

# 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】

## 広島県版

平成30年11月22日  
（最終改正 令和5年4月1日）

厚生労働省健康局がん・疾病対策課肝炎対策推進室  
広島県健康福祉局薬務課肝炎対策グループ

### 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	4
3. データ提供への同意に関する説明文書	・・・P	8
4. 個人票等の記載例	・・・P	9
5. 複数回入院等の場合の事例	・・・P	10
6. レセプトと医療記録票の記載例	・・・P	20
7. 広島県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業取扱要領 抜粋	・・・P	62
8. ポスター・リーフレット	・・・P	68

# 【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肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療※<sup>1</sup>に係る医療費が助成対象となる月を含み過去1年間で3月以上※<sup>2</sup> 高額療養費算定基準額を超えた場合に、高額療養費算定基準額を超えた3月日以降の医療費について患者の自己負担額が1万円になる。
- ②ただし、世帯の収入が約370円以下であることなど、助成を受けるにはいくつか条件がある。
- ③助成を受けるためには、住民票のある都道府県に参加者証の申請をする必要がある。
- ④都道府県に参加者証の申請をするには、医療費が高額療養費算定基準額を超えていること等を証明するための「医療記録票」が必要であるが、当院でお渡しできる。

※<sup>1</sup>: 通院治療は「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」に係るものに限りません。

※<sup>2</sup>: 連続する3月でなくても構いません。

なお、通院治療は令和3年4月以降に高額療養費算定基準額を超えたものから「3月」のカウントができます。カウント方法については【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言ってきた場合や、過去1年で既に2月以上入院又は通院しており、今後助成を受けることが可能と思われる場合に、上記1.に記載の内容のほか、次の内容を説明してください。

○また、助成を受け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。

広島県の場合は、健康福祉局薬務課肝炎対策グループ(082-513-3078)です。

### <助成を受けるための条件>

- ①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」又は「オ」
  - ・70歳以上⇒加入保険の所得区分「一般」又は「低所得」(自己負担割合が2割か1割)
- ②「研究事業への同意」が必要になる。診断書に似た「臨床調査個人票」と「同意書」が1枚になっているものを記載いただくことになる。  
(「臨床調査個人票」は病院、「同意書」は申請者が記載)

### <助成を受けるための手続>

○参加者証の申請方法

- ①都道府県に申請書と添付書類を提出し、参加者証を発行してもらう必要がある。
- ②申請書は当院でお渡しできる。
- ③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医療保険によって異なる。申請することになったら聞いてほしい。

○公費の請求方法

入院と通院で公費の請求方法が異なる。

- ・入院(高額療養費算定基準額を超えるもの)の場合:  
医療機関が都道府県に対して公費を請求し、  
患者の医療機関窓口における自己負担額は1万円。
- ・上記以外の入院及び通院の場合:  
医療機関窓口では一旦、自己負担額(3割等)を支払い、  
都道府県に償還払いの請求をすることで1万円との差額が償還される。

### 3. 臨床調査個人票及び同意書の説明

- 患者が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、渡してください。
- その際、【資料集3】の文書を渡して説明してください。
- 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住民票のある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

- 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月数が2月となった場合※、住民票のある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。  
広島県の場合、担当部署は健康福祉局業務課肝炎対策グループ(082-513-3078)です。  
※次回、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ときに医療記録票のB欄の○印のカウントが過去1年間で3月以上になると見込まれる場合。

- ①住民票のある都道府県に申請書と添付書類を提出し、参加者証を発行してもらうこと
- 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又は通院する場合は、医療機関に参加者証を見せること。
- ③通院の場合、助成対象となった月であっても、医療機関窓口で一旦、自己負担額(3割等)を支払い、都道府県に償還払いの請求を行うことで1万円との差額が償還されることにより、自己負担額が1万円になること。

### 5. 都道府県担当者による事業の説明

## 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)の患者さんの医療費のうち、以下のものについて助成をすることができます。

・肝がん・重度肝硬変の入院治療に係る医療費

・肝がんの通院治療に係る医療費※

※通院治療は「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」に係るものに限りませす。

2. 患者さんは、肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療に係る医療費が助成対象となる月を含み過去1年間で3月以上高額療養費算定基準額を超えた場合に、**高額療養費算定基準額を超えた3月目以降の医療費について公費助成を受けることができます。**

公費助成を受けると、**患者さんの自己負担額は1万円**となります。

この証明のために都道府県が作成する「医療記録票」を病院等においてお渡しいただく必要があります。

**皆様の患者さんへの説明が、事業参加への契機となります。**

肝がん・重度肝硬変で通院・入院をされている(又は予定されている)患者さんがいましたら、事業内容が記載された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、当該担当者から患者さんが説明を受けることで、患者さんの事業参加につながると考えられます。

患者さんへの説明に向けた病院内での必要な御調整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御確認ください。

# 【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"> <li>臨床調査個人票及び同意書</li> <li>本人の医療保険の被保険者証の写し</li> <li>限度額適用認定証等の写し</li> <li>本人の住民票の写し</li> <li>医療記録票（B欄に過去11か月以内に○、△、▲のいずれかの印がある月が2回以上あるもの）の写し</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票の写し</li> </ul>
	[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"> <li>臨床調査個人票及び同意書</li> <li>本人の医療保険の被保険者証の写し</li> <li>本人の高齢受給者証の写し</li> <li>本人の住民票の写し</li> <li>医療記録票（B欄に過去11か月以内に○、△、▲のいずれかの印がある月が2回以上あるもの）の写し</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票の写し</li> </ul>
	[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  (備考)	[Ⅲ（一般2割）] 課税所得28万円以上145万円未満かつ 「年金収入＋その他の合計所得金額」 が単身世帯で200万円以上など	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査個人票及び同意書</li> <li>本人の後期高齢者医療被保険者証の写し</li> <li>本人の住民票の写し</li> <li>医療記録票（B欄に過去11か月以内に○、△、▲のいずれかの印がある月が2回以上あるもの）の写し</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票の写し</li> </ul>
	[Ⅲ（一般1割）] ・課税所得28万円未満 ・課税所得28万円以上145万円未満かつ 「年金収入＋その他の合計所得金額」 が単身世帯で200万円未満など	
	[Ⅱ（低所得Ⅱ）] 住民税非課税世帯	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査個人票及び同意書</li> <li>本人の後期高齢者医療被保険者証の写し</li> <li>限度額適用認定証等の写し</li> <li>本人の住民票の写し</li> <li>医療記録票（B欄に過去11か月以内に○、△、▲のいずれかの印がある月が2回以上あるもの）の写し</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票の写し</li> </ul>
	[Ⅰ（低所得Ⅰ）] 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	

・限度額適用認定証等とは、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を指します。  
 ・年収は、平成30年8月時点における概ねの金額です。

## 2. 詳細(年齢・保険者別に新規・更新の提出添付書類を整理)

※本項の「医療記録票(2/12以上)」とは、医療記録票(県様式第9-1号及び9-2号)と県様式9-2号に添付する資料であって、高額療養費算定基準額を超えた月数が過去11月で2月以上であることが確認できるもの一式を指します。

### ○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"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>限度額適用認定証等(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者証(写)</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul> <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つた場合、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"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>限度額適用認定証等(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<p>&lt;7月早期&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>参加者証(写)</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>被保険者の非課税証明書類</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	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"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>限度額適用認定証等(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者証(写)</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul> <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つた場合、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"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>限度額適用認定証等(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<p>&lt;7月早期&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>参加者証(写)</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>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</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	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"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者証(写)</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul> <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>	追加提出書類なし (更新申請時の照会不要)
Ⅱ (低所得Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>限度額適用認定証等(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<p>&lt;7月早期&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>上記と同じ書類</li> <li>被保険者の非課税証明書類</li> </ul>	7月下旬までに「被保険者の非課税証明書類(写)」の提出が必要 (適用区分Ⅱであることを保険者が確認するため)
Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>限度額適用認定証等(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<p>&lt;7月早期&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>参加者証(写)</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>本人及び世帯全員の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>被保険者及び被扶養者の非課税証明書類</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	7月下旬までに「被保険者及び被扶養者の非課税証明書類(写)」の提出が必要 (適用区分Ⅰであることを保険者が確認するため)

●70歳以上75歳未満・市町村国保

適用区分	新規申請	更新申請	保険者照会 (更新時)
Ⅲ (一般所得)	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者証(写)</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul> <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>	追加提出書類なし (更新申請時の照会不要。課税所得について市町村が税情報を把握しているため)
Ⅱ (低所得Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>限度額適用認定証等(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記と同じ書類</li> </ul> <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)
Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>限度額適用認定証等(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>上記と同じ書類</li> </ul> <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"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<p>&lt;7月早期&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>参加者証(写)</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>本人及び世帯全員の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>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</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	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)
Ⅱ (低所得Ⅱ) ・ Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>限度額適用認定証等(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<p>&lt;7月早期&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>参加者証(写)</li> <li>被保険者証(写)</li> <li>高齢受給者証(写)</li> <li>本人及び世帯全員の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>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</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	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)

□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2割) (一般1割)	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>後期高齢者医療被保険者証(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加者証(写)</li> <li>後期高齢者医療被保険者証(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul> <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つた場合、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>	追加提出書類なし (更新申請時の照会不要。課税所得について市町村が税情報を把握しているため)
Ⅱ (低所得Ⅱ) ・ Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床調査個人票等</li> <li>後期高齢者医療被保険者証(写)</li> <li>限度額適用認定証等(写)</li> <li>本人の住民票(写)</li> <li>医療記録票(2/12以上)(写)</li> <li>肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票(写)</li> </ul> <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つた場合、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>		



### 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行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なので、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2026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、担当医あるいは広島県健康福祉局薬務課肝炎対策グループ(☎082-513-3078)又はお近くの県保健所へご相談ください。

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、同意書に署名し、日付の記入をお願いいたします。

【資料集4】個人票等の記載例 ※広島県の様式です

様式第2号 (第3関係)

臨床調査個人票及び同意書

ふりがな 患者氏名		性別	生年月日 (年齢)
		男・女	年 月 日 (満 歳)
住所	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 日	前医	医療機関名
検査所見 (直近のもの)	1 B型肝炎ウイルスマーカー <input type="checkbox"/> HBs 抗原陽性 (検査日: 年 月 日) 又は HBV-DNA 陽性 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> HBs 抗原陰性 (過去に6ヵ月以上) 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 <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 _____ / $\mu$ L 血清7 $\gamma$ グン _____ g/dL 血清総ビリルビン _____ mg/dL 4 身体所見 (該当する項目にチェックを入れる) 腹 水 ( <input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> 軽度, <input type="checkbox"/> 中等度, <input type="checkbox"/> 重度 ) 肝性脳症 ( <input type="checkbox"/> なし, <input type="checkbox"/> 軽度 [I], <input type="checkbox"/> 中等度 [II], <input type="checkbox"/> 重度 [III] )		
診断根拠	B型肝炎ウイルス性であることをHBs抗原又はHBV-DNAの結果により確認した場合はチェックしてください。陽性を確認した日について、HBs抗原、HBV-DNAどちらか一方の直近の検査日を記載してください。 B型肝炎ウイルス性であることを、直近のHBs抗原又はHBV-DNA陽性により示せないが、過去にHBs抗原が陽性であったことがわかる場合にチェックを入れて、検査日を記載してください。 3及び4についても直近の検査日及び結果を記載してください。本事業の肝がん・重度肝硬変に該当するかについては、下の診断根拠の欄への記載により判断が行われます。		
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「重度肝硬変の医療行為の実施要領」を満たす (当該医療行為の実施日: 年 月 日)		
その他、記載すべき事項	要領別表3を参照して記載してください。		
診断	該当する全ての項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 肝がん (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) (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) (C型肝炎ウイルスによる)		
記載年月日	年 月 日		
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 (目的、実施方法、実施期間、実施場所、実施内容等) 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)		

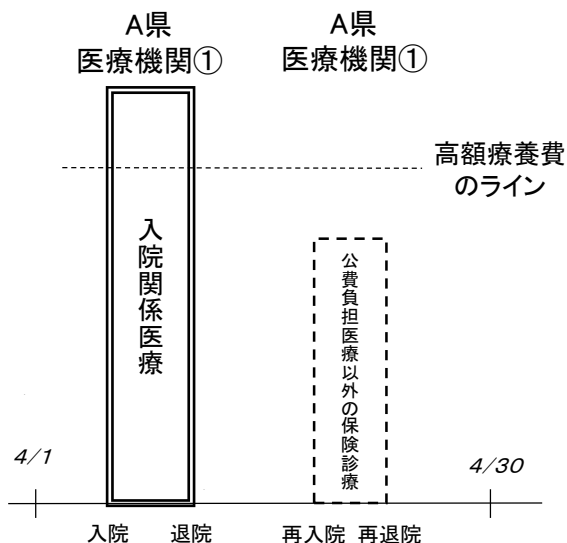
指定医療機関から参加予定者に対して、国が研究班に対して臨床調査個人票及び同意書(本文書のこと)を提供することを説明し、同意を取得するようお願いいたします。

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。

## 【資料集5】複数回入院等の場合の事例

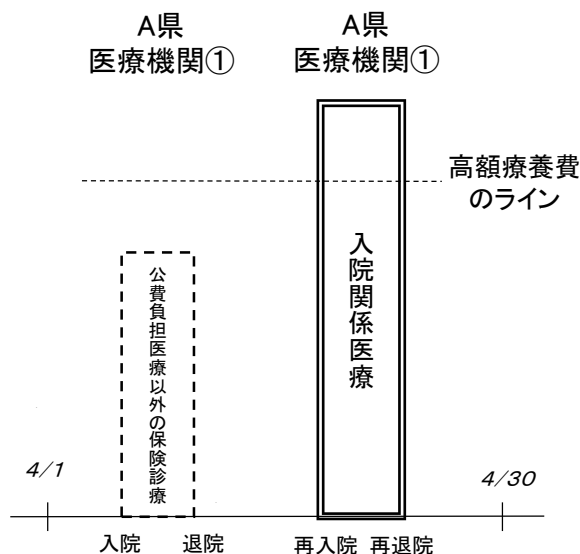
※本項において、入院関係医療は、過去12月中において既に2月高額療養費算定基準額を超えていることとします。

### Case1: 同一の医療機関に複数回入院した場合①



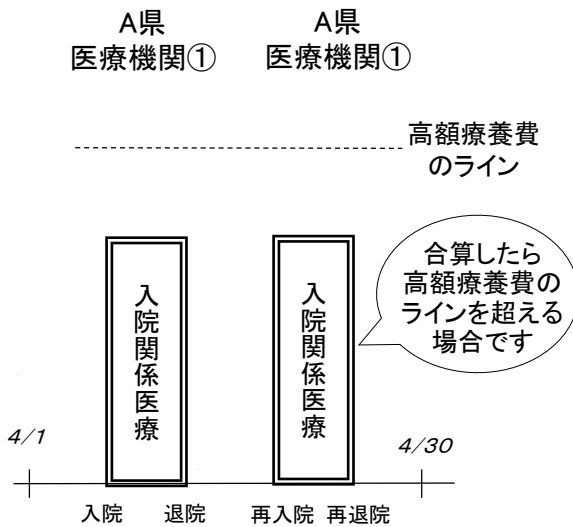
- ・入院関係医療で現物給付の処理が可能。
- ・再入院のときの保険診療の自己負担の上限額は、「(保険診療の)高額療養費算定基準額-10,000円」となる。
- ・レセプトは1枚にまとめることが可能。

### Case2: 同一の医療機関に複数回入院した場合②



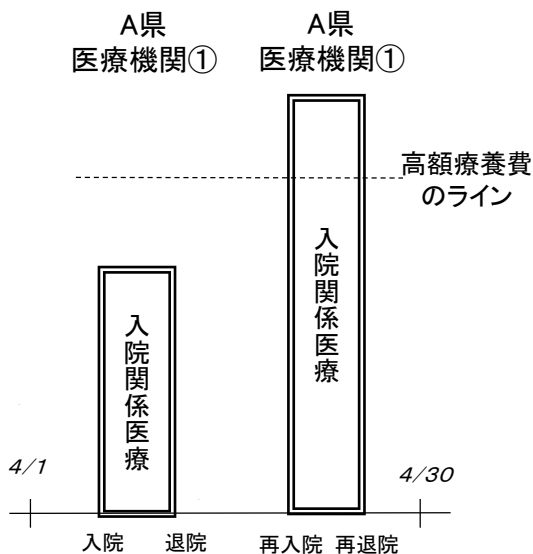
- ・1回目の入院のときに、保険診療の自己負担額を窓口で支払ってしまっていることから、再入院したときに、再計算を行ったうえで、入院関係医療を現物給付として処理することが可能。
- ・自己負担額の上限額は保険診療の高額療養費算定基準額となることから、返戻処理が発生することはない。

Case3: 同一の医療機関に複数回入院した場合③



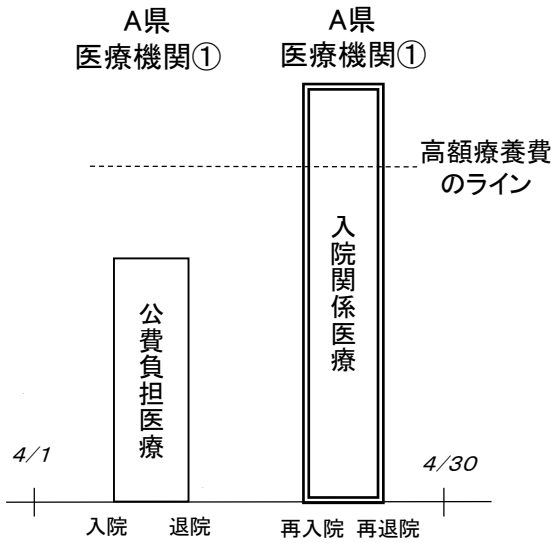
- ・ 1回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っており、現物給付をすることとしてしまうと、自己負担額が1万円になることから、返戻処理が必要になってくるため、**現物給付NG**とする。
- ・ 最終的な負担額はそれぞれ、  
 患者：1万円  
 保険者：入院関係医療の合計額－算定基準額（償還払い）  
 A県：算定基準額－1万円（償還払い）

Case4: 同一の医療機関に複数回入院した場合④



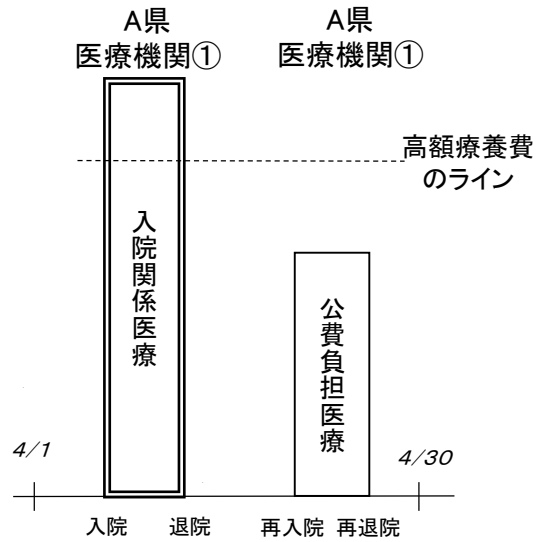
- ・ 1回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っているが現物給付可能。
- ・ レセプトの関係上、2回目の入院で1万円の自己負担があった場合は、1回目の入院の自己負担額の全額を高額療養費として保険者に請求可能。
- ・ 1回目の入院の自己負担額が1万円未満の場合は、2回目の入院で1万円になるまで徴収されることになる。

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



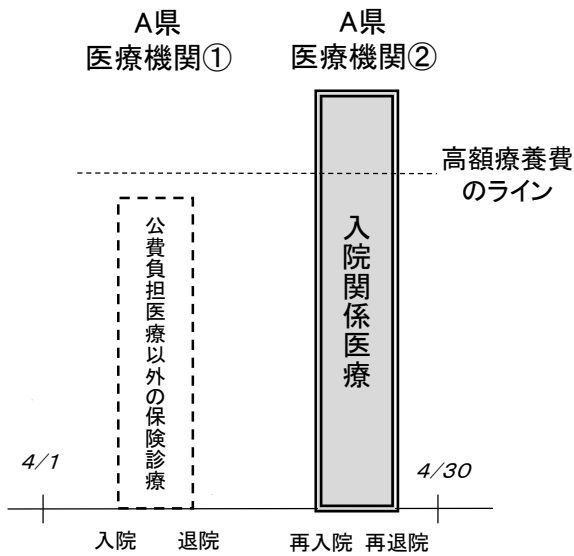
- ・入院関係医療は現物給付が可能。
- ・公費負担医療と入院関係医療のレセプトは1枚になる。
- ・他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、公費負担医療の自己負担額 + 1万円（入院関係医療の自己負担額）となる。

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



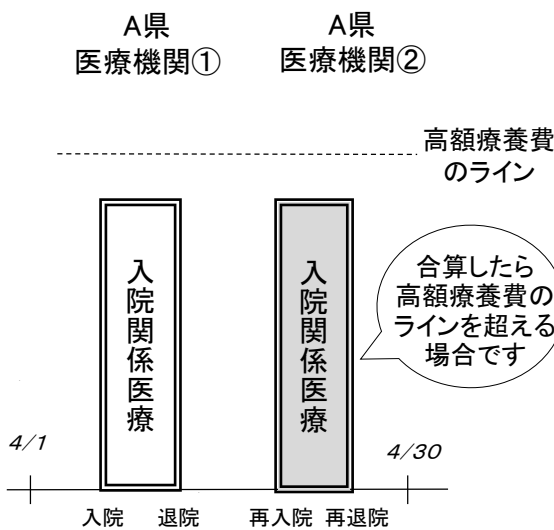
- ・入院関係医療は現物給付が可能。
- ・公費負担医療と入院関係医療のレセプトは1枚になる。
- ・他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、1万円（入院関係医療の自己負担額） + 公費負担医療の自己負担額となる。

Case7: 複数の医療機関に入院した場合①



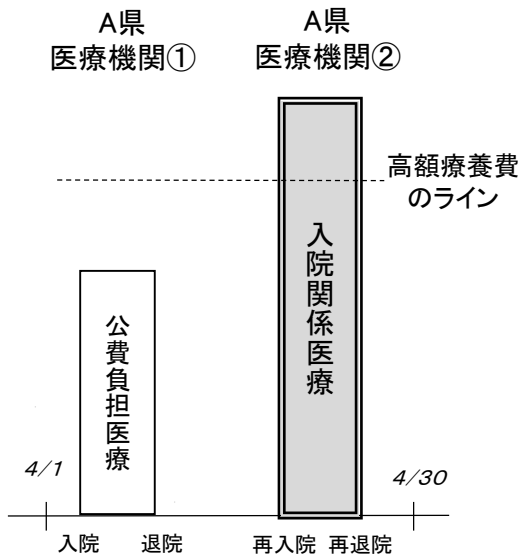
- ・ 医療機関が異なるのでレセプトは2枚となる。
- ・ 入院関係医療は現物給付が可能。
- ・ 保険診療と1万円（入院関係医療の自己負担額）の合計が、保険診療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、超過部分は高額療養費として保険者に請求が可能となる。

Case8: 複数の医療機関に入院した場合②



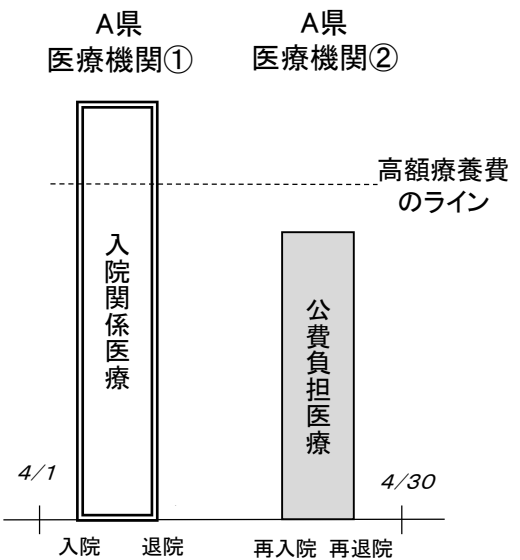
- ・ 特定疾病給付対象療養は、同一の医療機関の医療費しか合算しないので、助成の対象とはならない。

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。

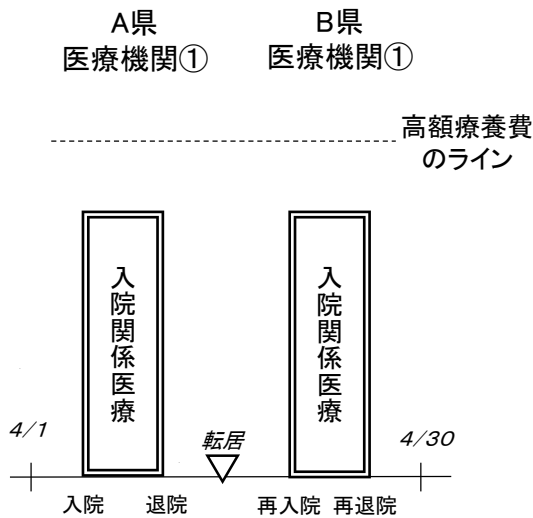
Case10: 入院関係医療と公費負担医療で異なる医療機関に入院した場合②



- ・ 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。

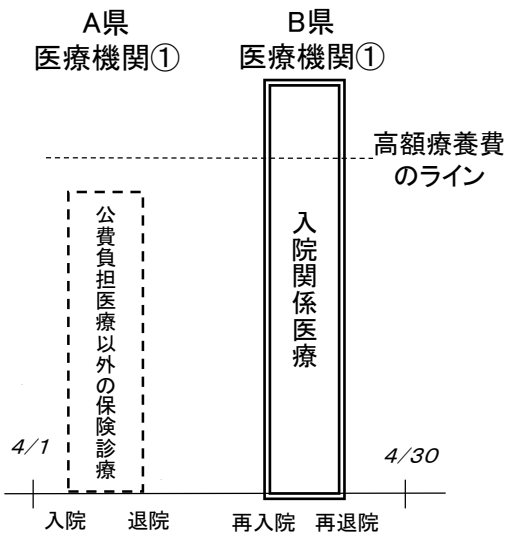


Case11: 転居(住民票の変更)があった場合(保険者の変更なし)①



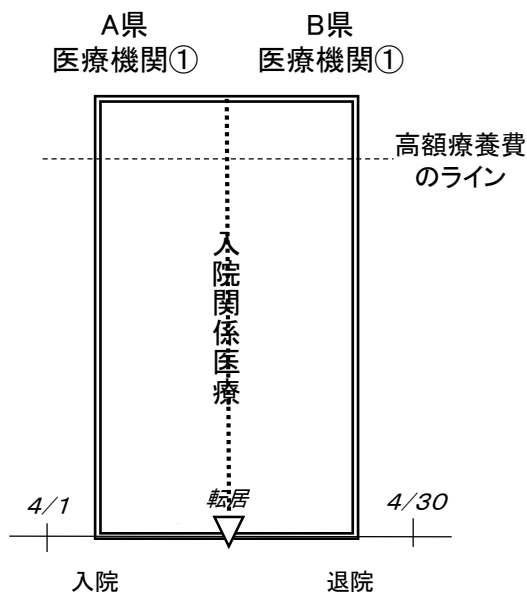
- ・レセプトは1枚となるが、1回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っており、現物給付をすることとしてしまうと、自己負担額が1万円になることから、返戻処理が必要になってくるため、**現物給付NG**とする。
- ・最終的な負担額はそれぞれ、
  - 患者：1万円
  - 保険者：入院関係医療の合計額－算定基準額（償還払い）
  - A県：入院関係医療の合計額－1万円（償還払い）
  - B県：負担なし

Case12: 転居(住民票の変更)があった場合(保険者の変更なし)②



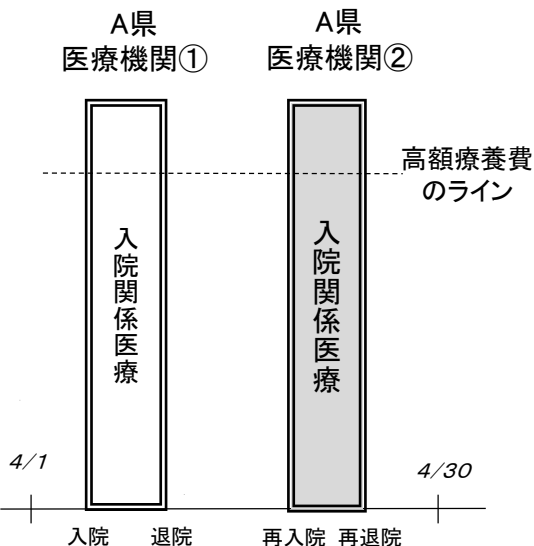
- ・入院関係医療は現物給付が可能。
- ・A県在住時には入院関係医療がないことからA県の公費負担なし。
- ・レセプトは1枚となりB県に対する請求のみが生じる。
- ・患者の負担は、入院関係医療に対する助成の1万円+保険診療の自己負担額（上限は保険診療の高額療養費算定基準額）となる。

Case13: 転居(住民票の変更)があった場合(保険者の変更なし)③



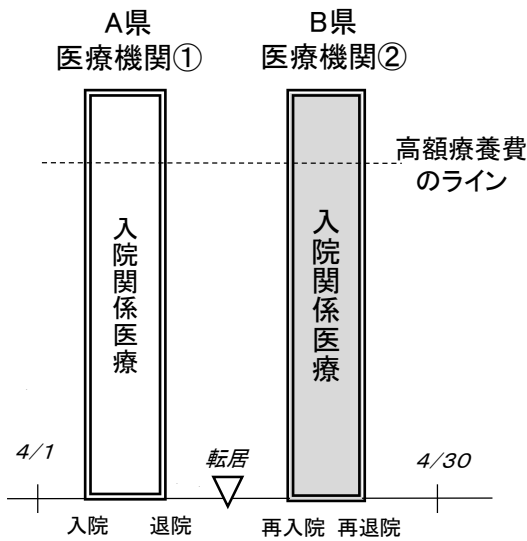
- ・入院中に転居(住民票の変更)があってもレセプトは1枚となり現物給付が可能。
- ・この場合、按分が難しいこともあり、A県が公費負担を行うこととする。

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



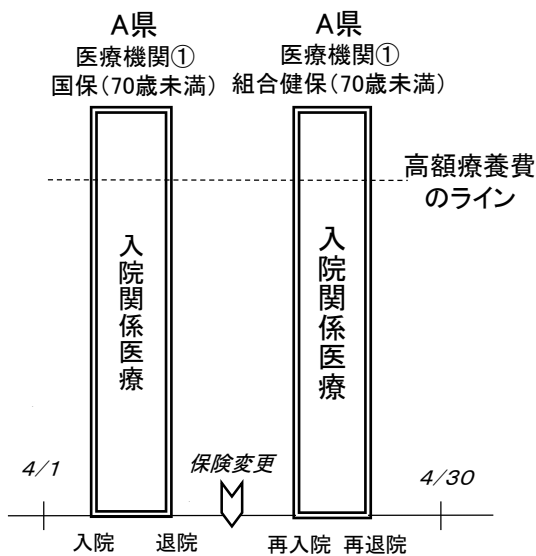
- ・医療機関ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになる。
- ・医療機関①と医療機関②のそれぞれの医療費の助成をA県が行う。  
(患者負担2万円)

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



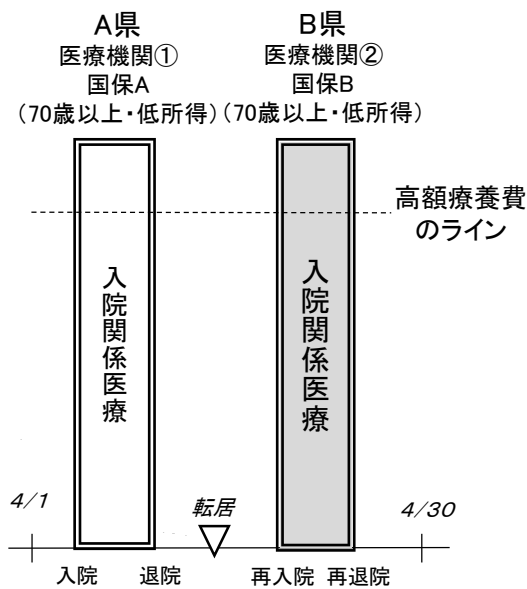
- ・ 医療機関ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになる。
- ・ 医療機関①の医療費の助成はA県が行い、医療機関②の医療費の助成はB県が行う。(患者負担2万円)

Case16: 保険者の変更がある場合①



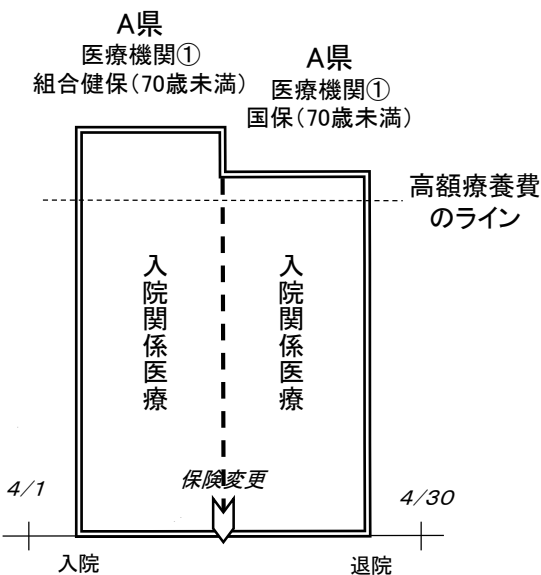
- ・ レセプトは保険者別に作成されるので2枚となる。
- ・ 多数回該当の概念のある所得区分なので、特定疾病給付対象療養としてのカウント(多数回該当のカウント)はリセットされるが入院関係医療のカウントは継続される。
- ・ 保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので1回目、2回目それぞれの入院で現物給付可能。(患者負担2万円)

Case17: 保険者の変更がある場合②



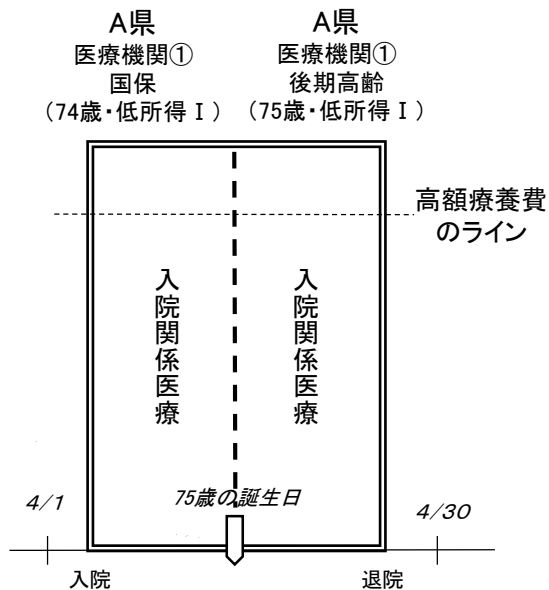
- ・レセプトは保険者別・医療機関別に作成されるので2枚となる。
- ・多数回該当の概念のない所得区分。
- ・保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので、医療機関①の医療費についてはA県が、医療機関②の医療費についてはB県が、それぞれ助成を行う。  
(患者負担2万円)

Case18: 保険者の変更がある場合③



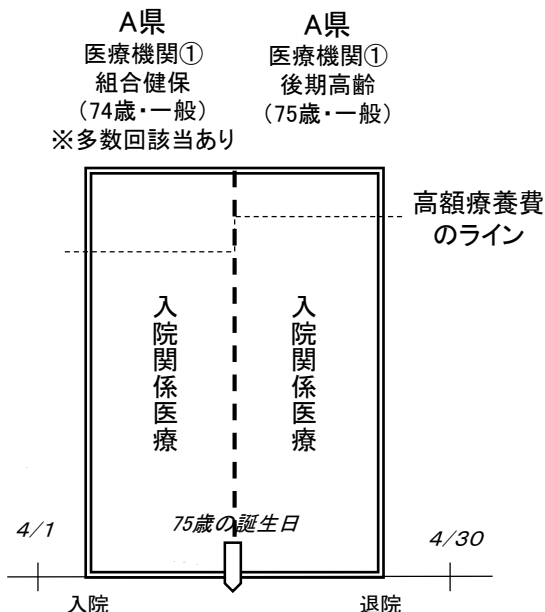
- ・1回の入院だが、レセプトは保険者別に作成されるので2枚となる。
- ・保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので、保険変更前・変更後のそれぞれの入院関係医療について現物給付が可能。  
(患者負担2万円)

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が可能。

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6】レセプトと医療記録票の記載例

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### パターン1 (レセプト記載例)

#### No. 1

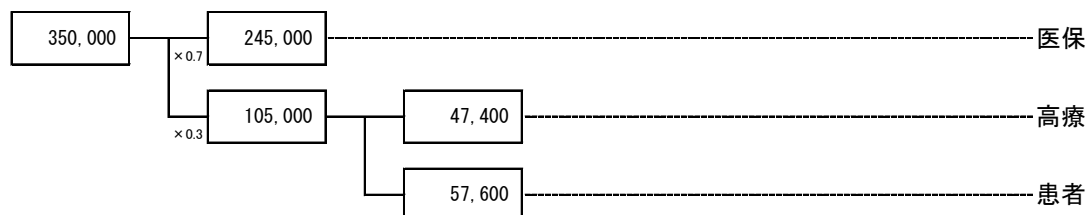
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費200,000円）と保険診療（同150,000円）

#### レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 3年 8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									13			
職務上の事由					29区エ												
										※高額療養費 円							
療養の給付		請求点		※決定点		負担金額 円		食事・生活療養		回数		請求 円		※決定 円		(標準負担額) 円	
保険		35,000				57,600		0		0						0	
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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン1(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回未満(今回で1回目)
医療費の状況	入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えている



本事例は、入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えていますが、今回を含み過去1年間で1回目であるため、助成の対象(現物給付)とはならず、カウントのみとなります。  
 B欄の8月には「△入」と記載し、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(高額療養費算定基準額)を記載します。

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

◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
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○	特記事項がある場合○	① 関係医療の医療費総額(10割)	② 関係医療の自己負担額 ※円単位	③ ②の月間累計 ※円単位	④ ※1	⑤ ① 関係医療の自己負担額 ※円単位	⑥ ②の月間累計 ※円単位	⑦ ※2	⑧ ⑤ 同月に入院欄の②と外来欄の③の記載がある場合、その合計額 ※3	⑨ 関係医療の窓口支払額
R3 8/3	R3 8/16		〇〇病院			200,000	60,000	60,000	○					57,600

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

- : 入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合(現物給付の場合)
- △: 高療基準額(入院・外来高療基準額)を超えた場合(上記の場合を除く)  
(多数回該当がある高療基準額を超えた場合)
- ▲: 70歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合(多数回該当が無い高療基準額を超えた場合)

肝がん事業の月数要件のカウント方法: B欄に「○」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。  
(1月に複数ある場合でもカウントは1回。)

保険診療上の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。  
(1月に△入+△外のように△が2個ある場合でもカウントは1回。)

現物給付(特定疾病給付対象療養)の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の○の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。(同一の医療機関のカウントが4回目以降である必要があるため、医療機関ごとにカウントが必要。)



## パターン2(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No. 2

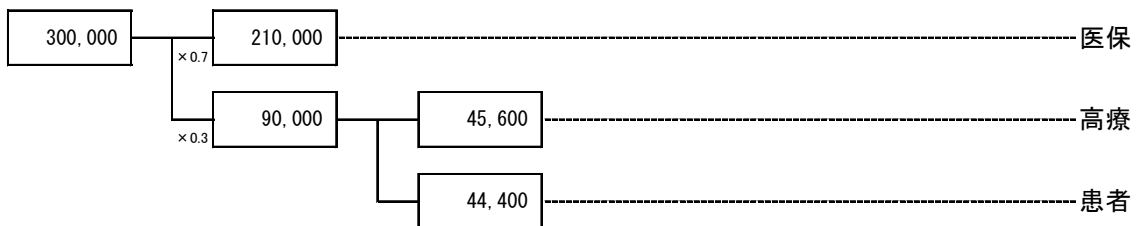
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ  
 ・保険診療は多数回該当が適用

### レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 3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区エ							診療 実 日 数		保 険 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		食 事 ・ 生 活 療 養	保 険	回	請 求 円	※決 定 円	(標 準 負 担 額) 円						
	公 費 ①	30,000		44,400			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	255,600 円
(高額再掲 肝がん	45,600 円)
患者	0 円
	44,400 円

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。  
 肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン2(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回未満(今回で2回目)
医療費の状況	・入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」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



本事例は、入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えていますが、今回を含み過去1年間で2回目であるため、助成の対象(現物給付)とはならず、カウントのみとなります。

本事例は、既に保険診療の高額療養費が多数回に該当している事例ですので、入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「②多数回該当の場合」の高額療養費算定基準額を超えている場合はB欄に「△入」と記載します。

⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(多数回該当の高額療養費算定基準額)を記載します。

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

◇	◇	◆	◆	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◆	◆	◆	◆	◆
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○	特記事項がある場合○	①関係医療の医療費総額(10割)	②関係医療の自己負担額 ※円単位	③の月間累計 ※円単位	④ ※1	⑤関係医療の自己負担額 ※円単位	⑥の月間累計 ※円単位	⑦ ※2	⑧同じ月に入院欄の⑨と外来欄の⑩との記載がある場合、その合計額 ※3	⑪関係医療の窓口支払額
R3 10/8	R3 10/24		〇〇病院			300,000	90,000	90,000	○					44,400

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

○: 入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合(現物給付の場合)

△: 高療基準額(入院・外来高療基準額)を超えた場合(上記の場合を除く)

(多数回該当がある高療基準額を超えた場合)

▲: 70歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合(多数回該当が無い高療基準額を超えた場合)

肝がん事業の月数要件のカウント方法: B欄に「○」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。

(1月に複数ある場合でもカウントは1回。)

保険診療上の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。

(1月に△入+△外のように△が2個ある場合でもカウントは1回。)

現物給付(特定疾病給付対象療養)の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の○の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。(同一の医療機関のカウントが4回目以降である必要があるため、医療機関ごとにカウントが必要。)



パターン3(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回以上(今回で4回目)
医療費の状況	・入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えている ・入院関係医療で現物給付を実施



本事例は、入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えており、今回を含み過去1年間で3回目以上あるため、助成の対象(現物給付)となります。B欄の12月には「○入」と記載し、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(10,000円)を記載します。

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

◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
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○	特記事項がある場合○	①関係医療の医療費総額(10割)	②関係医療の自己負担額 ※円単位	③の月間累計 ※円単位	④ ※1	⑤関係医療の自己負担額 ※円単位	⑥の月間累計 ※円単位	⑦ ※2	⑧ 同じ月に入院欄の⑨と外来欄の⑩の記載がある場合、その合計額 ※3	⑪ 関係医療の窓口支払額
R3 12/2	R3 12/19		〇〇病院			200,000	60,000	60,000	○					10,000

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

- : 入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合(現物給付の場合)
- △: 高療基準額(入院・外来高療基準額)を超えた場合(上記の場合を除く)  
(多数回該当がある高療基準額を超えた場合)
- ▲: 70歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合(多数回該当が無い高療基準額を超えた場合)

肝がん事業の月数要件のカウント方法: B欄に「○」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。

(1月に複数ある場合でもカウントは1回。)

保険診療上の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。

(1月に△入+△外のように△が2個ある場合でもカウントは1回。)

現物給付(特定疾病給付対象療養)の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の○の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。(同一の医療機関のカウントが4回目以降である必要があるため、医療機関ごとにカウントが必要。)

## パターン4(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### 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300,000円)と保険診療(同50,000円)

#### レセプト記載例

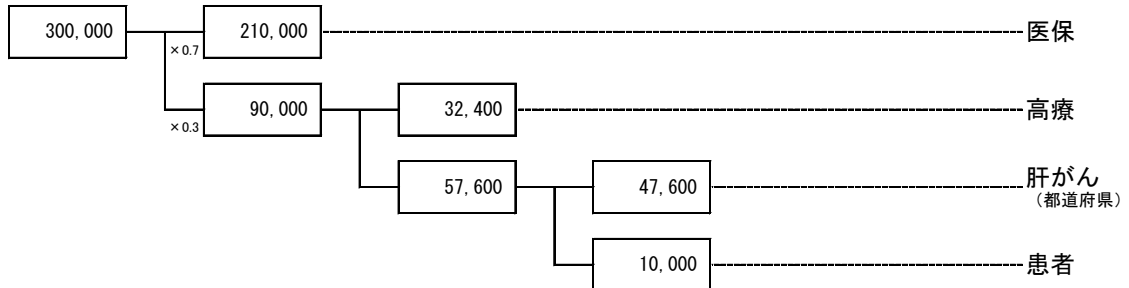
診療報酬明細書(医科入院)										令和 4年 2月分							
-										-							
公費負担者 番号①					3	8				6	0	2	公費受給者 番号①				
公費負担者 番号②										公費受給者 番号②							
氏名										特記事項							
職務上の事由										29区エ							
										※高額療養費							
										円							
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額		円		食事・生活療養	回数	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円		
		35,000		(57,600)	72,600		0		0					0			
	公費①	30,000		10,000					公費①								
	公費②								公費②								

1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
0	6		

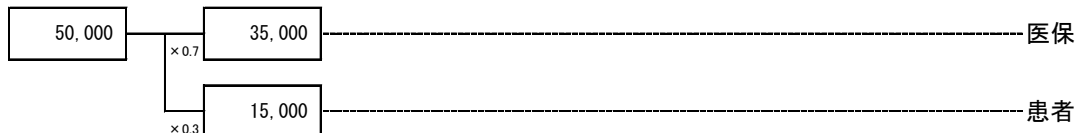
診療 実日 数	保 険 公 ① 公 ②	16
	公 ① 公 ②	16

#### 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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン4(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回以上(今回で4回目)
医療費の状況	・入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えている ・入院関係医療で現物給付を実施



本事例は、入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えており、今回を含み過去1年間で3回目以上あるため、助成の対象(現物給付)となります。B欄の2月には「○入」と記載し、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(10,000円)を記載します。

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

◇	◇	◆	◆◆	◇	◇◆	◇	◇	◇	◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
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○	特記事項がある場合○	① 関係医療の医療費総額(10割)	② 関係医療の自己負担額 ※円単位	③ の月間累計 ※円単位	④ ※1	⑤ 関係医療の自己負担額 ※円単位	⑥ の月間累計 ※円単位	⑦ ※2	⑧ 同じ月に入院欄の⑨と外来欄の⑩の記載がある場合、その合計額 ※3	⑪ 関係医療の窓口支払額
R4 2/5	R4 2/20		〇〇病院			300,000	90,000	90,000	○					10,000

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

- : 入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合(現物給付の場合)
- △: 高療基準額(入院・外来高療基準額)を超えた場合(上記の場合を除く)  
(多数回該当がある高療基準額を超えた場合)
- ▲: 70歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合(多数回該当が無い高療基準額を超えた場合)

肝がん事業の月数要件のカウント方法: B欄に「○」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。

(1月に複数ある場合でもカウントは1回。)

保険診療上の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。

(1月に△入+△外のように△が2個ある場合でもカウントは1回。)

現物給付(特定疾病給付対象療養)の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の○の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。(同一の医療機関のカウントが4回目以降である必要があるため、医療機関ごとにカウントが必要。)





パターン5①(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回以上(今回で5回目)
医療費の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えている</li> <li>・入院関係医療で現物給付を実施</li> <li>・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</li> <li>・他の公費負担医療の支払額(自己負担額)は10,000円</li> </ul>



本事例は、入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えており、今回を含み過去1年間で3回目以上あるため、助成の対象(現物給付)となります。B欄の3月には「○入」と記載し、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(10,000円)を記載します。

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

◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
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○	特記事項がある場合○	①関係医療の医療費総額(10割)	②関係医療の自己負担額 ※円単位	③の月間累計 ※円単位	※1	④関係医療の自己負担額 ※円単位	⑤の月間累計 ※円単位	※2	⑥同じ月に入院欄の②と外来欄の③の記載がある場合、その合計額 ※3	⑦関係医療の窓口支払額
R4 3/2	R4 3/12		〇〇病院			200,000	60,000	60,000	○					10,000

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

- : 入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合(現物給付の場合)
- △: 高療基準額(入院・外来高療基準額)を超えた場合(上記の場合を除く)  
(多数回該当がある高療基準額を超えた場合)
- ▲: 70歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合(多数回該当が無い高療基準額を超えた場合)

肝がん事業の月数要件のカウント方法: B欄に「○」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。

(1月に複数ある場合でもカウントは1回。)

保険診療上の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。

(1月に△入+△外のように△が2個ある場合でもカウントは1回。)

現物給付(特定疾病給付対象療養)の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の○の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。(同一の医療機関のカウントが4回目以降である必要があるため、医療機関ごとにカウントが必要。)

パターン5②(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

No. 5 ②

・No. 5 ①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) <span style="float: right;">令和 4年 3月分</span>											
					1 医科	1 社		2 2 併		1 本入	
公費負担者番号①					公費受給者番号①					保険者番号	
3 8					6 0 2					0 6	
公費負担者番号②					公費受給者番号②						
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区エ								
										11	
										11	
										11	
										11	
※高額療養費 円											
請求点 ※決定点 負担金額 円											
療 養 の 給 付	保 険	60,000				57,600					
		食 事 ・ 生 活 療 養	保 険	0				0			
				公 費 ①	60,000				10,000		
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											
	公 費 ②										
公 費 ②											

# パターン6(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

## No. 6

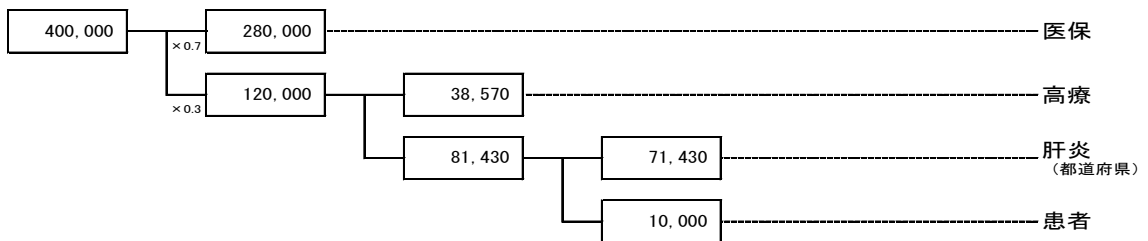
・70歳未満の適用区分(自己負担3割)で入院関係医療(医療費180,000円)と保険診療(同200,000円)及び他公費負担医療の自己負担額10,000円がある。  
 ・入院関係医療も保険診療も多数回該当が適用

### レセプト記載例

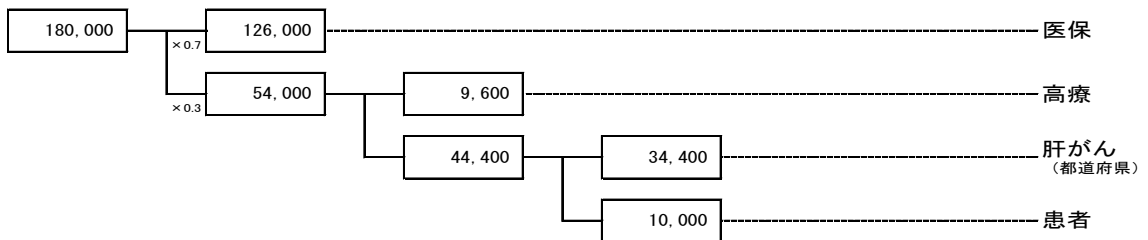
診療報酬明細書(医科入院)										令和 4年 4月分					
-										-					
公費負担者 番号①	3	8			6	0	1	公費受給者 番号①			1 医科	1 社	3 3 併	1 本入	
公費負担者 番号②	3	8			6	0	2	公費受給者 番号②			保険者番号	0	6		
氏名							特記事項								
職務上の事由							34多エ								
										診療実日数	保険	14			
											公①	14			
											公②	14			
										※高額療養費					
										円					
療養の 給付	保険	78,000		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	40,000				(81,430) (44,400)		0		0				0	
	公費②	18,000				150,230									

### 樹形図(ツリー図)

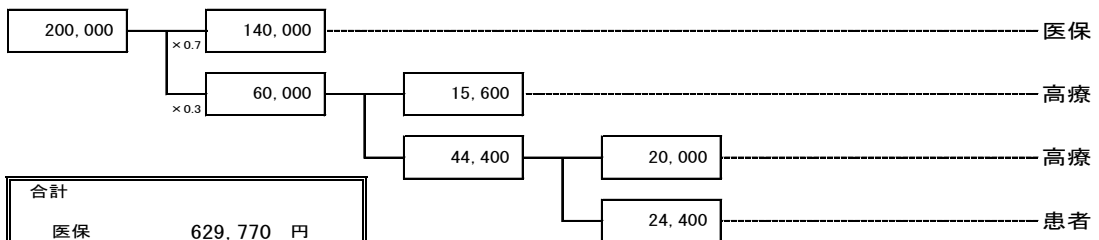
#### ◇肝炎治療特別促進事業



#### ◇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。

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。  
 肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン6(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回以上(今回で6回目)
医療費の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えている</li> <li>入院関係医療で現物給付を実施(同一の医療機関での現物給付が今回で4回目)</li> <li>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</li> <li>他の公費負担医療の支払額(自己負担額)は10,000円</li> </ul>



本事例は、入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えており、今回を含み過去1年間で3回目以上あるため、助成の対象(現物給付)となります。同一の医療機関での現物給付4回目であるため、特定疾病給付対象療養の多数回該当となり基準額が44,400円となります。B欄の4月には「○入」と記載し、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(10,000円)を記載します。

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

◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
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○	特記事項がある場合○	①関係医療の医療費総額(10割)	②関係医療の自己負担額※円単位	③の月間累計※円単位	④※1	⑤関係医療の自己負担額※円単位	⑥の月間累計※円単位	⑦※2	⑧同じ月に入院欄の②と外来欄の③の記載がある場合、その合計額※3	⑨関係医療の窓口支払額
R4 4/11	R4 4/24		〇〇病院			180,000	54,000	54,000	○					10,000

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

- : 入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合(現物給付の場合)
- △: 高療基準額(入院・外来高療基準額)を超えた場合(上記の場合を除く)  
(多数回該当がある高療基準額を超えた場合)
- ▲: 70歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合(多数回該当が無い高療基準額を超えた場合)

肝がん事業の月数要件のカウント方法: B欄に「○」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。  
(1月に複数ある場合でもカウントは1回。)

保険診療上の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。  
(1月に△入+△外のように△が2個ある場合でもカウントは1回。)

現物給付(特定疾病給付対象療養)の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の○の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。(同一の医療機関のカウントが4回目以降である必要があるため、医療機関ごとにカウントが必要。)

# パターン7(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

No. 7

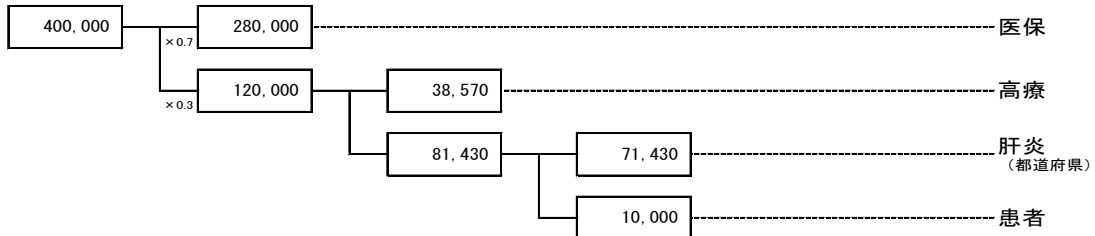
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同100,000円）及び他公費負担医療の自己負担額10,000円がある。

## レセプト記載例

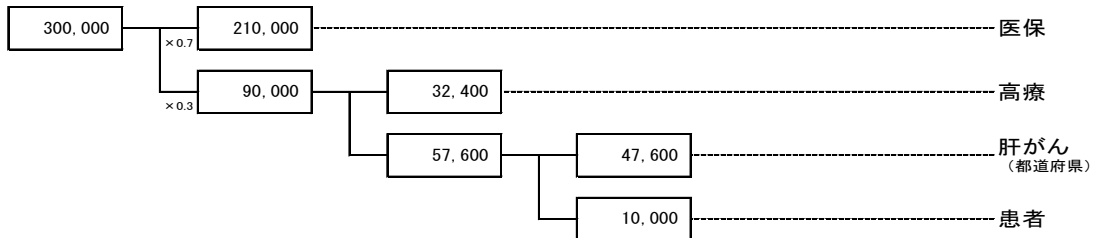
診療報酬明細書(医科入院)										令和 4年 9月分									
-										-									
公費負担者番号①										3	8			6	0	1	公費受給者番号①		
公費負担者番号②										3	8			6	0	2	公費受給者番号②		
氏名										特記事項		29区工		診療日数		8			
職務上の事由														保険公①		8			
														保険公②		8			
										※高額療養費 円									
										請求 円					請求 円				
										※決定 円					※決定 円				
										(標準負担額) 円					(標準負担額) 円				
療養の給付										請求 80,000					請求 0				
保険										負担金額 (81,430)					負担金額 0				
										(57,600)									
										169,030									
公費①										40,000					10,000				
公費②										30,000					10,000				

## 樹形図 (ツリー図)

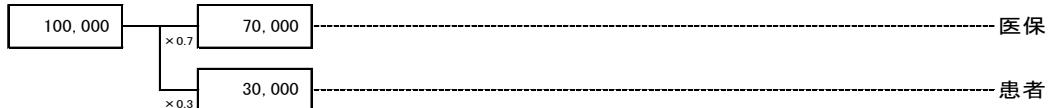
### ◇肝炎治療特別促進事業



### ◇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。

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン7(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回以上(今回で7回目)
医療費の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えている</li> <li>同一の医療機関での現物給付が前回までに4回あったが、特定疾病給付対象療養の多数回該当のカウントは医療機関ごとに行うため、転院先では特定疾病給付対象療養のカウントは1回目</li> <li>他の公費負担医療の支払額(自己負担額)は10,000円</li> </ul>



本事例は、入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えており、今回を含み過去1年間で3回目以上あるため、助成の対象(現物給付)となります。特定疾病給付対象療養の多数回該当のカウントについては、医療記録票の医療機関名を確認し、同一の医療機関で4回目かどうかを判断します。B欄の9月には「○入」と記載し、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(10,000円)を記載します。

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

◇	◇	◆	◆	◇	◇	◆	◇	◇	◇	◇	◆	◆	◆	◆	◆
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○	特記事項がある場合○	①関係医療の医療費総額(10割)	②関係医療の自己負担額 ※円単位	③の月間累計 ※円単位	④ ※1	⑤関係医療の自己負担額 ※円単位	⑥の月間累計 ※円単位	⑦ ※2	⑧同じ月に入院欄の⑨と外来欄の⑩の記載がある場合、その合計額 ※3	⑪関係医療の窓口支払額	
R4 9/20	R4 9/27		◇◇病院			300,000	90,000	90,000	○					10,000	

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

- : 入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合(現物給付の場合)
- △: 高療基準額(入院・外来高療基準額)を超えた場合(上記の場合を除く)  
(多数回該当がある高療基準額を超えた場合)
- ▲: 70歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合(多数回該当が無い高療基準額を超えた場合)

肝がん事業の月数要件のカウント方法: B欄に「○」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。  
(1月に複数ある場合でもカウントは1回。)

保険診療上の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。  
(1月に△入+△外のように△が2個ある場合でもカウントは1回。)

現物給付(特定疾病給付対象療養)の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の○の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。(同一の医療機関のカウントが4回目以降である必要があるため、医療機関ごとにカウントが必要。)

## パターン8(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No. 8

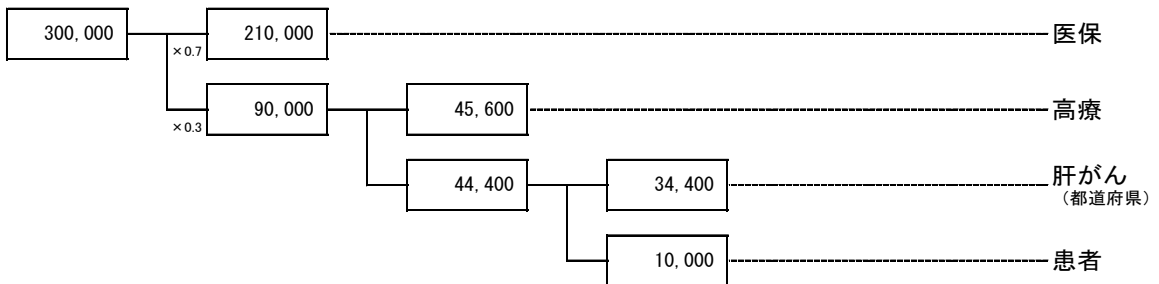
- ・70歳未満の適用区分工(自己負担3割)で入院関係医療(医療費300,000円)と保険診療(同180,000円)がある
- ・入院関係医療は多数回該当が適用

### レセプト記載例

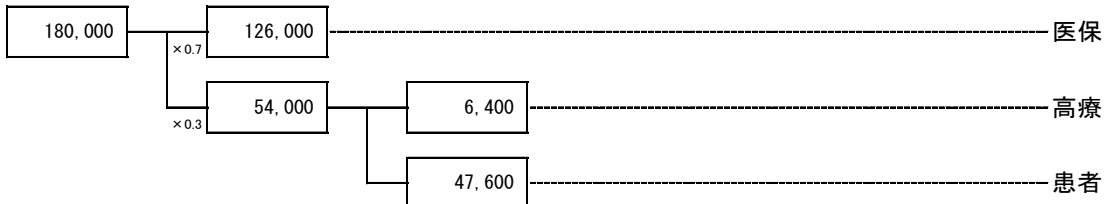
診療報酬明細書(医科入院)										令和 4年 11月分						
-										-						
公費負担者 番号①	3	8			6	0	2	公費受給者 番号①			1 医科	0	6	1 社	2 2 併	1 本入
公費負担者 番号②								公費受給者 番号②			保険者番号	0	6			
氏名							特記事項									
職務上の事由							34多工									
※高額療養費 円																
療養の給付	保険	請求	点	※決定	点	負担金額	円	食 事 ・ 生 活 療 養	回	請求	円	※決定	円	(標準負担額) 円		
	公費①	48,000				(44,400) 92,000		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



#### ◇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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。



パターン8(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回以上(今回で7回目)
医療費の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えている</li> <li>入院関係医療で現物給付を実施(同一の医療機関での現物給付が今回で7回目)</li> </ul>



本事例は、入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えており、今回を含み過去1年間で3回目以上あるため、助成の対象(現物給付)となります。特定疾病給付対象療養の多数回該当のカウントについては、医療記録票の医療機関名を確認し、同一の医療機関で4回目かどうかを判断します。B欄の11月には「〇入」と記載し、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(10,000円)を記載します。

A欄	高額療養費算定基準額	①入院	57,600	円		
		②多数回該当の場合	44,400	円		
		③外来	57,600	円		
B欄	R3年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月
	△入		△入		〇入	
	R4年					
	2月	3月	4月	5月	6月	7月
	〇入	〇入	〇入			〇入
	R4年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月
		〇入		〇入		

◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
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○	特記事項がある場合○	①関係医療の医療費総額(10割)	②関係医療の自己負担額※円単位	③の月間累計※円単位	④※1	⑤関係医療の自己負担額※円単位	⑥の月間累計※円単位	⑦※2	⑧同じ月に入院療養の⑨と外来療養の⑩の記載がある場合、その合計額※3	⑪関係医療の窓口支払額
R4 11/7	R4 11/19		◇◇病院			300,000	90,000	90,000	〇					10,000

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

- 〇: 入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合(現物給付の場合)
- △: 高療基準額(入院・外来高療基準額)を超えた場合(上記の場合を除く)  
(多数回該当がある高療基準額を超えた場合)
- ▲: 70歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合(多数回該当が無い高療基準額を超えた場合)

肝がん事業の月数要件のカウント方法: B欄に「〇」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。  
(1月に複数ある場合でもカウントは1回。)

保険診療上の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。  
(1月に△入+△外のように△が2個ある場合でもカウントは1回。)

現物給付(特定疾病給付対象療養)の多数回該当の判定方法: 過去12か月以内の〇の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。(同一の医療機関のカウントが4回目以降である必要があるため、医療機関ごとにカウントが必要。)



## パターン9(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No.9

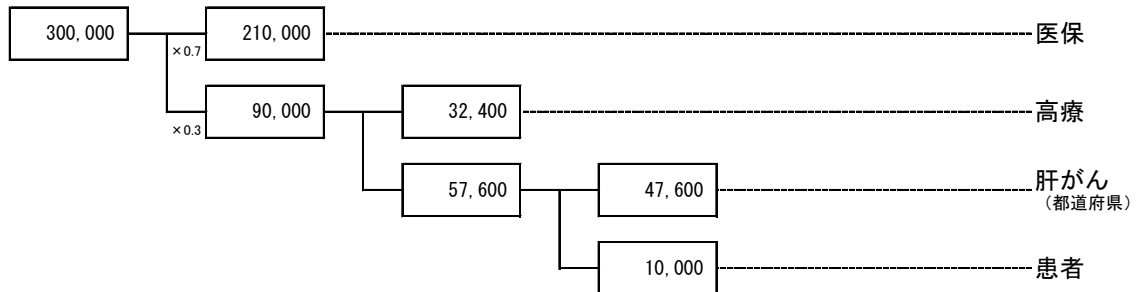
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同100,000円）がある

### レセプト記載例

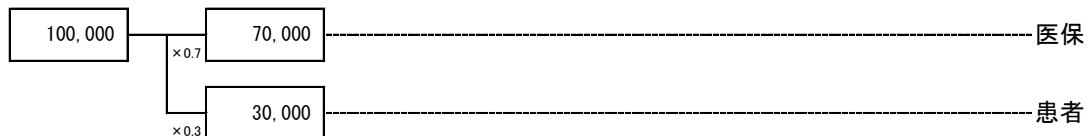
診療報酬明細書(医科入院)										令和 5年 1月分			
-										-			
公費負担者 番号①	3	8			6	0	2	公費受給者 番号①		1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
公費負担者 番号②								公費受給者 番号②		0	6		
氏名								特記事項					
職務上の事由								29区工					
										診療 実 日 数	保 険 公 ① 公 ②	11	11
										※高額療養費 円			
療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決 定 点	負 担 金 額 円		回		請 求 円	※決 定 円	(標 準 負 担 額) 円			
	公 費 ①	40,000		(57,600) 87,600		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



#### ◇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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン9(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回以上(今回で7回目)
医療費の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えている</li> <li>・入院関係医療で現物給付を実施(同一の医療機関での現物給付が今回で7回目)</li> </ul>



本事例は、入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えており、今回を含み過去1年間で3回目以上あるため、助成の対象(現物給付)となります。

特定疾病給付対象療養の多数回該当のカウントについては、医療記録票の医療機関名を確認し、同一の医療機関で4回目かどうかを判断します。

B欄の1月には「○入」と記載し、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(10,000円)を記載します。

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

◇	◇	◆	◆	◇	◇	◆	◇	◇	◇	◇	◆	◆	◆	◆	◆
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○	特記事項がある場合○	①関係医療の医療費総額(10割)	②関係医療の自己負担額※円単位	③の月間累計※円単位	④※1	⑤関係医療の自己負担額※円単位	⑥の月間累計※円単位	⑦※2	⑧同じ月に入院欄の②と外来欄の③の記載がある場合、その合計額※3	⑨関係医療の窓口支払額	
R5 1/8	R5 1/18		◇◇病院			300,000	90,000	90,000	○					10,000	

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

○:入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合(現物給付の場合)

△:高療基準額(入院・外来高療基準額)を超えた場合(上記の場合を除く)

(多数回該当がある高療基準額を超えた場合)

▲:70歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合(多数回該当が無い高療基準額を超えた場合)

肝がん事業の月数要件のカウント方法:B欄に「○」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。

(1月に複数ある場合でもカウントは1回。)

保険診療上の多数回該当の判定方法:過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。

(1月に△入+△外のように△が2個ある場合でもカウントは1回。)

現物給付(特定疾病給付対象療養)の多数回該当の判定方法:過去12か月以内の○の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。(同一の医療機関のカウントが4回目以降である必要があるため、医療機関ごとにカウントが必要。)

# パターン10(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

## No. 1 0

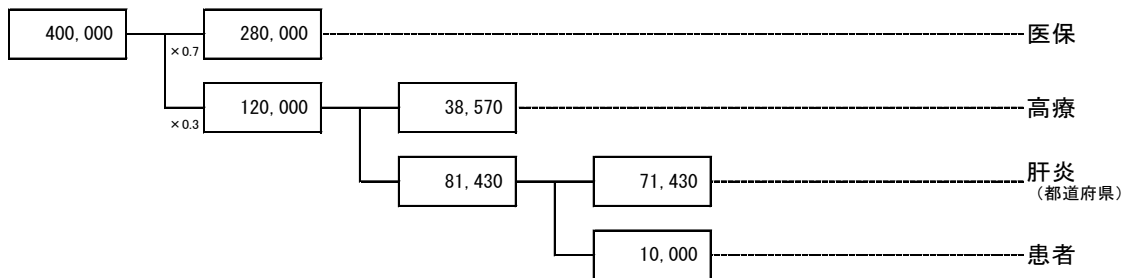
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同100,000円）及び他公費負担医療の自己負担額10,000円（No7と同じ）。  
 ・肝がん事業の現物給付が行われなかった→**肝炎と保険診療のレセプトが作成される**

### レセプト記載例

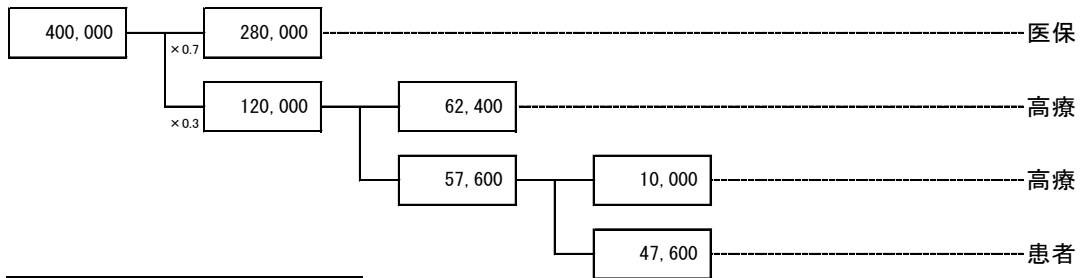
診療報酬明細書(医科入院) 令和 4年 9月分										1 医科 1 社 2 2 併 1 本入			
- - - - - - - - - - -										保険者番号 0 6			
公費負担者 番号① 3 8					公費受給者 番号①								
公費負担者 番号②					公費受給者 番号②								
氏名			特記事項							診療実日数		8	
職務上の事由			29区工							公①		8	
										公②			
										※高額療養費 円			
療養の給付		保険	請求点	※決定点	負担金額 (81,430) 円	食事・生活療養	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円			
			80,000		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。

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン10(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回以上(今回で7回目)
医療費の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えている</li> <li>・本来は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が、何らかの理由でできなかった。 (特定疾病給付対象療養とならない)</li> <li>・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。</li> <li>・他の公費負担医療の支払額(自己負担額)が10,000円</li> </ul>



本事例は、入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えており、今回を含み過去1年間で3回目以上あるため、助成の対象(現物給付)となります。

特定疾病給付対象療養の多数回該当のカウントについては、医療記録票の医療機関名を確認し、同一の医療機関で4回目かどうかを判断します。

現物給付が可能ですが、何らかの理由で出来なかったため、B欄の9月には「△入」と記載し、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(47,600円※)を記載します。  
※窓口負担額57,600円-肝炎治療特別促進事業の自己負担額10,000円=47,600円(肝炎治療特別促進事業の自己負担額10,000円については、「肝炎治療自己負担限度月額管理票」に記載します。)

この場合、患者から都道府県に対して償還請求を行うことで、医療費の助成を受けることができます。

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

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
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○	特記事項がある場合○	①関係医療の医療費総額(10割)	②関係医療の自己負担額 ※円単位	③の月間累計 ※円単位	④ ※1	⑤関係医療の自己負担額 ※円単位	⑥の月間累計 ※円単位	⑦ ※2	⑧同じ月に入院欄の⑨と外来欄の⑩の記載がある場合、その合計額 ※3	⑪関係医療の窓口支払額
R4 9/20	R4 9/27		◇◇病院			300,000	90,000	90,000	○					47,600

(省略)

## パターン11①(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No.11①

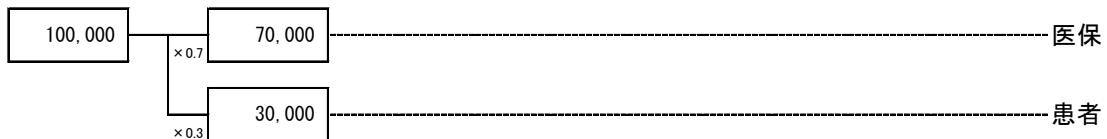
・同じ月に2回入院した場合の1回目の入院の退院時に作成されるレセプト(2回目の入院後はNo11②のレセプトとなる)  
 ・70歳未満の適用区分工(自己負担3割)で入院関係医療(医療費100,000円)がある ・入院関係医療は多数回該当が適用

### レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 4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			職上の事由		29区エ		診療実日数		13						
※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	10,000				0	0					0					
	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

パターン11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No11②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。

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。  
 肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン11①②(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回以上(2回目の入院で7回目)
医療費の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えている</li> <li>・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・・・入院関係医療のみ 入院関係医療の医療費100,000円(自己負担額:30,000円) 2回目の入院・・・入院関係医療と保険診療 入院関係医療の医療費300,000円(自己負担額:90,000円)</li> <li>・2回目の入院関係医療は現物給付を実施</li> <li>・特定疾病給付対象療養は多数回該当</li> </ul>



本事例は、1回目の入院時は、

- ・入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えていないため、助成対象外となります。
- ・B欄には何も記載せず、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(30,000円)を記載します。

2回目の入院時は、

- ・入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えており、今回を含み過去1年間で3回目以上あるため、助成の対象(現物給付)となります。
- ・特定疾病給付対象療養の多数回該当のカウントについては、医療記録票の医療機関名を確認し、同一の医療機関で4回目かどうかを判断します。
- ・B欄の1月には「〇入」と記載し、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(10,000円)を記載します。

この事例の場合、1回目の支払いの30,000円は、患者から都道府県に対して償還請求を行うことで、医療費の助成を受けることができます。

A欄	高額療養費算定基準額	①入院	57,600	円		
		②多数回該当の場合	44,400	円		
		③外来	57,600	円		
B欄	R3年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月
	△入		△入		〇入	
	R4年					
	2月	3月	4月	5月	6月	7月
	〇入	〇入	〇入			〇入
	R4年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月
		〇入		〇入		

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
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○	特記事項がある場合○	①関係医療の医療費総額(10割)	②関係医療の自己負担額 ※円単位	③の月間累計 ※円単位	④ ※1	⑤関係医療の自己負担額 ※円単位	⑥の月間累計 ※円単位	⑦ ※2	⑧ 同じ月に入院欄の⑧と外来欄の⑨の記載がある場合、その合計額 ※3	⑩ 関係医療の窓口支払額
R4 11/7	R4 11/19		◇◇病院			100,000	30,000	30,000						30,000
R4 11/23	R4 11/30		◇◇病院			300,000	90,000	120,000	〇					10,000

(省略)



## パターン12①(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No. 1 2 ①

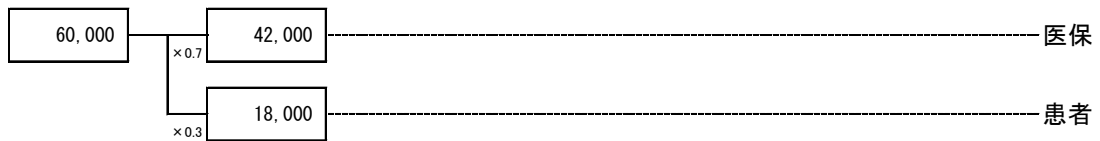
・同じ月に2回入院した場合の1回目の入院の退院時に作成されるレセプト（2回目の入院後はNo1 2 ②のレセプトとなる）  
 ・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で同一医療機関で入院関係医療が2回（1回目の医療費60,000円、2回目の医療費140,000円）

### レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 3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							公 ②																			
										※高額療養費 円																			
										保 険		回		請 求 円		※決定 円		(標準負担額) 円											
療養の給付										食 事 ・ 生 活 療 養		0		0				0											
保 険										公 費 ①																			
公 費 ②										公 費 ②																			
請 求 点										※決定 点										負担金額 円									
6,000																													

### 樹形図 (ツリー図)

#### ◇保険診療



合計	
医療	42,000 円
(高額再掲)	0 円
肝がん	0 円
患者	18,000 円

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。



## パターン12②(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No.12②

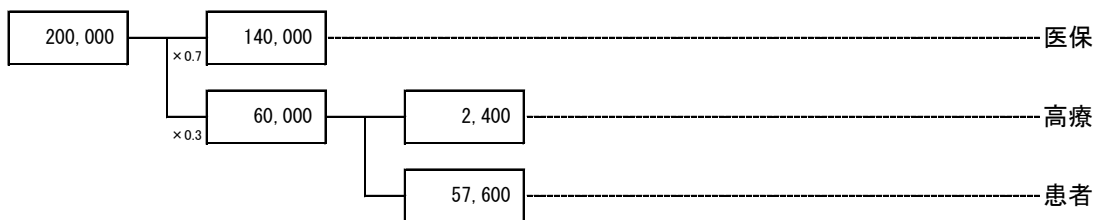
- ・同じ月に2回入院した場合の2回目の入院の退院時に作成されるレセプト（1回目の入院後はNo12①のレセプトとなる）
- ・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で同一医療機関で入院関係医療が2回（1回目の医療費60,000円、2回目の医療費140,000円）
- ※現物給付（自己負担額1万円）にしなかった場合のレセプト

### レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)								令和 3年 11月分			
-						-		1 医科	1 社	1 単独	1 本入
公費負担者 番号①						公費受給者 番号①		保険者番号	0	6	
公費負担者 番号②						公費受給者 番号②					
氏名							特記事項				
職務上の事由							29区エ				
								診療実日数	保険	21	
								公①			
								公②			
								※高額療養費 円			
療養の給付	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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン12①②(医療記録票記載例)

所得区分	70歳未満で所得区分が「エ」(自己負担割合は3割)
カウント状況	今回を含み過去1年間で3回以上(2回目の入院で10回目)
医療費の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えている</li> <li>・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・・・入院関係医療のみ 入院関係医療の医療費60,000円(自己負担額:18,000円)</li> <li>2回目の入院・・・入院関係医療のみ 入院関係医療の医療費140,000円(自己負担額:42,000円)</li> <li>・それぞれの入院の入院関係医療の自己負担額が「①入院」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</li> <li>・当該月の保険診療(本事業以外に係る医療費)はなし</li> </ul>



本事例は、1回目の入院時は、

- ・入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えていないため、助成対象外となります。
- ・B欄には何も記載せず、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(18,000円)を記載します。

2回目の入院時は、

- ・入院関係医療の自己負担額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えていないため、助成対象外となります。
- ・1回目と2回目の入院関係医療の自己負担額の合計額がA欄「①入院」の高額療養費算定基準額を超えており、今回を含み過去1年間で3回目以上あるため助成の対象となりますが、1回での入院関係医療の自己負担額が基準額を超えていないため、原則として現物給付とならず、償還払いとなります。
- ・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となります。
- ・B欄の11月には「△入」と記載し、⑥関係医療の窓口支払額には、患者が窓口で支払う額(39,600円※)を記載します。

※A欄「①入院」の高額療養費算定基準額57,600円-1回目の自己負担額18,000円  
=39,600円

この事例の場合、患者から都道府県に対して償還請求を行うことで、医療費の助成を受けることができます。

(※この場合、原則的には上記の処理となります。)

パターン12①②(医療記録票記載例) 続き

A 欄	高額療養費 算定基準額		①入院			57,600	円
			②多数回該当の場合			44,400	円
			③外来			57,600	円
B 欄	R2 年						
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	
					○入		
	R3 年						
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	
	○入	○入	○入		○入	○入	
	R3 年						
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	
	○入	○入	○入	△入			
	年						
	2月	3月	4月	5月	6月	7月	

◇	◇	◆	◇◆	◇	◇	◇◆	◇	◇	◇	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆
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○	特記事 項があ る場合 ○	① 関係医療の 医療費総額 (10割)	② 関係医療の 自己負担額 ※円単位	③ の月間累 計 ※円単位	④ ※1	⑤ 関係医療の 自己負担額 ※円単位	⑥ の月間累 計 ※円単位	⑦ ※2	⑧ 同じ月に入 院欄の⑤と 外来欄の⑨ の記載があ る場合,そ の合計額 ※3	⑩ 関係医療の 窓口支払額
R3 11/7	R3 11/19		◇◇病院			60,000	18,000							18,000
R3 11/23	R3 11/30		◇◇病院			140,000	42,000	60,000	○					39,600

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

## パターン12③(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No. 12③

- ・同じ月に2回入院した場合の2回目の入院の退院時に作成されるレセプト(1回目の入院後はNo12①のレセプトとなる)
- ・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)
- ※**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

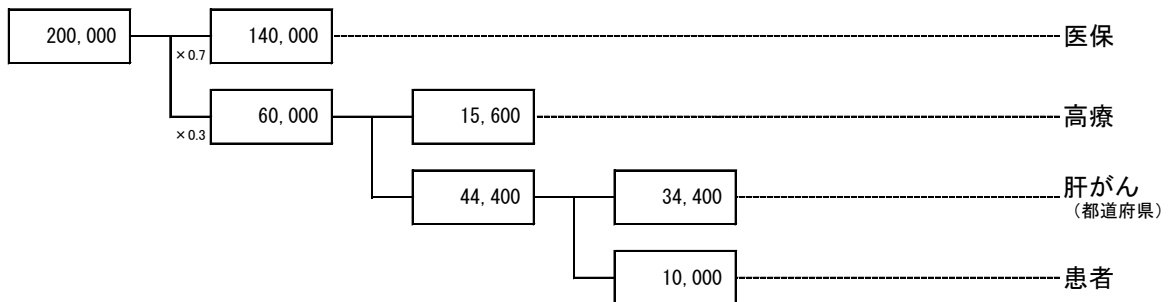
診療報酬明細書(医科入院)										令和 3年 11月分						
-										-						
公費負担者 番号①	3	8			6	0	2	公費受給者 番号①								
公費負担者 番号②								公費受給者 番号②								
氏名							特記事項									
職務上の事由							34多工									
										※高額療養費						
										円						
療養の給付	保険	請求	点	※決定	点	負担金額	円	食 事 ・ 生 活 療 養	保 険	回	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円
	公費①	20,000				44,400			0		0				0	
	公費②	20,000				10,000										

1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
0	6		

診療 実 日 数	保 険	21
	公 ①	21
	公 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	
健保	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。

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。  
肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン12③(医療記録票記載例)

A 欄	高額療養費 算定基準額		①入院			57,600 円
			②多数回該当の場合			44,400 円
			③外来			57,600 円
B 欄	R2 年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月
					○入	
	R3 年					
	2月	3月	4月	5月	6月	7月
	○入	○入	○入		○入	○入
	R3 年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月
	○入	○入	○入	○入		
	年					
	2月	3月	4月	5月	6月	7月

◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
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○	特記事 項があ る場合 ○	① 関係医療の 医療費総額 (10割)	② 関係医療の 自己負担額 ※円単位	③ ②の月間累 計 ※円単位	④ ※1	⑤ 関係医療の 自己負担額 ※円単位	⑥ ②の月間累 計 ※円単位	⑦ ※2	⑧ 同じ月に入 院欄の⑨と 外来欄の⑩ の記載があ る場合、そ の合計額 ※3	⑪ 関係医療の 窓口支払額
R3 11/7	R3 11/30		◇◇病院			200,000	60,000		○					10,000

※医療記録票には肝がん事業の対象となる医療費のみを記載します。

パターン13①(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

No. 1 3 ①

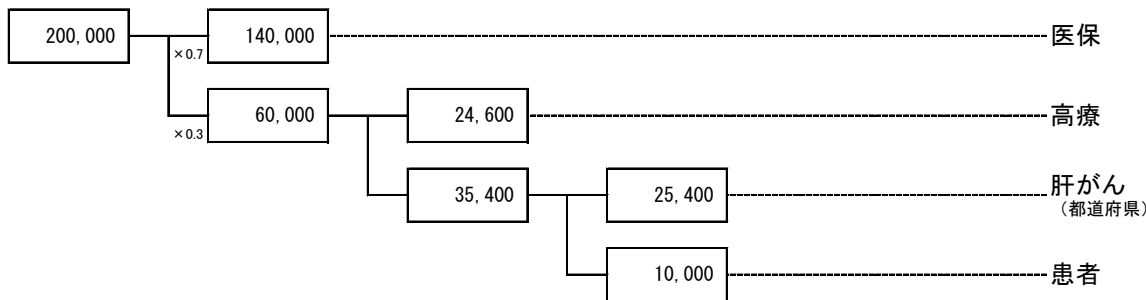
・70歳未満の適用区分(自己負担3割)で入院関係医療(医療費200,000円)のみ  
 ・多数回該当の適用なし

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分								
-										-								
公費負担者 番号①	3	8			6	0	2	公費受給者 番号①		1 医科	0	6	1 社		2 2 併		1 本入	
公費負担者 番号②								公費受給者 番号②		保険者番号	0 6							
氏名									特記事項			診療実日数	保険	10				
職務上の事由									30区オ			公①	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	保 険	回	請 求 円		※決定 円		(標準負担額) 円			
	公 費 ①	20,000				35,400			公 費 ①	0	0				0			
	公 費 ②	20,000				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



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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。  
 肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン13②(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

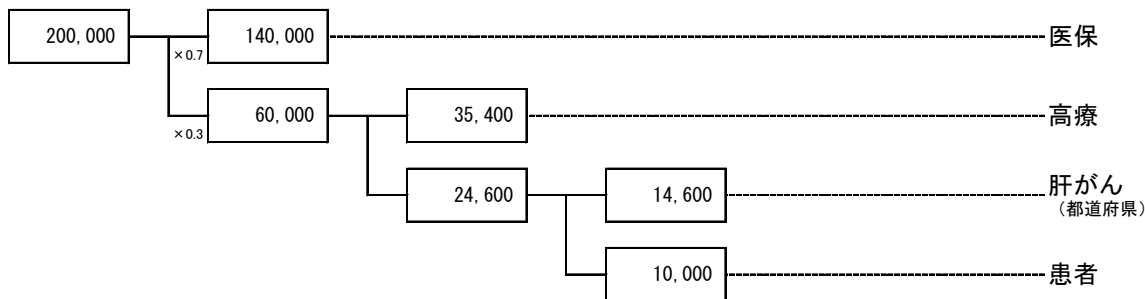
**No. 1 3 ②** ・70歳未満の適用区分才(自己負担3割)で入院関係医療(医療費200,000円)のみ  
 ・多数回該当の適用あり

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 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					診療実日数		10		
職務上の事由					35多才					公①		10		
										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		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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。  
 肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

# 【所得区分や多数回該当の有無の違いによる記載例】

## パターン14①(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No. 1 4 ①

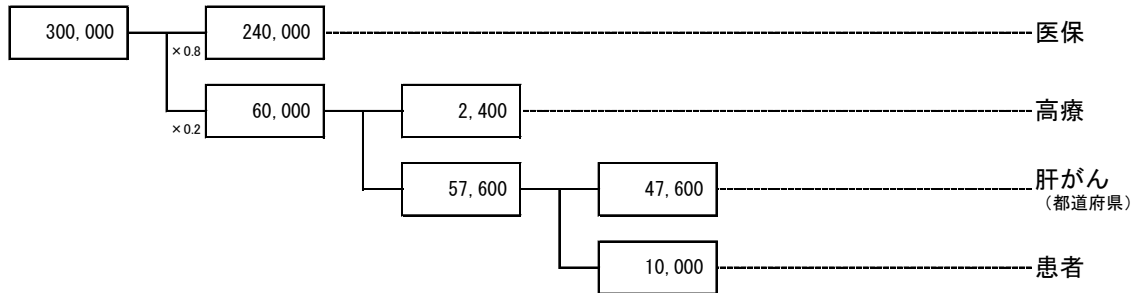
・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅲ（一般所得・自己負担2割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ  
 ・多数回該当の適用なし

### レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分			
-										-			
公費負担者 番号①	3	8			6	0	2	公費受給者 番号①		1 医科	1 社	2 2 併	7 高入一
公費負担者 番号②								公費受給者 番号②		保険者番号	0	6	
氏名				特記事項						診療 実日数	保険	10	
職務上の事由				29区エ							公①	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	保険	回	請求 円		※決定 円	(標準負担額) 円
	公費①	30,000			57,600			公費①	0	0			0
	公費②	30,000			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



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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。  
 肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。



# 【所得区分や多数回該当の有無の違いによる記載例】

## パターン14②(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

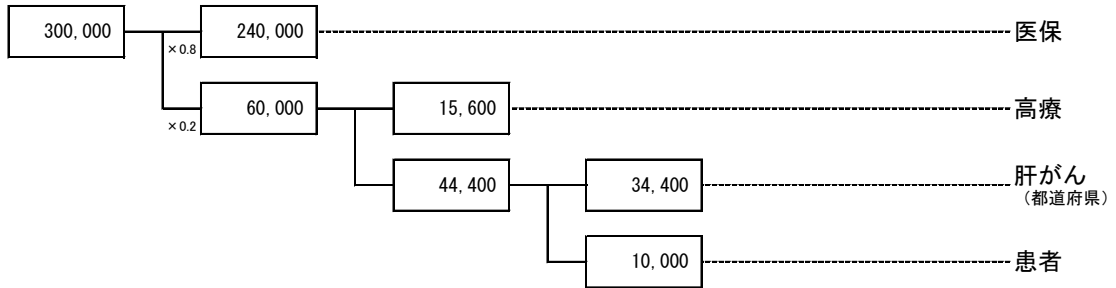
**No. 14②** ・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅲ（一般所得・自己負担2割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ  
・多数回該当の適用あり

### レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 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												
職務上の事由										34多工												
										※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	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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。  
肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

# 【所得区分や多数回該当の有無の違いによる記載例】

## パターン14③(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No. 1 4 ③

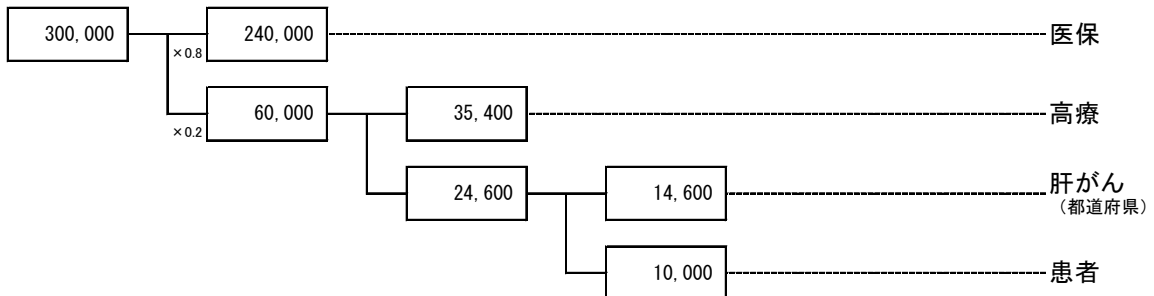
・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅱ（低所得Ⅱ・自己負担2割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ

### レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分			
										1 医科	1 社	2 2 併	7 高入
										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										30区オ			
										診療実日数			
										保険 10			
										公① 10			
										公②			
										※高額療養費 円			
										低Ⅱ			
療養の給付	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		24,600	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	275,400 円
(高額再掲)	35,400 円
肝がん	14,600 円
患者	10,000 円

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。  
肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

# 【所得区分や多数回該当の有無の違いによる記載例】

## パターン14④(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No.14④

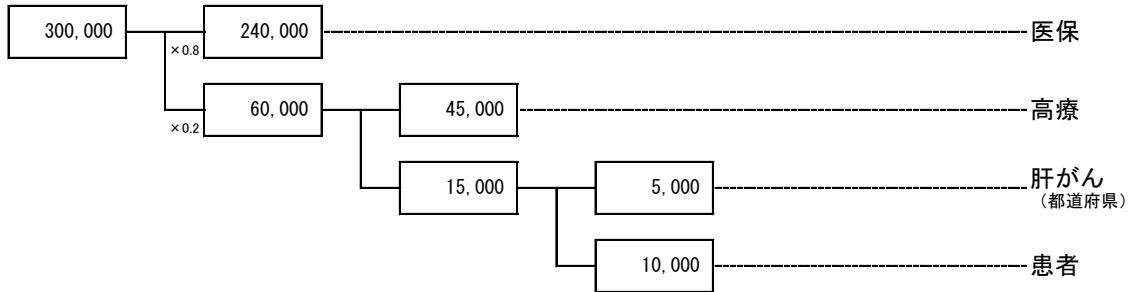
・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅰ(低所得Ⅰ・自己負担2割)で入院関係医療(医療費300,000円)のみ

### レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分					
										1 医科	1 社	2 2 併	7 高入—		
										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		10	
職務上の事由										30区才		公①		10	
												公②			
										※高額療養費 円					
										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	保 険 回	請 求 円	※決 定 円	(標 準 負 担 額) 円					
	公 費 ①	30,000		15,000			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	285,000 円
(高額再掲)	45,000 円)
肝がん	5,000 円
患者	10,000 円

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。  
肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

# 【所得区分の違いによる記載例(入院関係医療と保険診療がある場合)】

## パターン15①(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No.15 ①

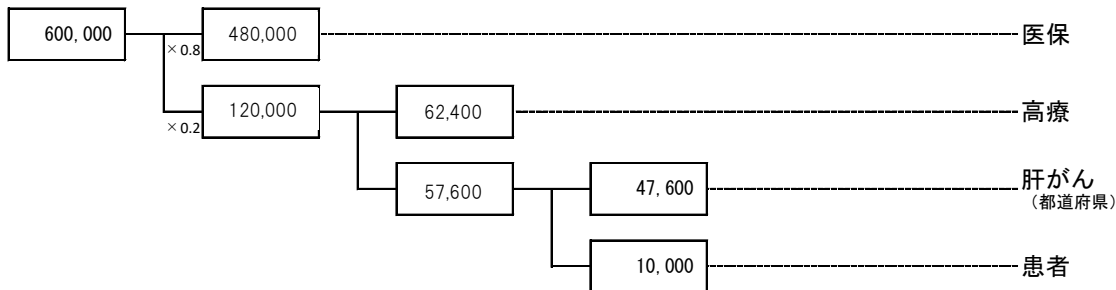
- ・75歳以上の適用区分Ⅲ(一般所得・自己負担2割)で入院関係医療(医療費600,000円)と保険診療(医療費200,000円)
- ・入院関係医療、保険診療ともに多数回該当の適用なし

### レセプト記載例

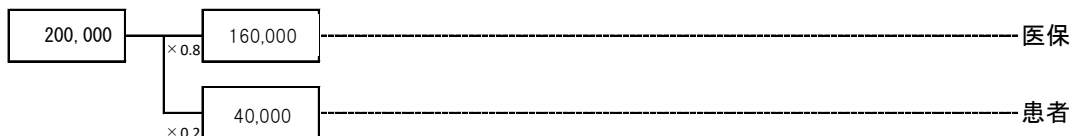
診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分					
-										-					
公費負担者番号①		3	8	6		0	2	公費受給者番号①							
公費負担者番号②								公費受給者番号②							
氏名								特記事項							
職務上の事由								41区カ							
										※高額療養費 円					
										円					
療養の給付	保険	請求点		※決定点		負担金額 円		食事・生活療養	回数	請求 円		※決定 円		(標準負担額) 円	
	公費①	80,000				(57,600) 97,600			0	0				0	
	公費②	60,000				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	702,400 円
(高額再掲)	62,400 円)
肝がん	47,600 円
患者	50,000 円

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

# 【所得区分の違いによる記載例(入院関係医療と保険診療がある場合)】

## パターン15②(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No.15 ②

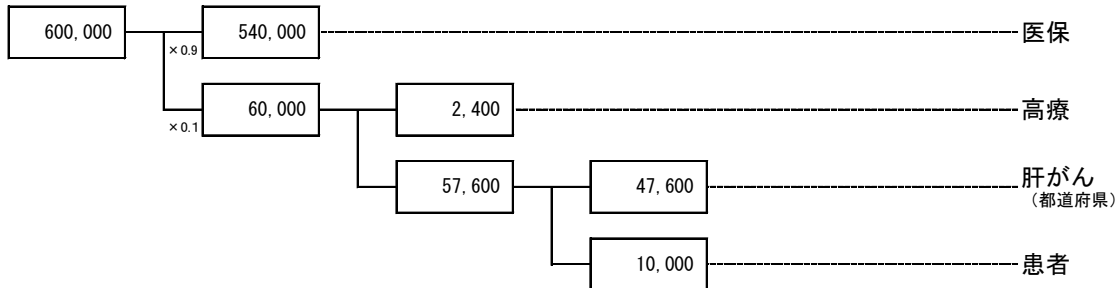
- ・75歳以上の適用区分Ⅲ(一般所得・自己負担1割)で入院関係医療(医療費600,000円)と保険診療(医療費200,000円)
- ・入院関係医療、保険診療ともに多数回該当の適用なし

### レセプト記載例

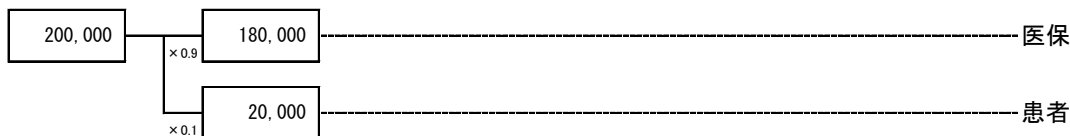
診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分					
-										-					
公費負担者 番号①	3	8			6	0	2	公費受給者 番号①							
公費負担者 番号②								公費受給者 番号②							
氏名									特記事項						
職務上の事由									42区キ						
										※高額療養費 円					
療養の 給付	保険	請求	点	※決定	点	負担金額	円	食事・ 生活療養	回数	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円
		80,000				(57,600)			0	0				0	
	公費①	60,000				77,600									
	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	722,400 円
(高額再掲)	2,400 円
肝がん	47,600 円
患者	30,000 円

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

# 【所得区分の違いによる記載例(入院関係医療と保険診療がある場合)】

## パターン15③(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No.15 ③

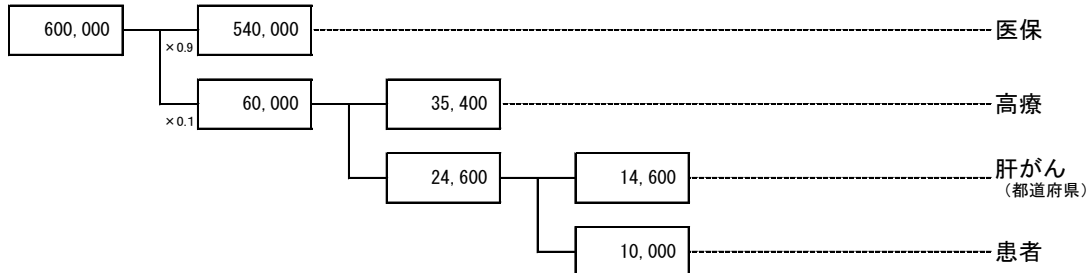
・75歳以上の適用区分Ⅱ(低所得Ⅱ・自己負担1割)で入院関係医療(医療費600,000円)と保険診療(医療費200,000円)

### レセプト記載例

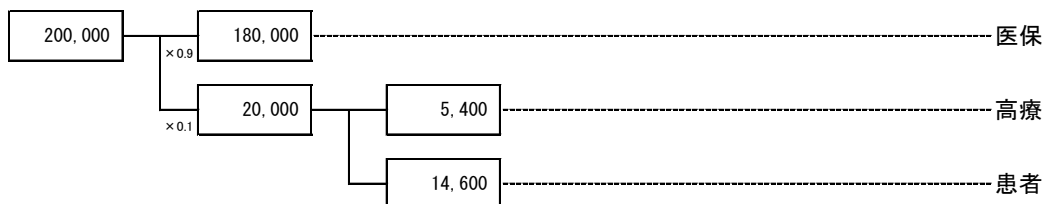
診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分										
公費負担者番号①										3	8			6	0	2	公費受給者番号①			
公費負担者番号②																	公費受給者番号②			
氏名						特記事項		30区オ				診療実日数		保険公①		10				
職務上の事由												診療実日数		保険公②		10				
										※高額療養費				円						
														低Ⅱ						
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		食	回	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円										
	公費①	80,000		(24,600) 39,200		事	0	0		0										
	公費②	60,000		10,000		生														
	公費①					活														
	公費②					療														

### 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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

# 【所得区分の違いによる記載例(入院関係医療と保険診療がある場合)】

## パターン15③(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

### No. 15 ④

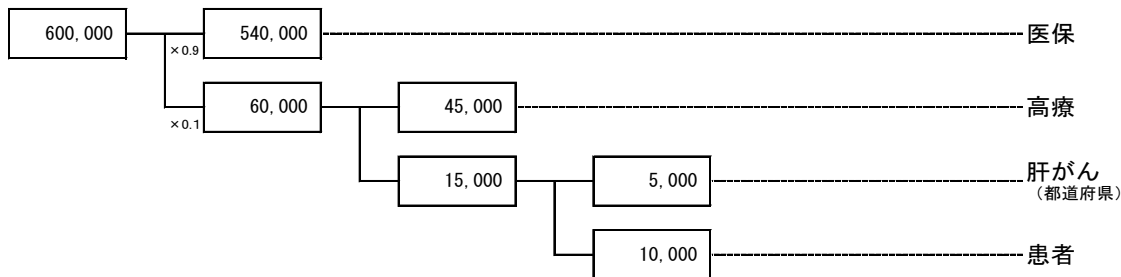
・75歳以上の適用区分Ⅰ(低所得Ⅰ・自己負担1割)で入院関係医療(医療費600,000円)と保険診療(医療費200,000円)

### レセプト記載例

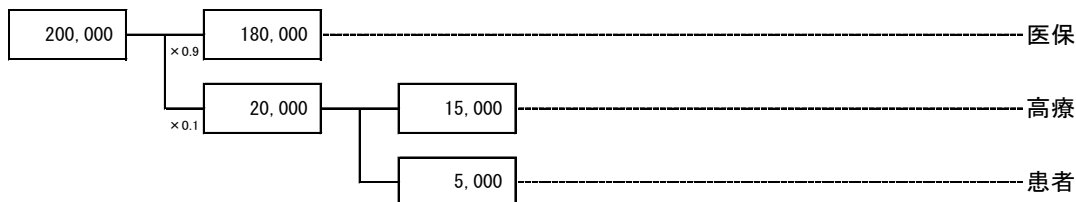
診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分																																									
公費負担者番号①										3	8			6	0	2	公費受給者番号①																																		
公費負担者番号②										公費受給者番号②																																									
氏名										特記事項																																									
職務上の事由										30区オ																																									
										1 医科				3 後期				2 2 併				7 高入一																													
保険者番号										3	9																																								
診療実日数										保険				10				10																																	
										公①				10				公②																																	
										※高額療養費										円 低Ⅰ																															
										食				保				回				請				求				円				※決定				円				(標準負担額)				円					
療養の給付										保険										80,000				※決定				円				負担金額				円				円				円				円			
										公費①										60,000				(15,000)				20,000				0				0				0				0							
										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	780,000 円
(高額再掲)	60,000 円
肝がん	5,000 円
患者	15,000 円

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン16①(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

No. 16①

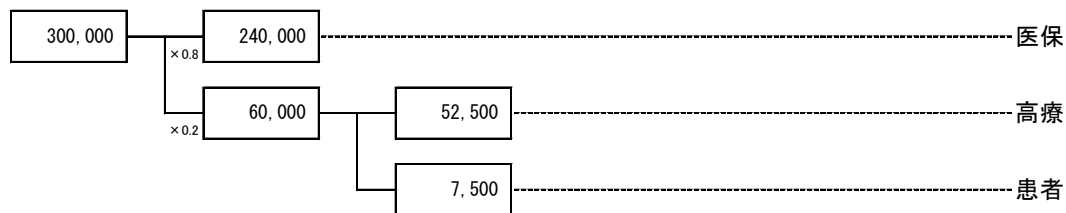
- ・74歳の適用区分Ⅰ（低所得Ⅰ・自己負担2割）の方が75歳の誕生日を迎えた場合（後期高齢においては低所得Ⅰ・自己負担1割）
- ・入院関係医療のみで74歳での医療費300,000円、75歳での医療費300,000円
- ・74歳時のレセプト（資料集6のCase 19：保険者の変更がある場合の例）

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 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		7 高入一					
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		10			
職務上の事由										30区オ						公②					
										※高額療養費				円		低Ⅰ					
														円							
請求点										※決定点				円		請求円		※決定円		(標準負担額) 円	
30,000										7,500				円		0		円		0	
療養の給付										食事・生活療養				円							
保険										回				円		円		円		円	
公費①										0				円		円		円		円	
公費②														円		円		円		円	

樹形図 (ツリー図)

◇保険診療



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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。

肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。



パターン16②(レセプト記載例)

※本事業に係る医療費のうち、入院関係医療についてのレセプト記載例です。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療については、都道府県から償還払いで助成しますので、レセプトの記載方法については、これまでの扱いと変更ありません。

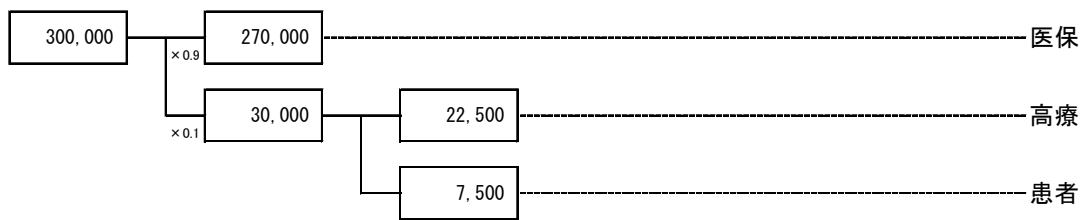
**No. 16 ②** ・74歳の適用区分Ⅰ（低所得Ⅰ・自己負担2割）の方が75歳の誕生日を迎えた場合（後期高齢においては低所得Ⅰ・自己負担1割）  
 ・入院関係医療のみで74歳での医療費300,000円、75歳での医療費300,000円  
 ・75歳時のレセプト（資料集6のCase 19：保険者の変更がある場合の例）

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 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			診療日数		保険公①		10								
職務上の事由		30区オ			診療日数		保険公②										
										※高額療養費 円							
										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							
	公費①	30,000		7,500			0	0		0							
	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

本事業に係る医療費の整理(樹形図への記載)について、入院関係医療で現物給付により助成される場合は「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」に記載し、入院関係医療で現物給付により助成されない場合は「保険診療」に記載します。  
 肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

# 【資料集7】 広島県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業取扱要領 抜粋

## 別表1

### 肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の診断・認定基準

#### 1 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

HBs抗原陽性あるいはHBV-DNA陽性のいずれかを確認する。

ただし、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、B型肝炎ウイルス性であることに含むこととする。

##### (2) C型肝炎ウイルス性であること

HCV抗体陽性あるいはHCV-RNA陽性のいずれかを確認する。

ただし、HCV抗体陽性であるとき、HCV-RNA陰性でもC型肝炎ウイルス性であることに含むこととする。

#### 2 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」とは原発性肝がん及びその転移のことをいう。

##### (1) 画像検査

造影CT, 造影MRI, 血管造影/造影下CT

##### (2) 病理検査

切除標本, 腫瘍生検

#### 3 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。

##### (1) Child-Pugh score 7点以上

##### (2) 別表3の2に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為」又は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

## 別表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

別表2

肝がん・重度肝硬変(非代償性肝硬変)の病名の判定基準(続き)

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

別表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の例示

以下の1～5は、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の一例を示したものであり、例示されていない医療行為又は今後新たに医療保険適用となる医療行為であっても、肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的であると判断される医療行為については、実施要綱3（1）で定める肝がん・重度肝硬変入院医療に該当するものとする。

1 肝がんの医療行為

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*
---------	-------------------	------------

別表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の例示（続き）

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*

\* 該当する区分の検査全てを含む。

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
---------	----------------------------	-----------

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

\* 該当する区分の検査すべてを含む。

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
---------	----------------------------	-----------

## 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の例示（続き）

### 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

##### ア 殺細胞性抗癌剤

エピルビシン，ドキソルビシン，シスプラチン，ミリプラチン，マイトマイシン C，フルオロウラシル，ゲムシタビン，テガフル・ウラシル等

##### イ 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，エブタゾシン，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。

ア バゾプレッシン受容体拮抗薬：トルバプタン

イ 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

ウ カリウム保持性利尿薬：スピロラクトン，トリアムテレン，カンレノ酸カリウム

#### （2）肝性脳症治療薬

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

#### （3）抗ウイルス治療薬

効能又は効果として「HCV-RNA 陽性のC型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善」を有する薬剤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。ただし，肝炎治療特別促進事業において，非代償性肝硬変（Child-Pugh 分類B及びC）に対するインターフェロンフリー治療の対象患者と認定された者に限る。

### 5 その他の医療行為

別表2「肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の病名の判定基準」に記載のある病名があり，入院で次に示す医療行為が行われた場合，本事業の入院医療と判断する。

- ・肝がんが肝臓以外に転移したときに転移巣に対して行われる手術（腫瘍摘出術等）
  - ・肝がんが胆管に浸潤するなどした場合の減黄治療（内視鏡的胆道ドレナージ等）
  - ・門脈血栓症に対する薬物治療（保険適用のある薬剤に限る）
  - ・上記以外であって，肝がん又は重度肝硬変（非代償性肝硬変）により発生したことが明らかな合併症状に対する治療を目的とした入院であるとして，本事業の入院医療と判断するもの。
- なお，当該医療行為については，事前に都道府県を通じてその内容を厚生労働省に情報提供するものとする。

## 肝がん外来医療に該当する医療行為

実施要綱第4の4で定める肝がん・重度肝硬変外来医療に該当する医療行為

### 1 肝がん外来医療に該当する医療行為

#### (1) 分子標的薬を用いた化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

分子標的薬：ソラフェニブ，レゴラフェニブ，レンバチニブ，アテゾリズマブ 等

#### (2) 肝動注化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

殺細胞性抗癌剤：フルオロウラシル，シスプラチン 等

#### (3) その他の医療行為

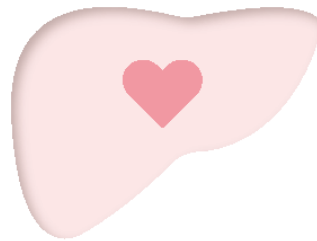
上記（1）又は（2）の医療行為により発生した副作用に対する治療を目的とした医療行為

### 2 その他

上記1を行うために明らかに必要と認められる外来医療（薬剤の処方を含む）であるとして，肝がん外来医療に該当する医療行為と判断するもの。



**B型・C型** 肝炎ウイルス  
が原因の  
**肝がん・重度肝硬変の**  
医療費は、  
助成が受けられます。



治療3月目から **入院も通院も\*** **自己負担** **月1万円**

医療費の助成には下記の条件があります

**条件1** 肝がん・重度肝硬変で入院又は通院\*

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、入院治療又は通院治療を受けており、年取高370万円以下であること等が条件となります。入院又は通院をされたら、まずお住まいの都道府県又は医療機関の窓口などにお問い合わせください。また、医療費の助成を受ける際に必要な「医療証(保険証)」を医療機関に届出してもらってください。

\* 通院は「分子標的薬を用いた化学療法」と「肝臓がん(学術院)」に係る医療費が対象です。令和16年10月1日から乳がん検診も対象になります。

**条件2** 一定額以上を窓口で負担

入院又は通院による医療費の自己負担額が高額療養費の基準額を超える必要があります。

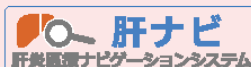
**条件3** 参加者証の取得

条件1,2を満たした月が、過去12月で2月と立った場合、指定医療機関(入院又は通院している医療機関が、指定医療機関に指定されていない場合は、都道府県に相談してください。)に「臨床調査個人票」を届出してもらい、「医療証(保険証)」の写し等を提出し、都道府県に「参加者証」の交付を申請してください。

**条件4** 医療費の助成

条件1-3を満たした上で、過去12月で3月以降となる高額療養費の基準額を超える入院医療費又は通院医療費を指定医療機関で受けつけた場合、医療費の助成を受けることができます。

肝炎情報センター(<https://kan-navi.ncgm.go.jp/infoc-e.html>)の「肝臓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。



申請については都道府県、医療機関にご相談ください





# B型・C型

肝炎ウイルス  
が原因の

肝がん・重度肝硬変の

医療費は、

助成が受けられます。



治療3日目から **入院も 通院も** **自己負担 月1万円**

## 医療費の助成には下記の条件があります

### 肝がん・重度肝硬変で入院又は通院\*

条件  
1

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、入院治療又は通院治療を受けており、年額納付額が70万円以下であることが条件となります。入院又は通院をされたら、まずお住まいの都道府県又は国民健康保険の窓口などにお問い合わせください。また、医療費の助成を受ける際に必要となる「国民健康保険」を国民健康保険に転換してもらってください。

※ 国庫は「分子標的薬を用いた化学療法」と「肝臓化学療法」に係る医療費が対象で、令和5年度から後子健診費も対象になります。

条件  
2

### 一全額以上を窓口で負担

入院又は通院による医療費の自己負担額が国民健康保険の基準額を超える必要があります。

条件  
3

### 参加者証の取得

条件1,2を満たした月が、過去12月で2月をこえた場合、指定医療機関（入院又は通院している医療機関が、指定医療機関に指定されていない場合は、都道府県に相談してください。）に「国民健康保険加入書」を提出してもらい、「国民健康保険」の申し込みを済ませ、都道府県に「参加者証」の発行を申請してください。

条件  
4

### 医療費の給付

条件1～3を満たした上で、過去12月で3月を超えたとき、国民健康保険の基準額を超える入院医療費又は通院医療費を指定医療機関で受けた場合、医療費の助成を受けることができます。

申請については都道府県、国民健康保険にご相談ください

# 「参加者証」の申請に必要な書類

## チェックリスト

申請に必要な書類は、年齢によって変わります。  
まず最初に申請される方の年齢を下記よりお選びください。

### ✓ 申請される方が**70歳未満**の場合

- 臨床調査個人票と同意書
- 申請される方の氏名が記載された医療保険の被保険者証の写し
- 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
- 申請される方の住民票の写し
- 医療記録票の写し

### ✓ 申請される方が**70歳以上75歳未満**の場合

- 臨床調査個人票と同意書
- 申請される方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
- 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し(所得区分が「一般」にあたる者を除く)
- 申請される方と世帯全員の住民税課税・非課税証明書類(所得区分が「一般」にあたる者)
- 申請される方の住民票の写し(所得区分が「一般」にあたる者は、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての方について記載のある住民票の写し)
- 医療記録票の写し

### ✓ 申請される方が**75歳以上**の場合

- 臨床調査個人票と同意書
- 申請される方の氏名が記載された後期高齢者医療被保険者証の写し
- 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し(所得区分が「一般」にあたる者を除く)
- 申請される方と世帯全員の住民税課税・非課税証明書類(所得区分が「一般」にあたる者)
- 申請される方の住民票の写し(所得区分が「一般」にあたる者は、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての方について記載のある住民票の写し)
- 医療記録票の写し

記載している書類は一般的なものとなりますので、あらかじめお住まいの都道府県にご確認ください。

肝炎情報センター<https://kansei.nccm.go.jp/index.html>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。



## 肝がん・重度（非代償性）肝硬変 医療費を一部助成しています



条件を満たすと1医療機関あたりの1ヵ月の対象医療費が**1万円**になります。  
助成の対象となるのは、指定医療機関で受けた  
肝がん・重度肝硬変に関する入院医療費と肝がんに関する通院医療費です。

### 申請対象となる方（次の条件を全て満たす方）

- B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変と診断された方
- 医療保険に加入している方
- 下表の年齢区分に応じた区分に該当する方

年齢区分	対象区分
70歳未満	高額療養費制度の限度額適用認定証等の所得額の適用区分エ・オ
70歳以上75歳未満	高齢受給者証の一部負担金割合が2割
75歳以上	後期高齢者医療被保険者証の一部負担金割合が2割または1割

- 広島県に住民票のある方
- 研究に協力することに同意していただける方
- 過去12月以内に既に2月以上高額療養費の算定基準額を超えた方  
※対象医療だけで計算する必要があります。

(例) 申請月が令和4年9月の場合、×の期間に2回高額療養費算定基準額を超える必要があります。

令和	申請月																	
	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
月	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
カウント期間				×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×				

### 新規申請に関する提出書類

- 交付申請書（県庁・県保健所支所・県ホームページで手に入ります）
- 個人票・同意書（記載については指定医療機関にご相談ください。）
- 医療記録票のコピー（記載については指定医療機関にご相談ください。）
- 申請者の保険証のコピー
- 保険者照会にかかる同意書
- 申請者の限度額適用認定証のコピー※
- 申請者の住民票の写し（発行日から概ね3ヵ月以内のもの）

※70歳以上で所得区分が「一般所得」の場合  
医療保険者へ限度額認定証の発行ができるかお問い合わせください。  
（医療保険者とは、保険証の発行元の機関です。）  
所得が多く限度額認定証が発行できない場合、限度額認定証の提出は不要です。



申請の流れは裏面へ



## 医療費助成を受けるための流れ（新規）

1. 【指定医療機関の場合】医療記録票（様式第9-1号）を書いてもらう  
【指定のない医療機関の場合】  
医療記録票（様式第9-1号）を書いてもらうか、様式第9-2号を自分で書く
- ↓
2. 指定医療機関で説明を受け同意書にサインし、個人票を書いてもらう
- ↓
3. 必要書類をそろえて県庁薬務課か近くの県保健所（支所）に申請する（郵送・持参）
- ↓
4. 認定協議会で書類が協議される（月に1回、上旬～中旬に開催）
- ↓
5. 認定協議会で認定されると、参加者証が県庁から郵送される
- ↓
6. 入院・通院で対象医療を受けるときは参加者証・医療記録票を提示する  
（有効期間＝助成対象月ではありません。）



指定医療機関って？

広島県に申請をし、指定を受けた医療機関です。  
指定医療機関で受けた対象の医療だけが助成の対象です。  
（薬局は全ての保険薬局での対象の医療が助成の対象です。）  
どこが指定を受けているかは県庁や県保健所（支所）に問合せるか、  
広島県のホームページで確認してください。

広島 肝がん・重度 指定医療機関一覧 検索



## お問い合わせ・申請先一覧

名称	住所	電話番号
県庁薬務課 肝炎対策グループ	広島市中区基町10-52 本館6階	082-513-3078
西部保健所 保健課	廿日市市桜尾2-2-68	0829-32-1181
西部保健所広島支所 保健課	広島市中区基町10-52 農林庁舎1階	082-513-5526
西部保健所呉支所 厚生保健課	呉市西中央1-3-25	0823-22-5400
西部東保健所 保健課	東広島市西条昭和町13-10	082-422-6911
東部保健所 保健課	尾道市古浜町26-12	0848-25-2011
東部保健所福山支所 保健課	福山市三吉町1-1-1	084-921-1417
北部保健所 保健課	三次市十日市東4-6-1	0824-63-5186

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の

# 指定医療機関の指定申請のお願い

入院や通院の繰り返しにより医療費が高額となる肝がんや重度肝硬変の患者さんの支援のため指定医療機関になってくださるよう、よろしくお願いたします。

## 🔗肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業とは

対象者：B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度（非代償性）肝硬変の患者（その他、所得要件〔年収約370万円未満〕などがあります）

対象医療：肝がん・重度肝硬変の入院医療又は肝がんの通院医療※

※分子標的薬を用いた化学療法又は肝動注化学療法又は粒子線治療に限る

自己負担額：1万円（月額）

助成条件：対象医療に係る医療費が高額療養費算定基準額を超えた月が助成月を含み過去1年間で3月以上ある場合に、指定医療機関で受けた対象医療費が高額療養費算定基準額を超えたとき

## 🔗指定医療機関の要件

- ・肝がん・重度肝硬変に係る医療を適切に行うことができる
- ・肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実施に協力できる
- ・広島県肝疾患診療支援ネットワークに参画している/参画を希望する

## 🔗指定医療機関の指定の手続

- ・提出書類は、基本的に指定医療機関指定申請書1枚です。
- ・広島県知事が指定します。

## 🔗指定医療機関の役割

- ・ **医療記録票の配布・記載** 患者さんが入院・通院したときに記載してください。
- ・ **患者さんへの制度の案内** 都道府県が配布するリーフレットをご活用ください。
- ・ **臨床調査個人票の作成** 臨床調査個人票は、診断書に類した内容の書類です。
- ・ **公費負担医療の請求**（入院の場合のみ） 等

○詳細は下記の都道府県担当課にご確認ください。

※広島県外にある医療機関の場合、所在地の都道府県にご確認ください。



厚生労働省ホームページの「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」から、事業の詳細を確認できます。



☐ 提出・お問合せ先 ☐

広島県健康福祉局薬務課肝炎対策グループ

〒730-8511 広島市中区基町10-52 ☎082-513-3078

または 最寄りの県保健所（支所）