肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の見直しの概要

保険薬局向け

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。

事業の見直しに伴う変更点

保険薬局向け

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

①１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。

②１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。

③１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

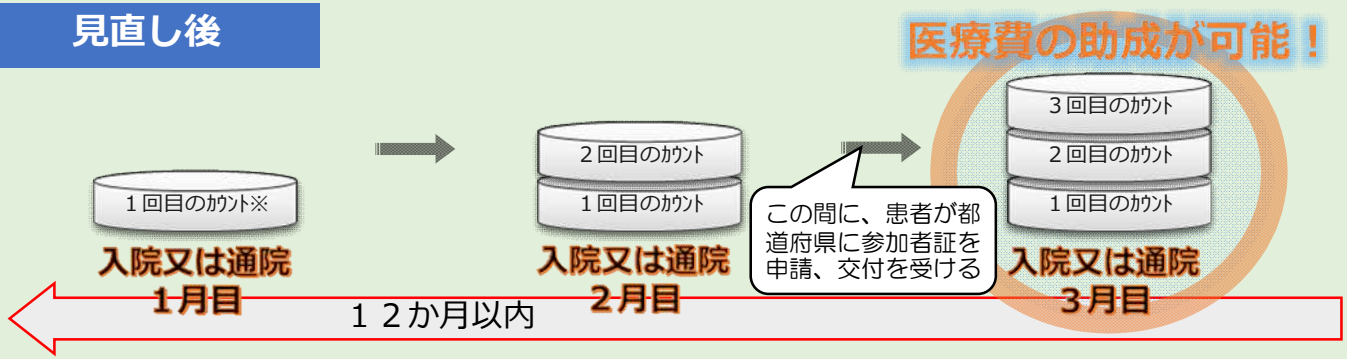
○助成の可否は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る１か月間の全ての医療機関等の医療費の合計額が高額療養費の限度額を超えるかどうかで判断しますので、対象となる医療費については、患者負担が21,000円未満※であっても全て記載してください。

※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円以上でないと他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円のとき、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。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の見直しに伴う変更点

保険薬局向け

見直し後



※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。

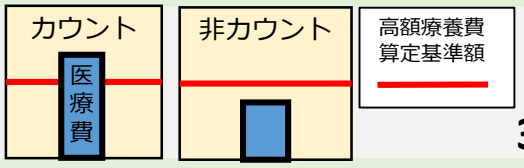
○窓口で一部負担金（３割等の金額）を徴収（これまでどおり）

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。

○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。

○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）

※　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**。



医療記録票（様式例）

保険薬局向け

別紙様式例６－１

【　　枚目】

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。 また、都道府県に償還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		性別		生年月日	年　月　日
住所					
保険種別		保険者番号		被保険者証の記号・番号	
（変更時）		（変更時）		（変更時）	

A欄	高額療養費算定基準額	①入院		②多数回該当の場合		③外来	

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

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	❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※１	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※２	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※３	❻ 関係医療の窓口支払額

※１：❸の１月間の累計額がＡ欄①又は②の基準額を超えた場合○印（Ｂ欄には「○入」又は「△入」と記載）

※２：❸の１月間の累計額がＡ欄③の基準額を超えた場合○印（Ｂ欄には「△外」又は「▲外」と記載）

※３：❺の１月間の合計額がＡ欄①又は②の基準額を超えた場合Ｂ欄には「○入＋△外」、「○入＋▲外」、「○入＋外」、「△入＋△外」、「△入＋外」、「入＋△外」、「入＋▲外」（※１欄、※２欄に○印が無い場合は「△合算」）のいずれかを記載

Ｂ欄に記載する記号等の説明	○：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）	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。）

○基礎情報の記載例

医療記録票の記載例①（基礎情報の記載例）

保険薬局向け

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。

別紙様式例６－１（改：案）**表面**

【　　枚目】

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）（検討中）

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。 また、都道府県に償還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	○○　○○	性別	○	生年月日	S　○年　○月　○日
住所	東京都千代田区○○－○○－○				
保険種別	B健康保険組合	保険者番号	ＩＪＫＬ－MNOP	被保険者証の記号・番号	765－43210
（変更時）		（変更時）		（変更時）	

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	エ	～年収約370万円 健保：標報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】
	オ	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 標報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 標報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

医療記録票の記載例②（月数カウント欄〔Ｂ欄〕の記載例）

保険薬局向け

○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					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		○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	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）（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	❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	❻ 関係医療の窓口支払額
R3/10/5	R3/10/25		○○病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600

⑴入院単独で基準額を超えた場合の例（⑶の場合を除く）　（参考）

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

⑵通院単独で基準額を超えた場合の例（⑶の場合を除く）

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

⑶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❸欄の１月間の累計額の合計額（❺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

保険薬局向け

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 （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。）	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						
	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	❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	❻ 関係医療の窓口支払額
R3/10/[illegible]	[illegible]		○○病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R3/12/2[illegible]	[illegible]2/30		○○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			○○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

医療記録票の記載例④-１（入院＋通院の記載例〔１〕）

保険薬局向け

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		△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〇印	特記事項がある場合〇印	❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	❻ 関係医療の窓口支払額
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

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、医療機関において〇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。

医療記録票の記載例④-１（入院＋通院の記載例〔１〕）

保険薬局向け

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】				
◇	◇	◆	◇◆	◇	◇	◇◆	◇	◇	◇	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆	◆
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〇印	特記事項がある場合〇印	❶ 関係医療の医療費総額（10割分）	❷ 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	❻ 医療の支払額
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			○○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、医療機関において〇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〇印」欄に〇印がある入院医療費の記載がありますので、❺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。

医療記録票の記載例④-１（入院＋通院の記載例〔１〕）

保険薬局向け

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	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5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

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〇印	特記事項がある場合〇印	❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	❻ 関係医療の償還払額
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	〇		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8			〇〇病院	〇		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〇印」欄に〇印がある医療費の記載がありますので、❺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か月以内に〇、△、▲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

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

Ｐ．１６に詳述

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）

Ｐ．１５に詳述

							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	❶ 関係医療の医療費総額（10割分）	❷ 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	❻ 関係医療の窓口支払額
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			○○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
			○○病院	○		36,000				10,800	10,800			10,800
			□□薬局			112,000				33,600	44,400			33,600
				○						10,800	55,200			10,800
										33,600	88,800	○		24,000
R4/7/5	7/29						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		84,600	21,600
		R4/8/22	□□薬局			112,000				33,600	55,200		118,200	33,600

Ｐ．１５に詳述

Ｐ．１６に詳述

Ｐ．１７に詳述

医療記録票の記載例④-２（入院＋通院の記載例〔２〕）

保険薬局向け

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	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		△入				△合算	△外		○入
	R４年					R５年						
	8月	9月			2月	1月	2月	3月	4月	5月		
	○入											

カウント６回目

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・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	◇◆ ❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	入院［現物給付（原則）］ ◇ ❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	◇ ❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	◇ ❹ ※１	通院（保険薬局含む）［償還払い］ ◇◆ ❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	◇◆ ❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	※２	同じ月に入院欄の◇通院欄の❸の記載がある場合は、その合計を記載 ※３	医療の支払額
R3/10/5	R3/10/25		○○病院			210,000	63,000	63,000	○					7,600
R3/12/2	R3/12/30		○○病院			210,000	63,000	63,000	○					7,600
R4/4/3	R4/4/7		○○病院	○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8			○○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			○○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			○○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		○○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

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。

医療記録票の記載例④-２（入院＋通院の記載例〔２〕）

保険薬局向け

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）

医療機関で記載

（参考）

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		△入				△合算	△外		○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		
	○入＋外											

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）

カウント６回目

◇ 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	◇◆ ❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	入院【現物給付（原則）】 ◇ ❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	◇ ❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	◇ ❹ ※１	通院（保険薬局含む）【償還払 ◇◆ ❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	◇◆ ❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	※２	同じ月に入院欄の 通院欄の❸の記載 る場合は、その合 を記載 ※３	系医療の 口支払額
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			○○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			○○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			○○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		○○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		84,600	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、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、❺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。

医療記録票の記載例④-２（入院＋通院の記載例〔２〕）

保険薬局向け

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		△入				△合算	△外		○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		
	○入＋△外											

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）

カウント６回目

◇ 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	◇◆ ❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	入院【現物給付（原則）】 ◇ ❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	◇ ❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	◇ ❹ ※１	通院（保険薬局含む）【償還払い】 ◇◆ ❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	◇◆ ❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	※２	同じ月に入院欄の❸ 通院欄の❸の記載がある場合は、その合計を記載 ※３	医療の支払額
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			○○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			○○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			○○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		○○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		84,600	21,600
		R4/8/22	□□薬局			112,000				33,600	55,200		118,200	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。

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、❺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】				
◇	◇	◆	◇◆	◇	◇	◇◆	◇	◇	◇	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆
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	❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	❻ 関係医療の窓口支払額
			○○病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
						210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/4/3	4/7			○		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8				○		72,000				21,600	21,600		51,600	21,600
		R4/4/8				112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3			○○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			○○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

医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

保険薬局向け

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				△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〇印	特記事項がある場合〇印	❶ 関係医療の医療費総額（10割分）	❷ 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	❻ 関係医療の自己支払額
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	〇		100,000	30,000	30,000						30,000
R4/4/8			〇〇病院	〇		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	〇		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、医療機関において〇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。

医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

保険薬局向け

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				△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

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	❶ 関係医療の医療費総額（10割分）	❷ 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸ 通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	❻ 医療の支払額
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			○○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			○○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。

医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

保険薬局向け

通院２回目〔外来診療〕

医療機関で記載

（参考）

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				△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

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〇印	特記事項がある場合〇印	❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※１	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※２	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※３	❻ 関係医療の自己支払額
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			○○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			○○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			○○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、医療機関において〇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〇印」の欄内に〇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。

医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

保険薬局向け

通院２回目〔保険薬局〕

保険薬局で記載

カウント４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	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

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	❶ 関係医療の医療費総額（10割分）	❷ 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載	医療の支払額
R3/10/5	R3/10/25		○○病院			210,000	63,0							,600
R3/12/2	R3/12/30		○○病院			210,000	63,0							7,600
R4/4/3	R4/4/7		○○病院	○		100,000	30,000	30,000						0,000
R4/4/8			○○病院	○		72,000				21,600	21,		51,600	21,600
		R4/4/8	□□薬局			112,000				33,600	55,200		85,200	33,600
R4/5/3			○○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			○○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。

医療記録票の記載例⑤（通院の記載例）

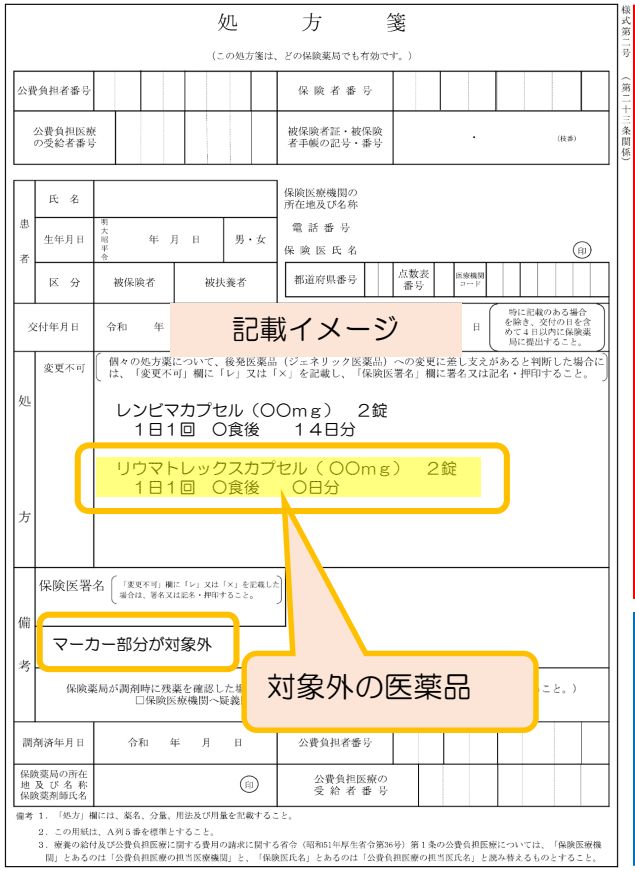
保険薬局向け

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	❶ 関係医療の医療費総額（１０割分）	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額（３割等）※円単位で記載	❸ 月間累計（❷の月間累計）※円単位で記載	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と通院欄の❸の記載がある場合は、その合計額を記載 ※3	❻ 関係医療の窓口支払額
R4/5/3			○○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			○○病院	○	○	36,000				10,800	55,200			10,800
		R4/5/25	□□薬局			112,000				33,600	88,800	○		24,000



- 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表示やアンダーライン等を付し、
「マーカ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表示やアンダーライン等を付し、
「マーカ表示やアンダーライン等を付したもの以外は対象外」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

保険薬局向け

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（月額カウント欄）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ったかどうかは、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

保険薬局向け

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

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

○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。