

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票（記載例）

記載例

氏名	都庁 太郎		生年月日	〇〇〇〇年 ××月 △△日		
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1					
保険種別 (変更時)	〇〇〇〇	保険者番号 (変更時)	△△△△××××	被保険者証の記号・番号 (変更時)	76543210	

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	44,000	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 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
----	------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------	------------------------	--

B欄	〇〇〇〇年					〇〇〇〇年						
	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			△外			

「入院【現物給付（原則）】」の④欄に○印を記載する場合は「○入」を記載します。

「通院（保険薬局含む）【償還払い】」の④欄に○印を記載する場合は「△外」等を記載します。

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）

入院・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	① 関係医療の医療費総額（10割分）	入院【現物給付（原則）】			通院（保険薬局含む）【償還払い】			⑤ 同じ月に入院欄の③と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑥ 関係医療の窓口支払額
								② 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	③ 月間累計（②の月間累計）※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	③ 月間累計（②の月間累計）※円単位で記載	④ ※2		
R4/2/3	R4/2/20		○	〇〇病院 【記入者】 担当部署 〇〇課 担当者 【医療機関コード】 × × × × ×			250,000	75,000	75,000	○					10,000
R4/4/3			○	〇〇病院 【記入者】 担当部署 〇〇課 担当者 △△ 【医療機関コード】 × × × × × × × ×	○		75,000					22,500	22,500		22,500
		R4/4/3		××薬局 【記入者】 担当部署 △△ 担当者 〇〇 【医療機関コード】 × × × × × × × ×			120,000					36,000	58,500	○	36,000
				【記入者】 担当部署 担当者 【医療機関コード】 											
				【記入者】 担当部署 担当者 【医療機関コード】 											

入院の場合の記載例

通院の場合の記載例

分子標的薬に係る治療の場合、医療機関が「○」印を記載します。

患者の自己負担額（3割等）を記載します。

1つの医療機関の患者の自己負担額の合計が高額療養費算定基準額を超える場合は○印を記載します。

本事業の対象となる医療費（10割）を記載します。

「通院（保険薬局含む）【償還払い】」の②欄の月間累計を記載します。月間累計額が高額療養費算定基準額を超える場合は、④欄に○印を記載します。

患者が窓口で支払った額を記載します。入院治療で現物給付とした場合は、10,000円又は0円と記載します。（通院治療は償還払いとなります）

## 【参考】医療記録票「B欄」への記載方法

肝がん事業の月数要件のカウント方法：B欄に「○」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。  
（1月に複数ある場合でもカウントは1回。）

保険診療上の多数回該当の判定方法：過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。  
（1月に△入+△外のように△が2個ある場合でもカウントは1回。）

現物給付（特定疾病給付対象療養）の多数回該当の判定方法：過去12か月以内の○の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。  
（同一の医療機関のカウントが4回目以降である必要があるため、医療機関ごとにカウントが必要。）

○：入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合  
（現物給付の場合）

△：高療基準額（入院・外来高療基準額）を超えた場合（上記の場合を除く）  
（多数回該当がある高療基準額を超えた場合）

▲：70歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合  
（多数回該当が無い高療基準額を超えた場合）

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

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