

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

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

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) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	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 関係医療の 窓口支払額

※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欄には「○入」又は「△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欄には「△外」又は「▲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欄には「○入+△外」、「○入+▲外」、「○入+外」、「△入+△外」、「△入+外」、「入+△外」、「入+▲外」（※1欄、※2欄に○印が無い場合は「△合算」）のいずれかを記載

B欄に記載する記号等の説明	○：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。）
---------------	--	--