

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

患者の方へのお願ひ 肝がんまたは重度肝硬変に係る治療を受けた場合には、この医療記録票を保険医療機関または保険薬局の窓口忘れずに提示してください。また、都道府県に償還払いの請求を行う場合は、この医療記録票の写しを請求書に添付してください。

Form with fields for 氏名 (Name), 性別 (Gender), 生年月日 (Date of Birth), 住所 (Address), 保険種別 (Insurance Type), 保険者番号 (Insurance Number), 被保険者証の記号・番号 (Insurance Card Number).

A欄 (Section A) with fields for 高額療養費 算定基準額 (High medical care fee calculation standard amount), ①入院 (Inpatient), ②多数回該当の場合 (In case of multiple returns), ③外来 (Outpatient).

Table with 2 main rows for 年 (Year) and 月 (Month) from 8月 to 7月, divided into 8月-12月 and 1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）

Main data table with columns for 入院・通院日 (Inpatient/Outpatient Date), 退院日 (Discharge Date), 調剤日 (Dispensing Date), 医療機関名、保険薬局名 (Medical Institution/Pharmacy Name), 分子標的薬等に係る治療の場合○印 (Molecular targeted drugs etc. case ○ mark), 特記事項がある場合○印 (Special notes case ○ mark), ① 関係医療の医療費総額 (1割分) (① Total medical expenses (10%)), ② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載 (② Self-payment amount (30% etc) ※ yen unit), ③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載 (③ Monthly total (② monthly total) ※ yen unit), ※1 (※1), ④ (④), ② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載 (② Self-payment amount (30% etc) ※ yen unit), ③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載 (③ Monthly total (② monthly total) ※ yen unit), ※2 (※2), ④ ※2 (④ ※2), 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 (⑤ If there is a record in the inpatient column ③ and the outpatient column ③ in the same month, record the total amount ※3), ⑥ 関係医療の窓口支払額 (⑥ Outpatient payment amount).

※1: ③の1月間の累計額がA欄①または②の基準額を超えた場合○印 (B欄には「O入」または「△入」と記載)
※2: ③の1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合○印 (B欄には「△外」または「▲外」と記載)
※3: ⑤の1月間の合計額がA欄①または②の基準額を超えた場合B欄には「O入+△外」、「O入+▲外」、「O入+外」、「△入+△外」、「△入+外」、「入+△外」、「入+▲外」(※1欄、※2欄に○印が無い場合は「△合算」)のいずれかを記載
B欄に記載する記号等の説明
○: 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「O」「△」「▲」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。)