

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  
(入院等指定医療機関用)

		病院・診療所 (いずれかに○を付けてください。)					
医療機関	名称						
	所在地	〒 -					
	電話番号						
	医療機関コード						
開設者	住所又は所在地	〒 -					
	氏名又は名称						
開設年月日		年 月 日					

- 肝がん・重度肝硬変入院関係医療及び肝がん外来医療を行うことができる。
- 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。
- ・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医療記録票の交付を行うこと。
  - ・医療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・重度肝硬変関係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。
  - ・本事業の対象となる肝がん・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。）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を行うこと。

※上記のチェック欄（□）には必ずチェックを入れてください。チェックが漏れている場合は、指定医療機関として指定をすることができませんので御留意ください。

上記のとおり肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定要領第4（1）の規定による指定医療機関の指定の申請をします。

年 月 日

開設者

住所（法人にあっては所在地）：

氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）：

東京都知事 殿