

## 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧
<p data-bbox="255 276 931 304">福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領</p> <p data-bbox="143 421 421 450">(目的) 第1条 (略)</p> <p data-bbox="143 517 477 545">(参加者証の交付について)</p> <p data-bbox="125 564 1084 836">第2条 実施要綱第4条に定める対象医療を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書（以下「交付申請書」という。）（様式第1号）に以下の第1号から第3号の区分により、それぞれに掲げる書類等を添えて、所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）を経由し、知事に申請するものとする。</p> <p data-bbox="152 855 1084 935"><u>また、マイナンバーを用いた情報連携を実施することが可能な場合には、これらの提出書類の一部を省略することができる。</u></p> <p data-bbox="152 954 1084 1034">なお、65歳以上75歳未満の者が、後期高齢者医療制度に加入している場合は、第3号（75歳以上の申請者）の例によるものとする。</p> <p data-bbox="152 1050 461 1078">一 70歳未満の申請者</p> <p data-bbox="183 1098 1084 1273">イ 臨床調査個人票及び同意書（様式第2号）（臨床調査個人票については実施要綱第6条に定める指定医療機関（以下「指定医療機関」という。）の医師、同意書については原則として患者本人が記入したもの。以下「個人票等」という。）</p> <p data-bbox="183 1292 1084 1468">ロ 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証の写し（<u>住所や負担割合等に変更がない場合に限る。</u>）、<u>マイナポータル</u>の資格情報画面（<u>あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む。</u>）、医療保険者が発行する</p>	<p data-bbox="1256 276 1933 304">福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領</p> <p data-bbox="1144 421 1422 450">(目的) 第1条 (略)</p> <p data-bbox="1144 517 1478 545">(参加者証の交付について)</p> <p data-bbox="1126 564 2085 836">第2条 実施要綱第4条に定める対象医療を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証交付申請書（以下「交付申請書」という。）（様式第1号）に以下の第1号から第3号の区分により、それぞれに掲げる書類を添えて、所管保健所等（政令市を含む。以下「保健所」という。）を経由し、知事に申請するものとする。</p> <p data-bbox="1153 855 2085 935">なお、65歳以上75歳未満の者が、後期高齢者医療制度に加入している場合は、第3号（75歳以上の申請者）の例によるものとする。</p> <p data-bbox="1153 1050 1462 1078">一 70歳未満の申請者</p> <p data-bbox="1184 1098 2085 1273">イ 臨床調査個人票及び同意書（様式第2号）（臨床調査個人票については実施要綱第6条に定める指定医療機関（以下「指定医療機関」という。）の医師、同意書については原則として患者本人が記入したもの。以下「個人票等」という。）</p> <p data-bbox="1184 1292 1933 1321">ロ 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証の写し</p>

## 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧
<p><u>資格情報のお知らせの写し又は資格確認書の写し（一部負担金の割合の情報が記載されているものに限る。）</u></p> <p>ハ 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（以下「限度額適用認定証等」という。）の写し<u>その他申請者の医療保険における所得区分（以下「所得区分」という。）を確認することができる書類等</u></p> <p>ニ 申請者の住民票の写し</p> <p>ホ 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票（様式第6号-1及び第6号-2）（以下「医療記録票」という。）別紙様式例6-1及び6-2による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票（以下「医療記録票」という。）の写し並びに領収書及び診療明細書その他の様式第6号-2に記載の事項を確認することができる書類等（実施要綱第4に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の24月以内に、実施要綱第4条の第1号から第3号までに掲げる医療を受けた月数（医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第7条第1項に規定する医療保険各法をいう。）又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による外来に係る年間の高額療養費の支給により、対象患者が肝がん・重度肝硬変入院関係医療及び肝がん外来関係医療について自己負担を行わなかった月数を除く。以下同じ。）が既に1月以上あることが記録されているものをいう。以下第2条1、第7条、第9条及び第12条において「入院記録票の写し等」という。）</p> <p>ヘ 核酸アナログ製剤治療について「福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領」（平成20年5月1日20健第436号通知。以下「肝炎治療実施要領」という。）様式第9号による肝炎治療受給者証の交付を受けた者（以下「肝炎治療受給者証被交付者」という。）にあっては、肝炎治</p>	<p>ハ 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（以下「限度額適用認定証等」という。）の写し</p> <p>ニ 申請者の住民票の写し</p> <p>ホ 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票（様式第6号-1及び第6号-2）（以下「医療記録票」という。）別紙様式例6-1及び6-2による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票（以下「医療記録票」という。）の写し並びに領収書及び診療明細書その他の様式第6号-2に記載の事項を確認することができる書類（実施要綱第4に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の24月以内に、実施要綱第4条の第1号から第3号までに掲げる医療を受けた月数（医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第7条第1項に規定する医療保険各法をいう。）又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による外来に係る年間の高額療養費の支給により、対象患者が肝がん・重度肝硬変入院関係医療及び肝がん外来関係医療について自己負担を行わなかった月数を除く。以下同じ。）が既に1月以上あることが記録されているものをいう。以下第2条1、第7条、第9条及び第12条において「入院記録票の写し等」という。）</p> <p>ヘ 核酸アナログ製剤治療について「福岡県肝炎治療特別促進事業実施要領」（平成20年5月1日20健第436号通知。以下「肝炎治療実施要領」という。）様式第9号による肝炎治療受給者証の交付を受けた者（以下「肝炎治療受給者証被交付者」という。）にあっては、肝炎治</p>

## 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧
<p>療実施要領様式第12号による肝炎治療自己負担限度月額管理票であって、実施要綱第4条に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の24月以内の自己負担額等が記録されているもの（以下「肝炎治療月額管理票」という。）の写し</p> <p>二 70歳以上75歳未満の申請者</p> <p>イ 個人票等（様式第2号）</p> <p>ロ 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証と高齢受給者証の写し（<u>住所や負担割合等に変更がない場合に限る。</u>）、<u>マイナポータルの資格情報画面（あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報のPDFファイルを表示した画面を含む。）</u>、<u>医療保険者が発行する資格情報のお知らせの写し又は資格確認書の写し（一部負担金の割合の情報が記載されているものに限る。）</u></p> <p>ハ 限度額適用認定証等の写し<u>その他申請者の所得区分を確認することができる書類等</u>（ただし、所得区分が一般の被保険者（以下「一般」という。）にあたる者を除く）</p> <p>ニ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類</p> <p>ホ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般に当たる者は、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し</p> <p>ヘ 医療記録票の写し等</p> <p>ト 肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票の写し</p> <p>三 75歳以上の申請者</p>	<p>療実施要領様式第12号による肝炎治療自己負担限度月額管理票であって、実施要綱第4条に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の24月以内の自己負担額等が記録されているもの（以下「肝炎治療月額管理票」という。）の写し</p> <p>二 70歳以上75歳未満の申請者</p> <p>イ 個人票等（様式第2号）</p> <p>ロ 申請者の氏名が記載された医療保険の被保険者証と高齢受給者証の写し</p> <p>ハ 限度額適用認定証等の写し（ただし、<u>医療保険における所得区分（以下「所得区分」という。）</u>が一般の被保険者（以下「一般」という。）にあたる者を除く）</p> <p>ニ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類</p> <p>ホ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般に当たる者は、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し</p> <p>ヘ 医療記録票の写し等</p> <p>ト 肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票の写し</p> <p>三 75歳以上の申請者</p>

## 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧
<p>イ 個人票等（様式第2号）</p> <p>ロ 申請者の氏名が記載された後期高齢者医療被保険者証の写し（<u>住所や負担割合等に変更がない場合に限る。</u>）、<u>マイナポータル</u>の資格情報画面（<u>あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報の PDF ファイルを表示した画面を含む。</u>）、医療保険者が発行する資格情報のお知らせの写し又は資格確認書の写し（<u>一部負担金の割合の情報が記載されているものに限る。</u>）</p> <p>ハ 限度額適用認定証等の写し<u>その他申請者の所得区分を確認することができる書類等</u>（ただし、所得区分が一般にあたる者を除く）</p> <p>ニ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類</p> <p>ホ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般に当たるものは、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し</p> <p>ヘ 医療記録票の写し等</p> <p>ト 肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票の写し</p> <p>2 実施要綱第8条第2項ただし書により、更新の申請を行う場合には、第2条第1項に掲げる書類等（個人票等及び限度額適用認定証等の写しを除く。）、第4条第3項により交付された参加者証の写し及び所得区分の認定を行うために必要な書類等の添付を要するものとする。</p> <p><u>3 医療保険の加入関係の確認は、申請者等が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」（あらかじめマイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報の PDF ファ</u></p>	<p>イ 個人票等（様式第2号）</p> <p>ロ 申請者の氏名が記載された後期高齢者医療被保険者証の写し</p> <p>ハ 限度額適用認定証等の写し（ただし、所得区分が一般にあたる者を除く）</p> <p>ニ 所得区分が一般にあたる者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類</p> <p>ホ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般に当たるものは、申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し</p> <p>ヘ 医療記録票の写し等</p> <p>ト 肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票の写し</p> <p>2 実施要綱第8条第2項ただし書により、更新の申請を行う場合には、第2条第1項に掲げる書類（個人票等及び限度額適用認定証等の写しを除く。）、第4条第3項により交付された参加者証の写し及び所得区分の認定を行うために必要な書類等の添付を要するものとする。</p>

## 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧
<p><u>イルを表示した画面を含む。)</u>により確認を行うこと。なお、経過措置として、令和6年12月1日時点で発行されている健康保険証は最大で1年間、従前のおり使用することが可能であることから、それまでの間は、住所や負担割合等に変更がない限り、健康保険証による確認も可能とする。</p> <p>(対象患者の認定について) 第3条 (略)</p> <p>(参加者証の交付等について)</p> <p>第4条 知事は、実施要綱第8条第1項に定める認定を行う際には、実施要綱第4条に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の24月以内に、実施要綱第4条の第1号から第3号までに掲げる医療を受けた月数が既に1月以上あることを確認するものとする。</p> <p>2 知事は、実施要綱第8条第1項に定める認定を行う際には、<u>マイナポータル</u>の資格情報画面又は医療保険者が発行する資格情報のお知らせ、<u>資格確認書(一部負担金の割合の情報が記載されているものに限る。)</u>若しくは限度額適用認定証等、高齢受給者証その他所得の状況を把握できる書類に基づき、申請者が実施要綱第5条第3項の表の階層区分に該当する者であることを確認した上で、前条による認定及び前項による確認が行われた申請者が加入する医療保険者に対し、所得区分の認定を行うために必要な資料等を添えて照会を行い、当該申請者に適用される所得区分について参加者証の適用区分欄に記載を行うものとする。</p> <p>3 ～ 5 (略)</p>	<p>(対象患者の認定について) 第3条 (略)</p> <p>(参加者証の交付等について)</p> <p>第4条 知事は、実施要綱第8条第1項に定める認定を行う際には、実施要綱第4条に定める対象医療を受けようとする日の属する月以前の24月以内に、実施要綱第4条の第1号から第3号までに掲げる医療を受けた月数が既に1月以上あることを確認するものとする。</p> <p>2 知事は、実施要綱第8条第1項に定める認定を行う際には、限度額適用認定証等、高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証その他所得の状況を把握できる書類に基づき、申請者が実施要綱第5条第3項の表の階層区分に該当する者であることを確認した上で、前条による認定及び前項による確認が行われた申請者が加入する医療保険者に対し、所得区分の認定を行うために必要な書類等を添えて照会を行い、当該申請者に適用される所得区分について参加者証の適用区分欄に記載を行うものとする。</p> <p>3 ～ 5 (略)</p>

## 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧
<p>(認定の取消について) 第5条～ (対象患者への助成額の計算方法について) 第7条 (略)</p> <p>(自己負担額の軽減を受けることができない場合の取扱い)</p> <p>第8条 参加者が前条により自己負担額の軽減を受けることができない場合の取扱いについては、以下のとおりとする。</p> <p>2 実施要綱第7条第2項第1号に定めるこれにより難しい場合にあつては、対象患者は、実施要綱第4条に定める対象医療に要した医療費のうち実施要綱第7条第2項第2号に定める金額を、保健所を經由し、知事に請求することができるものとする。</p> <p>3 前項による請求又は第7条に定める助成額について請求を行おうとする者(以下「請求者」という。)は、福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書「様式第7号」に、次に掲げる書類等を添えて、保健所を經由し、知事に申請するものとする。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p><u>一</u> 請求者の参加者証の写し</p> <p><u>二</u> 医療記録票の写し等</p> <p><u>三</u> 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書</p> <p><u>四</u> 肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票の写し(ただし、前項による請求の場合を除く)</p>	<p>(認定の取消について) 第5条～ (対象患者への助成額の計算方法について) 第7条 (略)</p> <p>(自己負担額の軽減を受けることができない場合の取扱い)</p> <p>第8条 参加者が前条により自己負担額の軽減を受けることができない場合の取扱いについては、以下のとおりとする。</p> <p>2 実施要綱第7条第2項第1号に定めるこれにより難しい場合にあつては、対象患者は、実施要綱第4条に定める対象医療に要した医療費のうち実施要綱第7条第2項第2号に定める金額を、保健所を經由し、知事に請求することができるものとする。</p> <p>3 前項による請求又は第7条に定める助成額について請求を行おうとする者(以下「請求者」という。)は、福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書「様式第7号」に、次に掲げる書類を添えて、保健所を經由し、知事に申請するものとする。</p> <p><u>一 請求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</u></p> <p><u>二</u> 請求者の参加者証の写し</p> <p><u>三</u> 医療記録票の写し等</p> <p><u>四</u> 当該月において受診した全ての保険医療機関及び保険薬局が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書</p> <p><u>五</u> 肝炎治療受給者証被交付者にあつては、肝炎治療月額管理票の写し(ただし、前項による請求の場合を除く)</p>

## 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧
<p><b>五</b> 知事が申請内容の審査に必要と認める書類</p> <p>4 請求者から請求を受けた都道府県知事は、前項に掲げる書類等を審査した結果適当と認める場合は、請求者に対し、実施要綱第4条に定める対象医療に要した医療費のうち、実施要綱第7条第2項に定める金額又は第7条に定める助成額を交付するものとする。</p> <p>(指定医療機関の指定等及び役割について) 第9条 ～(指定医療機関の届出について) 第10条 (略)</p> <p>(参加者証の変更及び再交付)</p> <p>第11条 第4条第3項により参加者証の交付を受けた参加者は、当該参加者証の記載内容に変更がある場合(次条の場合を除く)、変更があった箇所を交付申請書(様式第1号)に記載し、参加者証及び変更箇所にかかる関係書類等を添えて、保健所を経由し知事へ提出するものとする。</p> <p>2 参加者証を破損し、又は紛失した参加者は、福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証再交付申請書(様式第14号)を、保健所を経由し知事へ提出し、再交付を申請することができる。</p> <p>(福岡県外へ転出した場合の取扱いについて)</p> <p>第12条 参加者は、福岡県外へ転出し、転出先においても引き続き当該参加者証の交付を受けようとする場合には、転出日の属する月の翌月末日までに、転出前に交付されていた参加者証、変更部分を記載した交付申請書、第2条第1項第1号から第3号の区分によりそれぞれに掲げる書類等(個</p>	<p><b>六</b> <u>その他</u>、知事が申請内容の審査に必要と認める書類</p> <p>4 請求者から請求を受けた都道府県知事は、前項に掲げる書類を審査した結果適当と認める場合は、請求者に対し、実施要綱第4条に定める対象医療に要した医療費のうち、実施要綱第7条第2項に定める金額又は第7条に定める助成額を交付するものとする。</p> <p>(指定医療機関の指定等及び役割について) 第9条 ～(指定医療機関の届出について) 第10条 (略)</p> <p>(参加者証の変更及び再交付)</p> <p>第11条 第4条第3項により参加者証の交付を受けた参加者は、当該参加者証の記載内容に変更がある場合(次条の場合を除く)、変更があった箇所を交付申請書(様式第1号)に記載し、参加者証及び変更箇所にかかる関係書類を添えて、保健所を経由し知事へ提出するものとする。</p> <p>2 参加者証を破損し、又は紛失した参加者は、福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証再交付申請書(様式第14号)を、保健所を経由し知事へ提出し、再交付を申請することができる。</p> <p>(福岡県外へ転出した場合の取扱いについて)</p> <p>第12条 参加者は、福岡県外へ転出し、転出先においても引き続き当該参加者証の交付を受けようとする場合には、転出日の属する月の翌月末日までに、転出前に交付されていた参加者証、変更部分を記載した交付申請書、第2条第1項第1号から第3号の区分によりそれぞれに掲げる書類(個人</p>

## 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧
<p>人票及び医療記録票の写し等を除く)を添えて転出先の都道府県知事に提出するものとする。</p> <p>2 転出先の都道府県知事は、前項の提出があった旨を転出元の都道府県知事に伝達するとともに、転出日の属する月の転出日前に肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療が行われていない場合は、実施要綱第4条に定める対象医療に要した医療費のうち、実施要綱第7条第2項に定める金額又は第7条に定める助成額を負担するものとする。</p> <p>なお、この場合における参加者証の有効期間は、転出日からとするのを原則として、転出前に交付されていた参加者証の有効期間の終期までとする。</p> <p>(対象医療及び認定基準等の周知等について) 第13条 ～ (その他)</p> <p>第15条 (略)</p> <p>附 則 (略)</p> <p><u>附 則</u></p> <p><u>この要領は、令和7年3月31日から施行する。</u></p>	<p>票及び医療記録票の写し等を除く)を添えて転出先の都道府県知事に提出するものとする。</p> <p>2 転出先の都道府県知事は、前項の提出があった旨を転出元の都道府県知事に伝達するとともに、転出日の属する月の転出日前に肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療が行われていない場合は、実施要綱第4条に定める対象医療に要した医療費のうち、実施要綱第7条第2項に定める金額又は第7条に定める助成額を負担するものとする。</p> <p>なお、この場合における参加者証の有効期間は、転出日からとするのを原則として、転出前に交付されていた参加者証の有効期間の終期までとする。</p> <p>(対象医療及び認定基準等の周知等について) 第13条 ～ (その他)</p> <p>第15条 (略)</p> <p>附 則 (略)</p>



# 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧																																																																																																																																																																																																																																																																				
(様式第2号) (略)	(様式第2号) (略)																																																																																																																																																																																																																																																																				
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align:center; margin:0;">様式第3号</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align:center; margin: 5px 0;">福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証</div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">公費負担者番号</td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td>公費負担医療の受給者番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align:right;">/</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:5%; text-align:center;">参 加 者</td> <td style="width:10%;">住所</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td style="width:10%; text-align:center;">年</td> <td style="width:10%; text-align:center;">月</td> <td style="width:10%; text-align:center;">日</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%; text-align:center;">男・女</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">保 険 種 別</td> <td style="width:15%;">協・組・共・国・後</td> <td style="width:15%;">記号・番号</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>保 険 者 番 号</td> <td colspan="2"></td> <td style="width:10%;">適用区分</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">有 効 期 間</td> <td style="width:10%;">自</td> <td style="width:10%; text-align:center;">年</td> <td style="width:10%; text-align:center;">月</td> <td style="width:10%; text-align:center;">日</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>至</td> <td style="text-align:center;">年</td> <td style="text-align:center;">月</td> <td style="text-align:center;">日</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">自己負担月額</td> <td style="width:10%; text-align:center;">10,000円</td> <td colspan="8"> <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> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">知 事 名 及 び 印</td> <td colspan="9" style="text-align:center;">福岡県知事 <span style="float:right;">㊟</span></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">交 付 年 月 日</td> <td style="width:10%; text-align:center;">年</td> <td style="width:10%; text-align:center;">月</td> <td style="width:10%; text-align:center;">日</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">備 考</td> <td colspan="9">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。</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:75%;">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</td> <td style="width:25%; text-align:center;">有 ・ 無</td> </tr> </table> </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	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>								知 事 名 及 び 印	福岡県知事 <span style="float:right;">㊟</span>									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	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align:center; margin:0;">様式第3号</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align:center; margin: 5px 0;">福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証</div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">公費負担者番号</td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td>公費負担医療の受給者番号</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align:right;">/</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:5%; text-align:center;">参 加 者</td> <td style="width:10%;">住所</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td style="width:10%; text-align:center;">年</td> <td style="width:10%; text-align:center;">月</td> <td style="width:10%; text-align:center;">日</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%; text-align:center;">男・女</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">保 険 種 別</td> <td style="width:15%;">協・組・共・国・後</td> <td style="width:15%;">記号・番号</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>保 険 者 番 号</td> <td colspan="2"></td> <td style="width:10%;">適用区分</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">有 効 期 間</td> <td style="width:10%;">自</td> <td style="width:10%; text-align:center;">年</td> <td style="width:10%; text-align:center;">月</td> <td style="width:10%; text-align:center;">日</td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> <td style="width:10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>至</td> <td style="text-align:center;">年</td> <td style="text-align:center;">月</td> <td style="text-align:center;">日</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">自己負担月額</td> <td style="width:10%; text-align:center;">10,000円</td> <td colspan="8"> <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> </td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">知 事 名 及 び 印</td> <td colspan="9" style="text-align:center;">福岡県知事 <span style="float:right;">㊟</span></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">交 付 年 月 日</td> <td style="width:10%; text-align:center;">年</td> <td style="width:10%; text-align:center;">月</td> <td style="width:10%; text-align:center;">日</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">備 考</td> <td colspan="9">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。</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <tr> <td style="width:75%;">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</td> <td style="width:25%; text-align:center;">有 ・ 無</td> </tr> </table> </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	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>								知 事 名 及 び 印	福岡県知事 <span style="float:right;">㊟</span>									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
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	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>																																																																																																																																																																																																																																																																			
知 事 名 及 び 印	福岡県知事 <span style="float:right;">㊟</span>																																																																																																																																																																																																																																																																				
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																																																																																																																																																																																																																																																																				
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	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>																																																																																																																																																																																																																																																																			
知 事 名 及 び 印	福岡県知事 <span style="float:right;">㊟</span>																																																																																																																																																																																																																																																																				
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																																																																																																																																																																																																																																																																				

# 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧
<p>(様式第3号) (裏面)</p> <p><b>注意事項</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本証を交付された方は、福岡県肝がん・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。</li> <li>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、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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、交付申請書（様式第1号）に添付する書類等（住民票等）を添えて、居住する保健所を経由し、福岡県知事に更新の申請を行ってください。</li> <li>8. 本証の記載事項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（様式第1号）に記載し、本証と、変更箇所に関する書類等を添えて、居住する保健所を経由し、福岡県知事に提出してください。</li> <li>9. 福岡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等（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。</li> <li>10. 福岡県知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを、居住する保健所を経由し、福岡県知事に提出することになります。</li> <li>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、保健所を経由し、「14.」の連絡先（本証を交付した県の担当係）宛てに、「福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」（様式第4号）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、「福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」（様式第4号）を福岡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。</li> <li>12. 本証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、「福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書」（様式第14号）を、保健所を経由し、福岡県知事に再交付を申請してください。</li> <li>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。</li> <li>14. その他の問い合わせは下記に連絡してください。</li> </ol> <p>連絡先福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課がん対策係（電話：092-643-3317）</p>	<p>(様式第3号) (裏面)</p> <p><b>注意事項</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本証を交付された方は、福岡県肝がん・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。</li> <li>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、指定医療機関において肝がん・重度肝硬変入院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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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、交付申請書（様式第1号）に添付する書類（住民票等）を添えて、居住する保健所を経由し、福岡県知事に更新の申請を行ってください。</li> <li>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（様式第1号）に記載し、本証と、変更箇所に関する書類等を添えて、居住する保健所を経由し、福岡県知事に提出してください。</li> <li>9. 福岡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。</li> <li>10. 福岡県知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを、居住する保健所を経由し、福岡県知事に提出することになります。</li> <li>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、保健所を経由し、「14.」の連絡先（本証を交付した県の担当係）宛てに、「福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」（様式第4号）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、「福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」（様式第4号）を福岡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。</li> <li>12. 本証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、「福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書」（様式第14号）を、保健所を経由し、福岡県知事に再交付を申請してください。</li> <li>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。</li> <li>14. その他の問い合わせは下記に連絡してください。</li> </ol> <p>連絡先福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課がん対策係（電話：092-643-3317）</p>



# 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧																																																																																
<p>様式第6号-2</p> <p style="text-align: center;">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)</p> <p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">氏名</td> <td style="width: 15%;">生年 月 日</td> <td style="width: 20%;">年 月 日</td> <td style="width: 10%;">性別</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>保険者 番号</td> <td>保険 種別</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>入院月</td> <td>年 月 (今月 回目)</td> <td>入院 期間</td> <td>年 月 日から</td> <td>年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>通院 年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>調剤 年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関等名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>医療内容等</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">関係資料のとおり</td> </tr> </table> <p><b>【備考】</b></p> <p><b>○患者の方へのお願い</b> 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（様式第6号-1）に記載しない場合に、様式第6号-1による医療記録票の代わりになります。 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、様式第6号-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福岡県知事に提出してください。 様式第6号-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。</p> <p><b>○指定医療機関又は保険薬局の方へのお願い</b> 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、様式第6号-1による医療記録票の代わりになります。 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第6号-1による医療記録票に記載されている内容を踏まえて、様式第6号-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、様式第6号-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、様式第6号-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、様式第6号-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。</p>	氏名	生年 月 日	年 月 日	性別		住所					保険者 番号	保険 種別				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				<p>様式第6号-2</p> <p style="text-align: center;">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)</p> <p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">氏名</td> <td style="width: 15%;">生年 月 日</td> <td style="width: 20%;">年 月 日</td> <td style="width: 10%;">性別</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>保険者 番号</td> <td>保険 種別</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><u>被保険者証の</u> 記号・番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>入院月</td> <td>年 月 (今月 回目)</td> <td>入院 期間</td> <td>年 月 日から</td> <td>年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>通院 年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>調剤 年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関等名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>医療内容等</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">関係資料のとおり</td> </tr> </table> <p><b>【備考】</b></p> <p><b>○患者の方へのお願い</b> 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（様式第6号-1）に記載しない場合に、様式第6号-1による医療記録票の代わりになります。 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、様式第6号-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福岡県知事に提出してください。 様式第6号-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。</p> <p><b>○指定医療機関又は保険薬局の方へのお願い</b> 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、様式第6号-1による医療記録票の代わりになります。 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第6号-1による医療記録票に記載されている内容を踏まえて、様式第6号-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、様式第6号-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、様式第6号-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、様式第6号-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。</p>	氏名	生年 月 日	年 月 日	性別		住所					保険者 番号	保険 種別				<u>被保険者証の</u> 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			
氏名	生年 月 日	年 月 日	性別																																																																														
住所																																																																																	
保険者 番号	保険 種別																																																																																
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																																																																																
氏名	生年 月 日	年 月 日	性別																																																																														
住所																																																																																	
保険者 番号	保険 種別																																																																																
<u>被保険者証の</u> 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																																																																																





# 福岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要領改正 新旧対照表

新	旧
---	---