【記入例】

A欄・B欄

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

核酸アナログ製剤治療に係る医療券の交付の有無	有 ・ (無)

※配慮措置あり

後期高齢者医療で負担割合が２割の場合、配慮措置の対象者である旨を欄外に記載

B欄	R6年					R7年					
	８月	９月	１０月	１１月	１２月	１月	２月	３月	４月	５月	
		△入		△入			○入		△外		

「入院」欄の❹に○印を記載する場合は「○入」を記載

「通院」欄の❹に○印を記載する場合は「△外」等を記載

入院の場合

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	肝がん・重度肝硬変指定医療機関の場合○印	◇◆ 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	◇◆ ❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	入院【現物給付（原則）】 ◇ ❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	◇ ❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	◇ ❹ ※１	通院（保険薬局含む）【償還払い】 ◇◆ ❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	◇◆ ❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	◇◆ ❹ ※２	◇◆ ❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その	◇◆ ❻ 関係医療の窓口支払額
R６年２月３日	R６年２月２０日	年月日	○	○○病院 【記入者】 担当部署 ○○課 担当者 △△ 【医療機関コード】 ×｜×｜×			250,000	75,000	75,000	○					10,000

本事業の対象となる医療費（１０割）を記載

分子標的薬に係る治療（分子標的薬の導入に係る入院等）の場合、「○」印を記載

関係医療に係る患者の自己負担額（３割等）を記載
※窓口支払額ではありません

❸が高額療養費算定基準額を超える場合は○印を記載

患者が窓口で支払った額を記載（現物給付した場合は、10,000円又は０円と記載）

通院の場合

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	肝がん・重度肝硬変指定医療機関の場合○印	◇◆ 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	◇◆ ❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	入院【現物給付（原則）】 ◇ ❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	◇ ❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	◇ ❹ ※１	通院（保険薬局含む）【償還払い】 ◇◆ ❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	◇◆ ❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	◇◆ ❹ ※２	◇◆ ❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を	◇◆ ❻ 関係医療の窓口支払額
R６年４月４日	年月日	年月日	○	○○病院 【記入者】 担当部署 ○○課 担当者 △△ 【医療機関コード】 ×｜×｜×｜×｜×｜×｜×｜×｜	○		75,000				22,500	22,500			22,500
年月日	年月日	R６年４月４日		××薬局 【記入者】 担当部署 △ 担当者 ○ 【医療機関コー ×｜×｜×			120,000				36,000	58,500	○		36,000
R６年４月１８日	年月日	年月日	○	○○病院 【記入者】 担当部署 担当者 【医療機関コー ×｜×｜×｜×			75,000				22,500	81,000	○		22,500
年月日	年月日	R６年４月１８日		××薬局 【記入者】 担当部署 △△ 担当者 ○○ 【医療機関コード】 ×｜×｜×｜×｜×｜×｜×｜×｜			120,000				36,000	117,000	○		21,600

本事業の対象となる医療費（１０割）を記載

「分子標的薬」「肝動注化学療法」「粒子線治療」の場合、「○」印を記載

※　投薬日だけでなく、分子標的薬治療に係る検査日も「○」印を記載してください。
助成対象外の外来は記入不要です。

関係医療に係る患者の自己負担額（３割等）を記載

※窓口支払額ではありません

通院欄の❷の月間累計を記載

患者が窓口で支払った額を記載（通院は償還払いのみ）

❸が高額療養費算定基準額を超える場合、○印を記載