

広島県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業取扱要領

第1 趣旨

この要領は、広島県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱（以下「要綱」という。）第1に定める事業の円滑な実施を図るため、本事業の実施に関して必要な基準、手続き及び事務取り扱い等について定めるものとする。

第2 用語の定義等

- 1 「広島県肝疾患診療支援ネットワーク」とは、病態の正確な把握や治療方針の決定には専門医が関与し、病状が安定している場合には身近な医療機関で治療・経過観察が続けられるなど、県内全域で病期に応じた肝疾患の専門医療が受療できる体制を示しており、広島県肝炎治療特別促進事業取扱要領 第7で指定を受けている医療機関及び薬局で構成されている。
- 2 「指定医療機関」とは、「広島県肝疾患診療支援ネットワーク」に属する医療機関で、要綱第6の1に定める指定を受けた医療機関とする。
- 3 「参加者」とは、広島県知事（以下「知事」という。）から、第4の5の定めにより様式第4号による参加者証（以下「参加者証」という。）の交付を受けた者とする。

第3 参加者証の交付申請

- 1 要綱第4の8に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、様式第1号による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（新規・更新）交付申請書（以下「交付申請書」という。）に、次に掲げる書類等を添えて、知事に申請するものとする。

なお、マイナンバーを用いた情報連携を実施することが可能な場合は、これらの提出書類の一部を省略することができる。

ア 様式第2号による臨床調査個人票及び同意書（臨床調査個人票については指定医療機関の医師が、同意書については原則として申請者本人が記入したもの。以下「個人票等」という。）

イ 申請者について記載のある住民票の写し（取得日から概ね3か月以内のものに限る。）

ウ 様式第9-1号及び9-2号による医療記録票（以下「医療記録票」という。）の写し並びに領収書及び診療明細書その他の様式第9-2号に記載の事項を確認できる書類（要綱第4の8に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の24月以内に、要綱第4の8の①から③までに掲げる医療を受けた月数〔医療保険各法〔高齢者の医療の確保に関する法律〔昭和57年法律第80号〕第7条第1項に規定する医療保険各法をいう。〕又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定〔以下「医療保険各法等の規定」という。〕による外来に係る年間の高額療養費の支給により、対象者が要綱第4の2に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療〔以下「肝がん・重度肝硬変入院関係医療」という。〕及び要綱第4の5に定める肝がん外来関係医療〔以下「肝がん外来関係医療」という。〕について自己負担を行わなかった月数を除く。以下同じ。〕が既に1月以上あることが記録されているものをいう。以下第3の1、第7、第8の2、第9の6及び第11において「医療記録票の写し等」という。）

エ 核酸アナログ製剤治療について「広島県肝炎治療特別促進事業取扱要領」様式第3号による受給者証の交付を受けた者（以下「肝炎治療受給者証被交付者」という。）にあっては、「広島県肝炎治療特別促進事業取扱要領」様式第10号による月額管理票であって、要綱第4の8に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の24月以内の自己負担額等が記載されているもの（以下「肝炎治療月額管理票」という。）の写し

オ 様式第18号による所得区分照会にかかる同意書（以下「所得区分照会にかかる同意書」という。）

カ その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類等

なお、イについては以下に該当する場合において、知事に提出した書類と同様の内容である場合は、省略することができる。

(ア) 肝炎治療特別促進事業の肝炎治療受給者証の交付を受けた場合

(イ) 重症化予防推進事業の定期検査費用の助成を受けた場合

- 2 要綱第7の2に定める更新の申請を行う場合には、1に掲げる書類（個人票等及び限度額適用認定証等の写しを除く。）、第4の5により交付された参加者証の写し及び所得区分の認定を行うために必要な書類等の添付を要するものとする。
- 3 参加者は、参加者証の記載内容に変更がある場合は、速やかに様式第3号による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証変更届出書に当該事実を証明する書類の写し等と参加者証の原本を添えて、知事に届け出るものとする。
- 4 参加者は、参加者証の紛失・破損・汚損等により再交付が必要となったときは、速やかに様式第5号による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書を知事に届け出るものとする。ただし、参加者証を紛失したときを除き、参加者証の原本を添えるものとする。
- 5 知事は、3及び4による申請書又は届出書を受理したときは、速やかに事務処理を行い、参加者に対し、処理後の参加者証を交付するものとする。
- 6 医療保険の加入関係の確認は、マイナンバーを用いた情報連携を実施することで行うものとする。ただし、情報連携を実施することが難しい場合については、申請者等が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報確認」（あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む。）により確認を行うこと。なお、経過措置として、令和6年12月1日時点で発行されている健康保険証は最大で1年間、従前のおり使用することが可能であることから、それまでの間は、住所や負担割等に変更がない限り、健康保険証による確認も可能とする。

第4 対象患者の認定及び参加者証の交付手続き等

- 1 知事は、交付申請書等を受理したときは速やかに当該申請に対する認定の可否を決定するものとする。
- 2 知事は、要綱第7の1に定める認定を行う際には、個人票等に基づき、別表1に定める基準に該当することを適正に認定するものとする。この場合において、知事は、必要と認めるときは、要綱第7の1に定める認定協議会に意見を求めるものとする。
- 3 知事は、要綱第7の1に定める認定を行う際には、要綱第4の8に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の24月以内に、要綱第4の8の①から③までに掲げる医療を受けた月数が既に1月以上あることを確認するものとする。
- 4 知事は、要綱第7の1に定める認定を行う際には、第3の6の資料に基づき、申請者が要綱第5の2の表の階層区分に該当する者であることを確認した上で、2による認定及び3による確認が行われた申請者が加入する医療保険者に対し、所得区分の認定を行うために必要な書類等を添えて照会を行い、当該申請者に適用される所得区分について参加者証の適用区分欄に記載を行うものとする。
- 5 知事は、4により所得区分に係る記載を行った申請者を対象患者と認定したときは、速やかに当該患者に対し、参加者証を交付するものとする。
- 6 知事は、認定を否としたときは、具体的な理由を付した様式第6号による不承認通知書をもってその結果を申請者に通知するものとする。
- 7 参加者証については、原則としてその有効期間を1年以内とし、知事が交付申請書等を受理した日の属する月の初日から起算するものとする。

第5 認定の取消し

- 1 参加者は、参加者証の有効期間内に要綱第2に定める研究に協力することの同意を撤回したい等認定の取消しを求める場合は、知事に対し、様式第7号による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書（以下「参加終了申請書」という。）を提出するものとする。その際、第4の5により交付された参加者証を添付しなければならない。

なお、この申請時期にかかわらず、知事が参加終了申請書を受理した日の属する月の末日までは同意の撤回はできない。

- 2 知事は、認定を取消すこととした場合は、速やかに様式第8号による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書（以下「参加終了通知書」という。）を当該参加者に送付するものとする。その際、知事は、遅滞なく、厚生労働大臣に参加終了通知書の写しを送付しなければならない。

- 3 前項により認定を取消すこととした当該参加者の認定の有効期間は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 参加終了申請書の提出を受けて認定を取消す場合

その申請時期にかかわらず、知事が当該申請書を受理した日の属する月の末日まで有効となるものとする。

- (2) 参加終了申請書の提出によらずして認定を取消す場合

知事が認定を取消すこととした日の属する月の末日まで有効となるものとする。

第6 医療記録票等の管理

- 1 知事は、B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変のことをいう。以下同じ。）と診断された患者（以下「肝がん・重度肝硬変患者」という。）に対し、様式第9-1号による医療記録票を交付するものとする。

なお、本医療記録票は、肝がん・重度肝硬変患者に対して、指定医療機関又は保険薬局を經由して交付できるものとする。

- 2 肝がん・重度肝硬変患者は、保険医療機関又は保険薬局を受診等する際に、自ら保有する医療記録票並びに領収書及び診療明細書その他の様式第9-2号に記載の事項を確認できる書類を当該保険医療機関又は当該保険薬局に提示するものとする。

- 3 指定医療機関及び保険薬局は、次に掲げるいずれかを満たす場合、様式第9-1号による医療記録票に所定の事項を記載するものとする。

(1) 当該肝がん・重度肝硬変患者が別表2に定める病名を有しており、当該指定医療機関に入院し、要綱第4の1に定める肝がん・重度肝硬変入院医療に該当するものとして別表3に定める医療行為（以下「肝がん・重度肝硬変入院医療」という。）が実施された。

(2) 当該肝がん・重度肝硬変患者が当該指定医療機関又は当該保険薬局を受診等して要綱第4の4に定める肝がん外来医療に該当するものとして別表4に定める医療行為（以下「肝がん外来医療」という。）が実施された。

- 4 肝がん・重度肝硬変患者は、医療記録票並びに領収書及び診療明細書その他の様式第9-2号に記載の事項を確認できる書類を適切に管理するものとする。

第7 対象患者への助成額の計算方法

- 1 知事は、要綱第4の8に定める対象医療として、要綱第4の3に定める高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療（以下「高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療」という。）（ただし、肝がん外来医療の実施に係るものに限る。）を受けた対象患者に対して、次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額を助成する。

- (1) 同じ月に要綱第4の6に定める高療該当肝がん外来関係医療（以下「高療該当肝がん外来関係医療」という。）を受けた場合：次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額
- ア 対象患者が70歳未満の場合：(ア)の額から(イ)の額を控除した額
 - (ア) 当該患者に係る高額療養費算定基準額
 - (イ) 1月につき1万円
 - イ 対象患者が70歳以上の場合：次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額
 - (ア) 対象患者の所得区分が一般又は低所得者Ⅱの場合：当該対象患者の外来に係る高額療養費算定基準額
 - (イ) 対象患者の所得区分が低所得者Ⅰの場合：aの額からbの額を控除した額
 - a 当該対象患者に係る入院・外来高額療養費算定基準額（入院医療及び外来医療に係る医療費の双方を対象とする高額療養費算定基準額をいう。以下同じ。）
 - b 1月につき1万円
- (2) 同じ月に肝がん外来医療（高療該当肝がん外来関係医療を除く。以下この(2)において同じ。）を受けた場合：次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額
- ア 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額（対象患者が70歳以上の場合は、入院・外来高額療養費算定基準額。以下この(2)において同じ。）から肝がん外来関係医療の一部負担額の合算額（高額療養費の算定方法の例により算定した一部負担額の合算額をいう。以下この(2)において同じ。）を控除した額が1万円を超える場合：肝がん外来関係医療の一部負担額の合算額
 - イ 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額から肝がん外来関係医療の一部負担額の合算額を控除した額が1万円を下回る場合：(ア)の額から(イ)の額を控除した額
 - (ア) 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額
 - (イ) 1月につき1万円
- 2 知事は、要綱第4の8に定める対象医療として、高療該当肝がん外来関係医療を受けた対象患者に対して、次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額を助成する。
- (1) 同じ月に肝がん・重度肝硬変入院関係医療（肝がん外来医療の実施に係るものに限り、高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療に該当するものを除く。以下2において同じ。）を受けていない場合：アの額からイの額を控除した額
- ア 当該対象者に係る高額療養費算定基準額（対象患者が70歳以上の場合は、外来に係る高額療養費算定基準額）
 - イ 1月につき1万円
- (2) 同じ月に肝がん・重度肝硬変入院関係医療を受けた場合：次に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ次に定める額
- ア 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額（対象患者が70歳以上の場合は、外来に係る高額療養費算定基準額）及び肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る一部負担額の合算額（高額療養費の算定方法の例により算定した一部負担額の合算額をいう。以下この(2)において同じ。）の合計額が当該対象患者に係る高額療養費算定基準額（対象患者が70歳以上の場合は、入院・外来高額療養費算定基準額）を超える場合：(ア)の額から(イ)の額を控除した額
 - (ア) 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額（対象患者が70歳以上の場合は、入院・外来高額療養費算定基準額）
 - (イ) 1月につき1万円
 - イ 当該対象患者に係る高額療養費算定基準額（対象患者が70歳以上の場合は、外来に係る高額療養費算定基準額）及び肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る一部負担額の合算額の合計額が当該対象患者に係る高額療養費算定基準額（対象患者が70歳以上の場合は、入院・外来高額療

養費算定基準額)を下回る場合:(ア)の額から(イ)の額を控除した額

(ア)当該対象患者に係る高額療養費算定基準額(対象患者が70歳以上の場合は、外来に係る高額療養費算定基準額)及び肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る一部負担額の合算額の合計額

(イ)1月につき1万円

3 知事は、要綱第4の8に定める対象医療として、要綱第4の7に定める高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療を受けた対象患者に対して、(1)の額から(2)の額を控除した額を助成する。

(1)当該対象患者に係る高額療養費算定基準額(対象患者が70歳以上の場合は、入院・外来高額療養費算定基準額)

(2)1月につき1万円

4 留意事項

(1)肝炎治療受給者証被交付者である対象患者に対する核酸アナログ製剤治療に係る一部負担額の計算については、当該対象患者の核酸アナログ製剤治療に係る自己負担額を1万円(自己負担額が1万円に満たない場合は、当該自己負担額)として計算することとする。

(2)知事は、70歳未満の対象患者が1から3により助成を受ける場合において、肝がん・重度肝硬変入院関係医療及び肝がん外来関係医療に係る一部負担額の合算額について、高額療養費の算定方法の例により算定するときに、合算することができない一部負担額がある場合は、当該一部負担額の合計額を1から3に定める助成額に加えて助成することとする。

第8 医療費の支給の特例

1 要綱第6の2(1)に定める「これにより難しい場合」にあつては、対象患者は、要綱第4の8に定める対象医療に要した医療費のうち要綱第6の2(2)に定める金額を知事に請求することができるものとする。

2 1による請求又は第7に定める助成額について請求を行おうとする者(以下「請求者」という。)は、様式第10号による請求書に、次に掲げる書類を添えて、知事に請求するものとする。

(1)請求者の参加者証の写し

(2)医療記録票の写し等

(3)当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書

(4)肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票の写し(ただし、1による請求の場合を除く。)

(5)様式第11号による委任状

ただし、参加者と口座名義人の氏名が異なる場合にのみ添えるものとする。

(6)様式第12号による同意書

ただし、必要な場合にのみ添えるものとする。

(7)その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類等

3 請求者から請求を受けた知事は、2に掲げる書類を審査した結果適当と認める場合は、請求者に対し、要綱第4の8に定める対象医療に要した医療費のうち、要綱第6の2(2)に定める金額又は第7に定める助成額を交付するものとする。

第9 指定医療機関の指定及び役割について

1 指定医療機関の申請

要綱第6の1に定める指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、様式第13号による指

定申請書（以下「指定申請書」という。）を知事に提出するものとする。

ただし、指定申請書には、必要に応じて様式第 14 号による推薦書を添えること。

2 指定医療機関の指定

知事は、次のいずれかに該当する旨を記載した指定申請書を提出した保険医療機関を本事業の指定医療機関として指定し、様式第 15 号による指定証を交付するものとする。また、知事は、指定した指定医療機関について、様式第 16 号による医療機関名簿（以下「医療機関名簿」という。）により厚生労働大臣へ報告するものとする。

なお、指定日は、知事が指定申請書を受理した日の属する月の 1 日とする。

- (1) 肝がん・重度肝硬変入院医療及び肝がん外来医療を適切に行うことができ、かつ、本事業の実施に協力することができる。また、広島県肝疾患診療支援ネットワークに属している、又は、指定申請書により当該ネットワークへの参画を希望する。
- (2) 肝がん外来医療を適切に行うことができ、かつ、本事業の実施に協力することができる。また、広島県肝疾患診療支援ネットワークに属している、又は、指定申請書により当該ネットワークへの参画を希望する。

3 指定医療機関のみなし

知事は、自らが参加証を交付した参加者が、他の都道府県知事の指定を受けている指定医療機関において要綱第 4 の 8 に定める医療を受けた場合には、当該医療機関を自ら指定した指定医療機関とみなして、要綱及び本要領の規定を適用する。

4 指定医療機関の役割

指定医療機関は、次に掲げる役割を担うものとする。

- (1) 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様式第 9-1 号による医療記録票の交付を行うこと。
- (2) 様式第 9-1 号による医療記録票の記載を行うこと。
- (3) 患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来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。
- (4) 当該月以前の 24 月以内に要綱第 4 の 8 の①から③までに掲げる医療を受けた月数が既に 1 月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療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。
- (5) その他、助成の対象になり得る患者に対し本事業に関する周知を行うなど、指定医療機関として本事業に必要な対応を行うこと。

5 指定医療機関の変更・辞退

指定医療機関は、指定申請書の内容に変更があった場合は、速やかに様式第 17 号による届出書（以下「変更等届出書」という。）を知事に届け出るものとし、指定医療機関であることを辞退するため指定医療機関の指定の取消しを求める場合は、参加者の利用に支障のないよう十分な時間的余裕をもって事前に変更等届出書を知事に届け出るものとする。

また、知事は、指定の取消しを行った指定医療機関について、医療機関名簿により厚生労働大臣へ報告するものとする。

6 保険医療機関への指定勧奨

知事は、第 4 の 1 に定める交付申請書等の受理の際に、申請者から提出された医療記録票の写し等に、指定医療機関以外の保険医療機関において肝がん・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ことが記録されているときは、当該保険医療機関が速やかに要綱第 6 の 1 で定める指定医療機関の指定を受けるよう必要な措置を講ずるものとする。

第10 対象医療及び認定基準等の周知等

知事は、本事業の適正な運用を確保するため、保険医療機関及び保険薬局に対して本事業の対象医療及び診断・認定基準等の周知に努めるものとする。

また、知事は、指定医療機関に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、本事業を適正に実施していない指定医療機関に対して、本事業の適正な推進に必要な措置を講じるものとする。

第11 県外から転入した参加者の取扱い

参加者が県外から転入し、転入後においても引き続き当該参加者証の交付を受けようとするときには、転入日の属する月の翌月末日までに、次に掲げる書類を知事に提出するものとする。

- 1 転入前に交付されていた参加者証
- 2 交付申請書
- 3 第3に定める区分により、それぞれに掲げる書類（ただし、個人票等、医療記録票の写し等及び肝炎治療月額管理票の写しを除く。）

また、知事は、当該提出があった旨を転出元の都道府県知事に伝達するとともに、転出日の属する月の転出日前に肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療が行われていない場合は、要綱第4の8に定める対象医療に要した医療費のうち、要綱第6の2（2）に定める金額又は第7に定める助成額を負担するものとする。

なお、この場合における参加者証の有効期間は、転出日からとするのを原則として、転入前に交付されていた参加者証の有効期間の終期までとする。

第12 代理申請等

第3の医療給付の申請・変更の届出・再交付の申請、第5の参加終了の申請、第8の償還払いの請求及び第11の転入の届出については、代理人に手続きを委任することができるものとする。

第13 情報収集

知事は、必要に応じて、本事業のより効果的な運用に資するための情報収集等を行うことができるものとする。

第14 経過措置

第9の2については、知事が平成30年11月30日までに指定申請書を受理し、指定を受けた医療機関は、その指定日を平成30年12月1日とする。

附 則

この要領は、平成30年9月13日から施行し、平成30年4月1日より適用する。

附 則

この要領は、平成30年11月20日から施行し、平成30年4月1日より適用する。

附 則

この要領は、令和元年6月7日から施行し、平成31年4月1日より適用する。

附 則

この要領は、令和2年1月1日から施行し、令和2年1月1日より適用する。

附 則

この要領は、令和2年4月2日から施行し、令和2年4月1日より適用する。

附 則

この要領は、令和3年1月29日から施行し、令和2年12月25日より適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

附 則

この要領は、令和3年4月13日から施行し、令和3年4月1日より適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

附 則

この要領は、令和4年4月11日から施行し、令和4年4月1日より適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

附 則

この要領は、令和5年1月16日から施行し、令和5年1月1日より適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

附 則

この要領は、令和5年4月1日から施行し、令和5年4月1日より適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

附 則

この要領は、令和5年5月1日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。令和6年4月1日より適用する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

附 則

この要領は、令和6年12月2日から施行する。

なお、改正前の様式を使用したときは、当分の間、改正後の様式を使用したものとみなす。

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の診断・認定基準

1 ウイルス性であることの診断・認定

(1) B型肝炎ウイルス性であること

HBs 抗原陽性又は HBV-DNA 陽性のいずれかを確認する。

ただし、B型慢性肝炎の HBs 抗原消失例を考慮し、HBs 抗原陰性であっても過去に半年以上継続する HBs 抗原陽性が認められるものは、B型肝炎ウイルス性であることに含むこととする。

(2) C型肝炎ウイルス性であること

HCV 抗体陽性又は HCV-RNA 陽性のいずれかを確認する。

ただし、HCV 抗体陽性であるとき、HCV-RNA 陰性でも C型肝炎ウイルス性であることに含むこととする。

2 肝がんであることの診断・認定

現在あるいは以前に肝がんであることを、原則として次のいずれかの方法で確認する。ただし、「肝がん」とは原発性肝がん及びその転移のことをいう。

(1) 画像検査

造影CT、造影MRI、血管造影/造影下CT

(2) 病理検査

切除標本、腫瘍生検

3 重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることの診断・認定

現在あるいは以前に重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることを、次のいずれかの基準で判定する。

(1) Child-Pugh score 7点以上

(2) 別表3の2に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為」又は4に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為と判断する薬剤等（一般名）」のいずれかの治療歴を有する

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の病名の判定基準

1 肝がん患者であるかの判定基準

電子カルテ用 ICD10 対応標準病名マスター

病名	病名管理番号	ICD10 コード	病名交換用コード
肝癌	20057051	C220	C5L0
肝細胞癌	20057070	C220	U7HP
原発性肝癌	20060439	C220	HU4F
肝細胞癌破裂	20099318	C220/K768	GDUC
肝内胆管癌	20057132	C221	VF8J
胆管細胞癌	20070164	C221	PFSN
混合型肝癌	20087874	C227	G3VC
肝癌骨転移	20087470	C795	FT2V

2 重度肝硬変（非代償性肝硬変）患者であるかの判定基準

電子カルテ用 ICD10 対応標準病名マスター

病名	病名管理番号	ICD10 コード	病名交換用コード
肝不全	20057155	K729	S3TE
非代償性肝硬変	20074455	K746	RGML
慢性肝不全	20076391	K721	R8R3
B型非代償性肝硬変	20100410	B181	J13K
C型非代償性肝硬変	20100412	B182	EF6J
肝腎症候群	20057092	K767	BB1J
肝肺症候群	20090073	K768	VNRP
肝性昏睡	20057095	K729	KHR0
肝性脳症	20057096	K729	N50L
肝性浮腫	20057097	R609	E188
肝性腹水	20057098	R18	UBQ0
肝浮腫	20057156	K768	USD3
難治性腹水	20072330	R18	L8C7
腹水症	20075375	R18	SQTN
肝性胸水	20088105	K769/J91	DROE
肝細胞性黄疸	20057071	K729	J4UV
胃静脈瘤	20054220	I864	JE9H
胃静脈瘤出血	20094926	I864	UFU2
胃静脈瘤破裂	20094925	I864	HRMP
食道静脈瘤	20065291	I859	UAFB
食道静脈瘤出血	20065292	I850	TC7G
食道静脈瘤破裂	20065293	I850	M8GP
食道胃静脈瘤	20087148	I859/I864	F6F7
肝硬変に伴う食道静脈瘤	20096774	K746/I982	J6S5
肝硬変に伴う食道静脈瘤出血	20102608	K746/I982	P711

門脈圧亢進症	20077171	K766	G19D
門脈圧亢進症性胃症	20088064	K766	P7M7
門脈圧亢進症性腸症	20093513	K766/K638	HJOQ
門脈圧亢進症性胃腸症	20093515	K766/K928	TEVN
細菌性腹膜炎	20062300	K658	EJSD

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の 入院と判断するための医療行為の例示

以下の1～5は、肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の入院と判断するための医療行為の一例を示したものであり、例示されていない医療行為又は今後新たに医療保険適用となる医療行為であっても、肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的であると判断される医療行為については、実施要綱第4の1で定める肝がん・重度肝硬変入院医療に該当するものとする。

1 肝がんの医療行為

手術

区分番号	診療行為名称	請求コード
K695-00	肝切除術（部分切除）	150362610
K695-00	肝切除術（亜区域切除）	150362710
K695-00	肝切除術（外側区域切除）	150362810
K695-00	肝切除術（1区域切除〔外側区域切除を除く〕）	150362910
K695-00	肝切除術（2区域切除）	150363010
K695-00	肝切除術（3区域切除以上）	150363110
K695-00	肝切除術（2区域切除以上で血行再建）	150363210
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）	150348010
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）	150348110
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）	150388710
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（1区域切除〔外側区域切除を除く〕）	150388810
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（2区域切除）	150388910
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（3区域切除以上）	150389010
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（腹腔鏡）	150378410
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（その他）	150378510
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（腹腔鏡）	150378610
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（その他）	150378710
K697-02	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（腹腔鏡）	150378210
K697-02	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（その他）	150378210
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	150376810
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）	150360710
K697-05	生体部分肝移植術	150284810

処置

J017-00	エタノール局所注入	140050910
D412-00	経皮的針生検法	160098010

放射線治療

M001-00	体外照射（高エネルギー放射線治療）	180020710*
M001-02	ガンマナイフによる定位放射線治療	180018910

M001-03 直線加速器による放射線治療 180026750*

* 該当する区分の検査全てを含む。

注射

G003-00 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 130007510
 G003-03 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 130010410

画像診断

E003-00 造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影） 170027110

2 重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為

手術

区分番号	診療行為名称	請求コード
K532-00	食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）	150136110
K532-00	食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）	150136210
K532-02	食道静脈瘤手術（開腹）	150136350
K532-03	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）	150366910
K533-00	食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡）	150136510
K533-02	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	150270150
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	150376810
K621-00	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	150154510
K635-00	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	150159710
K635-02	腹腔・静脈シャントバルブ設置術	150260450
K668-2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	150401110
K711	脾摘出術	150179810
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	150271850
K697-05	生体部分肝移植術	150284810

処置

J008-00 胸腔穿刺 140003210*

J019-00 持続的胸腔ドレナージ 140004110

J010-00 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む） 140003610

J021-00 持続的腹腔ドレナージ 140004510

* 該当する区分の検査すべてを含む。

画像診断

E003-00 造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影） 170027110

3 肝がんの医療行為と判断する薬剤等(一般名)

(1) 化学療法

ア 殺細胞性抗癌剤

エピルビシン、ドキシソルビシン、シスプラチン、ミリプラチン、マイトマイシンC、フルオロウラシル、ゲムシタビン、テガフル・ウラシル等

イ 分子標的治療薬

ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンバチニブ、カボザンチニブ、ラムシルマブ、ベバシズマブ等
アテゾリズマブ、デュルバルマブ、トレメリムマブ、ペムプロリズマブ等

(2) 鎮痛薬

オピオイド：モルヒネ、フェンタニル、ペチジン、ブプレノルフィン、ペンタゾシン、エプタゾシン、トラマドール、オキシコドン等

4 重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為と判断する薬剤等(一般名)

(1) 肝性浮腫・腹水治療薬（利尿薬）

肝性浮腫あるいは腹水、難治性腹水等の病名を有し、かつ、下記薬剤を投与している場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。

ア バゾプレッシン受容体拮抗薬：トルバプタン

イ ループ系利尿薬：フロセミド、ブメタニド、トラセミド、プレタニド、アゾセミド

ウ カリウム保持性利尿薬：スピロラクトン、トリアムテレン、カンレノ酸カリウム

(2) 肝性脳症治療薬

肝性脳症の病名を有し、効能又は効果として「慢性肝障害時における脳症の改善」を有する薬剤（商品名：アミノレバン、テルフィス、ヒカリレバン、モリヘパミン）による治療が実施されている場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。

(3) 抗ウイルス治療薬

効能又は効果として「HCV-RNA 陽性のC型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善」を有する薬剤による治療が実施されている場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。ただし、肝炎治療特別促進事業において、非代償性肝硬変（Child-Pugh 分類B又はC）に対するインターフェロンフリー治療の対象患者と認定された者に限る。

5 その他の医療行為

別表2「肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の病名の判定基準」に記載のある病名があり、入院で次に示す医療行為が行われた場合、本事業の入院医療と判断する。

- ・肝がんが肝臓以外に転移したときに転移巣に対して行われる手術（腫瘍摘出術等）
- ・肝がんが胆管に浸潤するなどした場合の減黄治療（内視鏡的胆道ドレナージ等）
- ・門脈血栓症に対する薬物治療（保険適用のある薬剤に限る）
- ・上記以外であって、肝がん又は重度肝硬変（非代償性肝硬変）により発生したことが明らかな合併症状に対する治療を目的とした入院であるとして、本事業の入院医療と判断するもの。

なお、当該医療行為については、事前に都道府県を通じてその内容を厚生労働省に情報提供するものとする。

肝がん外来医療に該当する医療行為

実施要綱第 4 の 4 で定める肝がん・重度肝硬変外来医療に該当する医療行為

1 肝がん外来医療に該当する医療行為

(1) 分子標的薬を用いた化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

分子標的薬：ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンバチニブ、カボザンチニブ、
ラムシルマブ、ベバシズマブ等
アテゾリズマブ、デュルバルマブ、トレメリムマブ、ペムブロリズマブ等

(2) 肝動注化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

殺細胞性抗癌剤：フルオロウラシル、シスプラチン 等

(3) 粒子線治療

(4) その他の医療行為

上記（1）から（3）までの医療行為により発生した副作用に対する治療 を目的とした医療行為

2 その他

上記 1 を行うために明らかに必要と認められる外来医療（薬剤の処方を含む）であるとして、肝がん外来医療に該当する医療行為と判断するもの。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（ 新規 ・ 更新 ） 交付申請書

年 月 日

広島県知事様

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、同意するので、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の交付を申請します。

申請者 (医療の給付を受けようとする者)	ふりがな			性別	男 ・ 女	
	氏名			※記載は任意です。未記載とすることも可能です。		
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生	(満) 歳		
	住所	〒				
い ず れ か に ☑ の こ と	<input type="checkbox"/> 個人番号 ※右記、同意内容を確認し、○してください。	私は、広島県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に基づく事務手続を処理するために限って、保険給付の支給に関する情報を取得することに同意します。 なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。				
	<input type="checkbox"/> 資格確認書等	別添、資格確認証等の写しのとおり				
疾病名 (該当箇所を☑)	B型肝炎ウイルスによる (<input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 重度肝硬変 (非代償性肝硬変)) C型肝炎ウイルスによる (<input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 重度肝硬変 (非代償性肝硬変))					
本助成制度利用歴	有・無	有に該当 する場合	受給者番号	9		
			有効期間	年 月 日～ 年 月 日		
核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付の有無	現在、核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を					
	1. 受けている 受給者番号 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
※交付を受けている場合、申請月以前の24月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写しを添付すること。						
2. 受けていない						
以下に該当する場合は、住民票の提出を省略できます。 該当する場合は、☑を記入してください。 <input type="checkbox"/> 3か月以内に取得した住民票を、肝炎治療受給者証交付申請のために提出した。 <input type="checkbox"/> 3か月以内に取得した住民票を、(定期検査)支給申請のために提出した。						

※ 参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、広島県知事に、様式第3号「変更届出書」に必要書類を添えて提出すること。

【申請の委任について】

申請を代理人に委任する場合は、☐にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。

申請に際し、右記の者を代理として委任します。(代理人：)

申請者氏名 印
(氏名を自署する場合は、押印は省略できます)

臨床調査個人票及び同意書

ふりがな 患者氏名			性別	生年月日（年齢）	
			男・女	年	月 日（満 歳）
住所	〒 電話番号				
診断年月	年	月	前医	医療機関名 医師名	
検査所見 (直近のもの)	<p>1 B型肝炎ウイルスマーカー（該当する項目にチェックを入れる） <input type="checkbox"/> HBs 抗原陽性（検査日： 年 月 日） 又は HBV-DNA 陽性（検査日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> HBs 抗原消失例（過去に6か月以上間隔を空けて行った連続する2回の測定結果でHBs 抗原陽性である） 1 回目 HBs 抗原陽性（検査日： 年 月 日） 2 回目 HBs 抗原陽性（検査日： 年 月 日）</p> <p>2 C型肝炎ウイルスマーカー（該当する項目にチェックを入れる） <input type="checkbox"/> HCV 抗体陽性（検査日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> HCV-RNA 陽性（検査日： 年 月 日）</p> <p>3 血液検査（検査日： 年 月 日） AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ 万/μL 血清アルブミン _____ g/dL 血清総ビリルビン _____ mg/dL プロトロンビン時間 _____ %</p> <p>4 身体所見（該当する項目にチェックを入れる）（検査日： 年 月 日） 腹 水（<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度、<input type="checkbox"/>中程度以上） 肝性脳症（<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度〔Ⅰ、Ⅱ〕、<input type="checkbox"/>昏睡〔Ⅲ以上〕）</p>				
診断根拠	<p>【肝がんの場合】（該当する項目にチェックを入れる） <input type="checkbox"/> 画像検査（<input type="checkbox"/>造影CT、<input type="checkbox"/>造影MRI、<input type="checkbox"/>血管造影/造影下CT）（検査日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 病理検査（<input type="checkbox"/>切除標本、<input type="checkbox"/>腫瘍生検）（検査日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ） ※その他の場合は、その具体的な内容を記載のうえ、根拠となる資料を添付すること。</p> <p>【重度肝硬変の場合】（該当する項目にチェックを入れる） <input type="checkbox"/> Child-Pugh score で7点以上（検査日： 年 月 日） <input type="checkbox"/> 別に定める「重度肝硬変の医療行為」の治療歴を有する （当該医療行為の実施日： 年 月 日）</p>				
その他、記載すべき事項					
診断	該当する全ての項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 肝がん（B型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 重度肝硬変（非代償性肝硬変）（B型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 肝がん（C型肝炎ウイルスによる） <input type="checkbox"/> 重度肝硬変（非代償性肝硬変）（C型肝炎ウイルスによる）				
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日				
医師氏名					

同意書

厚生労働省の研究事業について説明を受け、本研究事業の趣旨を理解し、臨床データ（臨床調査個人票等）を提供し、活用されることに同意します。

同意年月日 年 月 日

患者氏名

(代諾者の場合は代諾者の氏名)

臨床調査個人票及び同意書の別紙として、指定医療機関が患者本人に臨床データの提供に関して説明するための資料が添付されます。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証変更届出書

年 月 日

広島県知事様

ふりがな

申請者名

次のとおり変更したいので届け出ます。

参加者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同一	性別	男・女 <small>※記載は任意です。 未記載とすることも可能です。</small>
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	〒 電話番号		
変更事項	1 氏名 2 住所 3 加入医療保険 4 所得区分 5 その他 ()			
	(変更前)			
	(変更後)			
備考				

【申請の委任について】

申請を代理人に委任する場合は、にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。

申請に際し、右記の者を代理として委任します。(代理人：)

申請者氏名 印
(氏名を自署する場合は、押印は省略できます)

※ 変更事項に合わせて必要書類を添付すること。

申請項目	必要書類
1 氏名	<input type="checkbox"/> 参加者証 (原本) <input type="checkbox"/> 戸籍全部 (個人) 事項証明書 (戸籍謄本または抄本)、または変更事項が分かる運転免許証のコピー
2 住所	<input type="checkbox"/> 参加者証 (原本) <input type="checkbox"/> 申請者の記載のある住民票 (原本。発行から概ね3ヶ月以内のもの)
3 加入医療 保険	<input type="checkbox"/> 参加者証 (原本) <input type="checkbox"/> 医療保険者照会に係る同意書 (様式第18号) 【個人番号を用いて申請を行う者】 <input type="checkbox"/> 申請者の個人番号及び個人番号提供に係る同意書 【個人番号を用いず申請を行う者】 <input type="checkbox"/> 変更になった資格確認書等のコピー
4 所得区分	<input type="checkbox"/> 受給者証 (原本) <input type="checkbox"/> 医療保険者照会に係る同意書 (様式第18号)
5 その他	<input type="checkbox"/> 変更事項を証明する書類等

注意事項

- 1 本証を交付された方は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（以下「本事業」という。）の参加者となり、2の条件を満たした場合に限り、別に定める対象医療の費用のうち2月目以降の費用について、患者一部負担の月額が1万円になります。
- 2 本事業において助成対象となる医療は、原則として、当該医療の行われた月以前の24月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に1月以上ある場合であって、指定医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月のものに限られます。
- 3 指定医療機関の窓口での負担が1万円となるのは、同一の月に、1つの指定医療機関における1回の入院で、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合です。
- 4 肝がん外来関係医療及び注意事項3に該当しない肝がん・重度肝硬変入院関係医療は、償還払いの手続きをとってください。
- 5 窓口負担が1万円になった場合でも、審査支払機関の審査の結果によっては、条件を満たさないことになり、追徴となる可能性があるので留意してください。
- 6 本証の交付を受けた際は、必ず、受診等をする指定医療機関及び保険薬局に提示してください。
- 7 本証の有効期間の満了後に引き続き本事業に参加することを希望する場合は、交付申請書に必要事項を記載し、広島県知事（以下「知事」という。）が定める書類（住民票等）を添えて、知事に更新の申請を行ってください。
- 8 本証の記載内容に変更があったとき（他の都道府県に転居した場合を除く）は、速やかに、様式第3号に本証と、変更箇所に関する書類を添えて、知事に提出してください。
- 9 県外へ転出する場合（住民票を移した場合）において、転出後も本事業に参加し、参加者証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに、本証に転居先の都道府県知事が定める書類（住民票等）を添えて、転出先の都道府県知事に提出してください。
- 10 知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを知事に提出してください。
- 11 厚生労働省の研究事業に協力することの同意の撤回を希望する場合、及び事業への参加を終了したい場合は、下の連絡先に、様式第7号に必要事項を記載し、本証を添えて提出してください。
なお、様式第7号を知事が受理した日に属する月の末日までは、同意が撤回されないことに留意してください。
- 12 本証を破損した、汚した又は紛失した等の理由により再交付を求める場合は、様式第5号により知事に申請してください。ただし、紛失以外の理由による場合は、本証を添えて申請してください。
- 13 本証を不正な目的で用いないでください。また、本証の利用は誠実に行ってください。
- 14 その他の問い合わせは下記に連絡してください。

連絡先 広島県健康福祉局薬務課肝炎対策グループ ☎ 082-513-3078

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証認定不承認通知書

年 月 日

様

広島県知事 印

年 月 日付けで申請のあった肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証
交付申請については、次の理由により承認できないため、通知します。

理 由

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書

公費負担番号	3	8	3	4	6	0	2	9
公費負担医療の 受給者番号	9							
住 所	〒							
ふりがな 氏 名								
生年月日	年 月 日			性 別	男・女 <small>※記載は任意です。未記載とすることも可能です。</small>			
参加者証の 有効期間	自	年 月 日			至	年 月 日		
添付書類	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証							
参加終了の理由 (任意記載)	当てはまるものに○してください。 1 自分の臨床データを活用されたくない 2 医療費の助成を受けたくない 3 その他 ()							
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、厚生労働省の研究事業に臨床データ（臨床調査個人票等）を提供し、活用されることに同意して本事業に参加していましたが、今般、同意を撤回することとし、事業への参加を終了することとしたいので申請します。</p> <p>なお、本申請書の受理日の月の末日まで、臨床データ（臨床調査個人票等）が活用されることについてあらかじめ了承いたします。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">広島県知事 様</p>								

【申請の委任について】

申請を代理人に委任する場合は、にチェックを入れ、代理人の氏名を記入すること。

申請に際し、右記の者を代理として委任します。(代理人：)

申請者氏名 印
(氏名を自署する場合は、押印は省略できます)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書

公費負担番号	3	8	3	4	6	0	2	9
公費負担医療の 受給者番号	9							
住 所	〒							
ふりがな 氏 名								
生年月日	年 月 日					性 別	男・女 <small>※記載は任意です。未記載とする ことも可能です。</small>	
参加者証の 有効期間 (直近のもの)	自	年	月	日	至	年	月	日
助成制度の 利用実績	自	年	月	日	至	年	月	日
終了年月日	年 月 日							
終了の理由	1 参加終了申請書の提出 2 その他（ ）							
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業への参加は、上記終了年月日をもって終了することを通知します。</p> <p>なお、同日付をもって、本事業に関する臨床データ（臨床調査個人票等）の活用を終了するものとします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">広島県知事 （知事名） 印</p>								

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。
お住まいの都道府県に償還払いを請求する場合は、この記録票のコピーを、請求書に添付してください。

★医療機関等の領収書・診療(調剤)明細書は必ず保管しておいてください。

※黒枠内にご記入ください。

氏名				生年月日	
住所					
(変更後)					
	当初	変更①	変更②		
保険種別★					
保険者番号★					
記号・番号★					
所得区分☆					

☆参加者証に記載がありますので、転記してください。

★加入保険や所得区分に変更があった場合、様式第3号変更届出書に参加者証(原本)を添えて提出してください。

以下、関係医療機関記入欄

【関係医療機関の方へのお願い】

患者さんへ過去の医療記録票を捨てないようにお伝えください。

※前の記録票のB欄記号(○△▲)のある最終記載月の情報

A欄	高額療養費算定基準額	①入院	円	円
		②多数回該当	円	円
		③外来	円	円

B欄※	年
	月

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	

B欄に記載する記号等の説明

○: 関係医療において入院が高額療養費基準額を超え、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)

△: 関係医療において高額療養費算定基準額(入院・外来)を超えた場合。

※上記の場合を除く(多数回該当がある高額療養費算定基準額を超えた場合)

▲: 70歳以上の者が外来に係る関係医療において高額療養費算定基準額を超えた場合。

(多数回該当がない高額療養費算定基準額を超えた場合)

- 肝がん等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つある場合でもカウントは1回)
- 現物給付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 (医療機関毎にカウントする)

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受診等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。

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）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

年 月 日

広島県知事様

請求者住所 〒

ふりがな

請求者氏名

請求者電話番号

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費を請求します。

請求月は以下の通りです。

請求年月	申請年	申請月 ※対象の月に○をしてください。
	年	1月、2月、3月、4月、5月、6月、7月、8月、9月、10月、11月、12月
	年	1月、2月、3月、4月、5月、6月、7月、8月、9月、10月、11月、12月

なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

		参加者の生年月日		年 月 日生								
ふりがな	参加者氏名 <input type="checkbox"/> 請求者と同一			公費負担者 番号	3	8	3	4	6	0	2	9
				公費負担医療 の受給者番号	9							
振込口座	(金融機関名)	支店 出張所	支店コード	種別								
<input type="checkbox"/> 前回請求と 同一口座である 場合は <input checked="" type="checkbox"/> の こと	口座 番号	ふりがな	普通・当座・貯蓄									
		口座名義										

注) 網掛け部分については、記載不要です。

注) ゆうちょ銀行の場合、通帳の「銀行使用欄」に記載されている口座番号を記載してください。

※提出にあたっては、次のことに注意してください。

- 本請求書とともに、次の書類を添付し、手続きを進めてください。
 - 参加者の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 (様式第 4 号) のコピー
 - 参加者の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票 (様式第 9-1 号、9-2 号) のコピー等
 - 振込先金融機関の口座が分かる書類 (預金通帳のコピー等)
ただし、前回請求と同一口座の場合は、省略可能とする。
 - 請求する月において受診した全ての医療機関が発行した領収書及び診療明細書
 - 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けた月以前の 24 月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」のコピー
- 振込口座は、請求者の名義の口座を記載してください。
ただし、参加者と振込口座名義が異なる場合は様式第 11 号 (委任状) を提出してください。

(都道府県記入欄)

医療費決定額 (合計)	百万	十万	万	千	百	十	円
-------------	----	----	---	---	---	---	---

委任状

受任者 住所 〒

氏名

私は、上記の_____を受任者とし、広島県から受ける肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費の請求及び受領に係る一切の権限を受任者に委任します。

年 月 日

広島県知事様

参加者 住所 〒

氏名

印

(受給者番号

)

高額療養費にかかる同意書

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の高額療養費の支給状況に関する情報につき、広島県が私の加入する医療保険者に報告を求め、また医療保険者が広島県へ回答をすることに同意します。

年 月 日

広島県知事様

参加者 住所 〒

氏名

(代理人による申請の場合は代理人の氏名)

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

年 月 日

広島県知事様

所在地 (法人であるときは、主たる事務所の所在地)

〒

開設者氏名 (法人であるときは、名称及び代表者の氏名)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。
 なお、指定の上は、広島県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び広島県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業取扱要領の定めるところに従って、医療を担当します。

医療機関	名称						
	種類	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 (有床・無床)					
	所在地	〒 電話番号 メールアドレス					
	医療機関コード						
開設年月日		年 月 日					
区分	入院及び外来	<input type="checkbox"/> 要綱第 6 の 1 ① に該当する施設である					
	外来のみ	<input type="checkbox"/> 要綱第 6 の 1 ② に該当する施設である					
次のいずれかを選択すること。 <input type="checkbox"/> 「広島県肝疾患診療支援ネットワーク」に属している。 (広島県肝炎治療特別促進事業の助成対象である医療機関はこちらを選択すること。) <input type="checkbox"/> 「広島県肝疾患診療支援ネットワーク」への参画を希望する。 担当医氏名 () <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 <input type="checkbox"/> その他 上記の医師が「その他」に該当する又は常勤でない場合、様式第 14 号 (推薦書) を添付すること。							
指定医療機関の役割 1 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様式第 9 - 1 号による医療記録票の交付を行う。 2 様式第 9 - 1 号による医療記録票の記載を行う。 3 肝がん・重度肝硬変患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来医療に従事している医師に様式第 2 号による臨床調査個人業等を作成させ、交付する。 4 当該月以前の 24 月以内に要綱第 4 の 8 ① から ③ までに掲げる医療を受けた月数が既に 1 月以上あるものとして、本事業の対象となる高額療養費算定基準額を超える肝がん・重度肝硬変入院関係医療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請求を行う。 5 その他、助成の対象になり得る患者に対し本事業に関する周知を行う等、指定医療機関として本事業に必要な対応を行う。							

※ 「広島県肝疾患診療支援ネットワーク」については裏面を参考にすること。

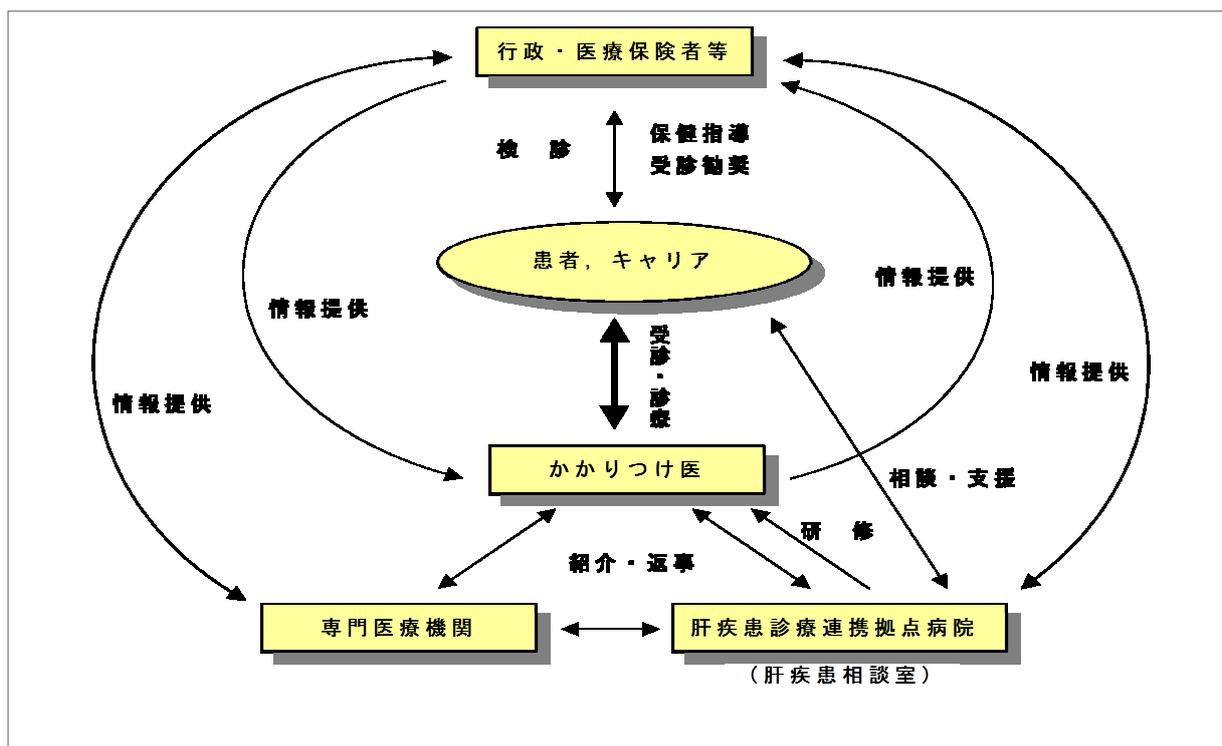
(裏面)

「広島県肝疾患診療支援ネットワーク」

広島県では、住民健診等の肝炎ウイルス検診で要診療者（現在、肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い）と診断された方の医療機関受診を促進し、早期に適切な医療が施されるシステムを構築するため、広島県肝炎対策協議会での審議を経て、「連携医療機関」、「専門医療機関」、「ネットワーク専門医療機関」、「肝疾患診療連携拠点病院」が連携する「広島県肝疾患診療支援ネットワーク」を整備し、このネットワーク体制の下、広島県肝炎治療特別促進事業等の肝疾患対策を行っています。

「専門医療機関」は、日本肝臓学会又は日本消化器病学会に属する肝臓の専門医（以下「肝臓専門医」という。）が常勤している医療機関で、「ネットワーク専門医療機関」は、「専門医療機関」の要件を満たし、広島県肝炎対策協議会の審議を経て選定された医療機関です。

「連携医療機関」は「ネットワーク専門医療機関」と連携して診療を行う医療機関で、「ネットワーク専門医療機関」に常勤する肝臓専門医の推薦書を提出することにより、このネットワーク体制に参画することとしています。



推薦書

年 月 日

広島県知事様

所在地（法人であるときは、主たる事務所の所在地）
〒

開設者氏名（法人であるときは、名称及び代表者の氏名）

次の医療機関は、当専門医療機関の専門医との連携の下で治療を行うことができるので、指定医療機関として推薦します。

名称	
開設の場所	
診療科目	
管理者の職及び氏名	
担当医師名	

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業 指定医療機関指定証

医療機関の名称

医療機関の所在地

指定区分

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関として承認された医療機関であることを証明する。

年 月 日

広島県知事 (知事名)

所得区分照会にかかる同意書

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、広島県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることに同意します。

年 月 日

広島県知事様

申請者住所 〒

申請者氏名

法定代理人住所 〒

法定代理人氏名