

申請を検討している皆様へ

肝がん・重度肝硬変入院医療費の助成について【手引き】

○平成30年12月診療分より、B型・C型肝炎ウイルスを原因とする肝がん・重度肝硬変患者に対する入院医療費の助成を行います。

○県が定める指定医療機関において、対象医療が高額療養費の限度額を超えた月が過去12月で3月以上ある場合、4月目以降の自己負担額が1万円に軽減されます（詳しくは「有効期間」の欄をご覧ください）。

対象医療

- ・B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の患者に対して行われる入院関係医療（肝がん・重度肝硬変入院医療及び当該医療を受けるために必要となる検査料、入院料、その他当該医療に係る入院医療で保険適用となっているもの）であること（別添1）

- ・県が定める指定医療機関において行われた肝がん・重度肝硬変入院関係医療であること

- ・指定医療機関において当該医療が行われた月以前の12月以内に、肝がん・重度肝硬変入院関係医療（一部負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）を受けた月が既に3月以上あること（連続した3月でなくても可）

※肝がん・重度肝硬変の治療と無関係な治療は対象外です。

【対象外の例】

- ・他の臓器から転移した肝がんに対する治療（本事業の助成対象となる肝がんの転移による治療は対象となります。）

- ・直接の治療や検査等に伴って算定される報酬ではないもの（傷病手当金意見交付料など）

- ・入院時食事療養費及び入院時生活療養費等

対象者

- ・福島県に住所を有する方
- ・各種医療保険のいずれかに加入している方
- ・B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者（認定基準あり）

・指定医療機関において、肝がん・重度肝硬変による入院医療費について高額療養費の限度額を超えた月が過去12月において既に3月以上ある方（連続した3月でなくても可）

・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370万円未満の方）

年 齢 区 分	階 層 区 分
70歳未満	医療保険者（介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第7項に規定する医療保険者をいう。以下同じ。）が発行する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所得額の適用区分がエ又はオに該当する者
70歳以上75歳未満	医療保険者が発行する高齢受給者証の一部負担金の割合が2割とされている者
75歳以上（注）	後期高齢者医療被保険者証の一部負担金の割合が1割とされている者

（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している者のうち、後期高齢者医療被保険者証の一部負担金の割合が1割とされている者を含む。

・厚生労働省の肝がん・重度肝硬変治療研究に協力することに同意し、臨床調査個人票及び同意書（様式1）を提出した方

認定基準

・ウイルス性であることの診断・認定

①「B型肝炎ウイルス性」

HBs 抗原陽性あるいはHBV-DNA 陽性、のいずれかを確認できること

*B型慢性肝炎のHBs 抗原消失例を考慮し、HBs 抗原陰性であっても過去に半年以上継続するHBs 抗原陽性が認められるものは、含まれることとする。

②「C型肝炎ウイルス性」

HCV 抗体陽性（HCV-RNA 陰性でも含む）あるいはHCV-RNA 陽性、のいずれかを確認できること

・肝がんであることの診断・認定

現在あるいは以前に肝がんであることを、原則として次のいずれかの方法で確認すること。ただし、「肝がん」は原発性肝がん及びその転移のことをいう。

□画像検査 造影CT、造影MRI、血管造影/造影下CT

□病理検査 切除標本、腫瘍生検

- ・重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることの診断・認定

現在あるいは以前に重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることを、次のいずれかの基準で判定すること。

□Child-Pugh score 7点以上

□福島県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱別添1の2に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為」または、4に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）治療の医療行為と判断する薬剤等」のいずれかの治療歴を有する。

申請するまでの流れ

①肝がん・重度肝硬変による入院医療費が高額療養費に達した1月目に、入院先の医療機関(指定医療機関)から「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票」(様式3)(以下、「入院記録票」とする。)をお受け取りください。

②2回目以降の入院の会計時には必ず入院記録票を医療機関の窓口にご提出ください。

(※提出のお忘れや紛失があった場合、助成対象額を正しく判定できない場合がありますので取扱いには十分ご注意ください。)

③入院医療費が高額療養費に達する月が過去12ヶ月で3月以上(連続した3月でなくても可)になったら、交付申請が可能となりますので申請してください。

④申請書に基づき、県が審査を行います。認定された方には参加者証を交付します。また、認定基準を満たさない方には、書面によりお知らせします。

申請方法

・申請に必要となる書類を揃えて、住所地を管轄する保健所へ申請してください。

・申請書類に基づき、審査を行います。認定されると「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証」(様式4)を交付します。

※保健所へ申請してから参加者証の交付までに2、3か月程度かかります。

※県の審査の結果、対象者の要件を満たさないと判断した場合は、不承認となることもあります。申請にあたっては、ご自身が対象者となるのか十分確認してください。

申請に必要なとなる書類

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)	提出書類
70 歳未満	[適用区分工] ～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	・ 交付申請書（様式 2） ・ 臨床調査個人票及び同意書（様式 1） ・ 本人の医療保険の被保険者証の写し ・ 限度額適用認定証等の写し ・ 本人の住民票（抄本）の写し ・ 入院記録票の写し（様式 3） ・ 保険者照会に係る同意書（様式 2 の 1）
	[適用区分才] 住民税非課税者	
70 歳以上 75 歳未満	[一般] 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	・ 交付申請書（様式 2） ・ 臨床調査個人票及び同意書（様式 1） ・ 本人の医療保険の被保険者証の写し ・ 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・非課税証明書類 ・ 本人及び同一世帯の住民票（謄本）の写し ・ 入院記録票の写し（様式 3） ・ 保険者照会に係る同意書（様式 2 の 1）
	[低所得Ⅱ] 住民税非課税世帯	・ 交付申請書（様式 2） ・ 臨床調査個人票及び同意書（様式 1） ・ 本人の医療保険の被保険者証の写し ・ 本人の高齢受給者証の写し ・ 限度額適用認定証等の写し ・ 本人の住民票（抄本）の写し ・ 入院記録票の写し（様式 3） ・ 保険者照会に係る同意書（様式 2 の 1）
	[低所得Ⅰ] 住民税非課税世帯 (年金収入 80 万円以下など)	
75 歳以上	[一般] 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	・ 交付申請書（様式 2） ・ 臨床調査個人票及び同意書（様式 1） ・ 本人の後期高齢者医療被保険者証の写し ・ 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 ・ 本人及び同一世帯の住民票（謄本）の写し ・ 入院記録票の写し（様式 3） ・ 保険者照会に係る同意書（様式 2 の 1）
	[低所得Ⅱ] 住民税非課税世帯	・ 交付申請書（様式 2） ・ 臨床調査個人票及び同意書（様式 1） ・ 本人の後期高齢者医療被保険者証の写し ・ 限度額適用認定証等の写し ・ 本人の住民票（抄本）の写し ・ 入院記録票の写し（様式 3） ・ 保険者照会に係る同意書（様式 2 の 1）
	[低所得Ⅰ] 住民税非課税世帯 (年金収入 80 万円以下など)	

※※その他の書類も追加で提出を求める場合があります。

※事前に高額療養費制度の申請を行い、認定されている必要があります。

【注意点】

①臨床調査個人票及び同意書

- ・指定医療機関が交付したもの
- ・作成料は、助成対象外です。場合によっては、指定医療機関に作成料を支払う可能性があります。
- ・申請日前3か月以内に記載されたものであること
- ・同意書欄に署名があること

②住民票（抄本又は謄本）の写し

- ・自治体が発行した原本を提出すること（コピー不可）
- ・申請前3か月以内に発行されたものであること

有効期間

・参加者証の有効期間は、1年間です。ただし、被用者保険加入者で低所得者区分の方及び国民健康保険組合加入者については、申請時期にかかわらず有効期間は7月末までとなります。なお、必要と認められる場合は、更新することができます。

・管轄する保健所で、申請書を受理した月の初日から有効となります。

・助成を受けることができるのは、参加者証の有効期間内であって、本事業の対象となる医療費が高額療養費の算定基準額を超えた月のみとなります。（毎月、高額療養費の算定基準額を超えたか、及び当該月を含む過去12月以内に肝がん・重度肝硬変入院関係医療（一部負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）を受けた月が4月以上あるか、を確認することになります。）

※有効期間中、毎月1万円の自己負担となるわけではありません。

自己負担限度額（月額）

指定医療機関毎に1万円

参加証交付後の取扱い

・指定医療機関を受診する際は、必ず被保険者証等と併せ、参加者証及び入院記録票を指定医療機関の窓口に提示してください。

・限度額適用認定証等における適用区分が変更となる場合は、指定医療機関及び管轄する保健所へ申し出てください。

※県が定める同一の指定医療機関において、対象医療が高額療養費に達した月が過去12月で3月以上ある場合、4月目以降は、対象医療費の会計が自己負担額1万円（月額）までとなります。

更新

- ・必要と認める場合は、有効期間の更新を行うことができます。
- ・有効期間が満了する日までに申請する必要があります。
- ・申請書類は、新規申請時に必要となる書類のうち、臨床個人調査票及び同意書（様式1）及び限度額適用認定証等の写しを除く全ての書類に加え、交付された参加者証の写し及び医療保険における所得区分の認定を行うために必要な書類等（詳しくは、別紙「取扱いマニュアル」を参照）を新規申請と同様に提出してください。

※更新された参加者証の交付までに2、3か月程度かかります。早めの申請をお願いします。

※申請時点で過去12ヶ月以内に高額療養費算定基準額を超えた月が3月ない場合は更新できませんので、3月を満了す月に改めて新規として申請してください（個人票の添付は省略可）。

内容変更、再交付、事業の辞退、転出入の場合

- ・参加者証の交付後、次に該当する場合には、別途手続きが必要となります。
- ・所定の用紙に必要書類を添えて、速やかに住所地を管轄する保健所に提出してください。

手続きが必要となる場合		提出様式・添付書類等
1	申請書及び参加者証の記載内容に変更があった場合 ①氏名の変更 ②住所の変更 ③加入医療保険の変更	・変更申請書（様式6） ・参加者証の原本 ①変更後の住民票等氏名が確認できるもの ②変更後の住民票等 ③変更後の被保険者証（健康保険証）の写し ③限度額適用認定証等の写し又は本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類

2	参加者証の紛失、破損等により再交付が必要となった場合	・再交付申請書（様式7） ・破損・汚損の場合は参加者証の原本
3	他の都道府県へ転出する場合 ※転出日の属する月の翌月末日までに届け出ること	・転出届（様式8） ・参加者証の写し
4	他の都道府県で参加者証の交付を受けた後に、県内に転入した場合 ※転入日の属する月の翌月の末日までに申請すること	・交付申請書（様式2） ・転入前の参加者証の原本 ・新規申請時に提出する書類のうち、「臨床個人調査票及び同意書」と「入院記録票」を除く全ての提出書類を新規申請と同様に提出すること
5	研究に参加することの同意を撤回したい等認定の取消を求める場合 死亡又はその他の理由により参加者の資格を失った場合	・事業参加終了申請書（様式9） ・参加者証の原本 ※申請書の受理日の属する月の末日までは、同意の撤回はできません。

償還払い

・下記の場合に償還払いの請求をしていただくと、支払った医療費を払い戻します。

①申請後から参加者証が手元に届くまでに指定医療機関の窓口で医療費を支払った場合（有効期間内に限る）

②1月に同一の指定医療機関に複数回入院し、それぞれの入院医療費を合算すると高額療養費の限度額を超える場合

・次の書類を準備し、住所地を管轄する保健所へ請求手続きを行ってください。

※請求内容の審査後に口座へ振り込みとなりますが、個別の通知は行いませんので通帳の記帳欄でご確認ください。（振込まで約半年程度かかります。）

※請求する医療費が複数月となる場合は、月ごとに分けて請求してください。

〈提出書類〉※その他の書類も追加で提出を求める場合があります。

- ・医療費償還払い請求書（様式11）
- ・被保険者証等の写し
- ・参加者証の写し
- ・入院記録票の写し
- ・当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書、診療明細書及び「医療費証明書（様式11の1）」
- ・振込口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できる通帳又はカード等の写し

申請窓口・相談窓口

住所地	管轄保健所	住所	電話番号
二本松市、伊達市、 本宮市、伊達郡、安 達郡	福島県県北保健所	〒960-8012 福島市御山町 8-30	024-534-4113
須賀川市、田村市、 岩瀬郡、石川郡、田 村郡	福島県県中保健所	〒962-0834 須賀川市旭町 153-1	0248-75-7818
白河市、西白河郡、 東白川郡	福島県県南保健所	〒961-0074 白河市郭内 127	0248-22-6405
会津若松市、喜多方 市、耶麻郡、河沼郡、 大沼郡	福島県会津保健所	〒965-0873 会津若松市追手町 7-40	0242-29-5512
南会津郡	福島県南会津保健 所	〒967-0004 南会津郡南会津町田島字天道 沢甲 2542-2	0241-63-0306
相馬市、南相馬市、 双葉郡、相馬郡	福島県相双保健所	〒975-0031 南相馬市原町区錦町 1-30	0244-26-1329
福島市	福島市保健所	〒960-8002 福島市森合町 10-1	024-572-3152
郡山市	郡山市保健所	〒963-8024 郡山市朝日二丁目 15- 1	024-924-2163
いわき市	いわき市保健所	〒973-8408 いわき市内郷高坂町四方木田 191	0246-27-8595

<その他 お問い合わせ先>

福島県保健福祉部地域医療課

T E L 024-521-7238 F A X 024-521-2191

2. 詳細(年齢・保険者別に新規・更新の提出添付書類を整理)

○70歳未満・被用者保険

適用区分	新規申請	更新申請	保険者照会(更新時)
エ	- 臨床調査個人票等 - 被保険者証(写) - 限度額適用認定証等(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	- 参加者証(写) - 被保険者証(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) (保険者照会に係る通知1(2)②により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に限度額適用認定証等(写)の提出は不要)	○追加提出書類なし(更新申請時の照会不要)
オ	- 臨床調査個人票等 - 被保険者証(写) - 限度額適用認定証等(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	<7月早期> - 参加者証(写) - 被保険者証(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) - 被保険者の非課税証明書類	○7月下旬までに「被保険者の非課税証明書類(写)」の提出が必要 (適用区分オであることを保険者が確認するため)

○70歳未満・市町村国保

適用区分	新規申請	更新申請	保険者照会(更新時)
エ・オ	- 臨床調査個人票等 - 被保険者証(写) - 限度額適用認定証等(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	- 参加者証(写) - 被保険者証(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) (保険者照会に係る通知2(2)①により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に限度額適用認定証等(写)の提出は不要)	○追加提出書類なし(更新申請時の照会不要。課税所得について市町村が税情報を把握しているため)

○70歳未満・国保組合

適用区分	新規申請	更新申請	保険者照会(更新時)
エ・オ	- 臨床調査個人票等 - 被保険者証(写) - 限度額適用認定証等(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	<7月早期> - 参加者証(写) - 被保険者証(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) - 本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類又は本人のマイナンバー	○7月下旬までに「本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類(写)」又は「本人のマイナンバー」の提出が必要 (適用区分を判定するため)

●70歳以上75歳未満・被用者保険

適用区分	新規申請	更新申請	保険者照会（更新時）
Ⅲ (一般所得)	- 臨床調査個人票等 - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 - 本人及び世帯全員の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	- 参加者証(写) - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) (保険者照会に係る通知1(2)②により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に税関連書類の提出は不要)	●追加提出書類なし（更新申請時の照会不要）
Ⅱ (低所得Ⅱ)	- 臨床調査個人票等 - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 限度額適用認定証等(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	<7月早期> - 参加者証(写) - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) - 被保険者の非課税証明書類	●7月下旬までに「被保険者の非課税証明書類(写)」の提出が必要 (適用区分Ⅱであることを保険者が確認するため)
Ⅰ (低所得Ⅰ)	- 臨床調査個人票等 - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 限度額適用認定証等(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	<7月早期> - 参加者証(写) - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 本人及び世帯全員の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) - 被保険者及び被扶養者の非課税証明書類	●7月下旬までに「被保険者及び被扶養者の非課税証明書類(写)」の提出が必要 (適用区分Ⅰであることを保険者が確認するため)

●70歳以上75歳未満・市町村国保

適用区分	新規申請	更新申請	保険者照会（更新時）
Ⅲ (一般所得)	- 臨床調査個人票等 - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 - 本人及び世帯全員の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	- 参加者証(写) - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) (保険者照会に係る通知2(2)①により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に税関連書類の提出は不要)	●追加提出書類なし (更新申請時の照会不要。 課税所得について市町村が税情報を把握しているため)
Ⅱ (低所得Ⅱ) ・ Ⅰ (低所得Ⅰ)	- 臨床調査個人票等 - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 限度額適用認定証等(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	- 参加者証(写) - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) (保険者照会に係る通知2(2)①により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に限度額適用認定証等(写)の提出は不要)	●追加提出書類なし (更新申請時の照会不要。 課税所得について市町村が税情報を把握しているため)

●70歳以上75歳未満・国保組合

適用区分	新規申請	更新申請	保険者照会（更新時）
Ⅲ （一般所得）	- 臨床調査個人票等 - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 - 本人及び世帯全員の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	<7月早期> - 参加者証(写) - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 本人及び世帯全員の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) - 本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類又は本人のマイナンバー	●7月下旬までに「本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類(写)」又は「本人のマイナンバー」の提出が必要 （適用区分を判定するため）
Ⅱ （低所得Ⅱ） ・ Ⅰ （低所得Ⅰ）	- 臨床調査個人票等 - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 限度額適用認定証等(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	<7月早期> - 参加者証(写) - 被保険者証(写) - 高齢受給者証(写) - 本人及び世帯全員の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) - 本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類又は本人のマイナンバー	●7月下旬までに「本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類(写)」又は「本人のマイナンバー」の提出が必要 （適用区分を判定するため）

□75歳以上・後期高齢者医療保険

適用区分	新規申請	更新申請	保険者照会（更新時）
Ⅲ （一般所得）	- 臨床調査個人票等 - 後期高齢者医療被保険者証(写) - 本人及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類 - 本人及び世帯全員の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	- 参加者証(写) - 後期高齢者医療被保険者証(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) （保険者照会に係る通知3（2）により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に税関連書類の提出は不要）	□追加提出書類なし （更新申請時の照会不要。 課税所得について市町村が 税情報を把握しているため）
Ⅱ （低所得Ⅱ） ・ Ⅰ （低所得Ⅰ）	- 臨床調査個人票等 - 後期高齢者医療被保険者証(写) - 限度額適用認定証等(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写)	- 参加者証(写) - 後期高齢者医療被保険者証(写) - 本人の住民票(写) - 入院記録票(3/12以上)(写) （保険者照会に係る通知3（2）により、適用区分の変更があった場合、保険者から通知があるため、更新時に限度額適用認定証等(写)の提出は不要）	

(別添 1)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の
入院と判断するための医療行為一覧

1. 肝がんの医療行為

手術

区分番号	診療行為名称	請求コード
K695-00	肝切除術（部分切除）	150362610
K695-00	肝切除術（亜区域切除）	150362710
K695-00	肝切除術（外側区域切除）	150362810
K695-00	肝切除術（1 区域切除（外側区域切除を除く））	150362910
K695-00	肝切除術（2 区域切除）	150363010
K695-00	肝切除術（3 区域切除以上）	150363110
K695-00	肝切除術（2 区域切除以上で血行再建）	150363210
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）	150348010
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）	150348110
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）	150388710
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（1 区域切除（外側区域切除を除く））	150388810
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（2 区域切除）	150388910
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（3 区域切除以上）	150389010
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2 c m以内）（腹腔鏡）	150378410
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2 c m以内）（その他）	150378510
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2 c mを超える）（腹腔鏡）	150378610
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2 c mを超える）（その他）	150378710
K697-02	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（腹腔鏡）	150378210
K697-02	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（その他）	150378210
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	150376810
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）	150360710
K697-05	生体部分肝移植術	150284810

処置

J017-00	エタノール局所注入	140050910
D412-00	経皮的針生検法	160098010

放射線治療

M001-00	体外照射（高エネルギー放射線治療）	180020710*
M001-02	ガンマナイフによる定位放射線治療	180018910
M001-03	直線加速器による放射線治療	180026750*

注射

G003-00	抗悪性腫瘍剤局所持続注入	130007510
G003-03	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	130010410

画像診断

E003-00	造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影）	170027110
---------	----------------------------	-----------

* 該当する区分の検査すべてを含む。

2. 重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為

手術

区分番号	診療行為名称	請求コード
K532-00	食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）	150136110
K532-00	食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）	150136210
K532-02	食道静脈瘤手術（開腹）	150136350
K532-03	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）	150366910
K533-00	食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡）	150136510
K533-02	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	150270150
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	150376810
K621-00	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	150154510
K635-00	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	150159710
K635-02	腹腔・静脈シャントバルブ設置術	150260450
K668-2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	150401110
K711	脾摘出術	150179810
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	150271850
K697-05	生体部分肝移植術	150284810

処置

J008-00	胸腔穿刺	140003210*
J019-00	持続的胸腔ドレナージ	140004110
J010-00	腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む）	140003610
J021-00	持続的腹腔ドレナージ	140004510

画像診断

E003-00	造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影）	170027110
---------	----------------------------	-----------

* 該当する区分の検査すべてを含む。

3. 肝がんの医療行為と判断する薬剤等(一般名)

(1) 化学療法

殺細胞性抗癌剤：エピルビシン、ドキソルビシン、シスプラチン、ミリプラチン、マイトマイシン C、フルオロウラシル、ゲムシタビン、テガフル・ウラシル等

分子標的治療薬：ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンバチニブ等

(2) 鎮痛薬

オピオイド：モルヒネ、フェンタニル、ペチジン、ブプレノルフィン、ペンタゾシン、エプタゾシン、トラマドール、オキシコドン等

4. 重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為と判断する薬剤等（一般名）

(1) 肝性浮腫・腹水治療薬（利尿薬）

肝性浮腫あるいは腹水、難治性腹水等の病名を有し、かつ、下記薬剤を投与している場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。

- ・バゾプレッシン受容体拮抗薬：トルバプタン
- ・ループ系利尿薬：フロセミド、ブメタニド、トラセミド、プレタニド、アゾセミド
- ・カリウム保持性利尿薬：スピロノラクトン、トリウムテレン、カンレノ酸カリウム

(2) 肝性脳症治療薬

肝性脳症の病名を有し、効能又は効果として「慢性肝障害時における脳症の改善」を有する薬剤（商品名：アミノレバン、テルフィス、ヒカリレバン、モリヘパミン）による治療が実施されている場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。

(3) 抗ウイルス治療薬

効能又は効果として「HCV-RNA 陽性の C 型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善」を有する薬剤による治療が実施されている場合には、重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。ただし、肝炎治療特別促進事業において、非代償性肝硬変（Child-Pugh 分類 B 及び C）に対するインターフェロンフリー治療の対象患者と認定された者に限る。

5. その他の医療行為

別添 3「肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の病名の判断基準」に記載のある病名があり、入院で次に示す医療行為が行われた場合、本事業の入院医療と判断する。

- ・肝がんが肝臓以外に転移した時に転移巣に対して行われる手術（腫瘍摘出術等）
- ・肝がんが胆管に浸潤するなどした場合の減黄治療（内視鏡的胆道ドレナージ等）
- ・門脈血栓症に対する薬物治療（保険適用のある薬剤に限る）
- ・上記以外であって、肝がん・又は重度肝硬変（非代償性肝硬変）により発生したことが明らかな合併症状に対する治療を目的とした入院であるとして、本事業の入院医療と判断するもの。なお、当該医療行為の該当があった場合は、厚生労働省への事前の情報提供を要するため、情報提供票（参考様式）により福島県地域医療課に連絡すること。

臨床調査個人票及び同意書

フ リ ガ ナ 患 者 氏 名		性別	生年月日(年齢)		
		男・女	年	月	日 (満 歳)
住 所	郵便番号				
	電話番号 ()				
診 断 年 月	年 月	前医 (あれば記 載する)	医療機関名 医師名		
検 査 所 見	直近の所見を入力すること。 1. B型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる) ☐ HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日) 又は HBV-DNA陽性 (検査日: 年 月 日) ☐ HBs抗原消失例 (過去に6ヶ月以上間隔を空けて実施した連続する2回の測定結果でHBs抗原陽性である) 1回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日) 2回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー(該当する項目にチェックを入れる) ☐ HCV抗体陽性 (検査日: 年 月 日) ☐ HCV-RNA陽性 (検査日: 年 月 日) 3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ /μL 血清アルブミン _____ g/dL 血清総ビリルビン _____ mg/dL プロトロンビン時間 _____ % 4. 身体所見(該当する項目にチェックを入れる) (検査日: 年 月 日) 腹水 (☐なし、☐軽度、☐中程度以上) 肝性脳症 (☐なし、☐軽度(Ⅰ,Ⅱ)、☐昏睡(Ⅲ以上))				
診 断 根 拠	【肝がんの場合】(該当する項目にチェックを入れる) ☐画像検査(☐造影CT、☐造影MRI、☐血管造影/造影下CT) (検査日: 年 月 日) ☐病理検査(☐切除標本、☐腫瘍生検) (検査日: 年 月 日) ☐その他() ※その他の場合には、その具体的な内容を記載のうえ、根拠となる資料を添付すること。 【重度肝硬変(非代償性肝硬変)の場合】(該当する項目にチェックを入れる) ☐ Child-Pugh score で7点以上 (検査日: 年 月 日) ☐ 別に定める「重度肝硬変(非代償性肝硬変)の医療行為」の治療歴を有する。 (当該医療行為の実施日: 年 月 日)				
そ の 他 記 載 す べ き 事 項					
診 断	該当するすべての項目にチェックを入れる。 ☐肝がん (B型肝炎ウイルスによる) ☐肝がん (C型肝炎ウイルスによる) ☐重度肝硬変(非代償性肝硬変) (B型肝炎ウイルスによる) ☐重度肝硬変(非代償性肝硬変) (C型肝炎ウイルスによる)				
医療機関名及び所在地					
記載年月日 年 月 日					
医師氏名					
印					
同 意 書					
厚生労働省の研究事業について説明を受け、本研究事業の趣旨を理解し、臨床データ(臨床調査個人票等)を提供し、活用されることに同意します。 同意年月日 年 月 日 患者氏名 印 (代諾者の場合は代諾者の氏名 印)					

臨床調査個人票及び同意書の別紙として、指定医療機関が患者本人に臨床データの提供に関して説明するための資料が添付されます。

指定医療機関と患者本人との間で用いられるものとなりますが、都道府県から指定医療機関に交付していただくことになります。

なお、すべての患者に対して同一のものを示す必要があるので、交付にあたり、記載内容の追加・削除は行わないでください。

※2 認定の有効期間は、原則として、申請書を保健所が受理した月の初日から1年だが、被用者保険加入者で低所得者区分の者及び国民健康保険組合加入者については、申請時期にかかわらず有効期間は7月末までとなる。

別紙様式 2

【添付書類】

① 全ての申請者に共通するもの

ア 臨床調査個人票及び同意書

イ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(医療の給付を受けようとする日の属する月以前の12月以内に、指定医療機関において実施要綱第3(2)に定める肝がん・重度肝硬変入院関係医療(高額療養費が支給されるものに限る。)を受けた月数が既に3月上あることが記録されているもの)の写し

ウ 同意書(別紙様式2の1)

② 70歳未満の申請者の場合

ア 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証の写し

イ 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

ウ 申請者の住民票の写し

エ その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類

③ 70歳以上75歳未満の申請者の場合

ア 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証と高齢受給者証の写し

イ 限度額適用認定証等の写し(但し、所得区分が一般にあたる者を除く)

ウ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類

エ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般にあたる者は、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し

オ その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類

④ 75歳以上の申請者の場合

ア 申請者の氏名が記載された後期高齢者医療被保険者証の写し

イ 限度額適用認定証等の写し(但し、所得区分が一般にあたる者を除く)

ウ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類

エ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般にあたる者は申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し

オ その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類

○更新申請の場合は、上記①イ及び②～④の場合に応じた書類を添付し、更新前の参加者証の有効期限が満了する日までに申請すること。

○県外より転入した場合は、転出前に交付されていた参加者証及び上記②～④の場合に応じた書類を添付すること。

同 意 書

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の支給を受けるに当たり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、福島県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることに同意します。

年 月 日

福島県知事殿

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

(余白)

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。

○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 （注1）	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額（注2）	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	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指定医療機関は、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）	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額（注2）	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	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指定医療機関は、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）	窓口支払額	他公費負担医療の支払額	保険者番号
			入院関係医療の高額療養費 算定基準額（注2）	保険診療の 高額療養費算定基準額	保険種別	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指定医療機関は、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。

【参考】

肝がん・重度肝硬変入院医療	B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変の患者に対して行われる入院医療で保険適用となっているものうち、別添1に定めるもの(実施要綱3(1)より)
肝がん・重度肝硬変入院関係医療	肝がん・重度肝硬変入院医療及び当該医療を受けるために必要となる検査料、入院料その他当該医療に関係する入院医療で保険適用となっているもの（当該医療と無関係な医療は含まない。）(実施要綱3(2)より)

(別添1)
肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の入院と判断するための医療行為一覧
1．肝がんの医療行為

区分番号	診療行為名称	請求コード
K695-00	肝切除術（部分切除）	150362610
K695-00	肝切除術（亜区域切除）	150362710
K695-00	肝切除術（外側区域切除）	150362810
K695-00	肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））	150362910
K695-00	肝切除術（2区域切除）	150363010
K695-00	肝切除術（3区域切除以上）	150363110
K695-00	肝切除術（2区域切除以上で血行再建）	150363210
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）	150348010
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）	150348110
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）	150388710
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く））	150388810
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（2区域切除）	150388910
K695-02	腹腔鏡下肝切除術（3区域切除以上）	150389010
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（腹腔鏡）	150378410
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cm以内）（その他）	150378510
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（腹腔鏡）	150378610
K697-03	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（2cmを超える）（その他）	150378710
K697-02	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（腹腔鏡）	150378210
K697-02	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（その他）	150378210
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	150376810
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（その他）	150360710
K697-05	生体部分肝移植術	150284810

処置

J017-00	エタノール局所注入	140050910
D412-00	経皮的針生検法	160098010

放射線治療

M001-00	体外照射（高エネルギー放射線治療）	180020710*
M001-02	ガンマナイフによる定位放射線治療	180018910
M001-03	直線加速器による放射線治療	180026750*

注射

G003-00	抗悪性腫瘍剤局所持続注入	130007510
G003-03	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	130010410

画像診断

E003-00	造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影）	170027110
---------	----------------------------	-----------

* 該当する区分の検査すべてを含む。

2．重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為

手術

区分番号	診療行為名称	請求コード
K532-00	食道・胃静脈瘤手術（血行遮断術を主とする）	150136110
K532-00	食道・胃静脈瘤手術（食道離断術を主とする）	150136210
K532-02	食道静脈瘤手術（開腹）	150136350
K532-03	腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）	150366910
K533-00	食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡）	150136510
K533-02	内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	150270150
K615-00	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）（選択的動脈化学塞栓術）	150376810
K621-00	門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）	150154510
K635-00	胸水・腹水濾過濃縮再静注法	150159710
K635-02	腹腔・静脈シャントバルブ設置術	150260450
K668-2	バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術	150401110
K711	脾摘出術	150179810
K711-2	腹腔鏡下脾摘出術	150271850

処置

J008-00	胸腔穿刺	140003210*
J019-00	持続的胸腔ドレナージ	140004110
J010-00	腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排便を含む）	140003610
J021-00	持続的腹腔ドレナージ	140004510

画像診断

E003-00	造影剤注入（動脈造影カテーテル法）（選択的血管造影）	170027110
---------	----------------------------	-----------

* 該当する区分の検査すべてを含む。

3．肝がんの医療行為と判断する薬剤等（一般名）

(1) 化学療法	殺細胞性抗癌剤：エピドキシリン、ドキシフルビリン、シスプラチン、ミリプラチン、マイトマイシンC、フルオロウラシル、ゲムシタビン、テガフル・ウラシル等 分子標的治療薬：ソラフエニブ、レゾラフエニブ、レンパチニブ等
(2) 鎮痛薬	オピオイド：モルヒネ、フェンタニル、ペチジン、ブプレノルフィン、ペンタゾン、エプタゾン、トラマドール、オキシコドン等

4．重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為と判断する薬剤等（一般名）

(1) 肝性浮腫・腹水治療薬（利尿薬） 肝性浮腫あるいは腹水、難治性腹水等の病名を有し、かつ、下記薬剤を投与している場合には、 重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。 ・バゾプレクシン受容体拮抗薬：トルバグタン ・ループ系利尿薬：フロセミド、ブメタニド、トラセミド、プレタニド、アゾセミド ・カリウム保持性利尿薬：スピロノラクトン、トリアムテレン、カンレノ酸カリウム	
(2) 肝性脳症治療薬 肝性脳症の病名を有し、効能又は効果として「慢性肝障害時における脳症の改善」を有する薬剤（商品名：アミノレバニン、テルフィス、ヒカリレバニン、モリヘパミン）による治療が実施されている場合には、 重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。 (3) 抗ウイルス治療薬 効能又は効果として「HCV-RNA陽性のC型非代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善」を有する薬剤による治療が実施されている場合には、 重度肝硬変（非代償性肝硬変）の対象医療と判断する。ただし、肝炎治療特別促進事業において、非代償性肝硬変（Child-Pugh分類B及びC）に対するインターフェロンフリー治療の対象患者と認定された者に限る。	

5．その他の医療行為

別添3「肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の病名の判断基準」に記載のある病名があり、入院で次に示す医療行為が行われた場合、本事業の入院医療と判断する。
・肝がんが肝臓以外に転移した時に転移巣に対して行われる手術（腫瘍摘出術等）
・肝がんが胆管に浸潤するなどした場合の減黄治療（内視鏡的胆道ドレナージ等）
・門脈血栓症に対する薬物治療（保険適用のある薬剤に限る）
・上記以外であって、肝がん・又は重度肝硬変（非代償性肝硬変）により発生したことが明らかな合併症状に対する治療を目的とした入院であるとして、本事業の入院医療と判断するもの。なお、当該医療行為の該当がなかった場合は、厚生労働省への事前の情報提供を要するため、情報提供票（参考様式）により福島県地域医療圏に連絡すること。

別紙様式 4

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証								
公費負担者番号								
公費負担医療の 受 給 者 番 号								
参 加 者	住 所							
	氏 名							
	生 年 月 日	年 月 日					男 ・ 女	
保 険 種 別		協・組・共・国・後		被保険者証の記号・番号				
保 険 者 番 号					適 用 区 分			
有 効 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日						
自 己 負 担 月 額		1 0 , 0 0 0 円						
都 道 府 県 知 事 名 及 び 印		福島県知事 ㊟						
交 付 年 月 日		年 月 日						
備 考								

別紙様式 4

(裏面)

注意事項

1. 本証を交付された方は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（以下「本事業」という。）の参加者となり、2の条件を満たした場合に限り、別に定める対象医療の費用のうち4月以降の費用について、患者一部負担の月額が1万円になります。
2. 本事業において助成対象となる医療は、原則として、過去12月以内に、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月数が既に3月以上あるものに限られます。
3. 指定医療機関の窓口での負担が1万円となるのは、同一の月に、一つの指定医療機関における1回の入院で、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合です。
4. 同一の月に、一つの指定医療機関における複数回の入院で、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えたなどの場合は、償還払いの手続きをとることになります。
5. 窓口負担が1万円になった場合でも、審査支払機関の審査の結果によっては、条件を満たさないことになり、追徴となる可能性があるので留意してください。
6. 本証の交付を受けた際は、必ず、入院している指定医療機関に提示していきましょう。
7. 本証の有効期間の満了後に引き続き本事業に参加することを希望する場合は、有効期限が満了する日までに交付申請書に必要事項を記載し、知事が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、知事に更新の申請を行ってください。
8. 本証の住所、氏名、保険種別、被保険者証の記号・番号及び保険者番号に変更があったとき（他の都道府県に転居した場合を除く）は、速やかに、変更申請書及び変更箇所に関する書類に本証を添えて、知事に提出してください。
9. 都道府県外へ転出する場合（住民票を移した場合）において、転出後も本事業に参加し、参加者証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに、住所等変更箇所を記載した交付申請書を、本証と、転居先の都道府県が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、転出先の都道府県知事に提出してください。また、転出前には転出届及び本証の写しを知事に提出してください。
10. 知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを知事に提出することになります。
11. 厚生労働省の研究事業に協力することの同意の撤回を希望する場合、及び事業への参加を終了したい等の場合は、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」に必要事項を記載し、本証を添えて提出してください。なお、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」を県が受理した日の属する月の末日までは、同意が撤回されないことに留意してください。
12. 本証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、知事にその旨を届け出てください。
13. 本証を不正な目的で用いないでください。また、本証の利用は誠実に行ってください。
14. その他の問い合わせは下記に連絡してください。

連絡先

--

別紙様式 4

医療保険変更承認欄		
有効期間		
承認年月日		
加入医療保険		
保険種別	協・組・共・国・後	
被保険者証の記号・番号		
保険者番号		
承認印		

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
参加者証承認事項変更申請書

年 月 日

福島県知事

住 所
申請者
氏 名 印 (続柄：)
(代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印)

下記のとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証承認事項の変更を申請します。

受給者番号							
参加者氏名							
生年月日	年 月 日						

変 更 事 項 [1. 氏名 2. 住所 3. 加入医療保険]
(該当する番号に○をつけてください。)
変更年月日 年 月 日 から 変更

(以下、該当する項目のみ記入してください。)

項目	変 更 前	変 更 後
フリガナ 氏 名		
住 所		
加入医療保険	被 保 険 者氏名	参加者との続柄 ()
	保 険 種 別	協・組・共・国・後
	被保険者 証 の 記 号・番号	
	保 険 者 番号	

※ 注意事項

1. 交付された参加者証を添付してください。

2. 変更事項が 1 の場合は住民票又は戸籍抄本等氏名の変更が確認できる書類の写し、2 の場合は住民票の写し、3 の場合は保険者証の写し及び限度額適用認定証等の写し(一部の場合は世帯全員の住民税課税・非課税証明書類)を添付してください。(※必要に応じてその他の書類を求める場合があります。)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業

参加者証再交付申請書

年 月 日

福 島 県 知 事

住 所

申請者

氏 名 印 (続柄：)
(代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証を紛失（破損）したので再交付を申請します。

受 給 者 番 号							
参 加 者 氏 名							
生 年 月 日	年 月 日						
住 所							
紛失等の状況							

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業転出届

参加者氏名							
受給者番号							
転出 年月日							
転出先 都道府県							

上記のとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について県外へ転出することを届け出ます。

年 月 日

福島県知事

届出者

住 所

氏 名 印
(代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印)

※交付された参加者証の写しを添付してください。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書

年 月 日

福 島 県 知 事 殿

決定金額

円

※太枠欄は記入しないでください。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下のとおり請求します。

フリガナ		住所	〒	—
請求者 (参加者)	印		電話番号	()
氏名				

(代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印)

診療 年月	年 月	窓口支払額（全医 療の自己負担額）	a 入院関係医療の自 己負担額 （高額療養費が支給さ れている）	b 自己負担限度額	c=a-b 差引公費請求額
入院期間 （入院日～退院日）					
日～ 日		円	円	円	円
日～ 日		円	円	円	円
日～ 日		円	円	円	円
合計		円	円	円	円

ふりがな		公費負担者 番号									
参加者氏名		公費負担医療 の受給者番号									
有効期間											
振込口座 (請求者)	(金融機関名)							支店 出張所	支店コード	種別	
										普 通・当 座	
	口座 番号							ふ り が な 口 座 名 義			

- (注) 1. 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。
- ① 請求者（参加者）の氏名が記載された被保険者証、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証の写し
 - ② 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
 - ③ 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票の写し
 - ④ 当該月において受診した全ての医療機関が発行した領収書、診療明細書及び指定医療機関が発行した「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費証明書」（別紙様式 1 1 の 1）
 - ⑤ 振込口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人が確認できる通帳又はカード等の写し
 - ⑥ その他（知事が申請内容の審査に必要と認める書類）
2. 振込口座については、請求者（参加者）の名義の口座を記載してください。
3. 本請求は、1 月ごとにとりまとめて請求してください。
4. 審査に時間を要するため、請求から支払まで基本的に半年程度かかります。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費証明書

(医療機関証明欄)

受給者番号

受給者氏名

【記入上の注意事項】 肝炎治療特別促進事業による公費請求を行った場合は、肝がん等該当分に含めず、肝炎該当分に記入願います。 償還払額は、原則、高額療養費支給後の患者負担額のうち、肝がん等該当分の診療報酬比率に応じた金額となります。							
診療 年月	入院期間	医療保険 の種類 (自己負担割合)	区分	診療報酬 (点)	実際の医療費等内訳 (円)		
					患者窓口負担額	公費負担額	
年 月	日 ～ 日	(割)	肝がん等 該当分				
			肝炎該当分				
			その他				
			合計				
			肝がん等に係る疾病名 ()				
			DPC 包括算定の有無 (あり ・ なし)				
年 月	日 ～ 日	(割)	肝がん等 該当分				
			肝炎該当分				
			その他				
			合計				
			肝がん等に係る疾病名 ()				
			DPC 包括算定の有無 (あり ・ なし)				
年 月 日							
上記のとおり証明します。							
所在地							
指定医療機関 名 称 印							
代 表 者							

※ 用語の意味
肝がん等：肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
肝炎：肝炎治療特別促進事業