（様式６－１）

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業） 記載例

【　枚目】

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、青森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。

健康保険証等に記載されている患者の情報を記載。
(変更があった際は変更後の情報を「変更時」に記載)

氏名		性別	男	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）			

該当患者の、高額療養費算定基準額を記載。(後期高齢者医療で2割負担の人は「※配慮措置あり」と余白に記載)

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	18,000

○各月の医療費がA欄の基準額を超えた(医療実績記載欄の❹に○がある)場合、「○、△、入、外」の記号を記載。(記載ルールは下記参照)
○B欄に診療月を含む過去24か月以内に記号が2個以上あり、かつ診療月が有効期間内である場合、助成対象となります。
（例:このB欄において、R7年4月は、4月の△印と、4月を含めて遡った24か月以内のR5年5月に▲印があるため、助成対象となります。

B欄

R5年 4月	5月	6月	7月
	▲外		

R6年 4月	5月	6月	7月

年 8月	9月	10月	11月	12月	R7年 1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
								△入			

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	◇◆ 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
R5.5.10			○○病院	○		50,000				5,000	5,000			5,000
		R5.5.10	××薬局	○		200,000				20,000	25,000	○		18,000
R7.4.10	R7.4.20		○○病院			600,000	60,000	60,000	○					57,600
R7.4.25			○○病院	○		100,000				10,000	10,000		70,000	0

分子標的薬等に係る治療の場合、○印を記載

1枚の処方箋で助成対象の医薬品と、助成対象外の医薬品(肝がん治療とは無関係)を同時に処方する場合は、○印を記載
※かつ、処方箋の中で対象外となる医薬品が分かるように記載する(該当医薬品にマーカーする等)

対象医療費の10割相当額を記載

【入院医療の記載欄】
❷:関係医療の**自己負担額(3割等)**を円単位で記載
❸:❷の月間累計額を円単位で記載
❹:❸が基準額(A欄の①又は②)を超えた場合○印を記載
※B欄には「○入」又は「△入」と記載。詳細は医療記録票最下段の「B欄に記載する記号等の説明」も参照。

【外来(通院、調剤)の記載欄】
記載方法は入院と同じ。

同じ月に入院と外来両方の欄に記載がある場合、入院の❸と外来の❸の月間累計額を記載

対象医療で、**実際に患者が窓口で支払った金額**を記載

B欄及び医療実績記載欄に記載する記号等の記載ルール

※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。）