

(別添1)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の診断・認定基準

医師が肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）と診断し、臨床調査個人票を作成し、それに基づき都道府県知事が認定する際の基準を以下の通り定める。

○ウイルス性であることの診断・認定

1) 「B型肝炎ウイルス性」であることは、HBs 抗原陽性あるいは HBV-DNA 陽性、のいずれかを確認する。

*B型慢性肝炎の HBs 抗原消失例を考慮し、HBs 抗原陰性であっても過去に半年以上継続する HBs 抗原陽性が認められるものは、含まれることとする。

2) 「C型肝炎ウイルス性」であることは、HCV 抗体陽性（HCV-RNA 陰性でも含む）あるいは HCV-RNA 陽性、のいずれかを確認する。

○肝がんであることの診断・認定

現在あるいは以前に肝がんであることを、原則として次のいずれかの方法で確認する。ただし、「肝がん」は原発性肝がん及びその転移のことをいう。

・画像検査

造影CT、造影MRI、血管造影/造影下CT

・病理検査

切除標本、腫瘍生検

○重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることの診断・認定

現在あるいは以前に重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることを、次のいずれかの基準で判定する。

・Child-Pugh score 7点以上

・別添3の2に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為」または、4に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）治療の医療行為と判断する薬剤等」のいずれかの治療歴を有する。

(別添2)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の病名の判定基準

1. 肝がん患者であるかの判定基準

電子カルテ用 ICD10 対応標準病名マスター

病名	病名管理番号	ICD10 コード	病名交換用コード
肝癌	20057051	C220	C5L0
肝細胞癌	20057070	C220	U7HP
原発性肝癌	20060439	C220	HU4F
肝細胞癌破裂	20099318	C220/K768	GDUC
肝内胆管癌	20057132	C221	VF8J
胆管細胞癌	20070164	C221	PFSN
混合型肝癌	20087874	C227	G3VC
肝癌骨転移	20087470	C795	FT2V

2. 重度肝硬変（非代償性肝硬変）患者であるかの判定基準

電子カルテ用 ICD10 対応標準病名マスター

病名	病名管理番号	ICD10 コード	病名交換用コード
肝不全	20057155	K729	S3TE
非代償性肝硬変	20074455	K746	RGML
慢性肝不全	20076391	K721	R8R3
B型非代償性肝硬変	20100410	B181	J13K
C型非代償性肝硬変	20100412	B182	EF6J
肝腎症候群	20057092	K767	BB1J
肝肺症候群	20090073	K768	VNRP
肝性昏睡	20057095	K729	KHR0
肝性脳症	20057096	K729	N50L
肝性浮腫	20057097	R609	E188
肝性腹水	20057098	R18	UBQ0
肝浮腫	20057156	K768	USD3
難治性腹水	20072330	R18	L8C7
腹水症	20075375	R18	SQTN
肝性胸水	20088105	K769/J91	DR0E
肝細胞性黄疸	20057071	K729	J4UV
胃静脈瘤	20054220	I864	JE9H
胃静脈瘤出血	20094926	I864	UFU2
胃静脈瘤破裂	20094925	I864	HRMP
食道静脈瘤	20065291	I859	UAFB
食道静脈瘤出血	20065292	I850	TC7G
食道静脈瘤破裂	20065293	I850	M8GP
食道胃静脈瘤	20087148	I859/I864	F6F7

肝硬変に伴う食道静脈瘤	20096774	K746/I982	J6S5
肝硬変に伴う食道静脈瘤出血	20102608	K746/I982	P711
門脈圧亢進症	20077171	K766	G19D
門脈圧亢進症性胃症	20088064	K766	P7M7
門脈圧亢進症性腸症	20093513	K766/K638	HJ0Q
門脈圧亢進症性胃腸症	20093515	K766/K928	TEVN
細菌性腹膜炎	20062300	K658	EJSD

(別添3)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の
入院と判断するための医療行為一覧

1. 肝がんの医療行為

手術

区分番号	診療行為名称	請求コード
K695-00	肝切除術（部分切除）	150362610
K695-00	肝切除術（亜区域切除）	150362710
K695-00	肝切除術（外側区域切除）	150362810
K695-00	肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））	150362910
K695-00	肝切除術（2区域切除）	150363010
K695-00	肝切除術（3区域切除以上）	150363110
K695-00	肝切除術（2区域切除以上で血行再建）	150363210
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）	150348010
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）	150348110
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）	150388710
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））	150388810
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（2区域切除）	150388910
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（3区域切除以上）	150389010
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（腹腔鏡）	150378410
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（その他）	150378510
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（腹腔鏡）	150378610
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（その他）	150378710
K697-02	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（腹腔鏡）	150378210
K697-02	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（その他）	150378210
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	150376810
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）	150360710
K697-05	生体部分肝移植術	150284810

処置

J017-00	エタノール局所注入	140050910
D412-00	経皮的針生検法	160098010

放射線治療

M001-00	体外照射（高エネルギー放射線治療）	180020710*
M001-02	ガンマナイフによる定位放射線治療	180018910
M001-03	直線加速器による放射線治療	180026750*

注射

G003-00	抗悪性腫瘍剤局所持続注入	130007510
G003-03	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	130010410

画像診断

E003-00	造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影）	170027110
---------	----------------------------	-----------

* 該当する区分の検査すべてを含む。

2. 重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為

手術

区分番号	診療行為名称	請求コード
K532-00	食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）	150136110
K532-00	食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）	150136210
K532-02	食道静脈瘤手術（開腹）	150136350
K532-03	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）	150366910
K533-00	食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡）	150136510
K533-02	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	150270150
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	150376810
K621-00	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	150154510
K635-00	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	150159710
K635-02	腹腔・静脈シャントバルブ設置術	150260450
K668-2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	150401110
K711	脾摘出術	150179810
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	150271850
K697-05	生体部分肝移植術	150284810

処置

J008-00	胸腔穿刺	140003210*
J019-00	持続的胸腔ドレナージ	140004110
J010-00	腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む）	140003610
J021-00	持続的腹腔ドレナージ	140004510

画像診断

E003-00	造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影）	170027110
---------	----------------------------	-----------

* 該当する区分の検査すべてを含む。

3. 肝がんの医療行為と判断する薬剤等(一般名)

(1) 化学療法

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

分子標的治療薬：ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンバチニブ等

(2) 鎮痛薬

オピオイド：モルヒネ、フェンタニル、ペチジン、ブプレノルフィン、ペンタゾシン、エプタゾシン、トラマドール、オキシコドン等

4. 重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為と判断する薬剤等（一般名）

(1) 肝性浮腫・腹水治療薬（利尿薬）

肝性浮腫あるいは腹水、難治性腹水等の病名を有し、かつ、下記薬剤を投与している場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。

- ・バゾプレッシン受容体拮抗薬：トルバプタン
- ・ループ系利尿薬：フロセミド、ブメタニド、トラセミド、プレタニド、アゾセミド
- ・カリウム保持性利尿薬：スピロラクトン、トリアムテレン、カンレノ酸カリウム

(2) 肝性脳症治療薬

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

(3) 抗ウイルス治療薬

効能又は効果として「HCV-RNA 陽性のC型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善」を有する薬剤による治療が実施されている場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。ただし、肝炎治療特別促進事業において、非代償性肝硬変（Child-Pugh 分類B及びC）に対するインターフェロンフリー治療の対象患者と認定された者に限る。

5. その他の医療行為

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

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

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 ()			
診 断 年 月	年 月	前医 (あれば記 載する)	医療機関名 医師名	
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 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 _____ / μ 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 記 載 す べ き 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		
同 意 書				
厚生労働省の研究事業について説明を受け、本研究事業の趣旨を理解し、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。				
同意年月日 年 月 日				
患者氏名 印 (代諾者の場合は代諾者の氏名 印)				

臨床調査個人票及び同意書の別紙として、指定医療機関が患者本人に臨床データの提供に関して説明するための資料が添付されます。

指定医療機関と患者本人との間で用いられるものとなりますが、都道府県から指定医療機関に交付していただくこととなります。

なお、すべての患者に対して同一のものを示す必要があるため、交付にあたり、記載内容の追加・削除は行わないでください。

別紙様式例 3

<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 </div>									
公費負担者番号									
公費負担医療の 受給者番号								/	
参 加 者	住 所								
	氏 名								
	生年月日	年 月 日					男 ・ 女		
保 險 種 別	協・組・共・国・後	被保険者証の記号・番号							
保 險 者 番 号					適用区分				
有 効 期 間	自	年		月		日			
	至	年		月		日			
自己負担月額	10,000円								
都 道 府 県 知 事 名 及 び 印	(都道府県名)		(都道府県知事名)				Ⓜ		
交 付 年 月 日	年		月			日			
備 考									

別紙様式例 3

(裏面)

注意事項

1. 本証を交付された方は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（以下「本事業」という。）の参加者となり、2の条件を満たした場合に限り、別に定める対象医療の費用のうち4月目以降の費用について、患者一部負担の月額が1万円になります。
2. 本事業において助成対象となる医療は、原則として、過去12月以内に、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に3月以上あるものに限られます。
3. 指定医療機関の窓口での負担が1万円となるのは、同一の月に、一つの指定医療機関における1回の入院で、肝がん・重度肝硬変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た場合です。
4. 同一の月に、一つの指定医療機関における複数回の入院で、肝がん・重度肝硬変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たなどの場合は、償還払いの手続きをとることになります。
5. 窓口負担が1万円になった場合でも、審査支払機関の審査の結果によっては、条件を満たさないことになり、追徴となる可能性があるので留意してください。
6. 本証の交付を受けた際は、必ず、入院している指定医療機関に提示していただきます。
7. 本証の有効期間の満了後に引き続き本事業に参加することを希望する場合は、交付申請書に必要事項を記載し、居住する都道府県の知事が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、《本証を交付した都道府県知事》に更新の申請を行ってください。
8. 本証の住所、氏名、保険種別、被保険者証の記号・番号及び保険者番号に変更があったとき（他の都道府県に転居した場合を除く）は、速やかに、変更した箇所を交付申請書に記載し、本証と、変更箇所に関する書類を添えて、《本証を交付した都道府県知事》に提出してください。
9. 都道府県外へ転出する場合（住民票を移した場合）において、転出後も本事業に参加し、参加者証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに、住所等変更箇所を記載した交付申請書を、本証と、転居先の都道府県が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、転出先の都道府県知事に提出してください。
10. 都道府県知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを都道府県知事に提出することになります。
11. 厚生労働省の研究事業に協力することの同意の撤回を希望する場合、及び事業への参加を終了したい場合は、下の連絡先（本証を交付した都道府県の担当係）宛てに、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」に必要事項を記載し、本証を添えて提出してください。なお、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」を都道府県が受理した日に属する月の末日までは、同意が撤回されないことに留意してください。
12. 本証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、《本証を交付した都道府県知事》にその旨を届け出てください。
13. 本証を不正な目的で用いないでください。また、本証の利用は誠実に行ってください。
14. その他の問い合わせは下記に連絡してください。

連絡先 ○○都道府県○○部○○課○○係 (TEL: 000-000-0000)

別紙様式例4

<p style="text-align: center;">肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書</p>								
公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								/
住 所								
ふ り が な 氏 名								
生 年 月 日	年 月 日						男 ・ 女	
参加者証の 有効期間	自	年	月	日	至	年	月	日
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証							
参加終了の理由 (任意記載)	1. 自分の臨床データを活用されたくない 2. 医療費の助成を受けたくない 3. その他 ()							
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、厚生労働省の研究事業に臨床データ（臨床調査個人票等）を提供し、活用されることに同意して本事業に参加しておりましたが、今般、同意を撤回することとし、事業への参加を終了することとしたいので申請します。</p> <p>なお、本申請書の受理日の月の末日まで、臨床データ（臨床調査個人票等）が活用されることについてあらかじめ了承いたします。</p>								
<p>申請者氏名 印</p>								
<p>年 月 日</p> <p>(都道府県名) 知事殿</p>								

別紙様式例5

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書								
公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								/
住 所								
ふ り が な 氏 名								
生 年 月 日	年 月 日						男 ・ 女	
参加者証の 有効期間 (直近のもの)	自				年	月	日	
	至				年	月	日	
助成制度の 利用実績	自				年	月	日	
	至				年	月	日	
終了年月日	年 月 日 (※受理日の月の末日)							
終了の理由	1. 参加終了申請書の提出 2. その他 ()							
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業への参加は、上記終了年月日をもって終了することを通知する。なお、同日付をもって、本事業に関する臨床データ（臨床調査個人票等）の活用を終了するものとする。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(都道府県名) (都道府県知事名) ㊟</p>								

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票

- 患者の方へのお願い
肝がん又は重度肝硬変により入院した場合には、この記録票を、指定医療機関の窓口に忘れずに提示してください。
また、都道府県に償還払いを請求する場合は、この記録票の写しを請求書に添付してください。
- 指定医療機関の会計窓口の方へのお願い
この入院医療記録票が提示されましたら、肝がん・重度肝硬変入院関係医療にかかる記録の記載をお願い致します。

氏名		生年月日	年 月 日
住所		性別	

△年〇月

日付	医療機関名 (印)	医療内容	入院関係医療の自己負担額 (注1)	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額(注2)	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日)		□ 実施要綱3(2)に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円	
(退院日)			〇〇円	●●円		
(入院日)		□ 実施要綱3(2)に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円	
(退院日)			〇〇円	●●円		

① 当該月の入院関係医療の自己負担額(1割~3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目(数値)の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、入院関係医療の自己負担額(1割~3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント	12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください
--	----	----------------------------

② ①の数値が「4/12」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を1万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目(数値)の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を1万円とした月数のカウント	(医療機関名) 12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください
	(医療機関名) 12	

- (注1) 上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額(1割~3割。ただし、この記入欄においては、1割~3割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。)を記入してください。
- (注2) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「4/12」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

△年〇月

日付	医療機関名 (印)	医療内容	入院関係医療の自己負担額 (注1)	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額(注2)	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日)		□ 実施要綱3(2)に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円	
(退院日)			〇〇円	●●円		
(入院日)		□ 実施要綱3(2)に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円	
(退院日)			〇〇円	●●円		

① 当該月の入院関係医療の自己負担額(1割~3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目(数値)の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、入院関係医療の自己負担額(1割~3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント	12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください
--	----	----------------------------

② ①の数値が「4/12」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を1万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目(数値)の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を1万円とした月数のカウント	(医療機関名) 12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください
	(医療機関名) 12	

- (注1) 上記②に該当する場合は「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額(1割~3割。ただし、この記入欄においては、1割~3割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。)を記入してください。
- (注2) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「4/12」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

△年〇月

日付	医療機関名 (印)	医療内容	入院関係医療の自己負担額 (注1)	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額(注2)	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	被保険者証の記号・番号
(入院日)		□ 実施要綱3(2)に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円	
(退院日)			〇〇円	●●円		
(入院日)		□ 実施要綱3(2)に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療	△△円	▽▽円	◇◇円	
(退院日)			〇〇円	●●円		

① 当該月の入院関係医療の自己負担額(1割~3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの指定医療機関は、次の項目(数値)の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、入院関係医療の自己負担額(1割~3割)が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント	12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください
--	----	----------------------------

② ①の数値が「4/12」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を1万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目(数値)の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を1万円とした月数のカウント	(医療機関名) 12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください
	(医療機関名) 12	

- (注1) 上記②に該当する場合は「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額(1割~3割。ただし、この記入欄においては、1割~3割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。)を記入してください。
- (注2) 上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「4/12」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

(別紙様式例 7)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

年 月 日

● ● 知 事 殿

請求者 (参加者) 住所 〒

氏名



電話番号 () -

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下のとおり請求します。
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

ふりがな					公費負担者 番号							
参加者氏名					公費負担医療 の受給者番号							
振込口座 (請求者)	(金融機関名)				支店 出張所	支店コード	種別					
	口座 番号							普通・当座				
	ふりがな											
	口座名義											

※提出にあたっての注意事項。

- 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。
 - 請求者 (参加者) の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
 - 請求者 (参加者) の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
 - 請求者 (参加者) の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票の写し
 - 当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
 - その他 (都道府県知事が必要と認める書類)
- 請求者 (参加者) の押印欄に必ず押印してください。
- 振込口座については、請求者 (参加者) の名義の口座を記載してください。

(都道府県記入欄)

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---

(別紙様式例 8)

年 月 日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書

知事 様

開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者の氏名 (法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名)

印

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いの定めるところに従って、医療を担当します。

記

医療機関	名称	電話 ()					
	種類	病院 ・ 診療所 (有床)					
	所在地						
	医療機関コード						
開設年月日		年 月 日					
開設者	住所 (※1)						
	氏名 (※2)						
<input type="checkbox"/> 実務上の取扱い別添3に定める医療を行うことができる施設である。 <input type="checkbox"/> 指定医療機関に求められる以下の役割を行うことができる。 <ul style="list-style-type: none">肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び入院記録票の交付を行うこと。入院記録票の記載を行うこと。患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療に従事している医師に個人票等を作成させ、交付すること。当該月以前の12月以内に指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療(高額療養費が支給されるものに限る。)を受けた月数が既に3月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる肝がん・重度肝硬変入院関係医療(一部負担額が特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。その他、指定医療機関として本事業に必要な対応について協力すること。							

※1) 開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地 ※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名

