

B型・C型ウイルスが原因の 肝がん・重度肝硬変医療費助成のご案内

肝炎ウイルス（B型・C型）が原因の肝がん・重度肝硬変の医療費について、助成制度があります。（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

制度の概要

【対象となる方】

- ・山形県内に住所がある方
- ・医療保険に加入している方
- ・B型またはC型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変で入院または通院治療を受けている方
- ・肝がん・重度肝硬変の治療研究に同意いただける方
- ・所得制限：医療保険の自己負担割合・高額療養費の適用区分等が下記に該当する方
- ・肝がん・重度肝硬変での入院治療または肝がんの通院治療で、高額療養費の算定基準額を超えた月が申請月を含む24か月以内に1か月以上ある方（2か月目から助成対象となります）

【所得制限】

年齢	対象となる方
～69歳	限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額限度額認定証の適用区分・階層区分等が「工」または「才」
70～74歳	医療保険の窓口負担割合が2割
75歳～	後期高齢者医療制度の窓口負担割合が1割～2割

65歳以上75歳未満であっても後期高齢者医療制度に加入している方で、窓口負担割合が1割～2割の方も含まれます。

【助成の内容】

- ・医療費の自己負担額が高額療養費の基準額を超えた月が対象です
- ・肝がん・重度肝硬変での入院又は肝がんの外来治療（※）が対象です（※）外来治療は「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」が対象です。

【自己負担上限】

- ・入院の場合は医療機関窓口での自己負担額が1万円になります。
- ・外来治療の場合は保健所にて償還払いの手続きを行い、自己負担額が1万円になります。

申請時の提出書類

～69歳	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 患者さんの加入医療保険情報がわかる書類のコピー <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証または限度額適用・標準負担減額認定証のコピー等の高額療養費の所得区分がわかるもの <input type="checkbox"/> 非課税証明書 (被用者保険に加入しており、市町村民税非課税の方のみ) <input type="checkbox"/> 住民票謄本 <input type="checkbox"/> 医療記録票のコピー <input type="checkbox"/> 保険者照会に係る同意書 <input type="checkbox"/> 肝炎医療費治療自己負担限度額管理票のコピー (B型肝炎の核酸アナログ製剤治療について肝炎治療受給者証を持っている方のみ)
70歳～ 74歳	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 患者さんの加入医療保険情報がわかる書類のコピー <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証または限度額適用・標準負担減額認定証のコピーの高額療養費の所得区分がわかるもの <input type="checkbox"/> 患者さん及び世帯全員の市町村民税課税・非課税証明書類 (所得区分が一般の方に限る) <input type="checkbox"/> 住民票謄本 <input type="checkbox"/> 医療記録票のコピー <input type="checkbox"/> 保険者照会に係る同意書 <input type="checkbox"/> 肝炎医療費治療自己負担限度額管理票のコピー (B型肝炎の核酸アナログ製剤治療について肝炎治療受給者証を持っている方のみ)
75歳～	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 患者さんの加入医療保険情報がわかる書類のコピー <input type="checkbox"/> 高額療養費の所得区分がわかるもの <input type="checkbox"/> 患者さん及び世帯全員の市町村民税課税・非課税証明書類 (所得区分が一般の方の限る) <input type="checkbox"/> 住民票謄本 <input type="checkbox"/> 医療記録票のコピー <input type="checkbox"/> 保険者照会に係る同意書 <input type="checkbox"/> 肝炎医療費治療自己負担限度額管理票のコピー (B型肝炎の核酸アナログ製剤治療について肝炎治療受給者証を持っている方のみ)

医療費助成の流れ

- ① 医療機関から制度について紹介または患者さんから主治医に相談
- ② 医療機関から臨床調査個人票、医療記録票を作成してもらう
- ③ 臨床調査個人票の同意書に署名し、申請書を作成して、必要書類を準備
- ④ 保健所へ申請
- ⑤ 「参加者証」が交付（申請から1か月以上かかります）
- ⑥ 受診（参加者証、医療記録票を持参）
- ⑦ 通院の場合は、保健所で償還払い請求（複数月まとめて請求も可）
- ⑧ 振込（償還払い請求の翌月月末）



償還払い請求に必要な書類はお住いの保健所にお問合せください。

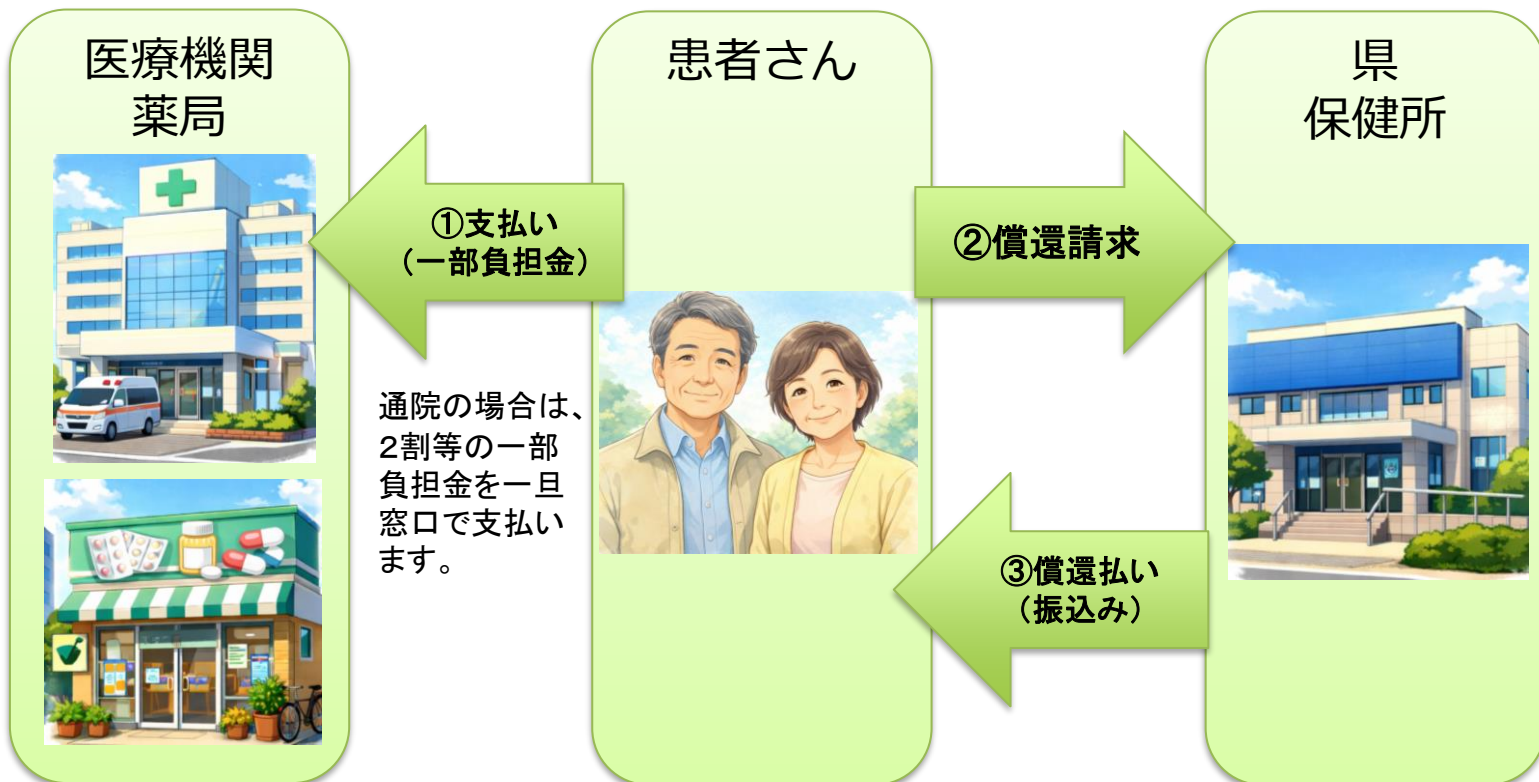


請求書(様式第9号) 医療記録票・領収書・明細書など

【医療費の助成方法】

入院	医療機関の窓口 で自己負担額が 1万円 になります。 窓口では参加者証と医療記録票をご提出ください。
通院	償還払い で自己負担額が 1万円 になります。 お住いの地域の保健所にて償還払いの手続きを行ってください。 入金は請求した月の翌月月末です。 ※通院の場合は、入院とは異なり、医療費を一旦ご負担いただくこととなりますので、ご注意ください。

【償還払いの流れ】



その他

参加者証と医療記録票は、受診の際や保健所にお手続きの際等、必ずご持参ください。

【参加者証】

別紙様式第3号

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							
自己負担月額	10,000円										
	※表面の注意事項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。										
都道府県知事及び印	山形県知事 印										
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)の変更を申した場合は、保険者及び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										

医療機関から渡されます

【医療記録票】

医療記録票 (肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業)

患者の方へお願い 肝がん又は重症肝硬変に係る治療を受けた場合には、この医療記録票を医療機関又は薬局の窓口に応じずに提示してください。また、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保険所窓口にご提出ください。

氏名 性別 生年月日 年 月 日

A欄 高額療養費算定基準額 ①入院 ②多回数該当の場合 ③外来 保険証の自己負担割合 1割・2割・3割

B欄

8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月

医療機関記録欄 (◇は医療機関記録欄、◆は薬局記録欄)

◇◆	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆	入院【別冊給付】		通院【療育給付】		◆◆		◆◆	
					◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
入院・通院・調剤日	医療機関名、保険薬名	分子標的薬等に係る治療(専断医療)の場合○印	特記事項がある場合○印	認定医療の医療費総額(10割分)	認定医療の自己負担額(2割等)※円単位で記載	月総累計※円単位で記載	※1 認定医療の自己負担額(2割等)※円単位で記載	※2 月総累計※円単位で記載	※3 月総累計※円単位で記載	※4 月総累計※円単位で記載	※5 月総累計※円単位で記載	※6 月総累計※円単位で記載

※1: ①01月間の累計がA欄の2割等の基準額を超えた場合(②欄には「OA」又は「A」と記載)
 ※2: ②01月間の累計がA欄の3割等の基準額を超えた場合(②欄には「A」又は「A」と記載)
 ※3: ③01月間の累計がA欄の4割等の基準額を超えた場合(②欄には「OA+A」、「FO+A+A」、「A+A+A」、「A+A+A」、「A+A+A」、「A+A+A」(※1欄、※2欄の○印は任意に「△」の印を付記可))

B欄に記載する医療費の総額
 A: 医療費総額(入院・外来医療費等)を記入した欄(上記の欄を併記)
 B: 認定医療の多回数該当の合計額(1月に1回以上の認定医療を受けた場合)
 C: 認定医療の自己負担額の合計額(1月に1回以上の認定医療を受けた場合)
 D: 認定医療の自己負担額の合計額(1月に1回以上の認定医療を受けた場合)
 E: 認定医療の自己負担額の合計額(1月に1回以上の認定医療を受けた場合)
 F: 認定医療の自己負担額の合計額(1月に1回以上の認定医療を受けた場合)

県から送られてきます

【更新について】

- 参加者証は約1年間有効です。
- その後も医療費助成をご希望の場合は、有効期限内に手続きを行ってください

【お問い合わせ先】

- お住まいを管轄する保健所(村山・最上・置賜・庄内)
- お手続きに時間を要します。保健所に来所の場合は、平日の9時~16時にいらしてください。

保健所名	所在地	担当課	電話番号
村山保健所	山形市十日町1-6-6	保健企画課	023-627-1117
最上保健所	新庄市金沢字大道上2034	保健企画課	0233-29-1268
置賜保健所	米沢市金池7-1-50	保健企画課	0238-22-3002
庄内保健所	三川町大字横山字袖東19-1	保健企画課	0235-64-0828