

# 新 旧 対 照 表

静岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱の制定

従 前 の 要 綱	制 定 す る 要 綱
<p>第1条～第3条 (略)</p> <p>(事業の実施)</p> <p>第4条 知事は、高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る費用については、原則として入院等指定医療機関に対し、予算の範囲内において、対象医療に要する費用の一部を交付することにより肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業を実施するものとする。ただし、他の法令等の規定により、肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来医療に関する給付が行われるべき場合には、その給付の限度において、交付しないものとする。</p> <p>第2項～第9項 (略)</p> <p>10 前項の規定による請求及び第4項から第8項に定める額について請求を行おうとする者(以下「請求者」という。)は、様式第1号による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書に、次の各号に掲げる書類を添えて、知事に申請するものとする。</p> <p>(1) <u>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>第2号～第6号 (略)</p> <p>第3条 (略)</p> <p>(参加者証の申請)</p> <p>第5条 対象医療を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、様式第3号による肝がん・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。)に次の各号に掲げる<u>区分により、それぞれに掲げる書類を添えて</u>、知事に申請しなくてはならない。<u>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号に掲げる区分とする。</u></p> <p>(1) <u>70歳未満の申請者</u></p> <p>ア 様式第4号による臨床調査個人票及び同意書(以下「個人票等」という。)</p> <p>イ <u>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></p> <p>ウ <u>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></p> <p>エ <u>申請者について記載のある住民票の写し</u></p> <p>オ 医療記録票の写し等</p> <p>カ <u>肝炎治療月額管理票の写し(肝炎治療受給者証被交付者に限る。)</u></p> <p>(2) <u>70歳以上75歳未満の申請者</u></p> <p>ア 個人票等</p> <p>イ <u>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></p> <p>ウ <u>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。)</u></p> <p>エ <u>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(ただし、所得区分が一般以外の者は申請者の住民票の写しでも可とする。)</u></p> <p>オ <u>申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者の市町村民税の課税年額を証明する書類の写し(所得区分が一般にあたる者に限る。)</u></p> <p>カ 医療記録票の写し等</p> <p>キ <u>肝炎治療月額管理票の写し(肝炎治療受給者証被交付者に限る。)</u></p> <p>(3) <u>75歳以上の申請者</u></p> <p>ア 個人票等</p> <p>イ <u>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></p> <p>ウ <u>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。)</u></p> <p>エ <u>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(ただし、所得区分が一般</u></p>	<p>第1～第3 (略)</p> <p>第4 事業の実施</p> <p>(1) 知事は、高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る費用については、原則として入院等指定医療機関に対し、予算の範囲内において、対象医療に要する費用の一部を交付することにより肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業を実施するものとする。ただし、他の法令等の規定により、肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来医療に関する給付が行われるべき場合には、その給付の限度において、交付しないものとする。</p> <p>(2)～(9) (略)</p> <p>(10) 前項の規定による請求及び第4項から第8項に定める額について請求を行おうとする者(以下「請求者」という。)は、様式第1号による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い請求書に、次の各号に掲げる書類を添えて、知事に申請するものとする。</p> <p>ア <u>医療保険の資格情報が確認できる資料</u></p> <p>イ～カ (略)</p> <p>第3条 (略)</p> <p>第5 参加者証の申請</p> <p>(1) 対象医療を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、様式第3号による肝がん・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。)に<u>次の各号に掲げる書類を添えて</u>、知事に申請しなくてはならない。</p> <p>ア 様式第4号による臨床調査個人票及び同意書(以下「個人票等」という。)</p> <p>イ <u>医療保険の資格情報が確認できる資料</u></p> <p>ウ <u>限度額適用認定証等の適用区分を確認できる資料</u></p> <p>エ 医療記録票の写し等</p> <p>オ <u>肝炎治療月額管理票の写し(肝炎治療受給者証被交付者に限る。)</u></p> <p>カ <u>非課税証明書や住民票の写しなど、都道府県知事が申請内容の審査に必要と認める書類等</u></p> <p><u>(2)、(3)削除</u></p>

以外の者は申請者の住民票の写しでも可とする。]

オ 申請者及び申請者と同一の世帯に属するすべての者の市町村民税の課税年額を証明する書類の写し（所得区分が一般にあたる者に限る。）

カ 医療記録票の写し等

キ 肝炎治療月額管理票の写し（肝炎治療受給者証被交付者に限る。）

2 第6条第6項ただし書きにより、更新の申請を行う場合には、前項各号に掲げる書類（個人票等及び限度額適用認定証等の写しを除く。）、第6条第4項により交付された参加者証の写し及び医療保険における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こととする。

（認定）

第6条 知事は前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し別表第4に定める肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の診断・認定基準に該当する患者であることを認定するものとする。この場合において、知事は、必要と認めるときは、別に定める肝炎治療認定診査会に意見を求めることができる。

第2項 （略）

3 知事は、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、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、申請者が別表第3の階層区分に該当する者であることを確認した上で、第1項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保険者に対し、医療保険における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医療保険におけ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。

第7条～第16条 （略）

別表第1、2 （略）

別表第3（第2条、第6条関係）

年齢区分	階層区分
70歳未満	医療保険者（介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第7項に規定する医療保険者をいう。以下同じ。）が発行する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割とされている者
75歳以上（注）	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割とされている者

（注）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ている者のうち、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割とされている者を含む。

別表第4、5 （略）

(2) 第6条第6項ただし書きにより、更新の申請を行う場合には、前項各号に掲げる書類（個人票等を除く。）、第6条第4項により交付された参加者証の写し等の添付を要することとする。

第6 認定

(1) 知事は前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し別表第4に定める肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の診断・認定基準に該当する患者であることを認定するものとする。この場合において、知事は、必要と認めるときは、別に定める肝炎治療認定診査会に意見を求めることができる。

(2) （略）

(3) 知事は、第1項に定める認定を行う際には第5の(1)ウの書類等に基づき、申請者が別表第3の階層区分に該当する者であることを確認した上で、第1項による認定及び前項による確認が行われた当該申請者に適用される医療保険におけ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。なお、低所得者区分（所得区分における70歳未満の市町村民税世帯非課税者並びに70歳以上の低所得者Ⅰ及び低所得者Ⅱをいう。）に該当すると思われる被用者保険（健康保険、船員保険及び共済組合等）に加入する申請者が、参加者証の交付申請に併せて任意で限度額適用・標準負担額減額認定を受けようとする場合には、別表第3の階層区分に該当する者であることを確認した上で、第1項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。

第7～第16 （略）

別表第1、2 （略）

別表第3（第2、第6関係）

年齢区分	階層区分
70歳未満	医療保険者（介護保険法（平成9年法律第123号）第7条第7項に規定する医療保険者をいう。以下同じ。）が行う限度額適用認定又は限度額適用・標準負担額減額認定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	医療保険における一部負担金の割合が2割とされている者
75歳以上（注）	後期高齢者医療制度において一部負担金の割合が1割又は2割とされている者

（注）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ている者のうち、一部負担金の割合が1割又は2割とされている者を含む。

別表第4、5 （略）

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

静岡県知事 様

静岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費として下記のとおり請求します。

患者自己負担合計額 円	請求者	年 月 日 (千 - )
交付決定額 円	住所	
請求対象 年 月診療分	氏名	
	受給者 との続柄	電話番号 - -

(参加者証記載事項)

参加者番号	参加者氏名
参加者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日

(振込先口座)

金融機関名(該当に○)、支店名	預金種別(該当に○)、口座番号	口座名義人(請求者本人)
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金・当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

(提出に当たっての注意事項)

- 請求書は月ごとに作成してください。別々の月を1枚の請求書にまとめて請求することはできません。
- 本請求を行う際は、以下の書類を添付の上、請求してください。
  - 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
  - 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
  - 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すべ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(通帳の写し等)
  - 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
- 交付決定額(支払額)について疑問点があれば、請求先までお問い合わせください。

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

静岡県知事 様

静岡県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費として下記のとおり請求します。

患者自己負担合計額 円	請求者	年 月 日 (千 - )
交付決定額 円	住所	
請求対象 年 月診療分	氏名	
	受給者 との続柄	電話番号 - -

(参加者証記載事項)

参加者番号	参加者氏名
参加者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日

(振込先口座)

金融機関名(該当に○)、支店名	預金種別(該当に○)、口座番号	口座名義人(請求者本人)
銀行・信金・信組 農協・労金	普通預金・当座預金 (総合口座)	カナ
支店		漢字

(提出に当たっての注意事項)

- 請求書は月ごとに作成してください。別々の月を1枚の請求書にまとめて請求することはできません。
- 本請求を行う際は、以下の書類を添付の上、請求してください。
  - 医療保険の資格情報が確認できる資料
  - 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
  - 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すべ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(通帳の写し等)
  - 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
- 交付決定額(支払額)について疑問点があれば、請求先までお問い合わせください。



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(様式第2号)に記載しない場合に、様式第2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、様式第2号による医療記録票と併せて、指定医療機関や都道府県知事に提出してください。

様式第2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(様式第2号)に記載しない場合に、様式第2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第2号による医療記録票に記載されている内容を踏まえて、様式第2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2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、様式第2号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2号による医療記録票のB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。

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			
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(様式第2号)に記載しない場合に、様式第2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、様式第2号による医療記録票と併せて、指定医療機関や都道府県知事に提出してください。

様式第2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(様式第2号)に記載しない場合に、様式第2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第2号による医療記録票に記載されている内容を踏まえて、様式第2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2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、様式第2号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2号による医療記録票のB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。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 (新規・更新・転入) 交付申請書				
申請者(医療の給付を受けようとする者)	フリガナ 氏名			性別 男・女
	生年月日	年 月 日		
	住 所	〒 (電話 - - )		
	加入医療保険	被保険者氏名		
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。 2. 受けていない。			
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・転入)交付を申請します。 また、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当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、静岡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。 <div style="text-align: right;">                         申請者氏名                          (代理人の場合は代理人の氏名を記載)                     </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                         年 月 日                          静岡県知事 様                     </div>				

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 (新規・更新・転入) 交付申請書				
申請者(医療の給付を受けようとする者)	フリガナ 氏名			性別 男・女
	生年月日	年 月 日		
	住 所	〒 (電話 - - )		
	加入医療保険	被保険者氏名		
保 険 種 別		協・組・共・国・後		
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。			
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・転入)交付を申請します。 また、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当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、静岡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。 <div style="text-align: right;">                         申請者氏名                          (代理人の場合は代理人の氏名を記載)                     </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                         年 月 日                          静岡県知事 様                     </div>				

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	至	年	月	日	
自己負担月額	10,000円								
	※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。								
都道府県知事名及び印	静岡県知事 氏名 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	

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	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								
	※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。								
都道府県知事名及び印	静岡県知事 氏名 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	

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、第5条に定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、静岡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、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証記載事項変更届」を作成し、本証と、変更箇所に関する書類を添えて静岡県知事に提出してください。
- 9 静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。
- 10 静岡県知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを静岡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、静岡県知事に、「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」を静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。
- 12 本証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、静岡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。

問い合わせ先

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、第5条に定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、静岡県知事に更新の申請を行ってください。
- 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、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証記載事項変更届」を作成し、本証と、変更箇所に関する書類を添えて静岡県知事に提出してください。
- 9 静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。
- 10 静岡県知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを静岡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、静岡県知事に、「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」を静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。
- 12 本証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、静岡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。

問い合わせ先