

(※ご年齢と高額療養費の適用区分により提出必要書類が異なりますのでご注意ください。
参加者証の交付申請に来所される前にご確認ください。)

～参加者証の交付申請に必要な書類～

✓ **70歳未満の方にご提出いただく必要があるもの**

- 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（様式1号）
- 臨床調査個人票及び同意書（様式2号）（更新申請時には不要）
- 被保険者証（健康保険証）の写し
- 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
※ 助成対象は適用区分がエ又はオに該当する方のみです
- 申請者の住民票の写し<コピー不可>
- 肝炎治療月額管理票（核酸アナログ製剤治療について受給者証をお持ちの場合）
- 医療記録票の写し等（様式13-1号、13-2号並びに13-2号に添付する書類（領収書及び診療明細書等））

✓ **70歳以上かつ高額療養費の適用区分が「一般」以外の方にご提出いただく必要があるもの**

- 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（様式1号）
- 臨床調査個人票及び同意書（様式2号）（更新申請時には不要）
- 被保険者証（健康保険証）の写しと高齢受給者証の写し（70歳以上75歳未満の者に限る）
※ 助成対象は一部負担金の割合が2割の方です
- 後期高齢者医療被保険者証の写し（75歳以上の者に限る）
※ 助成対象は一部負担金の割合が1割の方です
- 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
- 申請者の住民票の写し<コピー不可>
- 肝炎治療月額管理票（核酸アナログ製剤治療について受給者証をお持ちの場合）
- 医療記録票の写し等（様式13-1号、13-2号並びに13-2号に添付する書類（領収書及び診療明細書等））

✓ **70歳以上かつ高額療養費の適用区分が「一般」の方にご提出いただく必要があるもの**

- 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（様式1号）
- 臨床調査個人票及び同意書（様式2号）（更新申請時には不要）
- 被保険者証（健康保険証）の写しと高齢受給者証の写し（70歳以上75歳未満の者に限る）
※ 助成対象は一部負担金の割合が2割の方です
- 後期高齢者医療被保険者証の写し（75歳以上の者に限る）
※ 助成対象は一部負担金の割合が1割又は2割の方です
- 申請者及び申請者と同保険に加入している世帯全員の市町民税課税年額（または非課税）を証する書類
※ 他者の課税証明などで被扶養者であることが確認でき、市町民税が非課税と想定される方については、「非課税申出書」の提出により課税証明書類の添付を省略可
⇒ 高額療養費の適用区分が非課税の方は上記「提出書類（70歳以上かつ高額療養費の適用区分が「一般」以外の申請者）」に定める提出書類が必要となります
- 世帯全員（申請者及び申請者と同保険に加入している者のみで可）の住民票の写し<コピー不可>
- 肝炎治療月額管理票（核酸アナログ製剤治療について受給者証をお持ちの場合）
- 医療記録票の写し等（様式13-1号、13-2号並びに13-2号に添付する書類（領収書及び診療明細書等））

✓ **加入医療保険の保険者が市町及び国民健康保険組合の方にご提出いただく必要があるもの**

- 加入医療保険者への照会にかかる同意書



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(新規・更新)

(医療の給付を受けようとする者)	ふりがな 氏名			病名	B型・C型肝炎ウイルスによる 肝がん・重度肝硬変	
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒 _____ 電話 () _____ 電子メールアドレス _____				
	加入 医療保険	被保険者氏名			申請者との続柄	
	保険種別	保険種別に○を付けてください 1. 協健 2. 組合 3. 共済 4. 国保 5. 後期高齢		被保険者証の 記号・番号	(記号) (番号)	
	被保険者証発行 機関番号・名称	(番号)		(名称)		
本助成制度利用歴	該当番号を○で囲む。 1. あり 2. なし 「1. あり」の場合→公費負担者番号・参加者証番号 () 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。 2. 受けていない。 (交付を受けている場合は、申請月以前の12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。)					

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。

ふりがな
申請者氏名

(参加者との続柄)

年 月 日

(代理人の場合は代理人の氏名の記載)

兵庫県知事様

【申請者(医療の給付を受けるもの)の住所と異なる住所に「参加者証」の送付を希望する場合】

〒

住所

電話 () _____

氏名

市町民税（所得割）にかかる非課税申出書

兵庫県知事 様

申請者と同一世帯に属する者のうち、下記（A）については、（B）の被扶養者であり、かつ、_____年度の市町民税（所得割）が非課税であるため、市町民税非課税証明書の提出を省略します。

(A) 被扶養者氏名	(B) 扶養者氏名
①	
②	
③	
④	
⑤	

年 月 日

申出者氏名（自署）_____

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	<p>直近の所見を入力すること。</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>又はHBV-DNA陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p><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抗原陽性である)</p> <p>1回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>2回目 HBs抗原陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> HCV抗体陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> HCV-RNA陽性 (検査日: 年 月 日)</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ U/L ALT _____ U/L 血小板数 _____ /μL</p> <p>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 _____ %</p> <p>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)</p> <p>腹水 (<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度、<input type="checkbox"/>中程度以上)</p> <p>肝性脳症 (<input type="checkbox"/>なし、<input type="checkbox"/>軽度(I, II)、<input type="checkbox"/>昏睡(III以上))</p>				
診 断 根 拠	<p>【肝がんの場合】(該当する項目にチェックを入れる)</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p>※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。</p> <p>【重度肝硬変(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)</p> <p><input type="checkbox"/> Child-Pugh score で7点以上 (検査日: 年 月 日)</p> <p><input type="checkbox"/> 別に定める「重度肝硬変(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)</p>				
そ の 他 記 載 す べ き 事 項					
診 断	<p>該当するすべての項目にチェックを入れる。</p> <p><input type="checkbox"/>肝がん (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p><input type="checkbox"/>肝がん (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p><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)</p> <p><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)</p>				
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日		
電話() -		電子メールアドレス			
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 (代諾者の場合は代諾者の氏名) 住所					
電話() - 電子メールアドレス					

(重要)上記の同意書に署名がない場合、助成を受けることができません。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に参加される方へ

■ 事業の参加にあたって

「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」の参加者証の交付申請の際に都道府県知事に提出していただく臨床調査個人票の「写し」は、厚生労働省にも提供されることになります。厚生労働省は、これにより得られた肝がんや非代償性肝硬変(以下、重度肝硬変)の臨床データを、患者の予後の改善や生活の質の向上、肝がんの再発の抑制などを目的に解析します。また、本事業の円滑な実施や利便性の向上にも役立てられます。

なお解析は、厚生労働省の研究班(厚生労働科学研究費補助金 肝炎等克服政策研究事業「肝がん・重度肝硬変の治療に係るガイドラインの作成等に資する研究(研究代表者:東京大学 小池和彦)」(以下、政策研究班))において実施されます。

■ 事業の対象

B型・C型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変患者で、厚生労働省の研究班へ臨床データを提供し、活用されることに同意をいただいた方

■ 事業に参加することによる負担、費用、リスク、利益

保険診療の範囲内でおこなった検査等の結果に基づいて作成された臨床調査個人票の写しを提出するのみですので、追加で負担や費用が発生したり、有害事象が起きたりすることはありません。

臨床情報の提供に同意し本事業に参加することにより、所定の条件に該当した場合に医療費の負担が軽減されます。

臨床情報の提供に同意を頂けない方は、本事業の対象とはなりません。

■ 個人情報の保護について

個人を特定する情報や臨床情報は厚生労働省および厚生労働省の研究班において保存されますが、適切に取り扱われ、目的以外の用途で使用されることはありません。

■ 同意の任意性について

この事業に参加するかどうかは、ご自身の意思で決めていただきます。同意がないことにより、診療上不利益を被ることはありません。また、希望する場合には同意を撤回することが可能です。

■ 事業の報告について

この事業によって得られた結果は、厚生労働省および関係機関が開催する会議で報告されます。また、厚生労働科学研究費補助金の年次報告書で報告され、学会や医学雑誌に発表されることがあります。ただし、個人の特定につながる内容を公表することはありません。

■ 情報の保存について

臨床調査個人票の写しは、解析を行った後も厚生労働省および厚生労働省の研究班に保存されます。研究班における保存の期間は政策研究班が終了する2022年3月までの予定ですが、研究期間が延長した場合には保存期間も同様に延長される可能性があります。

■ 事業に関する資料の入手、相談について

この事業に関して詳しくお知りになりたい場合は、担当医あるいはお住まいの地域の健康福祉事務所(市保健所)または兵庫県疾病対策課がん・難病対策班 078-341-7711(代) へご相談ください。

以上、この事業の内容について十分ご理解いただいたうえで、参加することをお決めになりましたら、同意書に署名及び捺印をし、日付の記入をお願いいたします。

医療記録票（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）

患者の方へのお願ひ
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忘れずに提示してください。
また、都道府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。

Form with fields for Name, Sex, Date of Birth, Address, Insurance Type, Insurance Number, and Policy Number.

Section A: High out-of-pocket payment standard amount (High out-of-pocket payment, ① Hospitalization, ② Multiple cases, ③ Outpatient).

Table for recording treatment periods (B欄) with columns for months from August to July for two consecutive years.

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）

Main table for recording medical performance with columns for admission/discharge dates, medical institution names, treatment types, and financial amounts (①-⑥).

※1: ③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「O入」又は「△入」と記載）

※2: ③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: ⑤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「O入+△外」、「O入+▲外」、「O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
O: 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「O」「△」「▲」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O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。）

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、原則として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(様式 13-1 号)に記載しない場合に、様式 13-1 号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、様式 13-1 号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知事に提出してください。

様式 13-1 号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、原則として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(様式 13-1 号)に記載しない場合に、様式 13-1 号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、同時に提示される様式 13-1 号による医療記録票に記載されている内容を踏まえて、様式 13-1 号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された方で、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、様式 13-1 号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、様式 13-1 号による医療記録票が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、様式 13-1 号による医療記録票の B 欄に、本記録表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。

※加入医療保険の保険者が市町及び国民健康保険組合の方は必ずご提出ください

加入医療保険者への照会にかかる同意書

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費の支給を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、兵庫県が私の加入する医療保険者に報告を求め、提供を受けることに同意します。

年 月 日

兵庫県知事 様

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)

法定代理人

住 所

氏 名

印

(自署の場合は押印不要)