肝がん・重度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		被保険者証の記号・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多数回該当の場合		③外来		核酸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					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					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・重度肝硬変指定医療機関の場合〇印	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合〇印	特記事項がある場合〇印	❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	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	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、その合計額を記載 ※３	❻ 関係医療の窓口支払額
				【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】 ｜｜｜｜｜｜｜｜											
				【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】 ｜｜｜｜｜｜｜｜											
				【記入者】 担当部署 担当者 【医療機関コード】 ｜｜｜｜｜｜｜｜											