

## 患者基礎情報の記載

(様式第8-1号)

### 医療記録票 (肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業)

患者の方へのお願い  
肝がん又は重度肝硬変に係る治療を受けた場合には、この医療記録票を保険医療機関又は保険薬局の窓口忘れずに提示してください。  
また、都道府県に償還払いの請求を行う場合は、この医療記録票の写しを請求書に添付してください。

健康保険証等に記載されている患者の情報を記載。

[ 枚目 ]

氏名	栃木 太郎	性別	男	生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日
住所	宇都宮市鳩田〇-〇-〇				
保険種別 (変更時)	国民健康保険	保険者番号 (変更時)	090000	被保険者証の記号・番号 (変更時)	100-000000-01
<b>A欄</b>	高額療養費算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400
		③外来	57,600		

後期高齢者医療で2割負担の患者は「※配慮措置あり」と記載

A欄高額療養費算定基準額は限度額適用認定証等を確認して適用区分に応じた上限額 (高額療養費算定基準額) を記載。

※70歳以上で所得区分「一般」の被保険者は限度額適用認定証が発行されない。

年齢区分	所得区分 (限度額適用認定証における適用区分)		窓口負担割合	ひと月の上限額 (世帯ごと) 【多数回該当】	
				外来 (個人ごと)	
70歳未満	工	~年収約370万円 健保: 標準26万円以下 国保: 旧ただし書き所得210万円以下	3割	-	57,600円 【多44,400円】
	才	住民税非課税		-	35,400円 【多24,600円】
70歳以上 75歳未満	Ⅲ (一般)	年収約156万~約370万円 健保: 標準26万円以下 国保: 課税所得145万円未満等	2割	18,000円 (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅱ (低所得Ⅱ)	住民税非課税		8,000円	24,600円
	Ⅰ (低所得Ⅰ)	住民税非課税 (年金収入80万円以下など)		8,000円	15,000円
75歳以上	Ⅲ (一般2割)	課税所得28万円以上145万円未満かつ「年金収入+その他の合計所得金額」が単身世帯で200万円以上など	2割	18,000円※ (年14万4千円)	57,600円 【多44,400円】
	Ⅲ (一般1割)	・課税所得28万円未満 ・課税所得28万円以上145万円未満かつ「年金収入+その他の合計所得金額」が単身世帯で200万円未満など		18,000円 (年14万4千円)	
	Ⅱ (低所得Ⅱ)	住民税非課税	1割	8,000円	24,600円
	Ⅰ (低所得Ⅰ)	住民税非課税 (年金収入80万円以下など)		8,000円	15,000円

※令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間は、「6,000円 + (医療費 - 30,000円) × 0.1」又は18,000円のいずれか低い額

# 医療記録票の記載方法

## 医療実績記載欄の記載①

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)			入院【現物給付(原則)】					通院(保険薬局含む)【償還払い】						
◇	◇	◆	◇◆	◇	◇	◆◆	◇	◇	◆◆	◆◆	◆◆	◇◆	◆◆	
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に 係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額 (10割分)	② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	⑤ 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	⑥ 月間累計 (⑤の月間累計) ※円単位で記載	⑦ ※2	⑧ 同じ月に入院欄の③と 通院欄の⑥の記載がある 場合は、その合計額を 記載※3	⑨ 関係医療の窓口支払額
R4/10/5	R4/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/12/2	R4/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R5/4/3	R5/4/7		〇〇病院			100,000	30,000	30,000						30,000
R5/4/8			〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000		36,000	6,000
		R5/4/8	□□薬局			112,000				33,600	39,600		69,600	33,600
R5/5/3			〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000			6,000
		R5/5/3	□□薬局			112,000				33,600	39,600			33,600
R5/5/25			〇〇病院	○	○	20,000				6,000	45,600			6,000
		R5/5/25	□□薬局			112,000				33,600	79,200	○		24,000
R5/7/5	R5/7/29		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					10,000
R5/8/7	R5/8/20		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					10,000
R5/8/22			〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000			0
		R5/8/22	□□薬局			112,000				33,600	39,600			33,600

※1：③の1月間の累計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合○印 (B欄には「○入」又は「△入」と記載)

※2：⑥の1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合○印 (B欄には「△外」又は「▲外」と記載)

※3：⑧の1月間の合計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合B欄には「○入+△外」、「○入+▲外」、「○入+外」、「△入+△外」、「△入+外」、「入+△外」、「入+▲外」(※1欄、※2欄に○印が無い場合は「△合算」)のいずれかを記載

それぞれ年月日を記載。

医療機関又は保険薬局名を記載。

「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」に係る通院医療のいずれかに該当する場合○印を記載。

通院時に「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」に係る治療を行う上で無関係であると医師が判断する医薬品(本事業対象外)も合わせて1枚の処方箋で処方する場合は○印を記載。<特記事項に係る取扱参照>

複数の医療実績をまとめて記載する場合、医療機関と保険薬局が時系列で記載できるように、医療機関は処方箋を交付していたら、保険薬局記載欄を1行空けて次の医療実績を記載してください。

# 医療記録票の記載方法

## 医療実績記載欄の記載②

医療機関において薬剤の投与に代えて処方箋が交付された場合、当該処方箋に基づく薬局での薬剤の支給は、処方箋を交付した医療機関における療養の一環としてみなして取り扱う。  
 ※保険者によって取扱いが異なるため注意。

国保、協会けんぽ、地方公務員共済組合、日本私立学校振興・共済事業団は上記の取扱いを確認済。

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)

◇	◇	◆	◇◆	◇	◇	◇◆	◇	◇	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆	
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に 係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額 (10割分)	② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の自己負担額 (3割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 (②の月間累計) ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③と 通院欄の⑥の記載がある 場合は、その合計額を 記載 ※3	⑥ 関係医療の窓口支払額
R4/10/5	R4/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/12/2	R4/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R5/4/3	R5/4/7		〇〇病院			100,000	30,000	30,000						30,000
R5/4/8			〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000		36,000	6,000
		R5/4/8	□□薬局			112,000				33,600	39,600		69,600	33,600
R5/5/3			〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000			6,000
		R5/5/3	□□薬局			112,000				33,600	39,600			33,600
R5/5/25			〇〇病院	○	○	20,000				6,000	45,600			6,000
		R5/5/25	□□薬局			112,000				33,600	79,200	○		24,000
R5/7/5	R5/7/29		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					10,000
R5/8/7	R5/8/20		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					10,000
R5/8/22			〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000			0
		R5/8/22	□□薬局			112,000				33,600	39,600			33,600

※1：③の1月間の累計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合○印 (B欄には「○入」又は「△入」と記載)  
 ※2：③の1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合○印 (B欄には「△外」又は「▲外」と記載)  
 ※3：③の1月間の合計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合B欄には「○入+△外」、「○入+▲外」、「○入+外」、「△入+△外」と記載

令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間、2割負担となる方は、外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う1か月の負担増加額を3,000円までに抑える措置。

- ① 本事業の対象となる医療費の総額を記載。
- ② 本事業の対象となる医療費の医療機関窓口での自己負担額（1割～3割）を1円単位で記載。【入院・通院別】  
 ※配慮措置適用の場合は適用後の額を記載。
- ③ 1日から月末までを月間累計の対象範囲として、②に記載している額（患者が70歳未満の場合は、1つの医療機関又は保険薬局の額が2万1千円以上のもの等、高額療養費の算定における一部負担金等の額の制限額以上のものに限る。）の合計を1円単位で記載。【入院・通院別】

# 医療記録票の記載方法

## 医療実績記載欄の記載③

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）

◇	◇	◆	◇◆	入院【現物給付（原則）】				通院（保険薬局含む）【償還払い】			◇◆	◇◆		
				◇	◇	◇	◇	◇◆	◇◆	◇◆				
入院・通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬等に係る治療の場合○印	特記事項がある場合○印	① 関係医療の医療費総額（10割分）	② 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	③ 月間累計（②の月間累計）※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の自己負担額（3割等）※円単位で記載	③ 月間累計（②の月間累計）※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載※3	⑥ 関係医療の窓口支払額
R4/10/5	R4/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R4/12/2	R4/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					57,600
R5/4/3	R5/4/7		〇〇病院			100,000	30,000	30,000						30,000
R5/4/8			〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000		36,000	6,000
		R5/4/8	□□薬局			112,000				33,600	39,600		69,600	33,600
R5/5/3			〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000			6,000
		R5/5/3	□□薬局			112,000				33,600	39,600			33,600
R5/5/25			〇〇病院	○	○	20,000				6,000	45,600			6,000
		R5/5/25	□□薬局			112,000				33,600	79,200	○		24,000
R5/7/5	R5/7/29		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					10,000
R5/8/7	R5/8/20		〇〇病院			210,000	63,000	63,000	○					10,000
R5/8/22			〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000			0
		R5/8/22	□□薬局			112,000				33,600	39,600			33,600

※1：③の1月間の累計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合○印（B欄には「〇入」又は「△入」と記載）

※2：③の1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合○印（B欄には「△外」又は「△外」と記載）

※3：④※1 ③の1月間の累計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合○印を記載。

④※2 ③の1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合○印を記載。  
※後期高齢者医療で2割負担の患者について、①欄の1月間の通院累計額が3万円を超えた場合は配慮措置が適用されるため、通院④欄に○印を記載。

⑤ 同じ月に入院欄の③と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載。

⑥ 本事業の対象となる医療費について、医療機関窓口で患者が支払った金額を記載。  
※指定医療機関において、参加者証を提示して現物給付として入院関係医療の自己負担額を1万円とした場合は「10,000円」と記載。

# 医療記録票の記載方法

## B欄（月数カウント）の記載①

### 【B欄記載の記号等の説明】

○	入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合（現物給付の場合）
△	高療基準額（入院・外来高療基準額）を超えた場合〔上記の場合を除く〕 （多数回該当がある高療基準額を超えた場合）
▲	70歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合（多数回該当が無い高療基準額を超えた場合）

### 【月数要件カウント方法】

B欄に「○」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。（1月に複数ある場合でもカウントは1回。）

### 【多数回該当の判定方法】

保険診療上	過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。
現物給付 （特定疾病給付対象療養）	過去12か月以内の○の数をカウントし、4回目以降から多数回該当。

※1	③の1月間の累計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合○印 （B欄には「○入」又は「△入」と記載）
※2	③の1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合○印 （B欄には「△外」又は「▲外」と記載）
※3	⑤の1月間の合計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合B欄には「○入+△外」、「○入+▲外」、 「○入+外」、「△入+△外」、「△入+外」、「入+△外」、「入+▲外」（※1欄、※2欄に○印が 無い場合は「△合算」）のいずれかを記載

# 医療記録票の記載方法

## B欄（月数カウント）の記載②

<b>A欄</b>	高額療養費 算定基準額	①入院	57,600	②多数回該当の場合	44,400	③外来	57,600					
<b>B欄</b>	R4年			R5年			R6年			R7年		
	8月	9月	10月 △入	11月	12月 △入	1月	2月	3月	4月 △合算	5月 △外	6月	7月 ○入
	R5年			R6年			R7年			R8年		
	8月 ○入+外	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月

### 医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）

入院・ 通院日	退院日	調剤日	医療機関名、保険薬局名	分子標的薬 等に係る治 療の 場合○印	特記事項が ある 場合○印	入院【現物給付（原則）】				通院（保険薬局含む）【償還払い】				
						① 関係医療の 医療費総額 （10割分）	② 関係医療の 自己負担額 （3割等） ※円単位で記載	③ 月間累計 （②の月間累計） ※円単位で記載	④ ※1	② 関係医療の 自己負担額 （3割等） ※円単位で記載	③ 月間累計 （②の月間累計） ※円単位で記載	④ ※2	⑤ 同じ月に入院欄の③と 通院欄の③の記載があ る場合は、その合計額 を記載 ※3	⑥ 関係医療の 窓口支払額
R4/10/5	R4/10/25		〇〇病院			210,000	63,000	<u>63,000</u>	○	<b>①入院が高療基準額を超える</b>				57,600
R4/12/2	R4/12/30		〇〇病院			210,000	63,000	<u>63,000</u>	○	<b>②入院と外来いずれも高療基準額を超えないが、 合算して高療基準額を超える</b>				
R5/4/3	R5/4/7		〇〇病院			100,000	30,000	30,000						
R5/4/8		R5/4/8	〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000		36,000	6,000
		R5/4/8	□□薬局			112,000				33,600	39,600		<u>69,600</u>	33,600
R5/5/3		R5/5/3	〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000			6,000
		R5/5/3	□□薬局			112,000				33,600	39,600			33,600
R5/5/25		R5/5/25	〇〇病院	○	○	20,000				6,000	45,600			6,000
		R5/5/25	□□薬局			112,000				33,600	<u>79,200</u>	○		24,000
R5/7/5	R5/7/29		〇〇病院			210,000	63,000	<u>63,000</u>	○	<b>④入院が高療基準額を超える 【現物給付】</b>				10,000
R5/8/7	R5/8/20		〇〇病院			210,000	63,000	<u>63,000</u>	○					10,000
R5/8/22		R5/8/22	〇〇病院	○		20,000				6,000	6,000			0
		R5/8/22	□□薬局			112,000				33,600	39,600			33,600

# 医療記録票の記載方法

## 特記事項に係る取扱

処方箋											
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担者番号				保険者番号							
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 (印)							
患者	氏名			保険医療機関の所在地及び名称							
	生年月日 年 月 日 男・女			電話番号							
	区分 被保険者 被扶養者			保険医氏名 (印)							
都道府県番号		点数表番号		医療機関コード							
交付年月日 令和 年 月 日		記載イメージ						特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。			
処方	変更不可 (個々の処方箋について、複製医薬品(ジェネリック医薬品)への変更を差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。)										
	レンビマカプセル (〇〇mg) 2錠 1日1回 〇食後 14日分 リウマトレックスカプセル (〇〇mg) 2錠 1日1回 〇食後 〇日分										
備考	保険医署名 (「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。)										
	マーカー部分が対象外 対象外の医薬品										
調剤済年月日 令和 年 月 日		公費負担者番号									
保険薬局の所在地及び名称 保険薬局師氏名 (印)		公費負担医療の受給者番号									

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。  
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。  
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費料の請求に関する省令(昭和51年厚生省令第36号)第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

- 医療機関は、処方箋に記載されている本事業の助成対象外となる医薬品にマーカーを付け、「マーカー部分が対象外」等のコメントを処方箋の備考欄や裏面等に記載することにより、調剤を行う薬局が助成対象外の医薬品を区別できるようにしてください。
- 保険薬局は、処方箋に本事業の助成対象外と医師が判断する医薬品が含まれている旨のコメントが記載されている場合は、当該医薬品に係る薬剤費を除いた金額を医療記録票に記載してください。