様式６－１

【　　枚目】

千葉県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

患者の方へのお願い	肝がん又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又は保険薬局の窓口に忘れずに提示してください。 また、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。

氏名		性別		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	

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
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	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	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

※１：❸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○印（Ｂ欄には「○入」又は「△入」と記載）

※２：❸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」又は「▲外」と記載）

※３：❺の１月間の合計額がＡ欄①又は②の基準額を超えた場合Ｂ欄には「○入＋△外」、「○入＋▲外」、「○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「○」「△」「▲」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。）