（様式第6の1号）　医療記録票
（茨城県肝がん・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、茨城県に償還払いを請求する場合は、この記録票のコピーを、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	
被保険種別	
被保険者番号	
被保険者証の記号・番号	

↓ 変更時

被保険種別	
被保険者番号	
被保険者証の記号・番号	

A欄	高額療養費算定基準額	①入院	円
		②多数回該当の場合	円
		③外来	円

B欄	(　　)年					
	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月
	(　　)年					
	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月
	(　　)年					
	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月
	(　　)年					
	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月	(　)月

B欄に記載する記号等の説明

○：入院が高額療養費基準額を超え、
　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）
△：高額療養費算定基準額（入院・外来）を超えた場合。※上記の場合を除く
　（多数回該当がある高額療養費算定基準額を超えた場合）
▲：70歳以上の者が外来に係る高額療養費算定基準額を超えた場合
　（多数回該当がない高額療養費算定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つある場合でもカウントは1回）

現物給付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
（医療機関毎にカウントする）

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 【原則現物給付】			外来・保険薬局【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	分子標的薬又は肝動注化学療法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）	❷ 関係医療の自己負担額 ※円単位	❸ ❷の月間累計 ※円単位	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額 ※円単位	❸ ❷の月間累計 ※円単位	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と外来欄の❸の記載がある場合、その合計額 ※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〇（B欄には「〇入」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〇（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「〇入＋△外」、「〇入＋▲外」、「〇入＋外」、「△入＋△外」、「△入＋外」、「入＋△外」、「入＋▲外」のいずれかを記載。※1欄、※2欄に〇がない場合は「△合算」を記載。

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 【原則現物給付】			外来・保険薬局【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	分子標的薬又は肝動注化学療法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）	❷ 関係医療の自己負担額 ※円単位	❸ ❷の月間累計 ※円単位	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額 ※円単位	❸ ❷の月間累計 ※円単位	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と外来欄の❸の記載がある場合、その合計額 ※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〇（B欄には「〇入」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〇（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「〇入＋△外」、「〇入＋▲外」、「〇入＋外」、「△入＋△外」、「△入＋外」、「入＋△外」、「入＋▲外」のいずれかを記載。※1欄、※2欄に〇がない場合は「△合算」を記載。

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 【原則現物給付】			外来・保険薬局【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	分子標的薬又は肝動注化学療法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）	❷ 関係医療の自己負担額 ※円単位	❸ ❷の月間累計 ※円単位	❹ ※1	❷ 関係医療の自己負担額 ※円単位	❸ ❷の月間累計 ※円単位	❹ ※2	❺ 同じ月に入院欄の❸と外来欄の❸の記載がある場合、その合計額 ※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〇（B欄には「〇入」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〇（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「〇入＋△外」、「〇入＋▲外」、「〇入＋外」、「△入＋△外」、「△入＋外」、「入＋△外」、「入＋▲外」のいずれかを記載。※1欄、※2欄に〇がない場合は「△合算」を記載。