

秋田県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の指定医療機関

※県が指定した下記の医療機関が行う対象医療費に限り、医療費助成の対象となります。

指定医療機関名	所在地	電話番号
かづの厚生病院	鹿角市花輪字向畑18番地	0186-23-2111
大館市立総合病院	大館市豊町3番10号	0186-42-5370
能代山本医師会病院	能代市檜山字新田沢105番地の11	0185-58-3311
能代厚生医療センター	能代市落合字上前田地内	0185-52-3111
男鹿みなと市民病院	男鹿市船川港船川字海岸通り1号8番地6	0185-23-2221
秋田大学医学部附属病院	秋田市広面字蓮沼44番2	018-834-1111
市立秋田総合病院	秋田市川元松丘町4番30号	018-823-4171
秋田厚生医療センター	秋田市飯島西袋一丁目1番1号	018-880-3000
中通総合病院	秋田市南通みその町3番15号	018-833-1122
由利組合総合病院	由利本荘市川口字家後38	0184-27-1200
大曲厚生医療センター	大仙市大曲通町8番65号	0187-63-2111
平鹿総合病院	横手市前郷字ハツ口3番1	0182-32-5121
市立横手病院	横手市根岸町5番31号	0182-32-5001
市立大森病院	横手市大森字菅生田245番地205	0182-26-2141

申請・請求窓口 問い合わせ先

機関名	電話番号	対応する地域
大館保健所	0186-52-3952	大館市・鹿角市・鹿角郡
北秋田保健所	0186-62-1166	北秋田市・北秋田郡
能代保健所	0185-52-4333	能代市・山本郡
秋田中央保健所	018-855-5170	男鹿市・潟上市・南秋田郡
由利本荘保健所	0184-22-4122	由利本荘市・にかほ市
大仙保健所	0187-63-3404	大仙市・仙北市・仙北郡
横手保健所	0182-32-4006	横手市
湯沢保健所	0183-73-6155	湯沢市・雄勝郡
県庁保健・疾病対策課	018-860-1427	秋田市

本助成制度や助成に係る様式については
秋田県ホームページでも御案内しております。

●肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業

<https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/38666>



秋田県

B型・C型肝炎ウイルスが原因の

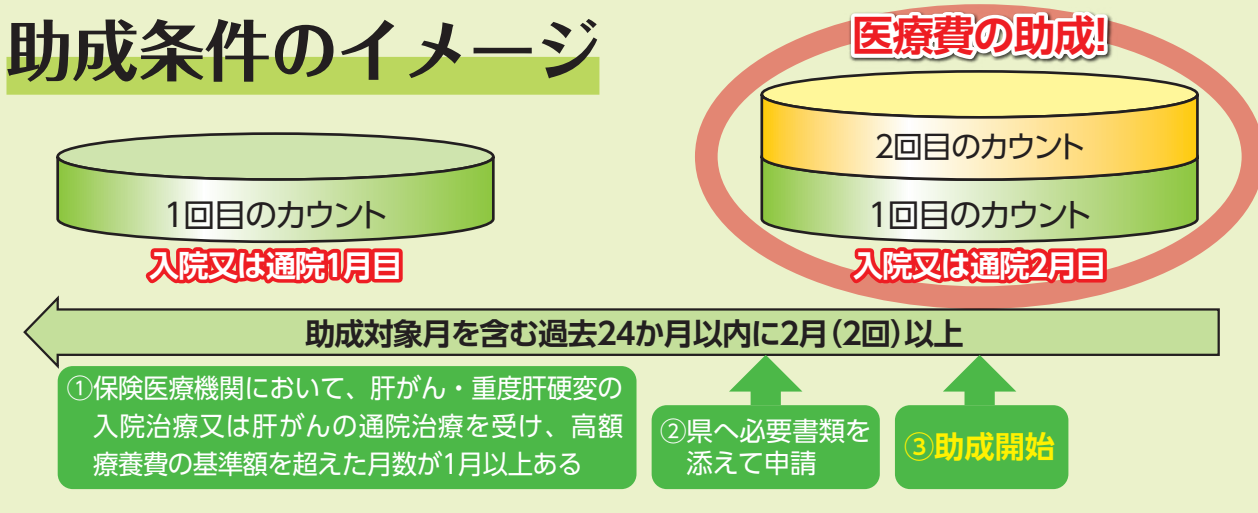
肝がん・重度肝硬変の 医療費助成のご案内



医療費の助成について

B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の対象医療で保険適用となっているもののうち、過去24月で高額療養費の限度額を超えた月が1月以上ある場合に、2月目以降で高額療養費を超えた月の対象医療費を自己負担上限月額1万円で治療ができます。

助成条件のイメージ



医療費助成の対象者について

次の項目全てを満たす方

- ☐ 秋田県内に住所を有する方
- ☐ 下表の年齢区分に応じて、それぞれ同表の階層区分に該当する方(世帯年収が約370万円以下の方)

年齢区分	階層区分
70歳未満	医療保険者が行う限度額適用認定又は限度額適用・標準負担額減額認定の適用区分が Ⅰ 又は Ⅱ に該当する方
70歳以上75歳未満	医療保険における一部負担金の割合が 2割 とされる方
75歳以上	後期高齢者医療制度において一部負担金の割合が 1割又は2割 とされる方

(注)65歳以上75歳未満であって後期高齢者医療制度に加入されている方のうち、後期高齢者医療保険者証の一部負担金の割合が1割又は2割とされている方を含む。

- ☐ B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変と診断されている方
- ☐ 肝がん・重度肝硬変で入院医療又は、肝がんの通院医療※を受けている方
※通院医療は、「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」及び「粒子線治療」に係る医療費が対象です。
- ☐ 肝がん・重度肝硬変による保険適用対象医療について、高額療養費に達した月が過去24か月において **1月**以上ある方
- ☐ 各種医療保険法のいずれかに加入している方
- ☐ 厚生労働省の治療研究に参加することに同意してくださる方

医療費助成を受けるには

医療費助成の対象者の条件を満たす方で医療費助成を受けるには、**参加者証の交付申請**が必要になります。

肝がん・重度肝硬変による保険適用対象医療について、高額療養費に達した月が過去24か月において**1月**に達したら、参加者証の申請手続きをお願いします。

参加者証の申請手続きについて

申請に必要な書類は、年齢によって変わります。

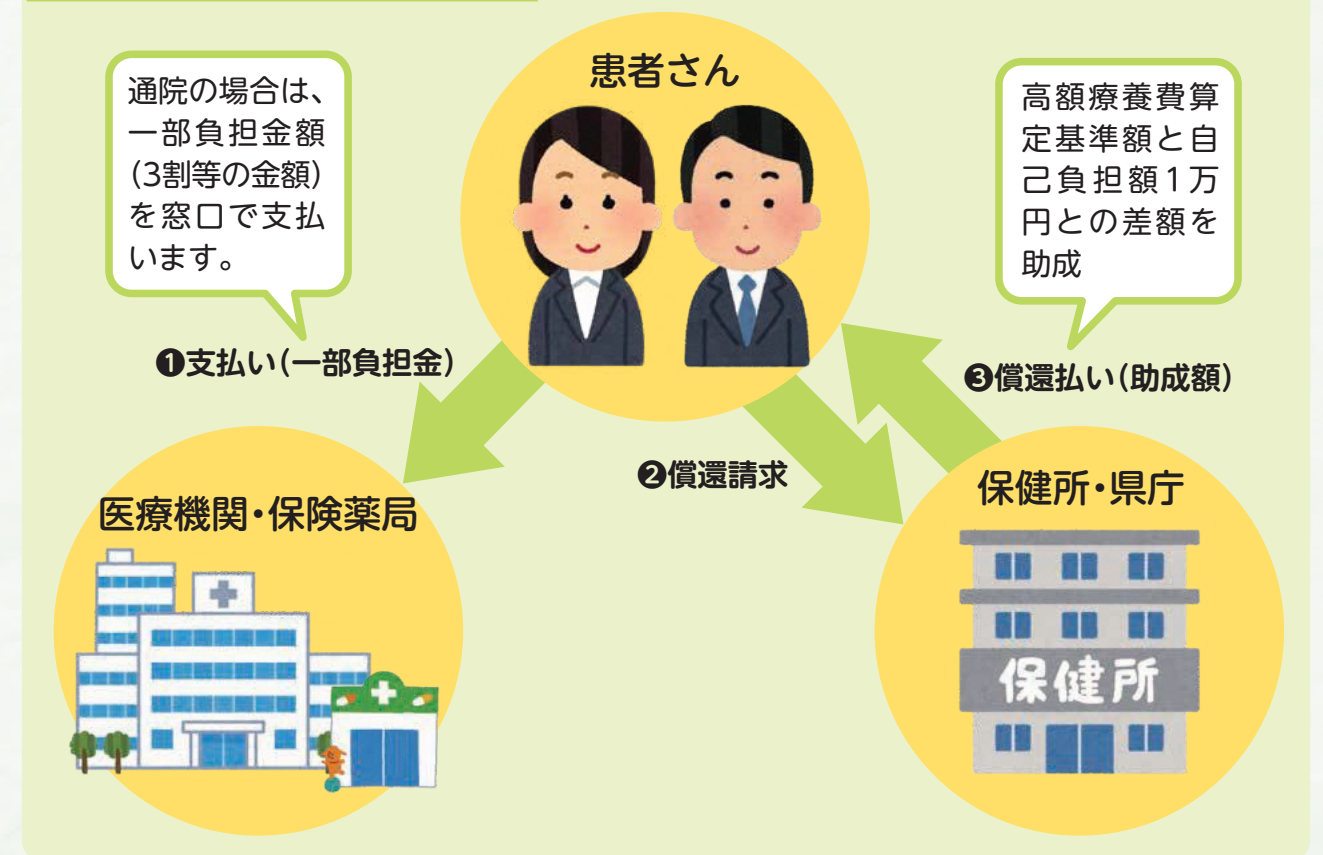
申請される方は、申請に必要な書類等を確認の上、住所を管轄する保健所、秋田市の方は、県庁保健・疾病対策課へ申請してください。

年齢区分	所得区分	申請に必要な書類等
70歳未満	[エ] (住民税課税)	☐ 申請書(様式1) ☐ 臨床調査個人票及び同意書(様式2) ☐ 医療保険の加入関係が確認できる書類の写し等 (資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証(R7.12.1まで)等) ☐ 限度額適用認定証 又は 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し ☐ 本人の住民票(発行後3か月以内) ☐ 医療記録票の写し(様式6-1又は6-2) ☐ 肝炎治療自己負担限度額月額管理票の写し (「肝炎治療受給者証」をお持ちの方で、核酸アナログ製剤治療を受けている方) ☐ 同意書(医療保険者への所得区分照会のため)※国保組合の方のみ
	[オ] (住民税非課税)	☐ 申請書(様式1) ☐ 臨床調査個人票及び同意書(様式2) ☐ 医療保険の加入関係が確認できる書類の写し等 (資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証(R7.12.1まで)等) ☐ 本人の高齢受給者証の写し ☐ 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書(最新のもの) ☐ 本人及び世帯全員の住民票(住民票謄本、発行後3か月以内) ☐ 医療記録票の写し(様式6-1又は6-2) ☐ 肝炎治療自己負担限度額月額管理票の写し (「肝炎治療受給者証」をお持ちの方で、核酸アナログ製剤治療を受けている方) ☐ 同意書(医療保険者への所得区分照会のため)※国保組合の方のみ
70歳以上 75歳未満	[Ⅲ] (一般所得)	☐ 申請書(様式1) ☐ 臨床調査個人票及び同意書(様式2) ☐ 医療保険の加入関係が確認できる書類の写し等 (資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証(R7.12.1まで)等) ☐ 本人の高齢受給者証の写し ☐ 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書(最新のもの) ☐ 本人及び世帯全員の住民票(住民票謄本、発行後3か月以内) ☐ 医療記録票の写し(様式6-1又は6-2) ☐ 肝炎治療自己負担限度額月額管理票の写し (「肝炎治療受給者証」をお持ちの方で、核酸アナログ製剤治療を受けている方) ☐ 同意書(医療保険者への所得区分照会のため)※国保組合の方のみ
	[Ⅱ] (低所得Ⅱ)	☐ 申請書(様式1) ☐ 臨床調査個人票及び同意書(様式2) ☐ 医療保険の加入関係が確認できる書類の写し等 (資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証(R7.12.1まで)等) ☐ 本人の高齢受給者証の写し ☐ 限度額適用認定証 又は 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し ☐ 本人の住民票(発行後3か月以内) ☐ 医療記録票の写し(様式6-1又は6-2) ☐ 肝炎治療自己負担限度額月額管理票の写し (「肝炎治療受給者証」をお持ちの方で、核酸アナログ製剤治療を受けている方) ☐ 同意書(医療保険者への所得区分照会のため)※国保組合の方のみ
	[Ⅰ] (低所得Ⅰ)	☐ 申請書(様式1) ☐ 臨床調査個人票及び同意書(様式2) ☐ 医療保険の加入関係が確認できる書類の写し等 (資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証(R7.12.1まで)等) ☐ 本人の高齢受給者証の写し ☐ 限度額適用認定証 又は 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し ☐ 本人の住民票(発行後3か月以内) ☐ 医療記録票の写し(様式6-1又は6-2) ☐ 肝炎治療自己負担限度額月額管理票の写し (「肝炎治療受給者証」をお持ちの方で、核酸アナログ製剤治療を受けている方) ☐ 同意書(医療保険者への所得区分照会のため)※国保組合の方のみ
75歳以上	[Ⅲ] (一般所得)	☐ 申請書(様式1) ☐ 臨床調査個人票及び同意書(様式2) ☐ 医療保険の加入関係が確認できる書類の写し等 (資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証(R7.12.1まで)等) ☐ 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書(最新のもの) ☐ 本人及び世帯全員の住民票(発行後3か月以内) ☐ 医療記録票の写し(様式6-1又は6-2) ☐ 肝炎治療自己負担限度額月額管理票の写し (「肝炎治療受給者証」をお持ちの方で、核酸アナログ製剤治療を受けている方)
	[Ⅱ] (低所得Ⅱ)	☐ 申請書(様式1) ☐ 臨床調査個人票及び同意書(様式2) ☐ 医療保険の加入関係が確認できる書類の写し等 (資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証(R7.12.1まで)等) ☐ 限度額適用認定証 又は 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し ☐ 本人の住民票(発行後3か月以内) ☐ 医療記録票の写し(様式6-1又は6-2) ☐ 肝炎治療自己負担限度額月額管理票の写し (「肝炎治療受給者証」をお持ちの方で、核酸アナログ製剤治療を受けている方)
	[Ⅰ] (低所得Ⅰ)	☐ 申請書(様式1) ☐ 臨床調査個人票及び同意書(様式2) ☐ 医療保険の加入関係が確認できる書類の写し等 (資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証(R7.12.1まで)等) ☐ 限度額適用認定証 又は 限度額適用・標準負担額減額認定証の写し ☐ 本人の住民票(発行後3か月以内) ☐ 医療記録票の写し(様式6-1又は6-2) ☐ 肝炎治療自己負担限度額月額管理票の写し (「肝炎治療受給者証」をお持ちの方で、核酸アナログ製剤治療を受けている方)

医療費助成の方法について

入院の場合	窓口での自己負担額が1万円になります。 ※参加者証を窓口に提示できない場合は、一部負担金(3割等の金額)を支払い、後日償還払いの手続きが必要になります。
通院の場合	償還払いで自己負担額が1万円になります。 ※窓口では一部負担金を支払い、後日、償還払い請求の手続きを行うことより、償還払い請求書に記載した口座に振り込まれます。

償還払いの流れについて



償還請求時に提出する書類

- ☐ 医療費償還払い請求書
- ☐ 医療保険の加入関係が確認できる書類の写し等
(資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証(R7.12.1まで)等)
- ☐ 請求者の参加者証の写し
- ☐ 医療記録票の写し
- ☐ 償還請求の対象月において受診した全医療機関、保険薬局が発行した領収書及び診療明細書

