

※現時点での案です。

○基礎情報の記載例

医療記録票の記載例①（基礎情報の記載例）

保険薬局向け

医療機関で記載

(参考)

健康保険証等に記載されている患者の情報を記載。

(検討中)

【 枚目】

別紙様式例6-1 (改:案) 表面

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

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

氏名	〇〇 〇〇	性別	〇	生年月日	Ｓ 〇 年 〇 月 〇 日
住所	東京都千代田区〇〇-〇〇-〇				
保険種別 (変更時)	B健康保険組合	保険者番号 (変更時)	IJKL-MNOP	被保険者証の記号・ 番号 (変更時)	765-43210
A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400
		③外来	57,600		

患者の適用区分に応じた上限額（高額療養費算定基準額）を記載。

年齢区分	所得区分（限度額適用認定証等における適用区分）		自己負担割合	ひと月の上限額（世帯ごと） 【多数回該当】	
				外来（個人ごと）	
70歳未満	工	～年収約370万円 健保：標準26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	30%	-	57,600円 【多44,400円】
	才	住民税非課税者	30%	-	35,400円 【多24,600円】
70歳以上 75歳未満	Ⅲ（一般所得）	年収約156万～約370万円 標準26万円以下 課税所得145万円未満等	20%	18,000円 (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ（低所得Ⅱ）	住民税非課税世帯	20%	8,000円	24,600円
	Ⅰ（低所得Ⅰ）	住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	20%	8,000円	15,000円
75歳以上	Ⅲ（一般所得）	年収約156万～約370万円 標準26万円以下 課税所得145万円未満等	10%	18,000円 (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ（低所得Ⅱ）	住民税非課税世帯	10%	8,000円	24,600円
	Ⅰ（低所得Ⅰ）	住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	10%	8,000円	15,000円

○月数カウント欄の記載例

医療記録票の記載例②（月数カウント欄〔B欄〕の記載例）

保険薬局向け

○B欄に診療月を含む過去12か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計3回以上ある場合、本事業の助成対象となります。

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

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

(1)入院単独で基準額を超えた場合の例（(3)の場合を除く）

（参考）

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

(2)通院単独で基準額を超えた場合の例（(3)の場合を除く）

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

(3)同じ月の分子標的薬に係る入院と通院の合計が基準額を超える場合の例

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

※ 現物給付に該当する場合や外来に係る高額療養費算定基準額を超えた場合など、状況により記載する印（○、△、▲）が異なりますので、次ページの『医療記録票「B欄」への記載方法』を御確認ください。

医療記録票「B欄」への記載方法

保険薬局向け

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。）

- ：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）

70歳未満	医療費が高療基準額（高額療養費算定基準額）を超えるか超えないか		高療基準額を超えたときの「B欄」への記載方法	
	入院のみ	外来のみ	現物給付に該当しない場合 高療基準額を超えた場合：△	現物給付に該当する場合 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：○
入院のみの場合	超える	—	△入	○入
外来のみの場合	—	超える	△外	—
入院（分子標的薬を用いた化学療法・肝動注化学療法に係るもの）と外来の場合	超える	超えない	△入+外	○入+外 ただし、現物給付後の1万円と外来の合算で高療基準額を超える場合は「○入+△外」と記載
	超えない	超える	入+△外	—
	超える	超える	△入+△外	○入+△外
	両方単独では高療基準額を超えないが、合算で高療基準額を超える		△合算	—

70歳以上 （低所得区分は多数回該当は無いが、B欄への記載方法を統一するため、本表に従って記載してください。）	医療費が高療基準額を超えるか超えないか		高療基準額を超えたときの「B欄」への記載方法	
	入院のみ	外来のみ	現物給付に該当しない場合 入院・外来高療基準額を超えた場合：△ 外来に係る高療基準額を超えた場合：▲	現物給付に該当する場合 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：○
入院のみの場合	超える	—	△入	○入
外来のみの場合	—	超える	▲外	—
入院（分子標的薬を用いた化学療法・肝動注化学療法に係るもの）と外来の場合	超える	超えない	△入+外	○入+外 ただし、現物給付後の1万円と外来の合算で入院・外来高療基準額を超える場合は「○入+△外」と記載
	超えない	超える	入+▲外 ただし、入院と外来に係る高療基準額の合算で入院・外来高療基準額を超える場合は「入+△外」と記載	—
	超える	超える	△入+△外	○入+▲外 ただし、現物給付後の1万円と外来に係る高療基準額の合算で入院・外来高療基準額を超える場合は「○入+△外」と記載
	両方単独では高療基準額を超えないが、合算で高療基準額を超える		△合算	—

保険薬局に関連する内容はP. 13に詳述しています。

○入院+通院の記載例〔1〕

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

(記載例は本紙を除き4枚に分かれています。)

P. 13に詳述

日欄	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						
	R4年					R5年						

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)				入院【現物給付(原則)】				通院(保険薬局含む)【償還払い】						
◇	◇	◇	◆◆	◇	◇	◇◆	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額(10割分)	② 関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計(②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計(②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の②と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑥ 関係医療の窓口支払額
R3/10/1	R3/10/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	〇					57,600
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	〇					57,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8			〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600

P. 11に詳述

P. 12に詳述

P. 13に詳述

医療記録票の記載例④-1 (入院+通院の記載例〔1〕)

保険薬局向け

入院1回目

医療機関で記載

(参考)

患者が窓口で支払った額を記載します。

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

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

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)

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

入院医療の場合、緑色部分が記載の対象欄となります。

分子標的薬の導入に係る入院の場合、医療機関において○印を記載してください。

・会計担当者が記載する場合は、医師に確認する等により対応してください。

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

医療記録票の記載例④-1 (入院+通院の記載例〔1〕)

保険薬局向け

通院1回目〔外来診療〕

医療機関で記載

(参考)

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
	△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

患者が窓口で支払った額を記載します。

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

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

分子標的薬に係る通院の場合、医療機関において○印を記載してください。

- ・会計担当者が記載する場合は、医師に確認する、処方箋に記載されている分子標的薬の処方の有無により確認する等により対応してください。

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

また、同じ4月に「分子標的薬に係る治療の場合○印」欄に○印がある入院医療費の記載がありますので、⑤欄に当該医療費30,000円と通院医療費21,600円の合計額51,600円を記載してください。

4月分の分子標的薬に係る入院と通院の合計額が51,600円であり、A欄①入院の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

医療記録票の記載例④-1 (入院+通院の記載例〔1〕)

保険薬局向け

通院1回目〔保険薬局〕

保険薬局で記載

カウント3回目

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

患者が窓口で支払った額を記載します。

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

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

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

上記の例の場合、4月分の分子標的薬に係る入院と通院の合計額85,200円がA欄①入院の基準額57,600円以上でありカウントの対象となります。入院と通院それぞれ単独ではA欄の基準額を超えず、合算額が基準額を超えるので、B欄に「△合算」と記載してください。

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

保険薬局に関連する内容はP. 17に詳述しています。

○入院+通院の記載例〔2〕

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

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

(記載例は本紙を除き4枚に分かれています。)

P. 17に詳述

P. 16に詳述

P. 15に詳述

P. 15に詳述

P. 16に詳述

P. 17に詳述

医療実績記載欄(○は医療機関記載欄 ◆は保険薬局記載欄)															
入院・通院日		退院日	調剤日	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)	入院【別物給付(原則)】			通院(保険薬局含む)【償還払い】			⑤ 同じ月に入院欄の③と 通院欄の③の記載があ る場合は、その合計額 を記載 ※3	⑥ 関係医療の 窓口支払額
②	③	④	①	②	③	④	②	③	④	②	③	④	⑤	⑥	
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③と 通院欄の③の記載があ る場合は、その合計額 を記載 ※3	関係医療の 窓口支払額								
R3/10/5	R3/10/25			〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○				57,600	
R3/12/2	R3/12/30			〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○				57,600	
R4/4/3	R4/4/7			〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000					30,000	
R4/4/8		R4/4/8		〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600	51,600	21,600	
				□□薬局			112,000				33,600	55,200	85,200	33,600	
				〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800		10,800	
				□□薬局			112,000				33,600	44,400		33,600	
					○						10,800	55,200		10,800	
											33,600	88,800	○	24,000	
R4/7/5		7/29						63,000	63,000	○				10,000	
R4/8/7	R4/8/20			〇〇病院	○		210,000	63,000	63,000	○				10,000	
R4/8/22				〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600	84,600	21,600	
				□□薬局			112,000				33,600	55,200	118,200	33,600	

医療記録票の記載例④-2 (入院+通院の記載例〔2〕)

保険薬局向け

入院1回目

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

医療機関で記載

(参考)

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	8月	9月	R3年 10月 △入	11月	12月 △入	1月	2月	3月	R4年 4月 △合算	5月 △外	6月	7月 ○入
	8月 ○入	9月	R4年	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	

カウント6回目

入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に 係る治療の場合○印	特記事項がある 場合○印	入院【現物給付(原則)】				通院【保険薬局含む】【償還払い】				医療の支払額
						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	同じ月に入院権の 通院権の⑤の記載な る場合は、その合計 を記載 ※3	
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					7,600
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					7,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
			□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3			〇〇病院		○	36,000				10,800	10,800			10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600
R4/5/25			〇〇病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800
		R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	88,800	○		24,000
R4/7/5	R4/7/29		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					10,000
R4/8/7	R4/8/20		〇〇病院	○		210,000	63,000	63,000	○					10,000

患者が窓口で支払った額を記載します。

入院医療の場合、緑色部分が記載の対象欄となります。

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

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

カウントの対象となった場合、医療機関において、2か所に○印等を記載してください。
 ・B欄については、入院で現物給付された場合は「○入」と記載してください。

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

医療記録票の記載例④-2 (入院+通院の記載例〔2〕)

保険薬局向け

通院1回目〔外来診療〕

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

医療機関で記載

(参考)

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 △入	11月	12月 △入	1月	2月	3月	4月 △合算	5月 △外	6月	7月 ○入
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月		
	○入+外											

医療実績記載欄 (○は医療機関記載欄 ◆は保険薬局記載欄)				入院【現物給付(原則)】				通院(保険薬局含む)【償還払】				同月に入院欄の通院欄の記載は、その合算を記載 ※3	医療費の自己負担額	
入院・通院日	退院日	調剤日	保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額 (10割分)	② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	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			
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
			□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3			〇〇病院		○	36,000				10,800	10,800			10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600
R4/5/25			〇〇病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800
		R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	88,800	○		24,000
R4/7/5	R4/7/29		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					10,000
R4/8/7	R4/8/20		〇〇病院	○		210,000	63,000	63,000	○					10,000
R4/8/22			〇〇病院	○		72,000	63,000	63,000	○	21,600	21,600		84,600	21,600

患者が窓口で支払った額を記載します。

カウント6回目

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

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

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

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

医療記録票の記載例④-2 (入院+通院の記載例〔2〕)

保険薬局向け

通院1回目〔保険薬局〕

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

保険薬局で記載

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

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)			入院【現物給付(原則)】				通院【保険薬局含む】【償還払い】				医療の支払額	
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額 (10割分)	② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 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	④ 月間累計 (③の月間累計) ※円単位で記載	※2 同じ月に入院欄の記載がある場合は、その合計を記載※3	医療の支払額
R3/10/5	R3/10/25		○病院			210,000	63,000	63,000	○			7,600
R3/12/2	R3/12/30		○病院			210,000	63,000	63,000	○			67,600
R4/4/3	R4/4/7		○病院	○		100,000	30,000	30,000				30,000
R4/4/8			○病院	○		72,000				21,600	51,600	21,600
		R4/4/8	□薬局			112,000				33,600	85,200	33,600
R4/5/3			○病院	○		36,000				10,800	10,800	10,800
		R4/5/3	□薬局			112,000				33,600	44,400	33,600
R4/5/25			○病院	○	○	36,000				10,800	65,200	10,800
		R4/5/25	□薬局			112,000				33,600	88,800	24,000
R4/7/5	R4/7/29		○病院			210,000	63,000	63,000	○			10,000
R4/8/7	R4/8/20		○病院	○		210,000	63,000	63,000	○			10,000
R4/8/22			○病院	○		72,000				21,600	84,600	21,600
		R4/8/22	□薬局			112,000				33,600	118,200	33,600

患者が窓口で支払った額を記載します。

カウント6回目

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

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

上記の例の場合、同じ8月分の分子標的薬に係る入院が既に助成対象となっていることから、通院に係る医療費についても助成の対象となります。また、入院に係る現物給付後の自己負担額1万円と通院に係る医療費55,200円の合計額が高額療養費算定基準額を超えるため、B欄の「○入+外」の「外」の前に「△」を追加し「○入+△外」と記載してください。

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

保険薬局に関連する内容はP. 20、P. 22、P. 23に詳述しています。

○通院の記載例

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

（記載例は本紙を除き6枚に分かれています。） P. 22に詳述

B欄	R3年				R4年				R5年					
	8月	9月	10月 △入	11月	12月 △入	1月	2月	3月	4月 △合算	5月 △外	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・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額（10割分）	入院【現物給付（原則）】			通院（保険薬局含む）【償還払い】			⑤ 同じ月に入院権の③と通院権の④の記載がある場合は、その合計額を記載※3	⑥ 関係医療の窓口支払額
						② 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	③ 月間累計（②の月間累計）※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	③ 月間累計（②の月間累計）※円単位で記載	④ ※2			
			〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
						210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/4/3		4/7		○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8				○		72,000			21,600	21,600			51,600	21,600
		R4/4/8				112,000			33,600	55,200			85,200	33,600
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000			10,800	10,800				10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000			33,600	44,400				33,600
R4/5/25			〇〇病院	○	○	36,000			10,800	55,200				10,800
		R4/5/25	□□薬局			112,000			33,600	88,800	○			24,000

P. 19に詳述

P. 20に詳述

P. 21に詳述

P. 22、P. 23に詳述

医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

保険薬局向け

通院1回目〔外来診療〕

医療機関で記載

(参考)

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 △入	11月	12月 △入	1月	2月	3月	4月 △合算	5月
	R4年					R5年				
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)

◇	◇	◆	◇◆	入院【現物給付（原則）】				通院【保険薬局含む】【償還払い】				◇◆		
				◇	◇	◇◆	◇	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆			
入院・ 通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬 等に係る治 療の場合○印	特記事項が ある 場合○印	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	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 ※2	⑧ 同じ月に入院欄の④と 通院欄の⑥の記載があ る場合は、その合計額 を記載 ※3	⑨ 関係医療の 自己負担額
R3/10/5	R3/10/25		〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R3/12/2	R3/12/30		〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/4/3	R4/4/7		〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8		R4/4/8	〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
		R4/4/8	□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3			〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800

患者が窓口で支払った額を記載します。

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

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

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

医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

保険薬局向け

通院1回目〔保険薬局〕

保険薬局で記載

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

B欄	R3年					R4年				
	8月	9月	10月 △入	11月	12月 △入	1月	2月	3月	4月 △合算	5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

患者が窓口で支払った額を記載します。

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）				入院【現物給付（原則）】				通院（保険薬局含む）【償還払い】				⑥		
◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
入院・ 通院日	退院日	調剤日	医療機関名、 保険薬局名	分子標的薬 等に係る治 療の場合○印	特記事項が ある 場合○印	① 関係医療の 医療費総額 （10割分）	② 関係医療の 自己負担額 （3割等） ※円単位で記載	③ 月間累計 （②の月間累計） ※円単位で記載	④ ※1	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 ※2	⑧ 同じ月に入院欄の③ 通院欄の⑤の記載が ある場合は、その合計額 を記載 ※円単位で記載	⑨ 医療費の 支払額
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					67,600
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					67,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8			〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

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

〔参考〕

原則として、70歳未満の場合、1つの医療機関に係る1か月の自己負担額の合計額が21,000円以上でないとの医療機関の自己負担額と合算することができません。

このため、A欄の基準額を超えるかどうかを判断する際には注意が必要です。

医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

保険薬局向け

通院2回目〔外来診療〕

医療機関で記載

(参考)

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		8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R4年	4月	5月	
	R4年		8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R5年	4月	5月	
	R3年		8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R4年	4月	5月	
	R4年		8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R5年	4月	5月	
医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)														
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に 係る治療の場合○印	特記事項がある 場合○印	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	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 ※2	⑧ 同じ月に入院欄の④ 通院欄の⑥の記載がある 場合は、その合計額 を記載 ※3	⑨ 関係医療の 自己負担額
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600
R4/5/25			〇〇病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800

患者が窓口で支払った額を記載します。

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

- 分子標的薬に係る通院の場合、医療機関において○印を記載してください。
- 会計担当者が記載する場合は、医師に確認する、処方箋に記載されている分子標的薬の処方の有無により確認する等により対応してください。
- 肝がんの治療を行う上で無関係と医師が判断する医薬品を1枚の処方箋で同時に処方するような場合には「特記事項がある場合○印」の欄内に○印を付けてください。
- このような場合には、処方箋に本事業の対象外の医薬品にマーカーを付ける等により、対象外の医薬品が分かるようにしていただき「マーカー部分が対象外」と記載する等、どのように区分したかが分かるようなコメントを処方箋の裏面等に記載してください。

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

医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

保険薬局向け

通院2回目〔保険薬局〕

保険薬局で記載

カウント4回目

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		8月	9月	10月 △入	11月	12月 △入	1月	2月	3月	R4年	4月	5月 △外
	R4年		8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R5年	4月	5月

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）				入院【現物給付（原則）】				通院【保険薬局含む】【償還払い】				医療費 支払額	
入院・ 通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬 等に依る治 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	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		※2
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000						63,000
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000						7,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000					30,000
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600
			□□薬局			112,000				33,600	55,200		21,600
													33,600
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800		10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400		33,600
R4/5/25			〇〇病院	○	○	36,000				10,800	55,200		10,800
		R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	88,800	○	24,000

患者が窓口で支払った額を記載します。

□□薬局で高額療養費算定基準額57,600円を超えるため、基準額57,600円-33,600円=24,000円となります。

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

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

- カウントの対象となった場合、保険薬局において、2か所に○印等を記載してください。
- ・B欄については、通院であることが分かるように「△外」と記載してください。

5月分がカウントの対象となり、B欄に診療月を含む過去12か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計3回以上あるため、助成の対象となり、都道府県に償還請求をすれば、助成が受けられる旨を患者へ案内してください。

通院2回目〔保険薬局〕

保険薬局で記載

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）

入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に依る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	入院【現物給付（原則）】				通院（保険薬局含む）【償還払い】				
						① 関係医療の医療費総額（10割分）	② 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	③ 月間累計（②の月間累計）※円単位で記載	④ ※1	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	④ ※2	⑦ 同じ月に入院欄の④と通院欄の⑥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
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600
R4/5/25			〇〇病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800
		R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	88,800	○		24,000

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号

保険者番号

公費負担医療の受給者番号

被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

氏名

生年月日

性別

電話番号

区分

被保険者

被扶養者

都道府県番号

点数表番号

診療時間

交付年月日

令和 年 月 日

記載イメージ

処方

変更不可

リンピマカプセル（〇〇mg） 2錠
1日1回 〇食後 14日分

リウマトレックスカプセル（〇〇mg） 2錠
1日1回 〇食後 〇日分

保険医署名

マーカ一部分が対象外

対象外の医薬品

調剤年月日

令和 年 月 日

公費負担者番号

保険薬局の所在地及び名称

公費負担医療の受給者番号

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

- 処理例1：対象外の医薬品にマーカ表示やアンダーライン等を付し、「マーカ表示やアンダーライン等を付したものは対象外」と記載する。
- 処理例2：対象の医薬品にマーカ表示やアンダーライン等を付し、「マーカ表示やアンダーライン等を付したものは対象外」と記載する。
- 処理例3：対象医薬品の近傍に、「対象」のコメントを記載する。
- 処理例4：対象外医薬品の近傍に、「対象外」のコメントを記載する。

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

肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けている患者の 核酸アナログ製剤治療に係る通院医療費について

保険薬局向け

核酸アナログ製剤治療について

- 核酸アナログ製剤は不用意に中止すると急速にウイルスが増殖し、大きな肝炎を起こす場合があるため、原則として止めずに服用を続ける必要があります。
- 核酸アナログ製剤を服用している患者は、肝がん・重度肝硬変の治療を行う場合も原則として服用の継続が必要であるため、核酸アナログ療法に係る医療費は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象医療に含めることができることとしています。

肝炎治療特別促進事業との関係（考え方）について

- 肝炎治療特別促進事業では、核酸アナログ療法に係る医療費の自己負担額が月1万円を超えた部分について医療機関等の窓口で現物給付の処理により公費助成されるため、患者の自己負担額は月1万円となり、患者の窓口負担が軽減されます。
- 患者が肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けている場合は、核酸アナログ療法に係る医療費については、肝炎治療特別促進事業の助成がなされるため、核酸アナログ療法に係る医療費の自己負担額が月1万円を超え、肝炎治療特別促進事業による助成がなされる部分については、公費による二重の助成とならないよう、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となりません。

医療機関及び保険薬局の窓口での対応（具体的な事務処理手順）

1. 医療費の記載方法について

- 肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けている患者で、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となる分子標的薬を用いた化学療法と肝炎治療特別促進事業の対象となる核酸アナログ療法を同じ医療機関で同日に処方を受ける患者に、窓口で下記の書類の提示を求めてください。
 - ・肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業：「医療記録票」
 - ・肝炎治療特別促進事業：「肝炎治療自己負担限度月額管理票」
- この場合、医療機関及び保険薬局の窓口では、先に核酸アナログ療法に係る医療費（初診料、再診料、検査費等を含む肝炎治療特別促進事業で当該事業の対象とされている医療費に係る自己負担額。）を「肝炎治療自己負担限度月額管理票」に記載し、残りの医療費について「医療記録票」に記載します。

2. 医療記録票のB欄（月数カウント欄）の記載について

- 分子標的薬を用いた化学療法を導入するタイミング（月初めか、月末か等）によっては、「肝炎治療自己負担限度月額管理票」に記載された医療費と「医療記録票」に記載された医療費の合算で初めて高額療養費算定基準額を超えることもありますが、一般には分子標的薬を用いた化学療法に係る医療費のみで高額療養費算定基準額を超えることから「医療記録票」のB欄（月額カウント欄）に記載する内容については、医療機関や保険薬局の窓口事務の簡素化のため、「医療記録票」に記載された医療費のみで判断してください。
- なお、「肝炎治療自己負担限度月額管理票」に記載された医療費と「医療記録票」に記載された医療費の合算で初めて高額療養費算定基準額を超えるものがあつたかどうかは、参加者証の交付申請等の処理時に都道府県において確認することとします。

肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けている患者の 核酸アナログ製剤治療に係る通院医療費について

保険薬局向け

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となる核酸アナログ製剤治療に係る通院医療費の範囲

肝炎治療特別促進事業の 受給者証の 交付を受けていない患者

初診料、検査費用等

核酸アナログ製剤費用

分子標的薬に係る医療費

肝がん・重度肝硬変
治療研究促進事業

○医療記録票に記載する範囲
核酸アナログ療法に係る医療費も「医療記録票」に記載。

肝炎治療特別促進事業の受給者証の 交付を受けている患者

核酸アナログ療法に係る医療費の 自己負担額が1万円以下の場合

初診料、検査費用等

核酸アナログ製剤費用

分子標的薬に係る医療費

肝がん・重度肝硬変
治療研究促進事業

○医療記録票に記載する範囲

核酸アナログ療法に係る医療費は「肝炎治療自己負担限度月額管理票」※に記載し、残る医療費は「医療記録票」に記載。

※肝がん事業の償還請求の際の患者が添付する資料に「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写しを追加し、都道府県での償還請求額の計算の際に対象額を確認。

核酸アナログ療法に係る医療費の 自己負担額が1万円を超える場合

初診料、検査費用等

核酸アナログ製剤費用

1万円を超える部分
は、肝炎治療特別促進
事業で公費助成。

肝炎治療特別促進事業における自己負担額
1万円と計算

分子標的薬に係る医療費

肝がん・重度肝硬変
治療研究促進事業