

(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2 (略)

第3 定義及び対象医療

1～5 (略)

6 本事業による給付の対象となる医療は、次のいずれかの医療

((1)については、一部負担額が健康保険法施行令(大正15年勅令第243号)第41条第7項等に規定する特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)のうち、当該医療の行われた月以前の24月以内に、次のいずれかの医療を受けた月数

(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月以上ある場合であって、第3の7で定める指定医療機関又は保険薬局において当該医療を受けた月のものとする。

(以下略)

7 この実施要綱において「指定医療機関」とは、日本肝臓学会肝臓専門医もしくは日本消化器病学会消化器病専門医が所属し、肝がん・重度肝硬変入院医療及び肝がん外来医療を適切に行うことができ、かつ、本事業の実施に協力することができる保険医療機関(原則として高知県に住所をもつものに限る。)で、第11により知事が指定した医療機関をいう。(以下略)

(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2 (略)

第3 定義及び対象医療

1～5 (略)

6 本事業による給付の対象となる医療は、次のいずれかの医療

((1)については、一部負担額が健康保険法施行令(大正15年勅令第243号)第41条第7項等に規定する特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)のうち、当該医療の行われた月以前の24月以内に、次のいずれかの医療を受けた月数

(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。以下同じ。)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。)が既に1月以上ある場合であって、第3の7で定める指定医療機関又は保険薬局等において当該医療を受けた月のものとする。(以下略)

7 この実施要綱において「指定医療機関」とは、日本肝臓学会肝臓専門医もしくは日本消化器病学会消化器病専門医が所属し、肝がん・重度肝硬変入院医療を適切に行うことができ、かつ、本事業の実施に協力することができる保険医療機関(原則として高知県に住所をもつものに限る。)で、第11により知事が指定した医療機関をいう。(以下略)

第4 対象患者

この事業の対象となる患者は、第3の6に掲げる対象医療を必要とする肝がん・重度肝硬変患者であって、以下のすべての要件に該当し、第7の2により知事の認定を受けた者とする。

- 1 医療保険各法の規定による被保険者若しくは被扶養者又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、指定医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来医療に関し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給付を受けている者とする。ただし、他の法令等の規定により国又は地方公共団体の負担により、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、支給しないものとする。

2～3 (略)

第5 (略)

第6 医療給付の申請

- 1 第3に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別紙様式1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。）に以下の（1）から（5）に掲げる書類等を添えて知事に申請しなければならない。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、別紙様式11によるマイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書により、提出書類の一部を省略することができる。

第4 対象患者

この事業の対象となる患者は、第3の6に掲げる対象医療を必要とする肝がん・重度肝硬変患者であって、以下のすべての要件に該当し、第7の2により知事の認定を受けた者とする。

- 1 医療保険各法の規定による被保険者若しくは被扶養者又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、指定医療機関又は保険薬局等において肝がん・重度肝硬変入院医療又は外来医療に関し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給付を受けている者とする。ただし、他の法令等の規定により国又は地方公共団体の負担により、肝がん・重度肝硬変入院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、支給しないものとする。

2～3 (略)

第5 (略)

第6 医療給付の申請

- 1 第3に定める医療の給付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、別紙様式1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。）に以下の（1）から（3）の区分により、それぞれに掲げる書類を添えて知事に申請しなければならない。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、（3）75歳以上の申請者の例によるものとする。

（1）70歳未満の申請者

(1) 別紙様式2による臨床調査個人票及び同意書（臨床調査個人票については指定医療機関の医師、同意書については原則として対象患者本人が記入したもの。以下「個人票等」という。）

(2) マイナポータルからアクセスできる医療保険の「限度額適用認定証関連の情報」の画面のほか、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、限度額適用認定証等の適用区分が記載されている資格確認書の写しなど、申請者の限度額適用認定証等の適用区分を確認することができるもの

(3) 別紙様式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別紙様式6-2に記載の事項を確認することができる書類等 （第3の6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、第3の6（1）から（3）までに掲げる医療を受けた月数が既に1月以上あることが記録されているものをいう。以下、第6の1・2、第10の1・2（2）第11の6及び第13において「医療記録票の写し等」という。）

(4) 核酸アナログ製剤治療について「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い」（平成20年3月31日健疾発第0331003号厚生労働省健康局疾病対策課長通知。以下「肝炎治療実務上の取扱い」という。）別紙様式4-2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。）にあつては、肝炎治療実務上の取扱い別紙様式例5による肝炎治療自己負担限度月額管理票であつて、第3の6に定める対象医療を受

ア 別紙様式2による臨床調査個人票及び同意書（臨床調査個人票については指定医療機関の医師、同意書については原則として対象患者本人が記入したもの。以下「個人票等」という。）

イ 医療保険の資格情報が確認できる書類

ウ 限度額適用認定又は限度額適用・標準負担額減額認定（以下「限度額適用認定証等」という。）の写し

エ 申請者の住民票の写し

オ 別紙様式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の写し並びに領収書及び診療明細書その他の別紙様式6-2に記載の事項を確認することができる書類等 （医療の給付を受けようとする日の属する月以前の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（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月以上あることが記録されているものをいう。以下、第6の1・2、第10の1・2（2）、第11の6及び第13において「医療記録票の写し等」という。）

カ 核酸アナログ製剤治療について「肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い」（平成20年3月31日健疾発第0331003号厚生労働省健康局疾病対策課長通知。以下「肝炎治療実務上の取扱い」という。）別紙様式例4-2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。）にあつては、肝炎治療実務上の取扱い別紙様式例5による肝炎治療自己負担限度月額管理票であつて、第3の6に定

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

(5) 非課税証明書類や住民票の写しなど、知事が申請内容の審査に必要と認める書類等

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

キ 別紙様式 11 による医療保険上の所得区分に関する情報を受診者の加入する医療保険の保険者（後期高齢者広域連合を含む。）が知事に情報提供することに同意する旨の書類（以下「同意書」という。）

ク 知事が申請内容の審査に必要と認める書類等

(2) 70 歳以上 75 歳未満の申請者

ア 個人票等

イ 医療保険の資格情報が確認できる書類

ウ 限度額適用認定等の写し（但し、所得区分が一般にあたる者を除く）

エ 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

オ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般にあたる者は、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

カ 医療記録票の写し等

キ 肝炎核酸アナログ製剤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

ク 同意書

(3) 75 歳以上の申請者

ア 個人票等

2 第5の2ただし書により、更新の申請を行う場合には、第6の1に掲げる書類等（個人票等を除く。）、第7の2（5）により交付された参加者証の写しを添えて知事に申請しなければならない。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、別紙様式11によるマイナンバーの利用等の取り扱いに関する同意書の提出により、これらの提出書類の一部を省略することができる。

- イ 医療保険の資格情報が確認できる書類
- ウ 限度額適用認定等の写し（但し、所得区分が一般にあたる者を除く）
- エ 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
- オ 申請者の住民票の写し。ただし、所得区分が一般にあたる者は、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
- カ 医療記録票の写し等
- キ 肝炎核酸アナログ製剤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
- ク 同意書
- ケ 知事が申請内容の審査に必要と認める書類等

2 第5の2ただし書により、更新の申請を行う場合には、交付申請書に以下の（1）から（3）の区分により、それぞれ掲げる書類を添えて知事に申請しなければならない。

（1）70歳未満の申請者

- ア 別紙様式3による参加者証（以下「参加者証」という。）の写し
- イ 医療保険の資格情報が確認できる書類
- ウ 申請者の住民票の写し
- エ 医療記録票の写し等
- オ 所得区分がオにあたる被用者保険（健康保険、船員保険及び共済組合等。以下同じ。）の者は、被保険者の非課税証明書類

カ 所得区分がエ又はオにあたる国民健康保険組合の者は、本人及び世帯全員の課税・非課税証明書類

キ 肝炎核酸アナログ製剤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

(2) 70 歳以上 75 歳未満の申請者

ア 参加者証の写し

イ 医療保険の資格情報が確認できる書類

ウ 申請者の住民票の写し（ただし、国民健康保険組合の者及び所得区分が低所得Ⅰにあたる被用者保険の者は、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）

エ 医療記録票の写し等

オ 所得区分が低所得Ⅱにあたる被用者保険の者は、被保険者の非課税証明書類

カ 所得区分が低所得Ⅰにあたる被用者保険の者は、被保険者及び被扶養者の非課税証明書類

キ 国民健康保険組合の者は、申請者及び世帯全員の住民税課税・非課税証明書類

ク 肝炎核酸アナログ製剤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

(3) 75 歳以上の申請者

ア 参加者証の写し

イ 医療保険の資格情報が確認できる書類

ウ 申請者の住民票の写し

エ 医療記録票の写し等

第7 認定

- 1 知事は、指定医療機関の医師が作成した個人票等及び医療記録票の写し等を基に、対象患者の認定を行うものとする。認定を行うに当たっては、事業の適正かつ円滑な実施を図るため、高知県感染症対策連携協議会肝炎対策部会において審査するものとする。
- 2 対象患者の認定及び参加者証の交付手続き等
 - (1) (略)
 - (2) 知事は、1に定める認定を行う際には、個人票等に基づき、別添1に定める診断・認定基準に該当する患者であることを適正に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、高知県感染症対策連携協議会肝炎対策部会に意見を求めるものとする。
 - (3) 知事は、1に定める認定を行う際には、第3の6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、第3の6(1)から(3)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。
 - (4) 知事は、1に定める認定を行う際には、第6の1(2)の書類等に基づき、申請者が第4の2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、(2)による認定及び(3)による確認が行われた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。なお、低所得者区分(所得

オ 肝炎核酸アナログ製剤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

第7 認定

- 1 知事は、指定医療機関の医師が作成した個人票等及び医療記録票の写し等を基に、対象患者の認定を行うものとする。認定を行うに当たっては、事業の適正かつ円滑な実施を図るため、高知県感染症対策協議会肝炎対策部会において審査するものとする。
- 2 対象患者の認定及び参加者証の交付手続き等
 - (1) (略)
 - (2) 知事は、1に定める認定を行う際には、個人票等に基づき、別添1に定める診断・認定基準に該当する患者であることを適正に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、高知県感染症対策協議会肝炎対策部会に意見を求めるものとする。
 - (3) 知事は、1に定める認定を行う際には、医療の給付を受けようとする日の属する月以前の24月以内に、保険医療機関において肝がん・重度肝硬変治療入院関係医療(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月以上あることを確認するものとする。
 - (4) 知事は、1に定める認定を行う際には、限度額適用認定等、高齢受給者証又は医療保険の資格情報が確認できる書類その他所得の状況を把握できる書類に基づき、申請者が第4の2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、(2)による認定及び(3)による確認が行われた申請者が加入する保険者に対

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、第4の2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、（2）による認定及び（3）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。

（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。

3（略）

第8（略）

第9 医療記録票の管理

1～3（略）

4 肝がん・重度肝硬変患者は、指定医療機関又は保険薬局等が記入した別紙様式6-1及び自ら記入した別紙様式6-2による医療記録票並びに領収書及び診療明細書その他の別紙様式6-2に記載の事項を

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。

（5）知事は、（4）により医療保険における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。

3（略）

第8（略）

第9 医療記録票の管理

1～3（略）

4 肝がん・重度肝硬変患者は、指定医療機関又は保険薬局等が記入した別紙様式6-1及び自ら記入した別紙様式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並びに領収書及び診療明細書そ

確認することができる書類を適切に管理するものとする。

第10 対象患者への助成額の計算方法

1～4 (略)

5. 対象患者が第5の1の(1)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及び第10の1から4に定める助成額の請求方法

(1) (略)

(2) (1)による請求又は第10の1から4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、別紙様式7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、次に掲げる書類等を添えて、請求者が居住する都道府県の知事に申請するものとする。

ア 請求者の限度額適用認定証等の適用区分を確認することができるもの

イ 請求者の参加者証の写し

ウ 医療記録票の写し等

エ 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

オ 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、(1)による請求の場合を除く)

カ その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類等

(3) (略)

の他の別紙様式6-2に記載の事項を確認することができる書類を適切に管理するものとする。

第10 対象患者への助成額の計算方法

1～4 (略)

5. 対象患者が第5の1の(1)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及び第5に定める助成額の請求方法

(1) 略

(2) (1)による請求又は第5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、別紙様式例7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、次に掲げる書類を添えて、請求者が居住する都道府県の知事に申請するものとする。

ア 医療保険の資格情報が確認できる書類

イ 請求者の参加者証の写し

ウ 医療記録票の写し等

エ 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等が発行した領収書、診療明細書及び調剤明細書

オ 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、(1)による請求の場合を除く)

カ その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類等

(3) (略)

第 11 指定医療機関の指定及び役割

1 第 3 の 7 の定めによる指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、別紙様式 8 による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書（以下「指定申請書」という。）を知事に提出するものとする。

第 12 対象医療及び認定基準等の周知等

知事は、本事業の適正な運用を確保するために保険医療機関及び保険薬局に対して本事業の対象医療及び診断・認定基準等の周知に努める。

また、知事は、指定医療機関に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、本事業を適正に実施していない指定医療機関に対して、本事業の適正な推進に必要な措置を講じるものとする。

第 13 県外から転入または県外へ転出した場合の取扱い

1 他の都道府県で参加者証の交付を受けていた参加者が高知県に転入し、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、参加者は、転入日の属する月の翌月末日までに、(1) から (4) に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。

- (1) 転入前に交付されていた参加者証
- (2) 変更部分を記載した交付申請書
- (3) 第 6 の 1 に掲げる書類（個人票等、医療記録票の写し等及び肝炎治療月額管理票の写しを除く）
- (4) 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別紙様式 11 によるマイナンバーの利用等の取り扱いに関する

第 11 指定医療機関の指定及び役割

1 第 3 の 7 の定めによる指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、別紙様式 例 8 による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書（以下「指定申請書」という。）を知事に提出するものとする。

第 12 対象医療及び認定基準等の周知等

知事は、本事業の適正な運用を確保するために保険医療機関及び保険薬局等に対して本事業の対象医療及び診断・認定基準等の周知に努める。

また、知事は、指定医療機関に対して定期的な指導・助言を行うよう努めるとともに、本事業を適正に実施していない指定医療機関に対して、本事業の適正な推進に必要な措置を講じるものとする。

第 13 県外から転入または県外へ転出した場合の取扱い

1 他の都道府県で参加者証の交付を受けていた参加者が高知県に転入し、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、参加者は、転入日の属する月の翌月末日までに、(1) から (3) に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。

- (1) 転入前に交付されていた参加者証
- (2) 変更部分を記載した交付申請書
- (3) 第 6 の 1 の (1) から (3) の区分によりそれぞれに掲げる書類（個人票等及び入院記録票の写し等を除く）

同意書（ただし、マイナンバーの利用に同意しない場合は除く）

2 知事は、当該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、第3の6に定める医療に要した医療費のうち、第5の1の（2）に定める金額又は第10の1から4に定める助成額を負担することとし、速やかに当該患者に対し、別紙様式3による参加者証を交付するものとする。また、転出元の都道府県知事から、個人票等の送付を受け取る。

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。

3（略）

第14～第19（略）

附 則

この要綱の一部改正は、令和8年3月19日から施行し、令和8年3月1日から適用する。

2 知事は、当該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が行われていない場合は、第3の6に定める医療に要した医療費のうち、第5の1の（2）に定める金額を負担することとし、速やかに当該患者に対し、別紙様式3による参加者証を交付するものとする。また、転出元の都道府県知事から、個人票等の送付を受け取る。

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。

3（略）

第14～第19（略）

附 則

この要綱の一部改正は、令和6年12月2日から施行する。

(別添1)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の診断・認定基準

医師が肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）と診断し、臨床調査個人票を作成し、それに基づき都道府県知事が認定する際の基準を以下の通り定める。

○ウイルス性であることの診断・認定

1) 「B型肝炎ウイルス性」であることは、HBs 抗原陽性 又は HBV-DNA 陽性のいずれかを確認する。

*B型慢性肝炎の HBs 抗原消失例を考慮し、HBs 抗原陰性であっても過去に半年以上継続する HBs 抗原陽性が認められるものは、含まれることとする。

2) 「C型肝炎ウイルス性」であることは、HCV 抗体陽性（HCV-RNA 陰性でも含む） 又は HCV-RNA 陽性のいずれかを確認する。

○肝がんであることの診断・認定（略）

○重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることの診断・認定

現在あるいは以前に重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることを、次のいずれかの基準で判定する。

- ・Child-Pugh score 7点以上
- ・別添3の2に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為」 又は、4に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）治療の医療行為と判断する薬剤等 (一般名)」のいずれかの治療歴を有する。

(別添1)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の診断・認定基準

医師が肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）と診断し、臨床調査個人票を作成し、それに基づき都道府県知事が認定する際の基準を以下の通り定める。

○ウイルス性であることの診断・認定

1) 「B型肝炎ウイルス性」であることは、HBs 抗原陽性 あるいは HBV-DNA 陽性、のいずれかを確認する。

*B型慢性肝炎の HBs 抗原消失例を考慮し、HBs 抗原陰性であっても過去に半年以上継続する HBs 抗原陽性が認められるものは、含まれることとする。

2) 「C型肝炎ウイルス性」であることは、HCV 抗体陽性（HCV-RNA 陰性でも含む） あるいは HCV-RNA 陽性、のいずれかを確認する。

○肝がんであることの診断・認定（略）

○重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることの診断・認定

現在あるいは以前に重度肝硬変（非代償性肝硬変）であることを、次のいずれかの基準で判定する。

- ・Child-Pugh score 7点以上
- ・別添3の2に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）の医療行為」 または、4に定める「重度肝硬変（非代償性肝硬変）治療の医療行為と判断する薬剤等」のいずれかの治療歴を有する。

(別添2) (略)

(別添3)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の
入院と判断するための医療行為の例示

1～2 (略)

3. 肝がんの医療行為と判断する薬剤等（一般名）

(1) 化学療法

殺細胞性抗癌剤：エピルビシン、ドキソルビシン、シスプラチン、ミ
リプラチン、マイトマイシンC、フルオロウラシル、ゲムシタビン、テガ
フル・ウラシル等

分子標的治療薬：ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンバチニブ、カボザ
ンチニブ、ラムシルマブ、ベバシズマブ等
アテゾリズマブ、デュルバルマブ、トレメリムマブ、
ペムブロリズマブ等

(2) (略)

4～5 (略)

(別添2) (略)

(別添3)

肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の
入院と判断するための医療行為の一覧

1～2 (略)

3. 肝がんの医療行為と判断する薬剤等（一般名）

(1) 化学療法

殺細胞性抗癌剤：エピルビシン、ドキソルビシン、シスプラチン、ミ
リプラチン、マイトマイシンC、フルオロウラシル、ゲムシタビン、テガ
フル・ウラシル等

分子標的治療薬：ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンバチニブ等

(2) (略)

4～5 (略)

(別添4)

肝がん外来医療に該当する医療行為

1. 肝がん外来医療に該当する医療行為

(1) 分子標的薬を用いた化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

分子標的治療薬：ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンバチニブ、
カボザンチニブ、ラムシルマブ、ペバシズマブ等
アテゾリズマブ、デュルバルマブ、トレメリムマ
ブ、ペムプロリズマブ等

(2) ~ (4) (略)

2. (略)

(別添4)

肝がん外来医療に該当する医療行為

1. 肝がん外来医療に該当する医療行為

(1) 分子標的薬を用いた化学療法

○対象とする薬剤（一般名）

分子標的治療薬：ソラフェニブ、レゴラフェニブ、レンバチニブ、
アテゾリズマブ等

(2) ~ (4) (略)

2. (略)

別紙様式3 (表面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 </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 日生					男・女		
保険種別	協・組・共・国・後	記号・番号							
保険者番号		<u>適用区分</u>							
有効期間	自	年 月 日		年 月 日		至			
自己負担月額	10,000円								
都道府県 知事名 及び印	高知県知事 (知事名) ㊟								
交付年月日	年 月 日								
備考									

別紙様式3 (表面)

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 </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 日生					男・女		
保険種別	協・組・共・国・後	<u>被保険者証の 記号・番号</u>							
保険者番号									
有効期間	自	年 月 日		年 月 日		至			
自己負担月額	10,000円								
都道府県 知事名 及び印	高知県知事 (知事名) ㊟								
交付年月日	年 月 日								
備考									

別紙様式 3 (裏面)

(裏面)

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ため留意してください。
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、知事が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、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、変更した箇所を交付申請書に記載し、本証と、変更箇所に関する書類を添えて、知事に提出してください。
9. 都道府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. 知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを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、下の連絡先（本証を交付した都道府県の担当係）宛てに、「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、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。

連絡先 高知県健康政策部健康対策課感染症担当 (TEL: 088-823-9677)

別紙様式 4～5 (略)

別紙様式 3 (裏面)

(裏面)

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3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12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。）を受けた月数が同一の保険者で既に2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（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、次の全ての要件を満たした場合です。
 - ・1と2の条件を満たしていること
 - ・同一の指定医療機関における3月目以降の入院であること
 - ・当該医療機関におけるその月の最初の入院が、肝がん・重度肝硬変入院関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）の入院であること
4. 3の条件を満たさない場合は、償還払いの手続きをとることになります。なお、同一の月に、同一の指定医療機関において、他に公費負担医療を受けた場合は、高額療養費の自己負担限度額まで追加の窓口負担が発生する可能性があるため留意してください。
5. 3の条件を満たして窓口負担が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ため留意してください。
6. 本証の交付を受けた際は、必ず、入院している指定医療機関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、知事が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、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・番号及び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に記載し、本証と、変更箇所に関する書類を添えて、知事に提出してください。
9. 都道府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. 指定医療機関に入院（複数の指定医療機関に入院した場合を含む。）し、2の医療を受けた場合で、知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを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、及び事業への参加を終了したい場合は、下の連絡先（本証を交付した都道府県の担当係）宛てに、「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、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。

連絡先 高知県健康政策部健康対策課感染症係 (TEL: 088-823-9677)

別紙様式 4～5 (略)

別紙様式 6 - 2

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(別紙様式例6-1)に記載しない場合に、別紙様式例6-1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、別紙様式例6-1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都道府県知事に提出してください。
別紙様式例6-1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。

○指定医療機関又は保険薬局の方へのお願い

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(別紙様式例6-1)に記載しない場合に、別紙様式例6-1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、同時に提示される別紙様式例6-1による医療記録票に記載されている内容を踏まえて、別紙様式例6-1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、別紙様式例6-1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、別紙様式例6-1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、別紙様式例6-1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。

○都道府県の方へのお願い

この医療記録票を受理した際は、記載の医療機関に指定医療機関となるよう働きかけを行ってください。

別紙様式 6 - 2

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			
<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				

【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(別紙様式例6-1)に記載しない場合に、別紙様式例6-1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、別紙様式例6-1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都道府県知事に提出してください。
別紙様式例6-1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。

○指定医療機関又は保険薬局の方へのお願い

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(別紙様式例6-1)に記載しない場合に、別紙様式例6-1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、同時に提示される別紙様式例6-1による医療記録票に記載されている内容を踏まえて、別紙様式例6-1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、別紙様式例6-1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、別紙様式例6-1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、別紙様式例6-1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。

○都道府県の方へのお願い

この医療記録票を受理した際は、記載の医療機関に指定医療機関となるよう働きかけを行ってください。

別紙様式 7

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い申請書

年 月 日

高知県知事様

申請者（参加者） 住所 〒

氏名

電話番号 () -

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下のとおり申請します。
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

ふりがな										
参加者氏名	公費負担者番号									
	公費負担医療の受給者番号									
振込口座 (請求者)	(金融機関名)									
	支店出張所		支店コード		種別					
					普通 ・ 当座					
口座番号	ふりがな									
	口座名義									

※提出にあたっての注意事項。

- 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。
 - 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
 - 請求者（参加者）の肝がん・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全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（キャッシュカードの写し等）
 - 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12月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し
 - その他（都道府県知事が必要と認める書類）
- 振込口座については、申請者（参加者）の名義の口座を記載してください。

(都道府県記入欄)

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---

別紙様式 7

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療費償還払い申請書

年 月 日

高知県知事様

申請者（参加者） 住所 〒

氏名

電話番号 () -

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の医療費を下のとおり申請します。
なお、支払金額は次の口座に振り込んでください。

ふりがな										
参加者氏名	公費負担者番号									
	公費負担医療の受給者番号									
振込口座 (請求者)	(金融機関名)									
	支店出張所		支店コード		種別					
					普通 ・ 当座					
口座番号	ふりがな									
	口座名義									

※提出にあたっての注意事項。

- 本請求書とともに、下記の書類を添付の上、手続きを進めてください。
 - 請求者（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
 - 請求者（参加者）の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の写し
 - 請求者（参加者）の肝がん・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全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（キャッシュカードの写し等）
 - 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12月以内の「肝炎治療自己負担限度月額管理票」の写し
 - その他（都道府県知事が必要と認める書類）
- 振込口座については、申請者（参加者）の名義の口座を記載してください。

(都道府県記入欄)

決定額	百万	十万	万	千	百	十	円
-----	----	----	---	---	---	---	---

別紙様式 8

年 月 日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書

高知県知事 様

開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者の氏名 (法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いの定めるところに従って、医療を担当します。

記

医療機関	名称	電話 ()					
	種類	病院 ・ 診療所 (有床・無床)					
	所在地						
	医療機関コード						
開設年月日		年 月 日					
開設者	住所 (※1)						
	氏名 (※2)						
指定申請区分	①入院及び外来	<input type="checkbox"/> 実施要綱 5 (1) ①に該当する施設である。					
	②外来のみ	<input type="checkbox"/> 実施要綱 5 (1) ②に該当する施設である。					
指定医療機関の役割		① 肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び別紙様式例 6-1 による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の交付を行うこと。 ② 別紙様式例 6-1 による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の記載を行うこと。 ③ 患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来医療に従事している医師に臨床調査個人票等を作成させ、交付すること。 ④ 当該月以前の 2.4 月以内に実施要綱 3 の 6 の (1) から (3) までに掲げる医療を受けた月数が既に 1 月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。 ⑤ その他、助成の対象になり得る患者に対し本事業に関する周知を行うなど、指定医療機関として本事業に必要な対応を行うこと。					

※1) 開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地 ※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名

別紙様式 9 ~ 10 (略)

別紙様式 8

年 月 日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定申請書

高知県知事 様

開設者の住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者の氏名 (法人の場合は法人の名称と代表者の職・氏名)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による指定医療機関として指定を受けたいので申請します。

なお、指定の上は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いの定めるところに従って、医療を担当します。

記

医療機関	名称	電話 ()					
	種類	病院 ・ 診療所 (有床・無床)					
	所在地						
	医療機関コード						
開設年月日		年 月 日					
開設者	住所 (※1)						
	氏名 (※2)						
指定申請区分	①入院及び外来	<input type="checkbox"/> 実施要綱 5 (1) ①に該当する施設である。					
	②外来のみ	<input type="checkbox"/> 実施要綱 5 (1) ②に該当する施設である。					
指定医療機関の役割		① 肝がん・重度肝硬変患者がいる場合、本事業についての説明及び別紙様式例 6-1 による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の交付を行うこと。 ② 別紙様式例 6-1 による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の記載を行うこと。 ③ 患者から依頼があった場合には、肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来医療に従事している医師に臨床調査個人票等を作成させ、交付すること。 ④ 当該月以前の 1.2 月以内に実施要綱 3 (6) の①から③までに掲げる医療を受けた月数が既に 2 月以上ある場合のものとして、本事業の対象となる高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療が行われた場合には、公費負担医療の請求医療機関として公費の請求を行うこと。 ⑤ その他、助成の対象になり得る患者に対し本事業に関する周知を行うなど、指定医療機関として本事業に必要な対応を行うこと。					

※1) 開設者が法人の場合は、法人の主たる事務所の所在地 ※2) 開設者が法人の場合は、法人の名称及び代表者氏名

別紙様式 9 ~ 10 (略)

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			<input type="checkbox"/> 現在と同じ <input type="checkbox"/> 同じではない ()
	男・女			<input type="checkbox"/> 現在と同じ <input type="checkbox"/> 同じではない ()
	男・女			<input type="checkbox"/> 現在と同じ <input type="checkbox"/> 同じではない ()
	男・女			<input type="checkbox"/> 現在と同じ <input type="checkbox"/> 同じではない ()
	男・女			<input type="checkbox"/> 現在と同じ <input type="checkbox"/> 同じではない ()
	男・女			<input type="checkbox"/> 現在と同じ <input type="checkbox"/> 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。

別紙様式 11

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、高知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

高知県知事 様

住 所

氏 名

法定代理人

住 所

氏 名

--	--

