

現行制度の要件

- ・ **所得制限あり**（年収約370万円以下が対象）
- ・ 肝がん・重度肝硬変の**入院医療のみ**が対象（通院は対象外）
- ・ 公費による助成の対象となるのは、**入院4月目以降**であって高額療養費制度を適用した後の自己負担額(※1)
- ・ **患者の自己負担が月額1万円となるよう**高額療養費の限度額と1万円との差額を公費で**助成**。

※1：入院で過去1年間で高額療養費の限度額を超えた月が既に3月以上ある場合に、入院4月目以降に高額療養費の限度額を超えた月に係る医療費に対し、公費負担を行う。

見直し（案）

1. 通院治療の対象化について（新規）

- 「分子標的薬を用いた化学療法」又は「肝動注化学療法」による通院治療（※2）を本事業の対象に追加します。（※3）
 - ※2：「肝動注化学療法」を通院治療で行うケースは少ないことから簡略化のため、この説明資料では以下「分子標的薬を用いた化学療法」とのみ記載しますが、「肝動注化学療法」も同様の扱いですので、御留意下さい。
 - ※3：通院により「分子標的薬を用いた化学療法」を導入するに当たり、通常、まず入院によりこの療法を行い、副作用の有無の確認等がなされた後、通院による治療が開始されますが、この導入の際の入院治療は、その後の通院治療に必要なものですので、本事業においては、通院治療と一体のものとして取扱います。
- 助成や月数要件のカウントの際に対象となる通院治療の医療費は「外来診療に係る費用」と「薬剤に係る費用」です。

2. 対象月数の短縮について（要件変更）

- 1か月間の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となる医療費が高額療養費の限度額を超えた対象月数が助成月を含み過去12か月以内に3回以上（※4）ある場合に助成します。
 - ※4：要件変更前は4回以上。
- 3回以上をカウントする際の入院と通院の組み合わせは問いません。
 - ①入院、②入院、③入院 ・ ①入院、②入院、③通院 ・ ①入院、②通院、③入院
 - ①通院、②通院、③通院 ・ ①通院、②通院、③入院 ・ ①通院、②入院、③通院 など

⇒上記の見直しを行った上で、**本事業の対象医療について、高額療養費の限度額を超えた入院又は通院に係る3月目以降の患者の自己負担額が1万円となるよう、公費助成**します。

要件を満たす対象月数のカウント方法について

○基本的な考え方

1か月間の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となる医療費が高額療養費の限度額（高療）を超えた場合、要件を満たした月数としてカウントします。

○具体的なカウント方法

① 1か月間に患者が受けた治療が入院のみの場合

入院医療に係る費用が高療を超えた場合カウントします。

② 1か月間に患者が受けた治療が「分子標的薬を用いた化学療法」による通院のみの場合

保険医療機関の外来診療に係る費用と保険薬局の調剤に係る費用の合計額が高療を超えた場合カウントします。

③ 1か月間に患者が受けた治療が「分子標的薬を用いた化学療法」の導入のための入院と「分子標的薬を用いた化学療法」による通院の場合

当該入院と通院に係る費用の合計額が高療を超えた場合カウントします。

助成の方法について

○入院医療に係るもの

これまでどおり、原則、窓口での現物給付です。

○通院医療に係るもの

後日、患者が都道府県に対し償還払いの請求を行いますので、これまでどおり、窓口では一部負担金（3割等の金額）を徴収してください。

〔参考〕同じ月に入院（「分子標的薬を用いた化学療法」の導入のための入院）と通院が生じた場合で当該一部負担金の合計額が高額療養費の限度額を超えている場合の患者への助成額（償還額）の計算方法

- ①入院が高額療養費の限度額を超えている場合⇒入院に係る現物給付の窓口処理後の自己負担額1万円と通院に係る一部負担金の額を用いて計算します。
- ②入院が高額療養費の限度額を超えていない場合⇒入院に係る一部負担金の額と通院に係る一部負担金の額を用いて計算します。

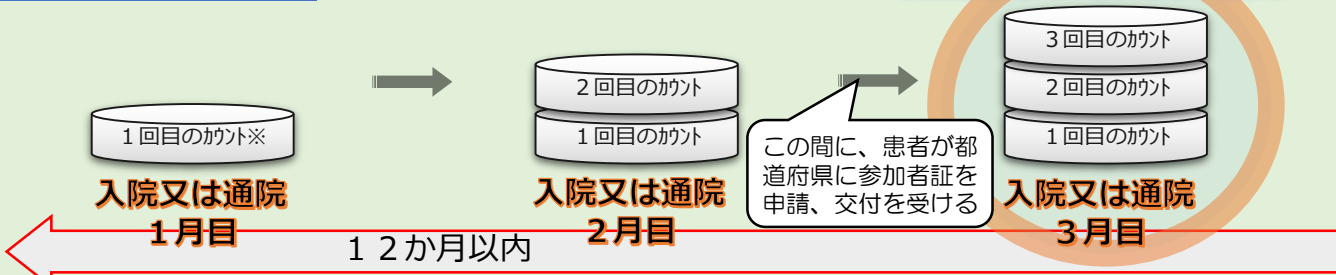
医療記録票について

○助成の可否は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る1か月間の全ての医療機関等の医療費の合計額が高額療養費の限度額を超えるかどうかで判断しますので、対象となる医療費については、患者負担が21,000円未満※であっても全て記載してください。

※70歳未満の場合、保険法令上、自己負担額が高額療養費の限度額を超えるかどうかを判断する際の金額には、1つの医療機関に係る1か月の自己負担額の合計額が21,000円以上でないとの医療機関の自己負担額と原則、合算することが出来ません。例えば、通院について、受診に係る自己負担額が1回目15,000円、2回目10,000円のと、2回分の合計額が25,000円となるため他の医療機関の自己負担額と合算可能となりますが、2回分の自己負担額の記載が無いと合計額が25,000円であることが判断できなくなるため、対象となる医療費は全て記載してください。

見直し後

医療費の助成が可能！



※1：入院の場合で参加者証の提示がないときは、患者は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、都道府県に償還払いの請求を行う。

※2：通院の場合は、患者は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、都道府県に償還払いの請求を行う。

<医療機関において行われること>

- ① 都道府県が作成したリーフレットを患者に配布し、事業を紹介
 - ② 医療記録票を患者に交付
 - ③ 医療記録票に、カウントされた月・助成対象の月の医療費等について記載（退院時、通院時又は月末）
 - ④ 臨床調査個人票を記載して患者に交付
- ・参加者証の確認（入院及び通院時）
 - ・入院の場合、患者は窓口で1万円を支払う。※1
 - ・通院の場合、患者は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払う。※2

<保険薬局に対応いただくこと>

- 医療記録票の記載（調剤時）
 - ・「分子標的薬を用いた化学療法」に係る薬剤費、窓口支払額等

助成の可否は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る1か月間の全ての医療機関等の医療費の合計額が高額療養費の限度額を超えるかどうかで判断しますので、対象となる医療費（注）については、患者負担が21,000円未満であっても全て記載してください。

（注）分子標的薬に係る外来医療の際に処方される医薬品は、医療記録票の特記事項欄（本事業の対象外と医師が判断する医薬品は処方箋等に明記されます。）に○印がない限り、本事業の対象となります。

- 窓口で一部負担金（3割等の金額）を徴収（これまでどおり）

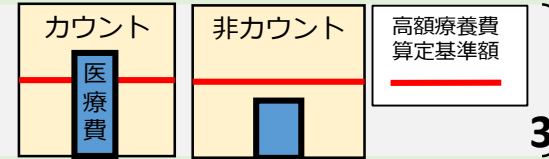
通院の場合は、患者は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、都道府県に償還払いの請求を行います。

- 都道府県が作成した償還請求手続きに係るリーフレット等を患者に配布
- 医療記録票を患者に交付（患者が所持していない場合）

- 参加者証の確認（入院及び通院時）
- 月数の助成要件（3回）等を満たし、助成の対象となった場合は、都道府県に償還払いの請求をすれば助成が受けられる旨を患者へ案内。

※ 月数のカウント方法

肝がんや重度肝硬変の医療費の自己負担額（1割～3割）が高額療養費の限度額を超えた月数。
 ☞ カウントできる期間は、その月を含む過去12月以内。その月を含む過去12月以内であれば、**連続していなくても可。**



○基礎情報の記載例

医療機関で記載

(参考)

健康保険証等に記載されている患者の情報を記載。

(検討中)

[枚目]

別紙様式例6-1 (改:案) 表面

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忘れずに提示してください。また、都道府県に横断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	〇〇 〇〇	性別	〇	生年月日	S 〇 年 〇 月 〇 日
住所	東京都千代田区〇〇-〇〇-〇				
保険種別 (変更時)	B健康保険組合	保険者番号 (変更時)	IJKL-MNOP	被保険者証の記号・ 番号 (変更時)	765-43210

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

患者の適用区分に応じた上限額（高額療養費算定基準額）を記載。

年齢区分	所得区分（限度額適用認定証等における適用区分）	自己負担割合	ひと月の上限額（世帯ごと） 【多数回該当】	
			外来（個人ごと）	
70歳未満	Ⅰ ～年収約370万円 健保：標額26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	30%	-	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ 住民税非課税者	30%	-	35,400円 【多24,600円】
70歳以上 75歳未満	Ⅲ（一般所得） 年収約156万～約370万円 標額26万円以下 課税所得145万円未満等	20%	18,000円 (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ（低所得Ⅱ） 住民税非課税世帯	20%	8,000円	24,600円
	Ⅰ（低所得Ⅰ） 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	20%	8,000円	15,000円
75歳以上	Ⅲ（一般所得） 年収約156万～約370万円 標額26万円以下 課税所得145万円未満等	10%	18,000円 (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ（低所得Ⅱ） 住民税非課税世帯	10%	8,000円	24,600円
	Ⅰ（低所得Ⅰ） 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)	10%	8,000円	15,000円

○月数カウント欄の記載例

○ B欄に診療月を含む過去12か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計3回以上ある場合、本事業の助成対象となります。

・以下の例では、R4年4月に係る助成の可否を判断する場合、4月の△印と4月を含めて遡った12か月以内にR3年10月及び12月の△印で3回に達するため助成対象となります。

A欄	高額療養費算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

B欄	R3年	8月	9月	10月 △入	11月	12月 △入	1月	2月	3月	R4年	4月 △合符	5月 △外	6月	7月 ○入
	R4年	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R5年	4月	5月	6月	7月

○入+△外

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】【費運払い】							
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	① 関係医療の医療費総額 (10割分)	② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	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	⑥ 関係医療の窓口支払額
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600

(1)入院単独で基準額を超えた場合の例 ((3)の場合を除く)

(参考)

③欄の1月間の累計額がA欄の基準額を超えた場合④欄に○印を記載し、B欄に「△入」等※と記載してください。

(2)通院単独で基準額を超えた場合の例 ((3)の場合を除く)

③欄の1月間の累計額がA欄の基準額を超えた場合④欄に○印を記載し、B欄に「△外」等※と記載してください。

(3)同じ月の分子標的薬に係る入院と通院の合計が基準額を超える場合の例

入院と通院それぞれの③欄の1月間の累計額の合計額 (⑤欄) がA欄の基準額を超える場合、B欄に「△入+△外」等※と記載してください。

※ 現物給付に該当する場合や外来に係る高額療養費算定基準額を超えた場合など、状況により記載する印 (○、△、▲) が異なりますので、次ページの『医療記録票「B欄」への記載方法』を御確認ください。

医療記録票「B欄」への記載方法

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。）

- ：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）

70歳未満	医療費が高療基準額（高額療養費算定基準額）を超えるか超えないか		高療基準額を超えたときの「B欄」への記載方法	
	入院のみ	外来のみ	現物給付に該当しない場合 高療基準額を超えた場合：△	現物給付に該当する場合 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：○
入院のみの場合	超える	—	△入	○入
外来のみの場合	—	超える	△外	—
入院（分子標的薬を用いた化学療法・肝動注化学療法に係るもの）と外来の場合	超える	超えない	△入+外	○入+外 ただし、現物給付後の1万円と外来の合算で高療基準額を超える場合は「○入+△外」と記載
	超えない	超える	入+△外	—
	超える	超える	△入+△外	○入+△外
	両方単独では高療基準額を超えないが、合算で高療基準額を超える		△合算	—

70歳以上 <small>（低所得区分は多数回該当は無いが、B欄への記載方法を統一するため、本表に従って記載してください。）</small>	医療費が高療基準額を超えるか超えないか		高療基準額を超えたときの「B欄」への記載方法	
	入院のみ	外来のみ	現物給付に該当しない場合 入院・外来高療基準額を超えた場合：△ 外来に係る高療基準額を超えた場合：▲	現物給付に該当する場合 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：○
入院のみの場合	超える	—	△入	○入
外来のみの場合	—	超える	▲外	—
入院（分子標的薬を用いた化学療法・肝動注化学療法に係るもの）と外来の場合	超える	超えない	△入+外	○入+外 ただし、現物給付後の1万円と外来の合算で入院・外来高療基準額を超える場合は「○入+△外」と記載
	超えない	超える	入+▲外 ただし、入院と外来に係る高療基準額の合算で入院・外来高療基準額を超える場合は「入+△外」と記載	—
	超える	超える	△入+△外	○入+▲外 ただし、現物給付後の1万円と外来に係る高療基準額の合算で入院・外来高療基準額を超える場合は「○入+△外」と記載
	両方単独では高療基準額を超えないが、合算で高療基準額を超える		△合算	—

保険薬局に関連する内容はP. 13に詳述しています。

○入院+通院の記載例〔1〕

R4年4月に入院1回と通院1回〔外来診療費と薬剤費〕の合計額が高額療養費算定基準額を超えて、助成対象となる場合の記載例

(記載例は本紙を除き4枚に分かれています。)

P. 13に詳述

B欄	R3年							R4年	R5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
	△入			△入				△合算				
	R4年							R5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	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	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	⑥ 関係医療の 窓口支払額
R3/12/2			〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R3/12/2	2/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8			〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600

P. 11に詳述

P. 12に詳述

P. 13に詳述

入院1回目

医療機関で記載

(参考)

患者が窓口で支払った額を記載します。

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

B欄	R3年						R4年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	
	△入											
	R4年						R5年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6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	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③と 通院欄の⑥の記載があ る場合は、その合計額 を記載 ※3	⑥ 関係医療の 窓口支払額
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	0					57,600
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	0					57,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000

入院医療の場合、緑色部分が記載の対象欄となります。

- 分子標的薬の導入に係る入院の場合、医療機関において○印を記載してください。
- 会計担当者が記載する場合は、医師に確認する等により対応してください。

上記の例の場合、4月分の入院医療費30,000円がA欄①入院の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

通院1回目〔外来診療〕

医療機関で記載

(参考)

患者が窓口で支払った額を記載します。

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

B欄	R3年					R4年				
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
	△入					△入				
	R4年					R5年				
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5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】			◆◆	◆◆
							②	③	④	②	③	④		
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	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③と 通院欄の⑥の記載があ る場合は、その合計額 を記載 ※3	⑥ 医療の 支払額
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	〇					57,600
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	〇					57,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8			〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

分子標的薬に係る通院の場合、医療機関において○印を記載してください。

- ・会計担当者が記載する場合は、医師に確認する、処方箋に記載されている分子標的薬の処方の有無により確認する等により対応してください。

上記の例の場合、4月分の通院医療費21,600円がA欄②外来の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

また、同じ4月に「分子標的薬に係る治療の場合○印」欄に○印がある入院医療費の記載がありますので、

⑥欄に当該医療費30,000円と通院医療費21,600円の合計額51,600円を記載してください。

4月分の分子標的薬に係る入院と通院の合計額が51,600円であり、A欄①入院の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

通院1回目〔保険薬局〕

保険薬局で記載

カウント3回目

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

B欄	R3年								R4年	
	8月	9月	10月 △入	11月	12月 △入	1月	2月	3月	4月 △合算	5月
B欄	R4年								R5年	
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月

患者が窓口で支払った額を記載します。

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	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	⑤ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の②と 通院欄の③の記載がある 場合は、その合計額 を記載 ※3	⑥ 医療の 支払額		
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○						57,600	
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○						57,600	
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000							30,000	
R4/4/8			〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600		21,600	
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200		33,600	

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

同じ4月に「分子標的薬に係る治療の場合○印」欄に○印がある医療費の記載がありますので、⑤欄に入院医療費30,000円、通院医療費21,600円、調剤関係費用33,600円の合計額85,200円を記載してください。

上記の例の場合、4月分の分子標的薬に係る入院と通院の合計額85,200円がA欄①入院の基準額57,600円以上でありカウントの対象となります。入院と通院それぞれ単独ではA欄の基準額を超えず、合算額が基準額を超えるので、B欄に「△合算」と記載してください。

4月分がカウントの対象となり、B欄に4月分を含む過去12か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計3回以上あるため、助成の対象となり、都道府県に償還払いの請求をすれば助成が受けられるので、患者へ案内してください。

保険薬局に関連する内容はP. 17に詳述しています。

○入院+通院の記載例〔2〕

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

R4年8月の分子標的薬の導入に係る入院1回が高額療養費算定基準額を超えたことで助成対象となり、その後の分子標的薬に係る通院1回〔外来診療費と薬剤費〕も助成対象となる場合の記載例

(記載例は本紙を除き4枚に分かれています。)

P. 17に詳述

P. 16に詳述

P. 15に詳述

P. 15に詳述

P. 16に詳述

P. 17に詳述

R3年												R4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		
△入			△入			△入			△入			△入			△入			△入			△入			△入			△入			△入					
○入+△外			○入+△外			○入+△外			○入+△外			○入+△外			○入+△外			○入+△外			○入+△外			○入+△外			○入+△外			○入+△外					
入院・通院日	退院日	調剤日	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	① 関係医療の医療費総額(10割分)	② 関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計(②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	⑤ 関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	⑥ 月間累計(⑤の月間累計) ※円単位で記載	⑦ ※2	⑧ 同じ月に入院権の⑧と通院権の⑨の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	⑨ 関係医療の窓口支払額																					
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○																										
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○																										
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000					30,000																						
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		21,600																						
			□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200																						
			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800		10,800																						
			□□薬局			112,000				33,600	44,400		33,600																						
			〇〇病院	○						10,800	55,200		10,800																						
			□□薬局							33,600	88,800	○	24,000																						
R4/7/5	R4/7/29						63,000	63,000	○				10,000																						
R4/8/7	R4/8/20		〇〇病院	○		210,000	63,000	63,000	○				10,000																						
R4/8/22			〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		84,600																						
		R4/8/22	□□薬局			112,000				33,600	55,200		118,200																						

入院1回目

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

医療機関で記載

(参考)

A欄		①入院		57,600	②多数回該当の場合		44,400	③外来		57,600								
B欄		R3年		10月	11月		12月	1月		2月	3月		R4年		4月	5月	6月	7月
		△入		△入		△入		△入		△入		△入		△入		△入		○入
		R4年		8月	9月		10月	11月		12月	1月		2月	3月		4月		5月
		○入		○入		○入		○入		○入		○入		○入		○入		○入

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】				同月に入院欄の通院欄の記載がある場合は、その合計を記載 ※3	医療の支払額	
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	① 関係医療の医療費総額 (10割分)	② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (2)の月間累計 ※円単位で記載	④ ※1	⑤ 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	⑥ 月間累計 (2)の月間累計 ※円単位で記載			⑦ ※2
R3/10/5	R3/10/25		〇病院			210,000	63,000	63,000	○					7,600
R3/12/2	R3/12/30		〇病院			210,000	63,000	63,000	○					7,600
R4/4/3	R4/4/7		〇病院	○		100,000	30,000	30,000						80,000
R4/4/8		R4/4/8	〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
		R4/4/8	□口薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3		R4/5/3	〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800
		R4/5/3	□口薬局			112,000				33,600	44,400			33,600
R4/5/25		R4/5/25	〇病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800
		R4/5/25	□口薬局			112,000				33,600	88,800	○		24,000
R4/7/5	R4/7/29		〇病院			210,000	63,000	63,000	○					10,000
R4/8/7	R4/8/20		〇病院	○		210,000	63,000	63,000	○					10,000

患者が窓口で支払った額を記載します。

入院医療の場合、緑色部分が記載の対象欄となります。

分子標的薬の導入に係る入院の場合、医療機関において○印を記載してください。
 ・会計担当者が記載する場合は、医師に確認する等により対応してください。

上記の例の場合、8月分の入院医療費63,000円がA欄①入院の基準額57,600円以上であり、この時点で、カウントの対象となり、カウントの回数も3回目以上であるため、助成対象となります。

カウントの対象となった場合、医療機関において、2か所に○印等を記載してください。
 ・B欄については、入院で現物給付された場合は「○入」と記載してください。

B欄に診療月を含む過去12か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計3回以上ある場合で、入院単独で助成対象となった場合は、原則、現物給付となるため、患者の窓口負担額は10,000円となります。

医療機関で記載

(参考)

通院1回目〔外来診療〕

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

A欄	高額療養費算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

B欄				R3年				R4年				R5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
				△入				△入				△合算	△外	○入	
				8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月		
				○入+外											
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・通院日	退院日	調剤日	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	関係医療の医療費総額(10割分)	入院【現物給付(原則)】			通院(保険薬局含む)【償還払】			同じ月に入院権の通院権の記載の場合は、その合を記載 ※3	関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	
							関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	月間累計(2)の月間累計 ※円単位で記載	※1	関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	月間累計(2)の月間累計 ※円単位で記載	※2			
R3/10/5	R3/10/25		○○病院			210,000	63,000	63,000	○						57,600
R3/12/2	R3/12/30		○○病院			210,000	63,000	63,000	○						57,600
R4/4/3	R4/4/7		○○病院	○		100,000	30,000	30,000							30,000
R4/4/8		R4/4/8	○○病院	○		72,000								51,600	21,600
			□□薬局			112,000								85,200	33,600
R4/5/3		R4/5/3	○○病院	○		36,000								10,800	10,800
			□□薬局			112,000								33,600	44,400
R4/5/25		R4/5/25	○○病院	○	○	36,000								10,800	10,800
			□□薬局			112,000							○	88,800	24,000
R4/7/5	R4/7/29		○○病院			210,000	63,000	63,000	○						10,000
R4/8/7	R4/8/20		○○病院	○		210,000	63,000	63,000	○						10,000
R4/8/22			○○病院	○		72,000								21,600	21,600

患者が窓口で支払った額を記載します。

カウント6回目

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

分子標的薬に係る通院の場合、医療機関において○印を記載してください。
 ・会計担当者が記載する場合は、医師に確認する、処方箋に記載されている分子標的薬の処方の有無により確認する等により対応してください。

上記の例の場合、同じ8月分に「分子標的薬に係る治療の場合○印」欄に○印がある入院医療費の記載がありますので、⑤欄に当該医療費63,000円と通院医療費21,600円の合計額84,600円を記載してください。

また、同じ8月分の分子標的薬に係る入院が既に助成対象となっていることから、通院に係る医療費についても助成の対象となるため、B欄に「○入+外」と記載してください。(既に「○入」と記載されている場合は、「+外」を追加してください。)
 なお、通院に係る医療費については、償還払いとなりますので、窓口では自己負担額(3割等：上記の例では21,600円)を徴収し、都道府県に償還払いの請求をすれば助成が受けられる旨を患者に案内してください。
 処方箋が発行される場合は、保険薬局での薬剤費を含め、償還払いの請求が出来る旨を患者に案内してください。

通院1回目〔保険薬局〕

(入院単独でも高額療養費算定基準額を超えている例)

保険薬局で記載

A欄		高額療養費算定基準額		①入院		57,600		②多数回該当の場合		44,400		③外来		57,600		
B欄	R3年												R4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	△入	△外	△合算	△外
B欄	R4年												R5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	○入+△外			○入

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】				医療の支払額		
◇	◇	◇	◆	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇	◇			
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	①関係医療の医療費総額(10割分)	②関係医療の自己負担額(3割等)※円単位で記載	③月間累計(②の月間累計)※円単位で記載	④※1	⑤関係医療の自己負担額(3割等)※円単位で記載	⑥月間累計(⑤の月間累計)※円単位で記載	⑦※2	⑧同じ月に入院欄の⑨の記載がある場合は、その合計額を記載※3	
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					7,600
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600
R4/5/25			〇〇病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800
		R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	88,800	○		24,000
R4/7/5	R4/7/29		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					10,000
R4/8/7	R4/8/20		〇〇病院	○		210,000	63,000	63,000	○					10,000
R4/8/22			〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		84,600	21,600
		R4/8/22	□□薬局			112,000				33,600	55,200		118,200	33,600

患者が窓口で支払った額を記載します。

カウント6回目

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

上記の例の場合、同じ8月分に「分子標的薬に係る治療の場合○印」欄に○印がある入院医療費と通院医療費の記載がありますので、⑤欄に当該医療費63,000円、通院医療費21,600円、調剤関係費用33,600円の合計額118,200円を記載してください。

上記の例の場合、同じ8月分の分子標的薬に係る入院が既に助成対象となっていることから、通院に係る医療費についても助成の対象となります。また、入院に係る現物給付後の自己負担額1万円と通院に係る医療費55,200円の合計額が高額療養費算定基準額を超えるため、B欄の「○入+△外」の「外」の前に「△」を追加し「○入+△外」と記載してください。

なお、通院に係る医療費については、償還払いとなりますので、窓口では自己負担額(3割等：上記の例では33,600円)を徴収し、都道府県に償還払いの請求をすれば助成が受けられる旨を患者に案内してください。

保険薬局に関連する内容はP. 20、P. 22、P. 23に詳述しています。

○通院の記載例

R4年5月に通院2回〔外来診療費と薬剤費〕の合計額が高額療養費算定基準額を超えて、助成対象となる場合の記載例

(記載例は本紙を除き6枚に分かれています。) P. 22に詳述

B欄	R3年					R4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
			△入		△入				△合算	△外		
	R4年					R5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】			◆◆	
◇	◇	◆	◆◆	◇	◇	◆◆	②	③	④	②	③	④	⑤	⑥
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	① 関係医療の医療費総額(10割分)	② 関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計(②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計(②の月間累計) ※円単位で記載	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	⑥ 関係医療の窓口支払額
			〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
			〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/4/3		4/7		○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8		R4/4/8		○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
						112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600
R4/5/25			〇〇病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800
		R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	88,800	○		24,000

P. 19に詳述

P. 20に詳述

P. 21に詳述

P. 22、P. 23に詳述

通院1回目〔外来診療〕

医療機関で記載

(参考)

患者が窓口で支払った額を記載します。

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

B欄	R3年					R4年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	
	△入					△合算					
	R4年					R5年					
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6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	① 関係医療の医療費総額(10割分)	② 関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計(②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の自己負担額(3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計(②の月間累計) ※円単位で記載	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	⑥ 関係医療の自己負担額
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
			□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

- 分子標的薬に係る通院の場合、医療機関において○印を記載してください。
- 会計担当者が記載する場合は、医師に確認する、処方箋に記載されている分子標的薬の処方の有無により確認する等により対応してください。

上記の例の場合、5月分の通院医療費10,800円がA欄②外来の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

通院1回目〔保険薬局〕

保険薬局で記載

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
----	----------------	-----	--------	-----------	--------	-----	--------

B欄	R3年					R4年				
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
	△入					△入				
	R4年					R5年				
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月

患者が窓口で支払った額を記載します。

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	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③ 通院欄の③の記載がな る場合は、その合計額 を記載 ※3	⑥ 関係医療の 支払額
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

上記の例の場合、5月分の通院医療費10,800円と調剤関係費用33,600円がそれぞれA欄②外来の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

〔参考〕
原則として、70歳未満の場合、1つの医療機関に係る1か月の自己負担額の合計額が21,000円以上でないと他の医療機関の自己負担額と合算することができません。
このため、A欄の基準額を超えるかどうかを判断する際には注意が必要です。

通院2回目〔外来診療〕

医療機関で記載

(参考)

患者が窓口で支払った額を記載します。

A欄		高額療養費 算定基準額		①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600					
B欄	R3年			8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R4年	4月	5月
				△入			△入			△合算				
	R4年			8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	R5年	4月	5月
				R4年			R4年			R5年				
				R4年			R4年			R5年				

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	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③ 通院欄の③の記載がな る場合は、その合計額 を記載 ※3	⑥ 関係医療の 自己負担額			
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○							57,600	
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○							57,600	
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000								30,000	
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		51,600		21,600		
			□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200		33,600		
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800				10,800		
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400				33,600		
R4/5/25			〇〇病院	○		36,000				10,800	55,200				10,800		

通院医療の場合、黄色部分が記載の対象欄となります。

分子標的薬に係る通院の場合、医療機関において○印を記載してください。

- ・会計担当者が記載する場合は、医師に確認する、処方箋に記載されている分子標的薬の処方の有無により確認する等により対応してください。

肝がんの治療を行う上で無関係と医師が判断する医薬品を1枚の処方箋で同時に処方するような場合には「特記事項がある場合○印」の欄内に○印を付けてください。

- ・このような場合には、処方箋に本事業の対象外の医薬品にマーカーを付ける等により、対象外の医薬品が分かるようにしていただき「マーカー部分が対象外」と記載する等、どのように区分したかが分かるようなコメントを処方箋の裏面等に記載してください。

上記の例の場合、5月分の通院医療費10,800円×2(21,600円)と調剤関係費用33,600円の合計55,200円がA欄②外来の基準額57,600円未満であり、この時点では、カウントの対象となりません。

通院2回目〔保険薬局〕

保険薬局で記載

カウント4回目

患者が窓口で支払った額を記載します。

A欄	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600
B欄	R3年 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 4月 5月 △入 △入 △合算 △外 R4年 R5年 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 4月 5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】			医療の 支払額	
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	① 関係医療の 医療費総額 (10割分)	② 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	⑤ 関係医療の 自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	⑥ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載		⑦ ※2
R3/10/5	R3/10/25		〇〇病院			210,000	63,000						63,000
R3/12/2	R3/12/30		〇〇病院			210,000	63,000						63,000
R4/4/3	R4/4/7		〇〇病院	○		100,000	30,000	30,000					30,000
R4/4/8		R4/4/8	〇〇病院	○		72,000				21,600	21,600		21,600
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200
R4/5/3		R4/5/3	〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800		10,800
		R4/5/3	□□薬局			112,000				33,600	44,400		33,600
R4/5/25		R4/5/25	〇〇病院	○	○	36,000				10,800	55,200		10,800
		R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	88,800	○	24,000

□□薬局で高額療養費算定基準額57,600円を超えるため、
基準額57,600円-33,600円=24,000円となります。

保険薬局では◆の部分、この図ではオレンジ色部分が記載の対象欄となります。

上記の例の場合、5月分の通院医療費10,800円×2 (21,600円) と調剤関係費用33,600円×2の合計88,800円がA欄②通院の基準額57,600円以上であり、カウントの対象となります。

カウントの対象となった場合、保険薬局において、2か所に○印等を記載してください。
・B欄については、通院であることが分かるように「△外」と記載してください。

5月分がカウントの対象となり、B欄に診療月を含む過去12か月以内に○、△、▲いずれかの印のある月が計3回以上あるため、助成の対象となり、都道府県に償還請求をすれば、助成が受けられる旨を患者へ案内してください。

通院2回目〔保険薬局〕

保険薬局で記載

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	① 関係医療の医療費総額 (10割分)	② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	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	⑥ 関係医療の窓口支払額
R4/5/3			〇〇病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800
		R4/5/3	〇〇薬局			112,000				33,600	44,400			33,600
R4/5/25			〇〇病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800
		R4/5/25	〇〇薬局			112,000				33,600	88,800	○		24,000

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号	保険者番号
公費負担医療の受給者番号	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号

氏名	保険医療機関の所在地及び名称
生年月日	電話番号
性別	保険医氏名
区分	都道府県番号
被保険者	点数表番号
被扶養者	診療科目

交付年月日 令和 年 月 日

記載イメージ

変更不可

個々の処方箋について、後発医薬品(ジェネリック医薬品)への変更し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

処方

レンビマカプセル(〇〇mg) 2錠
1日1回 〇食後 14日分

リウマトレックスカプセル(〇〇mg) 2錠
1日1回 〇食後 〇日分

備考

保険医署名

「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。

マーカー部分が対象外

対象外の医薬品

調剤済年月日 令和 年 月 日

公費負担者番号

公費負担医療の受給者番号

調剤済年月日 令和 年 月 日

公費負担者番号

公費負担医療の受給者番号

- 肝がんの治療を行う上で無関係と医師が判断する医薬品を1枚の処方箋で同時に処方するような場合には医療機関内において医療記録票の「特記事項がある場合○印」の欄内に○印が付けられます。
 - このような場合には、処方箋に本事業の対象外の医薬品にマーカーを付ける等により、対象外の医薬品が分かるようにし、「マーカー部分が対象外」と記載する等、どのように区分したかが分かるようなコメントを処方箋の裏面等に記載するよう医療機関にお願いしています。
- 処理例1: 対象外の医薬品にマーカー表示やアンダーライン等を付し、「マーカー表示やアンダーライン等を付したものは対象外」と記載する。

処理例2: 対象の医薬品にマーカー表示やアンダーライン等を付し、「マーカー表示やアンダーライン等を付したものを対象外」と記載する。

処理例3: 対象医薬品の近傍に、「対象」のコメントを記載する。

処理例4: 対象外医薬品の近傍に、「対象外」のコメントを記載する。

- 処方箋に肝がんの治療を行う上で無関係と医師が判断する医薬品が含まれている旨のコメントが記載されている場合は、当該医薬品に係る薬剤費を除いた金額を医療記録票に記載してください。
- ※例えば、抗リウマチ薬が対象外の医薬品として記載されている場合は、抗リウマチ薬の薬剤費を除いた額を記載します。

肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けている患者の 核酸アナログ製剤治療に係る通院医療費について

核酸アナログ製剤治療について

- 核酸アナログ製剤は不用意に中止すると急速にウイルスが増殖し、大きな肝炎を起こす場合があるため、原則として止めずに服用を続ける必要があります。
- 核酸アナログ製剤を服用している患者は、肝がん・重度肝硬変の治療を行う場合も原則として服用の継続が必要であるため、核酸アナログ療法に係る医療費は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象医療に含めることができることとしています。

肝炎治療特別促進事業との関係（考え方）について

- 肝炎治療特別促進事業では、核酸アナログ療法に係る医療費の自己負担額が月1万円を超えた部分について医療機関等の窓口で現物給付の処理により公費助成されるため、患者の自己負担額は月1万円となり、患者の窓口負担が軽減されます。
- 患者が肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けている場合は、核酸アナログ療法に係る医療費については、肝炎治療特別促進事業の助成がなされるため、核酸アナログ療法に係る医療費の自己負担額が月1万円を超え、肝炎治療特別促進事業による助成がなされる部分については、公費による二重の助成とならないよう、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となりません。

医療機関及び保険薬局の窓口での対応（具体的な事務処理手順）

1. 医療費の記載方法について

- 肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けている患者で、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となる分子標的薬を用いた化学療法と肝炎治療特別促進事業の対象となる核酸アナログ療法を同じ医療機関で同日に処方を受ける患者に、窓口で下記の書類の提示を求めてください。
 - ・肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業：「医療記録票」
 - ・肝炎治療特別促進事業：「肝炎治療自己負担限度月額管理票」
- この場合、医療機関及び保険薬局の窓口では、先に核酸アナログ療法に係る医療費（初診料、再診料、検査費等を含む肝炎治療特別促進事業で当該事業の対象とされている医療費に係る自己負担額。）を「肝炎治療自己負担限度月額管理票」に記載し、残りの医療費について「医療記録票」に記載します。

2. 医療記録票のB欄（月数カウント欄）の記載について

- 分子標的薬を用いた化学療法を導入するタイミング（月初めか、月末か等）によっては、「肝炎治療自己負担限度月額管理票」に記載された医療費と「医療記録票」に記載された医療費の合算で初めて高額療養費算定基準額を超えることもありますが、一般には分子標的薬を用いた化学療法に係る医療費のみで高額療養費算定基準額を超えることから「医療記録票」のB欄（月数カウント欄）に記載する内容については、医療機関や保険薬局の窓口事務の簡素化のため、「医療記録票」に記載された医療費のみで判断してください。
- なお、「肝炎治療自己負担限度月額管理票」に記載された医療費と「医療記録票」に記載された医療費の合算で初めて高額療養費算定基準額を超えるものがあつたかどうかは、参加者証の交付申請等の処理時に都道府県において確認することとします。

肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けている患者の 核酸アナログ製剤治療に係る通院医療費について

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の対象となる核酸アナログ製剤治療に係る通院医療費の範囲

肝炎治療特別促進事業の 受給者証の 交付を受けていない患者

初診料、検査費用等

核酸アナログ製剤費用

分子標的薬に係る医療費

**肝がん・重度肝硬変
治療研究促進事業**

○医療記録票に記載する範囲

核酸アナログ療法に係る医療費も「医療記録票」に記載。

肝炎治療特別促進事業の受給者証の 交付を受けている患者

核酸アナログ療法に係る医療費の 自己負担額が1万円以下の場合

初診料、検査費用等

核酸アナログ製剤費用

分子標的薬に係る医療費

**肝がん・重度肝硬変
治療研究促進事業**

○医療記録票に記載する範囲

核酸アナログ療法に係る医療費は「肝炎治療自己負担限度月額管理票」※に記載し、残る医療費は「医療記録票」に記載。

※肝がん事業の償還請求の際の患者が添付する資料に「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写しを追加し、都道府県での償還請求額の計算の際に対象額を確認。

核酸アナログ療法に係る医療費の 自己負担額が1万円を超える場合

初診料、検査費用等

核酸アナログ製剤費用

1万円を超える部分
は、肝炎治療特別促進
事業で公費助成。

肝炎治療特別促進事業における自己負担額
1万円と計算

分子標的薬に係る医療費

**肝がん・重度肝硬変
治療研究促進事業**