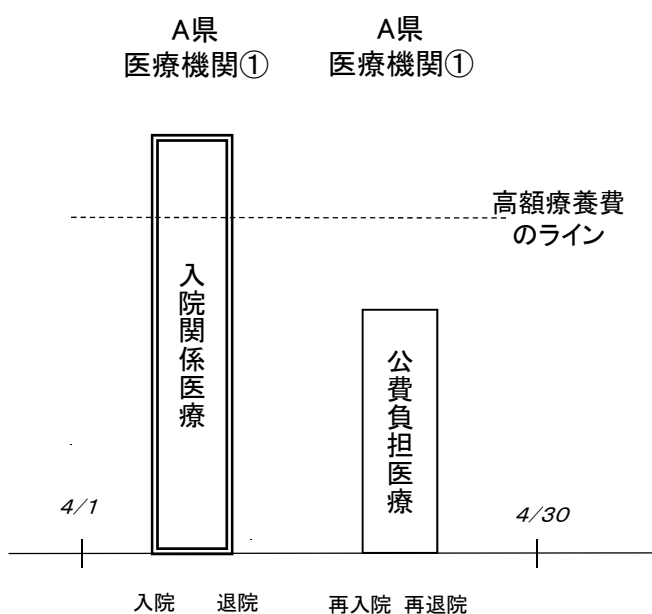
- ・ 1回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っているが現物給付可能。
- ・ レセプトの関係上、2回目の入院で1万円の自己負担があった場合は、1回目の入院の自己負担額の全額を高額療養費として保険者に請求可能。
- ・ 1回目の入院の自己負担額が1万円未満の場合は、2回目の入院で1万円になるまで徴収されることになる。

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



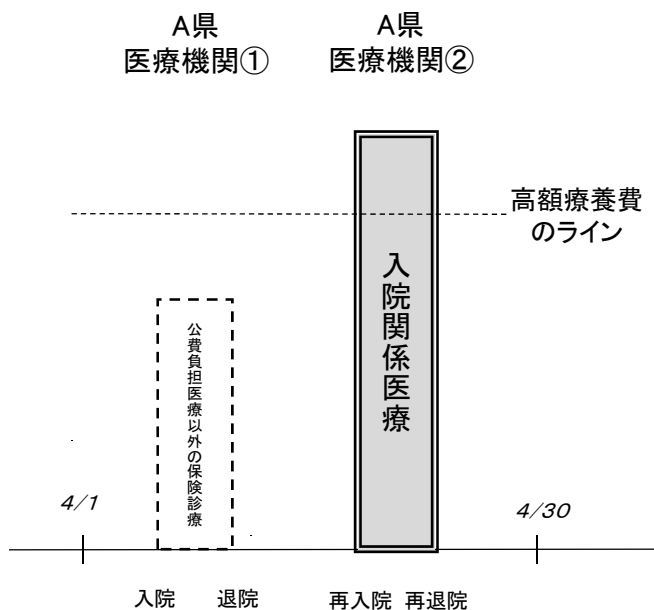
- ・ 入院関係医療は現物給付が可能。
- ・ 公費負担医療と入院関係医療のレセプトは1枚になる。
- ・ 他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、公費負担医療の自己負担額 + 1万円（入院関係医療の自己負担額）となる。

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



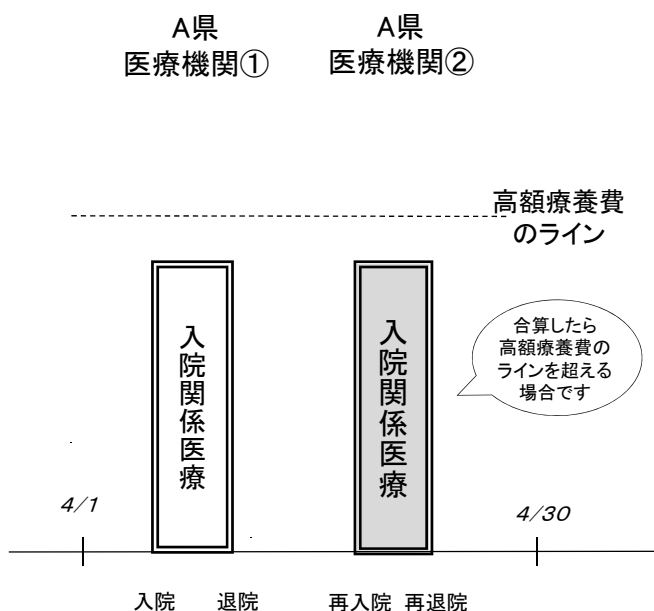
- ・ 入院関係医療は現物給付が可能。
- ・ 公費負担医療と入院関係医療のレセプトは1枚になる。
- ・ 他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、1万円（入院関係医療の自己負担額） + 公費負担医療の自己負担額となる。

Case7: 複数の医療機関に入院した場合①



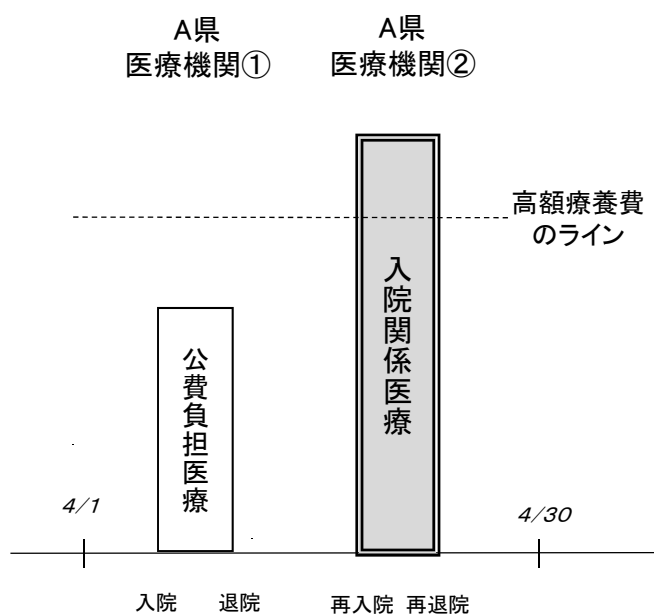
- ・ 医療機関が異なるのでレセプトは2枚となる。
- ・ 入院関係医療は現物給付が可能。
- ・ 保険診療と1万円（入院関係医療の自己負担額）の合計が、保険診療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、超過部分は高額療養費として保険者に請求が可能となる。

Case8: 複数の医療機関に入院した場合②



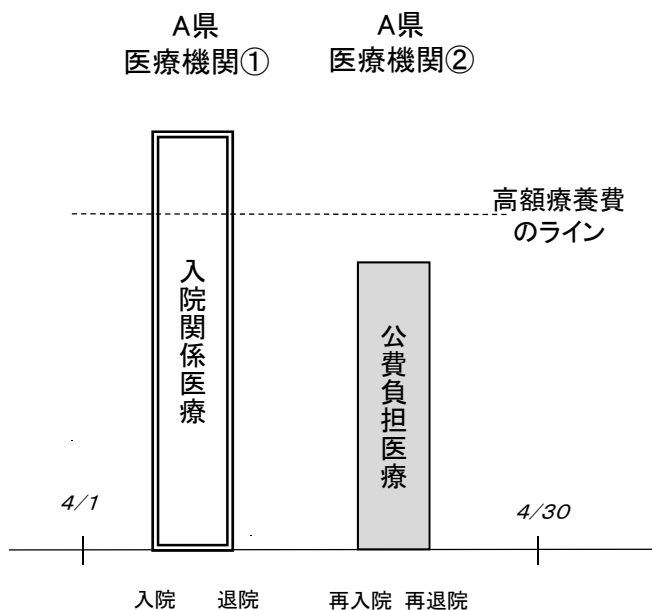
- ・ 特定疾病給付対象療養は、同一の医療機関の医療費しか合算しないので、助成の対象とはならない。

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



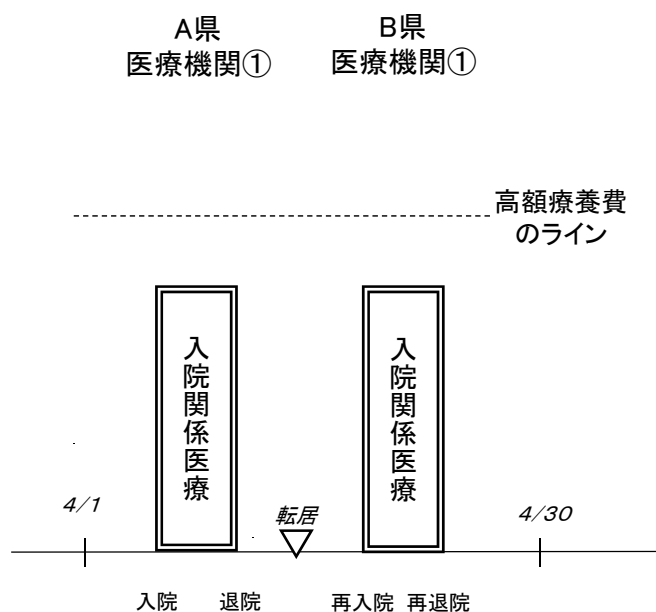
- ・ 公費負担医療も入院関係医療もそれぞれの医療機関で現物給付が可能。
- ・ 他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、公費負担医療の自己負担額 + 1万円（入院関係医療の自己負担額）となる。

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



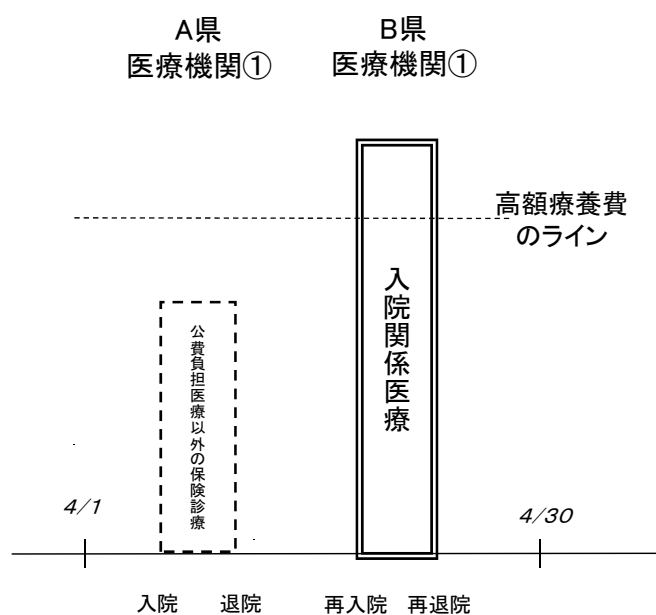
- ・ 入院関係医療も公費負担医療もそれぞれの医療機関で現物給付が可能。
- ・ 他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、1万円（入院関係医療の自己負担額） + 公費負担医療の自己負担額となる。

Case11: 転居(住民票の変更)があった場合(保険者の変更なし)①



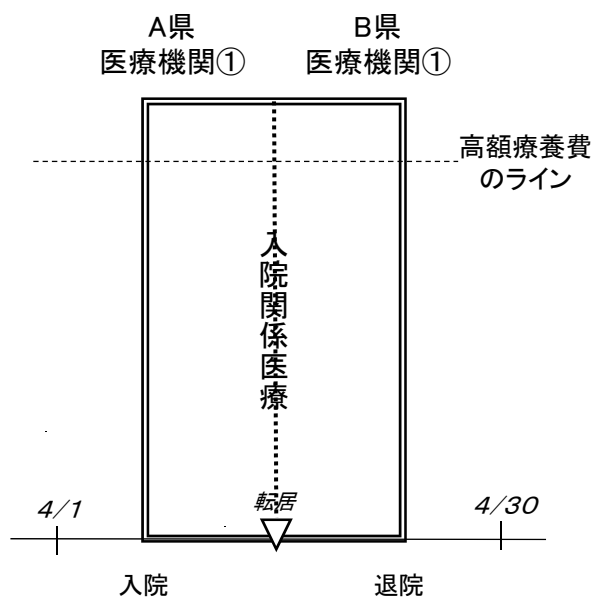
- ・レセプトは1枚となるが、1回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っており、現物給付をすることとしてしまうと、自己負担額が1万円になることから、返戻処理が必要になってくるため、**現物給付NG**とする。
- ・最終的な負担額はそれぞれ、
 - 患者：1万円
 - 保険者：入院関係医療の合計額－算定基準額（償還払い）
 - A県：入院関係医療の合計額－1万円（償還払い）
 - B県：負担なし

Case12: 転居(住民票の変更)があった場合(保険者の変更なし)②



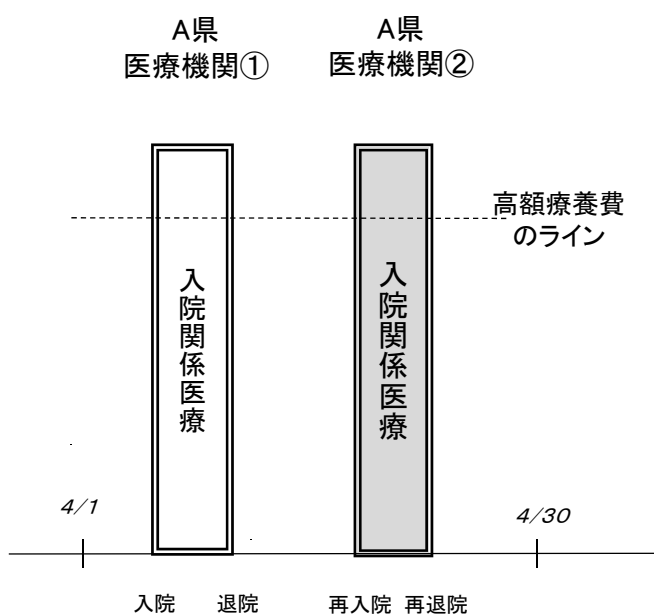
- ・入院関係医療は現物給付が可能。
- ・A県在住時には入院関係医療がないことからA県の公費負担なし。
- ・レセプトは1枚となりB県に対する請求のみが生じる。
- ・患者の負担は、入院関係医療に対する助成の1万円+保険診療の自己負担額（上限は保険診療の高額療養費算定基準額）となる。

Case13: 転居(住民票の変更)があった場合(保険者の変更なし)③



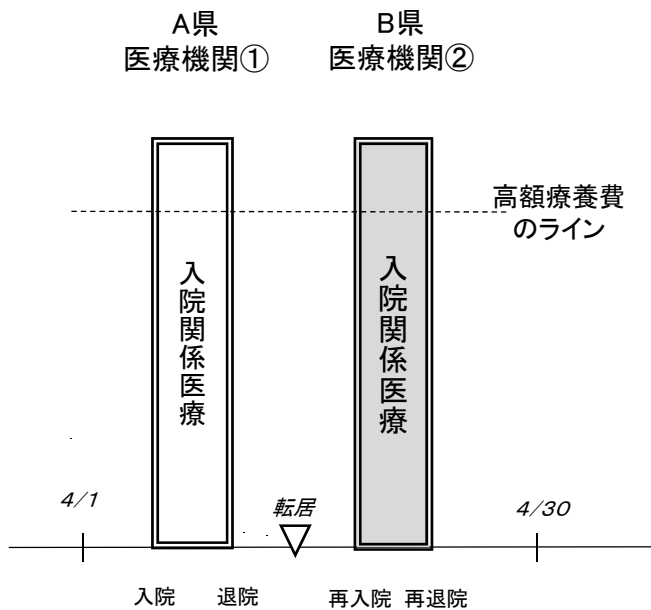
- ・入院中に転居(住民票の変更)があってもレセプトは1枚となり現物給付が可能。
- ・この場合、按分が難しいこともあり、A県が公費負担を行うこととする。

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



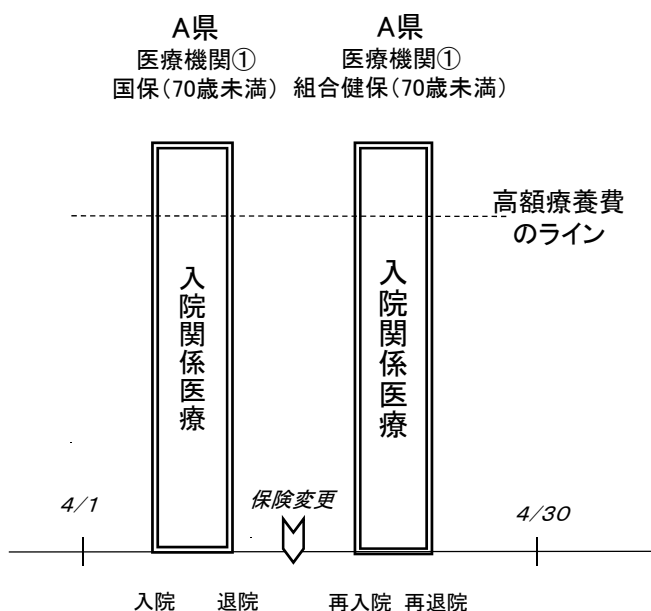
- ・医療機関ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになる。
- ・医療機関①と医療機関②のそれぞれの医療費の助成をA県が行う。(患者負担2万円)

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



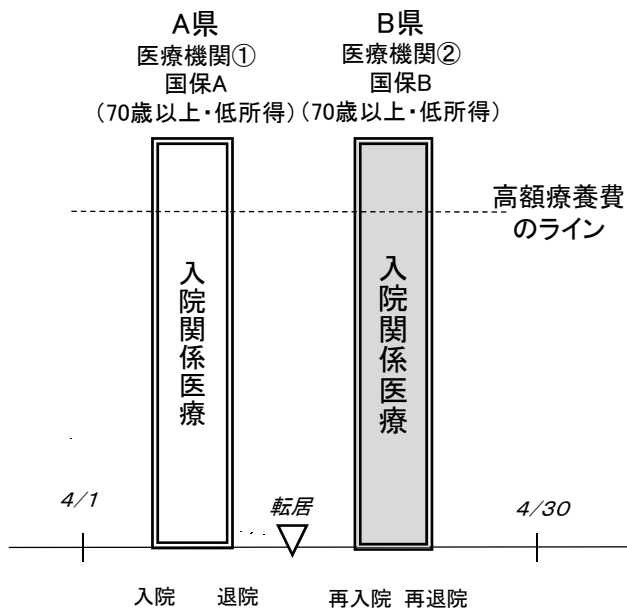
- ・ 医療機関ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになる。
- ・ 医療機関①の医療費の助成はA県が行い、医療機関②の医療費の助成はB県が行う。(患者負担2万円)

Case16:保険者の変更がある場合①



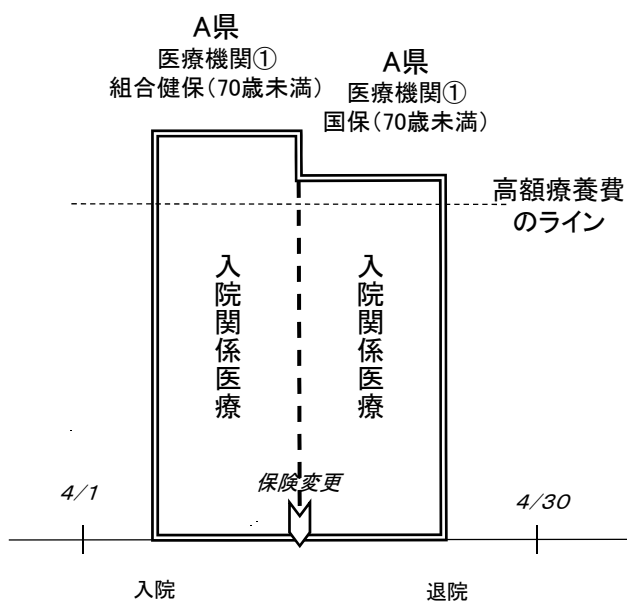
- ・ レセプトは保険者別に作成されるので2枚となる。
- ・ 多数回該当の概念のある所得区分なので、特定疾病給付対象療養としてのカウント(多数回該当のカウント)はリセットされるが入院関係医療のカウントは継続される。
- ・ 保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので1回目、2回目それぞれの入院で現物給付可能。(患者負担2万円)

Case17: 保険者の変更がある場合②



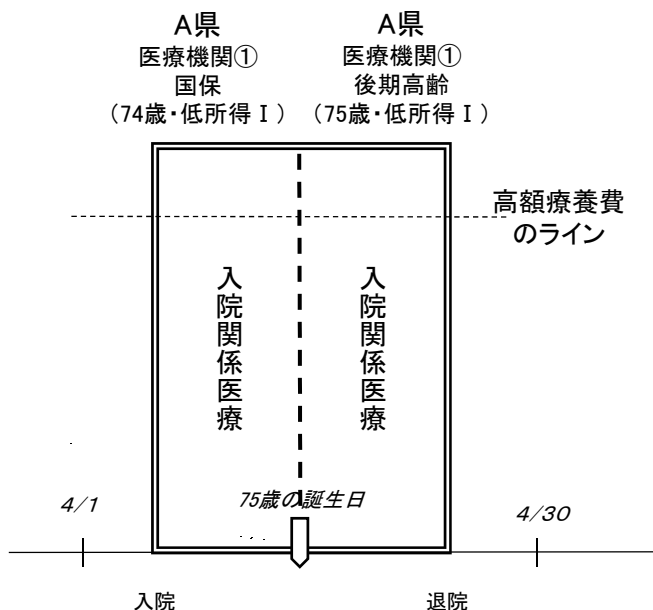
- ・ レセプトは保険者別・医療機関別に作成されるので2枚となる。
- ・ 多数回該当の概念のない所得区分なので、特定疾病給付対象療養としてのカウント（多数回該当のカウント）はリセットされない。
- ・ 保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので、医療機関①の医療費についてはA県が、医療機関②の医療費についてはB県が、それぞれ助成を行う。（患者負担2万円）

Case18: 保険者の変更がある場合③



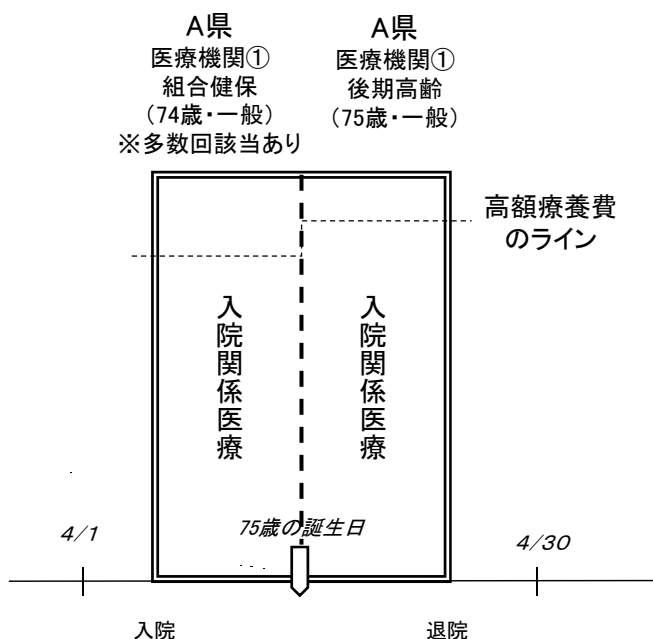
- ・ 1回の入院だが、レセプトは保険者別に作成されるので2枚となる。
- ・ 保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので、保険変更前・変更後のそれぞれの入院関係医療について現物給付が可能。（患者負担2万円）

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

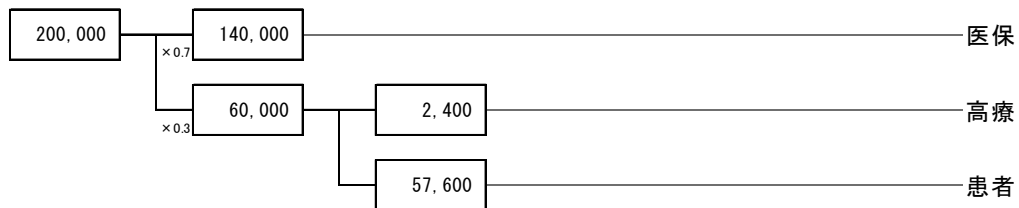
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で保険診療のみ（医療費200,000円、自己負担額60,000円）
 ・資料集6の2018年7月

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									
-					-				
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			診療実日数		保険公①		10
職務上の事由		29区エ					公②		
※高額療養費 円									
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	食事・生活療養	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円
	公費①	20,000		57,600		0	0		0
	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

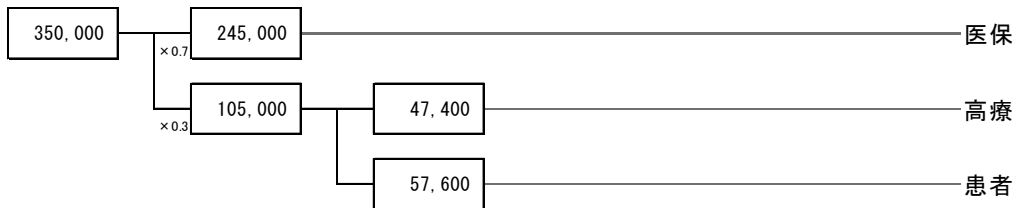
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費200,000円）と保険診療（同150,000円）
 ・資料集6の2018年8月

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							
-				-			
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区工		
職務上の事由							診療実日数
						保険	13
						公①	
						公②	
※高額療養費 円							
円							
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	回数	請求 円	※決定 円 (標準負担額) 円
	公費①	35,000		57,600	0	0	0
	公費②						
食事・生活療養	保険						
	公費①						
	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

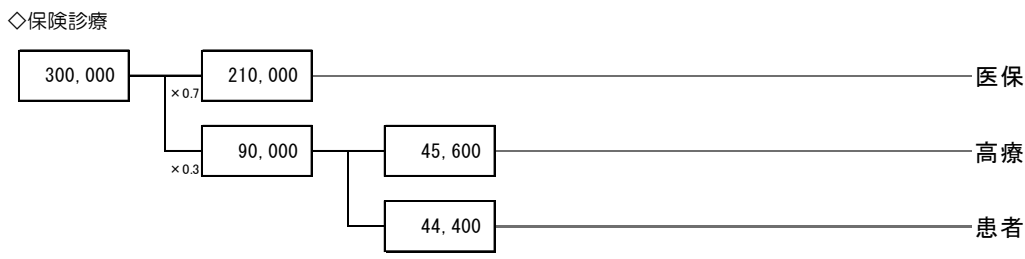
No. 3

・70歳未満の適用区分工（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									
-										-									
公費負担者番号①					公費受給者番号①					1 医科		1 社		1 単独		1 本入			
公費負担者番号②					公費受給者番号②					0		6							
氏名										特記事項				診療実日数		保険公①		17	
職務上の事由										29区工									
										※高額療養費				円					
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額	円	食事・生活療養	回数	請求	円	※決定	円	(標準負担額) 円							
	公費①	30,000		44,400			0	0				0							
	公費②																		

樹形図 (ツリー図)



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

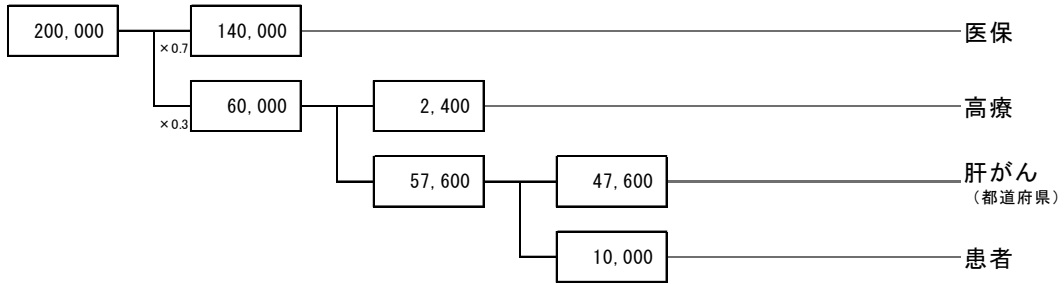
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費200,000円）と保険診療（同200,000円）
 ・保険診療は多数回該当が適用 ・資料集6の2018年12月

レセプト記載例

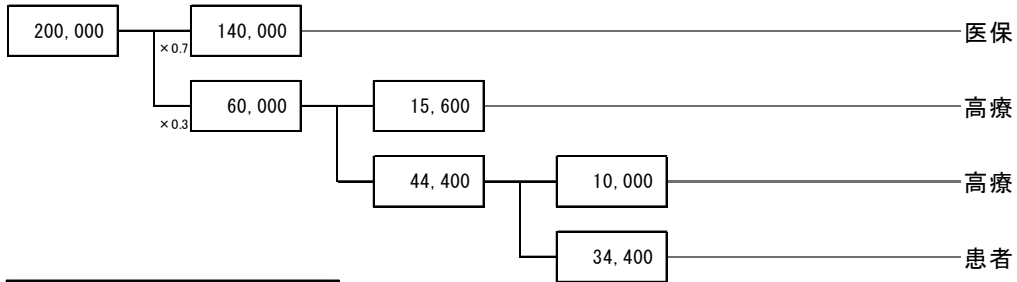
診療報酬明細書(医科入院) 平成30年 12月分										1 医科	1 社	2 2 併	1 本入		
-										保険者番号	0	6			
公費負担者番号①					3	8	公費受給者番号①								
公費負担者番号②							公費受給者番号②								
氏名					特記事項					診療実日数		保険	18		
職務上の事由					29区工							公①	18		
												公②			
										※高額療養費 円					
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	食	保	回	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円					
		40,000		(57,600) 92,000	事	険	0	0		0					
	公費①	20,000		10,000	・	公									
	公費②				生	費									

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

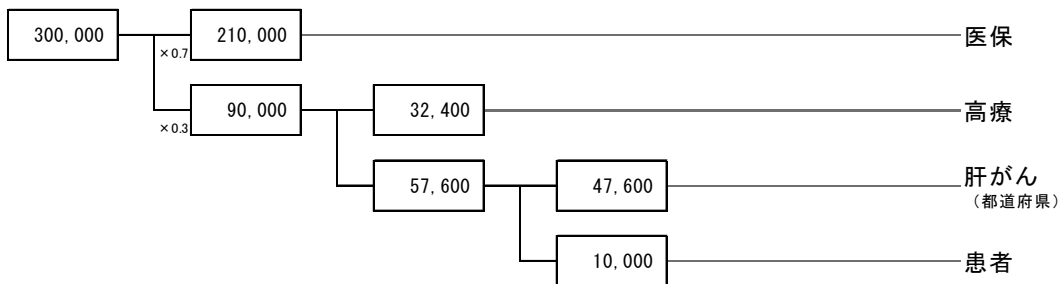
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同50,000円）
 ・資料集6の2019年2月

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										1 医科	1 社	2 2 併	1 本入	
-										保険者番号	0	6		
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					診療実日数		保険		
職務上の事由					29区工					16		公①		
										16		公②		
										※高額療養費 円				
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円					
		35,000		(57,600)		0	0		0					
	公費①	30,000		72,600										
	公費②			10,000										
						食事・生活療養								
公費①														
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

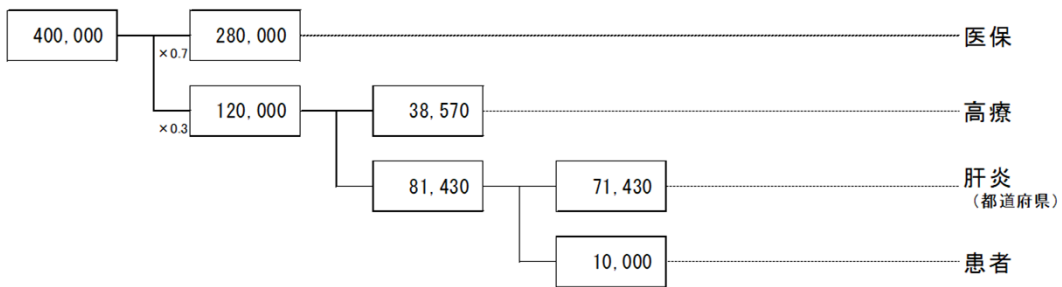
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費200,000円）と他公費負担医療の自己負担額10,000円
 ・資料集6の2019年3月

レセプト記載例

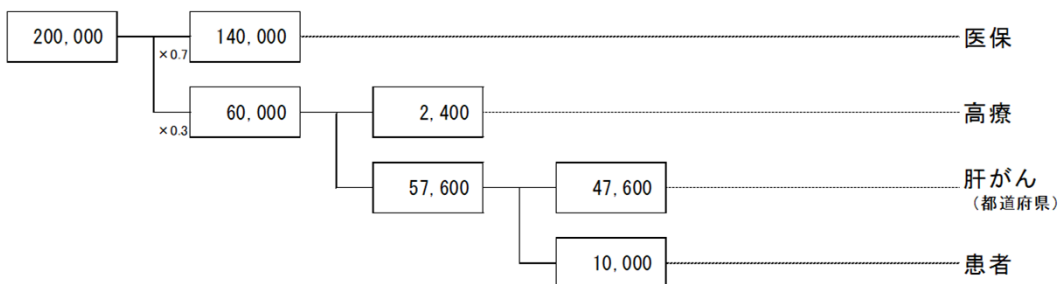
診療報酬明細書(医科入院)										平成31年 3月分			
-										1 医科	1 社	3 3 併	1 本入
-										保険者番号	0 6		
公費負担者番号①	3	8		6	0	1	公費受給者番号①						
公費負担者番号②	3	8		6	0	2	公費受給者番号②						
氏名							特記事項	29区工					
職務上の事由													
※高額療養費 円													
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円			食事・生活療養	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円		
		60,000		(81,430) (57,600)				0	0		0		
	公費①	40,000		139,030									
	公費②	20,000		10,000									

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

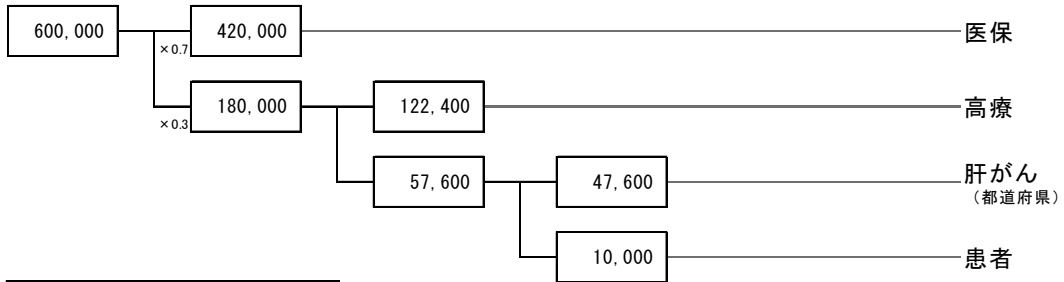
(入院関係医療を受けるための入院時に、肝炎治療特別促進事業の対象医療を受けた場合に限られます)

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					
-						1 医科	1 社	2 2 併	1 本入		
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				診療実日数	
職務上の事由						29区工				保険 11	
										公① 11	
										公②	
						※高額療養費 円					
						円					
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円			
	公費①	60,000		57,600	0	0		0			
	公費②	60,000		10,000							
						食事・生活療養					

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歳未満の通用区分工（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

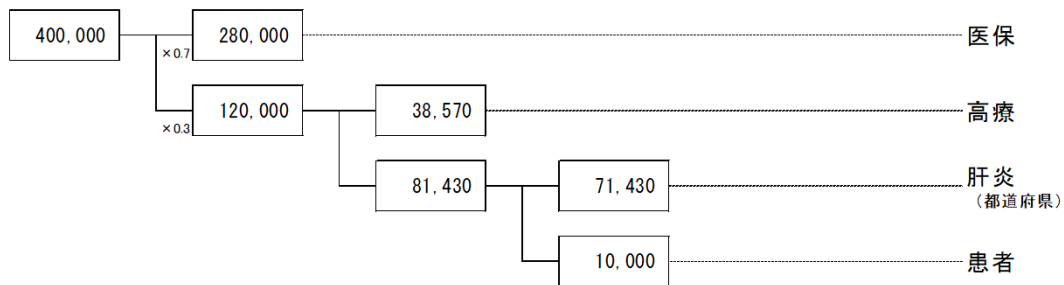
診療報酬明細書(医科入院) 平成31年 4月分									
診療報酬明細書(医科入院)					平成31年 4月分				
公費負担者番号①	3	8	6	0	1	公費受給者番号①			
公費負担者番号②	3	8	6	0	2	公費受給者番号②			
氏名					特記事項	34多工			
職務上の事由									
					※高額療養費 円				
療養の給付	請求点	※決定点	負担金額 円		回数	請求円	※決定円	(標準負担額) 円	
保険	78,000		(81,430) (44,400)		0	0		0	
公費①	40,000		10,000						
公費②	18,000		10,000						

1 医科	1 社	3 3 併	1 本入
保険者番号	0	6	

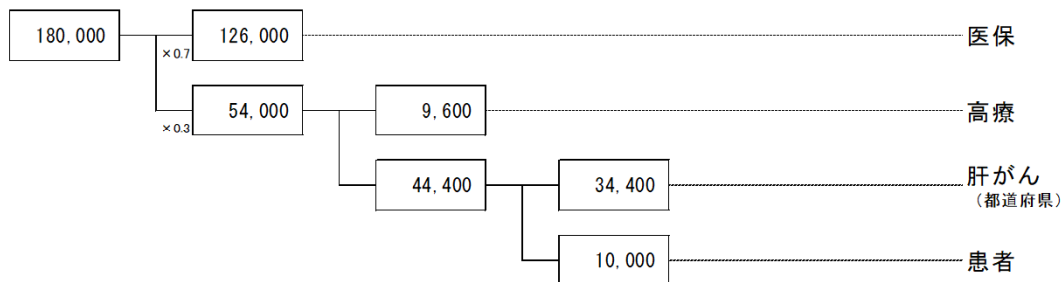
診療実日数	保険	14
	公①	14
	公②	14

樹形図 (ツリー図)

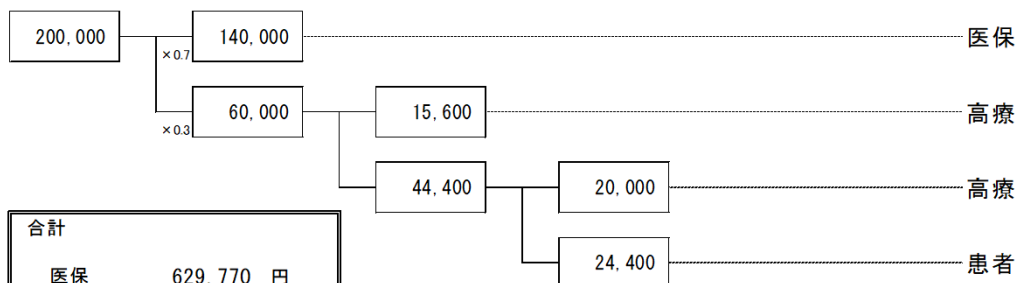
◇肝炎治療特別促進事業



◇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

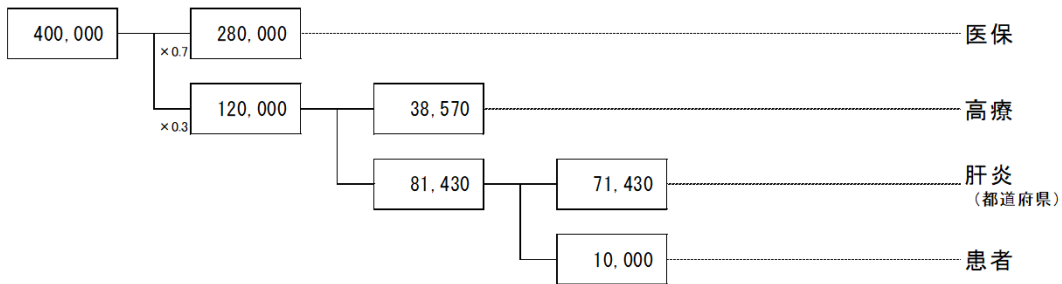
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同100,000円）及び他公費負担医療の自己負担額10,000円がある。
 ・資料集6の2019年9月

レセプト記載例

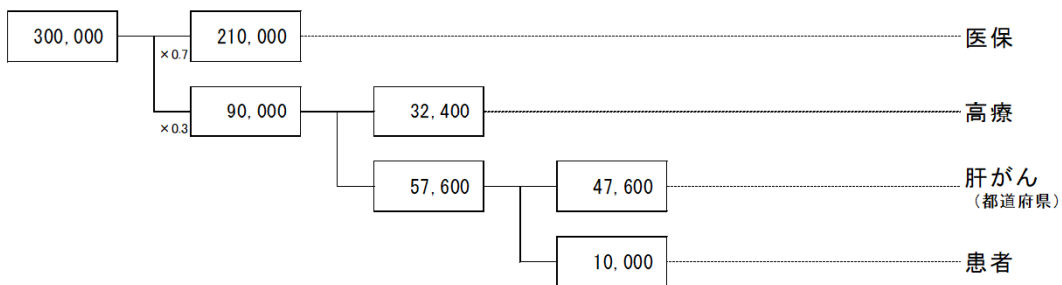
診療報酬明細書(医科入院) 平成31年 9月分																																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号①</td> <td>3</td> <td>8</td> <td></td> <td>6</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>公費受給者番号①</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号②</td> <td>3</td> <td>8</td> <td></td> <td>6</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>公費受給者番号②</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																				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																				
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																																																		
氏名					特記事項																																																				
職務上の事由					29区工																																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td>1 医科</td> <td>1 社</td> <td>3 3 併</td> <td>1 本入</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td>0</td> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																				1 医科	1 社	3 3 併	1 本入							保険者番号	0	6																									
1 医科	1 社	3 3 併	1 本入																																																						
保険者番号	0	6																																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td>診療実日数</td> <td>8</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>保険公①</td> <td>8</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>保険公②</td> <td>8</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>																				診療実日数	8									保険公①	8									保険公②	8																
診療実日数	8																																																								
保険公①	8																																																								
保険公②	8																																																								
※高額療養費 円																																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">療養の給付</th> <th rowspan="2">請求点</th> <th rowspan="2">※決定点</th> <th colspan="2">負担金額 円</th> <th rowspan="2">食事・生活療養</th> <th rowspan="2">回数</th> <th colspan="2">請求 円</th> <th rowspan="2">※決定 円</th> <th rowspan="2">(標準負担額) 円</th> </tr> <tr> <th>(81,430)</th> <th>(57,600)</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保険</td> <td>80,000</td> <td></td> <td>169,030</td> <td></td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>公費①</td> <td>40,000</td> <td></td> <td>10,000</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費②</td> <td>30,000</td> <td></td> <td>10,000</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										療養の給付	請求点	※決定点	負担金額 円		食事・生活療養	回数	請求 円		※決定 円	(標準負担額) 円	(81,430)	(57,600)			保険	80,000		169,030		0	0				0	公費①	40,000		10,000								公費②	30,000		10,000							
療養の給付	請求点	※決定点	負担金額 円		食事・生活療養	回数	請求 円		※決定 円				(標準負担額) 円																																												
			(81,430)	(57,600)																																																					
保険	80,000		169,030		0	0				0																																															
公費①	40,000		10,000																																																						
公費②	30,000		10,000																																																						

樹形図 (ツリー図)

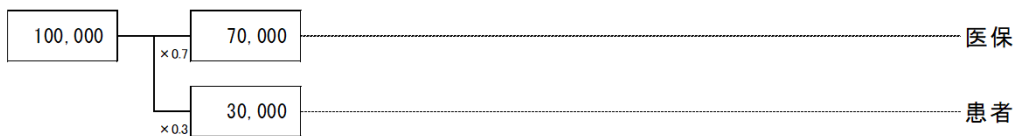
◇肝炎治療特別促進事業



◇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歳未満の適用区分工（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	2 2 併	1 本入	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	保険者番号	0	6		
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	
職務上の事由		34多工	

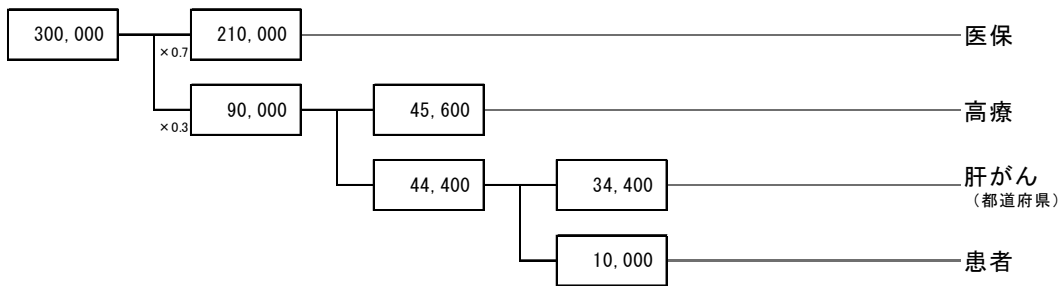
診療実日数	13
保険公①	13
保険公②	

※高額療養費		円
請求	0	
※決定		

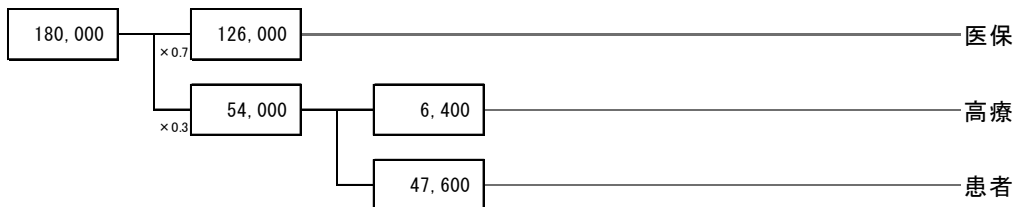
療養の給付	保険	請求	点	※決定	点	負担金額	円	食事・生活療養	回数	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円
		公費①	48,000			92,000	0				0				
公費②	30,000			10,000											

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歳未満の適用区分工（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	2 2 併	1 本入	
-										保険者番号	0	6		
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	
職務上の事由		29区工	

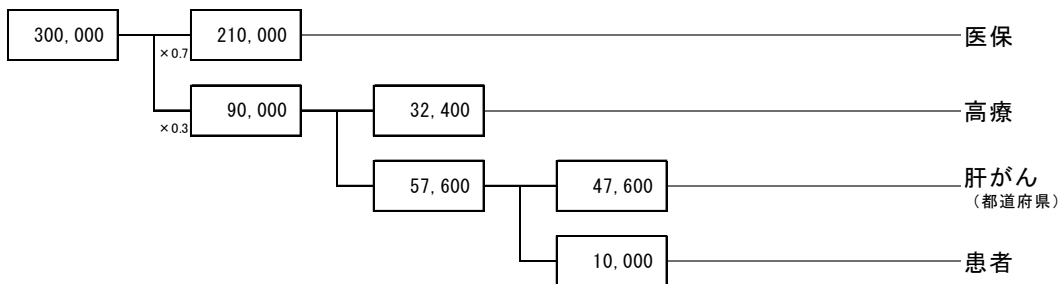
診療実日数	保険	11
	公①	11
	公②	

※高額療養費		円	
請求	0	※決定	
円		円	

療養の給付	保険	請求点	40,000	※決定点		負担金額	(57,600)	食事・生活療養	回数	0	請求	0	※決定		(標準負担額)	0
	公費①		30,000			87,600			円			円		円		円
	公費②					10,000										

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

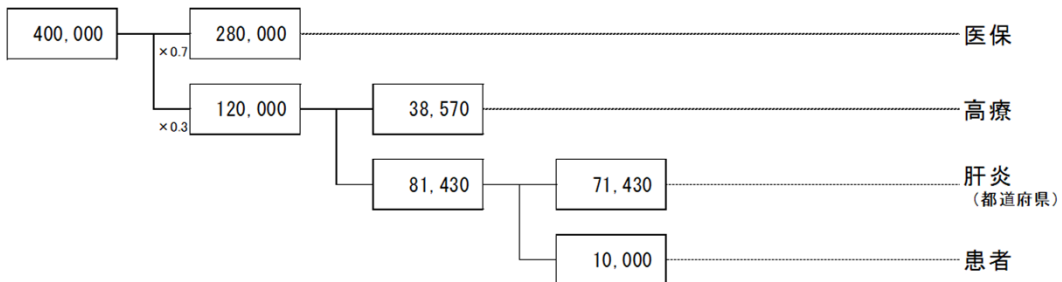
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同100,000円）及び他公費負担医療の自己負担額10,000円（No8と同じ）。
 ・肝がん事業の現物給付が行われなかった→**肝炎と保険診療のレセプトが作成される**

レセプト記載例

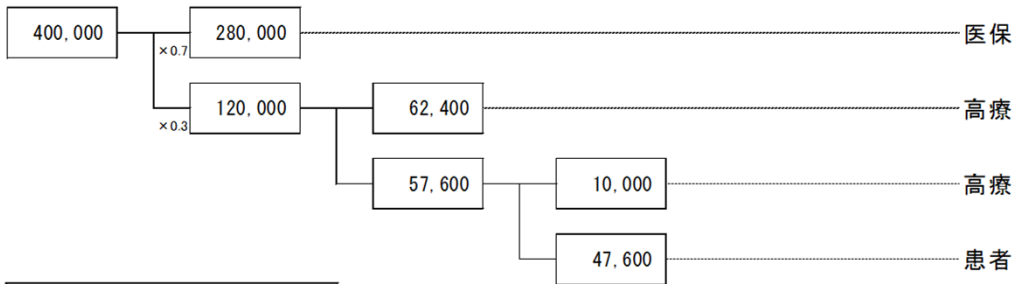
診療報酬明細書(医科入院) 平成31年 9月分									
診療報酬明細書(医科入院)					平成31年 9月分				
公費負担者番号①	3	8			6	0	1	公費受給者番号①	
公費負担者番号②								公費受給者番号②	
氏名					特記事項				
職務上の事由					29区工				
※高額療養費 円									
円									
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	食事・生活療養	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円
		80,000		(81,430) 129,030		0	0		0
	公費①	40,000		10,000					
	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					1 医科		1 社		1 単独		1 本入															
公費負担者番号②					公費受給者番号②					0 6																					
氏名										特記事項				診療実日数		保険公①		13													
職務上の事由										29区エ																					
										※高額療養費				円																	
														円																	
療養の給付		保険		請求点		※決定点		負担金額		円		食事・生活療養		保険		回数		請求		円		※決定		円		(標準負担額)		円			
				10,000										0		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

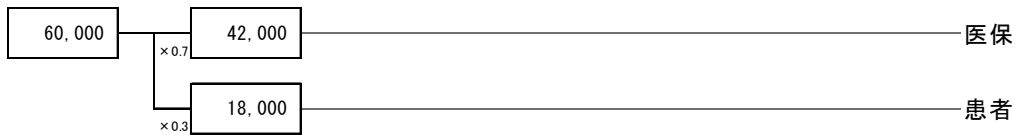
- ・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で同一医療機関で入院関係医療が2回（1回目の医療費60,000円、2回目の医療費140,000円）
- ・資料集3パターン19の1回目の入院の退院時に作成されるレセプト

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				
-										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					診療実日数				
職務上の事由					29区工					保険公①				
										13				
										保険公②				
										※高額療養費 円				
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		食事・生活療養	保険	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円			
	公費①	6,000					公費①	0	0		0			
	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

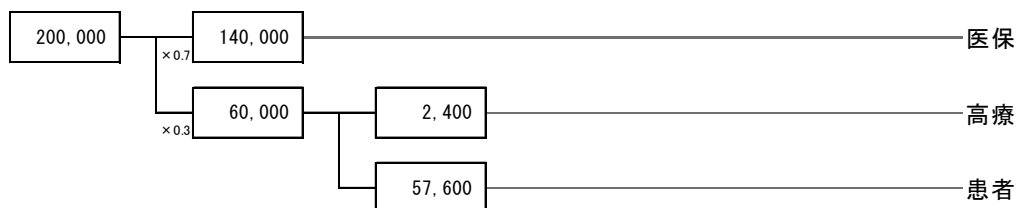
- ・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で同一医療機関で入院関係医療が2回（1回目の医療費60,000円、2回目の医療費140,000円）
- ・資料集3パターン19の2回目の入院後、**肝がん事業を現物給付（自己負担額1万円）にしなかった場合のレセプト**

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					診療実日数				
職務上の事由					29区工					21				
										※高額療養費 円				
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		食事・生活療養	回数	請求円	※決定円	(標準負担額) 円				
	公費①	20,000		57,600			0	0		0				
	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

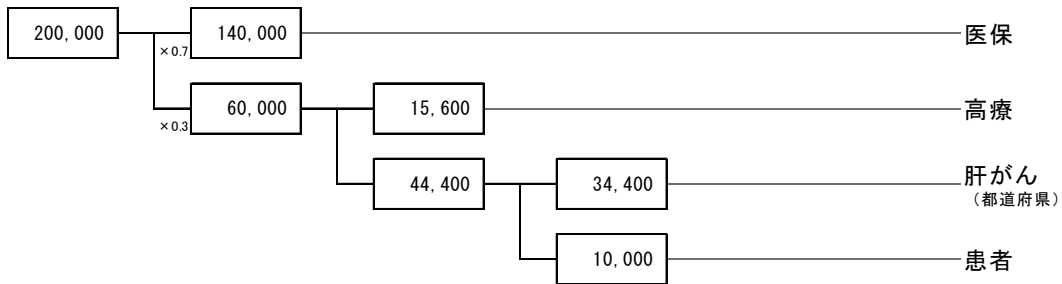
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で同一医療機関において入院関係医療のみ2回（1回目の医療費60,000円、2回目の医療費140,000円）
 ・資料集3パターン19の2回目の入院後、**肝がん事業を現物給付（自己負担額1万円）とした場合のレセプト**

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				
-								1 医科	1 社	2 2 併	1 本入	
-								保険者番号	0	6		
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		診療実日数		保険公①	21	
職務上の事由						34多工		診療実日数		公②		
※高額療養費 円												
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	食事・生活療養	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円			
	公費①	20,000		44,400	0	0			0			
	公費②	20,000		10,000								

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

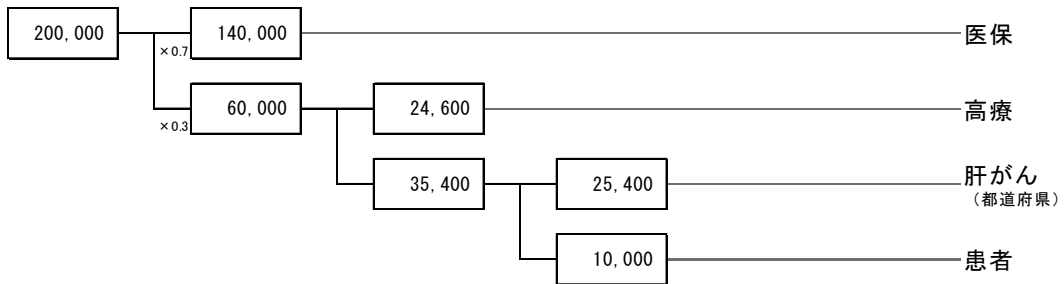
・70歳未満の適用区分才（自己負担3割）で入院関係医療（医療費200,000円）のみ
 ・多数回該当の適用なし

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院) 平成 年 月 分										
					1 医科 1 社 2 2 併 1 本入					
					保険者番号 0 6					
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						
職務上の事由				30区才						
								診療 公① 公②		
								10 10		
※高額療養費 円										
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		食事・生活療養	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円
	公費①	20,000		35,400			0	0		0
	公費②	20,000		10,000						

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

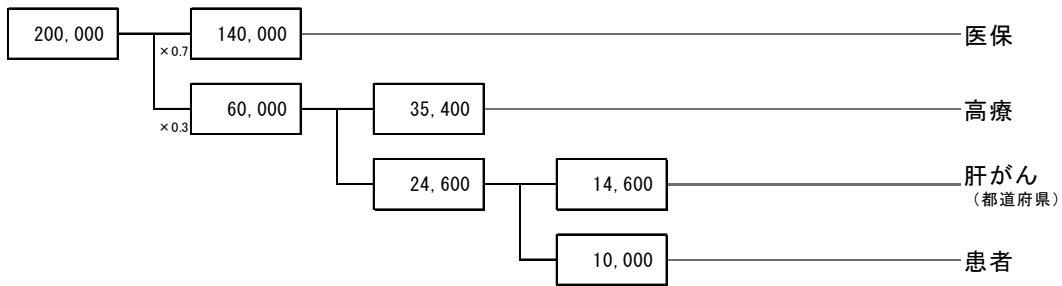
No.14② ・70歳未満の適用区分才（自己負担3割）で入院関係医療（医療費200,000円）のみ
 ・多数回該当の適用あり

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										平成 年 月 分				
-										1 医科	1 社	2 2 併	1 本入	
-										保険者番号	0	6		
公費負担者番号①	3	8								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										35多才				
										※高額療養費 円				
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		食事・生活療養	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円				
	公費①	20,000		24,600			0	0		0				
	公費②	20,000		10,000										

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

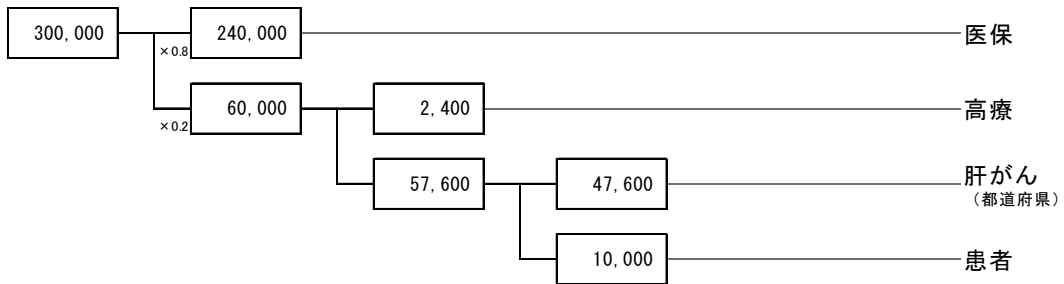
・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅲ（一般所得・自己負担2割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ
 ・多数回該当の適用なし

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										平成 年 月 分									
										1 医科	1 社	2 2 併	7 高入一						
										保険者番号	0	6							
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				診療実日数		保険公①		10	
職務上の事由										29区工				診療実日数		公②			
										※高額療養費				円					
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額	円	食事・生活療養	回数	請求	円	※決定	円	(標準負担額) 円							
	公費①	30,000		57,600			0	0				0							
	公費②	30,000		10,000															

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

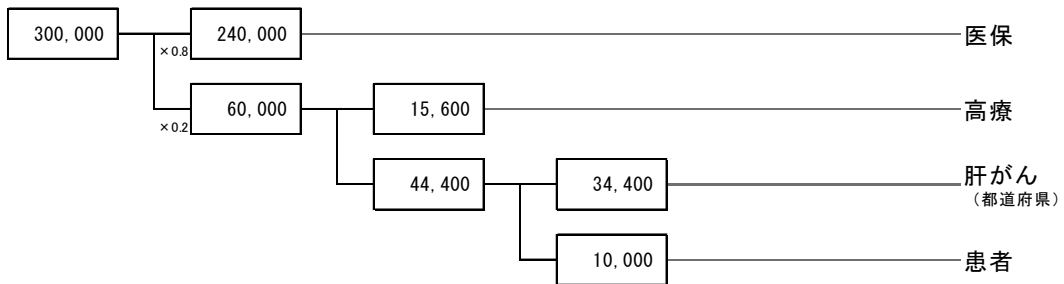
・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅲ（一般所得・自己負担2割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ
 ・多数回該当の適用あり

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										平成 年 月 分									
										1 医科	1 社	2 2 併	7 高入一						
										保険者番号	0	6							
公費負担者番号①					3	8					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										34多工									
										※高額療養費 円									
										円									
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		食事・生活療養	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円									
	公費①	30,000		44,400			0	0		0									
	公費②	30,000		10,000															

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

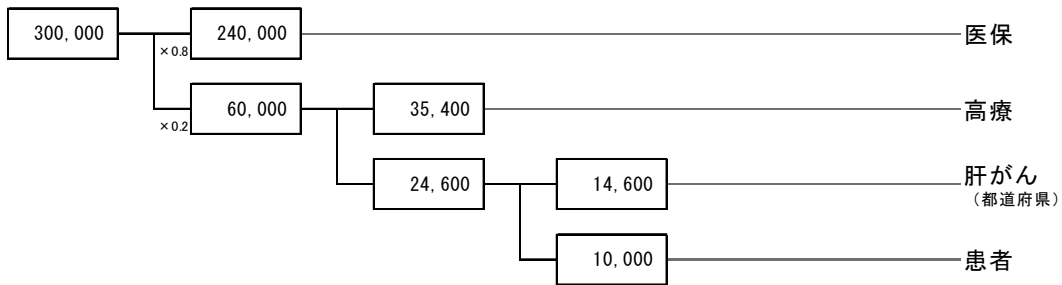
・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅱ（低所得Ⅱ・自己負担2割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ

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	-				公費受給者番号①			
公費負担者番号②										6 0 2				公費受給者番号②					
氏名										特記事項				1 医科 1 社 2 2 併 7 高入一					
職務上の事由										30区才				保険者番号 0 6					
														診療実日数					
														保険 10 公① 10 公②					
										※高額療養費 円				低Ⅱ					
														(標準負担額) 円					
療養の給付										食事・生活療養									
保険										保 険				回					
請求点										請求 円				請求 円					
30,000										0				0					
※決定点										※決定 円				※決定 円					
-										-				-					
負担金額 円										負担金額 円				負担金額 円					
24,600										-				-					
公費①										公費①				公費①					
30,000										-				-					
公費②										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

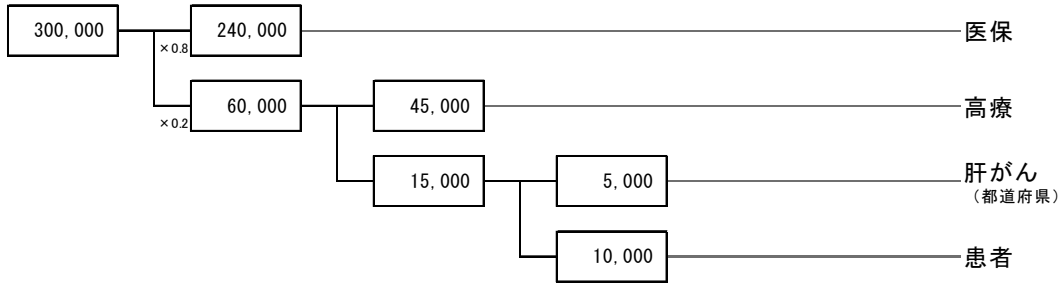
・70歳以上75歳未満の適用区分I（低所得I・自己負担2割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ

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							
氏名								特記事項		30区才					
職務上の事由															
										※高額療養費 円					
										低 I					
療養の給付	保険	請求点	30,000	※決定点		負担金額 円	15,000	回数	0	請求 円	0	※決定 円		(標準負担額) 円	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

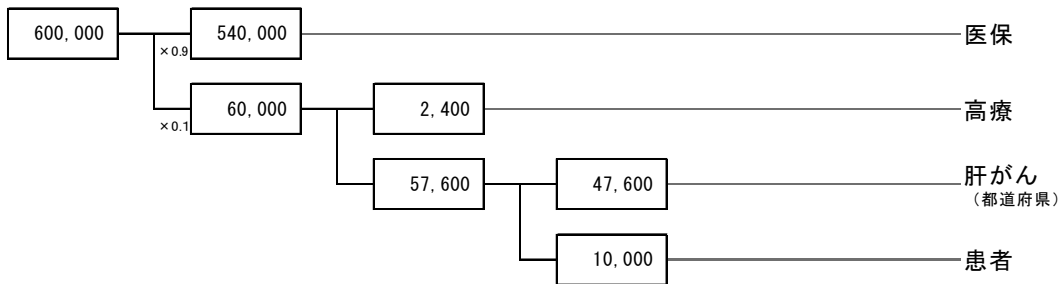
・75歳以上の適用区分Ⅲ（一般所得・自己負担1割）で入院関係医療（医療費600,000円）と保険診療（医療費200,000円）
 ・入院関係医療、保険診療ともに多数回該当の適用なし

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										平成 年 月 分				
										1 医科	3 後期	2 2 併	7 高入一	
										保険者番号	3	9		
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				診療実日数				
職務上の事由						29区工				10				
										保険公①		10		
										保険公②				
										※高額療養費 円				
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円			回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円				
		80,000		(57,600)			0	0		0				
	公費①	60,000		77,600										
	公費②			10,000										
							食事・生活療養	公費①						
								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

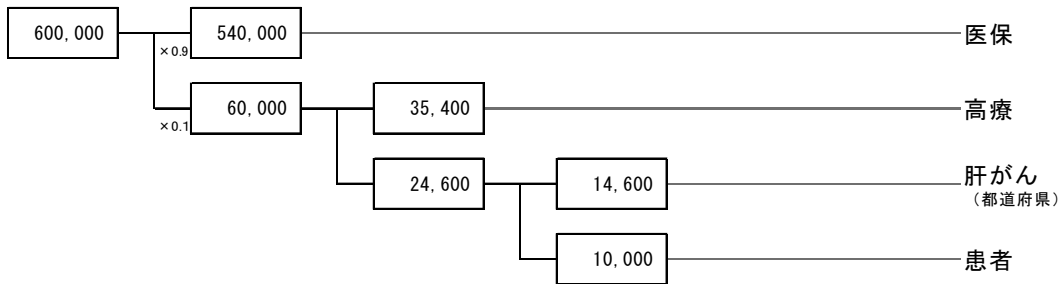
・75歳以上の適用区分Ⅱ（低所得Ⅱ・自己負担1割）で入院関係医療（医療費600,000円）と保険診療（医療費200,000円）

レセプト記載例

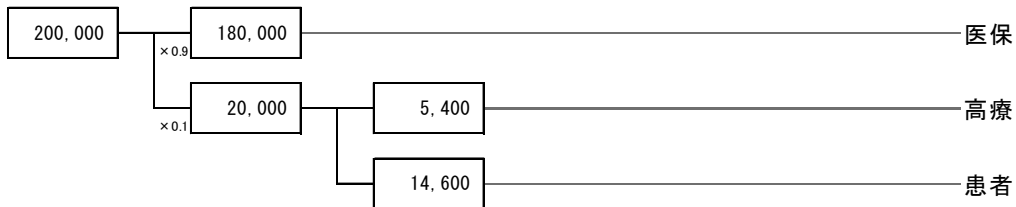
診療報酬明細書(医科入院)										平成 年 月 分							
-										-							
公費負担者番号①										3	8	602		公費受給者番号①			
公費負担者番号②										公費受給者番号②							
氏名					特記事項					診療実日数		保険公①		10			
職務上の事由					30区才					診療実日数		保険公②					
										※高額療養費 円				低Ⅱ			
										請求 円				※決定 円		(標準負担額) 円	
療養の給付										請求 円				※決定 円		(標準負担額) 円	
保険										80,000						0	
公費①										60,000						0	
公費②																0	
負担金額 円										(24,600)				39,200		0	
食事・生活療養										0						0	

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

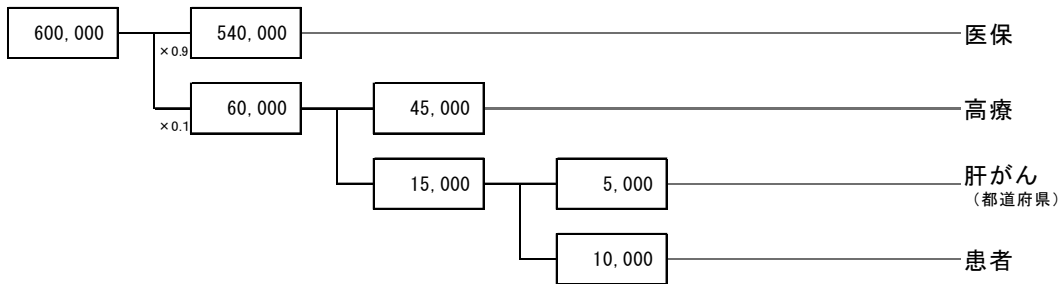
・75歳以上の適用区分I（低所得I・自己負担1割）で入院関係医療（医療費600,000円）と保険診療（医療費200,000円）

レセプト記載例

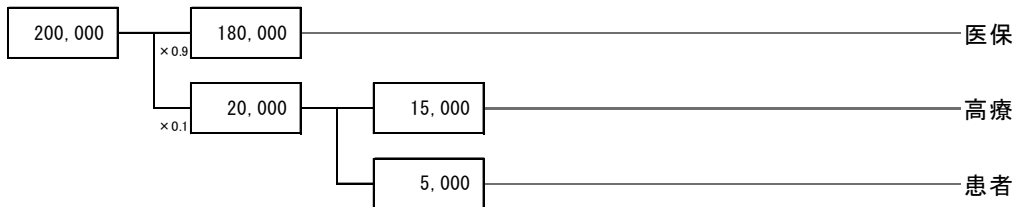
診療報酬明細書(医科入院)										平成 年 月 分													
-										-													
公費負担者番号①										3	8	602		公費受給者番号①									
公費負担者番号②										公費受給者番号②													
氏名					特記事項					診療実日数		保険公①		10									
職務上の事由					30区才					診療実日数		保険公②											
										※高額療養費 円				低 I									
										請求 円				※決定 円		(標準負担額) 円							
療養の給付										請求点		※決定点		負担金額 (15,000)		食事・生活療養 回数		請求 円		※決定 円		(標準負担額) 円	
保険										80,000				20,000		0		0		0			
公費①										60,000				10,000									
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

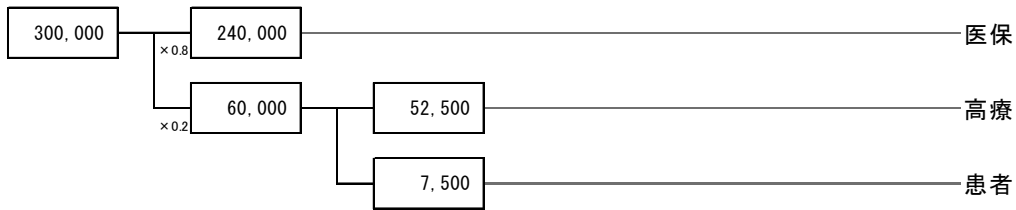
・74歳の適用区分Ⅰ（低所得Ⅰ・自己負担2割）の方が75歳の誕生日を迎えた場合（後期高齢において低所得Ⅰ・自己負担1割）
 ・入院関係医療のみで74歳での医療費300,000円、75歳での医療費300,000円 ・資料集7 Case19の74歳時のレセプト

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	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					診療実日数				
職務上の事由					30区才					10				
										※高額療養費				
										低Ⅰ				
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額	円	食事・生活療養	回数	請求	円	※決定	円	(標準負担額)		円
		30,000		7,500				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

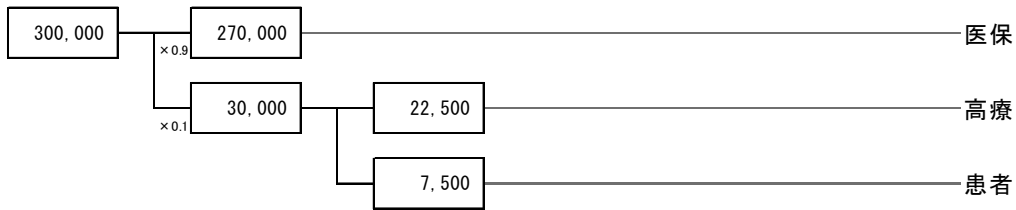
・74歳の適用区分Ⅰ（低所得Ⅰ・自己負担2割）の方が75歳の誕生日を迎えた場合（後期高齢において低所得Ⅰ・自己負担1割）
 ・入院関係医療のみで74歳での医療費300,000円、75歳での医療費300,000円 ・資料集7 Case19の75歳時のレセプト

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					1 医科		3 後期		1 単独	7 高入一								
公費負担者番号②					公費受給者番号②					3 9													
氏名										特記事項				診療実日数		保険公①公②							
職務上の事由										30区才				10									
										※高額療養費				円		低Ⅰ							
請求点										※決定点				円		請求円		※決定円		(標準負担額) 円			
30,000										7,500				0		0		0					
療養の給付										食事・生活療養				保険		回数		請求円		※決定円		(標準負担額) 円	
公費①										公費①				0		0		0		0			
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係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、これにより難しい場合には、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。

○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。

○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

○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	N50L
肝性浮腫	20057097	R609	E188
肝性腹水	20057098	R18	UBQ0
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	HJ0Q
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、ドキシソルビシン、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：スピロラクトン、トリウムテレン、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2)

臨床調査個人票及び同意書

フリガナ 患者氏名		性別	生年月日(年齢)	
		男・女	年 月 日	(満 歳)
住 所	郵便番号			
	電話番号 ()			
診 断 年 月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名	
検 査 所 見	<p>直近の所見を入力すること。</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>又は</p> <p>HBV-DNA陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p>1回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>2回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> HCV抗体陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> HCV-RNA陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ /μL</p> <p>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 _____ %</p> <p>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)</p> <p>腹水 (<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度、<input type="checkbox"/>中程度以上)</p> <p>肝性脳症 (<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度(I, II)、<input type="checkbox"/>昏睡(III以上))</p>			
診 断 根 拠	<p>【肝がんの場合】(該当する項目にチェックを入れる)</p> <p><input type="checkbox"/>画像検査(<input type="checkbox"/>造影CT、<input type="checkbox"/>造影MRI、<input type="checkbox"/>血管造影/造影下CT) (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/>病理検査(<input type="checkbox"/>切除標本、<input type="checkbox"/>腫瘍生検) (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p>※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。</p> <p>【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)</p> <p><input type="checkbox"/> Child-Pugh score で7点以上 (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 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。 (当該医療行為の実施日: 年 月 日)</p>			
そ の 他 記 載 す べ き 事 項				
診 断	<p>該当するすべての項目にチェックを入れる。</p> <p><input type="checkbox"/>肝がん (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p><input type="checkbox"/>肝がん (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p><input type="checkbox"/>重度肝硬変(非代償性肝硬変) (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p><input type="checkbox"/>重度肝硬変(非代償性肝硬変) (C型肝炎ウイルスによる)</p>			
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 (代諾者の場合は代諾者の氏名)	印 印)

(別紙様式例3)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 </div>								
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 險 種 別	協・組・共・国・後			被保険者証の記号・番号				
保 險 者 番 号					適 用 区 分			
有 効 期 間	自	年		月		日		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月日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)

<p style="text-align: center;">肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書</p>								
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 氏 名								
生 年 月 日	年 月 日						男 ・ 女	
参加者証の 有効期間	自 年 月 日 至 年 月 日							
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 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 2. 医療費の助成を受けたくない 3. その他 ()							
<p>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。</p> <p>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。</p>								
<p>申請者氏名 印</p> <p>年 月 日</p> <p>(都道府県名) 知事殿</p>								

(別紙様式例5)

<p style="text-align: center;">肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書</p>								
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 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 至		年 年		月 月		日 日	
助成制度の 利用実績	自 至		年 年		月 月		日 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 2 その他 ()							
<p>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知照する。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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(都道府県名) (都道府県知事名) ㊞</p>								

(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	

△年〇月

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)	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額 (注2)	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	
(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)			〇〇円	●●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)			〇〇円	●●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、右欄に〇を入れてください	
----------------------------------------------------------------	-----	----------------------------	--

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	(原簿欄名)	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に〇を入れてください
	(原簿欄名)	／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。

△年〇月

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)	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額 (注2)	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	
(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)			〇〇円	●●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)			〇〇円	●●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、右欄に〇を入れてください	
----------------------------------------------------------------	-----	----------------------------	--

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	(原簿欄名)	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に〇を入れてください
	(原簿欄名)	／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。

△年〇月

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)	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額 (注2)	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	
(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)			〇〇円	●●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)			〇〇円	●●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、右欄に〇を入れてください	
----------------------------------------------------------------	-----	----------------------------	--

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	(原簿欄名)	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に〇を入れてください
	(原簿欄名)	／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	-----			公費負担者 番号								
参加者氏名	-----			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 出張所	支店コード		種別 普通・当座					
	口座 番号											
	-----			ふりがな	-----							
	-----			口座名義	-----							

※提出にあたっての注意事項。

- 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。
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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
 - その他（都道府県知事が必要と認める書類）
- 請求者（参加者）の押印欄に必ず押印してください。
- 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)

決定額	百万											円

(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)						
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <ul style="list-style-type: none"> 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

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

②助成を受ける手続きをします

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

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

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

都道府県のお問い合わせ先