

(別添1)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の診断・認定基準

医師が肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）と診断し、臨床調査個人票を作成し、それに基づき都道府県知事が認定する際の基準を以下の通り定める。

○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」であることについては、HBs抗原陽性又はHBV-DNA陽性のいずれかを確認する。
*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」であることについては、HCV抗体陽性（HCV-RNA陰性でも含む）又はHCV-RNA陽性のいずれかを確認する。

○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。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。

- ・Child-Pugh score 7点以上
- ・別添3の2に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為」又は、4に定める「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）」のいずれかの治療歴を有する。

(別添2)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の病名の判定基準

1. 肝がん患者であるかの判定基準

電子カルテ用 ICD10 対応標準病名マスター

病名	病名管理番号	ICD10 コード	病名交換用コード
肝癌	20057051	C220	C5L0
肝細胞癌	20057070	C220	U7HP
原発性肝癌	20060439	C220	HU4F
肝細胞癌破裂	20099318	C220/K768	G0UC
肝内胆管癌	20057132	C221	VF8J
胆管細胞癌	20070164	C221	PFSN
混合型肝癌	20087874	C227	G3VC
肝癌骨転移	20087470	C795	FT2V

2. 重度肝硬変（非代償性肝硬変）患者であるかの判定基準

電子カルテ用 ICD10 対応標準病名マスター

病名	病名管理番号	ICD10 コード	病名交換用コード
肝不全	20057155	K729	S3TE
非代償性肝硬変	20074455	K746	R6ML
慢性肝不全	20076391	K721	R8R3
B型非代償性肝硬変	20100410	B181	J13K
C型非代償性肝硬変	20100412	B182	EP6J
肝腎症候群	20057092	K767	BB1J
肝肺症候群	20090073	K768	VNRP
肝性昏睡	20057095	K729	KHRO
肝性脳症	20057096	K729	N50L
肝性浮腫	20057097	R609	E188
肝性腹水	20057098	R18	UBQ0
肝浮腫	20057156	K768	USD3
難治性腹水	20072330	R18	L8C7
腹水症	20075375	R18	SQTN
肝性腹水	20088105	K769/J91	D80E
肝細胞性黄疸	20057071	K729	J4UV
胃静脈瘤	20054220	I864	JE9H
胃静脈瘤出血	20094926	I864	UFU2
胃静脈瘤破裂	20094925	I864	HRMP
食道静脈瘤	20065291	I859	UAFB
食道静脈瘤出血	20065292	I850	TC7G
食道静脈瘤破裂	20065293	I850	M8GP
食道胃静脈瘤	20087148	I859/I864	F0F7

肝硬変に伴う食道静脈瘤	20096774	K746/I982	J6S5
肝硬変に伴う食道静脈瘤出血	20102608	K746/I982	P711
門脈圧亢進症	20077171	K766	G190
門脈圧亢進症性胃症	20088064	K766	F7M7
門脈圧亢進症性腸症	20093513	K766/K638	HJ0Q
門脈圧亢進症性胃腸症	20093515	K766/K928	TEVN
細菌性腹膜炎	20062300	K658	EJSD

(別添3)

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の例示

以下の1～5は、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の一例を示したものであり、例示されていない医療行為又は今後新たに医療保険の適用となる医療行為であっても、肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的であると判断される医療行為については、実施要綱3（1）で定める肝がん・重度肝硬変入院医療に該当するものとする。

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（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
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：エビルピシン、ドキシソルピシン、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、ゲムシタピン、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、レンパチニブ、カボザンチニブ、ラムシルマブ、ベバシズマブ等

アテゾリズマブ、デュルバルマブ、トレメリムマブ、ベムプロリズマブ等

(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、エブタゾシン、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：アミノレバン、テルフィス、ヒカリレバン、モリヘバミン）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又は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2「肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の病名の判定基準」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、当該医療行為については、事前に都道府県を通じてその内容を厚生労働省に情報提供するものとする。

(別添4)

肝がん外来医療に該当する医療行為

1. 肝がん外来医療に該当する医療行為

(1) 分子標的薬を用いた化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

分子標的治療薬：ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンパチニブ、カボザンチニブ、
ラムシルマブ、ペバシズマブ等
アテゾリズマブ、デュルバルマブ、トレメリムマブ、ベムプロリズマブ等

(2) 肝動注化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

殺細胞性抗癌剤：フルオロウラシル、シスプラチン等

(3) 粒子線治療

(4) その他の医療行為

上記(1)から(3)までの医療行為により発生した副作用に対する治療を目的とした医療行為。

2. その他

上記1を行うために明らかに必要と認められる外来医療(薬剤の処方を含む)であるとして、肝がん外来医療に該当する医療行為と判断するもの。

(別紙様式例1)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（新規・更新） 交付申請書										
申請者 (医療の給付を受けようとする者)	氏名							性別	男・女	
	生年月日	年 月 日								
	住所	(電話)								
	個人番号									
	加入医療保険	被保険者氏名						申請者との続柄		
保険種別		協・組・共・国・後					被保険者証の記号・番号			
保険者番号										
病名										
本助成制度 利用歴	1. あり 2. なし 公費負担者番号・受給者番号 () 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)									
核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付の有無	現在、核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を 1. 受けている。 [交付を受けている場合は、申請月以前の24月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写しを添付すること。] 2. 受けていない。									
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、同意するので、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の（新規・更新）交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 (代理人の場合は代理人の氏名を記載)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">知事 殿</p>										

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、参加者証を交付している都道府県知事に、変更箇所を交付申請書に記載し、参加者証及び変更箇所について確認できる関係書類を添えて提出すること。

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) <input type="checkbox"/> HBs抗原陽性(検査日: 年 月 日) 又は <input type="checkbox"/> HBV-DNA陽性(検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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抗原陽性であらう) 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) <input type="checkbox"/> HCV抗体陽性(検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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 _____ / μ L 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(<input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 軽度、 <input type="checkbox"/> 中程度以上) 肝性脳症(<input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 軽度(I、II)、 <input type="checkbox"/> 中程度(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) <input type="checkbox"/> 画像検査(<input type="checkbox"/> 造影CT、 <input type="checkbox"/> 造影MRI、 <input type="checkbox"/> 血管造影/造影下CT)(検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 病理検査(<input type="checkbox"/> 切除標本、 <input type="checkbox"/> 腫瘍生検)(検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 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。 【重症肝硬変(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) <input type="checkbox"/> Child-Pugh scoreで7点以上(検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 別に定める「重症肝硬変(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。 <input type="checkbox"/> 肝がん (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 肝がん (C型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 重度肝硬変(非代償性肝硬変) (B型肝炎ウイルスによる) <input type="checkbox"/> 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				
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 (代読者の場合は代読者の氏名)				

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となります。

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ため、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。

(別紙様式例3)

<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 </div>								
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	10,000円 <small>※裏面の注意事項3に該当する入院は窓口で自己負担額が1万円となりますが、その他の外来等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ことにより自己負担額が1万円となります。</small>							
都 道 府 県 知 事 名 及 び 印	(都道府県名)		(都道府県知事名)		⑨			
交 付 年 月 日	年		月	日				
備 考	所得の変動に伴い標準報酬月額（所得区分）の変更を知った場合は、保険者及び都道府県に報告してください。							
核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付の有無						有 ・ 無		

(別紙様式例3)

(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2月目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24月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（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1月以上ある場合であって、指定医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月のものに限られます。
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. 肝がん外来関係医療及び注意事項3に該当しない肝がん・重度肝硬変入院関係医療は、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、受診等をする指定医療機関及び保険薬局に提示してください。
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、交付申請書に必要事項を記載し、居住する都道府県の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、『本証を交付した都道府県知事』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・番号又は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、変更した箇所を交付申請書に記載し、本証と、変更箇所に関する書類を添えて、『本証を交付した都道府県知事』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。
10. 都道府県知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを都道府県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又は事業への参加を終了したい場合は、下の連絡先（本証を交付した都道府県の担当係）宛てに、「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」を都道府県が受理した日に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、『本証を交付した都道府県知事』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 ○○都道府県○○部○○課○○係 (TEL: 000-000-0000)

(別紙様式例4)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書														
公費負担者番号														
公費負担医療の 受給者番号														
住 所														
ふりがな 氏 名														
生 年 月 日		年		月		日	男 ・ 女							
参加者証の 有効期間	自		年		月		日	至		年		月		日
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証													
参加終了の理由 (任意記載)	1. 自分の臨床データを活用されたくない 2. 医療費の助成を受けたくない 3. その他 ()													
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、厚生労働省の研究事業に臨床データ（臨床調査個人票等）を提供し、活用されることに同意して本事業に参加しておりましたが、今般、同意を撤回することとし、事業への参加を終了することとしたいので申請します。</p> <p>なお、本申請書の受理日の月の末日まで、臨床データ（臨床調査個人票等）が活用されることについてあらかじめ了承いたします。</p>														
申請者氏名														
年 月 日														
(都道府県名) 知事殿														

(別紙様式例5)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書								
公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								
住 所								
ふ り が な 氏 名								
生 年 月 日	年 月 日						男 ・ 女	
参加者証の 有効期間 (直近のもの)	自 至		年	年	月	月	日	日
助成制度の 利用実績	自 至		年	年	月	月	日	日
終了年月日	年 月 日 (※受理日の月の末日)							
終了の理由	1. 参加終了申請書の提出 2. その他 ()							
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業への参加は、上記終了年月日をもって終了することを通知する。なお、同日付をもって、本事業に関する臨床データ（臨床調査個人票等）の活用を終了するものとする。</p> <p>年 月 日</p> <p>(都道府県名) (都道府県知事名) ㊟</p>								

(別紙様式例6-2)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票
(指定医療機関以外の保険医療機関・保険薬局用)

私は、下に記載するとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局で肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を証明します。

氏名	生年 月日		年 月 日	性別
住所				
保険者 番号			保険 種別	
被保険者証の 記号・番号				
入院月	年 月 (今月 回目)		入院 期間	年 月 日から 年 月 日まで
通院 年月日	年 月 日		調剤 年月日	年 月 日
医療機関等名				
医療内容等	関係資料のとおり			

【備考】

○患者の方へのお願い

本記録票は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(別紙様式例6-1)に記載しない場合に、別紙様式例6-1による医療記録票の代わりになるものとなります。

当該保険医療機関又は保険薬局を受診等し、関係医療を受けたことを確認できる書類(領収書及び診療明細書等)を関係資料として添付して保管し、指定医療機関又は保険薬局を受診等する場合や償還払いの請求を行う場合に、別紙様式例6-1による医療記録票と併せて、指定医療機関又は保険薬局や都道府県知事に提出してください。

別紙様式例6-1による医療記録票に記載しない保険医療機関又は保険薬局を受診等する度に、本記録票を作成してください。

○指定医療機関又は保険薬局の方へのお願い

本記録票は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(別紙様式例6-1)に記載しない場合に、別紙様式例6-1による医療記録票の代わりになるものとなります。

患者の方から本記録票が提示されましたら、同時に提示される別紙様式例6-1による医療記録票に記載されている内容を踏まえて、別紙様式例6-1による医療記録票への記載や医療費の助成等の対応をお願いいたします。

なお、患者の方が指定医療機関に初めて入院又は通院された場合で、本記録票のみが提示された場合は、本記録票の内容も踏まえて、別紙様式例6-1による医療記録票への記載、交付等を行ってください。

また、別紙様式例6-1による医療記録票に既に記載されている月よりも前の月にかかる受診等についての本記録票が提示された場合、別紙様式例6-1による医療記録票の日欄に、本記録票に記載された内容及び関係医療を受けたことを確認できる書類を確認し追記してください。

○都道府県の方へのお願い

この医療記録票を受理した際は、記載の医療機関に指定医療機関となるよう働きかけを行ってください。

(別紙様式例7)

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

● ● 知 事 殿

請求者(参加者) 住所 〒

氏名

電話番号 () -

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に請求します。
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

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						
振込口座 (請求者)	〔金融機関名〕				支店 出店所	支店コード	種別				
							普通・当座				
口座 番号					ふりがな						
					口座名義						

※提出にあたっての注意事項。

- 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。
 - 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
 - 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
 - 請求者(参加者)の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し等
 - 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及び診療明細書
 - 振込先の口座番号等が確認できる資料(キャッシュカードの写し等)
 - 核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付を受けている場合は、助成対象となる医療を受けようとする月以前の24月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し
 - その他(都道府県知事が必要と認める書類)
- 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。

(都道府県記入欄)

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書

知事 殿

開設者の住所（法人の場合は主たる事務所の所在地）

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いの定めるところに従って、医療を担当します。

記

医療機関	名称	電話（ ）					
	種類	病院 ・ 診療所（有床・無床）					
	所在地						
	医療機関コード						
開設年月日		年 月 日					
開設者	住所（※1）						
	氏名（※2）						
指定申請区分	①入院及び外来	<input type="checkbox"/> 実施要綱5（1）①に該当する施設である。					
	②外来のみ	<input type="checkbox"/> 実施要綱5（1）②に該当する施設である。					
指定医療機関の役割		① 肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び別紙様式例6-1による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の交付を行うこと。 ② 別紙様式例6-1による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の記載を行うこと。 ③ 肝がん・重度肝硬変患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来医療に従事している医師に臨床調査個人票等を作成させ、交付すること。 ④ 当該月以前の2-4月以内に実施要綱3（6）の①から③までに掲げる医療を受けた月数が既に1月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。 ⑤ その他、助成の対象になり得る患者に対し本事業に関する周知を行うなど、指定医療機関として本事業に必要な対応を行うこと。					

※1）開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地。 ※2）開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名。

肝がん・重度肝硬変の方 医療費の助成対象かもしれません

治療 **2** 月目から **入院^{※1}も通院^{※1}も** **自己負担** 月 **1** 万円へ

1月あたり 最大47,600円の医療費の助成が受けられます!^{※2}

条件1

B型・C型肝炎ウイルス
が原因の「**肝がん**」や「**重度肝硬変**」
の治療を受けている

1月基準額を超えた
段階で申請できます

条件2



過去2年間(24ヶ月)で、1月あ
たりの医療費[※]の窓口負担が
高額療養費の
基準額を超える月が
2月以上ある場合

※対象となる医療による治療費が医療費に限りません。

条件3

参加者証の取得

指定医療機関にて「**臨床調査
個人票**」を記入してもらい、
「**医療記録票**」の写し等を添付
し、都道府県に「**参加者証**」の
交付を申請してください。

■入院又は通院している医療機関が、指定医
療機関に指定されていない場合は、都道府
県に相談してください。

条件4
年収約 **370万円以下**

※1 肝がん・重度肝硬変の入院治療、肝がんの遠隔治療
(分子標的薬を用いた化学療法、放射線治療)は、母子
健康手帳が対象となります。

※2 助成を受けるためには、毎年要旨の交付書、1月の医療
費と年収による窓口負担の医療費が高額療養費の基
準額を超える必要がある場合があります。

＼ 令和6年4月1日より申請しやすくなりました。／

条件すべてに該当する方は、申請することができます

詳しくはお住まいの都道府県、指定医療機関にお問い合わせください。



肝がん・重度肝硬変の方 医療費の助成対象かもしれません

治療2月目から入院^{※1}も通院^{※2}も **自己負担** 月**1**万円へ

1月あたり 最大47,600円の医療費の助成が受けられます!^{※2}

条件1

B型・C型肝炎ウイルス
が原因の「肝がん」や「**重度肝硬変**」
の治療を受けている

1月基準額を超えた
段階で申請できます

条件2



過去2年間(24ヶ月)で、1月あ
たりの医療費[※]の窓口負担が
高額療養費の
基準額を超える月が
2月以上ある場合

※対象となる医療による治療目的の医療費に限り、

条件3

参加者証の取得

指定医療機関にて「**臨床調査
個人票**」を記入してもらい、
「**医療記録票**」の写し等を添付
し、都道府県に「**参加者証**」の
交付を申請してください。

■入院又は通院している医療機関が、指定医
療機関に指定されていない場合は、都道府
県に相談してください。

条件4

年収約**370万円以下**

※1 肝がん・重度肝硬変の入院治療、肝がんの通院治療
(手術療法を用いた化学療法、肝臓移植療法、電子
線治療)が対象となります。

※2 助成を受けるためには、参加者証の交付後、1月の初旬
となるまでにある治療目的の医療費が高額療養費の額
申請が認められる必要があります。

＼ 令和6年4月1日より申請しやすくなりました。／

条件すべてに該当する方は、申請することができます

詳しくはお住まいの都道府県、指定医療機関にお問い合わせください。



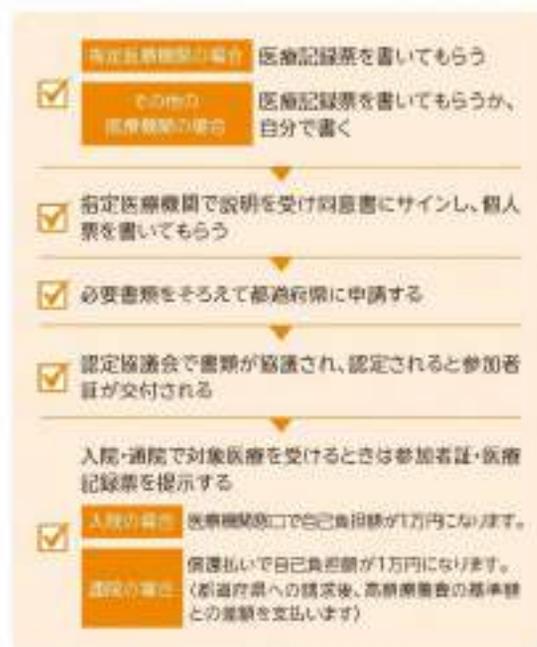
B型・C型肝炎ウイルスによる 肝がん・重度肝硬変の医療費助成制度の詳細

「参加者証」の申請に必要な書類一覧

必要書類	対象		
	70歳未満	70歳以上 75歳未満	75歳以上
① 臨床調査個人票と同意書	●	●	●
② 申請される方の氏名が記載された 医療保険の被保険者証の写し	●	—	—
③ 申請される方の氏名が記載された 医療保険の被保険者証と高齢受給証の写し	—	●	—
④ 申請される方の氏名が記載された 後期高齢者医療被保険証の写し	—	—	●
⑤ 制度適用認定証又は 制度適用・標準負担減額認定証の写し	●	—	—
⑥ 制度適用・標準負担減額認定証の写し (所得区分が「一般」にあたる者を除く)	—	●	●
⑦ 申請される方の住民票の写し 住民税課税・非課税証明書類(所得区分が「一般」にあたる者)	—	●	●
⑧ 申請される方の住民票の写し	●	—	—
⑨ 申請される方の住民票の写し (所得区分が「一般」にあたる者も、申請者及び申請者と同一の世帯 に属するすべての方について記載のある住民票の写し)	—	●	●
⑩ 医療記録票の写し	●	●	●

※申請先に関しては、お住まいの都道府県、指定医療機関にお問い合わせください。

助成方法



よくあるご質問

※詳しくは、お住まいの都道府県、若しくは指定医療機関にご確認ください。

Q どのような制度か教えてください。
肝がんの治療中であれば受けられるのですか？

B型・C型肝炎ウイルスを原因とする肝がん、(重症)肝硬変と診断されている方で、年収約370万円以下であることなど、一定の条件を満たしている場合に助成を受けることができる制度です。

Q 医療記録票、臨床調査個人票及び
同意書の記入方法を教えてください。

同意書を除き、臨床調査個人票は指定医療機関、医療記録票は指定医療機関、薬局で記入してもらいましょう。指定医療機関以外で対象となる医療を受けた場合は、ご自身で医療記録票を記入いただくことになります。

Q 助成を受けるためには、
どこに何を申請すれば良いでしょうか？
申請書類や申請方法について教えてください。

助成を受けるためには、都道府県に「参加者証」を交付してもらうための申請が必要となりますので、必要書類をご用意いただき、都道府県に申請をお願いします。申請窓口は都道府県のHP等でご確認ください。年齢の区分毎に申請に必要な書類が異なりますのでご注意ください。

都道府県(場合によっては医療機関)から、医療記録票、臨床調査個人票及び同意書を受け取り、指定医療機関や薬局で記入してもらいましょう。

Q 条件を満たした場合の助成内容について、
自己負担はいくらになるのが、高額療養費制度と
同時に使えるのか教えてください。

高額療養費の基準額を超えた月の自己負担額が1万円となります。1月あたり、最大で47,600円の助成が受けられます。高額療養費制度も同時に使うことができます。

Q 年収約370万円以下というのは
どのように確認すれば良いのでしょうか？

年収約370万円以下の条件を満たすかどうかの確認は、ご自身の高額療養費の制度適用認定証の所得区分(適用区分)をご確認ください。70歳未満の方であれば「区分E」が「区分F」の方、70歳以上の方であれば「I」が「II」の方(70歳以上の方で、所得区分が「一般」の方は保険証(高齢受給者証)で確認ができ、一部負担金の割合が「1割」が「2割」の方が対象になります。

Q この制度は、現在、自分が通っている
医療機関以外でも利用することができますか？

この制度の指定医療機関であれば医療機関が変わっても利用できます。対象の医療機関については、肝炎医療についてまとめている情報サイト「肝ナビ(肝炎医療ナビゲーションシステム)」が各都道府県のHP等でご確認ください。また、薬局については治療費の取扱いがあれば、どの薬局でもご利用いただけます。

肝ナビ
肝炎医療ナビゲーションシステム



肝がんや重度肝硬変の 患者さんの支援のため

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の

指定医療機関

の指定申請のお願い。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業とは・・・

B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変の患者さん（年収約370万円以下の方）を対象に、肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療（分子標的薬を用いた化学療法、肝動注化学療法又は粒子線治療に限る）に係る医療費が高額療養費算定基準額（高療）を超えた月が助成月を含み過去2年間で2月以上の場合に、指定医療機関で受けた医療にかかる費用が高療を超えた月について、患者さんの自己負担額が1万円となるよう助成します。

指定医療機関の要件は下記の2点です。

- 肝がん・重度肝硬変に係る医療を適切に行うことができる。
- 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実施に協力できる。

指定医療機関の指定の手続。

- 提出書類は、指定医療機関指定申請書1枚です。
- 都道府県が指定します。



- 入院と通院の繰り返しにより医療費が高額となる患者さんの負担軽減のため、指定医療機関指定申請書を都道府県の担当課に提出してください。
- 詳細は都道府県の担当課に御確認ください。

都道府県記入欄

厚生労働省ホームページの「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」から、事業の詳細を確認することができます。

