

様式 6

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

○患者の方へのお願い

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、指定医療機関の窓口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、この記録票を請求書に添付してください。

○指定医療機関の会計窓口の方へのお願い

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致します。

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/ 全体の自己負担額	保険種別	保険者番号
			高額療養費の 該当の有無 (※)	被保険者証の 記号・番号	
(入院日)		<input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> 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)					

※実施要綱 3 (2) に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療が高額療養費に該当したかどうかをチェックしてください。

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/ 全体の自己負担額	保険種別	保険者番号
			高額療養費の 該当の有無 (※)	被保険者証の 記号・番号	
(入院日)		<input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> 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)					

※実施要綱 3 (2) に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療が高額療養費に該当したかどうかをチェックしてください。

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/ 全体の自己負担額	保険種別	保険者番号
			高額療養費の 該当の有無 (※)	被保険者証の 記号・番号	
(入院日)		<input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> 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)					

※実施要綱 3 (2) に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療が高額療養費に該当したかどうかをチェックしてください。

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/ 全体の自己負担額	保険種別	保険者番号
			高額療養費の 該当の有無 (※)	被保険者証の 記号・番号	
(入院日)		<input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> 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)					

※実施要綱 3 (2) に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療が高額療養費に該当したかどうかをチェックしてください。