新

高知県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱

第１～第４（略）

第５　事業の実施方法
１　事業の実施
（１）～（２）（略）
（３）知事は、第３の６に定める対象医療について、（１）の規定により本事業を実施する場合以外の場合は、対象患者に対し、同じ月における医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該医療に要する費用の額の合算額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し医療保険者が負担すべき額を控除した額（以下「高療自己負担月額」という。）が１万円以下である場合を除き、高療自己負担月額と１万円との差額を助成することにより本事業を実施するものとする。ただし、毎年８月から翌年７月までの間において、高療自己負担月額の合算額が下表の年間上限額を超える部分に対しては、助成しない。

年齢区分	適用区分	年間上限額	肝がん外来関係医療に係るものに限った場合
70 歳未満	エ	530, 000	―
			―
		410, 000（※３）	―
	オ	290, 000	―
70 歳以上 75 歳未満	Ⅲ（一般）	530, 000	216, 000
		410, 000（※３）	
	Ⅱ（低所得Ⅱ）	290, 000	96, 000
	Ⅰ（低所得Ⅰ）	180, 000	―
75 歳以上（※２）	Ⅲ（一般）	530, 000	216, 000
		410, 000（※３）	
	Ⅱ（低所得Ⅱ）	290, 000	96, 000
	Ⅰ（低所得Ⅰ）	180, 000	―

（※１）健康保険限度額適用認定証、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証等に記載されている適用区分
（※２）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
（※３）所得区分「～約 200 万円（標準報酬：～15 万円）」に該当することが確認できた者は、年間上限 41 万円が適用され令和９年８月移行に償還払いされる。
（４）～（５）（略）
２（略）

旧

高知県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱

第１～第４（略）

第５　事業の実施方法
１　事業の実施
（１）～（２）（略）
（３）知事は、第３の６に定める対象医療について、（１）の規定により本事業を実施する場合以外の場合は、対象患者に対し、同じ月における医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した当該医療に要する費用の額の合算額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し医療保険者が負担すべき額を控除した額（以下「高療自己負担月額」という。）が１万円以下である場合を除き、高療自己負担月額と１万円との差額を助成することにより本事業を実施するものとする。ただし、毎年８月から翌年７月までの間において、高療自己負担月額（本事業により助成される場合にあっては、高療自己負担月額の合算額から当該助成される額を控除した額）の合算額が下表の年間上限額を超える部分に対しては、助成しない。

年齢区分	適用区分	年間上限額	肝がん外来関係医療に係るものに限った場合
70 歳未満	エ	530, 000	―
			―
		410, 000（※３）	―
	オ	290, 000	―
70 歳以上 75 歳未満	Ⅲ（一般）	530, 000	216, 000
		410, 000（※３）	
	Ⅱ（低所得Ⅱ）	290, 000	96, 000
	Ⅰ（低所得Ⅰ）	180, 000	―
75 歳以上（※２）	Ⅲ（一般）	530, 000	216, 000
		410, 000（※３）	
	Ⅱ（低所得Ⅱ）	290, 000	96, 000
	Ⅰ（低所得Ⅰ）	180, 000	―

（※１）健康保険限度額適用認定証、健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証等に記載されている適用区分
（※２）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
（※３）所得区分「～約 200 万円（標準報酬：～15 万円）」に該当することが確認できた者は、年間上限 41 万円が適用され令和９年８月移行に償還払いされる。
（４）～（５）（略）
２（略）

新	旧
第６（略） 第７　認定 １（略） ２（１）～（４）（略） （５）知事は、（４）により所得区分に係る記載を行った申請者を対象患者と認定したときは、速やかに申請者に対し、別紙様式３による参加者証を交付するものとする（以下、参加者証の交付を受けた者を「参加者」という。）。 （６）（略） 第８～第19（略） 附　則 この要綱の一部改正は、令和８年８月14日から適用する。 附　則 この要綱の一部改正は、令和８年11月１日から適用する。 別添１～４（略）	第６（略） 第７　認定 １（略） ２（１）～（４）（略） （５）知事は、（４）により所得区分に係る記載を行った申請者を対象患者と認定したときは、速やかに申請者に対し、別紙様式３による参加者証を交付するものとする（以下、参加者証の交付を受けた者を「参加者」という。）とともに、臨床調査個人票に記載のある指定医療機関に対してその旨を通知する。 （６）（略） 第８～第19（略） 附　則 この要綱の一部改正は、令和８年８月14日から適用する。 （追加） 別添１～４（略）

新

（別紙様式１）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（　新規　・　更新　・　変更　）
交付申請書

申請者（医療の給付を受けようとする者）	ふりがな 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		申請者との続柄	
		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）				

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　・　変更　）交付を申請します。

申請者氏名

（代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印）

年　　月　　日

高知県知事　様

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、知事に、変更箇所を交付申請書に記載し、参加者証及び変更箇所にかかる関係書類を添えて提出すること。

別紙様式２～10（略）

旧

（別紙様式１）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（　新規　・　更新　・　変更　）
交付申請書

申請者（医療の給付を受けようとする者）	ふりがな 氏　　名			性　　別	男・女
	生年月日	年　　月　　日			
	住　　所	（電話　　）			
	個人番号				
	加入医療保険	被保険者氏名		申請者との続柄	
		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）				

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　・　変更　）交付を申請します。

申請者氏名

（代理人の場合は代理人の氏名の記載と押印）

年　　月　　日

高知県知事　様

※参加者証の交付後に申請内容に変更があった場合は、知事に、変更箇所を交付申請書に記載し、参加者証及び変更箇所にかかる関係書類を添えて提出すること。

別紙様式２～10（略）

新

（別紙様式11）

マイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書

下記の者は、高知県知事が行う高知県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱に基づく事務手続きを処理するために限って、医療保険の資格情報及び直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

年　　月　　日

高知県知事　様

申請者

1	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村		
	個人番号		続柄	本人	生年月日	年　月　日	
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合					
2	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村		
	個人番号		続柄		生年月日	年　月　日	
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合					
3	（フリガナ） 氏名**（自署）**		性別	男・女	1月1日時点の所在市町村		
	個人番号		続柄		生年月日	年　月　日	
	医療保険の種別	□国民健康保険　□後期高齢　□協会けんぽ　□健保組合　□国保組合　□船員保険　□共済組合					

※同意する者自らが署名を行うこと。なお、15歳以下の者の同意（自署）は不要。世帯主もしくは親権者が記入してもよい。

申請受付機関記載欄	確認者　（　　）
番号確認	身元確認
□マイナンバーカード □通知カード □住民票（個人番号記載）	□マイナンバーカード □顔写真付き身分証明書（１つ） 運転免許証・パスポート・その他（　　） □顔写真のない身分証明書（２つ） 資格確認書・年金手帳・その他（　　）

旧

（別紙様式11）

マイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書

下記の者は、高知県知事が行う高知県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱に基づく事務手続きを処理するために限って、住民基本台帳に関する情報及び医療保険の資格情報、直近年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

年　　月　　日

高知県知事　様

申請者

ふりがな 氏　名（自署）	生年月日 性別	申請者との続柄	個人番号（マイナンバー）	申請年 1/1 時点の住民票所在市町村
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）
	男 ・ 女			□ 現在と同じ □ 同じではない （　　）

【本手続きに必要な他の書類】

以下の①から③を全てそろえて、提出してください。

① マイナンバーを確認できる書類

（以下から１種類）※コピー可（個人番号カードの場合は両面のコピー）

個人番号カード、通知カード、個人番号付きの住民票

② 窓口に来られる方の写真つき本人確認書類

（以下から１種類）

個人番号カード、運転免許証、パスポート、身体障害者手帳　など

（上記の写真つき本人確認書類をいずれもお持ちでない場合は、以下のから２種類）

医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し、住民票の写し、国民年金手帳、納税証明書、印鑑登録証明書　等

③ 窓口に来られる方以外の医療保険の資格情報が確認できる書類（資格確認書等）の写し

【記入上の注意】

1　申請者及び申請者と同一世帯の者で、同意する者自らが署名を行うこと。

2　15 歳以下の者の同意（自署）は不要。世帯主もしくは親権者が記入してよい。