

**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票の  
記入方法について（指定医療機関用）**

平成30年11月26日現在

※今後、追記・変更の可能性があります。



## 目 次

1	主な注意点	2
2	入院記録票の記入方法	4
3	総括表の記入方法	6
4	総括表の活用方法	8
5	入院記録票と総括表の記入パターン	10
6	入院記録票の記入方法（特殊事例）	22

### 【お問合せ先】

東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課

住 所 新宿区西新宿二丁目8番1号 第一本庁舎29階南側

電 話 03（5320）4471（直通）

FAX 03（5388）1437

## 1 主な注意点

はじめに、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票（以下「入院記録票」といいます。）の記入に関して特にご注意いただきたい点をこちらにまとめました。記入方法の詳細な説明は、「2 入院記録票の記入方法」以降に記載しております。

### (1)入院記録票への記入

#### 重要！

・本事業の対象外の適用区分の患者さんや、都外の患者さん、医療券を交付されていない患者さん等であっても、依頼があったときは記入してください。

・みなし指定期間中に行った医療についても、依頼があったときは記入してください。

### (2)入院記録票への記入可・不可の判断基準

【70歳以上の患者さん】（70歳未満で、後期高齢者医療制度に加入している方を含みます。）

・肝がん・重度肝硬変入院関係医療（以下「入院関係医療」といいます。）が含まれるすべての入院について記入してください。

【70歳未満の患者さん】

・同一の指定医療機関及び保険者における保険診療全体※（入院関係医療以外の診療部分も含む総医療費10割）に、一部負担金割合（3割）を乗じた額が、

① 高額療養費算定基準額を超えたとき

② ①には該当しないが、21,000円以上のときに記入してください。

※医科・入院の保険適用分です。食事療養費、差額室料等は含みません。

### (3)入院記録票に記入する金額

#### 重要！

・記入する金額は「患者さんの窓口支払額」ではないことに十分ご注意ください。

【保険診療の自己負担額】

・当該入院における保険診療全体※（入院関係医療以外の診療部分も含む総医療費10割）に、一部負担金割合（1～3割）を乗じた額を記入してください。

※医科・入院の保険適用分です。食事療養費、差額室料等は含みません。

【入院関係医療の自己負担額】

・当該入院における保険診療のうち、入院関係医療に係る総医療費（10割）に、一部負担金割合（1～3割）を乗じた額を記入してください。

**重要！**

特定入院料、DPC等で、入院関係医療が包括算定部分に含まれており、区分した計算が困難な場合は、当該特定入院料等の全体を入院関係医療に係る医療費とみなして構いません。

(4)高額療養費算定基準額欄への記入

**重要！**

- ・ 高額療養費算定基準額は、多数回該当での現物給付をするとき以外、多数回該当がある適用区分においても、単数回の基準額を適用してください。

※患者さんの窓口支払では多数回該当が適用されていても、入院記録票における高額療養費算定基準額は、単数回となる場合があることに十分ご注意ください。

- ・ 多数回該当での現物給付については、19頁「パターン10」、20頁「【多数回該当】」をご参照ください。

## 2 入院記録票の記入方法

入院記録票（入院記録票（冊子）6～31頁）の記入方法は、以下のとおりです。

記入例				
A欄 年度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(東京都)				
氏名	都庁 太郎			
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1			
生年月日	〇〇〇〇年 ××月 △△日			
受給者番号	0 0 0 0 0 0 0			
B欄 〇〇〇〇年 4月				
① 日付	② 医療機関名(印)	③ 医療内容	⑦ 保険種別	⑨ 保険者番号
(入院日) 4月3日	A病院 記入年月日: 〇〇〇〇年 4月 9日	④入院関係医療の自己負担額(円)※1 / ⑤保険診療全体の自己負担額(円)※1 ⑥高額療養費算定基準額※2 <input checked="" type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	⑧ 被保険者証の記号・番号 新宿区国保	⑩ 適用区分 123456
(退院日) 4月9日	担当部署 〇〇課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード X X X X X X X X	④入院関係医療の自己負担額(円)※1 / ⑤保険診療全体の自己負担額(円)※1 ⑥高額療養費算定基準額※2 <input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	⑧ 被保険者証の記号・番号 ABCD-EFGH	⑩ 適用区分 エ
(入院日) 4月16日	みなし B病院 記入年月日: 〇〇〇〇年 4月 24日	④入院関係医療の自己負担額(円)※1 / ⑤保険診療全体の自己負担額(円)※1 ⑥高額療養費算定基準額※2 <input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	⑧ 被保険者証の記号・番号 3456	⑩ 適用区分 エ
(退院日)	担当部署 担当者 直通番号	④入院関係医療の自己負担額(円)※1 / ⑤保険診療全体の自己負担額(円)※1 ⑥高額療養費算定基準額※2 <input checked="" type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	⑧ 被保険者証の記号・番号	⑩ 適用区分 エ

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1～3割)を乗じた額を  
 ※2 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は「○」、超えなかった場合は「×」に丸をつけてください。

「領収印等で構いません。」

「○」のときに、現物給付を行った場合は、チェック(☑)を入れてください。

「×」のときに、他の入院期間の「入院関係医療の自己負担額」を合算すると、高額療養費の算定基準額を超える場合は、チェック(☑)を入れてください。

「適用区分」欄は、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交付を受けている方の場合のみ記入してください。交付されていない場合は、空欄としてください。

「みなし」指定期間中に行った入院関係医療について記入する場合は、「医療機関名」欄に「みなし」と記入してください。

記入した入院期間での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は「○」、超えなかった場合は「×」を丸で囲んでください。

- 1頁につき1か月分を記入してください。
- 「A欄」は、その月の入院記録票を最初に記入する指定医療機関が記入してください。
- 「B欄」は、入院の都度（1回の入院につき1行を使用して）記入してください。  
 ※入院期間中に保険変更があった場合は、変更前と変更後、2行に分けて記入してください。
- 「B欄」の記入方法は以下のとおりです。

### ①「日付」欄

- 入院日と退院日を記入してください。

### ②「医療機関名(印)」欄

- 「医療機関名」「記入年月日」「担当部署」「担当者」「直通番号※」「医療機関コード」を記入の上、押印してください。  
 ※直通番号は、記入内容について都から問い合わせをする際の電話番号を記入してください。
- 印は、領収印等の医療機関名が分かるものとしてください。

- ・みなし指定期間中に行った医療について記入する際には、欄の左上に「みなし」と記入してください。

### ③「医療内容」欄

- ・記入する医療が、「入院関係医療」を含む場合は、チェックを入れてください。

### ④「入院関係医療の自己負担額(円)」欄

- ・当該入院における保険診療のうち、入院関係医療に係る総医療費（10割）に、一部負担金割合（1～3割）を乗じた額を記入してください。

※「患者さんの窓口支払額」ではありません。

### ⑤「保険診療全体の自己負担額(円)」欄

- ・当該入院における保険診療全体\*（入院関係医療以外の診療部分も含む総医療費10割）に、一部負担金割合（1～3割）を乗じた額を記入してください。

※医科・入院の保険適用分です。食事療養費、差額室料等は含みません。

### ⑥「高額療養費算定基準額」欄

- ・「入院関係医療の自己負担額」 > 「高額療養費算定基準額」のとき

⇒「○」を丸で囲んでください。

⇒「○」を丸で囲んだ場合で、本事業の公費による現物給付を行ったときは「 現物給付」にチェック（）を入れてください。

- ・「入院関係医療の自己負担額」 < 「高額療養費算定基準額」のとき

⇒「×」を丸で囲んでください。

⇒「×」を丸で囲んだ場合で、

→「同月内の、複数回の『入院関係医療の自己負担額』を合算した額」 >

「高額療養費算定基準額」となる場合は、「 合算により○」にチェック（）を入れてください。

→本事業の公費による現物給付を行ったときは「 現物給付」にチェック（）を入れてください。

※同一の指定医療機関及び保険者における入院関係医療の自己負担額の合算により、高額療養費算定基準額を超えたときなど

### ⑦「保険種別」欄、⑧「被保険者証の記号・番号」欄、⑨「保険者番号」欄

- ・患者さんの被保険者証を確認し、記入してください。

### ⑩「適用区分」欄

- ・患者さんが「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」といいます。）を交付されている場合は、内容を確認し記入してください。
- ・限度額適用認定証等を交付されていない患者さんの場合は、空欄としてください。

### 3 総括表の記入方法

総括表（入院記録票（冊子）5頁）の記入方法は、以下のとおりです。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票（総括表）

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
入院関係医療												
現物給付												

- ・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は、総括表への記入が必要になります。
- ・高額療養費算定基準額を超えたことを確認した指定医療機関が、総括表に記入してください。  
※複数医療機関の入院関係医療の自己負担額を合算して、高額療養費算定基準額を超えた場合なども記入が必要です。
- ・その年について最初に記入する指定医療機関が、左上の「年」欄に西暦を記入してください。

#### 【「入院関係医療」欄】

- ・「入院関係医療」欄には、「○」又は「△」を記入してください。  
※「○」または「△」を記入できる場合に該当しなかったときは、空欄のままとしてください（「×」等は記入不要です。）。
- ・「○」を記入できる場合  
以下①または②に該当する場合、「○」を記入できます。
  - ① 1回の入院で高額療養費算定基準額を超えたとき
  - ② 同一の指定医療機関での、同一の保険者における入院関係医療の自己負担額の合算により、高額療養費算定基準額を超えたとき
- ・「△」を記入できる場合  
以下③から⑥までのいずれかに該当する場合、「△」を記入できます。
  - ③ 指定日以降かつ平成30年11月30日以前の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とき
  - ④ みなし指定期間中の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とき
  - ⑤ 同一の指定医療機関での、複数の保険者における入院関係医療の自己負担額の



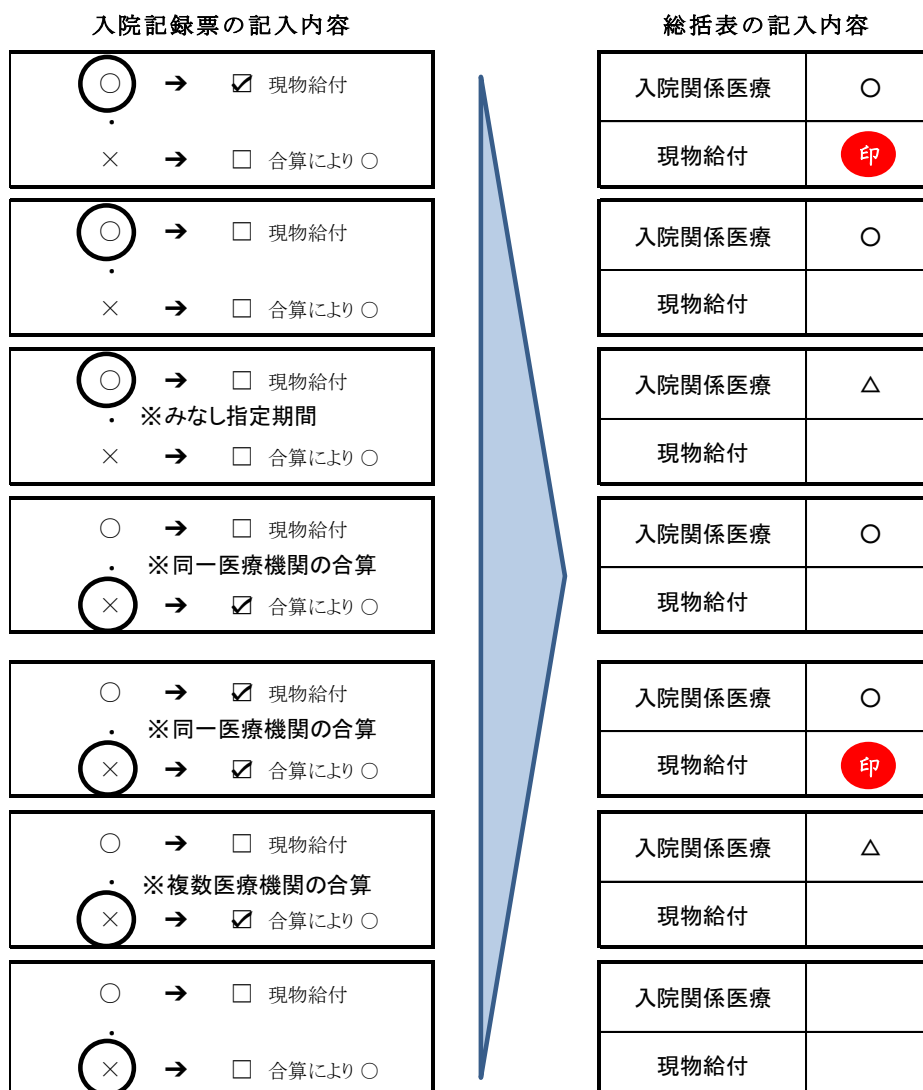
合算により、高額療養費算定基準額を超えたとき

⑥同月内の複数の指定医療機関での入院関係医療の自己負担額の合算により、高額療養費算定基準額を超えたとき

**【「現物給付」欄】**

・本事業の公費による現物給付を行ったときのみ、領収印等の医療機関名が分かる印を押印してください。

**【参考】入院記録票の「高額療養費算定基準額」欄と総括表の記入内容は、以下のように対応します。**



## 4 総括表の活用方法

総括表を活用することで、医療券の交付申請（新規・更新）や、償還払い申請ができるかどうかを確認することができます。

### 【医療券の交付申請時】

#### (1) 新規申請

- 申請日の属する月（申請月）の12か月以内に、総括表の「入院関係医療」欄に「○」又は「△」が記入されている月が既に3か月以上ある場合に申請が可能です。

※申請月の11か月前から申請月の前月まで（11か月）がカウント対象となります。申請月はカウント対象になりません。

- 2019年12月に申請を行おうとする場合、「2019年1月～2019年11月」の間に、「○」又は「△」が記入された月が3か月以上あるときに申請が可能です。

「申請月の12か月以内」のカウント対象												申請月
2019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
入院関係医療	△			○			△					
現物給付	①			②			③					

- ただし、カウント対象となるのは平成30年（2018年）4月以降です。
- 2018年12月に申請を行おうとする場合「2018年1月～2018年11月」ではなく、「2018年4月～2018年11月」がカウント対象となります。

「申請月の12か月以内」のカウント対象											申請月
2018年	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月		
入院関係医療	△			△				△			
現物給付	①	/	/	②	/	/	/	③	/	/	

## (2)更新申請

- 更新申請の場合は、更新月の12か月以内に、総括表の「入院関係医療」欄に「○」又は「△」が記入されている月が既に3か月以上ある場合に申請が可能です。
- ※有効期間が2019年11月末までの場合、更新月は「2019年12月」で、「2019年1月～2019年11月」がカウント対象となります。

		「更新月の12か月以内」のカウント対象											更新月
2019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
入院関係医療		△			○			△					
現物給付		①			②			③					

## 【償還払い申請時】

- 以下の判断方法は、償還払いを申請しようとする医療を受けた月（対象月）に、一つの指定医療機関でのみ入院関係医療を受けた場合にだけ使用できます。
- 複数医療機関で入院関係医療を受けた場合、以下①～③に加えて、対象月の入院記録票を確認し、償還払いをしようとしている指定医療機関で受けた入院関係医療の自己負担額だけで、高額療養費算定基準額を超えていることを確認する必要があります。
- 医療費の償還払いは、原則として、医療券の有効期間内に受けた医療のうち、以下①～③の条件をすべて満たす月について申請可能となります。
  - ①対象月の「入院関係医療」欄に「○」が記入されている。
  - ②対象月の「現物給付」欄に、申請しようとしている医療を受けた指定医療機関の領収印等が押されていない。
  - ③対象月の12か月以内の「入院関係医療」欄に、「○」又は「△」が記入された月が既に3か月以上ある。

### 償還払い可能な例

		「対象月の12か月以内」のカウント対象											対象月
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
入院関係医療		△			○			△					○
現物給付													

### 償還払できない例

		「対象月の12か月以内」のカウント対象											対象月
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
入院関係医療		△			○			△					△
現物給付													

## 5 入院記録票と総括表の記入パターン

入院記録票と総括表の記入パターンを例示します（70歳未満の患者さんの場合）。

※パターン1～10の、総括表への記入内容をまとめたものを20頁に記載しておりますので、併せてご確認ください。

### パターン1

- ・みなし指定期間中に行った医療。
- ・一回の入院で高額療養費算定基準額を超えた。
- ・医療券は交付されていない。

#### Check !

医療券を交付されていない患者さんや、本事業の対象外の適用区分の患者さん等であっても、依頼があったときは記入してください。

※2頁「(1) 入院記録票への記入」参照

### 入院記録票の記入内容

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(東京都)

氏名	都庁 太郎	生年月日	1960年 10月 3日
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号	

※医療券(参加者証)を交付されている場合のみ記入

2018年 9月

日付	医療機関名(印)	医療内容		保険種別	保険者番号
		入院関係医療の自己負担額(円)※1	保険診療全体の自己負担額(円)※1		
(入院日) 9月10日	みなし A病院	90,000	90,000	新宿区国保	138040
(退院日) 9月20日	担当部署 〇〇課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX			04-011234	エ

Check !

みなし指定期間中に行った入院関係医療について記入する場合は、「医療機関名」欄に「みなし」と記入してください。

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1～3割)を乗じた額を記入してください。

※2 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は「○」に、超えなかった場合は「×」に丸をつけてください。

### 総括表の記入内容

2018年	9月
入院関係医療	△
現物給付	

#### Check !

- ・記入する額は、「患者さんの窓口支払額」ではありません。
- ・総医療費(10割)に一部負担金割合(1～3割)を乗じた額を記入してください。

※2頁「(3) 入院記録票に記入する金額」参照。

## パターン2

- ・一回の入院で高額療養費算定基準額を超えた。
- ・医療券は交付されていない。

### 入院記録票の記入内容

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(東京都)

氏名	都庁 太郎	生年月日	1960年 10月 3日
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号 <small>※医療券(参加者証)を交付されている場合のみ記入</small>	

2018年 12月

日付	医療機関名(印)	医療内容	保険種別	保険者番号
		入院関係医療の自己負担額(円)※1 / 保険診療全体の自己負担額(円)※1	被保険者証の記号・番号	適用区分 <small>※限度額適用認定証を交付されている場合のみ記入</small>
		高額療養費算定基準額 ※2		
(入院日) 12月12日	記入年月日: 2018年 12月 21日 A病院 (印)	<input checked="" type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	新宿区国保	138040
(退院日) 12月21日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード:	90,000 / 90,000 <input checked="" type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付 ・ ×		
(入院日)	記入年月日: 年 月 日 Ⓜ	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療		
(退院日)	担当部署 担当者 直通番号 医療機関コード:	○ → <input type="checkbox"/> 現物給付 ・ × → <input type="checkbox"/> 合算により○		
(入院日)	記入年月日: 年 月 日 Ⓜ	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療		
(退院日)	担当部署 担当者 直通番号 医療機関コード:	○ → <input type="checkbox"/> 現物給付 ・ × → <input type="checkbox"/> 合算により○		

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1~3割)を乗じた額を記入してください。

※2 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は「○」に、超えなかった場合は「×」に丸をつけてください。

### 総括表の記入内容

2018年	12月
入院関係医療	○
現物給付	

### パターン3

- ・一回の入院で高額療養費算定基準額を超えた。
- ・医療券の交付申請中で、窓口で医療券を確認できなかったため現物給付は行わなかった。  
※後日、償還払い申請が可能（21頁【償還払い】参照）
- ・2019年2月に入ってから医療券が交付された。  
(有効期間：2019年1月1日から2019年12月31日まで)

### 入院記録票の記入内容

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(東京都)

氏名	都庁 太郎	生年月日	1960年 10月 3日
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号 ※医療券(参加者証)を交付されている場合のみ記入	

2019年 1月

日付	医療機関名(印)	医療内容		保険種別	保険者番号
		入院関係医療の自己負担額(円)※1	保険診療全体の自己負担額(円)※1		
(入院日)	記入年月日: 2019年 1月 20日	高額療養費算定基準額 ※2		新宿区国保	138040
1月11日	A病院	<input checked="" type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	90,000 / 90,000		
(退院日)	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード	<input checked="" type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付		04-011234	エ
(入院日)	記入年月日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療			
(退院日)	担当部署 担当者 直通番号 医療機関コード	<input type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付			
(入院日)	記入年月日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療			
(退院日)	担当部署 担当者 直通番号 医療機関コード	<input type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付			
(入院日)	記入年月日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療			
(退院日)	担当部署 担当者 直通番号 医療機関コード	<input type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付			

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1~3割)を乗じた額を記入してください。

※2 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は「○」に、超えなかった場合は「×」に丸をつけてください。

### 総括表の記入内容

2019年	1月
入院関係医療	○
現物給付	

## パターン4

- ・一回の入院で高額療養費算定基準額を超えた。
- ・医療券を交付されている（有効期間：2019年1月1日から2019年12月31日まで）  
※パターン5～10においても同様。
- ・現物給付を行った。

## 入院記録票の記入内容

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(東京都)

氏名	都庁 太郎	生年月日	1960年 10月 3日						
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号 <small>※医療券(参加者証)を交付されている場合のみ記入</small>	1	2	3	4	5	6	7

2019年 2月		医療機関名(印)		医療内容		保険種別	保険者番号
日付		記入年月日: 年 月 日	担当部署 担当者 直通番号	医療機関コード	入院関係医療の自己負担額(円)※1 / 保険診療全体の自己負担額(円)※1 高額療養費算定基準額 ※2	被保険者証の記号・番号	適用区分 <small>※限度額適用認定証を交付されている場合のみ記入</small>
(入院日) 2月15日	A病院	2019年 2月 24日	〇〇課 △△ XX-XXXX-XXXX		<input checked="" type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 90,000 / 90,000 <input checked="" type="checkbox"/> 現物給付	新宿区国保	138040
(退院日) 2月24日					<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 / <input type="checkbox"/> 現物給付 <input type="checkbox"/> 合算により○	04-011234	エ
(入院日)					<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 / <input type="checkbox"/> 現物給付 <input type="checkbox"/> 合算により○		
(退院日)					<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 / <input type="checkbox"/> 現物給付 <input type="checkbox"/> 合算により○		

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1～3割)を乗じた額を記入してください。

※2 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は「○」に、超えなかった場合は「×」に丸をつけてください。

## 総括表の記入内容

2019 年	2月
入院関係医療	○
現物給付	印

A病院の領収印等

## パターン5

- ・一回の入院では高額療養費算定基準額を超えなかった。
- ・同月内の、同一の指定医療機関での入院関係医療の自己負担額を合算することにより高額療養費算定基準額を超え、現物給付を行った。

## 入院記録票の記入内容

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(東京都)

氏名	都庁 太郎	生年月日	1960年 10月 3日						
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号 ※医療券(参加者証)を交付されている場合のみ記入	1	2	3	4	5	6	7

2019年 3月

日付	医療機関名(印)	医療内容		保険種別	保険者番号
		入院関係医療の自己負担額(円)※1	保険診療全体の自己負担額(円)※1		
(入院日) 3月2日	A病院 記入年月日: 2019年 3月 12日 印	<input checked="" type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療		新宿区国保	138040
(退院日) 3月12日		42,000 / 90,000	<input type="checkbox"/> 現物給付		
(入院日) 3月18日	A病院 記入年月日: 2019年 3月 26日 印	<input checked="" type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療		新宿区国保	138040
(退院日) 3月26日		30,000 / 30,000	<input checked="" type="checkbox"/> 現物給付		
(入院日)	⑧	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療			
(退院日)			<input type="checkbox"/> 現物給付		

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1~3割)を乗じた額を記入してください。

※2 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は「○」に、超えなかった場合は「×」に丸をつけてください。

## 総括表の記入内容

2019年	3月
入院関係医療	○
現物給付	印

A病院の領収印等



## パターン6

- ・一回の入院では高額療養費算定基準額を超えなかった。
- ・同月内の、複数の指定医療機関での入院関係医療の自己負担額を合算することにより、高額療養費算定基準額を超えた。

### 入院記録票の記入内容

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(東京都)

氏名	都庁 太郎	生年月日	1960年 10月 3日						
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号 ※医療券(参加者証)を交付されている場合のみ記入	1	2	3	4	5	6	7

2019年 4月

日付	医療機関名(印)	医療内容	保険種別	保険者番号
			被保険者証の 記号・番号	適用区分 ※限度額適用認定証を交付 されている場合のみ記入
		入院関係医療の 自己負担額(円)※1 / 保険診療全体の 自己負担額(円)※1		
		高額療養費算定基準額 ※2		
(入院日) 4月5日	記入年月日: 2019年 4月 13日 A病院 印	<input checked="" type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 42,000 / 90,000 <input type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付 <input checked="" type="radio"/>	新宿区国保	138040
(退院日) 4月13日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード   1   1   1   1   1   1   1   1   1		04-011234	エ
(入院日) 4月19日	記入年月日: 2019年 4月 25日 B病院 印	<input checked="" type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 30,000 / 30,000 <input type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付 <input checked="" type="radio"/> → <input checked="" type="radio"/> 合算により○	新宿区国保	138040
(退院日) 4月25日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード   9   9   9   9   9   9   9   9   9		04-011234	エ
(入院日)	記入年月日: 年 月 日 ⑩	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 / <input type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付 ・ <input checked="" type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 合算により○		
(退院日)	担当部署 担当者 直通番号 医療機関コード			

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1~3割)を乗じた額を記入してください。

※2 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は「○」に、超えなかった場合は「×」に丸をつけてください。

### 総括表の記入内容

2019 年	4月
入院関係医療	△
現物給付	

B病院が記入

## パターン7

- ・同月内に、A病院とB病院で入院関係医療を受け、それぞれで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。
- ・A病院、B病院それぞれで現物給付を行った。

## 入院記録票の記入内容

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(東京都)

氏名	都庁 太郎	生年月日	1960年 10月 3日						
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号 <small>※医療券(参加者証)を交付されている場合のみ記入</small>	1	2	3	4	5	6	7

2019年 5月

日付	医療機関名(印)	医療内容 入院関係医療の自己負担額(円)※1 / 保険診療全体の自己負担額(円)※1 高額療養費算定基準額 ※2	保険種別	保険者番号
			被保険者証の記号・番号	適用区分 <small>※限度額適用認定証を交付されている場合のみ記入</small>
(入院日) 5月2日	記入年月日: 2019年 5月 10日 A病院 (印)	<input checked="" type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 90,000 / 90,000	新宿区国保	138040
(退院日) 5月10日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード  1	<input checked="" type="radio"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 現物給付 ×	04-011234	エ
(入院日) 5月14日	記入年月日: 2019年 5月 25日 B病院 (印)	<input checked="" type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 90,000 / 90,000	新宿区国保	138040
(退院日) 5月25日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード  9	<input checked="" type="radio"/> → <input checked="" type="checkbox"/> 現物給付 × → <input type="checkbox"/> 合算により○	04-011234	エ
(入院日)	記入年月日: 年 月 日 ◎	<input type="checkbox"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 /		
(退院日)	担当部署 担当者 直通番号 医療機関コード	<input type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付 ・ × → <input type="checkbox"/> 合算により○		

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1~3割)を乗じた額を記入してください。

※2 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は「○」に、超えなかった場合は「×」に丸をつけてください。

## 総括表の記入内容

2019年	5月	
入院関係医療	○	A病院が記入
現物給付	(印)	A病院の領収印等
	(印)	B病院の領収印等

## パターン8

- ・ 同月内に、A病院、B病院、C病院で入院関係医療を受け、それぞれの入院関係医療の自己負担額は高額療養費算定基準額を超えなかった。
- ・ A病院、B病院、C病院の入院関係医療の自己負担額を合算することで、高額療養費算定基準額を超えた。

## 入院記録票の記入内容

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(東京都)

氏名	都庁 太郎	生年月日	1960年 10月 3日						
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号 <small>※医療券(参加者証)を交付されている場合のみ記入</small>	1	2	3	4	5	6	7

2019年 7月

日付	医療機関名(印)	医療内容		保険種別	保険者番号
		入院関係医療の自己負担額(円)※1	保険診療全体の自己負担額(円)※1		
(入院日) 7月2日	記入年月日: 2019年 7月 9日 A病院 (印)	3,000	24,000	新宿区国保	138040
(退院日) 7月9日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード   1   1   1   1   1   1   1   1	<input type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付	<input checked="" type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 合算により○	04-011234	エ
(入院日) 7月12日	記入年月日: 2019年 7月 17日 B病院 (印)	30,000	30,000	新宿区国保	138040
(退院日) 7月17日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード   9   9   9   9   9   9   9   9	<input type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付	<input checked="" type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 合算により○	04-011234	エ
(入院日) 7月21日	記入年月日: 2019年 7月 27日 C病院 (印)	27,000	42,000	新宿区国保	138040
(退院日) 7月27日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード   1   2   3   4   5   6   7	<input type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 現物給付	<input checked="" type="radio"/> → <input type="checkbox"/> 合算により○	04-011234	エ

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1~3割)を乗じた額を記入してください。

※2 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は「○」に、超えなかった場合は「×」に丸をつけてください。

### Check !

- ・ 70歳未満の患者さんの場合は、同一の指定医療機関及び保険者における「保険診療全体の自己負担額」が21,000円以上となった場合に、入院記録票に記入してください。
  - ・ このとき、「入院関係医療の自己負担額」は21,000円未満でも構いません。
- ※2頁「(2) 入院記録票への記入可・不可の判断基準」参照。

## 総括表の記入内容

2019年	7月	
入院関係医療	△	C病院が記入
現物給付		

## パターン9

- ・ 同月内に、C病院に3回入院したが、各回の入院関係医療の自己負担額は高額療養費算定基準額を超えなかった（2回目の入院では入院関係医療なし）。
- ・ 1回目と3回目の入院関係医療の自己負担額を合算することで高額療養費算定基準額を超えた。
- ・ 現物給付を行った。

**Check !**

合算により「保険診療の自己負担額」が21,000円以上となった時点（この場合8月19日）で、1回目（8月3日～8月11日）の入院についても遡って記入してください。

### 入院記録票の記入内容

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票（東京都）

氏名	都庁 太郎	生年月日	1960年 10月 3日						
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7

2019年 8月

日付	医療機関名(印)	医療内容		保険種別	保険者番号
		入院関係医療の自己負担額(円)※1	保険診療全体の自己負担額(円)※1		
(入院日) 8月3日	C病院 印	9,000	18,000	新宿区国保	138040
(退院日) 8月11日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 <input checked="" type="radio"/> 現物給付	<input type="radio"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 <input checked="" type="radio"/> 合算により○	04-011234	エ
(入院日) 8月14日	C病院 印	0	18,000	新宿区国保	138040
(退院日) 8月19日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 <input checked="" type="radio"/> 現物給付	<input type="radio"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 <input checked="" type="radio"/> 合算により○	04-011234	エ
(入院日) 8月23日	C病院 印	51,000	51,000	新宿区国保	138040
(退院日) 8月30日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード 1 2 3 4 5 6 7	<input type="radio"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 <input checked="" type="radio"/> 現物給付	<input type="radio"/> 肝がん・重度肝硬変入院関係医療 <input checked="" type="radio"/> 合算により○	04-011234	エ

**Check !**

2回目の入院のように入院関係医療を含まない場合でも、「保険診療全体の自己負担額」の合算として用いる場合には、入院記録票に記入してください。

※1に丸をつけてください。

### 総括表の記入内容

2019 年	8月
入院関係医療	○
現物給付	印

C病院の領収印等

**Check !**

- ・ 1回目の入院では、「保険診療全体の自己負担額」が21,000円未満のため、この時点では入院記録票に記入できません。
- ・ 2回目の入院と1回目の入院を合算して、「保険診療の自己負担額」が21,000円以上となったため、1回目の入院についても遡って記入してください。

## パターン10

- ・同月内に、C病院⇒B病院⇒A病院の順で入院関係医療を受け、C病院とB病院での入院関係医療の自己負担額はともに高額療養費算定基準額を超えなかったが、C病院とB病院での入院関係医療の自己負担額の合算により高額療養費算定基準額を超えた。
- ・その後入院したA病院での入院関係医療の自己負担額が、A病院だけで高額療養費算定基準額（多数回該当の基準額）を超えて、多数回該当での現物給付を行った。

## 入院記録票の記入内容

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票（東京都）

氏名	都庁 太郎	生年月日	1960年 10月 3日						
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号 <small>※医療券(参加者証)を交付されている場合のみ記入</small>	1	2	3	4	5	6	7

2019年 9月

日付	医療機関名(印)	医療内容		保険種別	保険者番号
		入院関係医療の自己負担額(円)※1	保険診療全体の自己負担額(円)※1		
(入院日) 9月3日	C病院 記入年月日: 2019年 9月 7日	24,000	24,000	新宿区国保	138040
(退院日) 9月7日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード   1   2   3   4   5   6   7	○ → □ 現物給付 ⊗		04-011234	エ
(入院日) 9月9日	B病院 記入年月日: 2019年 9月 15日	36,000	36,000	新宿区国保	138040
(退院日) 9月15日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード   9   9   9   9   9   9   9	○ → □ 現物給付 ⊗ → ⊙ 合算により○		04-011234	エ
(入院日) 9月19日	A病院 記入年月日: 2019年 9月 27日	45,000	45,000	新宿区国保	138040
(退院日) 9月27日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX 医療機関コード   1   1   1   1   1   1   1	⊗ → ⊙ 現物給付 × → □ 合算により○		04-011234	エ

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1~3割)を乗じた額を記入してください。

※2 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は「○」に、超えなかった場合は「×」に丸をつけてください。

## 総括表の記入内容

2019年	9月
入院関係医療	△○
現物給付	印

・B病院が「△」を記入  
・A病院が「△」を二重線で消し、「○」を記入

A病院の領収印等

## Check !

多数回該当の条件（同一の指定医療機関及び保険者において本事業の公費による現物給付を行った月が、過去12か月以内で4か月以上）に該当するため、A病院での現物給付に際しては、多数回該当の算定基準額（44,400円）が適用されます。  
※B病院、C病院の入院関係医療の自己負担額の合算においては、単数回の算定基準額（57,600円）が適用されます。

**【参考】総括表(パターン1～10)**

パターン1～10は、実際の総括表では以下のようになります。

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(総括表)

2018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
入院関係医療									パターン1 △	△		パターン2 ○
現物給付										パターン1と 同内容の医療が 10月にもあったこ ととします		
2019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
入院関係医療	パターン3 ○	パターン4 ○	パターン5 ○	パターン6 △	パターン7 ○		パターン8 △	パターン9 ○	パターン10 △○			
現物給付		A	A		A	B		C	A	多数回該当		

**【多数回該当】**

- ・この例では、A病院における2019年9月分の現物給付が多数回該当となります。
- ・多数回該当の条件は・・・「当該月を含む過去12か月以内に、同一の指定医療機関及び保険者において現物給付を行った月が4か月以上あること」です。
- ・A病院、新宿区国保における現物給付の状況は以下のとおりです。

診療年月	過去12か月以内に 現物給付を行った月数 (当該月含む)	多数回該当	高額療養費算定基準額
2019年2月	1か月	×	57,600円
2019年3月	2か月	×	57,600円
2019年5月	3か月	×	57,600円
<b>2019年9月</b>	<b>4か月</b>	<b>○</b>	<b>44,400円</b>

## 【償還払い】

- ・この例では、A病院における2019年1月の入院関係医療（パターン3）について、償還払いの申請が可能です。
- ・このとき、償還払いの申請に必要な書類は以下のとおりです。
  - ① 医療費支給申請書兼口座振替依頼書  
※本事業用の医療費支給申請書兼口座振替依頼書には、指定医療機関が記入する「療養証明欄」はありません。すべて、患者さん（申請者）が記入します。
  - ② A病院における「2019年1月11日～2019年1月20日」までの入院の領収書（原本）
  - ③ 2019年1月分の入院記録票の写し
  - ④ 「2018年4月～2018年12月」に、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月が3か月以上あることを証明できる、入院記録票の写し  
⇒この場合は、「2018年9月」「2018年10月」「2018年12月」の入院記録票の写しを添付します。

## 6 入院記録票への記入方法（特殊事例）

入院記録票への記入方法について、患者さんが入院中に75歳の誕生日を迎え、保険変更となった場合の、入院記録票の記入方法は以下のとおりです。

### (1)適用区分「低所得Ⅰ」の患者さんの場合

- ・入院期間は2019年4月3日～2019年4月25日
- ・2019年4月15日に、75歳の誕生日を迎えた
- ・「2018年5月～2019年3月」に、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月が3か月以上ある

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(東京都)

氏名	都庁 次郎	生年月日	1944年	4月	15日
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号 ※医療券(参加者証)を交付されている場合のみ記入	1	1	1

2019年 4月

日付	医療機関名(印)	医療内容		保険種別	保険者番号
		入院関係医療の自己負担額(円)※1	保険診療全体の自己負担額(円)※1		
(入院日) 4月3日	A病院 記入年月日: 2019年 4月 25日	8,000	8,000	新宿区国保	138040
(退院日)	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX	○ →	☑ 現物給付	04-011111	オ
(入院日)	A病院 記入年月日: 2019年 4月 25日	8,000	8,000	後期高齢	39131040
(退院日) 4月25日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX	○ →	☑ 現物給付	11111111	I
(入院日)	記入年月日: 年 月 日	□ 肝がん・重度肝硬変入院関係医療	/		
(退院日)	担当部署 担当者 直通番号	○ →	□ 現物給付		
		・ →	□ 合算により○		

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1～3割)を乗じた額を記入してください。

※2 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は「○」に、超えなかった場合は「×」に丸をつけてください。

- ① 保険者ごとに分けて(1行を使用して)入院記録票に記入してください。
- ② 入院日は、入院時の保険者について書かれた行の「(入院日)」欄に記入してください。  
退院日は、退院時の保険者について書かれた行の「(退院日)」欄に記入してください。
- ③ 保険者ごとに、入院関係医療の自己負担額が算定基準額を超えているかを判断してください。

#### 【保険者ごとの「算定基準額」「患者負担額」「公費負担額」】

保険者	算定基準額	患者負担額	公費負担額
新宿区国保	7,500円	0円	7,500円
後期高齢	7,500円	0円	7,500円



(2)適用区分「一般」の患者さんの場合

- ・入院期間は2019年4月3日～2019年4月25日
- ・2019年4月15日に、75歳の誕生日を迎えた
- ・「2018年5月～2019年3月」に、「A病院・D健康保険組合」での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て現物給付を行った月が、3か月以上ある
- ・2019年4月について、「D健康保険組合」における入院関係医療について現物給付を行う場合は、多数回該当となる

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(東京都)

氏名	都庁 三郎	生年月日	1944年 4月 15日					
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1	受給者番号 <small>※医療券(参加者証)を交付されている場合のみ記入</small>	9	9	9	9	9	9

2019年 4月

①『D健康保険組合』分  
①『後期高齢』分

日付	医療機関名(印)	医療内容		保険種別	保険者番号
		入院関係医療の自己負担額(円)※1	保険診療全体の自己負担額(円)※1		
(入院日) 4月3日	A病院 印	24,000	24,000	D健康保険組合	06999999
(退院日)	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX	○ → <input checked="" type="checkbox"/> 現物給付 ×			
(入院日)	A病院 印	32,000	32,000	後期	39131040
(退院日) 4月25日	担当部署 ○○課 担当者 △△ 直通番号 XX-XXXX-XXXX	○ → <input checked="" type="checkbox"/> 現物給付 × → <input type="checkbox"/> 合算により○			
(入院日)					
(退院日)					

※1 自己負担額は、いずれも窓口での自己負担額ではなく、医療費(10割)に一部負担金の割合(1～3割)を乗じた額を記入してください。

- ① 保険者ごとに分けて(1行を使用して)入院記録票に記入してください。
- ② 入院日は、入院時の保険者について書かれた行の「(入院日)」欄に記入してください。  
退院日は、退院時の保険者について書かれた行の「(退院日)」欄に記入してください。
- ③ 保険者ごとに、入院関係医療の自己負担額が算定基準額を超えているかを判断してください。

【保険者ごとの「算定基準額」「患者負担額」「公費負担額」】

保険者	算定基準額	患者負担額	公費負担額
D健康保険組合	22,200円 (多数回該当)	10,000円	12,200円
後期高齢	28,800円	10,000円	18,800円

このとき、患者負担額(窓口で実際に払う額)は、2万円\*となります。

※『1万円(D健康保険組合における自己負担月額)』+『1万円(後期高齢における自己負担月額)』