

東京都版

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6年7月版

東京都保健医療局
保健政策部疾病対策課

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	6
資料集4. 個人票等の記載例	・・・P	8
資料集5. 複数回入院等の場合の事例	・・・P	9
資料集6. レセプトと医療記録票の記載例	・・・P	19
資料集7. 国「実務上の取扱い（別添1～4）」	・・・P	56
資料集8. 様式類	・・・P	63

【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2年間で2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2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、お住いの区市町村の窓口で医療券の申請をする必要がある。
- ④医療券の申請をするには、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。

(※2)連続する「2月」でなくても可。

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2年で既に1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。

<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>

(医療券の申請方法)

- ①助成を受けるためには、申請書と添付書類を提出し、都に医療券を発行してもらう必要がある。
- ②申請書はお住いの区市町村で配布している。
- 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…

医療機関が都道府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(都では住民税非課税世帯は自己負担額なし)

(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、都道府県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1月となった場合(※)、**お住まいの区市町村が申請窓口であることを紹介し**、【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2年間で2月以上になると見込まれる場合。

- ①申請書と添付書類を提出し、**都に医療券**を発行してもらうこと。
- ②**医療券**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**医療券**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(都では住民税非課税世帯は自己負担額なし)**。

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せん。
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2年間で2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2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（都では住民税非課税世帯は自己負担額なし）。**

この証明のために、「**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。

【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)	都への提出書類(新規申請時)
70歳未満	[適用区分エ] ～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"> ・医療券交付申請書 ・臨床調査個人票及び同意書 ・本人の医療保険の被保険者証の写し ・限度額適用認定証等の写し ・住民票(抄本)の写し ・医療記録票(B欄に過去23か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計1回以上)又は医療証明書及び領収書・診療明細書等医療費が分かる資料の写し ・保険者からの情報提供にかかる同意書 ・肝炎治療医療券被交付者で管理票を有している場合、肝炎治療月額管理票(写)
	[適用区分オ] 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"> ・医療券交付申請書 ・臨床調査個人票及び同意書 ・本人の医療保険の被保険者証の写し ・本人の高齢受給者証の写し ・住民票(抄本)の写し ・医療記録票(B欄に過去23か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計1回以上)又は医療証明書及び領収書・診療明細書等医療費が分かる資料の写し ・保険者からの情報提供にかかる同意書 ・肝炎治療医療券被交付者で管理票を有している場合、肝炎治療月額管理票(写) ・区市町村民税課税(非課税)証明書 ※必要な場合のみ
	[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)	

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)	都への提出書類（新規申請時）
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"> ・医療券交付申請書 ・臨床調査個人票及び同意書 ・本人の後期高齢者医療被保険者証の写し ・住民票（抄本）の写し ・医療記録票（Ｂ欄に過去２３か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計１回以上）又は医療証明書及び領収書・診療明細書等医療費が分かる資料の写し ・肝炎治療医療券被交付者で管理票を有している場合、肝炎治療月額管理票(写)
	[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	<ul style="list-style-type: none"> ・医療券交付申請書 ・臨床調査個人票及び同意書 ・本人の後期高齢者医療被保険者証の写し ・限度額適用認定証等の写し ・住民票（抄本）の写し ・医療記録票（Ｂ欄に過去２３か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計１回以上）又は医療証明書及び領収書・診療明細書等医療費が分かる資料の写し ・肝炎治療医療券被交付者で管理票を有している場合、肝炎治療月額管理票(写)
	[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。

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」の医療券（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になります。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」という。）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、担当医あるいは東京都（お住まいの都道府県）へご相談ください。

（東京都の問合せ先）

東京都保健医療局保健政策部疾病対策課

電話：03－5320－4476

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。

第37号様式(第5条関係)

臨床調査個人票及び同意書

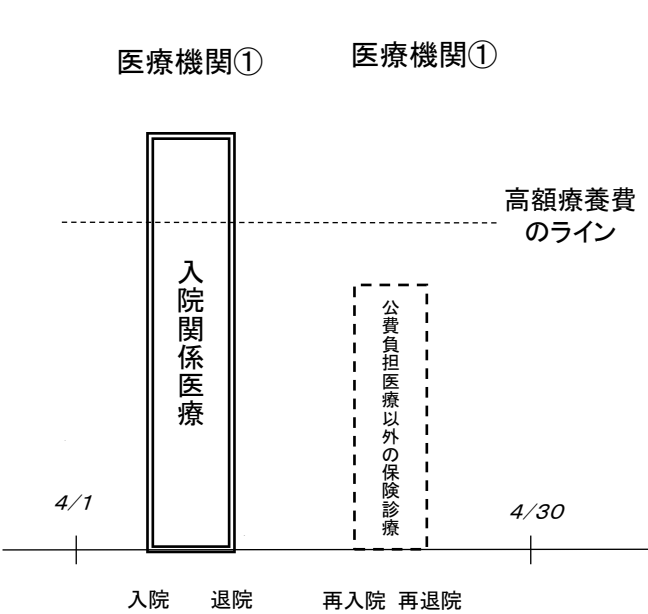
記入例

ガナ	性別	生年月日(年齢)
患者氏名	男・女	年 月 日 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号	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 医師名	
検査所見	<p>直近の所見を入力すること。</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> HBs抗原陽性(検査日: 年 月 日)</p> <p>又は</p> <p><input type="checkbox"/> HBV-DNA陽性(検査日: 年 月 日)</p> <p>「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。</p> <p><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)</p> <p>1回目 HBs抗原陽性(検査日: 年 月 日)</p> <p>2回目 HBs抗原陽性(検査日: 年 月 日)</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> HCV抗体陽性(検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> HCV-RNA陽性(検査日: 年 月 日)</p> <p>3. 血液検査(検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ /μL</p> <p>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 _____ %</p> <p>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)</p> <p>腹水(<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度、<input type="checkbox"/>中程度以上)</p> <p>肝性脳症(<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度(I,II)、<input type="checkbox"/>昏睡(III以上))</p>	
診断根拠	<p>【肝がんの場合】(該当する項目にチェックを入れる)</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>※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。</p> <p>【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)</p> <p><input type="checkbox"/> Child-Pugh score で7点以上(検査日: 年 月 日)</p> <p><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)</p>	
その他の記載事項		
診断	<p>該当するすべての項目にチェックを入れる。</p> <p><input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p><input type="checkbox"/> 肝がん (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p>「認定基準及び医療行為一覧」を参照して記載してください。</p>	
医療機関名及び所在地	医療機関コード	
医師氏名	記載年月日 年 月 日	
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。		
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。	患者氏名は、自署をお願いします。代諾者の場合は、自署又は記名をお願いします。※全身状態などから参加予定者が同意できない場合は、代諾者から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)

【資料集5】複数回入院等の場合の事例

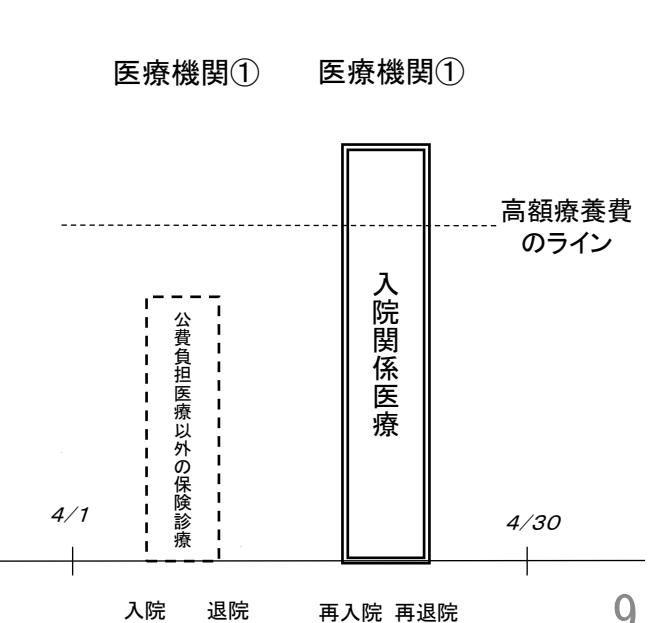
※本項において、入院関係医療は、過去24月中において既に1月高額療養費算定基準額を超えていることとします。

Case1: 同一の医療機関に複数回入院した場合① ※自己負担額ありの場合



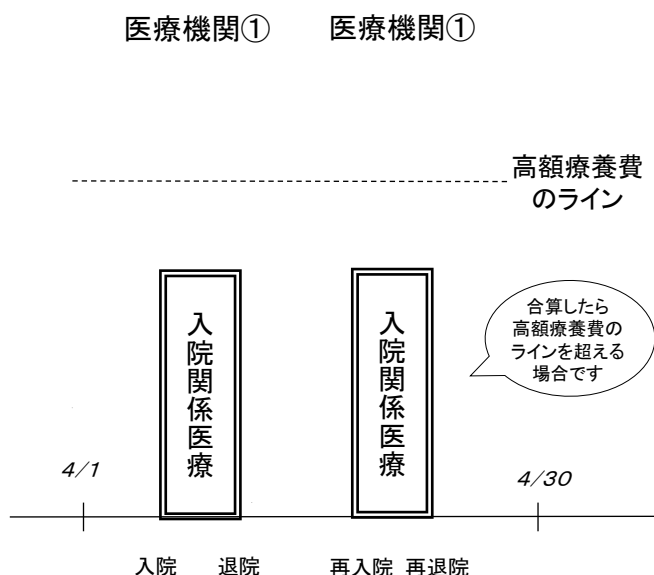
- ・入院関係医療で現物給付の処理が可能。
- ・再入院のときの保険診療の自己負担の上限額は、「（保険診療の）高額療養費算定基準額－10,000円」となる。
- ・レセプトは1枚にまとめることが可能。

Case2: 同一の医療機関に複数回入院した場合② ※自己負担額ありの場合



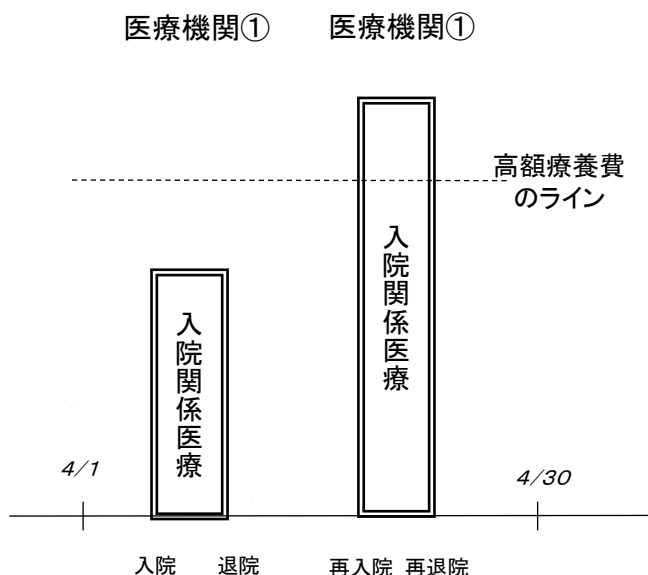
- ・1回目の入院のときに、保険診療の自己負担額を窓口で支払ってしまっていることから、再入院したときに、再計算を行ったうえで、入院関係医療を現物給付として処理することが可能。
- ・自己負担額の上限額は保険診療の高額療養費算定基準額となることから、返戻処理が発生することはない。

Case3: 同一の医療機関に複数回入院した場合③ ※自己負担額ありの場合



- ・ 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）
 都：算定基準額－1万円（償還払い）

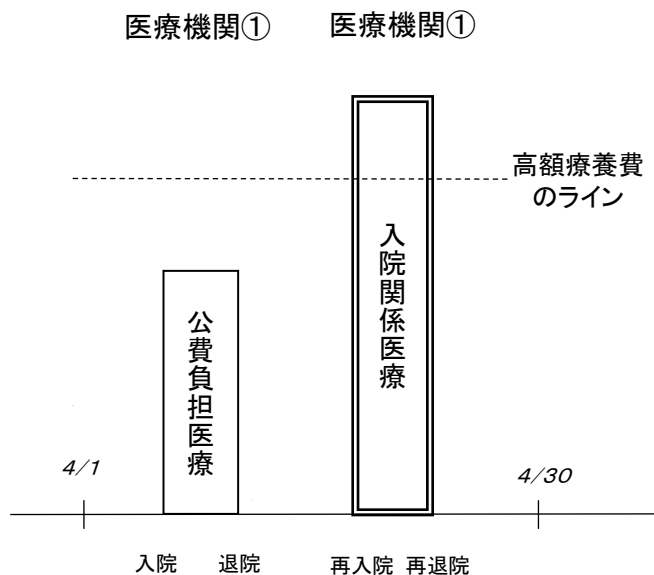
Case4: 同一の医療機関に複数回入院した場合④ ※自己負担額ありの場合



- ・ 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

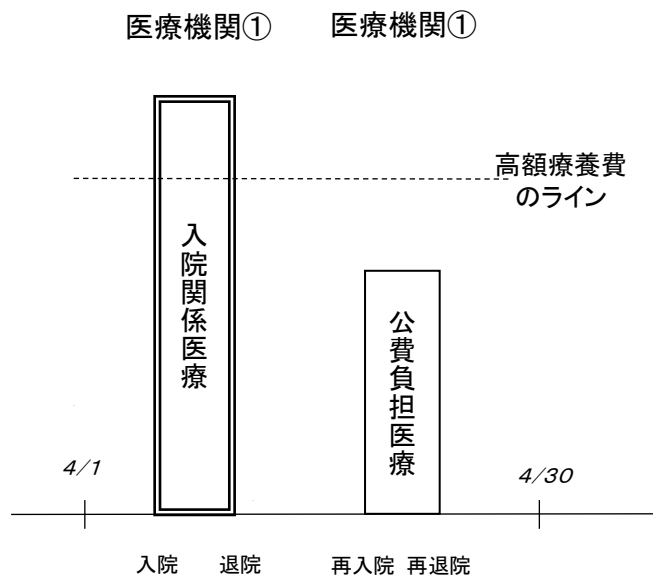
※自己負担額ありの場合



- ・ 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。

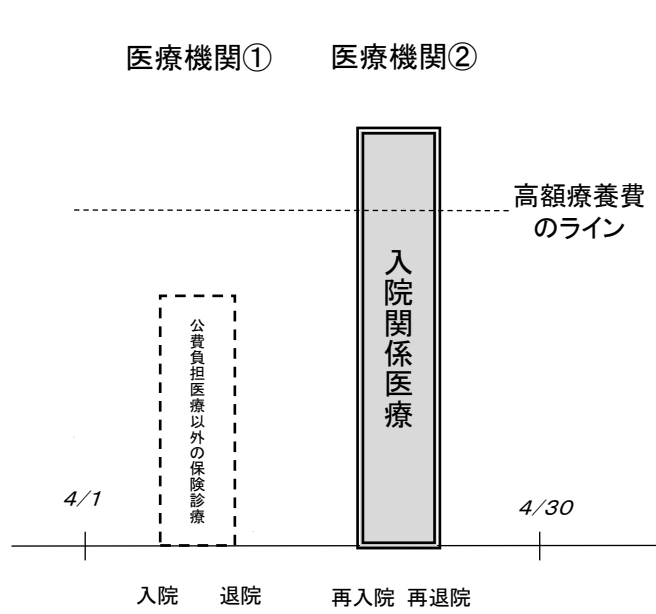
Case6: 入院関係医療と公費負担医療で同一の医療機関に複数回入院した場合②

※自己負担額ありの場合



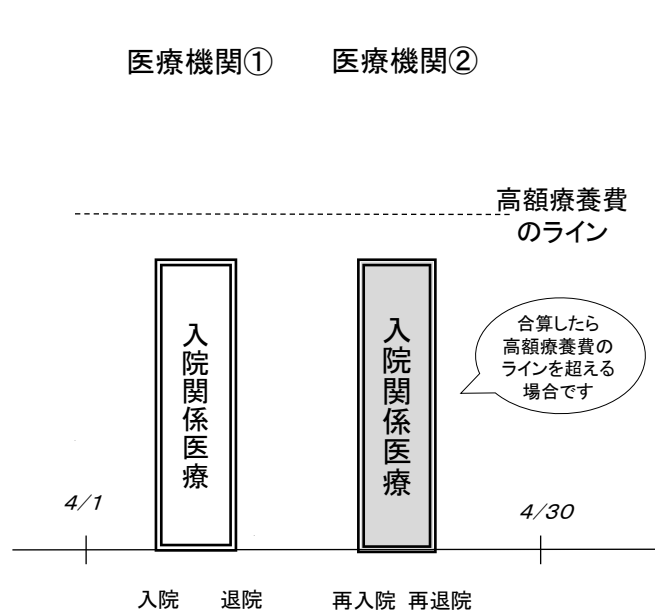
- ・ 入院関係医療は現物給付が可能。
- ・ 公費負担医療と入院関係医療のレセプトは1枚になる。
- ・ 他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、1万円（入院関係医療の自己負担額） + 公費負担医療の自己負担額となる。

Case7:複数の医療機関に入院した場合① ※自己負担額ありの場合



- ・ 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。

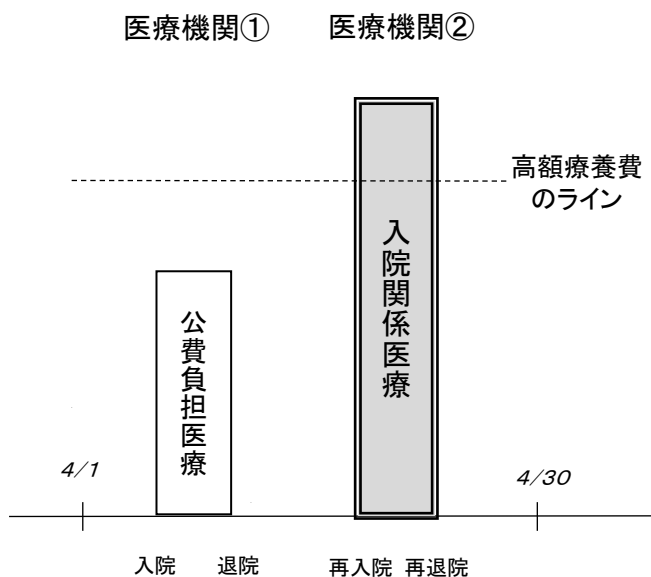
Case8:複数の医療機関に入院した場合② ※自己負担額ありの場合



- ・ 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

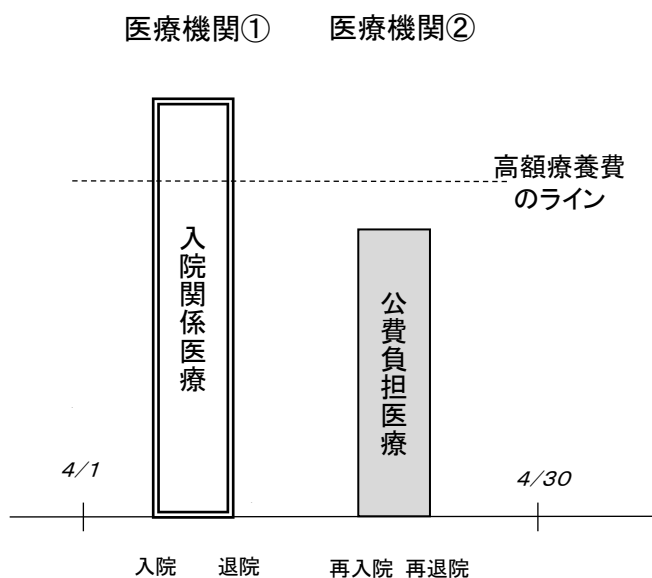
※自己負担額ありの場合



- ・ 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

※自己負担額ありの場合

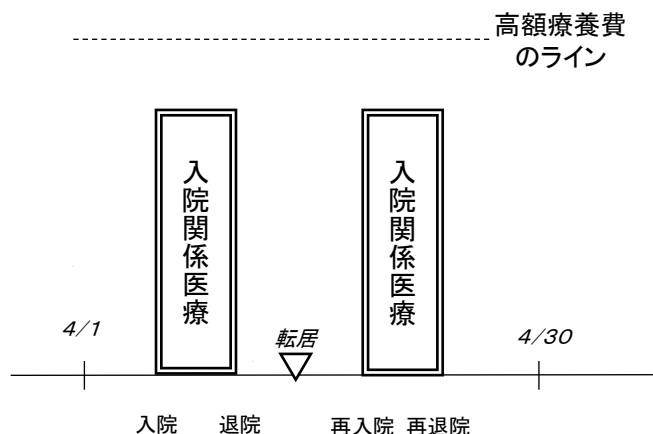


- ・ 入院関係医療も公費負担医療もそれぞれの医療機関で現物給付が可能。
- ・ 他の保険診療がなければ、最終的な患者の自己負担額は、1 万円（入院関係医療の自己負担額） + 公費負担医療の自己負担額となる。

Case11: 転居(住民票の変更)があった場合(保険者の変更なし)① ※自己負担額ありの場合

・都内在住
・医療機関①

・他県在住
・医療機関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）

都：高額療養費算定基準額－1万円（償還払い）

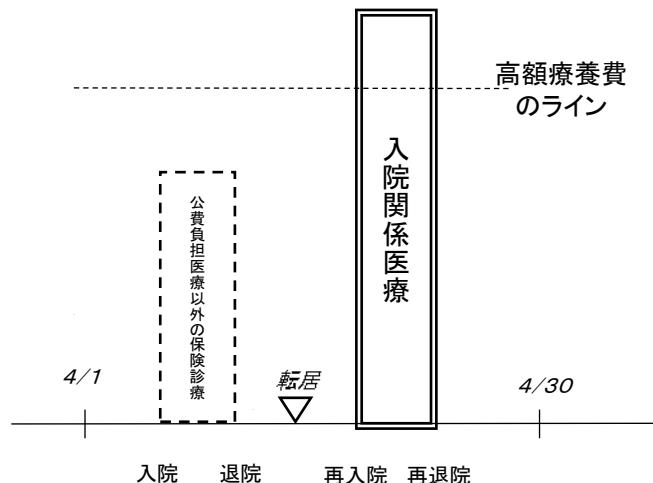
他県：負担なし

Case12: 転居(住民票の変更)があった場合(保険者の変更なし)②

※自己負担額ありの場合

・都内在住
・医療機関①

・他県在住
・医療機関①



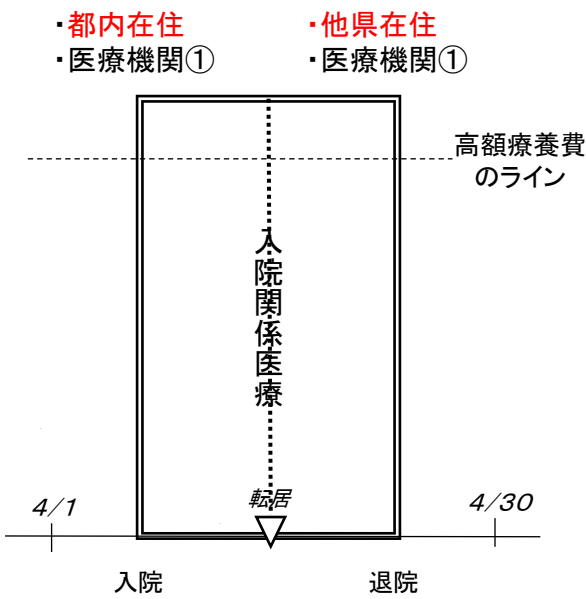
・入院関係医療は現物給付が可能。

・**都内在住時**には入院関係医療がないことから**都**の公費負担なし。

・レセプトは1枚となり**他県**に対する請求のみが生じる。

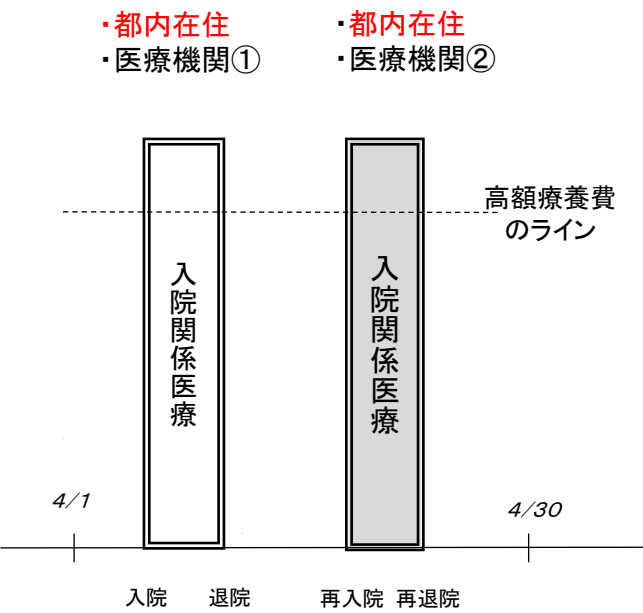
・患者の負担は、入院関係医療に対する助成の1万円＋保険診療の自己負担額（上限は保険診療の高額療養費算定基準額）となる。

Case13: 転居（住民票の変更）があった場合（保険者の変更なし）③



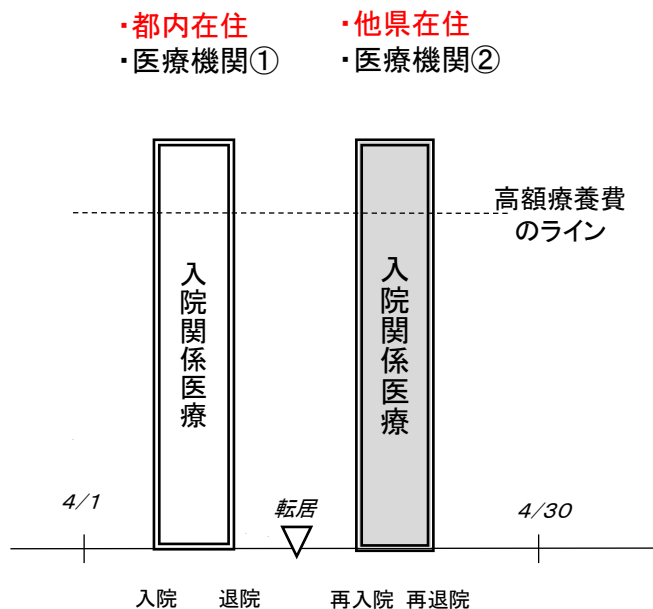
- ・入院中に転居（住民票の変更）があってもレセプトは1枚となり現物給付が可能。
- ・この場合、按分が難しいこともあり、**都**が公費負担を行うこととする。

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



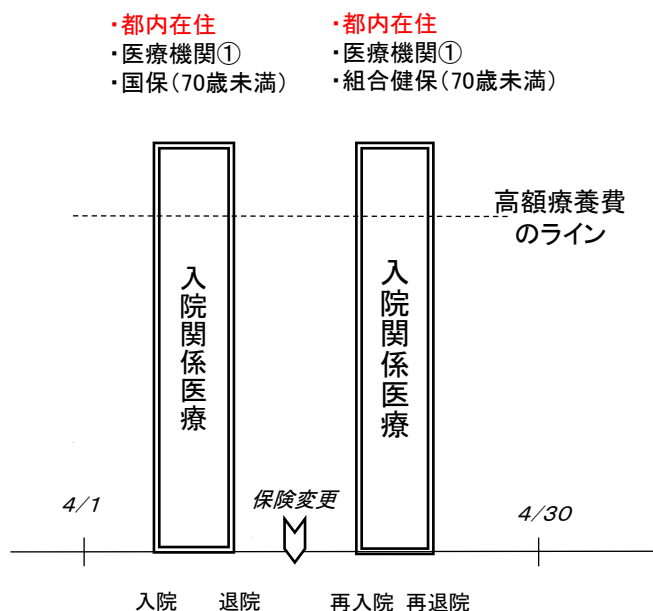
- ・医療機関ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになる。
- ・医療機関①と医療機関②のそれぞれの医療費の助成を**都**が行う。
（患者負担2万円）

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
※自己負担額ありの場合



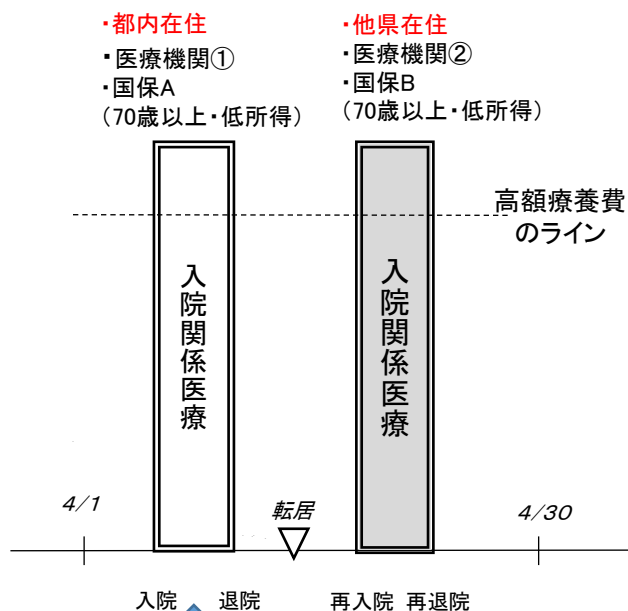
- ・医療機関ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになる。
- ・医療機関①の医療費の助成は都が行い、医療機関②の医療費の助成は他県が行う。(患者負担2万円)

Case16:保険者の変更がある場合① ※自己負担額ありの場合



- ・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)

Case17: 保険者の変更がある場合②

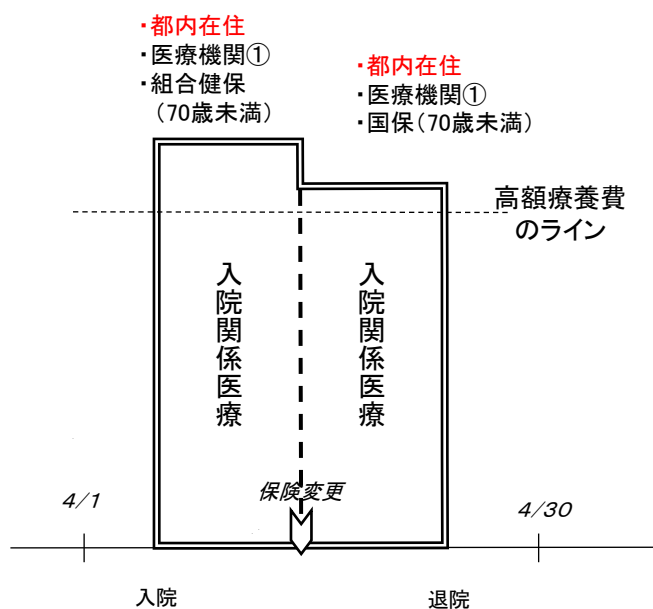


- ・レセプトは保険者別・医療機関別に作成されるので2枚となる。
- ・多数回該当の概念のない所得区分。
- ・保険者ごとに自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合に医療費の助成を行うことになるので、医療機関①の医療費については都が、医療機関②の医療費についてはB県が、それぞれ助成を行う。

(都独自補助として住民税非課税世帯は自己負担なしとしているため、患者負担は医療機関②の医療費1万円のみ)

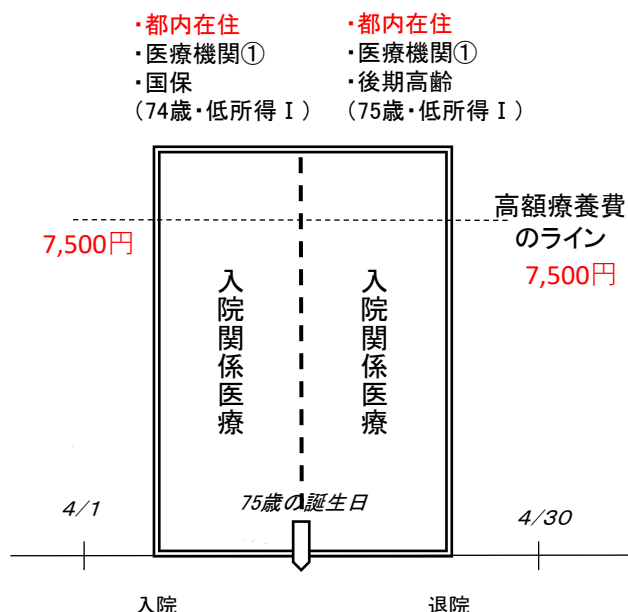
※都独自の上乗せ補助として、住民税非課税世帯は自己負担なし

Case18: 保険者の変更がある場合③ ※自己負担額ありの場合



- ・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国費部分の医療費の助成は行われないが、都上乗せ補助として住民税非課税世帯は自己負担額なし。

【75歳到達月の高額療養費算定基準額】

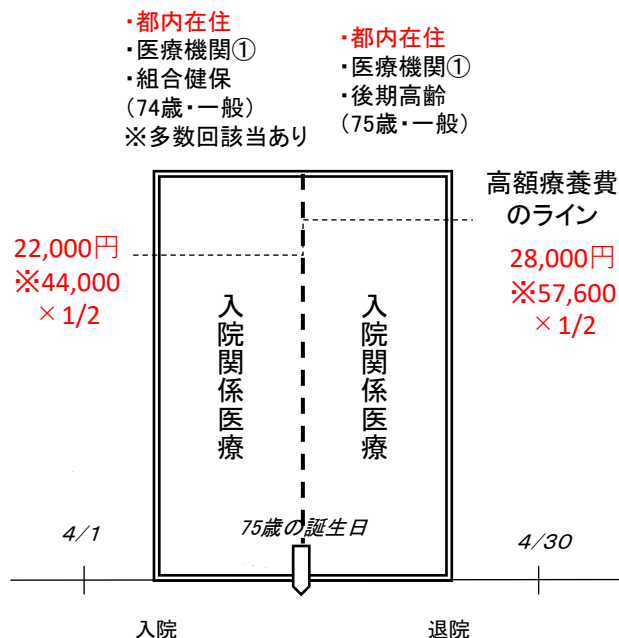
- ①国保 7,500円 ※ $15,000 \times 1/2$
- ②後期高齢 7,500円 ※ $15,000 \times 1/2$

【肝がん事業】

公費負担額（都のみ）

- ①国保分 7,500円
 - ②後期高齢分 7,500円
- 計15,000円

Case20: 保険者の変更がある場合⑤ ※自己負担額ありの場合



- ・ 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）

※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1（レセプト記載例） ※カウント1回目の場合

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 5 年 8 月分

-								-	
公費負担者 番号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

職務上の事由

特記事項

29区エ

診療実日数

保険

公①

公②

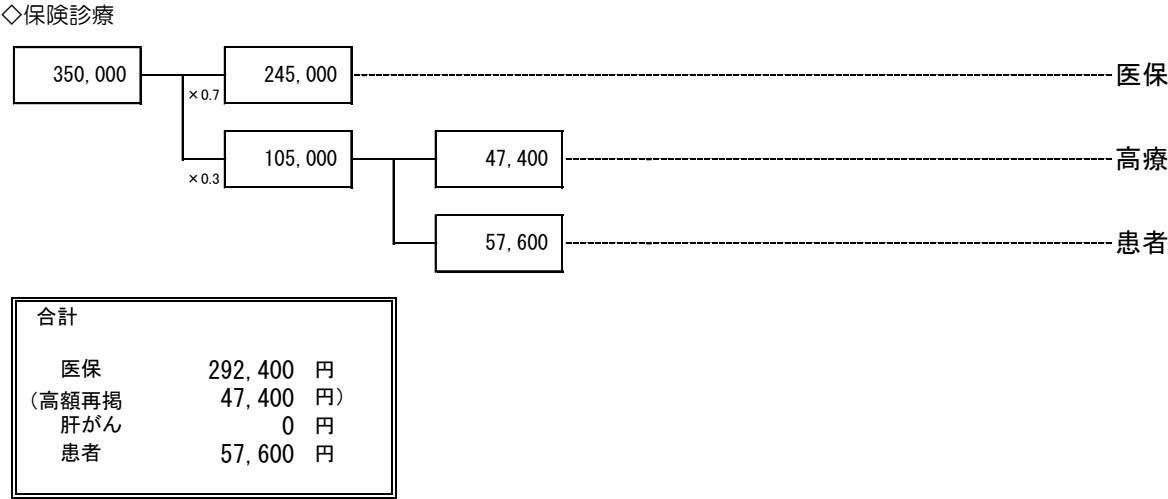
13

※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	35,000		57,600		0		0		0
	公費②									

樹形図（ツリー図）



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（公費負担者番号は記載しません）。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2年間で2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2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		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	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		
	△入													
	R6年							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【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	肝がん・ 重症肝臓 病指定医 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	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④ と通院欄の⑤の記載 がある場合は、その 合計額を記載	⑦ 関係医療の 窓口支払額		
R 5 年 8 月 3 日	R 5 年 8 月 1 5 日	年 月 日	○ 【記入者】 担当部署 ○○課 担当者 △△ 【医療機関コード】 	〇〇病院			200, 000	60, 000	60, 000	○					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) ※カウント1回目(多数回該当)の場合

※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5年10月分

-										-									
公費負担者番号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

29区エ

職務上の事由

診療実日数

保険

17

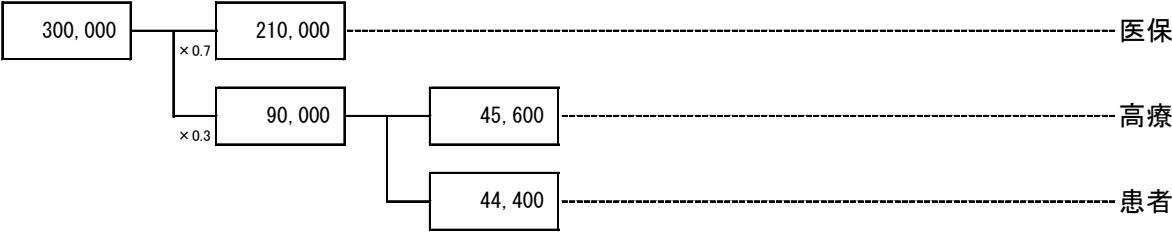
※高額療養費

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
	公費①	30,000		44,400			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	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（公費負担者番号は記載しません）。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2年間で2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 ・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2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。

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		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	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
			△入									
	R6年					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【現物給付(原則)】				通院(保険薬局含む)【償還払い】					
◇	◇	◆	肝がん・ 重症肝硬 変指定医 療機関の 場合○印	◇◆	◇◆	分子標 的薬等 に係る 治療 の場合 ○印	◆◆ ① 特記事 項があ る場 合○印	◆◆ ② 関係医療の 医療費総額 (10割分)	◆◆ ③ 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	◆◆ ④ 月間累計 ②の月間累計 ※円単位で記載	◆◆ ⑤ ※1	◆◆ ⑥ 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	◆◆ ⑦ 月間累計 ⑥の月間累計 ※円単位で記載	◆◆ ⑧ ※2	◆◆ ⑨ 同じ月に入院欄の⑧ と通院欄の⑥の記載 がある場合は、その 合計額を記載	◆◆ ⑩ 関係医療の 窓口支払額
R 5 年 1 0 月 8 日	R 5 年 8 月 2 4 日	年 月 日	○	〇〇病院 【記入者】 担当部署 担当者 【医療機関コード】			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 6 年 8 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

職務上の事由

特記事項

29区エ

診療実日数

保険

公①

公②

18

18

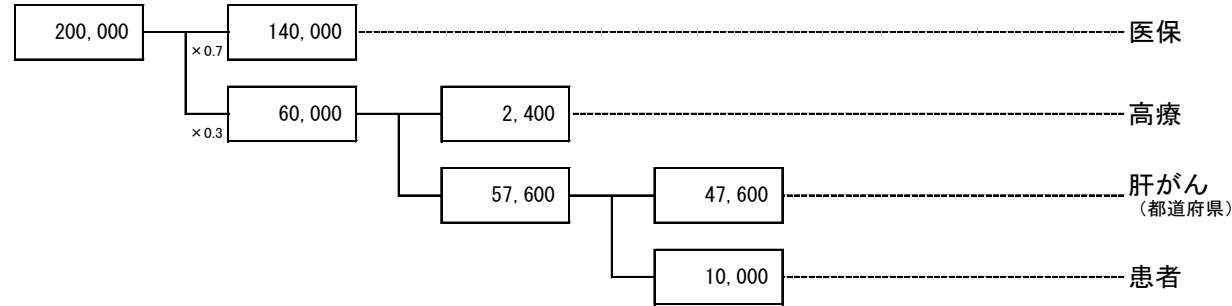
※高額療養費

円

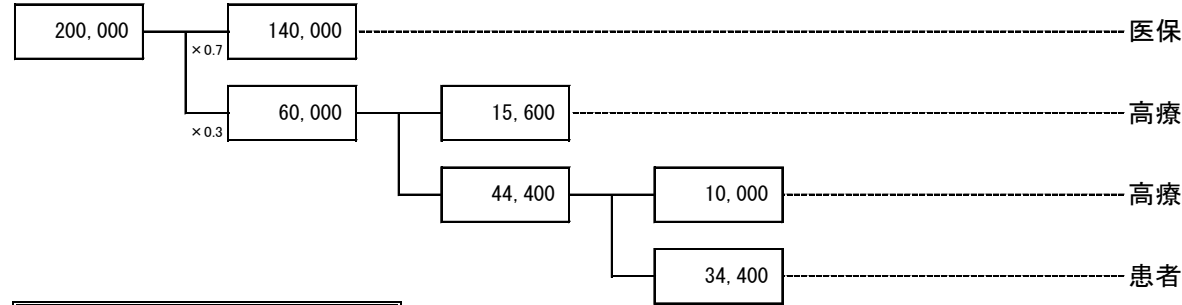
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 (57,600) 92,000	円	食事・生活療養	保険	回数	請求円	※決定円	(標準負担額)円
	公費①	40,000					公費①	0	0		0
	公費②	20,000		10,000			公費②				

樹形図（ツリー図）

◇肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業



◇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（公費負担者番号は記載しません）。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2年間で2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2年間で2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(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	R5年					R6年				
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
			△入	○入	○入					
	R6年					年				
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
	○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【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	肝がん・重症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	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同じ月に入院療の⑧と通院療の⑧の記載がある場合は、その合計額を記載	⑨	⑩関係医療の窓口支払額
R6年 8月 2日	R6年 8月 19日	年 月 日	○	〇〇病院 【記入者】 担当部署 〇〇課 担当者 △△ 【医療機関コード】 			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)

令和 6 年 9 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

29区エ

職務上の事由

保険者番号	0	6							
診療 実日数	保険	16	公①	16	公②				

※高額療養費

円

請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円
35,000				0	
30,000					

※高額療養費

円

請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円
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

300,000

×

0.7

210,000

医保

×

0.3

90,000

高療

32,400

肝がん
(都道府県)

57,600

患者

47,600

10,000

◇保険診療

50,000

×

0.7

35,000

医保

×

0.3

15,000

患者

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（公費負担者番号は記載しません）。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。

25

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2年間で4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2年間で4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「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		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	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	
					△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	
		○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【現物給付(原則)】				通院(保険薬局含む)【償還払い】				
◇	◇	◆	◇◆	◇◆	◇	◇◆	①	②	③	※1	④	⑤	⑥	⑦	⑧
入院・通院日	退院日	調剤日	肝がん・重症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	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⑤の月間累計 ※円単位で記載	※2	同じ月に入院欄の④と通院欄の⑧の記載がある場合は、その合計額を記載	関係医療の窓口支払額
R 6 年 9 月 5 日	R 6 年 9 月 2 0 日	年 月 日	○ 【記入者】 担当部署 担当者 【医療機関コード】	〇〇病院 〇〇課 △△ 			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5①(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. 5 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 6 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	
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
職務上の事由		29区エ

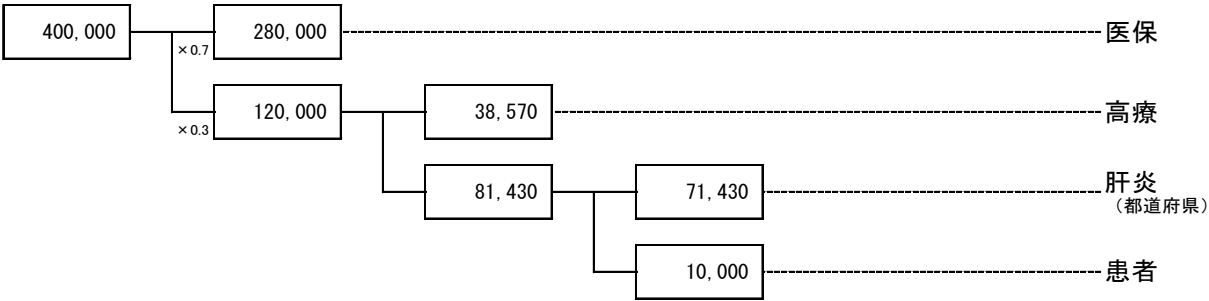
診療 実日数	保険 公① 公②	11 11 11
-----------	----------------	----------------

※高額療養費		円
請求	円	※決定 円
請求	円	※決定 円
請求	円	※決定 円

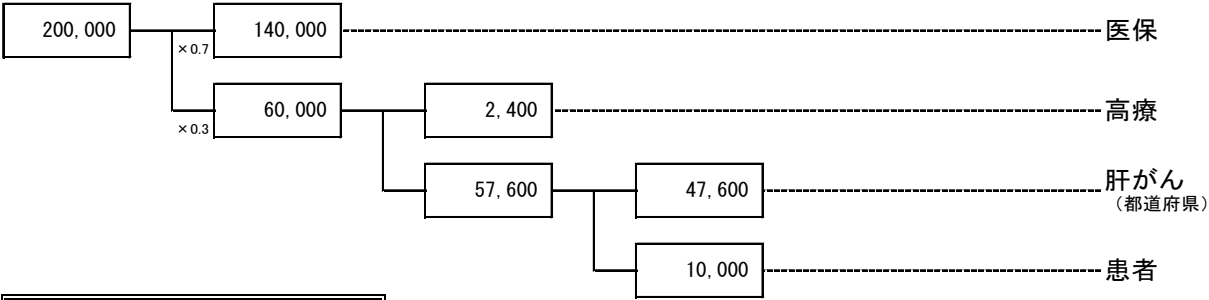
療養の給付	保険	60,000		(81,430) (57,600) 139,030	食事・生活療養	0	0	0
	公費①	40,000		10,000	公費①			
	公費②	20,000		10,000	公費②			

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（公費負担者番号は記載しません）。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2年間で4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 ・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 ・他の公費負担医療の支払額(自己負担額)が10,000円



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2年間で2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	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	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
			△入		○入		○入					
B欄	R6年					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、◆は保険薬局記載欄)

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】				◆◆		◆◆		
◇	◇	◆	肝がん・ 重症肝硬 変指定医 療機関の 場合○印	◇◆	分子標 的薬等 に係る 治療 の場合○ 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 (②の月間累計) ※円単位で記載	◆	※2	⑥ 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。	◆◆	⑦ 関係医療の 窓口支払額
R 6年 9月 2日	R 6年 9月 12日	年 月 日	○	○○病院 【記入者】 担当部署 担当者 【医療機関コード】			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5②(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.5②

・No.5①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 6 年 6 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

29区エ

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	11
	公②	

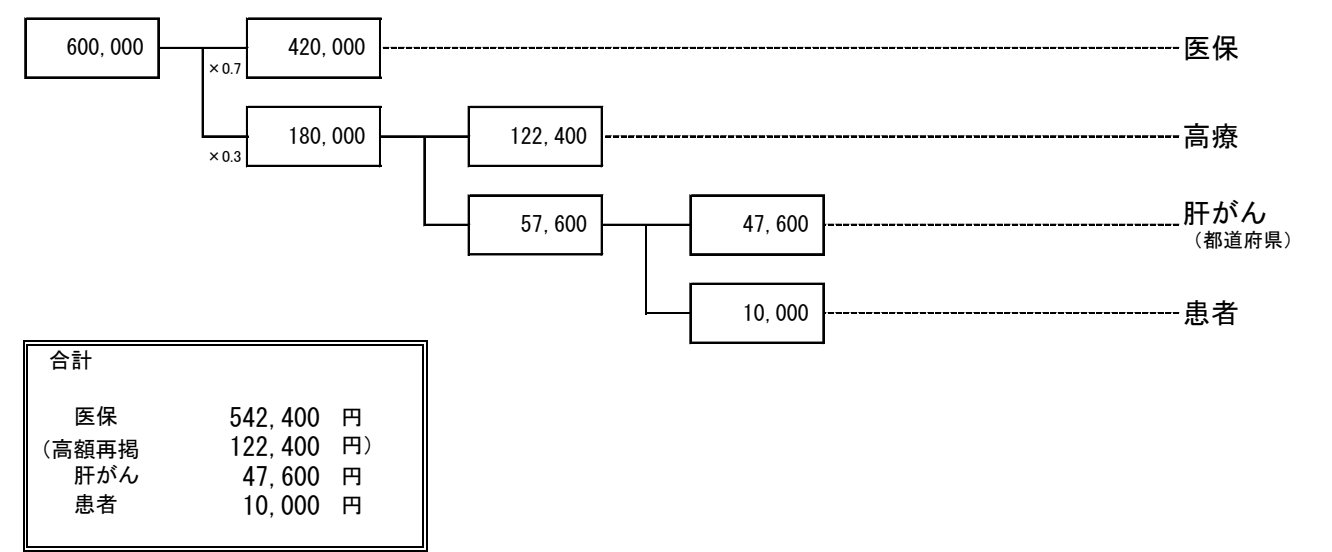
※高額療養費

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	60,000		57,600		0			0
	公費②	60,000		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



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 (公費負担者番号は記載しません)。
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 6 年 10 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

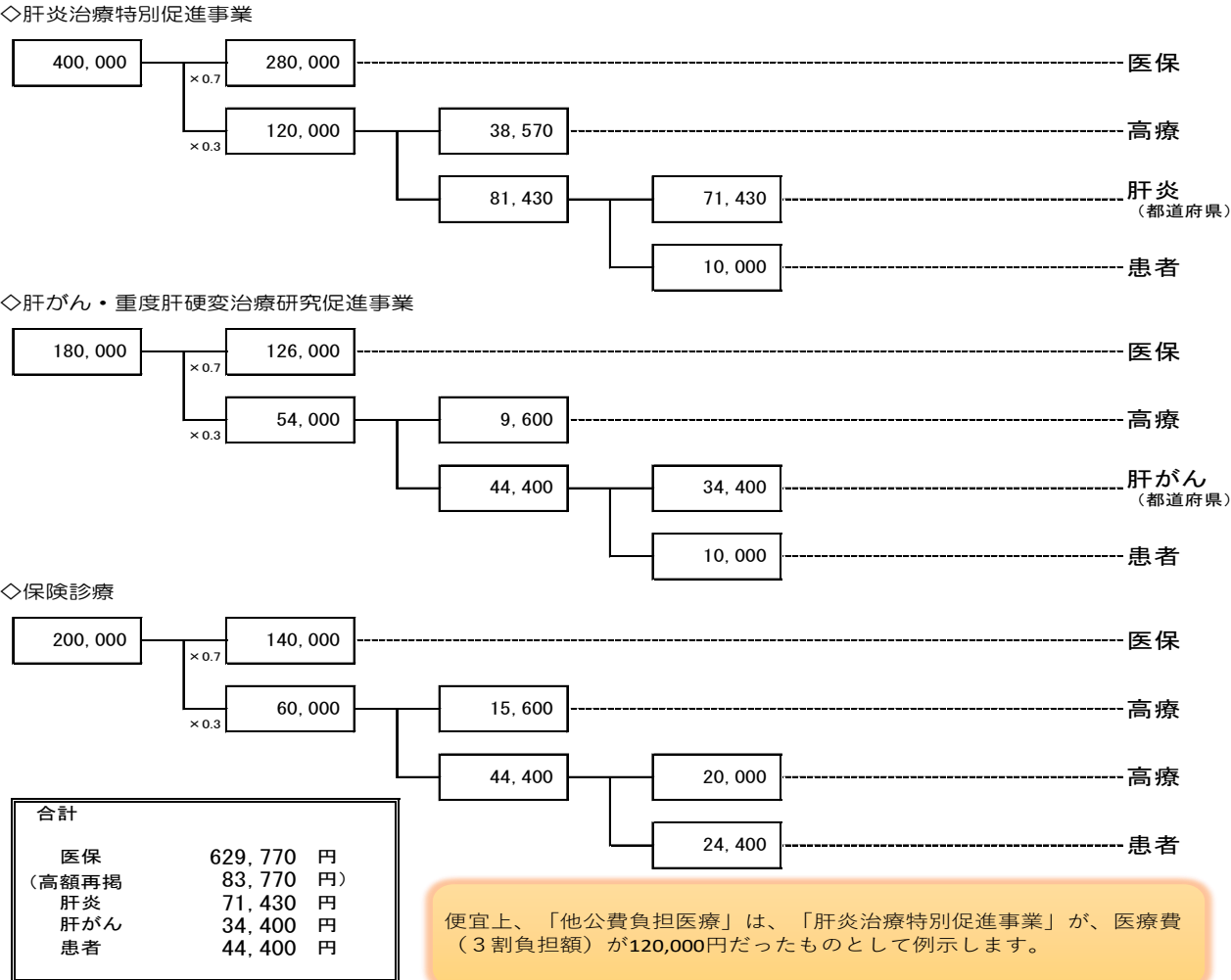
診療実日数	保険公①	14
	公②	14

※高額療養費

円

療養の給付	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
	78,000		(81,430) (44,400) 150,230			0	0			0		
	公費①	40,000	10,000	公費①								
	公費②	18,000	10,000	公費②								

樹形図 (ツリー図)



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2年間で4回以上(今回で5回目)
医療費の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・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4回目) ・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 ・他の公費負担医療の支払額(自己負担額)が10,000円



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2年間で2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10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	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	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
			△入		○入		○入					
	R6年					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										

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)

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	◇ 肝がん・ 重症肝硬 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	◆ 関係医療の 医療費総額 （１０割分） ※１	◆ 関係医療の 自己負担額 （３割等） ※月間累計 （◎の月間累計） ※月単位で記載	◆ 月間累計 （◎の月間累計） ※月単位で記載	◆ ※１	◆ 関係医療の 自己負担額 （３割等） ※月間累計 （◎の月間累計） ※月単位で記載	◆ 月間累計 （◎の月間累計） ※月単位で記載	◆ ※２	◆ 同月に入院欄の⑥ と通院欄の⑦の記載 がある場合は、その 合計額を記載	◆ 関係医療の 窓口支払額 ※３
R 6年 1 0月 1 1日	R 6年 1 0月 2 4日	年 月 日	○	○○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歳以上の者が外來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。

・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。

診療報酬明細書(医科入院)												令和 6 年 11 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			

※高額療養費 円			

療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円
				(81,430) (57,600) 169,030
		80,000		
	公費①			10,000
公費②			10,000	

食事・生活療養	保険	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円
		0	0		0
	公費①				
公費②					

		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	8
	公 ①	8
	公 ②	8

```

graph LR
    A[400,000] -- "× 0.7" --> B[280,000]
    A -- "× 0.3" --> C[120,000]
    B -.-> B1[医保]
    C --> D[38,570]
    C --> E[81,430]
    D -.-> D1[高療]
    E --> F[71,430]
    E --> G[10,000]
    F -.-> F1["肝炎  
(都道府県)"]
    G -.-> G1[患者]
  
```

400,000

280,000

120,000

38,570

81,430

71,430

10,000

医保

高療

肝炎
(都道府県)

患者

```

graph LR
    A[300,000] -- "× 0.7" --> B[210,000]
    A -- "× 0.3" --> C[90,000]
    B -.-> D[医療保険]
    C --> E[32,400]
    C --> F[57,600]
    E -.-> G[高療]
    F --> H[47,600]
    F --> I[10,000]
    H -.-> J["肝がん  
(都道府県)"]
    I -.-> K[患者]
  
```

300,000

210,000

90,000

32,400

57,600

47,600

10,000

医療保険

高療

肝がん
(都道府県)

患者

Diagram illustrating the distribution of 100,000 RMB:

- 100,000 RMB is split into two parts:
 - 70,000 RMB (70%) allocated to 医保 (Medical Insurance).
 - 30,000 RMB (30%) allocated to 患者 (Patients).

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

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（公費負担者番号は記載しません）。

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2年間で2回以上(今回で6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 ・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。 ・他の公費負担医療の支払額(自己負担額)が10,000円



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2年間で2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「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	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	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
			△入		〇入		〇入					
B欄	R6年					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
		〇入	〇入	〇入								

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・ 通院日	退院日	調剤日	肝がん・ 重症肝硬 変特定医 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	① 関係医療の 医療費総額 (1.0割等)	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 ④の月間累計 (3割等) ※円単位で記載	⑤ ※1	⑥ 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	⑦ 月間累計 ⑧の月間累計 (3割等) ※円単位で記載	⑨ ※2	⑩ 同じ月に入院療の⑨ と通院療の⑨の記載 がある場合は、その 合計額を記載	⑪ 関係医療の 窓口支払額
R 6 年 1 1 月 2 0 日	R 6 年 1 1 月 2 7 日	年 月 日	○	△△病院 【記入者】 担当部署 ××課 担当者 ●● 【医療機関コード】 			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 6 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多エ

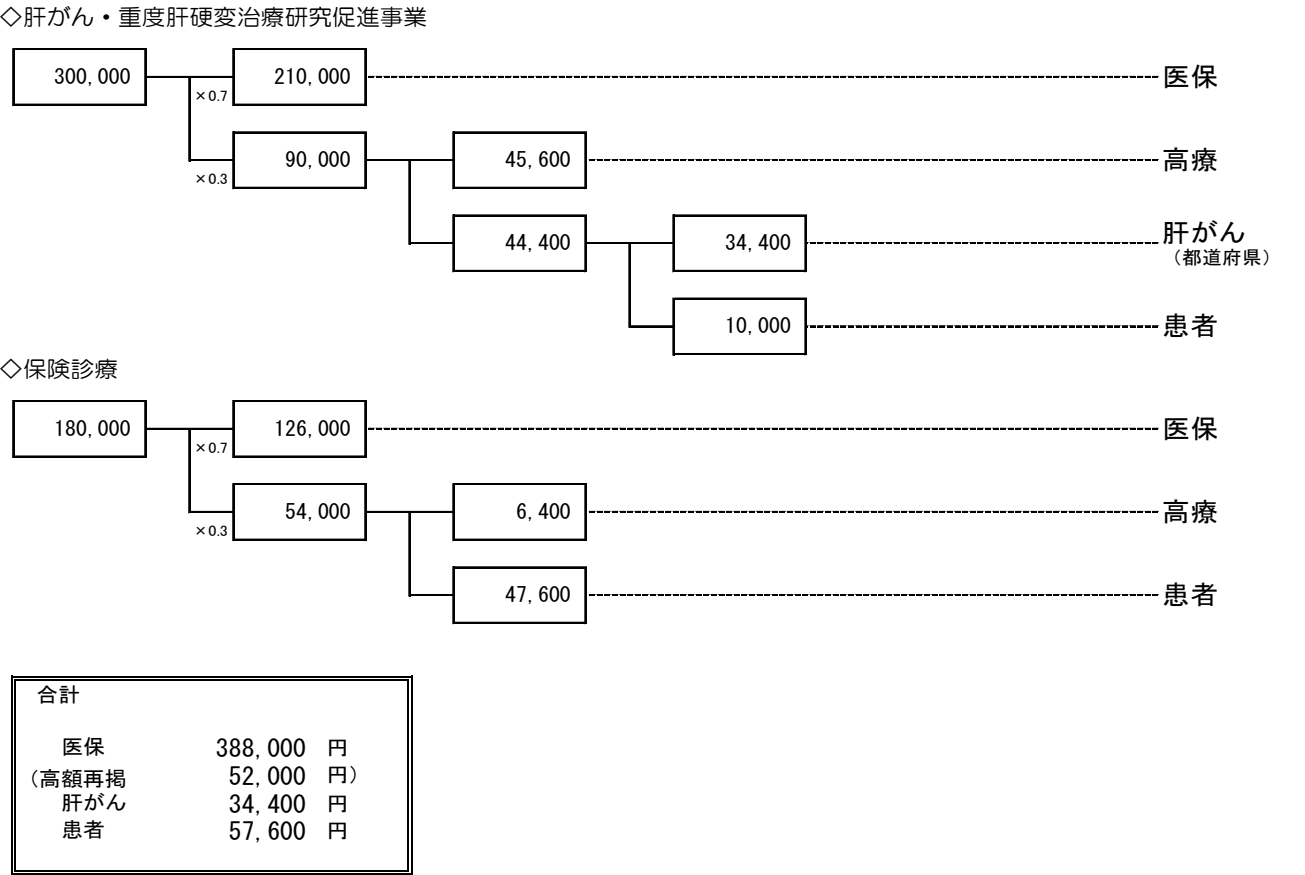
1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
0	6		

保険者番号	0	6					
-------	---	---	--	--	--	--	--

診療 実日数	保険 公① 公②	13 13
-----------	----------------	--------------

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

樹形図（ツリー図）



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（公費負担者番号は記載しません）。
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2年間で2回以上(今回で6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5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2年間で2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	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	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
			△入		○入		○入					
	R6年					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								

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	肝がん・重症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	①関係医療の医療費総額(10割等)	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⑧と通院欄の⑧の記載がある場合は、その合計額を記載	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬
R6年 11月 7日	R6年 11月 19日	年 月 日	○	〇〇病院 【記入者】 担当部署 〇〇課 担当者 △△ 【医療機関コード】 			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9(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. 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 6 年 1 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

29区エ

1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
保険者番号	0	6	

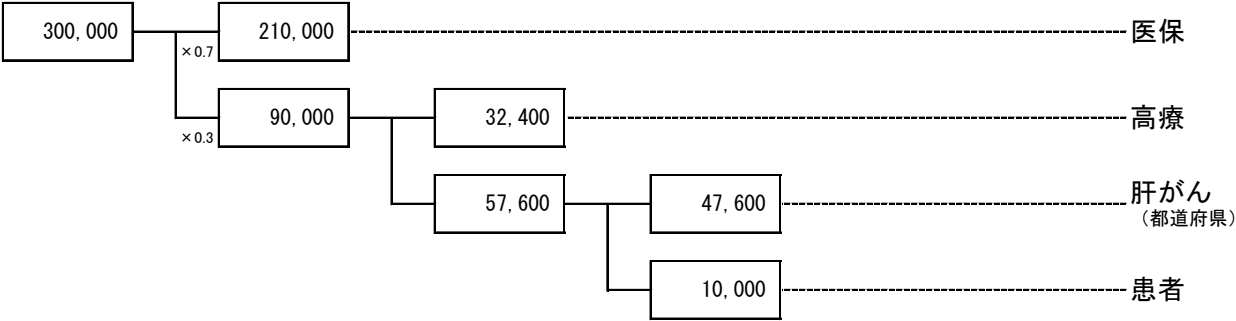
診療 実日数	保険 公① 公②	11 11
-----------	----------------	--------------

※高額療養費 円

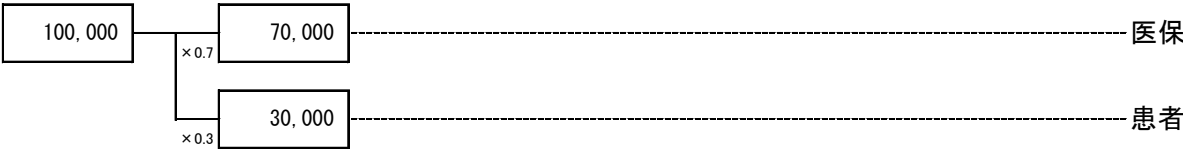
療養の 給付	保 険	請 求 点	※決定 点	負担金額 円	食 事・ 生 活 療 養	保 険 回	請 求 円	※決定 円	(標準負担額) 円	
		40,000		(57,600) 87,600		0	0		0	
	公費①	30,000		10,000		公費①				
	公費②					公費②				

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	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（公費負担者番号は記載しません）。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2年間で2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5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2年間で2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12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	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		〇入		〇入	〇入	〇入			〇入
	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

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)【微運出し】				
◇	◇	◆	◇◆	◇	◇	◇◆	◇	◇	◇	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆
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 場合〇印	特記事項が ある 場合〇印	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②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 窓口支払額
R5/1/8	R5/1/18		◇◇大学附属病院			300,000	90,000	90,000	0					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10(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 0

・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 6 年 11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	
公費負担者 番号②																			
公費受給者 番号①																			
公費受給者 番号②																			

氏 名

職務上の事由

特記事項

29区エ

診療実日数

保険

公①

公②

8

8

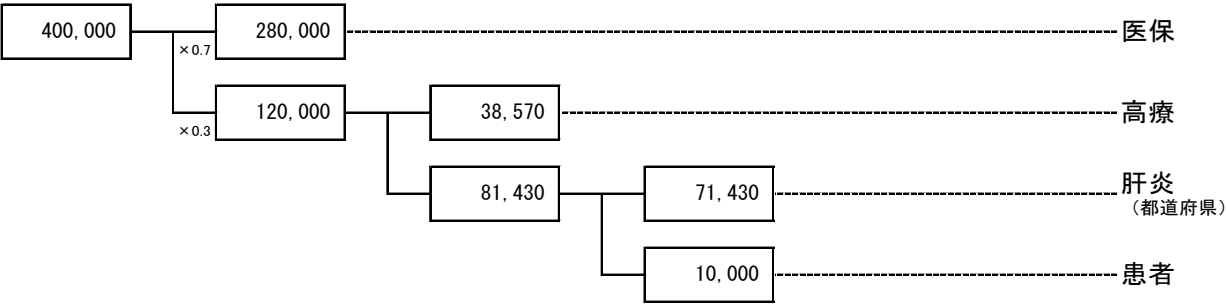
※高額療養費

円

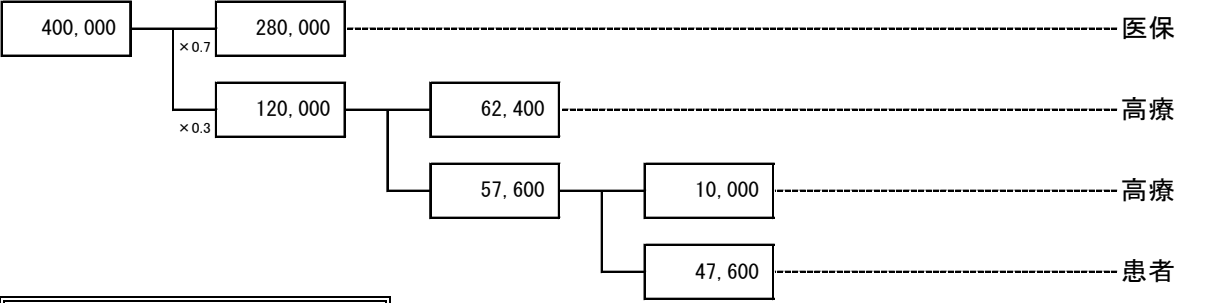
請 求		点		※決定		点		負担金額		円		請 求		円		※決定		円		(標準負担額)		円	
療 養 の 給 付	保 険	80,000						(81,430)		129,030		食 事・ 生 活 療 養	保 険	0								0	
	公 費 ①	40,000						10,000					公 費 ①										
	公 費 ②												公 費 ②										

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（公費負担者番号は記載しません）。
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2年間で2回以上(今回で6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 ・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) ・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 ・他の公費負担医療の支払額(自己負担額)が10,000円



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2年間で2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。何らかの理由で出来なかったため、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(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		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	
						△入				○入				○入											
		R6年										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																			

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	肝がん・ 重症肝硬 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	◆ 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	② 月間累計 ②の月間累計） ※円単位で記載	③ ※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 ④の月間累計） ※円単位で記載	⑤ ※2	◆ 同じ月に入院欄の① と通院欄の③の記載 がある場合は、その 合計額を記載	◆ 関係医療の 窓口支払額	
R 6年 11月 20日	R 6年 11月 27日	年 月 日	○	〇〇病院 【記入者】 担当部署 担当者 【医療機関コード】			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。）

パターン11①(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 1 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 6 年 11 月分

-									-	
公費負担者 番号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区エ

1 医科	1 社	1 単独	1 本入
0	6		

診療 実日数	保険 公① 公②	13
-----------	----------------	----

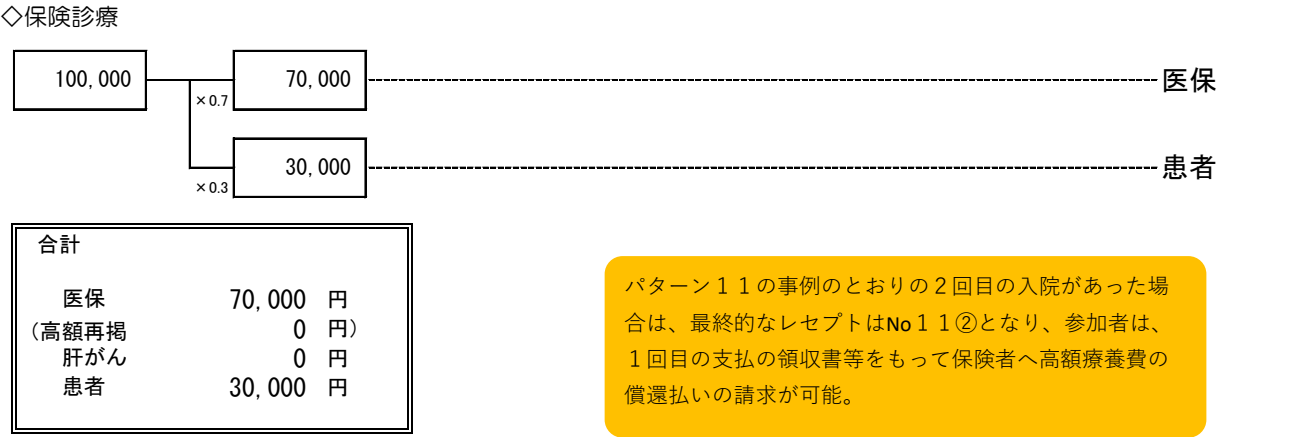
※高額療養費		円
請求	円	
※決定	円	
負担金額	円	

療養の 給付	保険	10,000		
	公費①			
	公費②			

食事・生活 療養	保険	0		
	公費①			
	公費②			

請求	円	※決定	円	(標準負担額)	円
0				0	

樹形図（ツリー図）



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（公費負担者番号は記載しません）。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11②(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 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 6 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

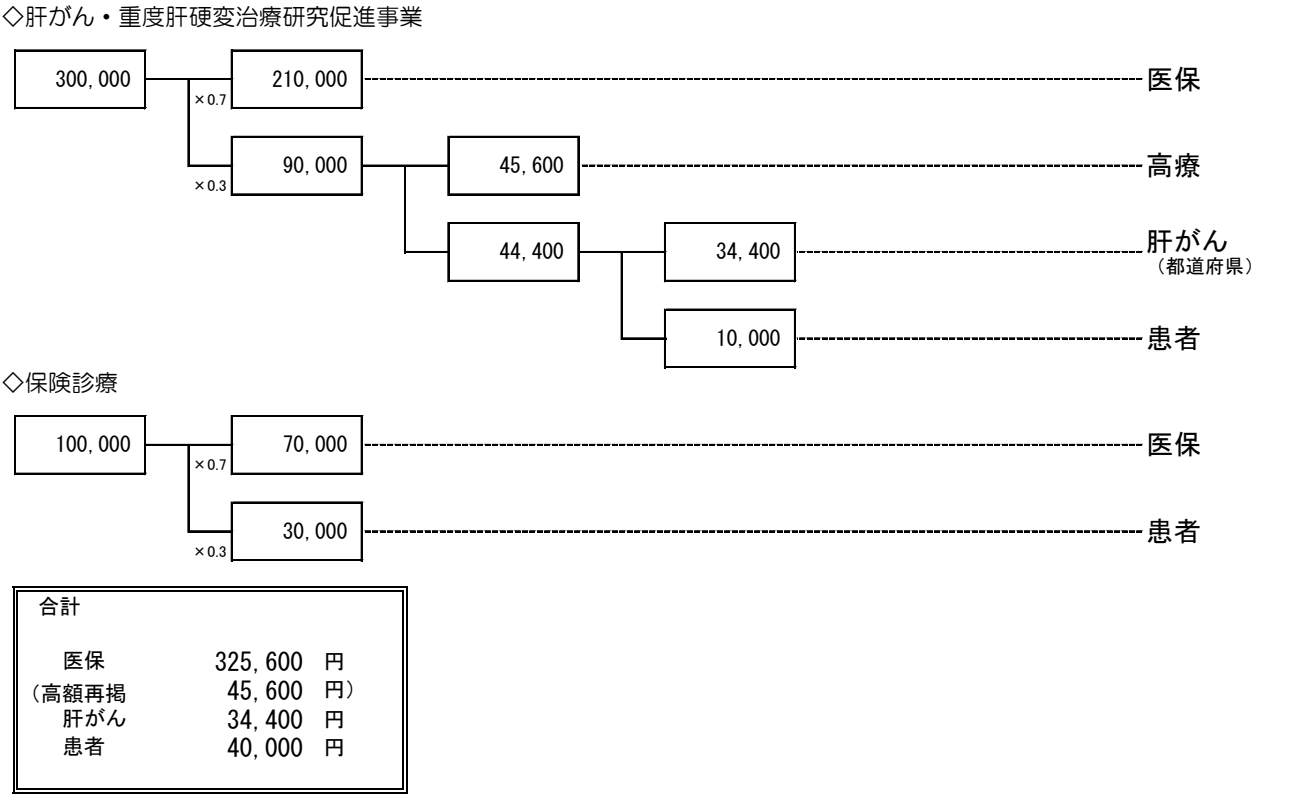
診療実日数	保険 公①	13
	公②	

1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
保険者番号	0	6	

※高額療養費		円
食 事 ・ 生 活 療 養	保 険 回	0
公費①		
公費②		

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
		40,000		(44,400) 74,400		0	0		0
	公費①	30,000		10,000					
	公費②								

樹形図（ツリー図）



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（公費負担者番号は記載しません）。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2年間で2回以上(2回目の入院で6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 ・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) ・2回目の入院関係医療は現物給付を実施 ・特定疾病給付対象療養は多数回該当



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2年間で2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。

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多数回該当の場合		44,400		③外来		57,600																	
B欄	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								
					△入				○入				○入																		
	R6年										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																									
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・重症肝障害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		関係医療の医療費負担額（10割等）		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（⑤の月間累計）※円単位で記載		※2		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		関係医療の窓口支払額	
R6年	R6年	年	月	日	○	【記入者】 担当部署 担当者 【医療機関コード】		〇〇病院 〇〇課 △△ 担当者 【医療機関コード】						100,000		30,000		30,000												30,000	
R6年	R6年	年	月	日	○	【記入者】 担当部署 担当者 【医療機関コード】		〇〇病院 〇〇課 △△ 担当者 【医療機関コード】						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。）

パターン12①(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 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No1 2 ②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 6 年 11 月分

-									-	
公費負担者 番号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

職務上の事由

特記事項
29区エ

診療実日数

保険
公①
公②

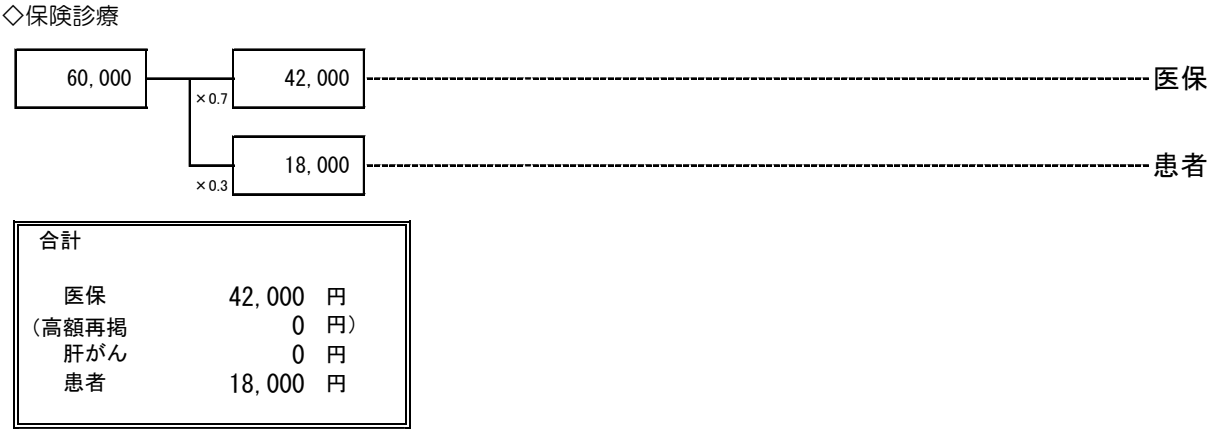
13

※高額療養費

円

療養の給付	保険	請求点 6,000	※決定点	負担金額 円	食事・生活療養	保険	回数 0	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円
	公費①					公費①				
	公費②					公費②				

樹形図（ツリー図）



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（公費負担者番号は記載しません）。肝がん外来関係医療、肝がん・重度肝硬変変合算関係医療は、償還払いとなるため、「保険診療」に記載します。

パターン12②(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 2 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）にし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 6 年 11 月分

-									-	
公費負担者 番号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

29区エ

職務上の事由

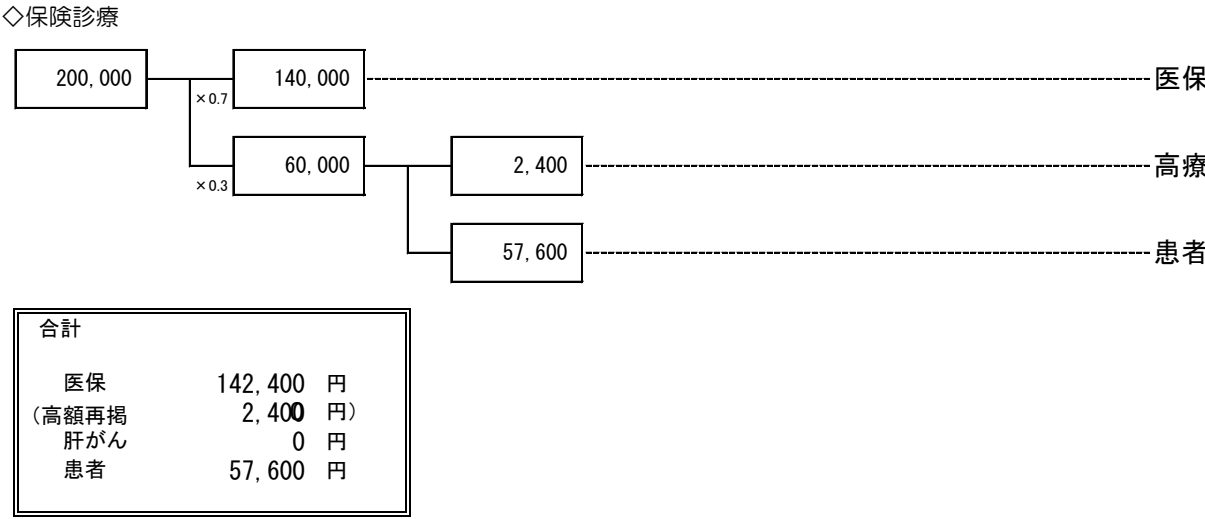
1 医科	1 社	1 単独	1 本入
0	6		

診療 実日数	保険 公① 公②	21
-----------	----------------	----

※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		公費①	0	0		0
	公費②					公費②				

樹形図（ツリー図）



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（公費負担者番号は記載しません）。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2年間2回以上(2回目の入院で6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 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) ・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 ・当該月の保険診療(肝がん事業以外に係る医療費)はなし



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2年間で2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になります。
- ・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		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		R5年					R6年																		
		8 月		9 月		1 0 月		1 1 月		1 2 月		1 月		2 月		3 月		4 月		5 月		6 月		7 月	
						△入				○入				○入											
		R6年					年																		
		8 月		9 月		1 0 月		1 1 月		1 2 月		1 月		2 月		3 月		4 月		5 月		6 月		7 月	
		○入		○入		△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【現物給付（原則）】			通院（保険薬局含む）【償還払い】			◇◆		◇◆	
◇	◇	◆	肝がん・ 重症肝硬 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	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⑦の記載 がある場合は、その 合計額を記載	⑨ 関係医療の 窓口支払額				
入院・ 通院日	退院日	調剤日																	
R 6 年 1 1 月 7 日	R 6 年 1 1 月 1 9 日	年 月 日	○	〇〇病院 【記入者】 担当部署 〇〇課 担当者 △△ 【医療機関コード】			60,000	18,000	18,000						18,000				
R 6 年 1 1 月 2 3 日	R 6 年 1 1 月 3 0 日	年 月 日	○	〇〇病院 【記入者】 担当部署 〇〇課 担当者 △△ 【医療機関コード】			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。

パターン12③(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 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）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 6 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多エ

1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
0	6		

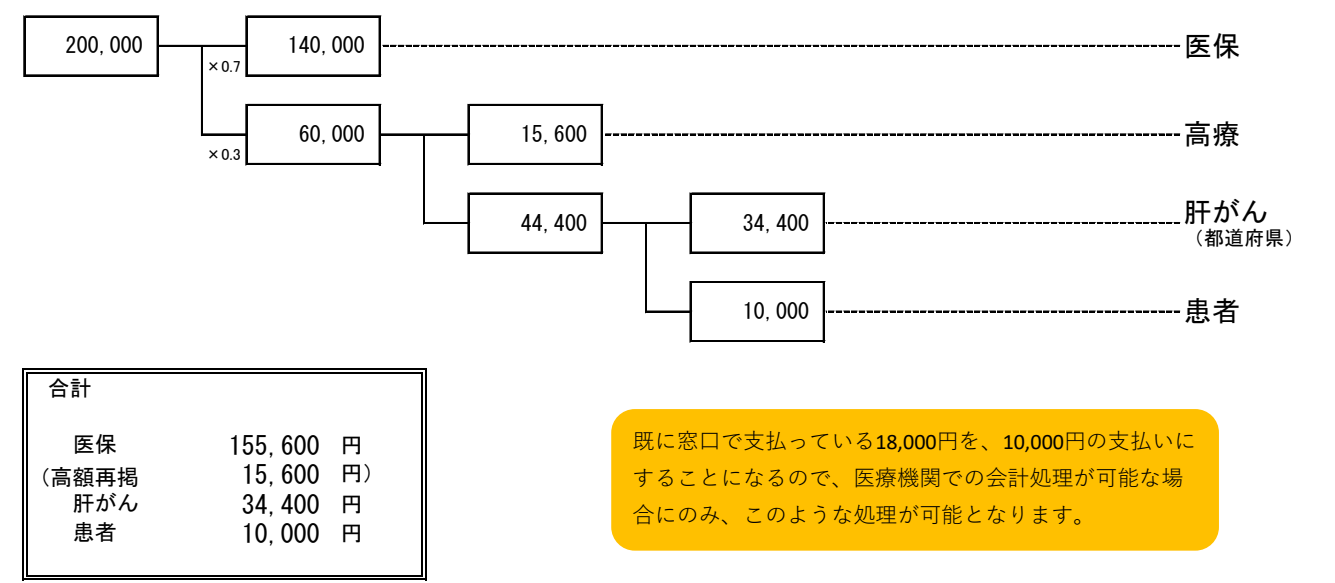
診療 実 日 数	保 険 公 ① 公 ②	21 21
-------------------	----------------------------	--------------

※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
		20,000		44,400			0	0		0
	公費①	20,000		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



パターン12②医療記録票記載例)

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

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
		△入		○入		○入					

R6年					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								

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	肝がん・重症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	◆◆ 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⑤と通院欄の⑥の記載がある場合は、その合計額を記載	◆◆ 関係医療の窓口支払額
R6年 11月 7日	R6年 11月 30日	年 月 日	○	〇〇病院 【記入者】 担当部署 〇〇課 担当 担当 【医療機関コード】 			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。

都が交付した医療券で、
自己負担月額が「0円」の受給者に係るレセプト記載

パターン13②(レセプト記載例)

No. 13②

- ・70歳未満の適用区分才（自己負担3割）
- ・入院関係医療（医療費200,000円）のみ
- ・多数回該当の適用なし

都が交付した医療券で、
自己負担月額が「0円」の受給者に係るレセプト記載

東京都国民健康保険団体連合会（国保連）への請求方法（医療機関・保険者・患者のいずれかが「都外」の場合）

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	1	3	6	0	2	4	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区才																																																													
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">※高額療養費</th> <th>円</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2"></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">療養の給付</td> <td>保険</td> <td>請求点</td> <td>※決定点</td> <td>負担金額 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20,000</td> <td></td> <td>35,400</td> </tr> <tr> <td>公費①</td> <td>20,000</td> <td></td> <td>10,000 ←</td> </tr> <tr> <td></td> <td>公費②</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 50%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">※高額療養費</th> <th>円</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2"></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-align: center;">食・生活療養</td> <td>保険</td> <td>請求点</td> <td>※決定点</td> <td>(標準負担額) 円</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>公費①</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>公費②</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> </div>																※高額療養費				円						療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円		20,000		35,400	公費①	20,000		10,000 ←		公費②				※高額療養費				円						食・生活療養	保険	請求点	※決定点	(標準負担額) 円		0		0	公費①					公費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																																																																			
		20,000		35,400																																																																			
	公費①	20,000		10,000 ←																																																																			
	公費②																																																																						
※高額療養費				円																																																																			
食・生活療養	保険	請求点	※決定点	(標準負担額) 円																																																																			
		0		0																																																																			
	公費①																																																																						
	公費②																																																																						

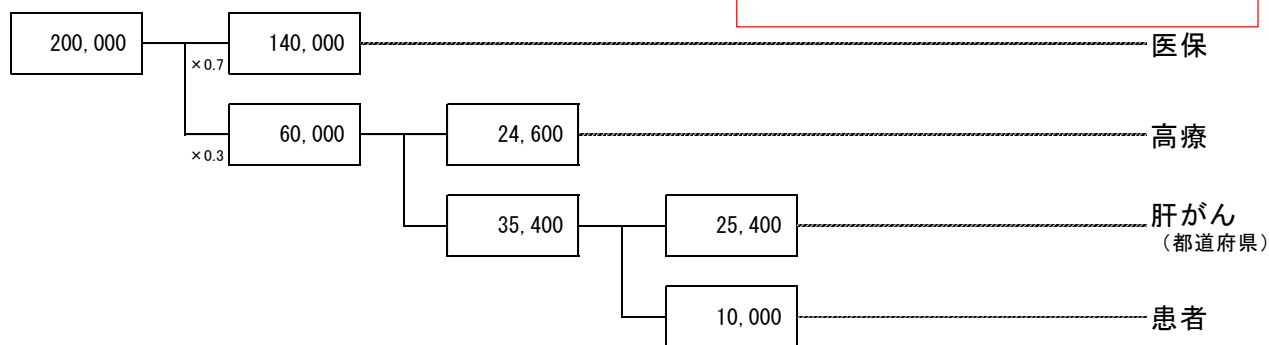
	1 医科	1 社	2 2 併	1 本入
保険者番号	0 6			

診療 実日数	保険	10
	公①	10
	公②	

東京都の上乗せ補助により、住民税非課税世帯は、「0」となります。ただし、医療機関・保険者・患者のいずれかが「都外」の場合、レセプト請求は「10,000」円と記載して

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。

※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. 14①

- ・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

-								-	
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区エ

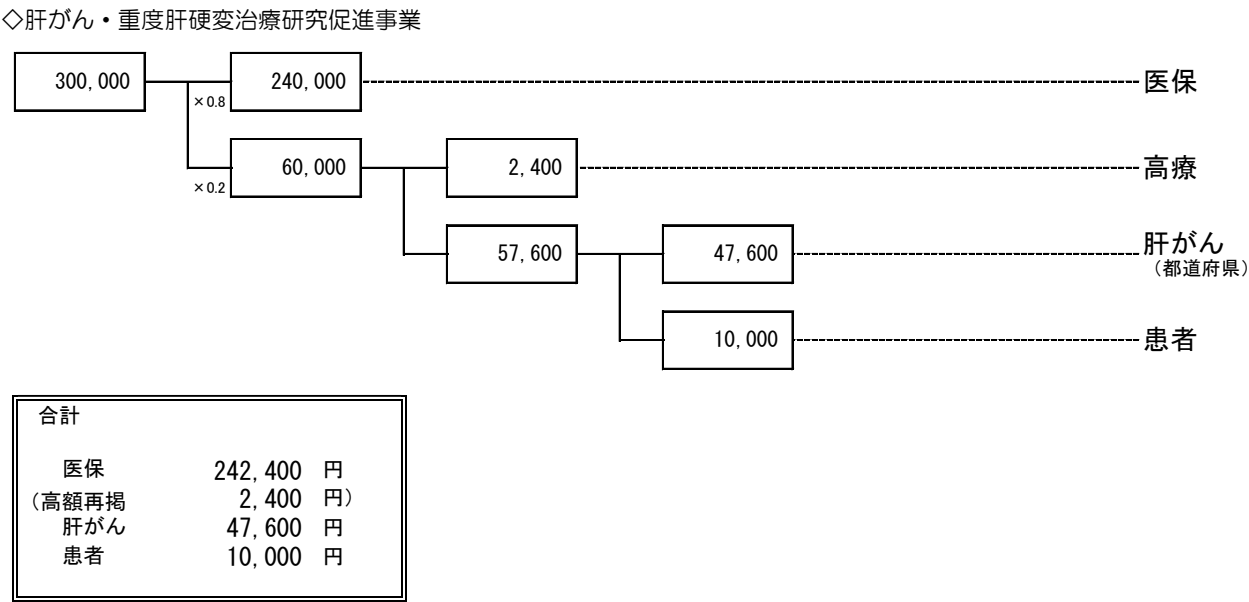
1 医科	1 社	2 2 併	7 高入一
0	6		

診療 実日数	保険 公① 公②	10 10
-----------	----------------	--------------

※高額療養費 円

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		57,600	0	0		0
公費① 30,000		10,000	公費①			
公費②			公費②			

樹形図（ツリー図）



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（公費負担者番号は記載しません）。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14②(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。

【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 ②
- ・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

34多エ

職務上の事由

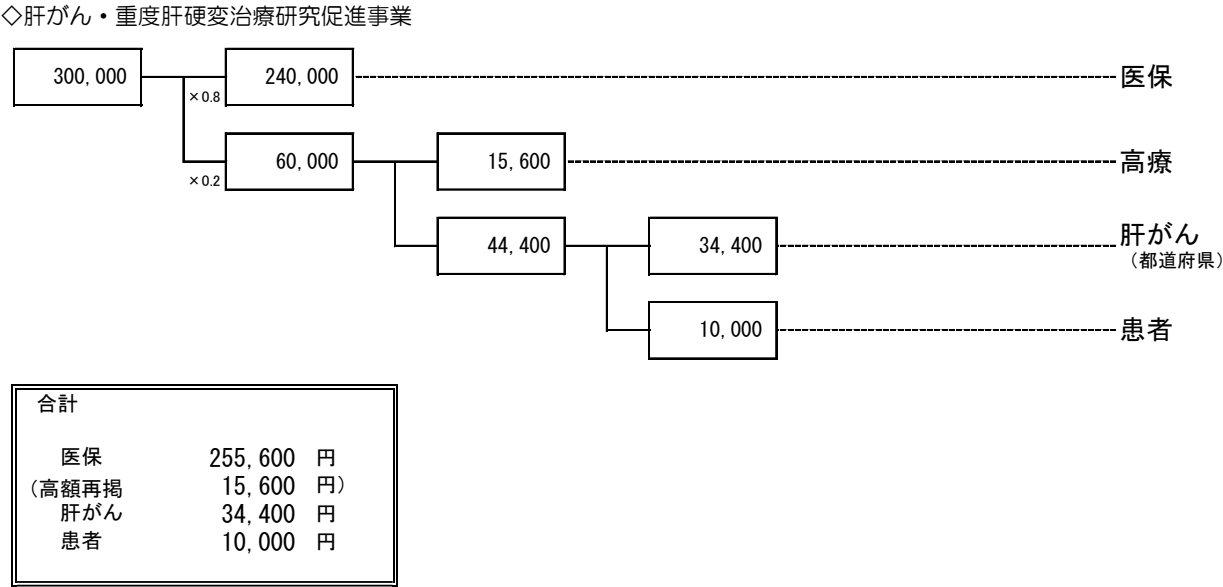
1 医科	1 社	2 2 併	7 高入一
保険者番号	0	6	

診療 実日数	保険 公① 公②	10 10
-----------	----------------	--------------

※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 公費① 公費②	回数	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円
	公費①	30,000		44,400		0	0		0
	公費②	30,000		10,000					

樹形図（ツリー図）



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（公費負担者番号は記載しません）。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)

※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。

【所得区分や多数回該当の有無の違いによる記載例】

No.14③

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

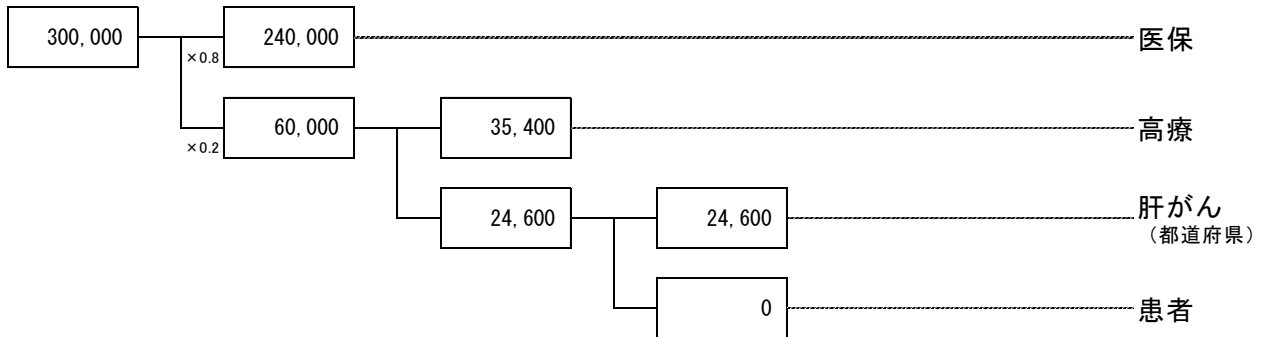
都が交付した医療券で、自己負担月額が「0円」の受給者に係るレセプト記載

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 1 3 6 0 2 4										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			
										診療実日数			
										保険 10			
										公① 10			
										公②			
										※高額療養費 円			
										円			
請求点 30,000										※決定点			
負担金額 24,600										円			
保険 0										請求点 0			
公費① 30,000										※決定点 0			
公費②										(標準負担額) 0			
										円			
										東京都の上乗せ補助により、住民税非課税世帯			

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	24,600	円
患者	0	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（公費負担者番号は記載しません）。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15①(レセプト記載例)

No. 15①

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 番号①	3	8			6	0	2	公費受給 番号①			
公費負担 番号②								公費受給 番号②			

1 医 科		3 後 期		2 2 併		7 高 入一	
保険者番号	3	9					

氏 名		特記事項
		41区力
職務上の事由		

診療 実 日 数	保 険	10
	公 ① 公 ②	10

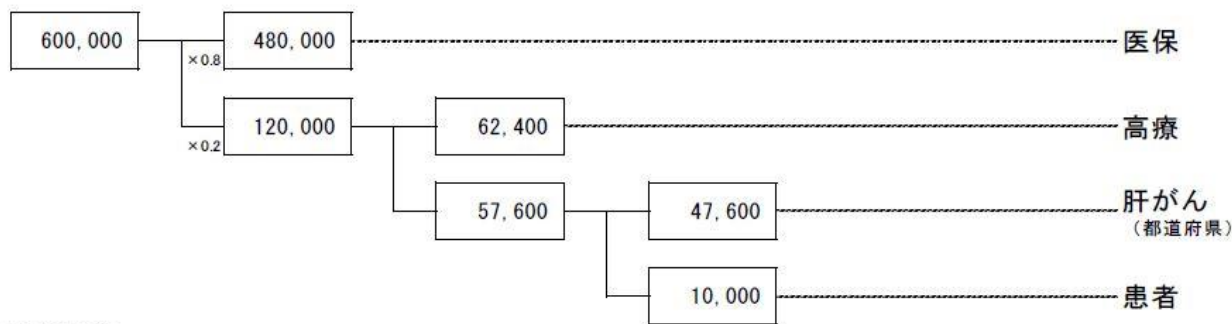
※高額療養費				円

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決定 点	負担金額 (57,600) 97,600	円
	公費①	80,000		10,000	
	公費②	60,000			

食 事・ 生 活 療 養	保 険	回	請 求 円	※決定 円	(標準負担額) 円
	公費①	0	0		0
	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



◇保險診療



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

54

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. 15②

- 都が交付した医療券で、
自己負担月額が「0円」の
受給者に係るレセプト記載

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		1 本入	
公費負担者 番号①	3	8	1	3	6	0	2	4	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
			30区才
職務上の事由			

診 療 実 日 数	保 険	10
	公 ①	10
	公 ②	

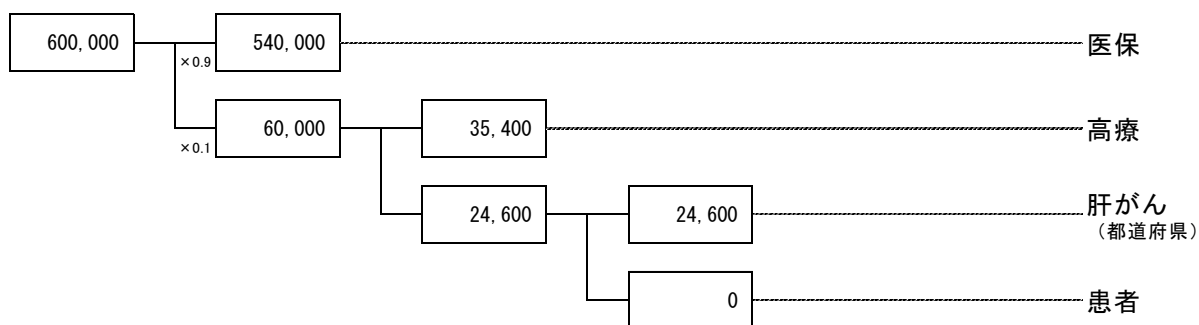
※高額療養費				円	
食 事・ 生 活 療 養	保 險	回	請 求 円	※決定 円	
			0	0	(標準負担額) 円
			0	0	0

療 養 の 給 付	保 険	請 求 点	※決定 点	負担金額 円
		80,000		24,600
		60,000		0 ←
	公費①			
	公費②			

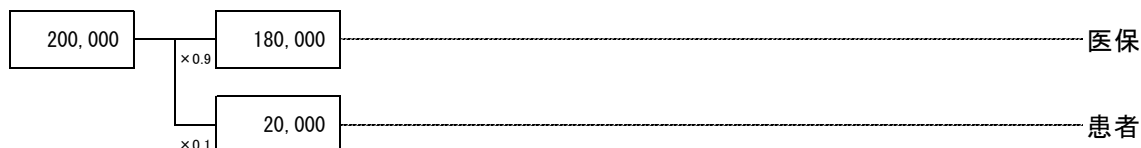
東京都の上乗せ補助により、住民税非課税世帯

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	755,400	円
(高額再掲	35,400	円)
肝がん	24,600	円
患者	20,000	円

【資料集 7】 国「実務上の取扱い（別添 1～4）」

国「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いについて」より
※都一部改変

（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」であることについては、HBs抗原陽性又は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）又は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」又は、4 に定める「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）」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) ※都一部改変

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の例示

以下の1～5は、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の一例を示したものであり、例示されていない医療行為又は今後新たに医療保険の適用となる医療行為であっても、肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的であると判断される医療行為については、当該事業における肝がん・重度肝硬変入院医療に該当するものとする。

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、カボザンチニブ、ラムシルマブ、ペバシズマブ等
アテゾリズマブ、デュルバルマブ、トレメリムマブ、ペムブロリズマブ等

(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。

- ・バズ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：スピロノラクトン、トリウムテレン、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又は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。

(別添 4)

肝がん外来医療に該当する医療行為

1. 肝がん外来医療に該当する医療行為

(1) 分子標的薬を用いた化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

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、カボザンチニブ、ラムシルマブ、ベバシズマブ等
アテゾリズマブ、デュルバルマブ、トレメリムマブ、ペムブロリズマブ等

(2) 肝動注化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

殺細胞性抗癌剤：フルオロウラシル、シスプラチン等

(3) 粒子線治療

(4) その他の医療行為

上記（1）から（3）までの医療行為により発生した副作用に対する治療を目的とした医療行為。

2. その他

上記 1 を行うために明らかに必要と認められる外来医療（薬剤の処方を含む）であるとして、肝がん外来医療に該当する医療行為と判断するもの。

【資料集8】様式類

第36号様式(第5条関係)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療券(新規・更新・転入)交付申請書

患 者	フリガナ					性別	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生 (満 歳)		
	氏 名	姓		名							
	住 所	郵便番号				—				電話番号	
		東京都		区町				市村		丁目	番 号
		(マンション名等)								号	様方
保 険 等	種 類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保(退職被保険者)・後期高齢							本人・家族		
	記 号			番号			保険者番号				
核酸アナログ製剤治療に係る医療券の交付の有無		現在、核酸アナログ製剤治療に係る医療券の交付を 1 受けている 2 受けていない (交付を受けている場合は、申請月以前の24月以内の「自己負担限度額管理票(B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成用)」の写しを添付すること。)									

申 請 者 (医療券の送付先)	1 患者の氏名と同じ場合は数字に○を付け、異なる場合は下欄に記入してください。											
	フリガナ											
	氏 名	姓					名					
	2 患者の住所・電話番号と同じ場合は数字に○を付け、異なる場合は下欄に記入してください。											
住 所	郵便番号				—				電話番号			
		都府		区町				道県		市村	丁目	番 号
		(マンション名等)									号	様方

私は肝がん・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、また、本申請に基づく治療の結果等の情報が、個人を特定されない形式に処理された上で、国及び都の肝炎対策推進のために活用されること並びに他道府県に転居する場合には、申請時の情報が転居先道府県に引き継がれることに同意した上で、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療券の(新規・更新・転入)交付を申請します。

年 月 日

申請者氏名

東京都知事 殿

申請受付 年 月 日	年 月 日	収受印欄	
---------------	-------	------	--

(日本産業規格A列4番)

臨床調査個人票及び同意書

フリガナ			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			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	<p>直近の所見を入力すること。</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ /μL 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 _____ %</p> <p>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))</p>				
診断根拠	<p>【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()</p> <p>※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。</p> <p>【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)</p>				
その他の記載すべき事項					
診断	<p>該当するすべての項目にチェックを入れる。</p> <p><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)</p>				
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日		
医師氏名					
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 (代諾者の場合は代諾者の氏名)					

(表)



医 療 券

(肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証)

(食事療養・生活療養標準負担額のみ本人負担)

負担者番号									
受給者番号									X
対 象 者	住 所								
	氏 名								
	生年月日								
保 険 等	保険者番号				適用区分				
	記号				番号				
有効期間									
自己負担月額		<p style="text-align: center;">0円</p> <p>※裏面の注意事項3に該当する入院は窓口で自己負担額が0円となりますが、その他の外来等は窓口で一部負担金(3割等の金額)を支払い、後日東京都に償還払いの請求を行うことにより自己負担額が0円となります。</p>							
助成内容		助成条件を満たした場合に限り、肝がん・重度肝硬変関係医療の費用のうち2月目以降の費用について、自己負担額を全額助成する。							
助成条件	同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関で行われた肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(同一の保険者における自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)のうち、当該医療が行われた月以前の24月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月が既に1月以上ある月のもの								

上記のとおり決定します。

東 京 都 知 事

(日本産業規格A列5番)

注 意 事 項

- 1 この医療券を交付された方は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の参加者となり、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2月目以降の費用について、患者一部負担の月額が0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24月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月数が既に1月以上ある場合であって、指定医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月のものに限られます。
- 3 指定医療機関の窓口での負担が0円となるのは、原則として、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、かつ、医療券の表面に記載されている保険者番号、記号・番号、適用区分に変更がない場合です。
- 4 肝がん外来関係医療及び注意事項3に該当しない肝がん・重度肝硬変入院関係医療は、償還払いの手続をとることになります。
- 5 窓口負担が0円になった場合でも、審査支払機関の審査の結果等によっては、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 この医療券の交付を受けた際は、必ず、受診等をする指定医療機関及び保険薬局に、この医療券に保険証、限度額適用認定証等、医療記録票等を添えて提示してください。
- 7 医療券の有効期間の満了後も引き続き本事業に参加することを希望する場合は、有効期間満了前に区市町村窓口で更新の手続を行ってください。
- 8 住所、氏名、保険種別、被保険者証の記号・番号又は保険者番号等に変更があったとき(都外に転出した場合を除く。)は、速やかに、区市町村の担当窓口で変更の手続を行ってください。
- 9 都外へ転出する場合(住民票を移した場合)において、転出後も本事業に参加し、医療券(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、交付申請書に、この医療券と転出先の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、転出先の担当窓口で手続を行ってください。
- 10 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又は事業への参加を終了したい場合は、参加終了申請書にこの医療券を添えて区市町村の担当窓口で手続を行ってください。
- 11 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で再交付の手続をしてください。
- 12 この医療券を交付された方が、東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則別表第六医療費助成の額の欄の表の階層区分の欄に規定する者に該当しなくなったときは、都は認定の取消しを行います。この場合、医療券の有効期間内であっても助成を受けることはできません。
- 13 問合せ先：

(表)

<div style="text-align: center;"> 都 医 療 券 </div> <div style="text-align: center;"> (肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証) (本人負担有り) </div>								
負担者番号								
受給者番号								X
対 象 者	住 所							
	氏 名							
	生年月日							
保 険 等	保険者番号				適用区分			
	記号				番号			
有効期間								
自己負担月額		同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関及び保険者ごとに1万円 ※裏面の注意事項3に該当する入院は窓口で自己負担額が1万円となりますが、その他の外来等は窓口で一部負担金(3割等の金額)を支払い、後日東京都に償還払いの請求を行うことにより自己負担額が1万円となります。						
助成内容		助成条件を満たした場合に限り、肝がん・重度肝硬変関係医療の費用のうち2月目以降の費用について、自己負担月額が同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関及び保険者ごとに1万円となる。						
助成条件	同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関で行われた肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(同一の保険者における自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)のうち、当該医療が行われた月以前の24月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月が既に1月以上ある月のもの							
上記のとおり決定します。								
東 京 都 知 事								

(日本産業規格A列5番)

注 意 事 項

- 1 この医療券を交付された方は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の参加者となり、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2月目以降の費用について、患者一部負担の月額が、同一の指定医療機関及び保険者ごとに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24月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月数が既に1月以上ある場合であって、指定医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月のものに限られます。
- 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、かつ、医療券の表面に記載されている保険者番号、記号・番号、適用区分に変更がない場合です。
- 4 肝がん外来関係医療及び注意事項3に該当しない肝がん・重度肝硬変入院関係医療は、償還払いの手続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等によっては、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 この医療券の交付を受けた際は、必ず、受診等をする指定医療機関及び保険薬局に、この医療券に保険証、限度額適用認定証等、医療記録票等を添えて提示してください。
- 7 医療券の有効期間の満了後も引き続き本事業に参加することを希望する場合は、有効期間満了前に区市町村窓口で更新の手続を行ってください。
- 8 住所、氏名、保険種別、被保険者証の記号・番号又は保険者番号等に変更があったとき(都外に転出した場合を除く。)は、速やかに、区市町村の担当窓口で変更の手続を行ってください。
- 9 都外へ転出する場合(住民票を移した場合)において、転出後も本事業に参加し、医療券(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、交付申請書に、この医療券と転出先の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、転出先の担当窓口で手続を行ってください。
- 10 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又は事業への参加を終了したい場合は、参加終了申請書にこの医療券を添えて区市町村の担当窓口で手続を行ってください。
- 11 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で再交付の手続をしてください。
- 12 この医療券を交付された方が、東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則別表第六医療費助成の額の欄の表の階層区分の欄に規定する者に該当しなくなったときは、都は認定の取消しを行います。この場合、医療券の有効期間内であっても助成を受けることはできません。
- 13 問合せ先

第41号様式(第12条関係)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書								
公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								
住所								
フリガナ								
氏名								
生年月日	年 月 日							
医療券の有効期間	自 年 月 日 至 年 月 日							
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療券(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)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、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属する月の末日まで、臨床データ(臨床調査個人票)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 style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">東京都知事 殿</p>								

(日本産業規格A列4番)

肝がん・重症肝硬変治療研究促進事業医療記録票

氏名	生年月日		年	月	日
住所					
保険種別	保険者番号	療養給付証の記号・番号			
(変更時)	(変更時)	(変更時)			

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	②多額回診当の場合	③外来	検査アナログ製剤治療に係る医療券の交付の有無	有・無
----	----------------	-----	-----------	-----	------------------------	-----

B欄	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
	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
	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欄に記載する記号
の説明

- ：入院が高額療養費算定基準額を超え、かつ月給要件を満たして事業の助成を受けた場合（国物給付の場合）
- △：高額療養費算定基準額（入院・外来高額療養費算定基準額）を超えた場合【上記の場合を除く】（多額回診当がある高額基準額を超えた場合）
- ▲：70歳以上の者が外来に係る高額療養費算定基準額を超えた場合（多額回診当がない高額基準額を超えた場合）

氏名	生年月日	年	月	日

() 撰載區
◆ 撰載區
◇ 撰載區

[illegible]

※1: ③の1月間の累計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合〇印(B欄)又は「△入」又は「△入」と記載)

※2: ②の1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合○印(B欄)又は「▲外」又は「△外」と記載)

※③：⑤の1月期の合計額がA種④又は②の基準額を超えた場合は「O入+▲外」、「O入+△外」、「O入+△外」、「O入+▲外」、「O入+△外」、「O入+△外」、「O入+▲外」、「O入+△外」、「O入+▲外」のいずれかを記載

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療証明書
(指定医療機関以外の保険医療機関・保険薬局用)

私は、下記のとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局でウイルス肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係資料を添えてその旨を証明します。

氏名		生年 月 日	年 月 日
住所			
保険者 番号		保険 種別	
被保険者証の 記号・番号			
入院年月日	年 月 日から	年 月 日まで	
通院年月日	年 月 日	調剤年月日	年 月 日
医療機関等名			
医療内容等	関係資料のとおり(領収書、診療明細書等)		

【患者様へのお願い】

本証明書は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し、ウイルス肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票に記載しない場合に、医療記録票の代わりになるものです。

当該保険医療機関又は保険薬局を受診等し、関係医療を受けたことを確認できる書類(領収書、診療明細書等)の写しを添付し、指定医療機関又は保険薬局を受診等する場合や償還払いの請求を行う場合に、医療記録票と併せて、指定医療機関、保険薬局又は東京都に提出してください。

医療記録票に記載しない保険医療機関又は保険薬局を受診等するたびに、本証明書を作成してください。

当該保険医療機関又は保険薬局に下記の「保険医療機関又は保険薬局記入欄」に必要な事項を記入していただいた上で、指定医療機関、保険薬局又は東京都に本証明書を提出してください。

本証明書の内容について、東京都から当該保険医療機関又は保険薬局へ問合せをする場合がありますので、御了承ください。

【保険医療機関又は保険薬局へのお願い】

本証明書は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し、ウイルス肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票に記載しない場合に、医療記録票の代わりに患者様に提出していただくものです。

患者様から本証明書が提示されましたら、関係医療費担当の方の連絡先について下欄に必要な事項を記入してください。

《保険医療機関又は保険薬局記入欄》

医療機関名 又は薬局名	
関係医療費 担当部署	
関係医療費 担当者	
直通電話	

(日本産業規格A列4番)

【備考】

○指定医療機関へのお願い

本証明書は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局に受診等し、ウイルス肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票に記載しない場合に、医療記録票の代わりに患者様に提出していただくものです。

患者様から本証明書が提示されましたら、同時に提示される医療記録票に記載されている内容を踏まえて、医療記録票への記載や医療費の助成等の対応をお願いいたします。

なお、患者様が指定医療機関に初めて入院又は通院された方で、本証明書のみが提示された場合は、本証明書の内容も踏まえて関係医療のカウントを行った上で、医療記録票への記載、交付等を行ってください。

【東京都記入欄】

入院・ 通院日	分子標的 薬等に係 る治療の 場合○印	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	入院【現物給付】		通院【償還払い】	
			② 関係医療の 自己負担額	③ 月間累計 (②の月間累計)	② 関係医療の 自己負担額	③ 月間累計 (②の月間累計)