

一般社団法人 日本病院会 御中

厚生労働省健康局がん・疾病対策課  
肝炎対策推進室

「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」の見直し（案）について（協力依頼）

都道府県を実施主体として平成30年12月から開始した「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」においては、年収約370万円以下のB型又は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ついて、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3月以上の場合に、4月日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、高額療養費の限度額と1万円（患者の自己負担額）の差額を公費で助成しています。

令和3年4月より下記のとおり見直しを行う予定としており、現時点における見直し（案）の内容の概要等に係る資料を添付資料のとおり作成しましたので、貴団体におかれては、貴団体会員に周知いただくなど、本事業の円滑な実施に向けて御協力いただきますようお願い申し上げます。

なお、本事務連絡と同趣旨の内容について、令和3年度予算案の成立後に、改めて文書をもってご依頼申し上げます。

## 記

### 1. 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の見直し（案）の内容

#### (1) 通院治療の対象化について

「分子標的薬を用いた化学療法」又は「肝動注化学療法」による通院治療を本事業の助成対象に追加します。

#### (2) 対象月数の短縮について

過去1年間で高額療養費の限度額を超えた月が4月日以降を助成対象としているものを3月日以降とします。

### 2. 添付資料

別添1 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の見直し（案）に伴い、医療機関に対応いただく主な内容

別添2 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の見直し（案）の概要（医療機関向け）

別添3 医療記録票（案）

※入院医療記録票の見直し（案）

別添4 患者が都道府県に対して行う公費の償還払いの請求手続に関するリーフレット（案）

(別添1)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の見直しに伴い、  
医療機関に対応いただく主な内容

## 1. 患者への周知等

- (1) 都道府県が作成したリーフレットを患者に配布し、事業内容を紹介いただくようお願いいたします。
- (2) 患者が通院治療を受け、医療記録票のB欄に「○」を記載した際にB欄の「○」の数を確認し、過去1年間に「○」の数が既に2つ以上あり、助成対象となると判断された場合は、別添4のリーフレット等を用いることにより、患者に対して、都道府県への公費の償還払いの請求手続を行うよう案内をお願いします。

本事業の助成対象となる場合、入院治療については、一部負担金等が高額療養費の限度額を超える場合は、事業見直し前と同様に、医療機関から審査支払機関を通じて都道府県に対して公費を請求することから、患者は医療機関窓口において1万円（患者の自己負担額）のみを支払うことにより助成を受けることができます。

一方で、今回助成対象に追加される通院治療については、患者は医療機関窓口において一部負担金等を支払い、後日、都道府県に対して公費の償還払いの請求手続を行うことにより、助成を受けることとなります。このため、通院治療の場合は、本事業の助成要件を満たしている場合も、窓口で一部負担金等を徴収していただきますようお願いいたします。

## 2. 医療費等の記録

- (1) 医療記録票を所持していない患者に交付をお願いします。

これまで、本事業に参加する患者に対し、本事業の対象医療に係る医療費等を記録するため、各医療機関から入院医療記録票を交付することとなっておりますが、事業の見直しに伴い、入院医療記録票に替えて、医療記録票を患者に交付していただくこととなります。

また、既に患者に対して入院医療記録票を交付している場合でも、今後、患者が通院治療を受け、入院記録票では対応ができない可能性があることから、事業の見直し後、最初の受診の際に、患者に対し、新たに医療記録票を交付いただくようお願いいたします。なお、この場合は、既に入院医療記録票に記載されている内容を改めて医療記録票に記載する必要はありません。

- (2) 医療記録票に、カウント（※）された月、医療費等について記載（退院時、通院時又は月末）をお願いします。

※ カウントについて

肝がん又は重度肝硬変に係る一部負担金等について、高額療養費の限度額を超えた月数をカウントするもの。カウントできる期間は、助成月を含む過去1年間であれば、連続していなくても可。

患者が本事業の対象医療を受けた場合、退院時又は通院時（入院治療が異なる月にまたがる場合は月末）に、主に以下の点について医療記録票に記載いただくこととなります。

- ・本事業の対象医療に係る医療費等を記載。
- ・同じ月における本事業の対象医療に係る一部負担金等の累計額が高額療養費の限度額を超えた場合、医療記録票のB欄の該当月に「○」を記載。
- ・入院治療又は通院治療が「分子標的薬を用いた化学療法」又は「肝動注化学療法」に係る治療に該当する場合は、医療記録票の「分子標的薬等に係る治療の場合○印」欄に「○」を記載。

なお、同じ月における本事業の対象医療に係る一部負担金等の累計額によって、助成の条件となる月数にカウントされるか、また、助成対象となるかを判断するため、医療費等については、少額であっても全て記載をお願いします（医療記録票の詳しい記載方法は、別添2の見直し（案）の概要のp. 7以降をご確認ください）。

### 3. 通院時に交付する処方箋の扱い

「分子標的薬を用いた化学療法」又は「肝動注化学療法」による治療を行う上で無関係であると医師が判断する医薬品（本事業の助成対象外となる医薬品）も合わせて1枚の処方箋によって処方する場合には、処方箋に記載されている本事業の助成対象外となる医薬品にマーカーを付け、「マーカー部分が対象外」等のコメントを処方箋の裏面等に記載すること等により、調剤を行う薬局が助成対象外の医薬品を区別できるようにしていただくようお願いします（処方箋の詳しい記載方法は、別添2の見直し（案）の概要のp. 27を御確認ください）。

### 4. その他

- (1) 2月目（事業の見直し前は3月目）のカウントがされた際には、臨床調査個人票を記載して、患者に交付してください（退院時、通院時又は月末）。
- (2) 3月目（事業の見直し前は4月目）のカウントがされて以降は、入院又は通院の度に、参加者証を確認してください。

## 現行制度の要件

- ・ **所得制限あり**（年収約370万円以下が対象）
- ・ 肝がん・重度肝硬変の**入院医療のみ**が対象（通院は対象外）
- ・ 公費による助成の対象となるのは、**入院4月目以降**であって高額療養費制度を適用した後の自己負担額(※1)
- ・ **患者の自己負担が月額1万円となるよう**高額療養費の限度額と1万円との差額を公費で**助成**。

※1：入院で過去1年間で高額療養費の限度額を超えた月が既に3月以上ある場合に、入院4月目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。

## 見直し（案）

## 1. 通院治療の対象化について（新規）

- 「分子標的薬を用いた化学療法」又は「肝動注化学療法」による通院治療(※2)を本事業の対象に追加します。(※3)
  - ※2：「肝動注化学療法」を通院治療で行うケースは少ないことから簡略化のため、この説明資料では以下「分子標的薬を用いた化学療法」とのみ記載しますが、「肝動注化学療法」も同様の扱いですので、御留意下さい。
  - ※3：通院により「分子標的薬を用いた化学療法」を導入するに当たり、通常、まず入院によりこの療法を行い、副作用の有無の確認等がなされた後、通院による治療が開始されますが、この導入の際の入院治療は、その後の通院治療に必要なものですので、本事業においては、通院治療と一体のものとして取扱います。
- 助成や月数要件のカウントの際に対象となる通院治療の医療費は「外来診療に係る費用」と「薬剤に係る費用」です。

## 2. 対象月数の短縮について（要件変更）

- 1か月間の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となる医療費が高額療養費の限度額を超えた対象月数が助成月を含み過去12か月以内に3回以上(※4)ある場合に助成します。
  - ※4：要件変更前は4回以上。
- 3回以上をカウントする際の入院と通院の組み合わせは問いません。
  - ①入院、②入院、③入院 ・ ①入院、②入院、③通院 ・ ①入院、②通院、③入院
  - ①通院、②通院、③通院 ・ ①通院、②通院、③入院 ・ ①通院、②入院、③通院 など

⇒上記の見直しを行った上で、本事業の**対象医療について、高額療養費の限度額を超えた入院又は通院に係る3月目以降の患者の自己負担額が1万円となるよう、公費助成**します。

## 要件を満たす対象月数のカウント方法について

## ○基本的な考え方

1 か月間の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となる医療費が高額療養費の限度額（高療）を超えた場合、要件を満たした月数としてカウントします。

## ○具体的なカウント方法

## ① 1 か月間に患者が受けた治療が入院のみの場合

入院医療に係る費用が高療を超えた場合カウントします。

## ② 1 か月間に患者が受けた治療が「分子標的薬を用いた化学療法」による通院のみの場合

保険医療機関の外来診療に係る費用と保険薬局の調剤に係る費用の合計額が高療を超えた場合カウントします。

## ③ 1 か月間に患者が受けた治療が「分子標的薬を用いた化学療法」の導入のための入院と「分子標的薬を用いた化学療法」による通院の場合

当該入院と通院に係る費用の合計額が高療を超えた場合カウントします。

## 助成の方法について

## ○入院医療に係るもの

これまでどおり、原則、窓口での現物給付です。

## ○通院医療に係るもの

後日、患者が都道府県に対し償還払いの請求を行いますので、これまでどおり、窓口では一部負担金（3割等の金額）を徴収してください。

〔参考〕同じ月に入院（「分子標的薬を用いた化学療法」の導入のための入院）と通院が生じた場合で当該一部負担金の合計額が高額療養費の限度額を超えている場合の患者への助成額（償還額）の計算方法

- ① 入院が高額療養費の限度額を超えている場合⇒入院に係る現物給付の窓口処理後の自己負担額1万円と通院に係る一部負担金の額を用いて計算します。
- ② 入院が高額療養費の限度額を超えていない場合⇒入院に係る一部負担金の額と通院に係る一部負担金の額を用いて計算します。

## 医療記録票について

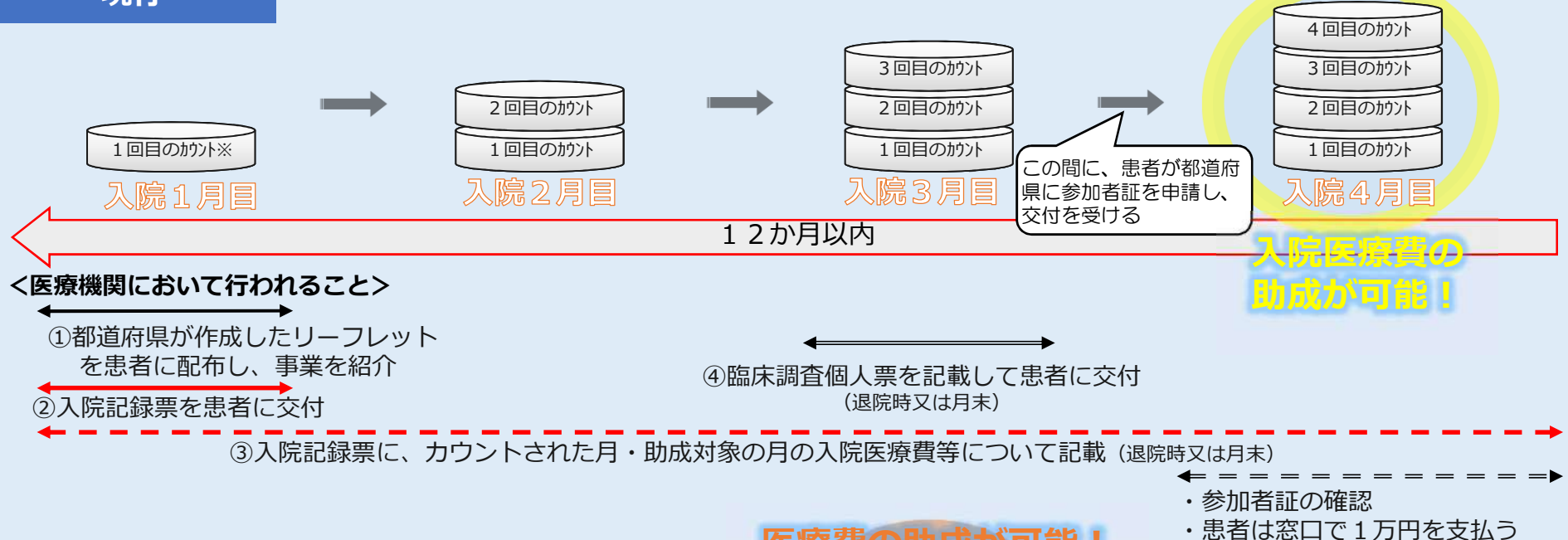
○助成の可否は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る1 か月間の全ての医療機関等の医療費の合計額が高額療養費の限度額を超えるかどうかで判断しますので、対象となる医療費については、患者負担が21,000円未満※であっても全て記載してください。

※70歳未満の場合、保険法令上、自己負担額が高額療養費の限度額を超えるかどうかを判断する際の金額には、1つの医療機関に係る1か月の自己負担額の合計額が21,000円以上でない他の医療機関の自己負担額と合算することが出来ません。例えば、通院について、受診に係る自己負担額が1回目15,000円、2回目10,000円のと看、2回分の合計額が25,000円となるため他の医療機関の自己負担額と合算可能となりますが、2回分の自己負担額の記載が無いと合計額が25,000円であることが判断できなくなるため、対象となる医療費は全て記載してください。

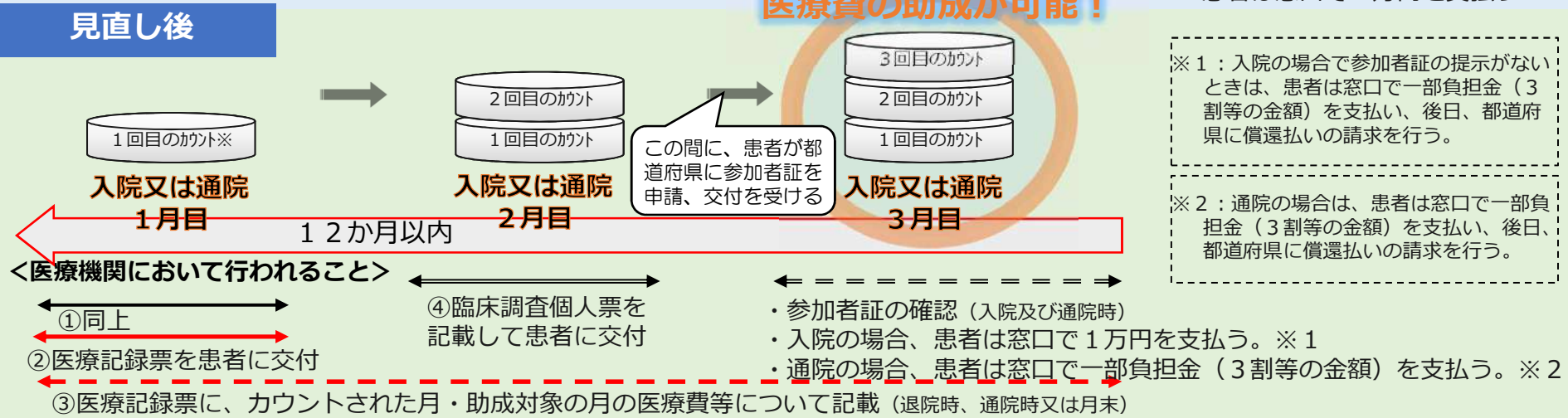
# 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の見直しに伴う変更点

医療機関向け

## 現行



## 見直し後

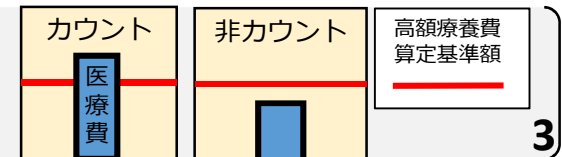


※ 月数のカウント方法

肝がんや重度肝硬変の医療費の自己負担額 (1割~3割) が高額療養費算定基準額を超えた月数。

☞ カウントできる期間は、その月を含む過去12月以内。その月を含む過去12月以内であれば、

**連続していなくても可。**



### 医療機関に対応いただくこと

#### 現行

##### 【患者への周知】

- 都道府県が作成したリーフレットを患者に配布し事業を紹介。

##### 【医療費等の記録】

- 入院記録票を患者に交付。
- 入院記録票に、カウントされた月、入院医療費等について記載（退院時又は月末）

##### 【その他】

- カウント3回目に臨床調査個人票を記載して患者に交付（退院時又は月末）
- カウント4回目以降、参加者証の確認（入院時）
- 月末又は退院時に助成要件を満たしている場合は、患者の自己負担額が1万円となるよう現物給付の処理を行う（患者は窓口で1万円を支払う）

#### 見直し後

##### 【患者への周知】

- 都道府県が作成したリーフレットを患者に配布し事業を紹介。
- 通院の場合、月の累計額が基準額を超えた回数<sup>※</sup>が3回目以降のときは、患者に都道府県へ償還請求すれば、助成が受けられる旨を案内。

##### 【医療費等の記録】

- 医療記録票を患者に交付。
- 医療記録票に、カウントされた月、医療費等について記載（退院時、**通院時**又は月末）
  - ※1か月間の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る医療費の合計額で助成の可否を判断しますので、対象となる医療費については、21,000円未満であっても全て記載してください。
  - ※「分子標的薬を用いた化学療法」による治療の場合、所定欄に○印を記載。

##### 【通院時に交付する処方箋の扱い】

- 肝がんの治療を行う上で無関係と医師が判断する医薬品を1枚の処方箋で同時に処方するような場合には、処方箋に記載されている本事業の対象外の医薬品にマーカーを付ける等により対象外の医薬品が分かるようした上で「マーカー部分が対象外」と記載する等、どのように区分したかが分かるようなコメントを処方箋の裏面等に記載。

##### 【その他】

- カウント**2**回目に臨床調査個人票を記載して患者に交付（退院時、**通院時**又は月末）
- カウント**3**回目以降、参加者証の確認（入院時、**通院時**）
- 入院の場合**、月末又は退院時に助成要件を満たしているときは、患者の自己負担額が1万円となるよう現物給付の処理を行う（患者は窓口で1万円を支払う）
- 通院の場合**、助成要件を満たしているときも、窓口で一部負担金（3割等の金額）を徴収し、患者に都道府県への償還請求すれば、助成が受けられる旨を案内。

# 入院医療記録票の改正

医療機関向け

別紙様式例 6-1

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票

**現行**

○患者の方へのお願  
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、保険医療機関の窓口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。

○保険医療機関の方へのお願  
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。  
また、指定医療機関以外の保険医療機関は、この入院医療記録票が提示されましたら、指定医療機関の指定を受けるよう努めてください。

○都道府県の方へのお願  
この入院医療記録に記録を行った医療機関が指定医療機関でない場合は、指定医療機関となるよう働きかけを行ってください。

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 入院関係医療の高額療養費 算定基準額(注2)	他公費負担医療の支払額 高額療養費算定基準額	保険者番号	被保険者証の記号・番号
(入票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円		
(退票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	〇〇円	●●円			
(入票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円		
(退票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	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保険医療機関は、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**  **当該月をカウントした場合は、右欄に〇を入力してください**

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**  **当該月をカウントした場合は、右欄に〇を入力してください**

(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回数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 入院関係医療の高額療養費 算定基準額(注2)	他公費負担医療の支払額 高額療養費算定基準額	保険者番号	被保険者証の記号・番号
(入票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円		
(退票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	〇〇円	●●円			
(入票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円		
(退票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	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保険医療機関は、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**  **当該月をカウントした場合は、右欄に〇を入力してください**

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**  **当該月をカウントした場合は、右欄に〇を入力してください**

(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回数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 入院関係医療の高額療養費 算定基準額(注2)	他公費負担医療の支払額 高額療養費算定基準額	保険者番号	被保険者証の記号・番号
(入票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円		
(退票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	〇〇円	●●円			
(入票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円		
(退票時)		□ 東海薬科 3 (2) に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	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保険医療機関は、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**  **当該月をカウントした場合は、右欄に〇を入力してください**

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**  **当該月をカウントした場合は、右欄に〇を入力してください**

(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回数該当の基準額があるときは、その額となります。

様式名変更

「入院医療記録票」⇒「医療記録票」

改正後

別紙様式例 6-1 (改) 医療記録票 (肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業) 案 (検討中)

患者の方へのお願  
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、保険医療機関の窓口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。

氏名		性別		生年月日	年	月	日
住所							
保険種別 (定款等)		保険者番号 (定款等)		被保険者証の記号・番号 (定款等)			

入票 高額療養費算定基準額 ①入院 ②多回数該当の場合 ③外来

日付

医療記録欄(○は医療機関記載欄、◇は保険給付記録欄)		入院(保険給付(開始))		退院(保険給付(終了))		通院(保険給付(継続))		他公費負担医療の支払額				
○	◇	○	◇	○	◇	○	◇	○	◇			
入院・退院日	退院日	開始日	終了日	開始日	終了日	開始日	終了日	開始日	終了日			
		医療機関名・保険業種名	分子診療実施に 関する 場合○印	特記事項 がある 場合○印	関係医療の 医療費総額 (10割分)	関係医療の 自己負担額 (3割等)	月間累計 ①の月間累計	関係医療の 自己負担額 (3割等)	月間累計 ②の月間累計	初月に入院時の ③の記載 がある場合は、その 合計額を記載 ※3	窓口支払額	他公費負担医療の 支払額

※1: ①の1月間の累計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合○印(日欄にも「RO」と記載)  
※2: ②の1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合○印(日欄にも「O外」と記載)  
※3: ③の1月間の合計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合日欄に「RO+外」と記載



# 医療記録票（様式例）

医療機関向け

別紙様式例 6-1（改：案） 表面

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

案（検討中）

【 枚目 】

患者の方へのお願い	肝がん又は重度肝硬変に係る治療を受けた場合には、この医療記録票を保険医療機関又は保険薬局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の請求を行う場合は、この医療記録票の写しを請求書に添付してください。
-----------	---

氏名		性別		生年月日	
住所					
保険種別 （変更時）	保険者番号 （変更時）	被保険者証の記号・ 番号 （変更時）			

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	②多数回該当の場合	③外来
----	----------------	-----	-----------	-----

B欄	年												年												年											
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月												

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）

		入院【現物給付（原則）】					通院（保険薬局含む）【償還払い】									
◇	◇	◆	◇◆	◇	◇◆	◆◆	◆	◆	◆	◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆
入院・ 通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的 薬等に係 る治療の 場合○印	特記事項 がある 場合○印	① 関係医療の 医療費総額 （10割分）	② 関係医療の 自己負担額 （3割等）	③ 月間累計 （②の月間累計）	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 （3割等）	③ 月間累計 （②の月間累計）	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③ と通院欄の③の記載 がある場合は、その 合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額	⑦ 他公費負担医療の 支払額	

※1：③の1月間の累計額がA欄④又は②の基準額を超えた場合○印（B欄にも「○入」と記載）  
 ※2：③の1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合○印（B欄にも「○外」と記載）  
 ※3：③の1月間の合計額がA欄④又は②の基準額を超えた場合B欄に「○入+外」と記載

## ○基礎情報の記載例

# 医療記録票の記載例①（基礎情報の記載例）

医療機関向け

健康保険証等に記載されている患者の情報を記載。

別紙様式例6-1（改：案）表面

## 医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

（検討中）

【 枚目】

患者の方へのお願い	肝がん又は重度肝硬変に係る治療を受けた場合には、この医療記録票を保険医療機関又は保険薬局の窓口忘れずに提示してください。また、都道府県に償還払いの請求を行う場合は、この医療記録票の写しを請求書に添付してください。				
氏名	〇〇 〇〇	性別	〇	生年月日	〇 〇 年 〇 月 〇 日
住所	東京都千代田区〇〇-〇〇-〇				
保険種別 (変更時)	B健康保険組合	保険者番号 (変更時)	IJKL-MNOP	被保険者証の記号・ 番号 (変更時)	765-43210
A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400
		③外来	57,600		

患者の適用区分に応じた上限額（高額療養費算定基準額）を記載。

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）	自己負担割合	ひと月の上限額（世帯ごと） 【多数回該当】	
			外来（個人ごと）	
70歳未満	工 ～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	30%	-	57,600円 【多44,400円】
	才 住民税非課税者	30%	-	35,400円 【多24,600円】
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	20%	18,000円 (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ（低所得Ⅱ） 住民税非課税世帯	20%	8,000円	24,600円
	Ⅰ（低所得Ⅰ） 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	20%	8,000円	15,000円
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	10%	18,000円 (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ（低所得Ⅱ） 住民税非課税世帯	10%	8,000円	24,600円
	Ⅰ（低所得Ⅰ） 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	10%	8,000円	15,000円

## ○月数カウント欄の記載例

○ B欄に診療月を含む過去12か月以内に○印が3個以上ある場合、本事業の助成対象となります。

・以下の例では、R4年4月に係る助成の可否を判断する場合、4月の○印と4月を含めて遡った12か月以内にR3年10月及び12月の○印で3個に達するため助成対象となります。

A欄		①入院		57,600		②多数回該当の場合		44,400		③外来		57,600																											
B欄		8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	R4年			R5年																								
				○入						○入+外	○外																												
医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）																																							
入院・通院日				退院日				調剤日				医療機関名、保険薬局名				分子標的薬等に係る治療の場合○印		特記事項がある場合○印		① 関係医療の医療費総額（10割分）		② 関係医療の自己負担額（3割等）		③ 月間累計（②の月間累計）		④ ※1		⑤ 関係医療の自己負担額（3割等）		⑥ 月間累計（⑤の月間累計）		⑦ ※2		⑧ 同月に入院欄の③と通院欄の⑥の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3		⑨ 窓口支払額		⑩ 他公費負担医療の支払額	
R3/10/5				R3/10/25				〇〇病院						210,000		63,000		63,000		〇				57,600		〇													

(1)入院単独で基準額を超えた場合の例（(3)の場合を除く）

③欄の1月間の累計額がA欄の基準額を超えた場合④欄に○印を記載し、B欄に「○入」と記載してください。

(2)通院単独で基準額を超えた場合の例（(3)の場合を除く）

⑥欄の1月間の累計額がA欄の基準額を超えた場合⑦欄に○印を記載し、B欄に「○外」と記載してください。

(3)同じ月の分子標的薬に係る入院と通院の合計が基準額を超える場合の例

入院と通院それぞれの③欄の1月間の累計額の合計額（⑧欄）がA欄の基準額を超える場合、B欄に「○入+外」と記載してください。

○入院の記載例

月数要件のカウントのみ（1回目又は2回目）の時

〔助成が無い時〕の記載例

（次ページはカウント1回目の記載例）

# 医療記録票の記載例③（入院の記載例）

医療機関向け

カウント1回目

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

B欄	R3年			R4年												R5年								
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	
			○入																					

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）

◇	◇	◆	◇◆	◇	◇	入院【現物給付（原則）】				通院（保険薬局含む）【償還払い】			◇◆	◇◆	◇
						①	②	③	④	②	③	④			
入院・ 通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的 薬等に係 る治療の 場合○印	特記事項 がある 場合○印	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等)	③ 月間累計 (②の月間累計)	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 (3割等)	③ 月間累計 (②の月間累計)	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③ と通院欄の③の記載 がある場合は、その 合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額	公費負担医療の 支払額
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0

患者が窓口で支払った額を記載します。

入院医療の場合、緑色部分が記載の対象欄となります。

上記の例の場合、10月分の入院医療費63,000円がA欄①入院の基準額57,600円以上でありカウントの対象となります。

カウントの対象となった場合、医療機関において2か所に○印を記載してください。

・B欄については、入院であることが分かるように「○入」と記載してください。

患者が保険者から限度額適用認定証の交付を受けている場合、患者が支払う額は当該限度額となります。

# ○入院+通院の記載例〔1〕

R4年4月に入院1回と通院1回〔外来診療費と薬剤費〕の合計額が高額療養費算定基準額を超えて、助成対象となる場合の記載例

（記載例は本紙を除き4枚に分かれています。）

P. 16に詳述

日欄	R3年				R4年								R5年												
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	
			○入		○入				○入+外																
医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）													入院【現物給付（原則）】				通院（保険薬局含む）【償還払い】				その他				
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額（10割分）	② 関係医療の自己負担額（3割等）	③ 月間累計（②の月間累計）	④ ※1	② 関係医療の自己負担額（3割等）	③ 月間累計（②の月間累計）	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③と通院欄の②の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額	⑦ 他公費負担医療の支払額										
R3/3/10/29			〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0										
R3/7/12/30			〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0										
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000	0										
R4/4/8			〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600	0										
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600	0										

P. 14に詳述

P. 15に詳述

P. 16に詳述



## 入院1回目

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

患者が窓口で支払った額を記載します。

B欄	R3年					R4年												R5年					
	8月	9月	10月 〇入	11月	12月 〇入	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)							入院【現物給付(原則)】				通院(保険薬局含む)【償還払い】				公費負担医療の支払額
◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に 係る治療の 場合〇印	特記事項 がある 場合〇印	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等)	③ 月間累計 (②の月間累計)	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 (3割等)	③ 月間累計 (②の月間累計)	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③ と通院欄の③の記載 がある場合は、その 合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額	
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	〇					57,600	
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	〇					57,600	
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	〇		100,000	30,000	30,000						30,000	

入院医療の場合、緑色部分が記載の対象欄となります。

分子標的薬の導入に係る入院の場合、医療機関において〇印を記載してください。  
 ・会計担当者が記載する場合は、医師に確認する等により対応してください。

上記の例の場合、4月分の入院医療費30,000円がA欄①入院の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

# 医療記録票の記載例④-1 (入院+通院の記載例〔1〕)

医療機関向け

## 通院1回目〔外来診療〕

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

患者が窓口で支払った額を記載します。

B欄	R3年				R4年															
	8月	9月	10月 ○入	11月	12月 ○入	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)

◇	◇	◆	◇◆	入院【現物給付(原則)】				通院(保険薬局含む)【備払い】				◇◆	◇◆	◇	
				◇	◇	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆				
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額(10割分)	② 関係医療の自己負担額(3割等)	③ 月間累計(②の月間累計)	④ ※1	② 関係医療の自己負担額(3割等)	③ 月間累計(②の月間累計)	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額	⑦ 自己負担医療の支払額
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000	0
R4/4/8			〇〇病院	○		72,000	21,600	21,600		21,600	21,600		51,600	21,600	0

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

- 分子標的薬に係る通院の場合、医療機関において○印を記載してください。
- 会計担当者が記載する場合は、医師に確認する、処方箋に記載されている分子標的薬の処方の有無により確認する等により対応してください。

上記の例の場合、4月分の通院医療費21,600円がA欄②外来の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

また、同じ4月に「分子標的薬に係る治療の場合○印」欄に○印がある入院医療費の記載がありますので、⑤欄に当該医療費30,000円と通院医療費21,600円の合計額51,600円を記載してください。4月分の分子標的薬に係る入院と通院の合計額が51,600円であり、A欄①入院の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

# 医療記録票の記載例④-1 (入院+通院の記載例〔1〕)

医療機関向け

## 通院1回目〔保険薬局〕

### 保険薬局で記載

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600	カウント3回目				
B欄	R3年 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 4月 5月 O入 O入 O入+外											

(参考)

患者が窓口で支払った額を記載します。

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)				入院【現物給付(原則)】				通院(保険薬局含む)【償還払い】				窓口支払額		負担医療の支払額	
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額(10割分)	② 関係医療の自己負担額(3割等)	③ 月間累計(②の月間累計)	④ ※1	② 関係医療の自己負担額(3割等)	③ 月間累計(②の月間累計)	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額	
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000	0
R4/4/8			〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600	0
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600	0

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

同じ4月に「分子標的薬に係る治療の場合○印」欄に○印がある医療費の記載がありますので、⑤欄に入院医療費30,000円、通院医療費21,600円、調剤関係費用33,600円の合計額85,200円を記載してください。

上記の例の場合、4月分の分子標的薬に係る入院と通院の合計額85,200円がA欄①入院の基準額57,600円以上でありカウントの対象となりますので、B欄に「O入+外」と記載してください。

4月分がカウントの対象となり、B欄に4月分を含む過去12か月以内に○印が3個以上あるため、助成の対象となり、都道府県に償還払いの請求をすれば助成が受けられるので、患者へ案内してください。

(補足)

助成対象となった月以降に患者が来院した場合には、医療機関においても、下記について御確認いただき、B欄の  に記載が無い場合など、必要に応じて患者へ償還請求手続の案内をしてください。

直近の記載内容が、分子標的薬に係る治療の場合、確認①から確認③の要素を確認し、全て満たす場合は、都道府県に償還請求をすれば、助成が受けられる旨を患者へ案内してください。

【記載例の場合、4月の分子標的薬に係る医療費（薬局含む）の合計（30,000+21,600+33,600=85,200）がA欄①入院の基準額57,600円以上であり、3つの要素を満たすため、患者へ案内。】

カウント3回目

B欄に診療月を含む過去12か月以内に○印が3個以上ある場合、本事業の助成対象となります。

A欄		①入院		②多数回該当の場合		③外来	
算定基準額		57,600		44,400		57,600	

B欄	R3年			R4年				R5年				
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
			○入		○入				○入+外			

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)												
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額 (10割分)	② 関係医療の自己負担額 (2割等)	③ 関係医療の自己負担額 (2割等) ※1	④ 関係医療の自己負担額 (2割等) ※2	⑤ 同月に入院欄の○印	⑥ 窓口支払額	⑦ 他公費負担医療の支払額
R3/10/5	R3/					210,000						0
R3/12/2	R3/12/30			○		210,000	55,600				57,600	0
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000			30,000	0
R4/4/8			〇〇病院	○		72,000			21,600		51,600	21,600
		R4/4/8	□□薬局			112,000			33,600		85,200	33,600

確認①  
分子標的薬に係る治療か

確認②  
同じR4年4月分の関係医療の自己負担額の合計がA欄の基準額を超えるか (超える場合、B欄に○印を記載。)

確認③  
R4年4月分を含め、過去12か月以内に○印が3個以上あるか

# ○入院+通院の記載例〔2〕

（入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例）

R4年8月の分子標的薬の導入に係る入院1回が高額療養費算定基準額を超えたことで助成対象となり、その後の分子標的薬に係る通院1回〔外来診療費と薬剤費〕も助成対象となる場合の記載例

（記載例は本紙を除き4枚に分かれています。）

日欄	R3年					R4年							R5年												
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	
			○入		○入				○入+外	○外		○入	○入+外												
医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）																									
◇	◇	◆	◇◆		◇◆		◇◆				◇◆				◇◆		◇◆		◇◆		◇◆		◇◆		
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名		分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額（10割分）	② 関係医療の自己負担額（3割等）	③ 合計（②の月間累計）	④ ※1	⑤ 関係医療の自己負担額（3割等）	⑥ 月間累計（⑤の月間累計）	⑦ ※2	⑧ 同じ月に入院欄の③と通院欄の⑤の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑨ 窓口支払額	他公費負担医療の支払額									
R3/10/5	R3/10/25		○○病院				210,000	63,000	63,000	○														57,600	0
R3/12/2	R3/12/30		○○病院				210,000	63,000	63,000	○														57,600	0
R4/4/3	R4/4/7		○○病院		○		100,000	30,000	30,000															30,000	0
R4/4/8		R4/4/8	○○病院		○		20,000				6,000	6,000		36,000	6,000									6,000	0
			□□薬局				112,000				33,600	39,600		69,600	33,600									33,600	0
			○○病院		○		20,000				6,000	6,000			6,000									6,000	0
			□□薬局				112,000				33,600	39,600			33,600									33,600	0
			○○病院		○		6,000				6,000	45,600			6,000									6,000	0
		R4/5/25	□□薬局				33,600				79,200	0		33,600										33,600	0
R4/7/1	R4/7/29		○○病院				16,000	63,000	63,000	○														10,000	0
R4/8/7	R4/8/20		○○病院		○		210,000	63,000	63,000	○														10,000	0
R4/8/22			○○病院		○		72,000				21,600	21,600		84,600	21,600									21,600	0
		R4/8/22	□□薬局				112,000				33,600	55,200		118,200	33,600									33,600	0

P. 21に詳述

P. 20に詳述

P. 19に詳述

P. 19に詳述

P. 20に詳述

P. 21に詳述

# 医療記録票の記載例④-2 (入院+通院の記載例〔2〕)

医療機関向け

## 入院1回目

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

患者が窓口で支払った額を記載します。

A欄		①入院		②多数回該当の場合		③外来					
高額療養費算定基準額		57,600		44,400		57,600					
B欄											
R3年			R4年						R5年		
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
		○入		○入				○入+○外	○外		○入

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)															
入院【現物給付(原則)】															
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額(10割分)	② 関係医療の自己負担額(3割等)	③ 月間累計(②の月間累計)	④ ※1	⑤ 関係医療の自己負担額(3割等)	⑥ 月間累計(⑤の月間累計)	⑦ ※2	⑧ 同じ月に入院欄の③と通院欄の⑥の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑨ 窓口支払額	⑩ 自己負担医療の支払額
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000	0
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院 □□薬局	○		20,000 112,000				6,000 33,600	6,000 39,600		36,000 69,600	6,000 33,600	0
R4/5/3		R4/5/3	〇〇病院 □□薬局	○		20,000 112,000				6,000 33,600	6,000 39,600			6,000 33,600	0
R4/5/25		R4/5/25	〇〇病院 □□薬局	○	○	20,000 112,000				6,000 33,600	45,600 79,200	○		6,000 33,600	0
R4/7/5	R4/7/29		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					10,000	0
R4/8/7	R4/8/20		〇〇病院	○		210,000	63,000	63,000	○					10,000	0

入院医療の場合、緑色部分が記載の対象欄となります。

分子標的薬の導入に係る入院の場合、医療機関において○印を記載してください。

・会計担当者が記載する場合は、医師に確認する等により対応してください。

上記の例の場合、8月分の入院医療費63,000円がA欄①入院の基準額57,600円以上であり、この時点で、カウントの対象となり、カウントの回数も3回目以上であるため、助成対象となります。

カウントの対象となった場合、医療機関において、2か所に○印を記載してください。

・B欄については、入院であることが分かるように「○入」と記載してください。

B欄に診療月を含む過去12か月以内に○印が3個以上ある場合で、入院単独で助成対象となった場合は、原則、現物給付となるため、患者の窓口負担額は10,000円となります。

# 医療記録票の記載例④-2 (入院+通院の記載例〔2〕)

医療機関向け

## 通院1回目〔外来診療〕

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

A欄		①入院		②多数回該当の場合		③外来		カウント6回目			
高額療養費算定基準額		57,600		44,400		57,600					
B欄		R3年			R4年					R5年	
		8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
				〇入		〇入					
						〇入+外					

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)										入院【現物給付(原則)】				通院【保険薬局含む】【償還払い】				医療の額
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合〇印	特記事項がある場合〇印	① 関係医療の医療費総額(10割分)	② 関係医療の自己負担額(3割等)	③ 月間累計(②の月間累計)	④ ※1	② 関係医療の自己負担額(3割等)	③ 月間累計(②の月間累計)	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の①と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額				
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	〇					57,600	0			
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	〇					57,600	0			
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	〇		100,000	30,000	30,000						30,000	0			
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院	〇		20,000				6,000	6,000		36,000	6,000	0			
			□□薬局			112,000				33,600	39,600		69,600	33,600	0			
R4/5/3			〇〇病院	〇		20,000				6,000	6,000			6,000	0			
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	39,600			33,600	0			
R4/5/25			〇〇病院	〇	〇	20,000				6,000	45,600			6,000	0			
		R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	79,200	〇		33,600	0			
R4/7/5	R4/7/29		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	〇					10,000	0			
R4/8/7	R4/8/20		〇〇病院	〇		210,000	63,000	63,000	〇					10,000	0			
R4/8/22			〇〇病院	〇		72,000	21,600	21,600		21,600	21,600	〇	84,600	21,600	0			

患者が窓口で支払った額を記載します。

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

分子標的薬に係る通院の場合、医療機関において〇印を記載してください。  
 ・会計担当者が記載する場合は、医師に確認する、処方箋に記載されている分子標的薬の処方の有無により確認する等により対応してください。

上記の例の場合、同じ8月分に「分子標的薬に係る治療の場合〇印」欄に〇印がある入院医療費の記載がありますので、⑤欄に当該医療費63,000円と通院医療費21,600円の合計額84,600円を記載してください。

また、同じ8月分の分子標的薬に係る入院が既に助成対象となっていることから、通院に係る医療費についても助成の対象となるため、B欄に「〇入+外」と記載してください。(既に「〇入」と記載されている場合は、「+外」を追加してください。)  
 なお、通院に係る医療費については、償還払いとなりますので、窓口では自己負担額(3割等：上記の例では21,600円)を徴収し、都道府県に償還払いの請求をすれば助成が受けられる旨を患者に案内してください。  
 処方箋が発行される場合は、保険薬局での薬剤費を含め、償還払いの請求が出来る旨を患者に案内してください。

# 医療記録票の記載例④-2 (入院+通院の記載例〔2〕)

医療機関向け

## 通院1回目〔保険薬局〕

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

### 保険薬局で記載

A欄	高額療養費算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600	カウント6回目																	
B欄	R3年			R4年							R5年														
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	
			○入		○入				○入+外	○外		○入	○入+外												

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)			入院【現物給付(原則)】				通院【保険薬局含む】【償還払い】				同じ月と通院欄の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3																
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	①関係医療の医療費総額(10割分)	②関係医療の自己負担額(3割等)	③月間累計(②の月間累計)	④※1	②関係医療の自己負担額(3割等)		③月間累計(②の月間累計)	④※2														
R3/10/5	R3/10/25		○病院			210,000	63,000	63,000	○																57,600	0	
R3/12/2	R3/12/30		○病院			210,000	63,000	63,000	○																	57,600	0
R4/4/3	R4/4/7		○病院	○		100,000	30,000	30,000																		30,000	0
R4/4/8		R4/4/8	○病院	○		20,000				6,000	6,000														36,000	6,000	0
			□薬局			112,000				33,600	39,600														69,600	33,600	0
R4/5/3		R4/5/3	○病院	○		20,000				6,000	6,000														6,000	0	
			□薬局			112,000				33,600	39,600														33,600	0	
R4/5/25		R4/5/25	○病院	○	○	20,000				6,000	45,600														6,000	0	
			□薬局			112,000				33,600	79,200	○													33,600	0	
R4/7/5	R4/7/29		○病院			210,000	63,000	63,000	○																	10,000	0
R4/8/7	R4/8/20		○病院	○		210,000	63,000	63,000	○																	10,000	0
R4/8/22			○病院	○		72,000				21,600	21,600														84,600	21,600	0
		R4/8/22	□薬局			112,000				33,600	55,200														118,200	33,600	0

患者が窓口で支払った額を記載します。

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

上記の例の場合、同じ8月分に「分子標的薬に係る治療の場合○印」欄に○印がある入院医療費と通院医療費の記載がありますので、⑤欄に当該医療費63,000円、通院医療費21,600円、調剤関係費用33,600円の合計額118,200円を記載してください。

上記の例の場合、同じ8月分の分子標的薬に係る入院が既に助成対象となっていることから、通院に係る医療費についても助成の対象となるため、B欄に「○入+外」の記載がない場合は、「○入+外」と記載してください。

なお、通院に係る医療費については、償還払いとなりますので、窓口では自己負担額(3割等：上記の例では33,600円)を徴収し、都道府県に償還払いの請求をすれば助成が受けられる旨を患者に案内してください。



# 医療記録票の記載例④-2 (入院+通院の記載例〔2〕)

医療機関向け

(補足)

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

助成対象となった月以降に患者が来院した場合には、医療機関においても、下記について御確認いただき、B欄の  に記載が無い場合など、必要に応じて患者へ償還請求手続の案内をしてください。

直近の記載内容が、分子標的薬に係る治療の場合、確認①から確認③の要素を確認し、全て満たす場合は、都道府県に償還請求をすれば、助成が受けられる旨を患者へ案内してください。

【記載例の場合、8月の分子標的薬に係る医療費(薬局含む)の合計(63,000+21,600+33,600=118,200)がA欄①入院の基準額57,600円以上であり、3つの要素を満たすため、患者へ案内。】

B欄に診療月を含む過去12か月以内に○印が3個以上ある場合、本事業の助成対象となります。

A欄		①入院		②多数回		B欄												R5年														
高額療養費算定基準額		57,600				R3年			R4年						R5年																	
						8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月			
						○入		○入										○入+外	○外													
医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)	入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額 (10割分)	② 関係医療の自己負担額 (3割等)	③ 月間累計 (②の月間累計)	④ ※1	関係自己 (3)	公費負担医療の支払額																					
	R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院		210,000	63,000	63,000	○		57,600	0																				
	R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院		210,000	63,000	63,000	○		57,600	0																				
	R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○	100,000	30,000	30,000			30,000	0																				
	R4/4/8			〇〇病院	○	20,000					20,000	0																				
				□□薬局		112,000					112,000	0																				
	R4/5/3					20,000					20,000	0																				
	R4/5/25				○	20,000					112,000	0																				
	R4/7/5	R4/7/29		〇〇病院		210,000	63,000				10,000	0																				
	R4/8/7	R4/8/20		〇〇病院	○	210,000	63,000	63,000	○		10,000	0																				
	R4/8/22			〇〇病院	○	72,000				21,600	21,600	84,600	21,600																			
		R4/8/22		□□薬局		112,000				33,600	55,200	118,200	33,600																			

カウント6回目

確認①  
分子標的薬に係る治療か

確認②  
同じR4年8月分の関係医療の自己負担額の合計がA欄の基準額を超えるか (超える場合、B欄に○印を記載。)

確認③  
R4年8月分を含め、過去12か月以内に○印が3個以上あるか

○通院の記載例

R4年5月に通院2回〔外来診療費と薬剤費〕の合計額が高額療養費算定基準額を超えて、助成対象となる場合の記載例

（記載例は本紙を除き6枚に分かれています。） P. 27に詳述

日欄	R3年					R4年							R5年												
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	
			○入		○入				○入外	○外															

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）				入院【現物給付（原則）】				通院（保険薬局含む）【償還払い】				他公費負担医療の支払額			
◇	◇	◆	◆	◇	◇	◆	◆	◇	◇	◆	◆	◇	◇	◇	
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額（10割分）	② 関係医療の自己負担額（3割等）	③ 月間累計（②の月間累計）	④ ※1	② 関係医療の自己負担額（3割等）	③ 月間累計（②の月間累計）	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額	他公費負担医療の支払額
			○○病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0
			○○病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0
R4/4/7			○			100,000	30,000	30,000						30,000	0
R4/4/8			○			20,000				6,000	6,000		36,000	6,000	0
			□□薬局			112,000				33,600	39,600		69,600	33,600	0
R4/5/3			○○病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800	0
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600	0
R4/5/25			○○病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800	0
		R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	88,800	○		33,600	0

P. 24に詳述

P. 25に詳述

P. 26に詳述

P. 27に詳述

# 医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

医療機関向け

## 通院1回目〔外来診療〕

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

患者が窓口で支払った額を記載します。

B欄	R3年				R4年																		
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月		
			○入		○入				○入+外														

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）				入院【現物給付（原則）】				通院（保険薬局含む）【償還払い】				◆◆		◇	
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額（10割分）	② 関係医療の自己負担額（3割等）	③ 月間累計（②の月間累計）	④ ※1	② 関係医療の自己負担額（3割等）	③ 月間累計（②の月間累計）	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額	負担医療の支払額
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600	0
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000	0
R4/4/8			〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000		36,000	6,000	0
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	39,600		69,600	33,600	0
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800	0

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

分子標的薬に係る通院の場合、医療機関において○印を記載してください。  
 ・会計担当者が記載する場合は、医師に確認する、処方箋に記載されている分子標的薬の処方の有無により確認する等により対応してください。

上記の例の場合、5月分の通院医療費10,800円がA欄②外来の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

# 医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

医療機関向け

## 通院1回目〔保険薬局〕

### 保険薬局で記載

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

(参考)

患者が窓口で支払った額を記載します。

B欄	R3年				R4年												R5年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	
			○入		○入				○入+外													

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)				入院【現物給付(原則)】					通院(保険薬局含む)【償還払い】					同日医療の 金額
◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	
入院・ 通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的 薬等に係 る治療の 場合○印	特記事項 がある 場合○印	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等)	③ 月間累計 (②の月間累計)	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 (3割等)	③ 月間累計 (②の月間累計)	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の⑥ と通院欄の⑥の記載 がある場合は、その 合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額
R3/10/5	R3/10/25		○○病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R3/12/2	R3/12/30		○○病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/4/3	R4/4/7		○○病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8			○○病院	○		20,000				6,000	6,000		36,000	6,000
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	39,600		69,600	33,600
R4/5/3			○○病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

上記の例の場合、5月分の通院医療費10,800円と調剤関係費用33,600円の合計44,400円がA欄②外来の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

# 医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

医療機関向け

## 通院2回目〔外来診療〕

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

患者が窓口で支払った額を記載します。

B欄	R3年				R4年																		
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月		
			○入		○入				○入+外														

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）										入院【現物給付（原則）】			通院（保険薬局含む）【償還払い】			窓口支払額	自己負担医療の 払額
◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◆	◆	◆◆	◆	◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆		
入院・ 通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額（10割分）	② 関係医療の自己負担額（3割等）	③ 月間累計（②の月間累計）	④ ※1	② 関係医療の自己負担額（3割等）	③ 月間累計（②の月間累計）	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の④と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額	自己負担医療の 払額		
R3/10/5	R3/10/25		○病院			210,000	63,000	63,000	○						57,600	0	
R3/12/2	R3/12/30		○病院			210,000	63,000	63,000	○						57,600	0	
R4/4/3	R4/4/7		○病院	○		100,000	30,000	30,000							30,000	0	
R4/4/8		R4/4/8	○病院	○		20,000				6,000	6,000		36,000	6,000	0	0	
			□薬局			112,000				33,600	39,600		69,600	33,600	0	0	
R4/5/3			○病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800	0	0	
		R4/5/3	□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600	0	0	
R4/5/25			○病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800	0	0	

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

分子標的薬に係る通院の場合、医療機関において○印を記載してください。  
 ・会計担当者が記載する場合は、医師に確認する、処方箋に記載されている分子標的薬の処方の有無により確認する等により対応してください。

肝がんの治療を行う上で無関係と医師が判断する医薬品を1枚の処方箋で同時に処方するような場合には「特記事項がある場合○印」の欄内に○印を付けてください。  
 ・このような場合には、処方箋に本事業の対象外の医薬品にマーカーを付ける等により、対象外の医薬品が分かるようにしていただき「マーカー部分が対象外」と記載する等、どのように区分したかが分かるようなコメントを処方箋の裏面等に記載してください。

上記の例の場合、5月分の通院医療費10,800円×2（21,600円）と調剤関係費用33,600円の合計55,200円がA欄②外来の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

## 通院2回目〔外来診療〕

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）							入院【現物給付（原則）】			通院（保険薬局含む）【償還払い】					
◇	◇	◆	◇◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◇◆	◇◆	◇
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額（10割分）	② 関係医療の自己負担額（3割等）	③ 月間累計（②の月間累計）	④ ※1	② 関係医療の自己負担額（3割等）	③ 月間累計（②の月間累計）	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額	他公費負担医療の支払額
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800	0
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600	0
R4/5/25			〇〇病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800	0
		R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	88,800	○		33,600	0

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	

氏名	保険医療機関の所在地及び名称		
生年月日	年 月 日	男・女	電話番号
区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名
交付年月日	令和 年	記載イメージ	

処方

レニビマカプセル（〇〇mg） 2錠  
1日1回 〇食後 14日分

リウマトレックスカプセル（〇〇mg） 2錠  
1日1回 〇食後 〇日分

備考

マーカー部分が対象外

対象外の医薬品

- 肝がんの治療を行う上で無関係と医師が判断する医薬品を1枚の処方箋で同時に処方するような場合には医療機関内において医療記録票の「特記事項がある場合○印」の欄内に○印を付けてください。
- このような場合には、処方箋に本事業の対象外の医薬品にマーカーを付ける等により、対象外の医薬品が分かるようにし、「マーカー部分が対象外」と記載する等、どのように区分したかが分かるようなコメントを処方箋の裏面等に記載するようにしてください。

**（参考）**

- 保険薬局では、処方箋に肝がんの治療を行う上で無関係と医師が判断する医薬品が含まれている旨のコメントが記載されている場合は、当該医薬品に係る薬剤費を除いた金額を医療記録票に記載します。  
※例えば、抗リウマチ薬が対象外の医薬品として記載されている場合は、抗リウマチ薬の薬剤費を除いた額を記載します。

# 医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

医療機関向け

## 通院2回目〔保険薬局〕

### 保険薬局で記載

カウント4回目

(参考)

患者が窓口で支払った額を記載します。

A欄		高額療養費 算定基準額		①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600																								
B欄		R3年			R4年			R5年																									
		8月	9月	10月 ○入	11月	12月 ○入	1月	2月	3月	4月 ○入+外	5月 ○外	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月											
医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)		入院・通院日		退院日		調剤日		医療機関名、保険薬局名		分子標的薬等に係る治療の場合○印		特記事項がある場合○印		① 関係医療の医療費総額(10割分)		② 関係医療の自己負担額(3割等)		③ 月間累計(②の月間累計)		④ ※1		⑤ 関係医療の自己負担額(3割等)		⑥ 月間累計(⑤の月間累計)		⑦ ※2		⑧ 同じ月に入院欄の⑧と通院欄の⑧の記載がある場合は、その合計額を記載※3		⑨ 窓口支払額		⑩ 自己負担額の支払額	
R3/10/5		R3/10/25				〇〇病院								210,000		63,000		63,000		○								57,600		0			
R3/12/2		R3/12/30				〇〇病院								210,000		63,000		63,000		○								57,600		0			
R4/4/3		R4/4/7				〇〇病院		○						100,000		30,000		30,000										30,000		0			
R4/4/8				R4/4/8		〇〇病院		○						20,000										6,000		6,000		36,000		6,000		0	
				R4/4/8		□□薬局								112,000										33,600		39,600		69,600		33,600		0	
R4/5/3				R4/5/3		〇〇病院		○						36,000										10,800		10,800		10,800		0			
				R4/5/3		□□薬局								112,000										33,600		44,400		33,600		0			
R4/5/25				R4/5/25		〇〇病院		○		○				36,000										10,800		55,200		10,800		0			
				R4/5/25		□□薬局								112,000										33,600		88,800		○		33,600		0	

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

上記の例の場合、5月分の通院医療費10,800円×2（21,600円）と調剤関係費用33,600円×2の合計88,800円がA欄②通院の基準額57,600円以上であり、カウントの対象となります。

カウントの対象となった場合、保険薬局において、2か所に○印を記載してください。

・B欄については、通院であることが分かるように「○外」と記載してください。

5月分がカウントの対象となり、B欄に5月分を含む過去12か月以内に○印が3個以上あるため、助成の対象となり、都道府県に償還請求をすれば、助成が受けられる旨を患者へ案内してください。

# 医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

医療機関向け

〔補足〕

助成対象となった月以降に患者が来院した場合には、医療機関においても、下記について御確認いただき、B欄の□に記載が無い場合など、必要に応じて患者へ償還請求手続の案内をしてください。

直近の記載内容が、分子標的薬に係る治療の場合、確認①から確認③の要素を確認し、全て満たす場合は、都道府県に償還払いの請求手続が必要です。患者へ案内してください。

【記載例の場合、5月の分子標的薬に係る医療費（薬局含む）の合計（10,800+33,600+10,800+33,600=88,800）がA欄②外来の基準額57,600円以上であり、3つの要素を満たすため、患者へ案内。】

A欄		高額療養費 算定基準額		①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600									
B欄		R3年			R4年				R5年									
		8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
					○入					○入	○外							

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）										入院		⑤		⑥		他公費負担医療の 支払額	
入院・ 通院日	退院日	調剤日	医療機関 （薬局名）	分子標的 薬等に係 る治療 の場合○印	特記事項 がある 場合○印	① 関係医療の 医療費総額 （1割分）	② 関係医療の 自己負担額 （3割等）	③ ④の月間累計	自己負担額 （3割等）	④ ⑤の月間累計	⑤ 同じ月に入院欄の③ と通院欄の④の記載 がある場合は、その 合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額					
						210,000						57,600	0				
						210,000						57,600	0				
				○		100,000						30,000	0				
				○		20,000						6,000	0				
		R4/4/8				112,000						33,600	0				
R4/5/3			○○病院	○		36,000			10,800	10,800		10,800	0				
		R4/5/3	□□薬局			112,000			33,600	44,400		33,600	0				
R4/5/25			○○病院	○	○	36,000			10,800	55,200		10,800	0				
		R4/5/25	□□薬局			112,000			33,600	88,800	○	33,600	0				

カウント4回目

確認①  
分子標的薬に係る治療か

確認②  
同じ5月分の関係医療の自己負担額の合計がA欄の基準額を超えるか（超える場合、B欄に○印を記載。）

確認③  
5月分を含め、過去12か月以内に○印が3個以上あるか



- 入院の記載例  
月数要件を満たしている場合の記載例  
（カウント3回目以降の時〔現物給付される場合〕）

# 医療記録票の記載例⑥（入院の記載例）

医療機関向け

B欄に診療月を含む過去12か月以内に○印が3個以上ある場合、本事業の助成対象となります。

A欄		①入院		②多数回該当の場合		③外来																	
高額療養費 算定基準額		57,600		44,400		57,600																	
B欄		R3年			R4年						R5年												
		8月	9月	10月 ○入	11月	12月 ○入	1月	2月	3月	4月 ○入+外	5月 ○外	6月	7月 ○入	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄 ◆は保険薬局記載欄）												入院【現物給付（原則）】		通院（保険薬局含む）【償還払い】		窓口負担医療の 負担額の 払額										
◇	◇	◇	◇	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆			
入院・ 通院日	退院日	保険薬局名	分子標的 薬等に係 る治療 の場合○印	特記事項 がある 場合○印	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等)	③ 月間累計 (②の月間累計)	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 (3割等)	③ 月間累計 (②の月間累計)	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③ と通院欄の④の記載 がある場合は、その 合計額を記載 ※3	⑥ 窓口支払額	⑦ 負担医療の 払額												
R3/10/5	R3/10/25	〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○																57,600	0	
R3/12/2	R3/12/30	〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○																	57,600	0
R4/4/3	R4/4/7	〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000																		30,000	0
R4/4/8		〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000		36,000	6,000												6,000	0
	R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	39,600		69,600	33,600												33,600	0
R4/5/3		〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000		6,000	6,000												6,000	0
	R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	39,600		33,600	33,600												33,600	0
R4/5/25		〇〇病院	○	○	20,000				6,000	45,600		6,000	6,000												6,000	0
	R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	79,200	○	33,600	33,600												33,600	0
R4/7/5	R4/7/29	〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○																	10,000	0

患者が窓口で支払った額を記載します。

カウント5回目

入院医療の場合、緑色部分が記載の対象欄となります。

上記の例の場合、7月分の入院医療費63,000円がA欄①入院の基準額57,600円以上でありカウントの対象となります。

- カウントの対象となった場合、医療機関において、2か所に○印を記載してください。
- ・B欄については、入院であることが分かるように「○入」と記載してください。

B欄に診療月を含む過去12か月以内に○印が3個以上ある場合で、入院単独で助成対象となった場合は、原則、現物給付となるため、患者の窓口負担額は10,000円となります。

医療記録票 (肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業)

案 (検討中)

患者の方へのお願い 肝がん又は重度肝硬変に係る治療を受けた場合には、この医療記録票を保険医療機関又は保険薬局の窓口忘れずに提示してください。また、都道府県に償還払いの請求を行う場合は、この医療記録票の写しを請求書に添付してください。

Form with fields for patient name (氏名), sex (性別), birth date (生年月日), residence (住所), insurance type (保険種別), insurance number (保険者番号), and insured person's ID number (被保険者証の記号・番号).

A欄 (High medical expenses calculation standard amount) with sub-sections for hospitalization (①入院), multiple visits (②多数回該当の場合), and outpatient (③外来).

Table for monthly recording (B欄) with columns for months from August to July of the following year.

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)

Main data table with columns for admission/discharge dates, medical institution names, medical fees, and insurance reimbursement details (inpatient and outpatient).

※1: ③の1月間の累計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合○印 (B欄にも「O入」と記載)
※2: ③の1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合○印 (B欄にも「O外」と記載)
※3: ⑤の1月間の合計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合B欄に「O入+外」と記載

**B型・C型肝炎ウイルスが原因の「肝がん」や「重度肝硬変」の医療費は、治療3月目から助成が受けられます。**

(主な要件は以下のとおりです。詳細は都道府県に御確認ください。)

○助成対象となる主な要件

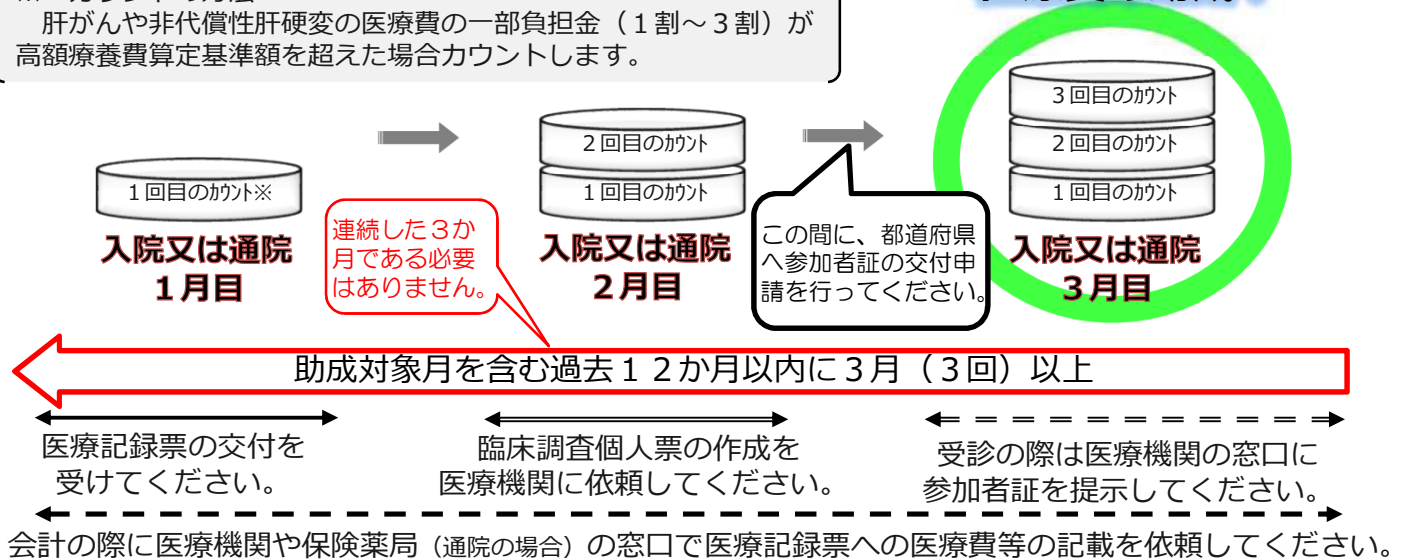
- ・ B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変と診断されている。
- ・ 年収約370万円以下である。
- ・ 肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療（分子標的薬を用いた化学療法※に限る）を受けている。 ※「肝動注化学療法」を含む。
- ・ 上記の治療に係る医療費について、高額療養費算定基準額（高療）を超えた月が助成月を含め過去1年間で3月以上ある。

○高療を超える3月日以降の医療費について、患者さんの自己負担額が1万円となるよう助成します。

※ カウントの方法

肝がんや非代償性肝硬変の医療費の一部負担金（1割～3割）が高額療養費算定基準額を超えた場合カウントします。

**医療費の助成！**

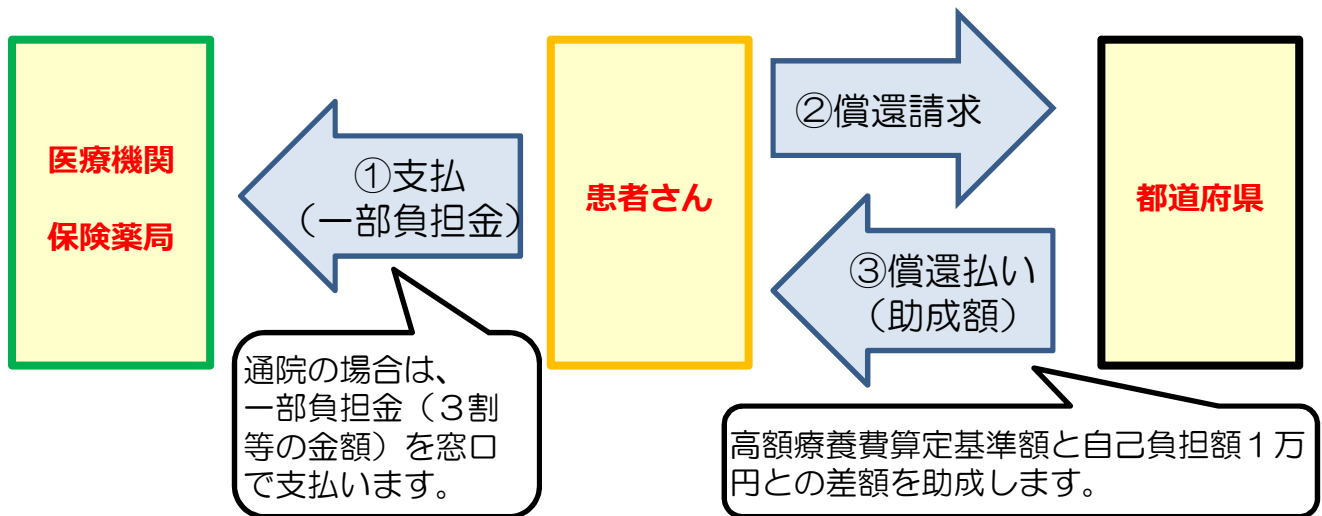


**通院に係る医療費の助成を受けるには都道府県への償還請求が必要です。**

医療費の助成方法	入院の場合	<p><b>窓口の自己負担額が1万円となります。</b></p> <p>※参加者証を窓口に表示できない場合は、一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、助成額の償還請求を参加者証の交付を受けた都道府県に対して行ってください。</p>
	通院の場合	<p><b>償還払いで自己負担額が1万円となります。</b></p> <p>窓口では一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、助成額の償還請求を参加者証の交付を受けた都道府県に対して行ってください。</p> <p><b>償還請求の方法は裏面を御確認ください。</b></p>

## 「償還請求」の手続き

### ● 償還請求に係る流れ



### ● 償還請求時に提出する書類

<input type="checkbox"/> 医療費償還払い請求書（別紙様式例7）
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 請求者の参加者証の写し
<input type="checkbox"/> 医療記録票の写し
<input type="checkbox"/> 償還請求の対象月において受診した全ての医療機関、保険薬局が発行した領収書
<input type="checkbox"/> . . . . .（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：各都道府県で追記）

### ● 提出先

請求者が居住する都道府県の担当課