

がんポータルさが

検索



医療機関リスト 電子ブックめっけ

めっけ 佐賀 肝炎

検索



お問合せ先

お住まいの地域	管轄の保健福祉事務所	電話番号
佐賀市、多久市、小城市、 神埼市、吉野ヶ里町	佐賀中部保健福祉事務所 健康指導担当	(0952) 30-1905
鳥栖市、基山町、 上峰町、みやき町	鳥栖保健福祉事務所 健康推進担当	(0942) 83-3579
唐津市、玄海町	唐津保健福祉事務所 健康推進担当	(0955) 73-4186
伊万里市、有田町	伊万里保健福祉事務所 健康推進担当	(0955) 23-5186
武雄市、鹿島市、嬉野市、 大町町、江北町、白石町、 太良町	杵藤保健福祉事務所 健康推進担当	(0954) 22-2104

制度に関するお尋ねは

佐賀県 がん撲滅特別対策室	(0952) 25-7491
佐賀大学医学部附属病院 肝臓なんでも相談窓口	(0952) 34-3731 平日10時～16時

医療記録票



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月目から入院も通院も自己負担月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

01 医療費助成対象について

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

1回目のカウント 2回目のカウント
入院または通院1月目 入院または通院2月目
過去24ヶ月以内
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
※対象となる疾患による治療目的の医療費に限ります。

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（分子標的薬を用いた化学療法、肝動注化学療法、粒子線治療）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月の対象となる疾患による治療目的の医療費が高額療養費の基準額を超える必要があります。

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。
詳しくは指定医療機関にお問い合わせください。

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

患者様へのお願い

肝がん・重度肝硬変に係る「治療や検査」を受けた場合は、この医療記録票を医療機関・薬局の窓口**に忘れずに提示してください。**
このノートは、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の申請時に必要な医療記録票の代わりになるノートです。

氏 名			
性 別		生年月日	年 月 日
住 所			
医療機関名	(連絡先)		
保 険 薬 局	(連絡先)		
保険種別			
(変更時)			
保険者番号		被保険者証の 記号・番号	
(変更時)		(変更時)	

02 医療記録票（基本情報）

記載例

氏名、生年月日を記載

【A欄】当該患者の高額療養費算定基準額を記載
(算定基準額の記載パターンはP25、26へ)
※記載例は70歳以上で区分“一般”のケース

別紙様式4-1

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

A欄・B欄

氏名

生年月日

年

月

日

高額療養費算定基準額を記載してください。

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
	(変更時)	①入院		②多数回該当の場合		③外来	

各月の医療費がA欄の基準額を超えた場合、記号(○△入外)を記載してください。

B欄	R5 年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
										△入	△外	
	R6 年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
		△外										
	年						年					
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月

【B欄】各月の医療費がA欄の基準額を超えた場合に記載
(P9以降の④の欄に○がある場合)

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

A欄・B欄

氏 名

生年月日

年

月

日

高額療養費算定基準額を記載してください。

A 欄	高額療養費算定基準額	①入院		②多数回該当 の場合		③外来	
	(変更時)	①入院		②多数回該当 の場合		③外来	

各月の医療費がA欄の基準額を超えた場合、記号(○△入外)を記載してください。

05 A 欄・ B 欄	年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
	年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
	年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
	年											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月

入院の場合:1月間の累計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合、B欄に「○入」又は「△入」と記載

外来の場合:1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合、B欄に「△外」又は「▲外」と記載

入院と外来がある場合: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「○入+△外」、

「○入+▲外」、「○入+外」、「△入+△外」、「△入+外」、「入+△外」、「入+▲外」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)	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。)
	△: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)	保険診療上の多数回該当の判定方法: 過去24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。)
	▲: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)	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24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。)

06

A
欄・
B
欄

記載例

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

入院・通院の記録

別紙様式4-1

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)

[illegible]

- 分子標的薬等の導入に係る入院
- 分子標的薬に係る通院で
該当／非該当のどちらかに“○”

1枚の処方箋で助成対象の医薬品
と対象外医薬品(対象の肝がんの治
療とは無関係と医師が判断する薬)
を同時に処方する場合に“〇”

…処方箋の中で医師が対象外医薬品にマーカーを付すなど、対象外と分かるように記載

**対象医療費の
10割相当額
を記載**

【入院はこちらに記載】

②… 対象医療費の自己負担額
(3割等)

※①の額に対する自己負担額
(1割～3割)を記載
※高額療養費の限度額ではない

③…②の月間累計額

④…③がA欄の基準額を
超える場合に“○”

【外来はこちらに記載】

記載方法は入院と同様

対象医療費で
患者が実際に
窓口で支払った
額を記載

同月に入院と外来の両方の記載がある場合入院の③と外来の③の月間累計額を記載

日

通院(保険薬局含む)【償還払い】

又は「△入」と記載)
「▲外」と記載)

日

又は「△入」と記載)
「▲外」と記載)

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

入院・通院の記録

氏 名

生年月日

年

月

日

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【現物給付（原則）】			通院（保険薬局含む）【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 薬等に係る 治療の場合 （どちらかに○）	特記 事項が ある場合 ○印	① 関係医療の 医療費総額 （10割分）	② 関係医療の 自己負担額 （3割等） ※円単位で記載	③ 月間累計 （②の 月間累計） ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 （3割等） ※円単位で記載	③ 月間累計 （②の 月間累計） ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に 入院欄の②と 通院欄の③の 記載がある場合は、 その合計額を記載	⑥ 関係医療の 窓口支払額	記録 担当者
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											

※ 1：③の1月間の累計額がP5A欄①又は②の基準額を超えた場合○印（P5B欄には「○入」

※ 2：③の1月間の累計額がP5A欄③の基準額を超えた場合○印（P5B欄には「△外」又は

又は「△入」と記載）

「▲外」と記載）

13

入院・通院の記録

14

入院・通院の記録

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

入院・通院の記録

氏 名

生年月日

年

月

日

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【現物給付（原則）】			通院（保険薬局含む）【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 薬等に係る 治療の場合 （どちらかに○）	特記 事項が ある場合 ○印	① 関係医療の 医療費総額 （10割分）	② 関係医療の 自己負担額 （3割等） ※円単位で記載	③ 月間累計 （②の 月間累計） ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 （3割等） ※円単位で記載	③ 月間累計 （②の 月間累計） ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に 入院欄の②と 通院欄の③の 記載がある場合は、 その合計額を記載	⑥ 関係医療の 窓口支払額	記録 担当者
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											

※ 1：③の1月間の累計額がP5A欄①又は②の基準額を超えた場合○印（P5B欄には「○入」

※ 2：③の1月間の累計額がP5A欄③の基準額を超えた場合○印（P5B欄には「△外」又は

又は「△入」と記載）

「▲外」と記載）

15

入院・通院の記録

16

入院・通院の記録

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

入院・通院の記録

氏 名

生年月日

年

月

日

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【現物給付（原則）】			通院（保険薬局含む）【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 薬等に係る 治療の場合 （どちらかに○）	特記 事項が ある場合 ○印	① 関係医療の 医療費総額 （10割分）	② 関係医療の 自己負担額 （3割等） ※円単位で記載	③ 月間累計 （②の 月間累計） ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 （3割等） ※円単位で記載	③ 月間累計 （②の 月間累計） ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に 入院欄の②と 通院欄の③の 記載がある場合は、 その合計額を記載	⑥ 関係医療の 窓口支払額	記録 担当者
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											

※ 1：③の1月間の累計額がP5A欄①又は②の基準額を超えた場合○印（P5B欄には「○入」

※ 2：③の1月間の累計額がP5A欄③の基準額を超えた場合○印（P5B欄には「△外」又は

又は「△入」と記載）

「▲外」と記載）

17

入院・通院の記録

18

入院・通院の記録

日

「▲外」と記載)

目

通院(保険薬局含む)【償還払い】

又は「△入」と記載)
「▲外」と記載)

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

入院・通院の記録

氏 名

生年月日

年

月

日

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【現物給付（原則）】			通院（保険薬局含む）【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 薬等に係る 治療の場合 （どちらかに○）	特記 事項が ある場合 ○印	① 関係医療の 医療費総額 （10割分）	② 関係医療の 自己負担額 （3割等） ※円単位で記載	③ 月間累計 （②の 月間累計） ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 （3割等） ※円単位で記載	③ 月間累計 （②の 月間累計） ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に 入院欄の②と 通院欄の③の 記載がある場合は、 その合計額を記載	⑥ 関係医療の 窓口支払額	記録 担当者
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											

※ 1：③の1月間の累計額がP5A欄①又は②の基準額を超えた場合○印（P5B欄には「○入」

※ 2：③の1月間の累計額がP5A欄③の基準額を超えた場合○印（P5B欄には「△外」又は

又は「△入」と記載）

「▲外」と記載）

23

入院・通院の記録

24

入院・通院の記録

高額療養費算定基準額の記載パターン

年 齢 区 分	限度額適用認定証等に記載されている適用区分	自己負担割合	医療記録票A欄(高額療養費算定基準額)		
			① 入 院	②多数回該当の場合	③ 外 来
70歳未満	エ	30%	57,600円	44,400円	57,600円
	オ	30%	35,400円	24,600円	35,400円
70歳以上75歳未満	Ⅲ(一般)	20%	57,600円	44,400円	18,000円
	Ⅱ(低所得Ⅱ)	20%	24,600円	-	8,000円
	Ⅰ(低所得Ⅰ)	20%	15,000円	-	8,000円
75歳以上	Ⅲ(一般)	20%	57,600円	44,400円	※注1) 下記参照
		10%			18,000円
	Ⅱ(低所得Ⅱ)	10%	24,600円	-	8,000円
	Ⅰ(低所得Ⅰ)	10%	15,000円	-	8,000円

※注1) 【外来】6,000円+(医療費-30,000円)×0.1又は18,000円のいずれか低い額

◆対象者の所得区分要件

70歳未満

医療保険者が発行する限度額適用認定証、または限度額適用・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

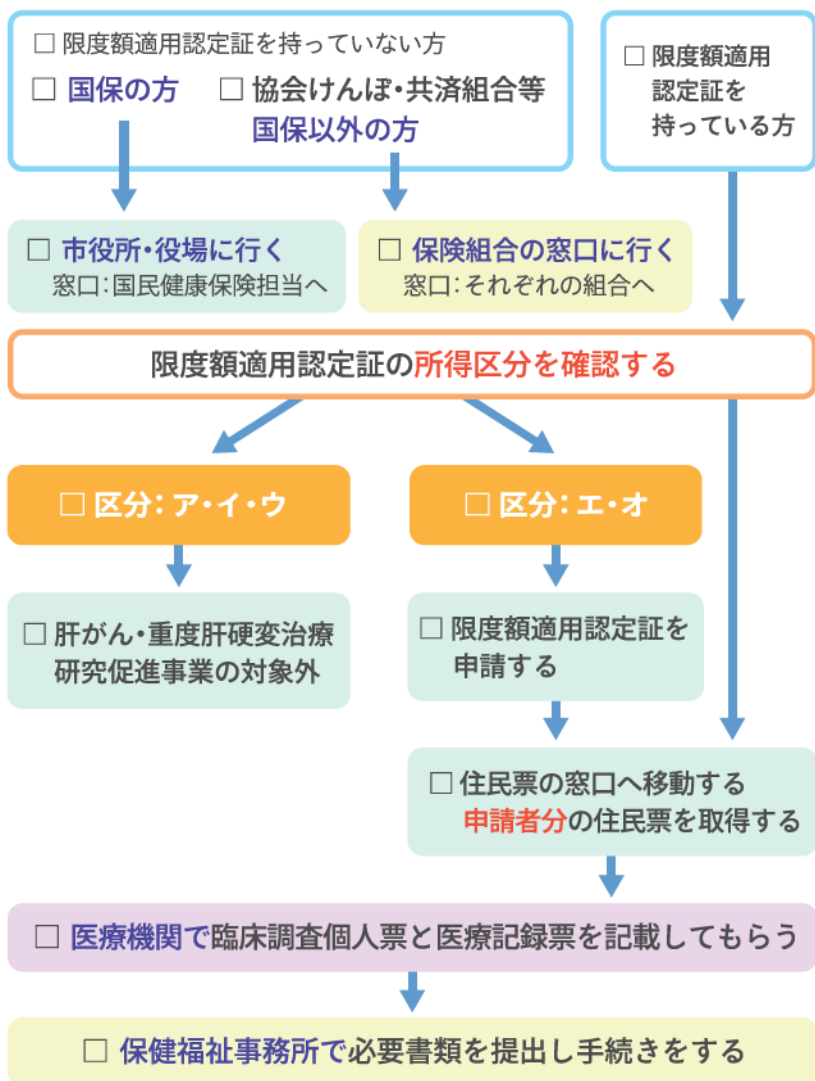
医療保険者が発行する高齢受給者証の一部負担金の割合が2割の者

75歳以上

後期高齢者医療被保険者証の一部負担金の割合が1割又は2割の者(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一部負担金の割合が1割とされている者を含む)



① 70歳未満の方用 肝がん・重度肝硬変治療研究 促進事業 申請の流れ



必要書類

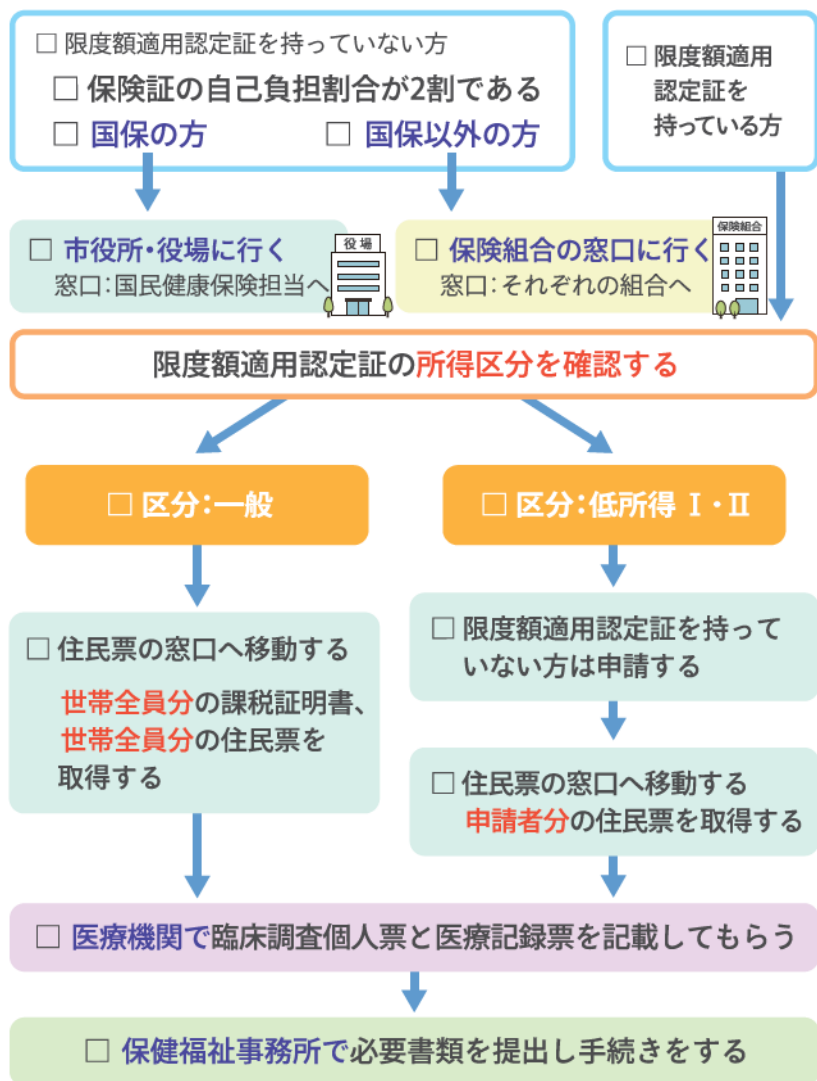
区分: エ・オ	
☐ 臨床調査個人票	☐ 交付申請書 (保健福祉事務所で記載できます)
☐ 医療記録票	☐ 肝炎治療月額管理票 ※
☐ 住民票 (申請者分)	
☐ 限度額適用認定証	
☐ 保険証	

※お持ちの方のみ



②70歳以上75歳未満の方用 肝がん・重度肝硬変 治療研究促進事業 申請の流れ

29 申請の流れ (70歳以上75歳未満の方用)



必要書類

☐ 区分: 一般	
☐ 臨床調査個人票	☐ 交付申請書 (保健福祉事務所で記載できます)
☐ 医療記録票	☐ 肝炎治療月額管理票 ※
☐ 住民票 (世帯全員分)	
☐ 課税証明書 (世帯全員分)	
☐ 保険証	
☐ 高齢受給者証	※お持ちの方のみ

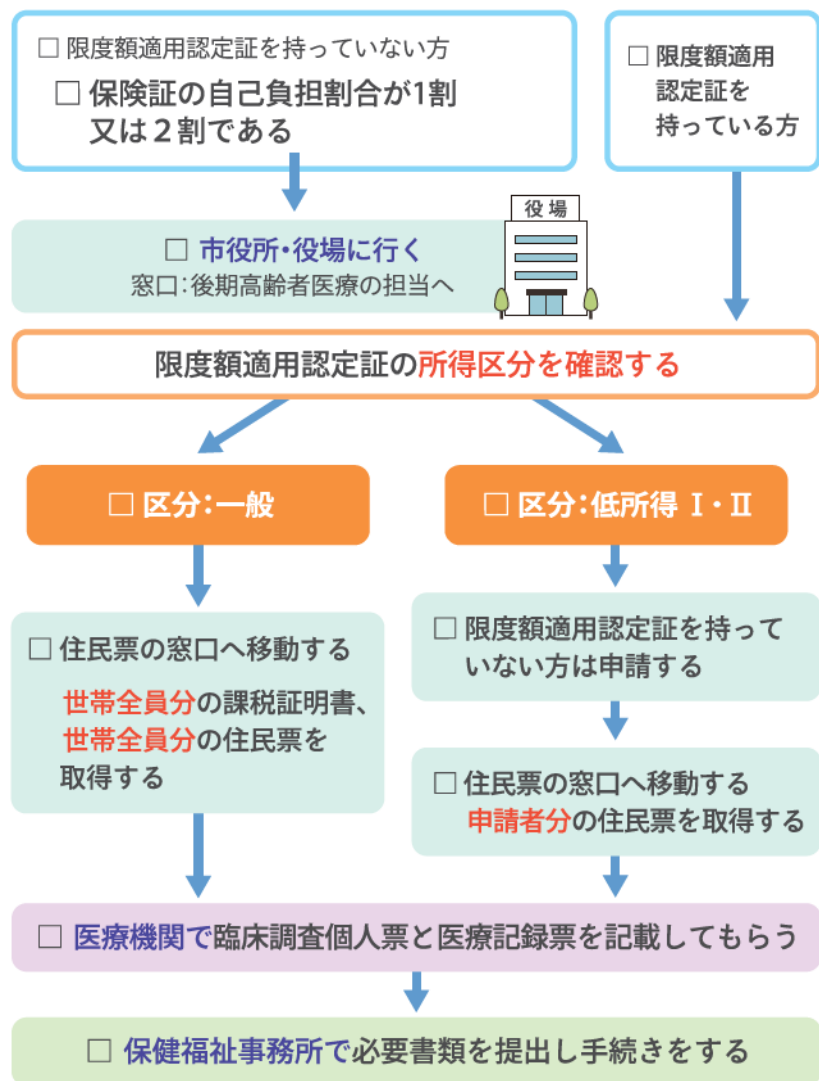
☐ 区分: 低所得 I・II	
☐ 臨床調査個人票	☐ 交付申請書 (保健福祉事務所で記載できます)
☐ 医療記録票	☐ 肝炎治療月額管理票 ※
☐ 住民票 (申請者分)	
☐ 限度額適用認定証	
☐ 保険証	
☐ 高齢受給者証	※お持ちの方のみ

30 申請の流れ (70歳以上75歳未満の方用)

③ 75歳以上の方用 肝がん・重度肝硬変治療研究

促進事業 申請の流れ

③1 申請の流れ (75歳以上の方用)



必要書類

☐ 区分: 一般	
☐ 臨床調査個人票	☐ 交付申請書 (保健福祉事務所で記載できます)
☐ 医療記録票	☐ 肝炎治療月額管理票 ※
☐ 住民票 (世帯全員分)	
☐ 課税証明書 (世帯全員分)	
☐ 後期高齢者医療 被保険者証	
※お持ちの方のみ	

☐ 区分: 低所得 I・II	
☐ 臨床調査個人票	☐ 交付申請書 (保健福祉事務所で記載できます)
☐ 医療記録票	☐ 肝炎治療月額管理票 ※
☐ 住民票 (申請者分)	
☐ 限度額適用認定証	
☐ 後期高齢者医療 被保険者証	
※お持ちの方のみ	

③2 申請の流れ (75歳以上の方用)

償還払い請求について

通院に係る医療費については、保健福祉事務所への償還払い請求が必要です

入院の場合

参加者証を指定医療機関窓口
提示すると、自己負担額が**1万円**になります

※同一の月に1つの指定医療機関における1回の入院で
高額療養費算定基準額を超えると窓口負担1万円です
※参加者証を指定医療機関の窓口で提示できない場合は、
一部負担金を支払い、後日、保健福祉事務所に償還
請求をしてください

通院の場合

後日 保健福祉事務所に償還
払い請求をすることで、自己負担額
が**1万円**になります

高額療養費算定基準額と自己負担額1万円
との差額を口座振込により助成

◎ 償還請求の流れ



◎ 償還払い請求時に提出する書類

☐ 医療費償還払い請求書
☐ 請求者の被保険者証、高齢受給者証または後期高齢者医療被保険者証の写し
☐ 参加者証の写し
☐ 医療記録票の写し
☐ 償還請求の対象月に受診した全ての医療機関、薬局が発行した 領収書、診療明細書及び調剤明細書
☐ 振込先の口座番号等が確認できる資料（通帳やキャッシュカード）
☐ 肝炎治療月額管理票の写し（肝炎治療受給者証をお持ちの方のみ）

◎ 提出先：お住まいの地域の保健福祉事務所 **裏表紙を参照**

更新の手続き

参加者証の **有効期間は原則1年間** です。ただし、更新することができます。
更新申請に必要な書類は所得区分によって変わります。

詳しくは裏表紙のお問合せ先（お住まいの地域の保健福祉事務所）まで
お尋ねください。

◎ 必要書類（例）

- ☐ 交付申請書（保健福祉事務所で記載できます）
- ☐ 交付済の参加者証
- ☐ 医療記録票
- ☐ 保険証
- ☐ 住民票
- ☐ 住民税課税・非課税証明書類（世帯全員分）
- ☐ 高齢受給者証 ※
- ☐ 後期高齢者医療被保険者証 ※
- ☐ 肝炎治療月額管理票 ※

※お持ちの方のみ

- 臨床調査個人票は不要です。
- 年収約370万円以下の要件を引き続き満たしている必要があります。
- 医療記録票は、高額療養費算定基準額を超えた月数が過去23か月で1月以上あることが確認できるものを添付してください。

◎ 提出先：お住まいの地域の保健福祉事務所 **裏表紙を参照**