

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）

様式第9-2号（第6関係）

**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票  
（様式第9-1号に記載のない場合）**

本記録票は患者さん本人が記載するものです。

次に当てはまる場合，本記録票を記載してください。

- 1 受診等の先が指定医療機関以外である又は保険薬局である
- 2 肝がん・重度肝硬変に関する入院医療を受けた
- 3 様式第9-1号を記載してもらっていない

※受診先が指定医療機関の場合，様式第9-1号を記載してもらってください。

◎次のページもご確認ください。

### ○患者の方へのお願い

これは、様式第9-1号（医療記録票）の代わりになるものです。

当該医療機関又は薬局で対象医療を受けたことを確認できる書類（領収書・診療明細書等）を関係資料として添付し保管してください。

医療機関又は薬局を受診等する場合や、県に償還払いの請求を行う場合に、様式第9-1号と併せて提出してください。

様式第9-1号を記載しない医療機関又は薬局を受診等する度に、本記録票を1枚作成してください。

### ○指定医療機関又は保険薬局の方へのお願い

患者の方から本記録票が提出された場合、同時に提示される様式第9-1号に記載されている内容を踏まえて、様式第9-1号への記載や医療費助成等の対応をお願いいたします。

なお、患者の方が指定医療機関に初めて入院又は通院した方で、本記録票のみが提示された場合は、本記録票の内容を踏まえて、様式第9-1号の記載、交付等を行ってください。

また、様式第9-1号が既に記載されている月よりも前の月にかかる入院についての本記録票が提示された場合、様式第9-1号のB欄に、本記録票に記載された内容及び関係医療を受けたことを確認できる書類を確認し追記してください。

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票  
年 月分

私は、下に記載するとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局で肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を証明します。

氏名		生年月日		性別	
住所					
保険者番号			保険種別		
被保険者証の記号・番号					
入院年月日	年 月 日～		年 月 日 (今月 回目)		
通院年月日	年 月 日	調剤年月日	年 月 日		
医療機関名 ・ 薬局名					
医療内容等	関係資料のとおり				

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票  
年 月分

私は、下に記載するとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局で肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を証明します。

氏名		生年月日		性別	
住所					
保険者番号			保険種別		
被保険者証の記号・番号					
入院年月日	年 月 日～		年 月 日 (今月 回目)		
通院年月日	年 月 日	調剤年月日	年 月 日		
医療機関名 ・ 薬局名					
医療内容等	関係資料のとおり				

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）

**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票**  
年 月分

私は、下に記載するとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局で肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を証明します。

氏名		生年月日		性別	
住所					
保険者番号			保険種別		
被保険者証の記号・番号					
入院年月日	年 月 日～		年 月 日		
	(今月 回目)				
通院年月日	年 月 日	調剤年月日	年 月 日		
医療機関名 ・ 薬局名					
医療内容等	関係資料のとおり				

**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票**  
年 月分

私は、下に記載するとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局で肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を証明します。

氏名		生年月日		性別	
住所					
保険者番号			保険種別		
被保険者証の記号・番号					
入院年月日	年 月 日～		年 月 日		
	(今月 回目)				
通院年月日	年 月 日	調剤年月日	年 月 日		
医療機関名 ・ 薬局名					
医療内容等	関係資料のとおり				

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）



肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票  
年 月分

私は、下に記載するとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局で肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を証明します。

氏名		生年月日		性別	
住所					
保険者番号			保険種別		
被保険者証の記号・番号					
入院年月日	年 月 日～		年 月 日 (今月 回目)		
通院年月日	年 月 日	調剤年月日	年 月 日		
医療機関名 ・ 薬局名					
医療内容等	関係資料のとおり				

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票  
年 月分

私は、下に記載するとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局で肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を証明します。

氏名		生年月日		性別	
住所					
保険者番号			保険種別		
被保険者証の記号・番号					
入院年月日	年 月 日～		年 月 日 (今月 回目)		
通院年月日	年 月 日	調剤年月日	年 月 日		
医療機関名 ・ 薬局名					
医療内容等	関係資料のとおり				

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）

○医療内容等（領収書，診療明細書等を貼付又は添付してください）