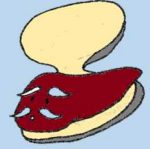
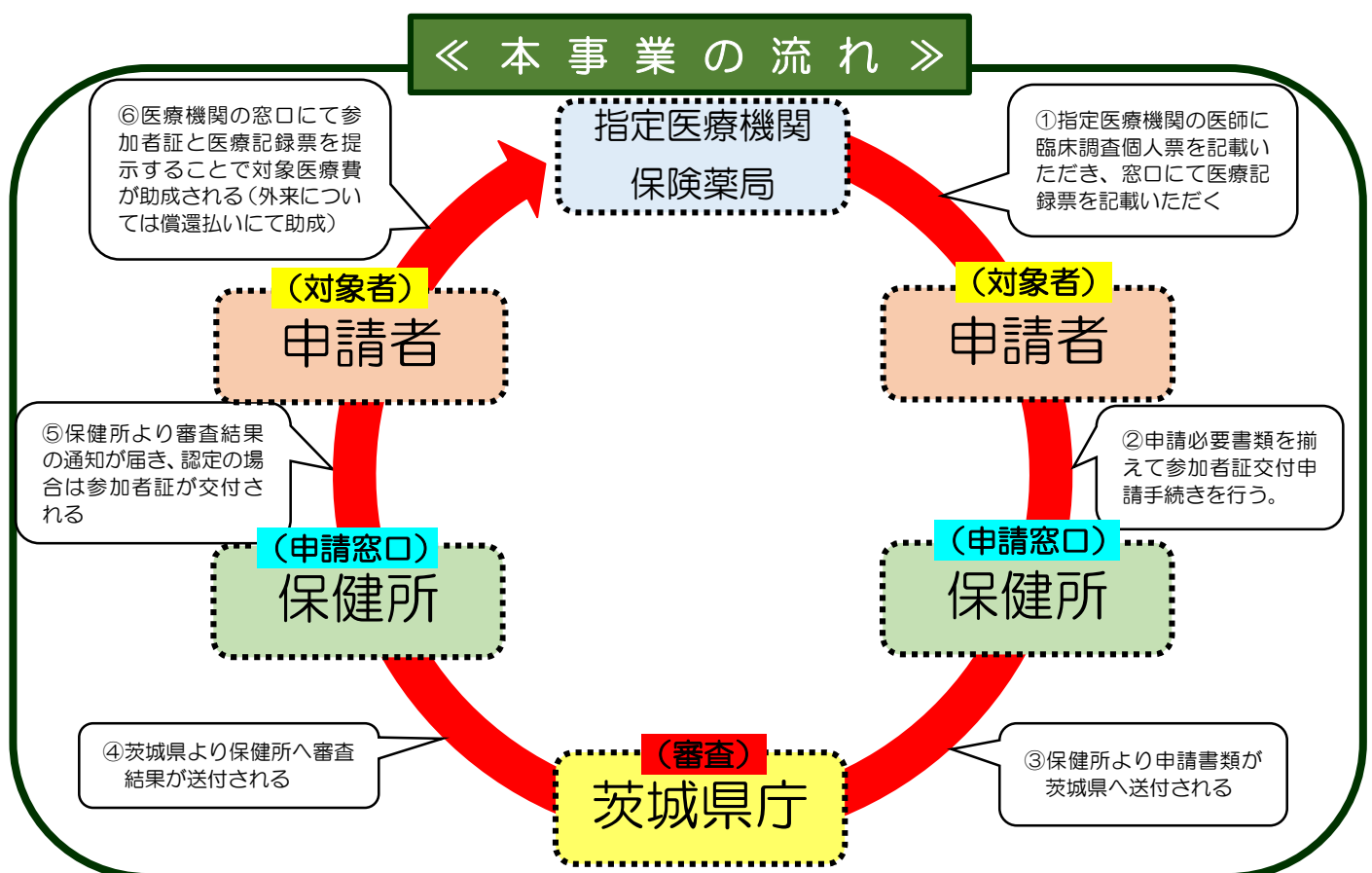


肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業 についてのご案内



- B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変（非代償性肝硬変）に対して行われる助成対象の治療にかかった1月の医療費自己負担分が高額療養費の限度額（P.6参照）を超えた場合に、1万円を超えた金額を助成します。（入院医療費は窓口で現物給付・外来医療費は償還払いにて差額返還（P. 10～11））
- この制度は、肝がん及び重度肝硬変の治療研究を促進することを目的としており、申請者の同意に基づき、厚生労働省の研究班へ臨床データが提供され、治療研究に活用されます。
- 本事業の対象となる方については、次項 P.2 の①～⑥全てに当てはまる方となります。世帯年収の制限や参加者証交付申請をするにあたり条件がございますので、次項 P2～3 をご参照ください。
- この制度は、参加者証の交付までの条件（P. 3）及び助成するにあたっての条件（P. 10）がございます。
- 本事業の対象となる医療については、P. 7をご参照ください。
- 参加者証の有効期間は、原則1年間となります。申請手続きの窓口は住所を管轄する保健所（P. 14参照）になります。



1. 参加者証交付申請の対象となる方について

- ① 茨城県内に住所がある方
- ② 医療保険各法（後期高齢者含む）の被保険者、被扶養者
 ※肝炎治療受給者証（B 型肝炎ウイルス製剤治療の方のみ）をお持ちの方も本助成の申請ができます。
 ※肝炎治療医療費助成制度以外の医療給付制度で、対象となる治療について給付を受けている方は、原則としてこの制度の対象となりません。
- ③ 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、肝がん・重度肝硬変に係る本事業対象の入院治療又は外来治療を受けている方（※）詳細については P. 7 をご参照ください。

- ④ 世帯年収がおおむね 370 万円以下の方

年齢区分	階層区分
70 歳未満	医療保険者が行う限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の所得額の適用区分が「エ」又は「オ」に該当する方
70 歳以上 75 歳未満	医療保険者における高齢受給者証の一部負担金の割合が「2 割」とされている方
75 歳以上	後期高齢者医療制度において一部負担金の割合が「1 割」又は「2 割」とされている方
※65 歳以上 75 歳未満であって後期高齢者医療制度に加入している者のうち、一部負担金の割合が 1 割又は 2 割とされている者を含む。	

- ⑤ 保険医療機関及び保険薬局における助成対象医療の自己負担額が高額療養費の限度額を超えた月が、申請月を含む過去 24 月以内に 1 回（1 月）以上ある方
 ※詳細は次項 P. 3 の「参加者証交付申請の条件」をご参照ください。
- ⑥ 肝がん・重度肝硬変の治療研究への協力に同意している方

前項の 1. の ①～⑥ に当てはまる方は、お住まいのご住所を管轄する保健所にて、参加者証の交付申請手続きが可能となります。お手続きの際は、P. 14 の「申請窓口（保健所）一覧」をご参照ください。必要書類については、P. 8 をご参照ください。

◆参加者証交付申請の条件◆

本事業の対象医療費が高額療養費の限度額を超えた月のカウント方法

参加者証交付申請

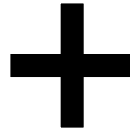
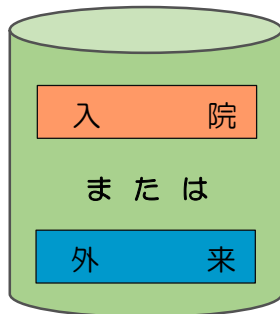
本事業の対象医療費が高額療養費の限度額を1月を超えた場合、参加者証の交付申請が可能となります。

医療費助成申請

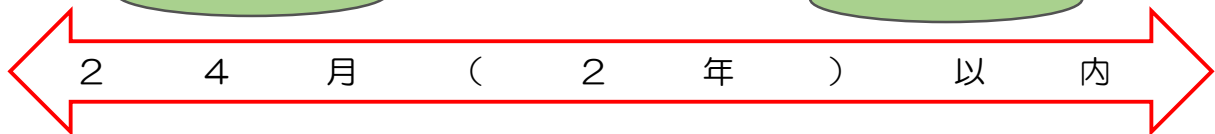
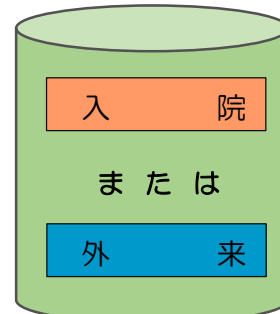
本事業の対象医療費が高額療養費の限度額を超えた1月日から24月以内に2月目も超えた場合、2月目の対象医療費が助成対象となります。

【例】

1月目(1回目)



2月目(2回目)



条 件	チェック欄(✓)
② P. 2の①～⑥全てに当てはまる。	
② 上記図の参加者証交付申請の条件である、本事業の対象医療費が高額療養費の限度額を超えた月数がカウント1月目(1回目)カウントできる。	
③ ②の条件を達したうえで、カウント1月目(1回目)から24月以内に2月目も条件を達する見込みがある。	

全てに✓がついた場合

住所を管轄する保健所にて参加者証交付申請手続きが可能です。

※参加者証交付申請時に提出する臨床調査個人票は指定医療機関の医師が記載したものととなります。

※1回目(参加者証申請前)までの医療費については、指定医療機関以外のすべての医療機関で受けた対象医療費がカウント対象となります。

ただし、2回目以降(助成)の医療費は指定医療機関での対象医療費のみが助成対象です。

※指定医療機関については、P. 12をご参照ください。

2. 医療記録票の記載方法・注意点について

《70歳未満の場合の記載例》 ※70歳以上で外来が高額療養費の限度額を超えた場合は「▲外」と記載

B 欄	(20□□) 年							
	(5) 月	(6) 月	(7) 月	(8) 月	(9) 月	(10) 月	(11) 月	(12) 月
	△入	△外	外		△外	○入+外		

						入院 【原則現物給付】				外来・保険薬局 【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	分子標的薬又は肝動注化学療法に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額(10割)	② 関係医療の自己負担額※円単位	③②の月間累計※円単位	④※1	⑤ 関係医療の自己負担額※円単位	⑥②の月間累計※円単位	⑦※2	⑧ 同月に入院欄の③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
R○/5/10	R○/5/13		○○病院	○		330,000	39,000	39,000	○					34,500
R○/6/20			○○病院	○		180,000				54,000	54,000	○		34,500
		R○/6/20	○○薬局	○	○	15,000				4,500	58,500			4,500

A: [] の中は月数要件カウントを確認しますので、カウント1月目(1回目)から24月分を続けて記載してください。高額療養費の限度額を超えない月は、「入」や「外」と記載してください。

注意点：受診のない月は空欄となります。年数も忘れず記載してください。

B: 医療機関と保険薬局を合わせて、かかった日付順に1月分をまとめて1枚に記載してください。

注意点：医療機関で1枚、保険薬局で1枚と計2枚提出された例や1月1枚で複数枚提出された例があります。高額療養費の限度額を超えているかをチェックするため、できるだけ1枚に日付ごとに記載してください。

C: 外来の場合は、厚生労働省肝がんホームページ内にある「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の取扱いについて」の別添4に係る治療が助成対象になりますので、対象医療を受けた場合は上記の※の欄に必ず「○」を記載してください。

注意点：実際に対象医療を行っていたが「○」が未記載だったという事例があります。「○」が記載されていない場合は対象外医療とみなし、合算できず対象者へ償還払いができません。お手数ですが窓口にて医療記録票を記載する際には、必ず担当の医師にご確認いただき、「○」の記載漏れのないようお願いいたします。

D: この欄には、1枚の処方箋に本事業の対象と対象外の薬剤が含まれている場合に「○」を記載してください。

注意点：特記事項の欄の「○」は、医療機関(病院又は診療所)にて記載してください。

保険薬局での対応として、特記事項に「○」の記載があった場合は1枚の処方箋の中に対象と対象外の薬剤が含まれているという事になるため、調剤明細書にマーカーを引き、対象と対象外の薬剤が区別できるよう空欄にコメント等を記載してください。医療記録票には対象分のみの金額をご記載ください。

E: この欄には医療費の総額(10割分)を記載してください。

注意点：対象外医療費分は含めず、対象医療費分のみの総額(10割分)を記載してください。保険薬局での容器代や袋代など保険適用外の医療は対象外ですので引いた額を記載してください。

F：この欄には総医療費のうちの自己負担分の額（3 割・2 割・1 割等）を記載してください。

注意点：2 割の方を 3 割で記載してある事例があります。お間違いのないよう記載してください。

〃の中（E・F）は、入院の場合は別添 3、外来の場合は別添 4 に係る関係医療費分（対象医療費分）のみ記載してください。

※対象医療（別添 3、4）に関しては厚生労働省肝がんのホームページをご参照ください。

G：この欄には医療費が高額療養費の限度額を超えた場合に「〇」を記載してください。

「〇」がついた月は B 欄にも、入院の場合は「〇入」「△入」、外来の場合は「△外」「▲外」のいずれか当てはまるものを記載してください。

注意点：「〇」が未記載の事例がありますので、記載漏れのないようお願いいたします。

H：この欄には、同じ月に入院と外来がある場合にその合計額を記載してください。

1 月分の合計額が高額療養費の限度額を超えた場合、B 欄には「〇入＋△外」、「〇入＋▲外」、「〇入＋外」、「△入＋△外」、「△入＋外」、「入＋△外」、「入＋▲外」（G の欄に〇印が無い場合は「△合算」）のいずれかを記載してください。

注意点：B 欄の記載が漏れてしまうと月数カウントに影響が出てまいりますので、ご注意ください。

I：この欄には窓口で徴収した金額を記載してください。

注意点：領収書と合わせて確認いたしますのでお間違いのないようご注意ください。

入院の場合	原則 【現物給付】	高額療養費の限度額を超えた場合 1 万円をお支払いいただく。 ※参加者証をお忘れの際等は、現物給付ではなく償還払いの対応となります。
外来の場合	【償還払い】	高額療養費の限度額を超えるまでお支払いいただく。

様式第 6 号の 2 医療記録票

様式第 6 号の 2

肝がん・重症肝硬変治療研究促進事業医療記録票
(指定医療機関以外の保険医療機関・保険薬局用)

私は、下に記載するとおり、肝がん・重症肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局で肝がん・重症肝硬変入院関係医療又は肝がん・重症肝硬変外来関係医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を証明します。

氏名	生年 月 日	年 月 日	性別	
住所				
保険者 番号	保険 種別			
被保険者証の 記号・番号				
入院月	年 月 (今月 回目)	入院 期間	年 月 日から 年 月 日まで	
通院 年月日	年 月 日	調剤 年月日	年 月 日	
保険医療機関 又は保険薬局名				
医療内容等	関係資料のとおり			

【備考】

○患者の方へのお問い合わせ
本記録票は、指定医療機関以外の保険医療機関、又は保険薬局を受診し肝がん・重症肝硬変入院関係医療又は肝がん・重症肝硬変外来関係医療を受けた場合、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重症肝硬変治療研究促進事業医療記録票（様式第 6 号の 1）に記載しない場合に、様式第 6 号の 1 による医療記録票の代わりになるものとなります。
当該保険医療機関又は保険薬局を受診し、関係医療を受けたことを確認できる書類（領収書及び診療明細書等）を関係資料として添付して保管し、指定医療機関又は保険薬局を受診する場合や償還払いの請求を行う場合に、様式第 6 号の 1 による医療記録票と併せて、指定医療機関又は保険薬局や保険所に提出してください。
様式第 6 号の 1 による医療記録票に記載しない保険医療機関又は保険薬局を受診する度に、本記録票を作成してください。

○指定医療機関又は保険薬局の方へのお問い合わせ
本記録票は、指定医療機関以外の保険医療機関、又は保険薬局を受診し肝がん・重症肝硬変入院関係医療又は肝がん・重症肝硬変外来関係医療を受けた場合、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重症肝硬変治療研究促進事業医療記録票（様式第 6 号の 1）に記載しない場合に、様式第 6 号の 1 による医療記録票の代わりになるものとなります。
患者の方から本記録票が提示されましたら、同時に提示される様式第 6 号の 1 による医療記録票に記載されている内容を確認し、様式第 6 号の 1 による医療記録票への記載や医療費の勘定等の対応をお願いいたします。
なお、患者の方が指定医療機関に初めて入院又は通院された場合で、本記録票のみが提示された場合は、本記録票の内容も添えて、別紙様式例 6-1 による医療記録票への記載、交付等を行ってください。
また、様式第 6 号の 1 による医療記録票に既に記載されている月よりも前の月にかかる受診等についての本記録票が提示された場合、様式第 6 号の 1 による医療記録票の右欄に、本記録票に記載された内容及び関係医療を受けたことを確認できる書類を確認し追記してください。

※指定医療機関以外の保険医療機関を受診した場合は、様式第 6 号の 2 医療記録票にご自身で記載してください。

その後、指定医療機関で対象医療を受け、様式第 6 号の 1 に記載をうける場合には、過去の様式第 6 号の 2 に記載してある分を全て提示して、過去の対象医療費分（カウント分）もまとめて様式第 6 号の 1 へ記載してもらうよう指定医療機関の窓口へお伝えください。

3. 高額療養費の限度額について

高額療養費制度とは、医療機関や薬局の窓口で支払った額が、1月（月の初めから終わりまで）で上限額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。 ※入院時の食費負担や差額ベッド代等は含みません。

詳細については、厚生労働省のホームページ内の「高額療養費制度を利用される皆さまへ」をご参照ください。

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	エ	～年収約370万 健保：標報26万以下 国保：旧ただし書き所得210万以下	3割	—	57,600円 【多44,400円】
	オ	住民税非課税者	3割	—	35,400円 【多24,600円】
70歳以上 75歳未満	一般 (Ⅲ)	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	2割	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	2割	8,000円	24,600円
	Ⅰ（低所得Ⅰ）	住民税非課税世帯 (所得が一定以下)	2割	8,000円	15,000円
75歳以上	Ⅲ（一般Ⅱ）	・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	2割	6,000円+（医療費-30,000円）×0.1 又は18,000円のいずれか低い額※1 (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅲ（一般Ⅰ）	・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	1割	18,000円 (年14万4千円)	
	Ⅱ（低所得Ⅱ）	住民税非課税世帯	1割	8,000円	24,600円
	Ⅰ（低所得Ⅰ）	住民税非課税世帯 (所得が一定以下)	1割	8,000円	15,000円

※1 令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間、ひと月の外来負担増加額を3,000円までに抑えます（配慮措置）令和7年10月1日以降は「18,000円（年14万4千円）」となります。

【注意！】

過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります。70歳以上の「一般」や「住民税非課税」の区分の方については、多数回該当の適用はありません。もし当てはまる方は、ご自身が多数回該当となっているかご確認をお願いいたします。

4. 対象医療について

本事業の指定医療機関、又は保険薬局でかかった下記の医療費が対象です。

※各都道府県に指定医療機関があります。茨城県の指定医療機関については、P. 12を

ご参照ください。全国の都道府県の指定医療機関については、国立国際医療研究センター肝炎情報センターが運用する「肝炎医療ナビゲーションシステム」よりご確認ください。

対象となる入院治療について

厚生労働省肝がんホームページ内にある「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の取扱いについて」の別添3にかかる入院医療であれば対象となります。入院医療に関しては、B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の入院であると判断される医療行為について、保険適用であれば対象となります。

（入院時食事療養費及び入院時生活療養費、傷病手当金意見書交付料等を除く）

※保険適用外の医療又は他の臓器から転移した肝がんに対する医療については対象外となります。

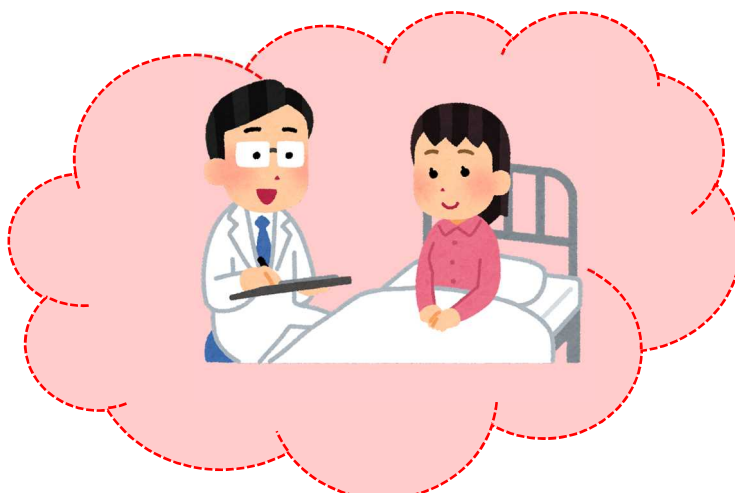
対象となる外来治療について

厚生労働省肝がんホームページ内にある「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の取扱いについて」の別添4にかかる外来医療行為であれば対象となります。

※保険適用外の医療又は他の臓器から転移した肝がんに対する医療については対象外となります。

対象医療の治療に係る副作用等や対象医療の治療をするために必要と医師が認めた医療行為について、その医療行為が保険適用であれば対象となります。それ以外の医療は対象外となります。

※外来医療費の助成については、令和3年4月以降の医療が助成対象となります。



5. 参加者証交付の新規申請について

参加者証交付申請の必要書類(新規申請)

1. 提出必須書類

☐ 参加者証交付申請書(様式第1号の1)	・・・ 参加者証を申請するための書類です。ご本人または代理人の方が記載してください。
☐ 臨床調査個人票及び同意書(様式第2号)	・・・ 指定医療機関の医師に記載していただく書類です。同意書の欄はご本人または代理人の方が記載してください。
☐ 医療記録票の写し等 (様式第6号の1又は6号の2)	医療機関・保険業局の窓口にて本事業の対象医療費分を記載していただく書類です。新規申請の場合は指定医療機関以外でもカウントの対象となります。 申請月を含む過去24か月以内に、本事業の助成対象医療に係る医療費が高額療養費の限度額を超えた月が1月以上あること(様式第6号の1のB欄に、過去24か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が1回以上あること)を確認できるものの写しが必要です。 なお「様式第6号の2」による医療記録票を提出する場合は、領収証及び診療明細書等の確認書類の添付が必要です。
☐ 被保険者証等の写しまたは後期高齢者医療被保険者証等の写し	・・・ 保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルの資格情報画面のうち、いずれか1つの写しを提出してください。
☐ 医療保険者への所得区分照会に係る同意書	・・・ 「保険者照会に係る同意書」は、医療保険における所得区分の認定を行うために、県より申請者が加入する医療保険者に対して照会を行うため、その照会に対する同意をとるものです。
☐ 110円切手を貼付した長形3号封筒 又は 簡易書留希望の場合は460円分の切手を貼付した長形3号封筒	・・・ 参加者証を発行した際に郵送するための返信用封筒となります。
☐ 肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し	・・・ 「肝炎治療受給者証」の交付を受けて核酸アナログ製剤治療を受けている方のみ、申請月を含む過去24か月分の提出が必要です。

2. 年齢や所得区分に応じて提出していただく書類

提出書類一覧		70歳未満				70歳～75歳未満							75歳以上	
		被用者 保険	被用者 保険	市町村 国保	国保 組合	被用者 保険	被用者 保険	被用者 保険	市町村 国保	市町村 国保	国保 組合	国保 組合	後期高齢者 医療保険	後期高齢者 医療保険
		Ⅰ 一般所得	Ⅱ 低所得Ⅱ	Ⅲ 低所得Ⅰ	Ⅳ 一般所得	Ⅰ 低所得Ⅰ	Ⅱ 低所得Ⅱ	Ⅲ 低所得Ⅰ	Ⅳ 一般所得	Ⅰ 低所得Ⅰ	Ⅱ 低所得Ⅱ	Ⅲ 一般2割 Ⅳ 一般1割	Ⅰ 低所得Ⅰ	Ⅱ 低所得Ⅱ
本人	限度額適用認定証等の写し (限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額 減額認定証をさします。)	○	○	○	○	—	○	○	—	○	—	○	—	○
	本人の住民票の写し (発行から3か月以内のもの)	○	○	○	○	—	○	○	—	○	—	○	—	○
本人及び 世帯全員	本人及び世帯全員の住民票の写し (発行から3か月以内のもの)	—	—	—	—	○	—	—	○	—	○	—	○	—
	本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類 (年収は、申請時における最新の金額となります。 課税・非課税証明書類については、証明できる最新 年度かつ世帯全員同一 年度のものを提出ください。)	—	—	—	—	○	—	—	○	—	○	—	○	—

- 審査で承認となった方に参加者証が交付されます。
- 参加者証の有効期限は原則1年間となります。
- 更新月を含む24月(2年)以内に1月以上、高額療養費の限度額を超えた月があり、2月目も達する見込みがある場合は、更新申請が可能となります。(詳細はP.9「6.更新申請について」をご参照ください。)

※各申請・届出の用紙は、保健所でお渡しいたします。
茨城県ホームページからダウンロードしてご使用いただくことも可能です。
(「茨城県 肝がん」で検索)



茨城県ホームページQRコード

6. 参加者証交付の更新申請について

参加者証交付申請の必要書類(更新申請)

1. 提出必須書類

☐ 参加者証交付申請書(様式第1号の1)	・・・参加者証を申請するための書類です。ご本人または代理人の方が記載してください。
☐ 参加者証の写し	・・・お持ちの参加者証の写しをご提出ください。
☐ 医療記録票の写し等 (様式第6号の1又は6号の2)	医療機関・保険薬局の窓口にて本事業の対象医療費分を記載していただく書類です。新規申請の場合は指定医療機関以外でもカウントの対象となります。 ・・・申請月を含む過去23か月以内に、本事業の助成対象医療に係る医療費が高額療養費の限度額を超えた月が1月以上あること(様式第6号の1のB欄に、過去23か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が1回以上あること)を確認できるものの写しが必要です。 なお「様式第6号の2」による医療記録票を提出する場合は、領収証及び診療明細書等の確認書類の添付が必要です。
☐ 被保険者証等の写しまたは後期高齢者医療被保険者証等の写し	・・・保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルの資格情報画面のうち、いずれか1つの写しを提出してください。
☐ 110円切手を貼付した長形3号封筒 又は 簡易書留希望の場合は460円分の切手を貼付した長形3号封筒	・・・参加者証を発行した際に郵送するための返信用封筒となります。
☐ 肝炎治療自己負担限度月額管理票の写し	・・・「肝炎治療受給者証」の交付を受けて核酸アナログ製剤治療を受けている方のみ、申請月を含む過去24か月分の提出が必要です。

2. 年齢や所得区分に応じて提出していただく書類

提出書類一覧	70歳未満				70歳～75歳未満								75歳以上	
	被用者 保険	被用者 保険	市町村 国保	国保 組合	被用者 保険	被用者 保険	被用者 保険	市町村 国保	市町村 国保	国保 組合	国保 組合	後期高齢者 医療保険	後期高齢者 医療保険	
	Ⅰ 一般所得	Ⅱ 低所得Ⅱ	Ⅲ 低所得Ⅰ	Ⅳ 低所得Ⅱ	Ⅰ 一般所得	Ⅱ 低所得Ⅱ	Ⅲ 低所得Ⅰ	Ⅳ 低所得Ⅱ	Ⅰ 一般所得	Ⅱ 低所得Ⅱ	Ⅲ 低所得Ⅰ	Ⅳ 低所得Ⅱ	Ⅰ 一般2割 Ⅱ 一般1割	Ⅰ 低所得Ⅰ Ⅱ 低所得Ⅱ
本人	本人の住民票の写し (発行から3か月以内のもの)	○	○	○	○	○	○	—	○	○	—	—	○	○
	被保険者の非課税証明書類 (証明できる最新年度のもの)	—	○	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—
本人及び世帯全員	本人及び世帯全員の住民票の写し (発行から3か月以内のもの)	—	—	—	—	—	—	○	—	—	○	○	—	—
	本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類 (年収は、申請時における最新の金額となります。 課税・非課税証明書類については、証明できる最新 年度かつ世帯全員 同一年度のものをご提出ください。)	—	—	—	○	—	—	—	—	—	○	○	—	—
	被保険者及び被扶養者の非課税証明書類 (証明できる最新年度かつ世帯全員同一年度のもの)	—	—	—	—	—	—	○	—	—	—	—	—	—
該当者	医療保険者への所得区分照会に係る同意書	—	○	—	○	—	○	○	—	—	○	○	—	—

- 参加者証の有効期間は原則1年間となります。有効期間後も引き続き助成を受ける場合には、有効期間内に更新手続きを行っていただく必要があります。
- 更新申請を行うには、更新申請を行う時点で、過去24月(2年)以内に本事業の対象医療費が高額療養費の限度額を超えた月のカウントが1月以上ある場合で、2月目も超える見込みがある場合に更新することが可能です。該当する方は、上記の申請必要書類をそろえて、住所を管轄する保健所へご提出いただき申請手続きをお願いいたします。
- なお、更新月の前月以前(例：更新月(参加者証期間の終了月)が6月の場合、前月は5月)の過去2年間以内に、本事業の対象医療費が高額療養費の限度額を超えた月が既に2月以上ある場合は、更新月の前月に申請を行っていただくことも可能です。(詳細はP. 15を参照)

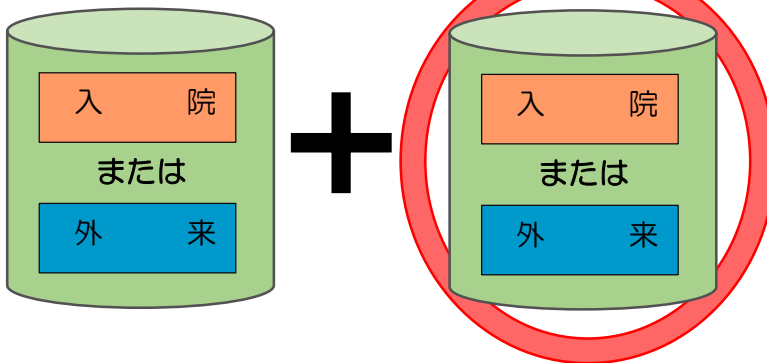
7. 医療費の助成方法について

参加者証交付後の助成の流れについてご説明いたします。

助成の条件として、本事業の対象医療費が高額療養費の限度額を超えた場合で、申請月を含む過去24月（2年）以内に2月目であることが重要となります。条件を満たした方は、2月目以降の医療費が助成となります。

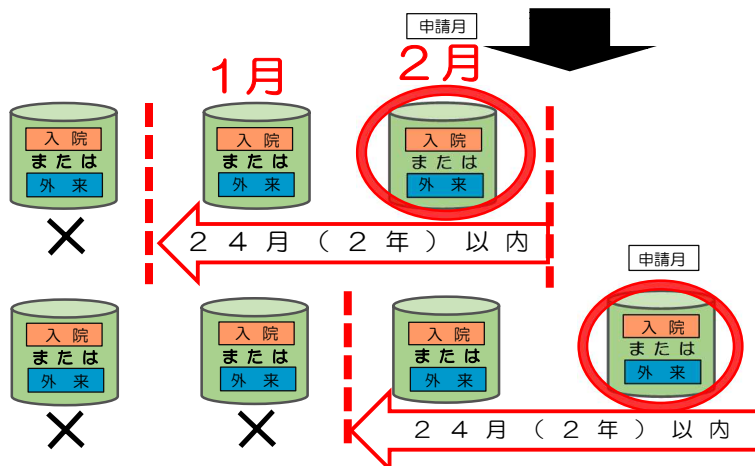
◆医療費助成申請の条件◆

【例】

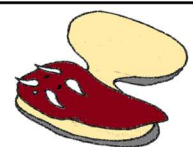


対象医療費が
高額療養費の限度額
を超えた月（1月目
から2月目）が24月
（2年）以内であること
が重要です。

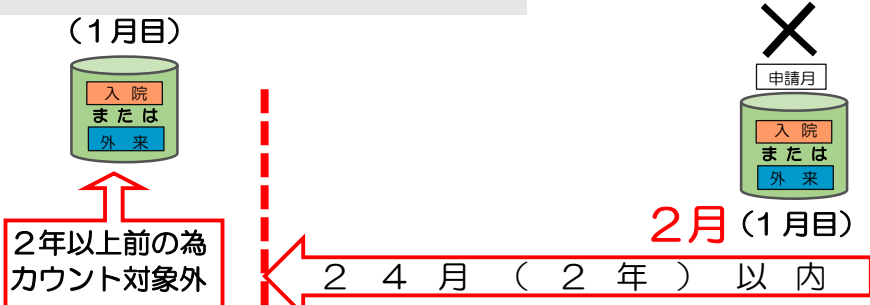
カウント2月目（2回目）の指定医療機関又は
保険薬局での対象医療費が助成されます。



2月目（2回目）以降は、24月（2年）以内の期間がずれていく流れになります。
申請月を含む過去24月（2年）以内に2月あれば助成対象です。



【対象外となる例】



1月目が申請月（2月目）から過去24月（2年）の期間外となってしまう場合、カウントとしては1月目となりますので、対象外となります。

条 件	チェック欄(✓)
・窓口にて参加者証のご提示と医療記録票(様式第6号の1)に記載してもらう	
・対象医療費が高額療養費の限度額を超えている	
・高額療養費の限度額を超えた月が過去24月以内に2月目以降である	

外来医療費

償還払いの申請をしていただくことで、お支払額（高額療養費の限度額）から自己負担額の1万円を引いた差額を口座へ返還いたします。

全てに✓が

ついた場合

入院医療費

現物給付となり、窓口で参加者証をご提示いただき、自己負担額の1万円をお支払いとなります。

《入院医療費と外来医療費の合算の場合》

償還払いの申請をしていただき、県にて審査を経て返金額がある場合に、差額を返還いたします。

例：同じ月にて入院（対象医療費分）が高額療養費の限度額を超え、外来（対象医療費分）が高額療養費の限度額を超えない場合など、

注意事項

- 指定医療機関又は保険薬局の窓口にて、本事業の参加者証と医療記録票(様式第6号の1)を提示していただきます。
- 医療記録票(様式第6号の1)は保健所又は医療機関等でお渡しいたします。また、茨城県ホームページからもダウンロードできます。医療記録票の記載方法などについても掲載しておりますのでご確認ください。
- 参加者証交付前の方は、医療記録票(様式第6号の1)のみ窓口へ提示して、記載をいただってください。
- 参加者証をお忘れの際は、窓口で一旦高額療養費の限度額までお支払いいただき、後日償還払いの申請をいただくことで、窓口でのお支払額より自己負担額1万円を引いた差額を、口座へ返還させていただきます。窓口では、医療記録票(様式第6号の1)のみ記載を依頼してください。
- 外来の場合は入院とは異なり、償還払いでの助成となります。上記の手順で助成となります。
- カウント方法はP.10をご参照ください。

◆助成申請時に提出が必要な書類

☐ 肝がん・重度肝硬変医療費請求書（様式第7号）
☐ 請求者（参加者）の氏名が記載された被保険者証等、高齢受給者証等又は後期高齢者医療被保険者証等の写し (保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルの資格情報画面)のうち、いずれか1つ
☐ 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
☐ 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し等
☐ 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書、調剤明細書
☐ 振込先の口座番号等が確認できる資料（キャッシュカードの写し等）
☐ 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の24月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し
☐ その他（知事が必要と認める書類）

8. 指定医療機関について

茨城県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関一覧

＜令和7年4月1日現在＞

二次医療圏	番号	種類	名称	電話番号	所在地
水戸(6)	1	病院	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 茨城県済生会 水戸済生会総合病院	029-254-5151	水戸市双葉台3-3-10
	2	病院	総合病院 水戸協同病院	029-231-2371	水戸市宮町3-2-7
	3	病院	医療法人財団古宿会 水戸中央病院	029-309-8600	水戸市六反田町1136-1
	4	病院	水戸赤十字病院	029-221-5177	水戸市三の丸3-12-48
	5	病院	茨城県立中央病院	0296-77-1121	笠間市鯉淵6528
	6	病院	独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター	029-240-7711	東茨城郡茨城町桜の郷280
日立(2)	7	病院	株式会社日立製作所 日立総合病院	0294-23-1111	日立市城南町2-1-1
	8	病院	北茨城市民病院	0293-46-1121	北茨城市関南町関本下1050
常陸太田・ひたちなか(1)	9	病院	株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院	029-354-1111	ひたちなか市石川町20番1
鹿行(1)	10	病院	医療法人社団善仁会 小山記念病院	0299-85-1111	鹿嶋市厨5-1-2
土浦(3)	11	病院	総合病院土浦協同病院	029-830-3711	土浦市おおつ野四丁目1番1号
	12	病院	独立行政法人国立病院機構 霞ヶ浦医療センター	029-822-5050	土浦市下高津2-7-14
	13	病院	医療法人幕内会 山王台病院	0299-26-3130	石岡市東石岡4-1-38
つくば(4)	14	病院	一般財団法人筑波龍仁会 筑波学園病院	029-836-1355	つくば市上横場2573-1
	15	病院	医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院	029-864-1212	つくば市要1187-299
	16	病院	公益財団法人 筑波メディカルセンター 筑波メディカルセンター病院	029-851-3511	つくば市天久保1丁目3番地の1
	17	病院	筑波大学附属病院	029-853-3900	つくば市天久保二丁目1番地1
取手・竜ヶ崎(6)	18	病院	龍ヶ崎済生会病院	0297-63-7111	龍ヶ崎市中里1丁目1番
	19	病院	JAとりで総合医療センター	0297-74-5551	取手市本郷2丁目1-1
	20	病院	取手北相馬保健医療センター医師会病院	0297-78-6111	取手市野々井1926
	21	病院	つくばセントラル病院	029-872-1771	牛久市柏田町1589-3
	22	病院	牛久愛和総合病院	029-873-3111	牛久市猪子町896
	23	病院	東京医科大学茨城医療センター	029-887-1161	稲敷郡阿見町中央3-20-1
筑西・下妻(2)	24	病院	社会医療法人社団同樹会 結城病院	0296-33-4161	結城市大字結城字西繁昌塚9629-1
	25	診療所	宮田医院	0296-22-2440	筑西市丙59
古河・坂東(5)	26	病院	ホスピタル坂東	0297-44-2000	坂東市沓掛411
	27	病院	医療法人徳洲会 古河総合病院	0280-47-1010	古河市鴻巣茶屋下1555
	28	病院	古河赤十字病院	0280-23-7111	古河市下山町1150
	29	病院	友愛記念病院	0280-97-3000	古河市東牛谷707
	30	病院	茨城西南医療センター病院	0280-87-8111	猿島郡境町2190

茨城県内では、上記の30 医療機関で行った本事業の対象医療行為については、助成の対象となります。

また、県外の場合でも指定医療機関となっている医療機関であれば助成対象になります。

茨城県以外の指定医療機関については肝炎医療ナビゲーションシステムよりご確認ください。

※指定医療機関の申請については、管轄の保健所又は茨城県保健医療部疾病対策課までお問い合わせください。様式については、茨城県ホームページよりダウンロード可能です。

申請の流れは、様式第8号の1（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書）

を保健所（P. 14参照）又は茨城県保健医療部疾病対策課までご郵送ください。



茨城県ホームページ
QRコード

9. 変更や転入による申請について

参加者証の氏名、住所、加入医療保険に変更がある場合や県外への転出又は本県に転入された場合は、下記の書類をご用意いただき、速やかにご住所を管轄する保健所にて変更申請をお願いいたします。

◆変更・再交付の申請時に提出が必要な書類◆

☐	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書（様式第1号の1）
☐	申請者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（原本）
☐	（氏名や住所変更時に必要書類） 申請者（参加者）の変更後の住民票または情報訂正後の身分証明書の写し
☐	（加入医療保険の変更時に必要書類） 申請者（参加者）の氏名が記載された被保険者証等、限度額適用認定証、高齢受給者証等又は後期高齢者医療被保険者証等の写し（保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルの資格情報画面）のうち、いずれか1つ

◆本県に転入した際の申請時に提出が必要な書類◆

本県に転入して引き続き本事業の参加者証の交付を受けようとする場合には、転入日の属する月の翌月末日までに、転入前に交付されていた参加者証と変更部分を記載した交付申請書（様式第1号の1）、その他必要書類（下記参照）をそろえてご住所を管轄する保健所（P. 14参照）へご提出ください。

☐	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書（様式第1号の1）
☐	申請者（参加者）の転入前の他都道府県で発行された肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（原本）
☐	申請者（参加者）の変更後の住民票または情報訂正後の身分証明書の写し
☐	申請者（参加者）の氏名が記載された被保険者証等、高齢受給者証等又は後期高齢者医療被保険者証等の写し（保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルの資格情報画面）のうち、いずれか1つ

※転入した場合の参加者証の有効期間は、原則として転入日から転入前に交付されていた参加者証の有効期間の終期までとなります。

10. 参加終了申請書について

①参加者証の有効期間内に本事業の研究に協力することの同意を撤回したい等認定の取消を求める場合

②参加者の所得区分が本事業の対象外となった場合

上記の①又は②に当てはまる方は、参加者証の申請手続きを行った保健所へ「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書（様式第4号）」を参加者証と一緒にご提出ください。（②の場合は、保健所より参加終了申請書が届きます。）

※参加者証の有効期間は、参加終了申請書を受理した月の末日までとなります。（②の場合は、対象外となった日の属する月の末日までとなります。）

1 1.申請・相談窓口（保健所）一覧

お住まいの地域	申請窓口	電話番号	所在地
水戸市・笠間市・ 小美玉市・茨城町・ 大洗町・城里町	中央保健所	029-241-0100	水戸市笠原993-2
ひたちなか市・東海村・ 常陸太田市・常陸大宮市・ 那珂市・大子町	ひたちなか保健所	029-265-5515	ひたちなか市新光町95
	常陸大宮支所	0295-52-1157	常陸大宮市姥賀町2978-1
日立市・高萩市・北茨城市	日立保健所	0294-22-4188	日立市助川町2-6-15
鹿嶋市・潮来市・神栖市・ 行方市・鉾田市	潮来保健所	0299-66-2114	潮来市大洲1446-1
	鉾田支所	0291-33-2158	鉾田市鉾田1367-3
龍ヶ崎市・取手市・ 牛久市・守谷市・ 稲敷市・河内町・ 利根町・美浦村・阿見町	竜ヶ崎保健所	0297-62-2161	龍ヶ崎市2983-1
土浦市・石岡市・ かすみがうら市	土浦保健所	029-821-5342	土浦市下高津2-7-46
つくば市・ つくばみらい市・常総市	つくば保健所	029-851-9287	つくば市松代4-27
結城市・筑西市・桜川市・ 下妻市・八千代町	筑西保健所	0296-24-3911	筑西市二木成615 筑西合同庁舎(1階)
古河市・五霞町・ 境町・坂東市	古河保健所	0280-32-3021	古河市北町6-22

茨城県保健医療部疾病対策課
難病対策グループ 肝炎・肝がん担当



TEL：029-301-3220（午前8時30分～17時15分）
FAX：029-301-3239



茨城県ホームページはこちらのQRコードよりご覧いただけます。

【MEMO】

～更新申請のご案内～

条件	チェック欄(✓)
① 本事業の対象医療費が高額療養費の限度額を超えた月が、更新申請月より過去24月(2年)以内に1月のカウントを達している。(P. 3を参照)	
② ①の条件を達していて、さらに過去24月(2年)以内に2月目も超える見込みがある。	

上記の条件に✓が付いた方は、下記の期日までに住所を管轄する保健所の窓口にて更新申請手続きを行ってください。



◆参加者証の有効期間は、令和 年 月 日 までです。有効期間後も引き続き入院・外来医療を受ける場合は、有効期間内に更新手続きを行っていただく必要があります。

◆更新申請をすることができるのは、更新申請を行う時点で、過去2年間に肝がん・重度肝硬変の対象医療費が高額療養費の限度額を超えた月が1月以上ある場合となります。

◆更新月の前月以前から過去2年間の間に、肝がん・重度肝硬変の対象医療費が高額療養費の限度額を超えた月が既に2月以上ある場合は、**更新月の前月**に申請を行っていただくことも可能です。

※申請が有効期間終了の翌々月以降(令和 年 月 日以降)となった場合は、更新申請ではなく新規申請扱いとなります。

肝硬変及び肝がん(治療後の経過観察を含む)の方で参加者証をお持ちでない方の定期検査費用助成のご案内

B型・C型肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎・肝硬変・肝がんの方が医療機関で病状把握のために定期的に受けた検査費用を助成しています。(助成回数：1年度に2回まで)

《助成対象となる方》

①県内に住所を有する方で、医療保険各法(後期高齢者を含む)の規定による被保険者若しくは被扶養者
②肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎・肝硬変及び肝がん患者(治療後の経過観察を含む。)

※無症候性キャリアの方は、助成対象となりません。

③住民税非課税世帯に属する者又は世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円未満の者

④県又は市町村が行う肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業への参加に同意された方

⑤「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」の参加者証の交付を受けていない方又は有効期間外の方

※請求期限は、定期検査を受けた日の属する年度の末日(3月31日)です。(1年度の2回分をまとめて請求も可能)

《定期検査費用助成における自己負担限度額表(1回につき)》

助成対象費用から下表の該当区分の金額を控除した額が助成額となります。

助成対象となる所得階層区分	慢性肝炎	肝硬変・肝がん
市町村民税(所得割)課税年額が235,000円未満の世帯に属する方	2,000円	3,000円
住民税非課税世帯に属する方	0円	0円

助成対象費用：初診料(再診料)及びウイルス疾患指導料及び検査に関連する費用として県が認めた費用。

ただし、医師が真に必要と判断したものに限ります。なお、肝硬変・肝がん(治療後の経過観察を含む。)の場合は、超音波検査に代えてCT撮影及びその関連費用を対象とすることができます。

※詳細については、P.14の申請・相談窓口までお問い合わせください。

また、茨城県のホームページにも掲載しており、様式等もダウンロード可能ですので、ぜひご覧ください。P.14の下記QRコードよりご覧になれます。