

秋田県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票

○患者様へのお願い

肝がん又は重度肝硬変により入院した場合には、この記録票を、保険医療機関の窓口に忘れずに提示してください。
また、都道府県に償還払いを請求する場合は、この記録票の写しを請求書に添付してください。

○保険医療機関の方へのお願い

この入院医療記録票が提示されましたら、肝がん・重度肝硬変入院関係医療にかかる記録の記載をお願いします。
また、指定医療機関以外の保険医療機関は、この入院医療記録票が提示されましたら、県の指定医療機関の指定申請について検討くださるようお願いします。

氏名		生年月日	年	月	日
住所		性別			

年 月						
日付	医療機関名（印）	医療内容	入院関係医療の自己負担額 （注1） 入院関係医療の高額療養費 算定基準額（注2）	窓口支払額 保険診療の 高額療養費算定基準額	他公費負担医療の支払額 保険種別	保険者番号 被保険者証の記号・番号
（入院日）		□ 実施要綱3（2）に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療				
（退院日）						
（入院日）		□ 実施要綱3（2）に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療				
（退院日）						

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの保険医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください	
--	-----	----------------------------	--

② ①の数値が「4／12」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を1万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を1万円とした月数のカウント	（医療機関名）	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください	
	（医療機関名）	／12		

（注1）上記②に該当する場合は、「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（1割～3割。ただし、この記入欄においては、1割～3割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。

（注2）上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「4／12」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

年 月						
日付	医療機関名（印）	医療内容	入院関係医療の自己負担額 （注1） 入院関係医療の高額療養費 算定基準額（注2）	窓口支払額 保険診療の 高額療養費算定基準額	他公費負担医療の支払額 保険種別	保険者番号 被保険者証の記号・番号
（入院日）		□ 実施要綱3（2）に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療				
（退院日）						
（入院日）		□ 実施要綱3（2）に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療				
（退院日）						

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの保険医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください	
--	-----	----------------------------	--

② ①の数値が「4／12」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を1万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を1万円とした月数のカウント	（医療機関名）	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください	
	（医療機関名）	／12		

（注1）上記②に該当する場合は「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（1割～3割。ただし、この記入欄においては、1割～3割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。

（注2）上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「4／12」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。

年 月						
日付	医療機関名（印）	医療内容	入院関係医療の自己負担額 （注1） 入院関係医療の高額療養費 算定基準額（注2）	窓口支払額 保険診療の 高額療養費算定基準額	他公費負担医療の支払額 保険種別	保険者番号 被保険者証の記号・番号
（入院日）		□ 実施要綱3（2）に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療				
（退院日）						
（入院日）		□ 実施要綱3（2）に 定める肝がん・重度 肝硬変入院関係医療				
（退院日）						

① 当該月の入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えたときの保険医療機関は、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、入院関係医療の自己負担額（1割～3割）が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた月数のカウント	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください	
--	-----	----------------------------	--

② ①の数値が「4／12」以上である場合で、当該月の入院関係医療を特定疾病給付対象療養としてその自己負担額を1万円としたときの指定医療機関は、指定医療機関ごとに、次の項目（数値）の入力を行ってください。

当該月以前の12月において、指定医療機関ごとに、入院関係医療を特定疾病給付対象療養として、その自己負担額を1万円とした月数のカウント	（医療機関名）	／12	当該月をカウントした場合は、右欄に○を入れてください	
	（医療機関名）	／12		

（注1）上記②に該当する場合は「10,000円」と記入してください。それ以外の場合は、入院関係医療の自己負担額（1割～3割。ただし、この記入欄においては、1割～3割が入院関係医療の高額療養費算定基準額を超えた場合は、その入院関係医療の高額療養費算定基準額とします。）を記入してください。

（注2）上記②に該当する場合は、特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を記入してください。上記②の数値が「4／12」以上である場合は、特定疾病給付対象療養としての多数回該当の基準額があるときは、その額となります。