

# 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】

令和5年4月1日

茨城県保健医療部  
健康推進課

## 項目

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	・・・P 1
資料集2. 所得区分に応じた提出書類	・・・P 4
資料集3. データ提供への同意に関する説明文書	・・・P 8
資料集4. 個人票等の記載例	・・・P 10
資料集5. 複数回入院等の場合の事例	・・・P 11
資料集6. レセプトと医療記録票の記載例	・・・P 21
資料集7. 茨城県の申請窓口・お問い合わせ先	・・・P 62

## 【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(※1)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(※2)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、患者の自己負担額が1万円となる。
- ②ただし、世帯の収入が約370万円以下であることなど、助成を受けるにはいくつかの条件がある。
- ③助成を受けるためには、お住いの都道府県(茨城県の場合は県の保健所長)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」が必要となるが、当院でお渡しできる。

(※1)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す。

(※2)連続する「3月」でなくても可。

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」にカウントできません。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いった場合や、過去1年で既に2月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、県の保健所(水戸市に住所のある方は県の中央保健所)を紹介してください。

#### <助成を受けるための条件について>

- ①助成を受けるためには所得制限がある。被保険者証を確認してほしい。
  - ・70歳未満→加入保険の所得区分「エ」または「オ」
  - ・70歳以上→加入保険の所得区分「一般」または「低所得」(自己負担割合が2割か1割)
- ②助成を受けるためには「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。

#### <助成を受けるための手続について>

(参加者証の申請方法)

- ①助成を受けるためには、都道府県(茨城県の場合は県の保健所長)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。(県の保健所の担当課から受け取っておいてください。)
- ③添付書類として、「研究事業への同意」に関するもののほか、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)

- ①入院治療と通院治療で公費の請求方法が異なる。

- (1): 入院治療(高額療養費算定基準額を超えるもの)の場合…  
医療機関が県に対して公費を請求するため、患者さんの医療機関窓口における自己負担は1万円となる。
- (2): (1)以外の入院治療及び通院治療の場合…  
医療機関の窓口では一旦、自己負担額(3割等)を支払い、参加者証の交付を受けた保健所長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。

### 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(臨床調査個人票及び同意書以外)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が2月となった場合(※)、お住まいの都道府県を確認して、担当部署(茨城県の場合は県の保健所)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。  
※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都道府県(茨城県の場合は県の保健所)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通院の場合は、助成対象となった月であっても、医療機関の窓口で一旦、3割等の自己負担額を支払い、都道府県(茨城県の場合は県の保健所)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で、自己負担額が1万円となること。

### 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、**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。

下記の書類に加えて、  
 ● 94円切手を貼付した返信用封筒（長3）  
 ● 医療保険者への所得区分照会に係る同意書を提出してください。

**【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○、△、▲いずれかの印のある月が計2回以上）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（写）</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>本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類</li> <li>本人及び世帯全員の住民票の写し</li> <li>医療記録票（B欄に過去11か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計2回以上）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（写）</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	[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>本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類</li> <li>本人及び世帯全員の住民票の写し</li> <li>医療記録票（B欄に過去11か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計2回以上）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（写）</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	
	[Ⅰ（低所得Ⅰ）] 住民税非課税世帯 （年金収入80万円以下など）	

（備考）

- ・限度額適用認定証等とは、限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証をさします。
- ・年収は、申請時における最新の金額となります。

## 2. 詳細(年齢・保険者別に新規・更新の提出添付書類を整理)

※本項の「医療記録票(2/12以上)」とは、医療記録票(別紙様式例6-1及び6-2)と別紙様式例6-2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。

下記の書類に加えて、①94円切手を貼付した返信用封筒(長3)  
②医療保険者への所得区分照会に係る同意書の2点を提出してください。

### ○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>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> <li>本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類</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)」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>本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類</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>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>	<p>●追加提出書類なし（更新申請時の照会不要）</p>
Ⅱ (低所得Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> <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> <li>被保険者の非課税証明書類</li> </ul>	<p>●7月下旬までに「被保険者の非課税証明書類(写)」の提出が必要 (適用区分Ⅱであることを保険者が確認するため)</p>
Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> <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>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> <li>被保険者及び被扶養者の非課税証明書類</li> </ul>	<p>●7月下旬までに「被保険者及び被扶養者の非課税証明書類(写)」の提出が必要 (適用区分Ⅰであることを保険者が確認するため)</p>

●70歳以上75歳未満・市町村国保

適用区分	新規申請	更新申請	保険者照会（更新時）
Ⅲ (一般所得)	<ul style="list-style-type: none"> <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>本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類</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>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>	<p>●追加提出書類なし (更新申請時の照会不要。 課税所得について市町村が税情報を把握しているため)</p>
Ⅱ (低所得Ⅱ)	<ul style="list-style-type: none"> <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>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>●追加提出書類なし (更新申請時の照会不要。 課税所得について市町村が税情報を把握しているため)</p>
Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> <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>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、更新時に限度額適用認定証等(写)の提出は不要)</p>	<p>●追加提出書類なし (更新申請時の照会不要。 課税所得について市町村が税情報を把握しているため)</p>

●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>本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類</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>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>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> <li>本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類</li> </ul>	<p>●7月下旬までに「本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類(写)」の提出が必要 (適用区分を判定するため)</p>
Ⅱ (低所得Ⅱ) ・ Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> <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>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> <li>本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類</li> </ul>	<p>●7月下旬までに「本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類(写)」の提出が必要 (適用区分を判定するため)</p>

□75歳以上・後期高齢者医療保険

適用区分	新規申請	更新申請	保険者照会（更新時）
Ⅲ (一般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>本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類</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>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った場合、保険者から通知があるため、更新時に税関連書類の提出は不要)</p>	<p>□追加提出書類なし (更新申請時の照会不要。 課税所得について市町村が 税情報を把握しているため)</p>
Ⅱ (低所得Ⅱ) ・ Ⅰ (低所得Ⅰ)	<ul style="list-style-type: none"> <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>	<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>	



## 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に参加される方へ

### ■ 事業の参加にあたって

「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」の参加者証の交付申請の際に都道府県知事に提出していただく臨床調査個人票の「写し」は、厚生労働省にも提供されることとなります。厚生労働省は、これにより得られた肝がんや非代償性肝硬変（以下、重度肝硬変）の臨床データを、患者の予後の改善や生活の質の向上、肝がんの再発の抑制などを目的に解析します。また、本事業の円滑な実施や利便性の向上にも役立てられます。

なお解析は、厚生労働省の研究班（厚生労働科学研究費補助金 肝炎等克服政策研究事業「肝がん・重度肝硬変の医療水準と患者のQOL向上等に資する研究（研究代表者：東京大学医学部附属病院 名誉教授・病院診療医（出向） 小池和彦）」（以下、政策研究班））において実施されます。

### ■ 事業の対象

B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者で、厚生労働省の研究班へ臨床データを提供し、活用されることに同意をいただいた方

### ■ 事業に参加することによる負担、費用、リスク、利益

保険診療の範囲内でおこなった検査等の結果に基づいて作成された臨床調査個人票の写しを提出するのみですので、追加で負担や費用が発生したり、有害事象が起きたりすることはありません。

臨床情報の提供に同意し本事業に参加することにより、所定の条件に該当した場合に医療費の負担が軽減されます。

臨床情報の提供に同意を頂けない方は、本事業の対象とはなりません。

### ■ 個人情報の保護について

個人を特定する情報や臨床情報は厚生労働省および厚生労働省の研究班において保存されますが、適切に取り扱われ、目的以外の用途で使用されることはありません。

### ■ 同意の任意性について

この事業に参加するかどうかは、ご自身の意思で決めていただきます。同意がないことにより、診療上不利益を被ることはありません。また、希望する場合には同意を撤回することが可能です。

■ 事業の報告について

この事業によって得られた結果は、厚生労働省および関係機関が開催する会議で報告されます。また、厚生労働科学研究費補助金の年次報告書で報告され、学会や医学雑誌に発表されることがあります。ただし、個人の特定につながる内容を公表することはありません。

■ 情報の保存について

臨床調査個人票の写しは、解析を行った後も厚生労働省および厚生労働省の研究班に保存されます。研究班における保存の期間は政策研究班が終了する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、担当医あるいは〇〇（お住まいの都道府県）へご相談ください。

（都道府県担当部署名）

連絡先：茨城県保健医療部健康推進課

電話 029-301-3220

以上、この事業の内容について十分ご理解いただいたうえで、参加することをお決めになりましたら、同意書に署名及び捺印をし、日付の記入をお願いいたします。

# 【資料集4】個人票等の記載例

様式第2号

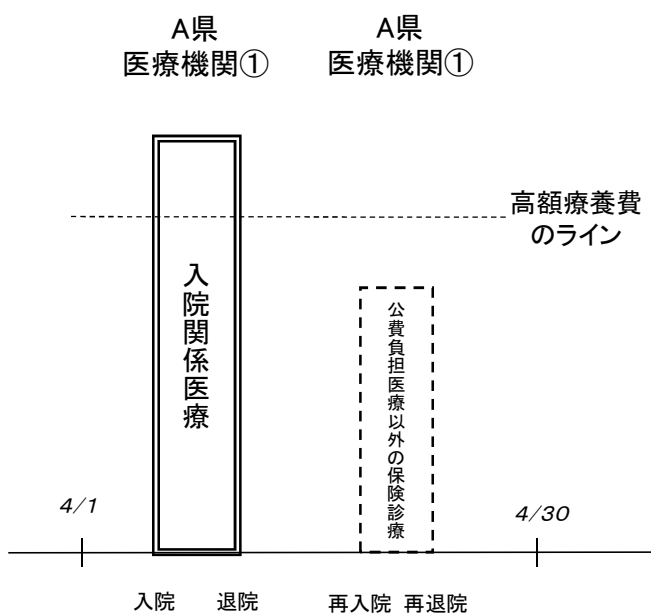
臨床調査個人票及び同意書

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)	
			男・女	年 月 日 (満 歳)	
住所	郵便番号	電話番号			
	肝がん又は重度肝硬変と初めて診断した年月を記載してください。		前医があれば記載してください。		
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名	「B型肝炎ウイルス性」であることをHBs抗原またはHBV-DNAの結果により確認した場合にチェックを入れてください。陽性を確認した日について、HBs抗原、HBV-DNAどちらか一方の直近の検査日を記載してください。	
検査所見	直近の所見を入力すること。 1. B型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日) 又は <input type="checkbox"/> HBV-DNA陽性 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> HBs抗原消失例 (過去に6ヶ月以上間隔を空けて実施した連続する2回の測定結果でHBs抗原陽性である) 1回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日) 2回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> HCV抗体陽性 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> HCV-RNA陽性 (検査日: 年 月 日) 3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ / $\mu$ L 血清アルブミン _____ g/dL 血清総ビリルビン _____ mg/dL プロトロンビン時間 _____ % 4. 身体所見(該当する項目にチェックを入れる) (検査日: 年 月 日) 腹水 ( <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 軽度、 <input type="checkbox"/> 中程度以上) 肝性脳症 ( <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 軽度 (I, II)、 <input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上))				
診断根拠	【肝がんの場合】(該当する項目にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> 画像検査 ( <input type="checkbox"/> 造影CT、 <input type="checkbox"/> 造影MRI、 <input type="checkbox"/> 血管造影/造影下CT) (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 病理検査 ( <input type="checkbox"/> 切除標本、 <input type="checkbox"/> 腫瘍生検) (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※その他の場合には、その具体的な内容を記載のうえ、根拠となる資料を添付すること。 【重度肝硬変(非代償性肝硬変)の場合】(該当する項目にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> Child-Pugh score で7点以上 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 別に定める「重度肝硬変(非代償性肝硬変)の医療行為」の治療歴を有する。 (当該医療行為の実施日: 年 月 日)				
その他の記載事項					
診断	該当するすべての項目にチェックを入れる。 <input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝がん (C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 重度肝硬変(非代償性肝硬変) (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 重度肝硬変(非代償性肝硬変) (C型肝炎ウイルスによる)				
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日				
医師氏名	印				
<b>同 意 書</b>					
厚生労働省の研究事業について説明を受け、本研究事業の趣旨を理解し、臨床データ(臨床調査個人票等)を提供し、活用されることに同意します。					
指定医療機関から参加予定者に対して、国が研究班に対して臨床調査個人票及び同意書(本文書のこと)を提供することを説明し、同意を取得するようお願いします。		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。		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)	
実務上の取扱い別添3を参照して記載してください。					

【資料集5】複数回入院等の場合の事例

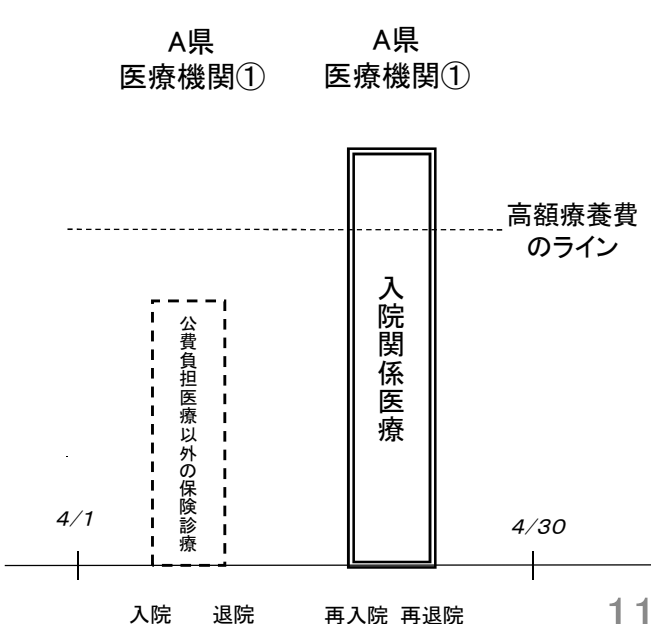
※本項において、入院関係医療は、過去12月中において既に2月高額療養費算定基準額を超えていることとします。

Case1: 同一の医療機関に複数回入院した場合①



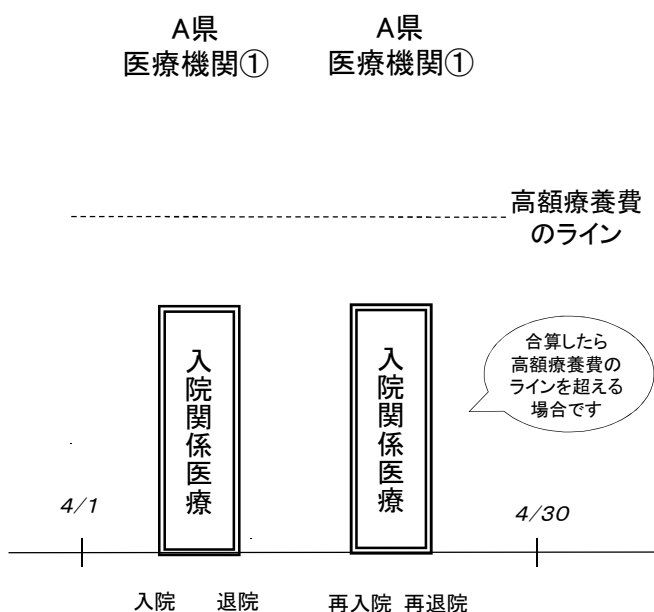
- ・入院関係医療で現物給付の処理が可能。
- ・再入院のときの保険診療の自己負担の上限額は、「(保険診療の)高額療養費算定基準額-10,000円」となる。
- ・レセプトは1枚にまとめることが可能。

Case2: 同一の医療機関に複数回入院した場合②



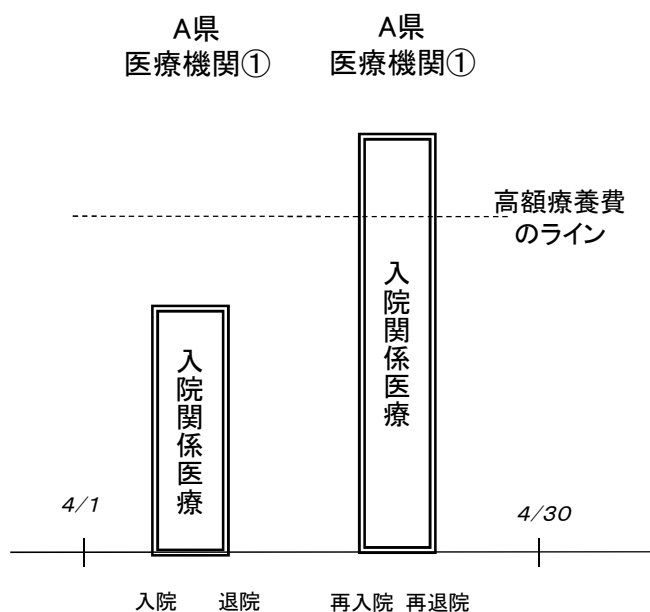
- ・1回目の入院のときに、保険診療の自己負担額を窓口で支払ってしまっていることから、再入院したときに、再計算を行ったうえで、入院関係医療を現物給付として処理することが可能。
- ・自己負担額の上限額は保険診療の高額療養費算定基準額となることから、返戻処理が発生することはない。

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）

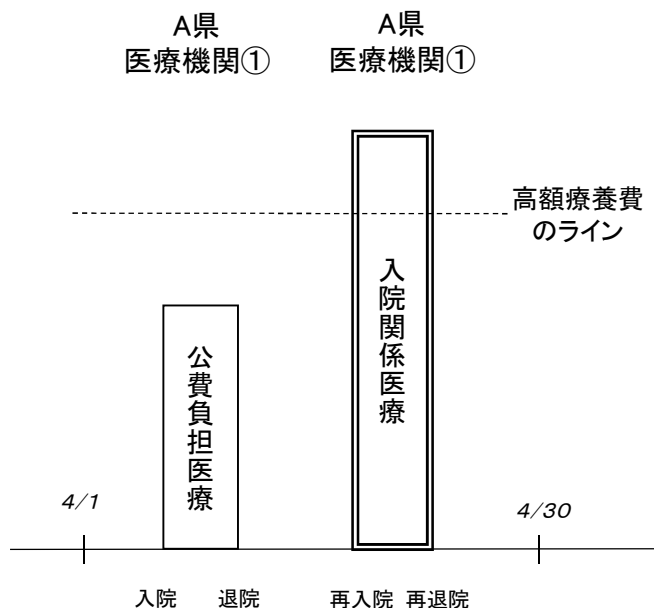
Case4: 同一の医療機関に複数回入院した場合④



- ・ 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。

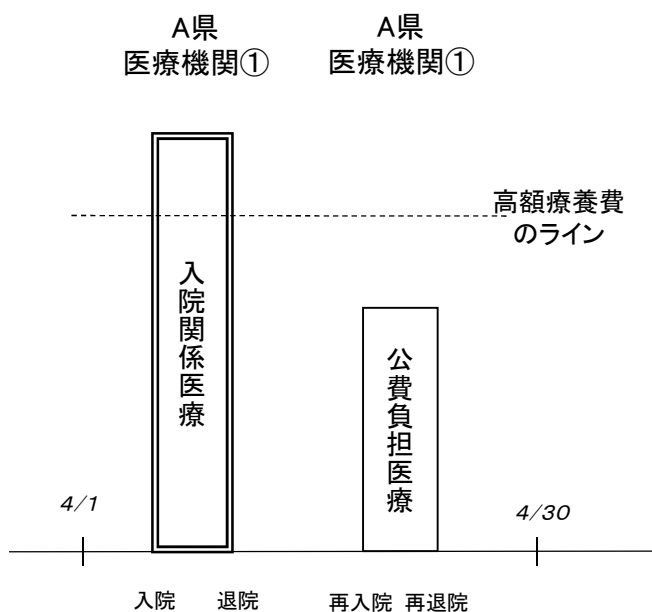


Case5: 入院関係医療と公費負担医療で同一の医療機関に複数回入院した場合①



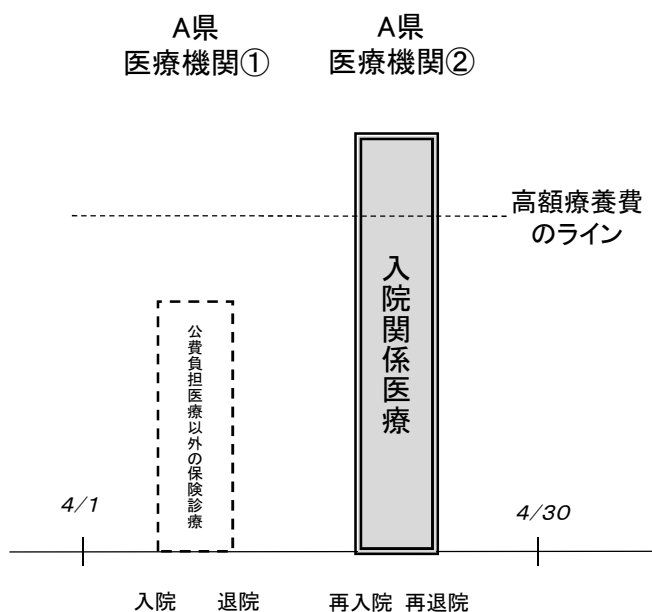
- ・入院関係医療は現物給付が可能。
- ・公費負担医療と入院関係医療のレセプトは1枚になる。
- ・他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、公費負担医療の自己負担額 + 1万円（入院関係医療の自己負担額）となる。

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



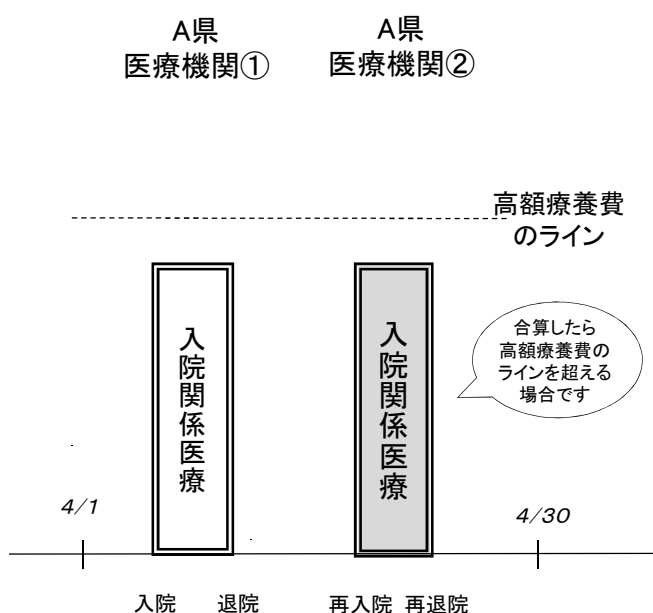
- ・入院関係医療は現物給付が可能。
- ・公費負担医療と入院関係医療のレセプトは1枚になる。
- ・他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、1万円（入院関係医療の自己負担額） + 公費負担医療の自己負担額となる。

Case7: 複数の医療機関に入院した場合①



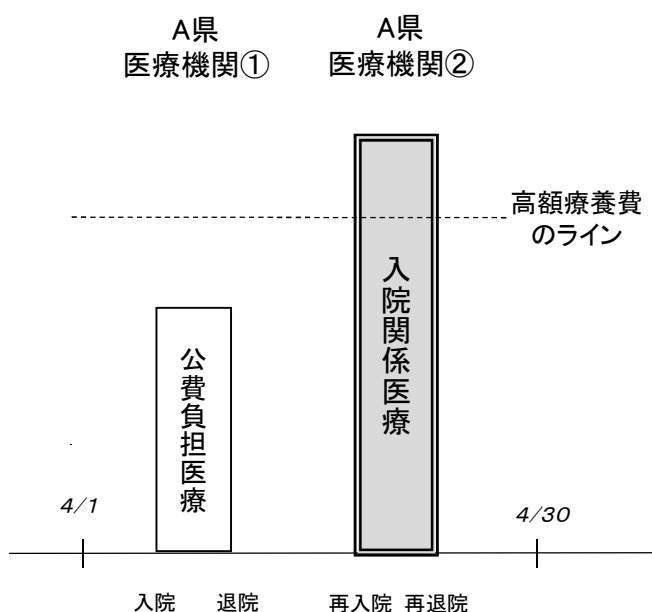
- ・ 医療機関が異なるのでレセプトは2枚となる。
- ・ 入院関係医療は現物給付が可能。
- ・ 保険診療と1万円（入院関係医療の自己負担額）の合計が、保険診療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、超過部分は高額療養費として保険者に請求が可能となる。

Case8: 複数の医療機関に入院した場合②



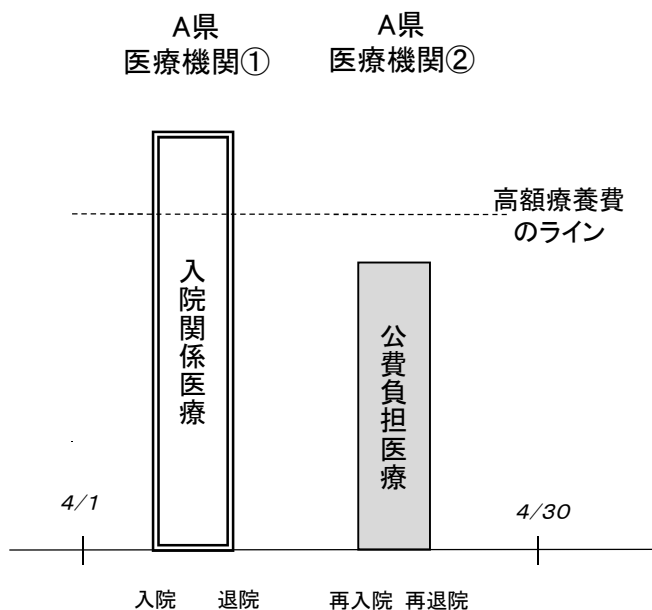
- ・ 特定疾病給付対象療養は、同一の医療機関の医療費しか合算しないので、助成の対象とはならない。

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



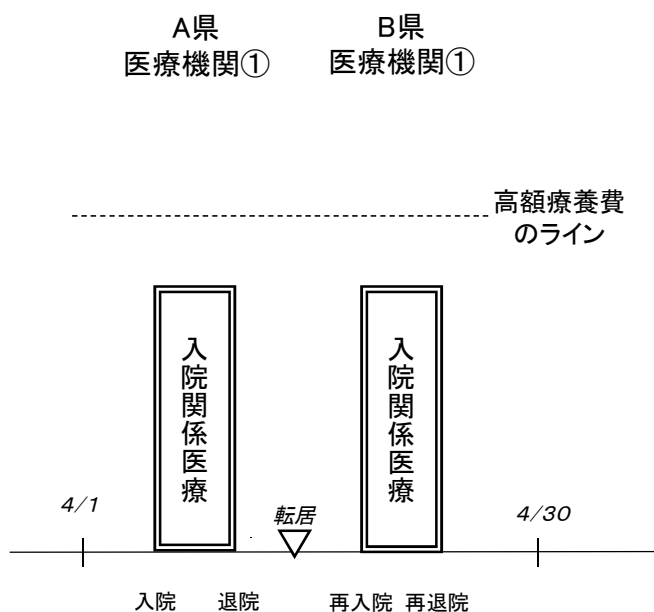
- ・ 公費負担医療も入院関係医療もそれぞれの医療機関で現物給付が可能。
- ・ 他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、公費負担医療の自己負担額 + 1万円（入院関係医療の自己負担額）となる。

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



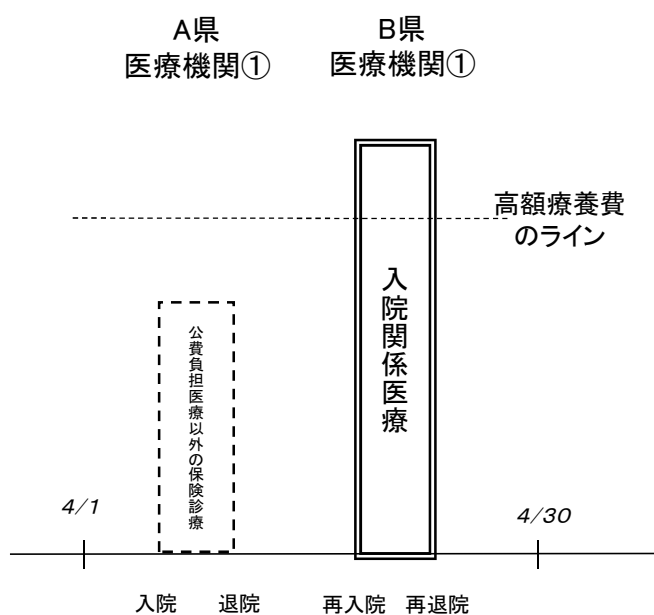
- ・ 入院関係医療も公費負担医療もそれぞれの医療機関で現物給付が可能。
- ・ 他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、1万円（入院関係医療の自己負担額） + 公費負担医療の自己負担額となる。

Case11: 転居(住民票の変更)があった場合(保険者の変更なし)①



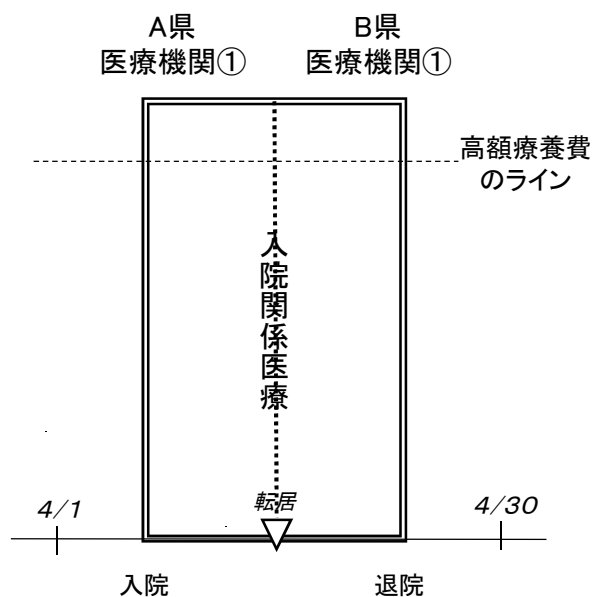
- ・レセプトは1枚となるが、1回目の入院の自己負担額を既に窓口で支払っており、現物給付をすることとしてしまうと、自己負担額が1万円になることから、返戻処理が必要になってくるため、**現物給付NG**とする。
- ・最終的な負担額はそれぞれ、
  - 患者：1万円
  - 保険者：入院関係医療の合計額－高額療養費算定基準額（償還払い）
  - A県：高額療養費算定基準額－1万円（償還払い）
  - B県：負担なし

Case12: 転居(住民票の変更)があった場合(保険者の変更なし)②



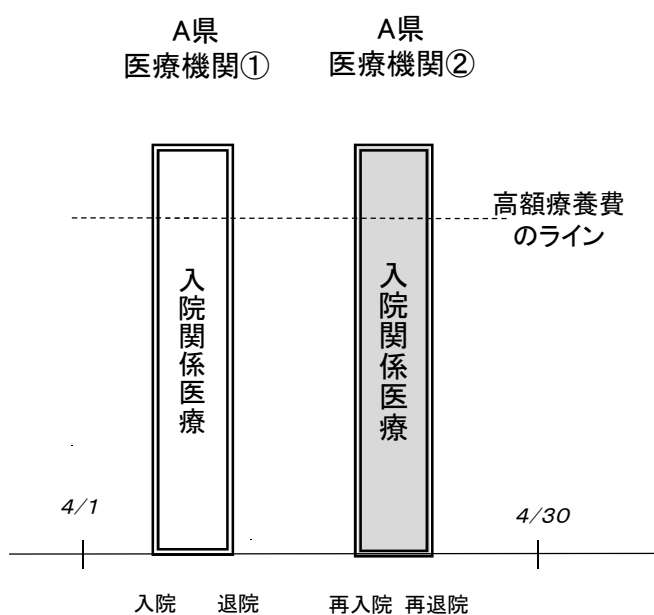
- ・入院関係医療は現物給付が可能。
- ・A県在住時には入院関係医療がないことからA県の公費負担なし。
- ・レセプトは1枚となりB県に対する請求のみが生じる。
- ・患者の負担は、入院関係医療に対する助成の1万円＋保険診療の自己負担額（上限は保険診療の高額療養費算定基準額）となる。

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。

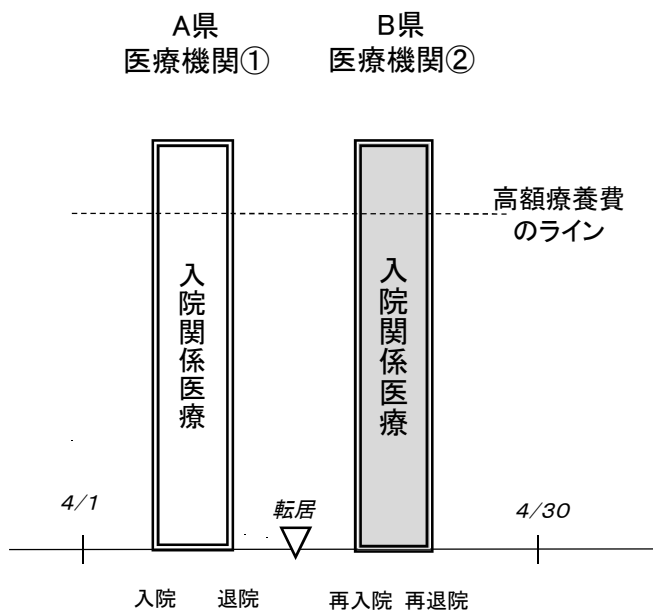
Case14: 複数医療機関に入院し、それぞれで基準額を超えた場合(保険者の変更なし)①



- ・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)

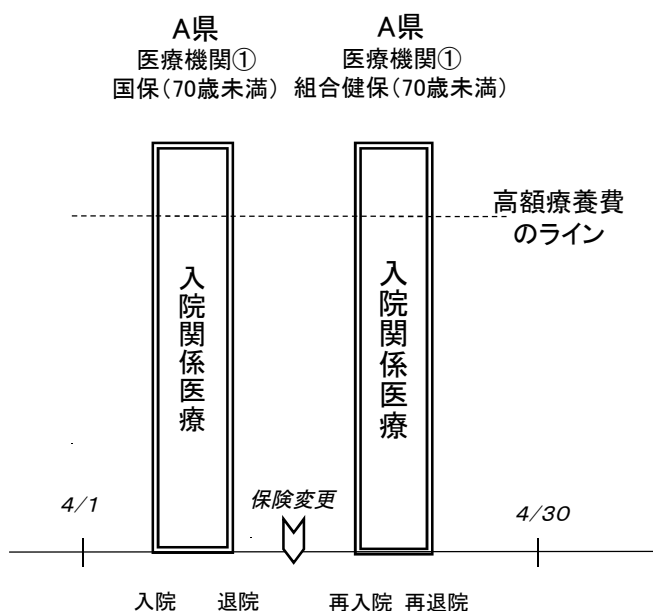


Case15:複数医療機関に入院、それぞれで基準額を超えた場合(保険者の変更なし)②



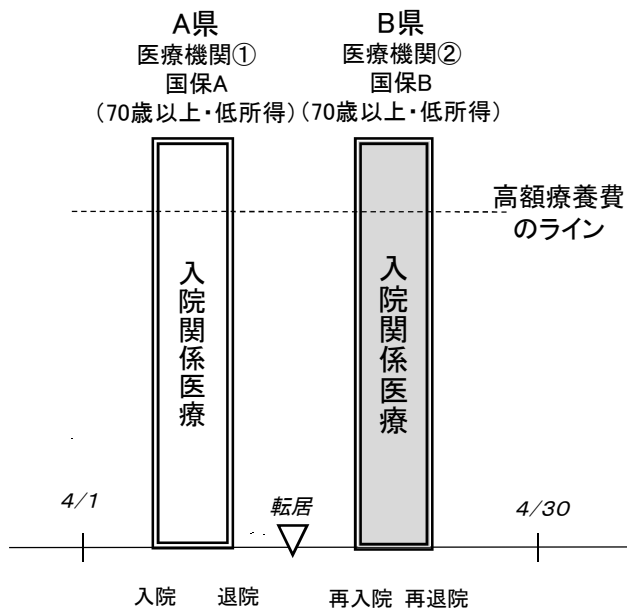
- ・医療機関ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになる。
- ・医療機関①の医療費の助成はA県が行い、医療機関②の医療費の助成はB県が行う。(患者負担2万円)

Case16:保険者の変更がある場合①



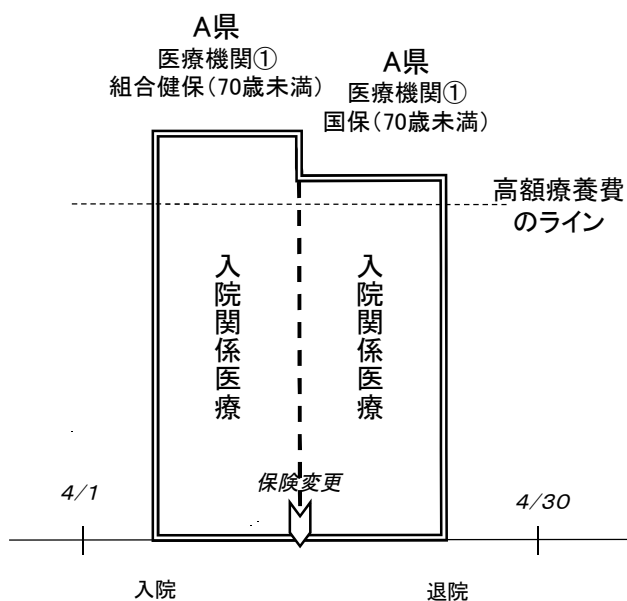
- ・レセプトは保険者別に作成されるので2枚となる。
- ・多数回該当の概念のある所得区分なので、特定疾病給付対象療養としてのカウント(多数回該当のカウント)はリセットされる。
- ・保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので1回目、2回目それぞれの入院で現物給付可能。(患者負担2万円)

### Case 17: 保険者の変更がある場合②



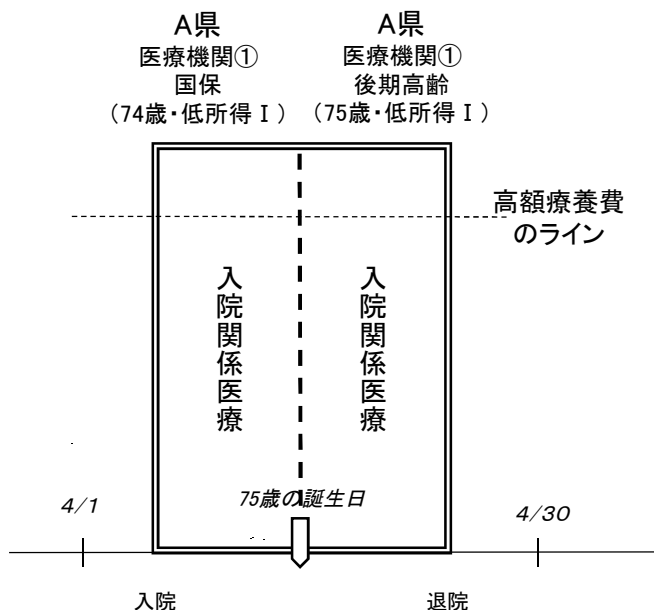
- ・ レセプトは保険者別・医療機関別に作成されるので2枚となる。
- ・ 多数回該当の概念のない所得区分。
- ・ 保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので、医療機関①の医療費についてはA県が、医療機関②の医療費についてはB県が、それぞれ助成を行う。  
(患者負担2万円)

### Case 18: 保険者の変更がある場合③



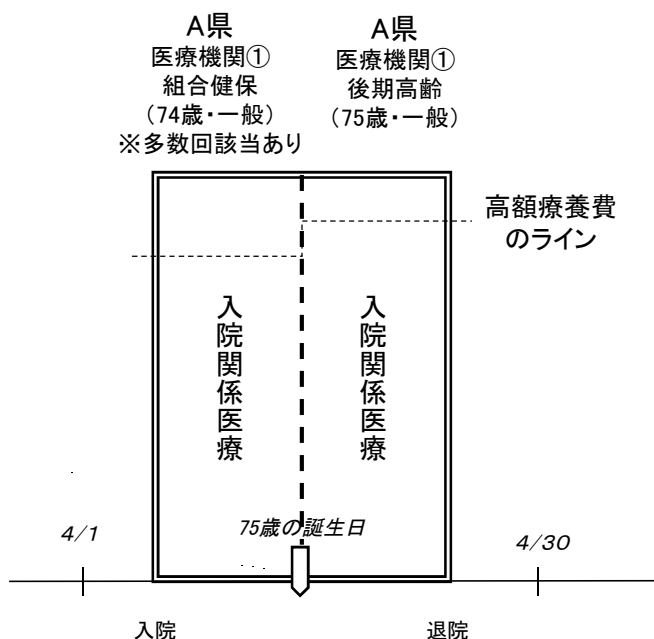
- ・ 1回の入院だが、レセプトは保険者別に作成されるので2枚となる。
- ・ 保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので、保険変更前・変更後のそれぞれの入院関係医療について現物給付が可能。  
(患者負担2万円)

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

パターン1 (レセプト記載例)

※肝がん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

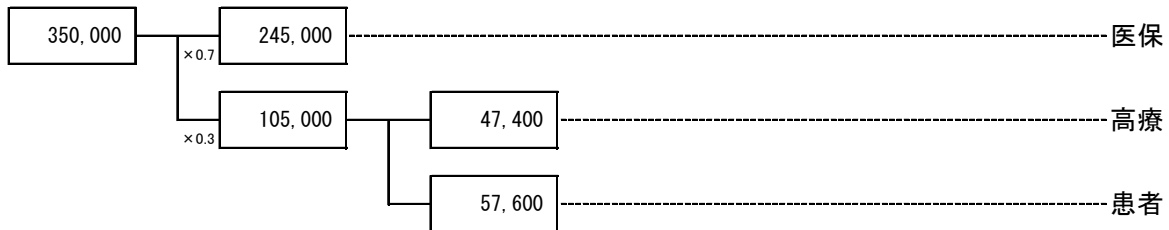
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費200,000円）と保険診療（同150,000円）

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				診療実日数		保険公①		13					
職務上の事由				29区エ				診療実日数		保険公②							
										※高額療養費 円							
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	食事・生活療養	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円								
	公費①	35,000		57,600	0	0			0								
	公費②																

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

肝がん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		①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600							
B欄	R3年			R4年			R5年							
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月		
	R4年			R5年			R6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・退院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に薬名治療の場合○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)	入院【現物給付(原則)】			②窓口(保険薬局含む)【後払い】			③同じ月に入院欄の②と通院欄の④の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	④関係医療の窓口支払額
R3/8/3	R3/8/15		〇〇大学附属病院			200,000	⑤関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	⑥月間累計(⑤の月間累計) ※円単位で記載	⑦※1	⑧関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	⑨月間累計(⑧の月間累計) ※円単位で記載	⑩※2		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)

※肝がん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

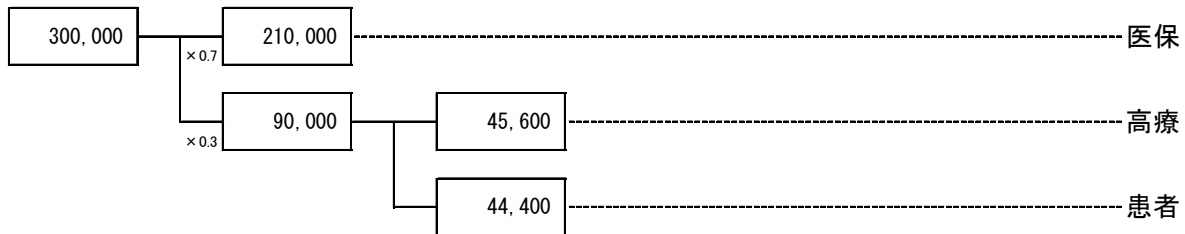
- ・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ
- ・保険診療は多数回該当が適用

### 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				
-									-	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		診療実日数		17		
職務上の事由								29区工		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	30,000		44,400			保険	0	0			0		
	公費②						公費①							
						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)	45,600 円)
肝がん	0 円
患者	44,400 円

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

R3年				R4年				R5年			
8月	9月	10月	11月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
	△入										

医療記録票記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険適用記載欄)														
入院【現物給付(既期)】														
入院・退院日	退院日	請求日	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	※1	④関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	⑤月間累計(④の月間累計) ※円単位で記載	※2	⑥同じ月に入院欄の②と退院欄の④の記載がある場合は、その合計額を記載※3	⑦関係医療の窓口支払額
R3/10/8	R3/10/24		〇〇大学附属病院			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(レセプト記載例)

※肝がん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. 3

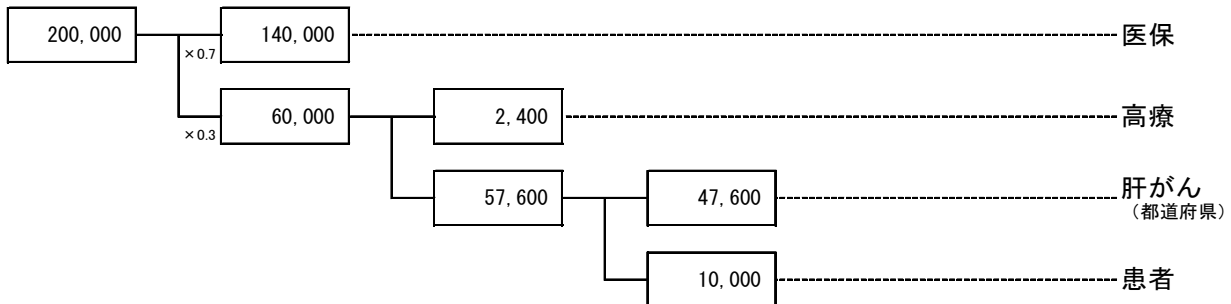
- ・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費200,000円）と保険診療（同200,000円）
- ・保険診療は多数回該当が適用

### レセプト記載例

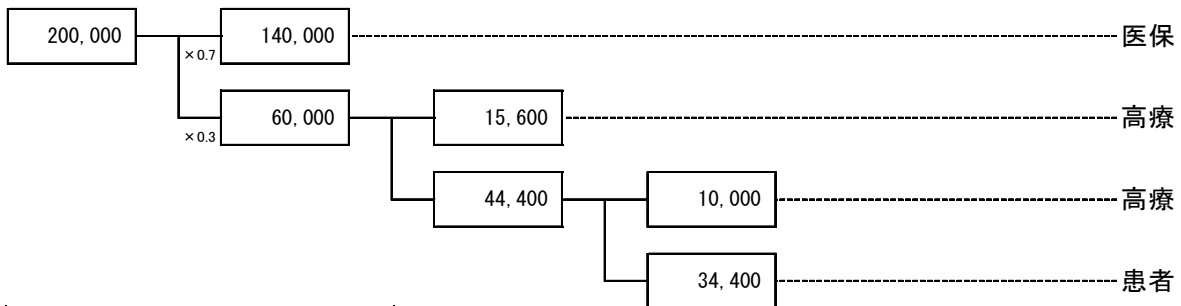
診療報酬明細書(医科入院) 令和 3年 12月分										1 医科 1 社 2 2 併 1 本入			
公費負担者 番号① 3 8 6 0 2										保険者番号 0 6			
公費負担者 番号②													
氏名					特記事項					診療実日数		18	
職務上の事由					29区エ					公①		18	
										公②			
※高額療養費 円													
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 (57,600)	円	食事・生活療養	回数	請求円	※決定円	(標準負担額)	円		
	公費①	40,000		92,000		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



#### ◇保険診療



合計	
医保	308,000 円
(高額再掲)	28,000 円
肝がん	47,600 円
患者	44,400 円

肝がん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	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600							
B欄	R3年						R4年							
	9月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月		
	△入		△入	○入	○入									
R4年						R5年								
9月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月			
医療記録票(○は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)														
入院・退院日	退院日	請求日	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割分) ※円単位で記載	③月間累計(②の月間累計) ※円単位で記載	※1	④関係医療の自己負担額(3割分) ※円単位で記載	⑤月間累計(④の月間累計) ※円単位で記載	※2	⑥同じ月に入院欄の⑥と通院欄の⑥の記載がある場合は、その合計額を記載※3	⑦関係医療の窓口支払額
R3/12/2	R3/12/19		〇〇大学附属病院			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)

※肝がん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

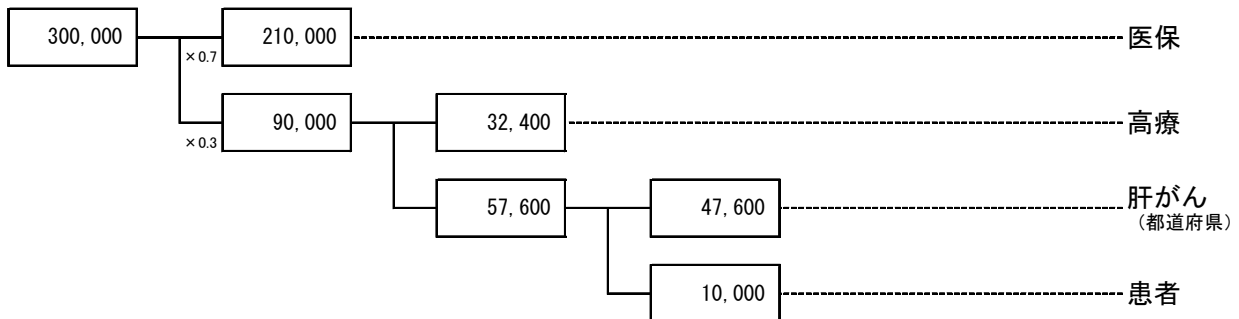
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同50,000円）

### レセプト記載例

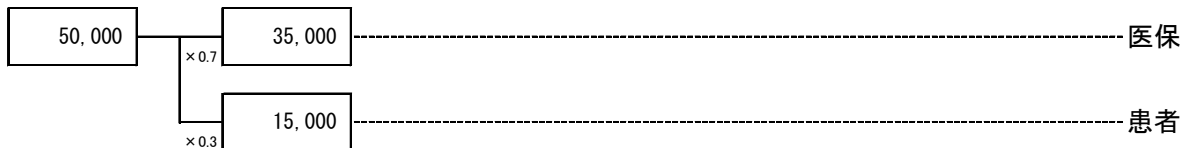
診療報酬明細書(医科入院) <span style="float: right;">令和 4年 2月分</span>																																											
					<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2 2</td> <td style="width: 20px;">1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>医科</td> <td>社</td> <td>併</td> <td>本入</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">保険者番号</td> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						1	1	2 2	1		医科	社	併	本入	保険者番号	0	6																					
	1	1	2 2	1																																							
	医科	社	併	本入																																							
保険者番号	0	6																																									
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>公費負担者 番号①</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td>公費受給者 番号①</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費負担者 番号②</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>公費受給者 番号②</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					-										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												
-																																											
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																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">氏名</td> <td colspan="3"></td> <td style="width: 20px;">特記事項</td> </tr> <tr> <td>職務上の事由</td> <td colspan="3"></td> <td style="text-align: center;">29区工</td> </tr> </table>					氏名				特記事項	職務上の事由				29区工	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">診療 実日数</td> <td style="width: 20px;">保険</td> <td style="width: 20px;">16</td> </tr> <tr> <td></td> <td>公①</td> <td style="text-align: center;">16</td> </tr> <tr> <td></td> <td>公②</td> <td></td> </tr> </table>					診療 実日数	保険	16		公①	16		公②																
氏名				特記事項																																							
職務上の事由				29区工																																							
診療 実日数	保険	16																																									
	公①	16																																									
	公②																																										
※高額療養費 <span style="float: right;">円</span>																																											
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">療養の 給付</td> <td style="width: 20px;">保 険</td> <td style="width: 20px;">請 求 点</td> <td style="width: 20px;">※決 定 点</td> <td style="width: 20px;">負 担 金 額 円</td> <td style="width: 20px;">回</td> <td style="width: 20px;">請 求 円</td> <td style="width: 20px;">※決 定 円</td> <td style="width: 20px;">(標 準 負 担 額) 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35,000</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(57,600) 72,600</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>公費①</td> <td style="text-align: center;">30,000</td> <td></td> <td style="text-align: center;">10,000</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費②</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										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		35,000		(57,600) 72,600	0	0		0	公費①	30,000		10,000					公費②								
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																																			
		35,000		(57,600) 72,600	0	0		0																																			
	公費①	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



#### ◇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

肝がん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	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600						
B欄	R3年						R4年							
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月		
	△入		△入		○入		○入							
医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険適用記載欄)		◇	◇	◆	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	
入院・退院日	退院日	精算日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る患者の場合○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月総累計(●の月総累計) ※円単位で記載	※1	④関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	⑤月総累計(●の月総累計) ※円単位で記載	※2	⑥同じ月に入院療の④と退院療の⑤の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑦関係医療の窓口支払額
R4/2/5	R4/2/20		〇〇大学附属病院			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。)

※肝がん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5①(レセプト記載例)

### No. 5①

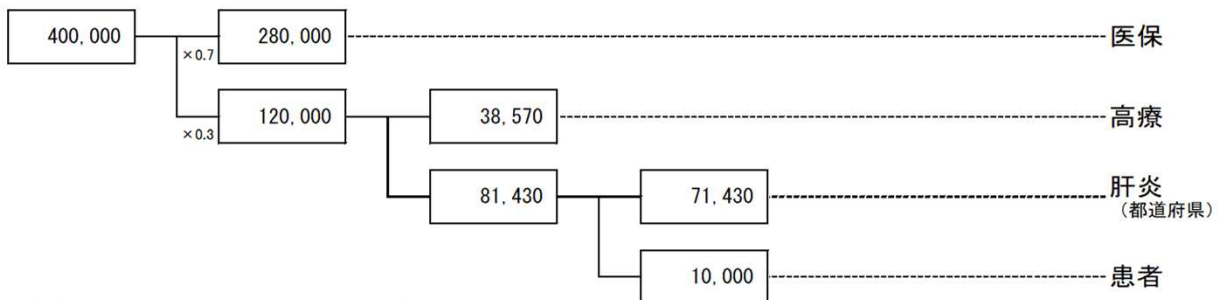
- 70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費200,000円）と他公費負担医療の自己負担額10,000円

### レセプト記載例

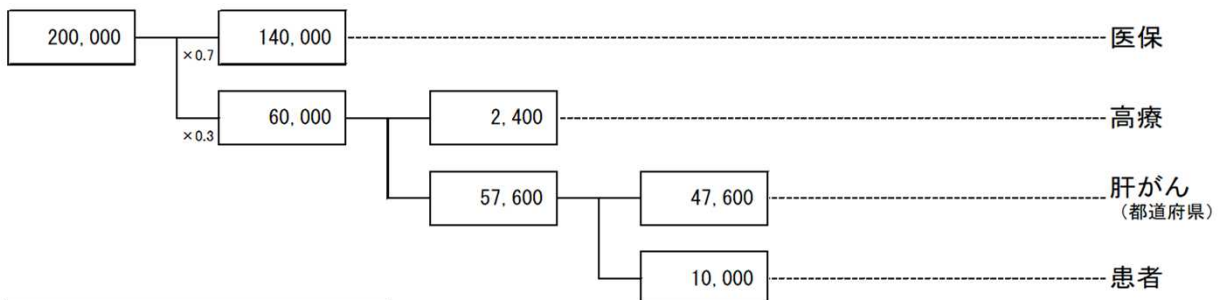
診療報酬明細書(医科入院)										令和 4年 3月分						
-										-						
公費負担者番号①	3	8			6	0	1	公費受給者番号①								
公費負担者番号②	3	8			6	0	2	公費受給者番号②								
氏名								特記事項	29区工							
職務上の事由																
										1 医科	1 社	3 3 併	1 本入			
保険者番号										0	6					
										診療実日数	保 険	11				
											公 ①	11				
											公 ②	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	食 事 ・ 生 活 療 養	保 険	回	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円
		60,000				(81,430) (57,600) 139,030			0		0				0	
	公費①	40,000				10,000		公費①								
公費②	20,000				10,000		公費②									

### 樹形図 (ツリー図)

#### ◇肝炎治療特別促進事業



#### ◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業



合計	
医保	460,970 円
(高額再掲)	40,970 円)
肝炎	71,430 円
肝がん	47,600 円
患者	20,000 円

便宜上、「他公費負担医療」は、「肝炎治療特別促進事業」が、医療費（3割負担額）が120,000円だったものとして例示します。

肝がん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)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。  
 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	高療養費算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600							
B欄	R3年							R4年						
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月		
B欄	R4年							R5年						
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月		
医療費記録欄(○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(保険適用含む)【償還払い】			◇◆	◇◆
入院・退院日	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適応○印	特記事項がある場合○印	⑤関係医療の医療費総額(10割分)	⑥関係医療の自己負担額(3割分)※円単位で記載	⑦月間累計(⑥の月間累計)※円単位で記載	※1	⑧関係医療の自己負担額(3割分)※円単位で記載	⑨月間累計(⑧の月間累計)※円単位で記載	※2	⑩同じ月に入院欄の⑥と通院欄の⑧の記載がある場合は、その合計額を記載※3	⑪関係医療の窓口支払額
R4/3/2	R4/3/12		〇〇大学附属病院			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。

○：入院が高療養基準額を超え、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)  
 △：高療養基準額(入院・外来高療養基準額)を超えた場合(上記の場合を除く)(多数回該当がある高療養基準額を超えた場合)  
 ▲：70歳以上の者が外来に係る高療養基準額を超えた場合(多数回該当が無い高療養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。)



※肝がん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5②(レセプト記載例)

### 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

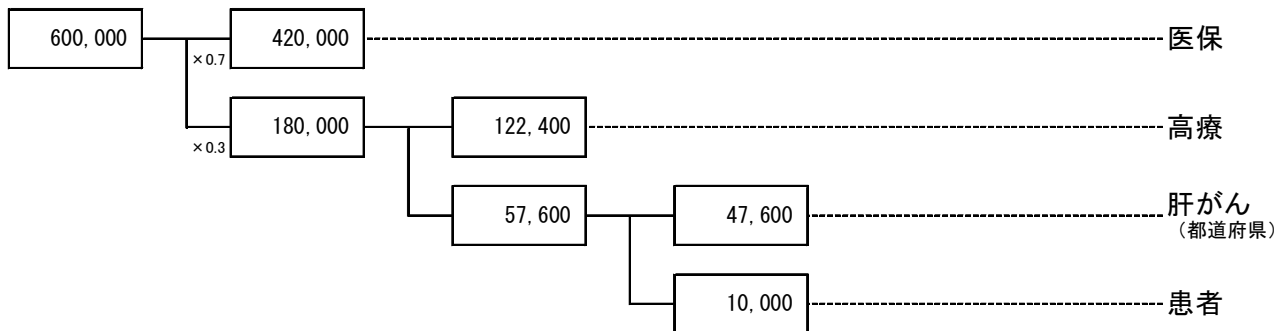
診療報酬明細書(医科入院)										令和 4年 3月分					
-										-					
公費負担者 番号①					3	8						公費受給者 番号①			
公費負担者 番号②										公費受給者 番号②					
氏名										特記事項					
職務上の事由										29区エ					
										※高額療養費 円					
										円					
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		食事・生活療養	保険	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円				
	公費①	60,000		57,600			0	0			0				
	公費②	60,000		10,000											

	1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
保険者番号	0	6		

診療実日数	保険	11
	公① 公②	11

### 樹形図(ツリー図)

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業



合計	
医保	542,400 円
(高額再掲)	122,400 円)
肝がん	47,600 円
患者	10,000 円

肝がん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(レセプト記載例)

※肝がん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

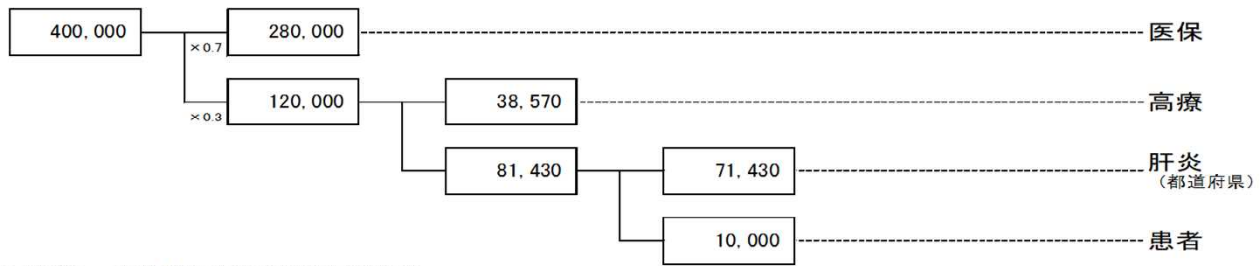
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費180,000円）と保険診療（同200,000円）及び他公費負担医療の自己負担額10,000円がある。  
 ・入院関係医療も保険診療も多数回該当が適用

### レセプト記載例

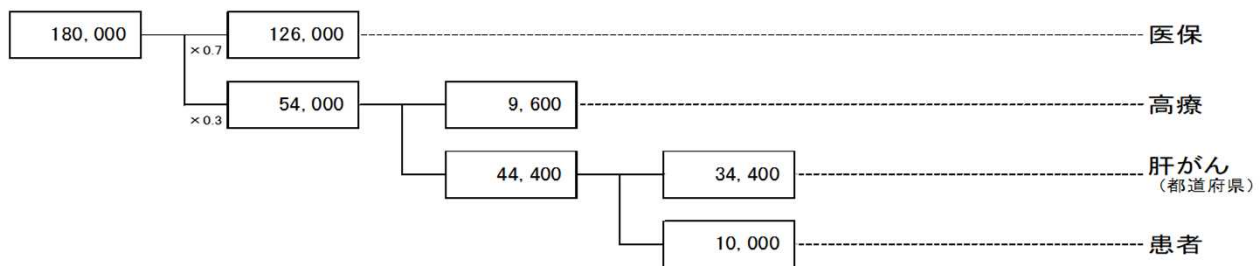
診療報酬明細書(医科入院)										令和 4年 4月分				
-										-				
公費負担者 番号①	3	8			6	0	1		公費受給者 番号①					
公費負担者 番号②	3	8			6	0	2		公費受給者 番号②					
氏名									特記事項	34多工				
職務上の事由														
※高額療養費														
円														
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		請求 円		※決定 円	(標準負担額) 円					
		78,000		(81,430)	150,230	0	0		0					
		40,000		(44,400)	10,000									
	公費①	18,000		10,000										
	公費②													

### 樹形図 (ツリー図)

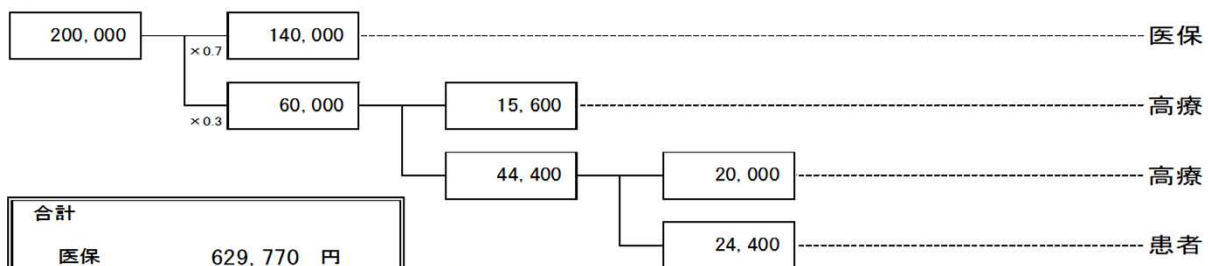
#### ◇肝炎治療特別促進事業



#### ◇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。

肝がん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)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。

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	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600						
B欄	R3年			R4年			R5年							
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月		
	△入		△入		○入		○入		○入					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月		
医療記録票(◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)														
医療記録票			入院(現物給付(原則))				通院(保険適用含む)【療養払い】			その他				
入院・退院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に相当する薬の処方○印	特記事項がある場合○印	①関係医療の医療費総額(10単位)	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	※1	④関係医療の自己負担額(3割等)※円単位で記載	⑤月間累計(④の月間累計)※円単位で記載	※2	⑥同じ月に入院療養の②と通院療養の④の記載がある場合は、その合計額を記載する	⑦関係医療の窓口支払額
R4/4/11	R4/4/24		〇〇大学附属病院			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)

※肝がん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

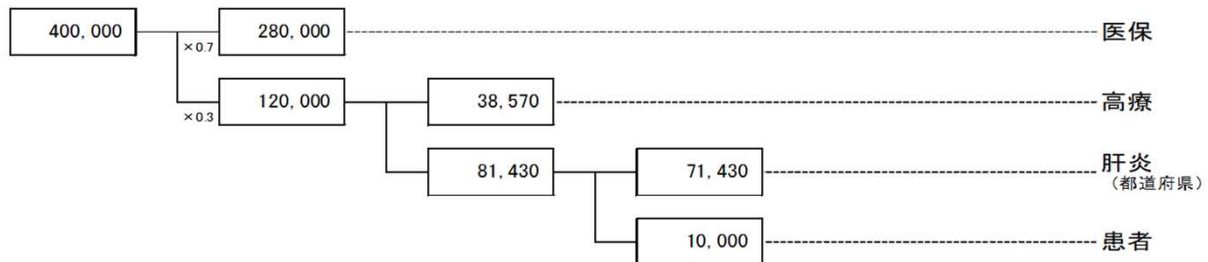
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同100,000円）及び他公費負担医療の自己負担額10,000円がある。

### レセプト記載例

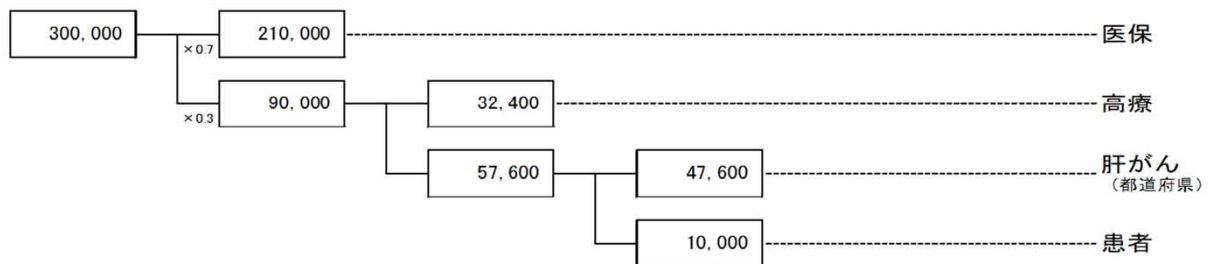
診療報酬明細書(医科入院)										令和 4年 9月分						
公費負担者 番号①	3	8			6	0	1	公費受給者 番号①					1 医科	1 社	3 3 併	1 本入
公費負担者 番号②	3	8			6	0	2	公費受給者 番号②					0	6		
氏名							特記事項									
職務上の事由							29区工									
										※高額療養費						
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		請求 円		※決定 円	(標準負担額) 円							
		80,000		(81,430)	(57,600)	0	0			0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

### 樹形図 (ツリー図)

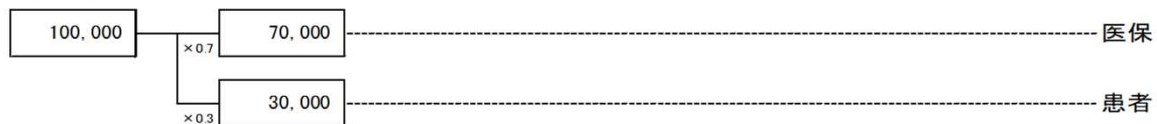
#### ◇肝炎治療特別促進事業



#### ◇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。

肝がん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回目となる。</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。

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		①入院		57,600		②多数回該当の場合		44,400		③外費		57,600	
B欄		R3年		10月		△入		11月		12月		△入	
		R4年		10月		○入		11月		12月		1月	
		R5年		10月		○入		11月		12月		1月	

医療記録票記載欄 (○は医療機関記載欄、◆は保険適用記載欄)				入院【現物給付(原期)】				通院【保険適用含む】(償還払い)						
入院・通院日	退院日	請求日	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関係医療の患者負担額(10割)	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	※1	④関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	⑤月間累計(④の月間累計) ※円単位で記載	※2	⑥同じ月に入院療の②と通院療の④の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑦関係医療の窓口支払額
R4/9/20	R4/9/27		◇◇大学附属病院			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)

※肝がん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		
公費負担者 番号②							公費受給者 番号②		

1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
0	6		

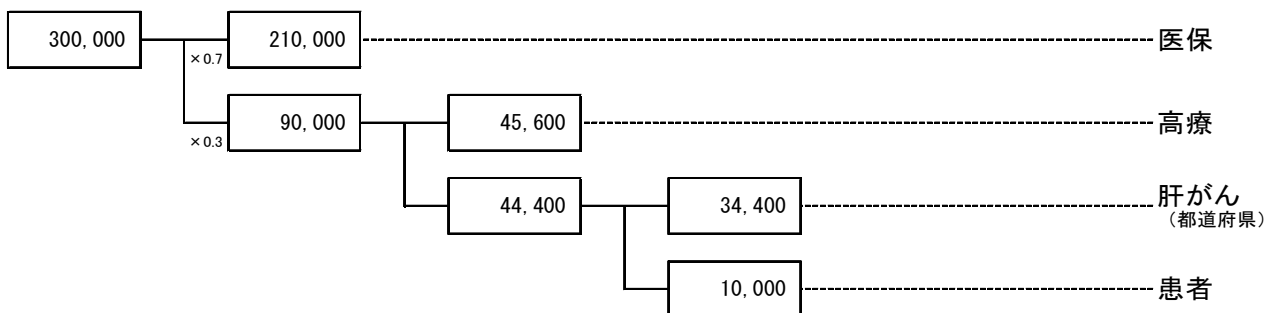
氏名	特記事項
職務上の事由	34多工

診療実日数	保険	13
	公①	13
	公②	

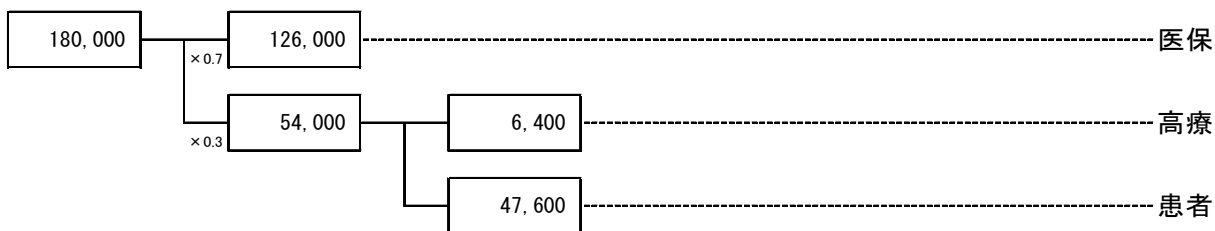
※高額療養費 円									
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	食事・生活療養	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円
		48,000		(44,400) 92,000	0	0			0
	公費①	30,000		10,000					
	公費②								

### 樹形図(ツリー図)

#### ◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業



#### ◇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

肝がん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	・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(同一の医療機関での現物給付が今回で7回目)



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「○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		①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600					
B欄	8月	9月	R3年 10月	11月	12月	1月	2月	3月	R4年 4月	5月	6月	7月
	△入		△入		○入		○入	○入	○入			○入
	9月	10月	R4年 10月	11月	12月	1月	2月	3月	R5年 4月	5月	6月	7月
	○入		○入		○入							

医療実施記録欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険適用記録欄)				入院(現物給付(原則))				通院(保険適用含む) [現物払い]						
入院・通院日	退院日	診療日	医療機関名、保険業種名	分子標的薬等に薬名治療の場合○印	特記事項がある場合○印	関係医療の医療費総額(10割分)	関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	月総累計(●)の月総累計 ※円単位で記載	※1	関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	月総累計(●)の月総累計 ※円単位で記載	※2	同じ月に入院療の●と通院療の●の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	関係医療の窓口支払額
R4/11/7	R4/5/19		◇◇大学附属病院			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。)

※肝がん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9(レセプト記載例)

No.9

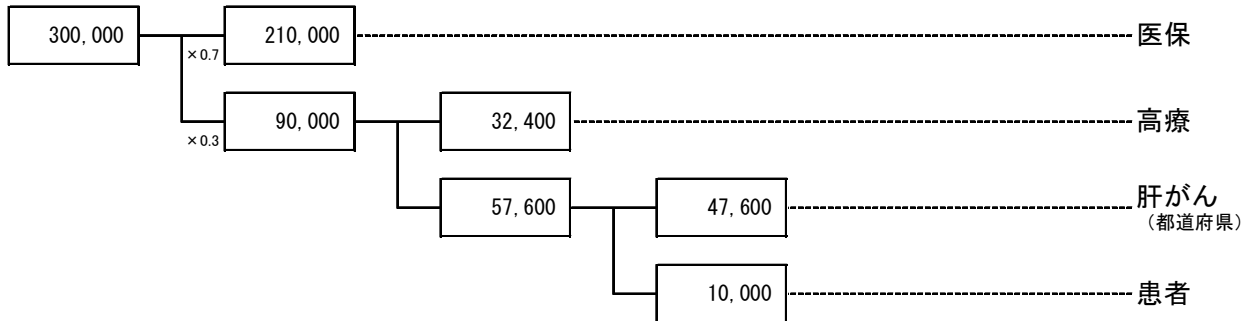
・70歳未満の適用区分工(自己負担3割)で入院関係医療(医療費300,000円)と保険診療(同100,000円)がある

レセプト記載例

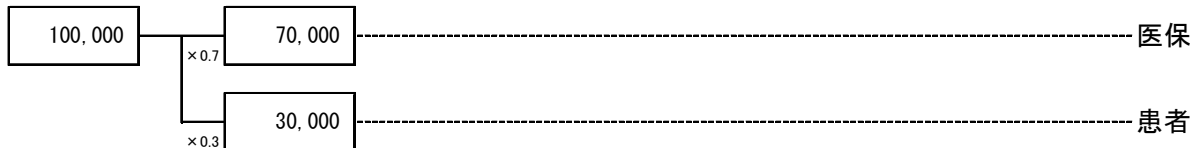
診療報酬明細書(医科入院) 令和 5年 1月分										1 医科 1 社 2 2 併 1 本入					
-										保険者番号 0 6					
公費負担者番号① 3 8 6 0 2					公費受給者番号①										
公費負担者番号②					公費受給者番号②										
氏名			特記事項							診療実日数		保険			
職務上の事由			29区エ							公①		11			
										公②					
										※高額療養費 円					
										請求 円		※決定 円		(標準負担額) 円	
										保険 0				0	
										公費①					
										公費②					
										請求 円		※決定 円		(標準負担額) 円	
										0				0	
										0					
										0					

樹形図(ツリー図)

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業



◇保険診療



合計	
医保	312,400 円
(高額再掲)	32,400 円)
肝がん	47,600 円
患者	40,000 円

肝がん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	・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(同一の医療機関での現物給付が今回で7回目)



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「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		①入院		②多数回該当の場合		③外来																													
		57,600		44,400		57,600																													
B欄	R3年												R4年																						
	9月			10月			11月			12月			1月			2月			3月			4月			5月			6月			7月				
	△入			△入			△入			〇入			〇入			〇入			〇入			〇入			〇入			〇入							
	R4年			R4年			R5年			R5年			R5年			R5年			R5年			R5年			R5年			R5年							
9月			9月			10月			11月			12月			1月			2月			3月			4月			5月			6月			7月		
〇入			〇入			〇入			〇入			〇入			〇入			〇入			〇入			〇入			〇入			〇入					
医療記録票欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険適用記載欄)												入院(現物給付(費用))						滞院(保険適用含む)(償還払い)																	
入院・退院日	退院日	開始日	医療機関名、保険業種名			分子標的薬等に 係る治療 の 場合○印	特記事項が ある 場合○印	① 関係医療の 医療費総額 (1割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	※1	④ 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	⑤ 月間累計 (④の月間累計) ※円単位で記載	※2	⑥ 同じ月に入院欄の⑥と 滞院欄の⑥の記載があ る場合は、その合計額 を記載 ※3	⑦ 関係医療の 窓口支払額																			
R5/1/8	R5/1/18		◇◇大学附属病院					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。

- ：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。)

※肝がん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10(レセプト記載例)

## No. 10

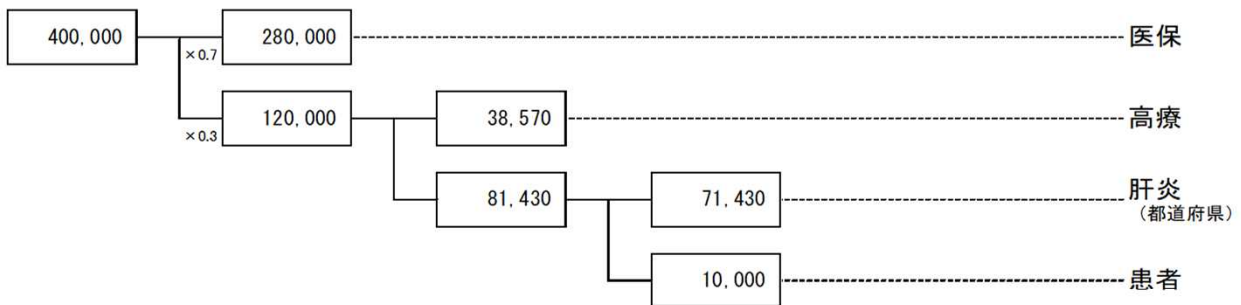
・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）と保険診療（同100,000円）及び他公費負担医療の自己負担額10,000円（No7と同じ）。  
 ・肝がん事業の現物給付が行われなかった→**肝炎と保険診療のレセプトが作成される**

### レセプト記載例

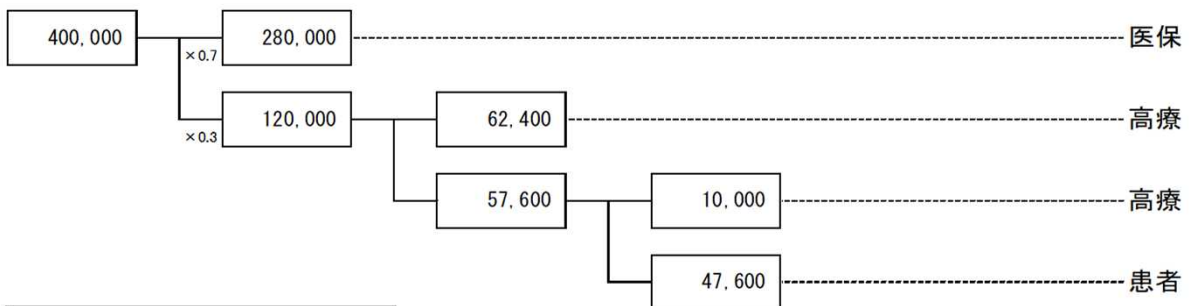
診療報酬明細書(医科入院) 令和 4年 9月分																			
1 医科					1 社					2 2 併					1 本入				
保険者番号										0 6									
公費負担者番号①					3 8					6 0 1					公費受給者番号①				
公費負担者番号②															公費受給者番号②				
氏名										特記事項									
職務上の事由										29区工									
診療実日数										保険					8				
										公①					8				
										公②									
※高額療養費										円									
療養の給付										食事・生活療養									
請求点										請求 円									
決定点										決定 円									
負担金額										標準負担額 円									
80,000										(81,430)									
40,000										129,030									
										0									
										0									
										0									

### 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。

肝がん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>・現物給付として、入院関係医療の自己負担額を10,000円とすることができたにもかかわらず、何らかの理由でできなかった。(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	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600						
B欄		R3年			R4年			R5年						
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月			
△入		△入		○入		○入		○入			○入			
		R4年			R5年									
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月			
	△入													
医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険適用記載欄)														
入院・退院日	退院日	退院日	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関係医療の患者記録簿(10割分)	②関係医療の自己負担額(3割等)※円単位で記載	③月総累計(②の月総累計)※円単位で記載	※1	④関係医療の自己負担額(3割等)※円単位で記載	⑤月総累計(④の月総累計)※円単位で記載	※2	⑥同じ月に入院の⑥と通院の⑦の記載がある場合は、その合計額を記載※3	⑧関係医療の窓口支払額
R4/9/20	R4/9/27		◇◇大学附属病院			300,000	90,000	90,000	○					47,600

※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。)

※肝がん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11①(レセプト記載例)

### No.11①

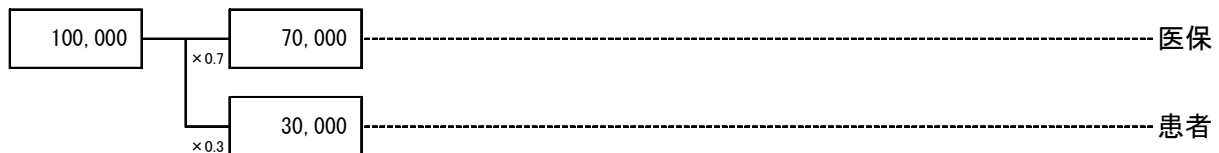
- ・同じ月に2回入院した場合の1回目の入院の退院時に作成されるレセプト(2回目の入院後はNo11②のレセプトとなる)
- ・70歳未満の適用区分工(自己負担3割)で入院関係医療(医療費100,000円)がある
- ・入院関係医療は多数回該当が適用

### 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			診療実日数		保険		13				
職務上の事由		29区工					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	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。

肝がん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回目の入院は、入院関係医療のみで医療費100,000円(自己負担額:30,000円) 2回目の入院は、入院関係医療と保険診療 入院関係医療の医療費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「○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	②多回回診の場合	44,400	③外来	57,600														
B欄	R3年							R4年													
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
医療記録票欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険適用記載欄)																					
入院・退院日	退院日	退院日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に相当する治療の適用○印	特記事項がある場合○印	① 保険医療の医療費総額(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	※1	④ 関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	⑤ 月間累計(④の月間累計) ※円単位で記載	※2	⑥ 同じ月に入院欄の⑥と退院欄の⑥の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑦ 関係医療の窓口支払額							
R4/11/7	R4/11/19		◇◇大学附属病院			100,000	30,000	30,000						30,000							
R4/11/23	R4/11/30		◇◇大学附属病院			300,000	90,000	120,000	○					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。)

※肝がん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11②(レセプト記載例)

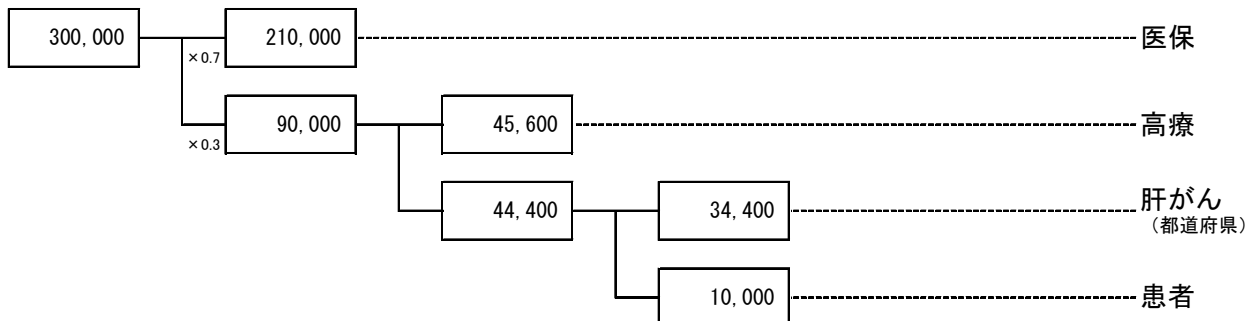
**No. 1 1 ②** ・同じ月に2回入院した場合の2回目の入院の退院時に作成されるレセプト（1回目の入院後はNo11①のレセプトとなる）  
 ・70歳未満の適用区分工（自己負担3割）で入院関係医療（医療費300,000円）がある ・入院関係医療は多数回該当が適用

レセプト記載例

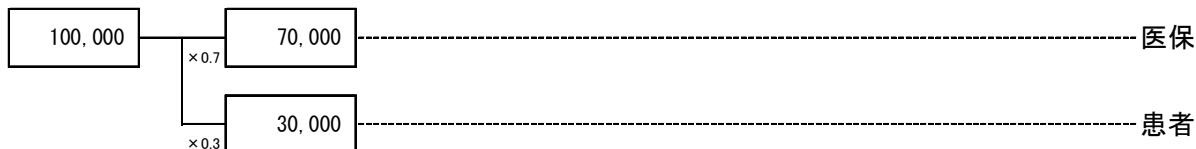
診療報酬明細書(医科入院)										令和 4年 11月分			
-										-			
公費負担者番号①		3	8	6		0	2	公費受給者番号①					
公費負担者番号②								公費受給者番号②					
氏名								特記事項					
職務上の事由								34多工					
										※高額療養費 円			
										円			
療養の給付	保険	請求点		※決定点		負担金額 円		保険	回数	請求 円		※決定 円	(標準負担額) 円
	公費①	40,000				(44,400)		食事・生活療養	0	0			0
	公費②	30,000				74,400		公費①					
						10,000		公費②					

樹形図 (ツリー図)

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業



◇保険診療



合計	
医保	325,600 円
(高額再掲)	45,600 円)
肝がん	34,400 円
患者	40,000 円

肝がん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。

※肝がん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12①(レセプト記載例)

### No. 1 2 ①

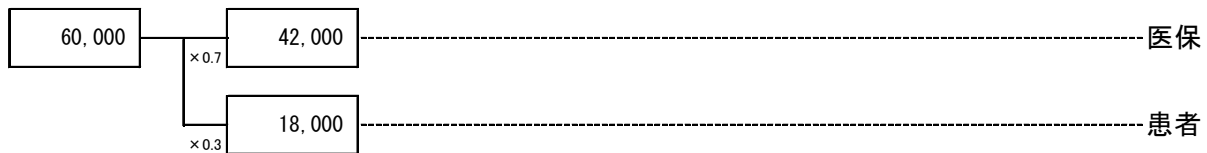
- ・同じ月に2回入院した場合の1回目の入院の退院時に作成されるレセプト(2回目の入院後はNo12②のレセプトとなる)
- ・70歳未満の適用区分工(自己負担3割)で同一医療機関で入院関係医療が2回(1回目の医療費60,000円、2回目の医療費140,000円)

### 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				
-					-					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					診療 実日 数	保 険	13		
職務上の事由					29区エ						公 ①			
										※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	6,000					公 費 ①	0	0		0			
	公 費 ②						公 費 ②							

### 樹形図(ツリー図)

#### ◇保険診療



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

肝がん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。

※肝がん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12②(レセプト記載例)

### No.12②

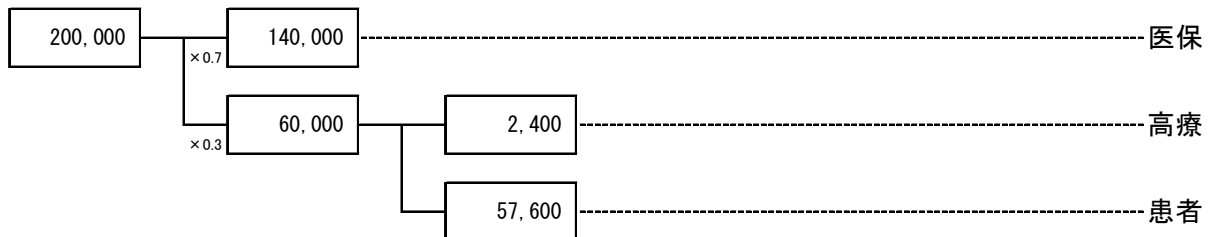
- ・同じ月に2回入院した場合の2回目の入院の退院時に作成されるレセプト(1回目の入院後はNo12①のレセプトとなる)
- ・70歳未満の適用区分工(自己負担3割)で同一医療機関で入院関係医療が2回(1回目の医療費60,000円、2回目の医療費140,000円)
- ※**現物給付(自己負担額1万円)にできなかった場合のレセプト**

### 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					
-										-					
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	21			
職務上の事由				29区工					公 ②						
										※高額療養費			円		
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額		円	食 事 ・ 生 活 療 養	保 険	回	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

肝がん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              同一の医療機関に2回入院し、それぞれで入院関係医療を受療              1回目の入院は、入院関係医療のみで医療費60,000円              (自己負担額: 18,000円)              2回目の入院は、入院関係医療のみで医療費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(肝がん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)

A欄		①入院		②多回数該当の場合		③外来	
		57,600		44,400		57,600	

B欄	R2年							R3年							
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月			
	○入							○入							
	△入							○入							
医療記録票 (◇は医療機関記載欄、◆は保険適用記載欄)															
◇	入院(淨世給付(原則))													通院(保険適用者の) (搬送払い)	
	入院・退院日	退院日	請求日	医療機関名、保険適用名	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2分)	② 関係医療の自己負担額(5割等) ※円単位で記載	③ 月間累計(●の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	⑤ 関係医療の自己負担額(5割等) ※円単位で記載	⑥ 月間累計(●の月間累計) ※円単位で記載	⑦ ※2	⑧ 同じ月に入院欄の⑧と通院欄の⑧の総額がある場合は、その合計額を記載※3	⑨ 関係医療の窓口支払額
	R3/11/7	R3/11/19		◇◇大学附属病院			60,000	18,000							18,000
	R3/11/23	R3/11/30		◇◇大学附属病院			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。

※肝がん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12③(レセプト記載例)

### No. 1 2 ③

- ・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No1 2 ①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		

1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
0	6		

氏名		特記事項
職務上の事由		34多工

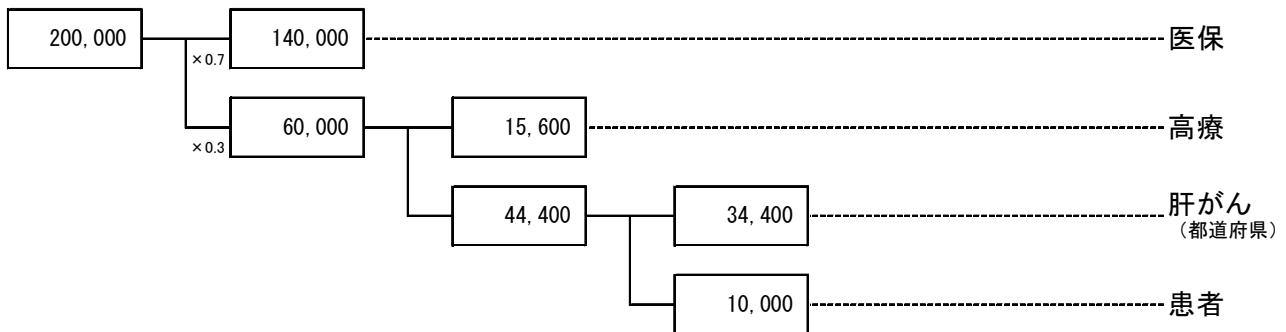
診療実日数	保険	21
	公①	21
	公②	

療養の給付	保険	請求	※決定	負担金額	※高額療養費		請求	※決定	(標準負担額)
		点	点	円	円	円		円	
		20,000		44,400			0		0
公費①		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	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。

肝がん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医療記録票記載例)

A欄		①入院			②多数回該当の場合			③外来				
		57,600			44,400			57,600				
B欄	R2年						R3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
	O入						O入					
	R3年						R4年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
	O入						O入					

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)					入院【保険給付(原簿)】			通院【保険適用含む】(数値は円)			◆◆			
◇	◇	◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆	◆	◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に薬名を併記する場合O印	特記事項がある場合O印	関係医療の医療費総額(10割分)	関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	月間累計(②の月間累計) ※円単位で記載	※1	関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	月間累計(②の月間累計) ※円単位で記載	※2	同じ月に入院欄の①と通院欄の②の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	関係医療の窓口支払額
R3.11.17	R3.11.30		◇◇大学附属病院			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)

※肝がん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。

【多数回該当の有無の違いによる記載例】

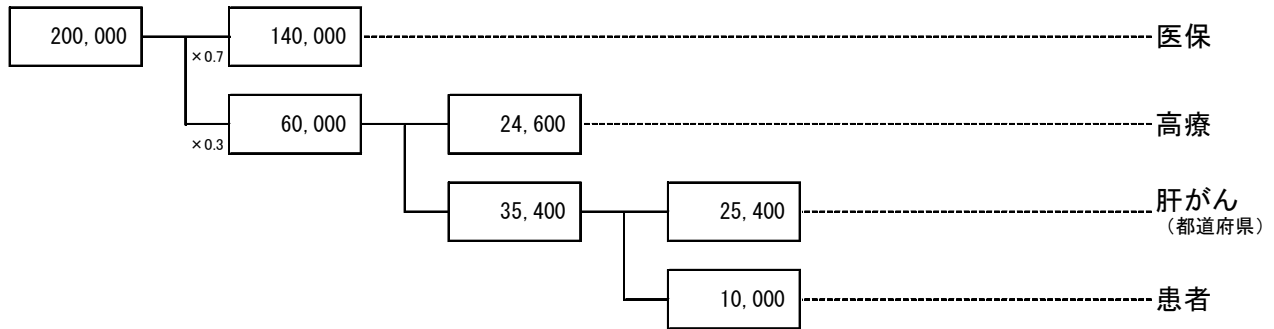
- No. 13 ①**
- ・70歳未満の適用区分オ（自己負担3割）で入院関係医療（医療費200,000円）のみ
  - ・多数回該当の適用なし

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			
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			
										※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	20,000		35,400		0	0		0				
	公費②	20,000		10,000									

樹形図 (ツリー図)

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業



合計	
医保	164,600 円
(高額再掲)	24,600 円
肝がん	25,400 円
患者	10,000 円

肝がん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)

※肝がん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。

【多数回該当の有無の違いによる記載例】

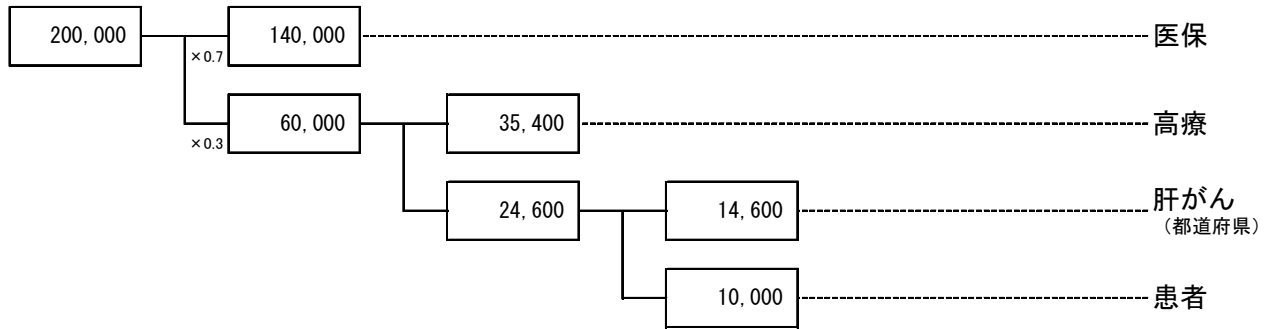
No. 1 3 ② ・70歳未満の適用区分才(自己負担3割)で入院関係医療(医療費200,000円)のみ  
 ・多数回該当の適用あり

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分			
-										-			
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	35多才				
職務上の事由													
										1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
保険者番号										0	6		
										診療実日数	保険	10	
											公①	10	
											公②		
										※高額療養費 円			
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	保険	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円				
	公費①	20,000		24,600	食事・生活療養	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

肝がん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。

※肝がん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14①(レセプト記載例)

【所得区分や多数回該当の有無の違いによる記載例】

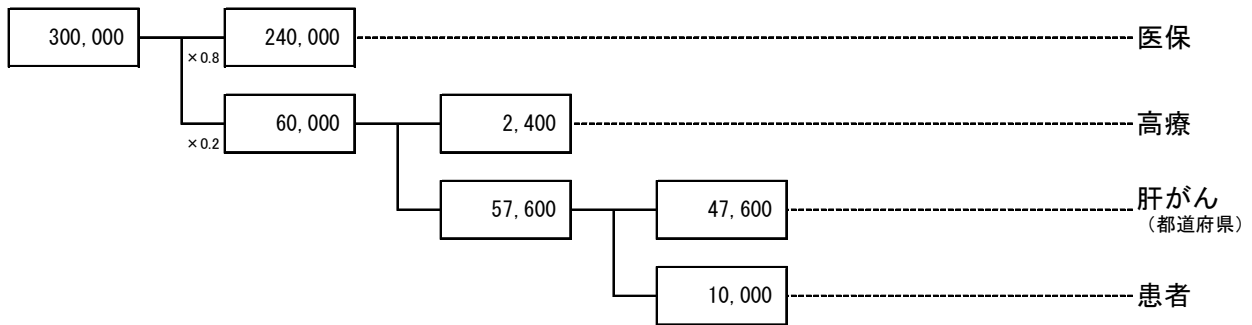
**No. 1 4 ①** ・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅲ（一般所得・自己負担2割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ  
 ・多数回該当の適用なし

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分				
										1 医科	1 社	2 2 併	7 高入一	
										保険者番号	0	6		
公費負担者 番号①	3	8			6	0	2	公費受給者 番号①						
公費負担者 番号②								公費受給者 番号②						
氏名								特記事項						
職務上の事由								29区工						
										※高額療養費				
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
		30,000				57,600		0	0				0	
	公費①	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

肝がん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。

※肝がん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14②(レセプト記載例)

【所得区分や多数回該当の有無の違いによる記載例】

No. 14②

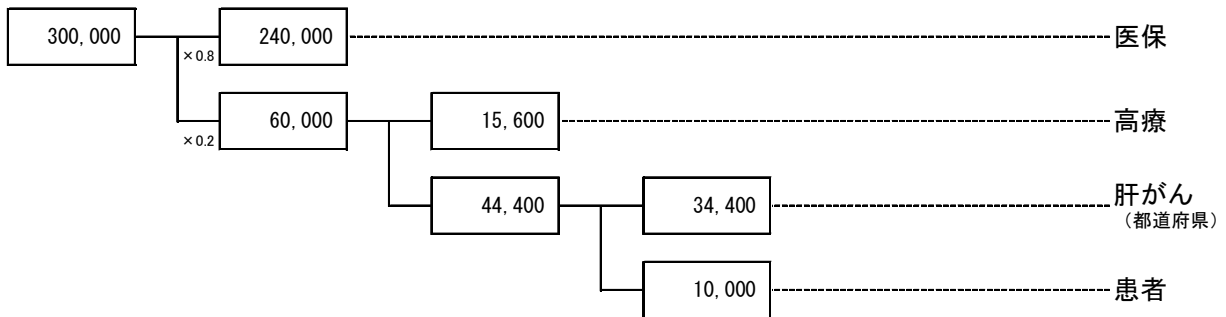
・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅲ（一般所得・自己負担2割）で入院関係医療（医療費300,000円）のみ  
 ・多数回該当の適用あり

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						
										円						
療養の 給付	保険	請求点	※決定点	負担金額		円		食事・ 生活療養	保険	回数	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円
	公費①	30,000		44,400					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	255,600 円
(高額再掲)	15,600 円)
肝がん	34,400 円
患者	10,000 円

肝がん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14③(レセプト記載例)

【所得区分や多数回該当の有無の違いによる記載例】

※肝がん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

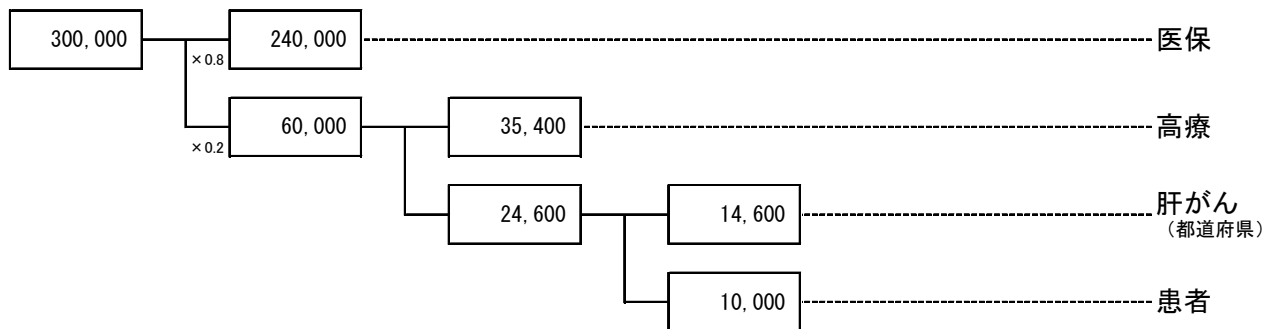
・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅱ (低所得Ⅱ・自己負担2割) で入院関係医療 (医療費300,000円) のみ

レセプト記載例

診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分			
-										-			
公費負担者番号①	3	8			6	0	2	公費受給者番号①					
公費負担者番号②								公費受給者番号②					
氏名		特記事項						診療実日数		保険	10		
職務上の事由		30区オ						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

肝がん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。

※肝がん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14④(レセプト記載例)

【所得区分や多数回該当の有無の違いによる記載例】

No. 14④

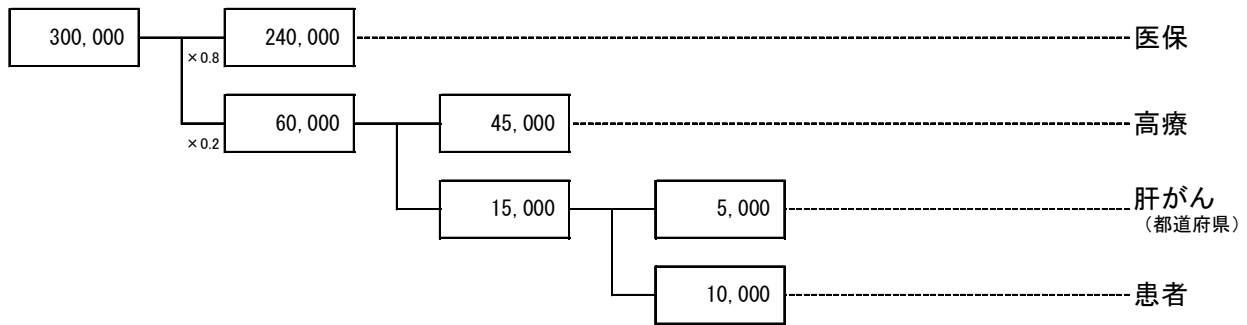
・70歳以上75歳未満の適用区分Ⅰ(低所得Ⅰ・自己負担2割)で入院関係医療(医療費300,000円)のみ

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 高入一	
										保険者番号	0	6		
公費負担者番号①					3	8			6	0	2	公費受給者番号①		
公費負担者番号②												公費受給者番号②		
氏名										特記事項		10		
職務上の事由										30区オ		10		
										※高額療養費		低Ⅰ		
										円		円		
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		食事・生活療養	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円				
	公費①	30,000		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

肝がん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。

※肝がん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15①(レセプト記載例)

【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)】

No. 15①

・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

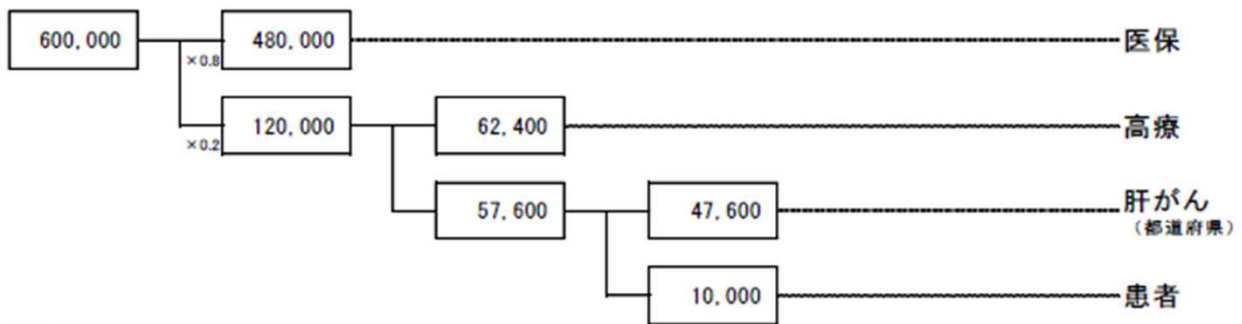
診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分									
-										-									
公費負担者番号①					3	8						公費受給者番号①							
公費負担者番号②												公費受給者番号②							
氏名										特記事項									
職務上の事由										41区カ									
										※高額療養費 円									
療養の給付	保険	請求	点	※決定	点	負担金額	円	食事・生活療養	保険	回数	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円			
		80,000				(57,600)			0		0				0				
	公費①	60,000				10,000													
	公費②																		

1 医科	3 後期	2 2 併	7 高入一
3	9		

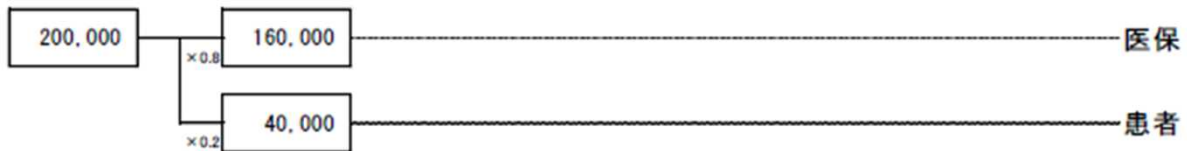
診療実日数	保険	10
	公①	10
	公②	

樹形図(ツリー図)

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業



◇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

肝がん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。

※肝がん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15②(レセプト記載例)

【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)】

No. 15 ②

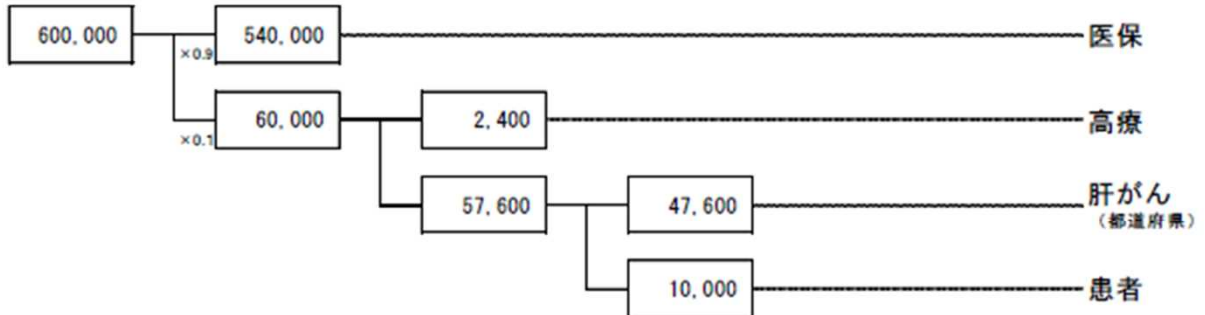
- ・75歳以上の適用区分Ⅲ(一般所得・自己負担1割)で入院関係医療(医療費600,000円)と保険診療(医療費200,000円)
- ・入院関係医療、保険診療ともに多数回該当の適用なし

レセプト記載例

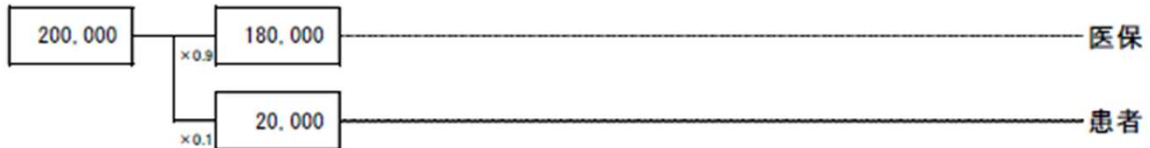
診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分								
-										1 医科	3 後期	2 2 併	7 高入一					
公費負担者番号①										3	8	6	0	2	公費受給者番号①			
公費負担者番号②														公費受給者番号②				
氏名					特記事項					診療日数		保険		10				
職上の事由					42区キ					診療日数		公①		10				
										診療日数		公②						
										※高額医療費				円				
医療の給付		保険	請求点	※決定点	負担金額	円	食事・生活療養	保険	回数	請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円			
			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

肝がん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。

※肝がん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15③(レセプト記載例)

【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)】

No. 15③

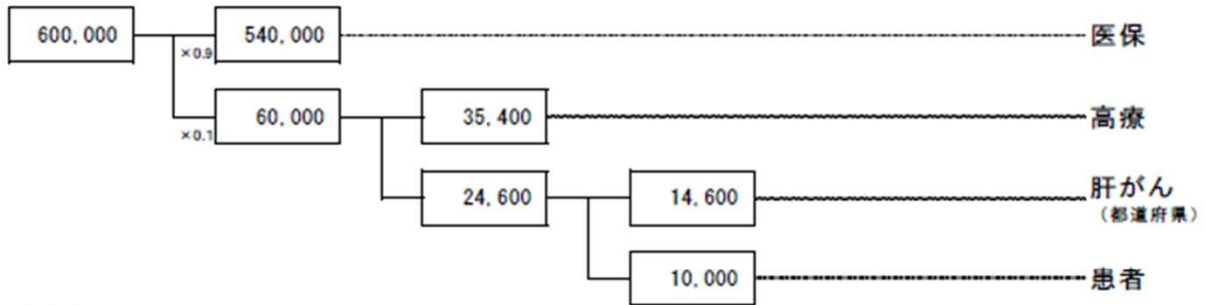
75歳以上の通用区分Ⅱ(低所得Ⅱ・自己負担1割)で入院関係医療(医療費600,000円)と保険診療(医療費200,000円)

レセプト記載例

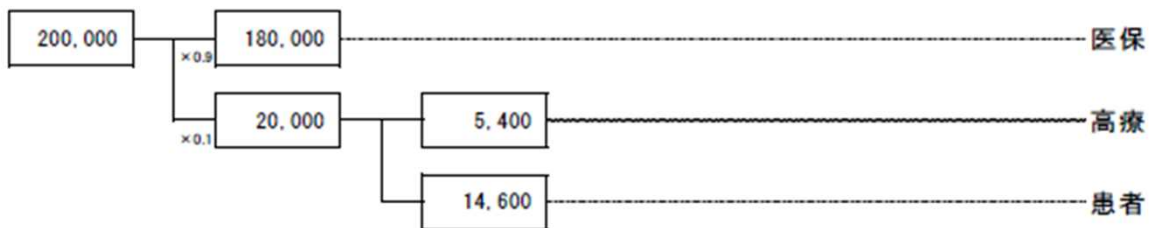
診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分				
公費負担者番号①	3	8		6	0	2	公費受給者番号①				1 医科	3 後期	2 2 併	7 高入一
公費負担者番号②							公費受給者番号②				保険者番号	3	9	
氏名						特記事項	30区オ							
職務上の事由														
										※高額療養費 円				
										低Ⅱ				
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		保険	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円				
	公費①	80,000		(24,600)		食事・生活療養	0	0		0				
	公費②	60,000		10,000		公費①								

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

肝がん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。

※肝がん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15④(レセプト記載例)

【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)】

No. 15④

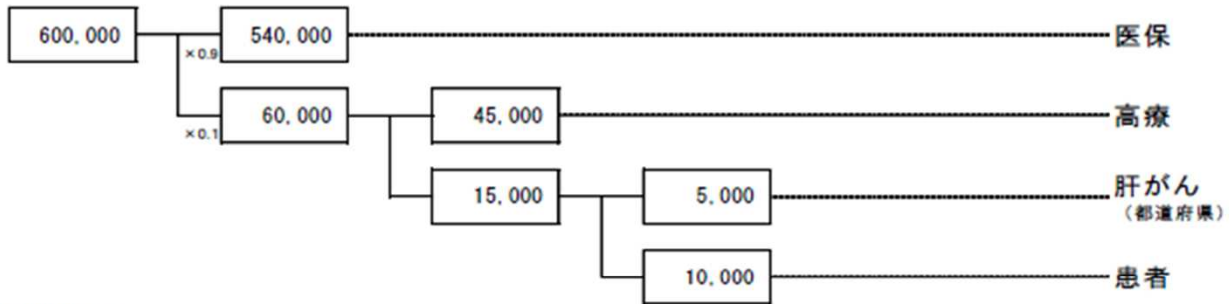
75歳以上の適用区分Ⅰ(低所得Ⅰ・自己負担1割)で入院関係医療(医療費600,000円)と保険診療(医療費200,000円)

レセプト記載例

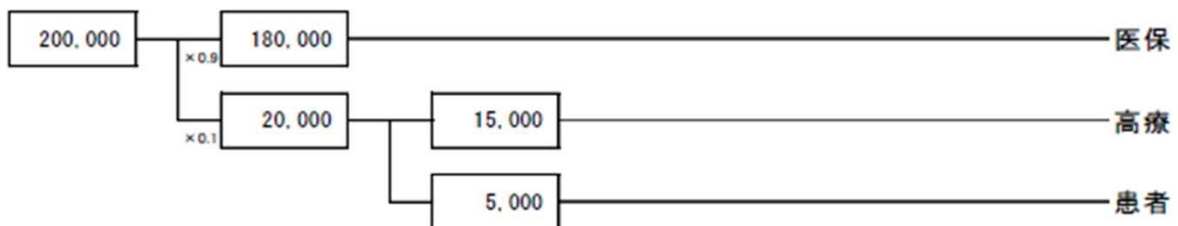
診療報酬明細書(医科入院)										令和 年 月 分					
公費負担者番号①	3	8			6	0	2	公費受給者番号①			1 医科	3 後期	2 2 併	7 高入一	
公費負担者番号②								公費受給者番号②			保険者番号	3	9		
氏名					特記事項						診療実日数		10		
職務上の事由					30区才						保険		10		
										※高額療養費		低I			
療養の給付	保険	請求	点	※決定	点	負担金額	円	保険	回	請求	円	※決定	円	(標準負担額) 円	
		80,000				(15,000)		支事・生活療養	0	0				0	
	公費①	60,000				10,000		公費①							
	公費②							公費②							

樹形図(ツリー図)

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業



◇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

肝がん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)

※肝がん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。

【保険者の変更がある場合】

No.16①

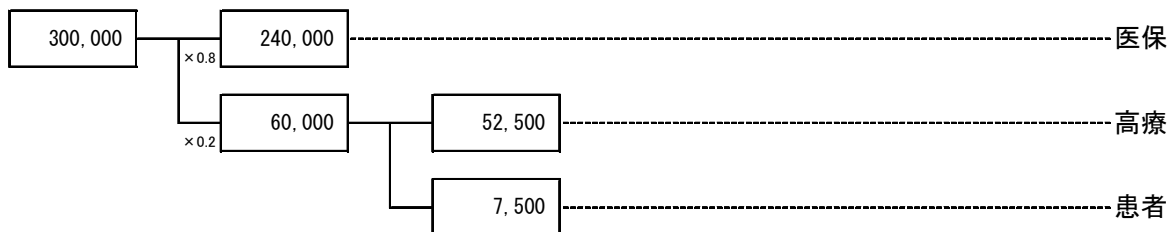
- ・74歳の適用区分I（低所得I・自己負担2割）の方が75歳の誕生日を迎えた場合（後期高齢においては低所得I・自己負担1割）
- ・入院関係医療のみで74歳での医療費300,000円、75歳での医療費300,000円
- ・74歳時のレセプト（資料集6のCase19：保険者の変更がある場合の例）

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		10					
職務上の事由				30区才						公①									
										公②									
										※高額療養費				低 I					
										円									
										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	
請求点										請求 円				※決定 円		(標準負担額) 円			
30,000										0				0		0			
負担金額 円										7,500									
保険										0									
公費①																			
公費②																			

樹形図(ツリー図)

◇保険診療



合計	
医保	292,500 円
(高額再掲)	52,500 円
肝がん	0 円
患者	7,500 円

肝がん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。



※肝がん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16②(レセプト記載例)

【保険者の変更がある場合】

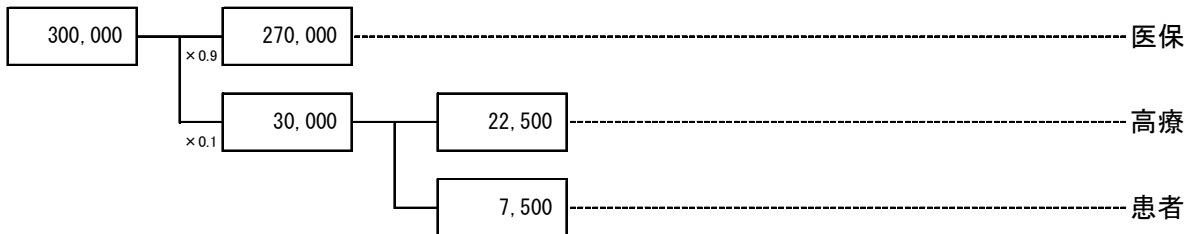
- No. 16 ②**
- ・74歳の適用区分I（低所得I・自己負担2割）の方が75歳の誕生日を迎えた場合（後期高齢においては低所得I・自己負担1割）
  - ・入院関係医療のみで74歳での医療費300,000円、75歳での医療費300,000円
  - ・75歳時のレセプト（資料集6のCase19：保険者の変更がある場合の例）

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					診療実日数	保険 公①	10			
職務上の事由					30区才					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	回数	請求 円		※決定 円	(標準負担額) 円		
		30,000			7,500				0	0			0		
	公費①							公費①							
	公費②							公費②							

樹形図 (ツリー図)

◇保険診療



合計	
医保	292,500 円
(高額再掲 肝がん)	22,500 円
患者	7,500 円

肝がん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】茨城県の申請窓口・お問い合わせ先

【県保健所の窓口】

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