

栃木県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の御案内



1 事業の目的

B型又はC型肝炎ウイルス感染が原因により慢性肝炎から軽度肝硬変を経て重度肝硬変、肝がんへと進行するために長期に渡り療養を要するという特徴を踏まえて、患者の医療費の負担軽減を図りつつ、肝がん・重度肝硬変の治療効果、患者の生命予後や生活の質を考慮し、最適な治療を選択できるようにするための研究を促進する仕組みを構築することを目的としています。

2 対象医療と対象者

対象医療	以下全てを満たすもの (1) 保険医療機関で受けた、 <u>B型又はC型肝炎ウイルスに起因する肝がん・重度肝硬変に係る入院関係医療</u> （保険適用のものに限る）及び <u>対象の通院関係医療</u> （「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」による通院治療） (2) <u>過去2年間で、(1)の医療のみで高額療養費の限度額を超えた月が、既に1月以上あり、かつ指定医療機関※1において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月の医療</u> （2月目以降が対象）								
対象者	栃木県内に住所を有する方で、対象医療を必要とし、次に掲げる要件を全て満たす方 (1) 医療保険各法（後期高齢者含む）の規定による被保険者又は被扶養者 (2) 下表の年齢区分に応じて、それぞれ同表の階層区分に該当する方 (3) 本事業に協力（臨床データを提供）することに同意し、臨床調査個人票及び同意書を提出した方								
	<table border="1"><thead><tr><th>年齢区分</th><th>階層区分</th></tr></thead><tbody><tr><td>70歳未満</td><td>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方</td></tr><tr><td>70歳以上 75歳未満</td><td>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割とされている方</td></tr><tr><td>75歳以上※2</td><td>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割とされている方</td></tr></tbody></table>	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方	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割とされている方	75歳以上※2	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割とされている方
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方								
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割とされている方								
75歳以上※2	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割とされている方								

※1 都道府県に指定の申請を行い、指定を受けた医療機関（肝がん・重度肝硬変入院医療を適切に行うことができる医療機関）

※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方のうち、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割とされている方を含む。

（留意事項）

- 70歳以上の対象患者のうち、医療保険各法又は高齢者の医療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の対象となる方は、毎年8月～翌年7月までの間において高額療養費自己負担月額（肝がん外来関係医療に係るものに限る）の合算額が14万4千円を超える部分については助成しない。
- 70歳未満の対象患者が助成を受ける場合において、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係る一部負担額の合算額について、高額療養費の算定方法の例により算定するときに、合算することができない一部負担額がある場合は、当該一部負担額の合算額を除外額に加えて助成する。
- 肝炎治療受給者証被交付者である対象患者に対する核酸アナログ製剤治療に係る一部負担額の計算については、当該対象患者の核酸アナログ製剤治療に係る自己負担額を1万円（自己負担額が1万円に満たない場合は当該自己負担額）として計算する。

3 医療費の助成方法

対象医療において高額の療養費の限度額を超えた月が過去24か月で2月目から自己負担額が1万円になるよう以下のとおり助成します。

(入院関係医療について)

指定医療機関へ参加者証(県から交付)及び入院記録票(保険医療機関又は申請者が記載)を提示することで、医療機関ごとに対象医療に係る医療費の自己負担限度額(月額)が1万円に軽減されます。

なお、参加者証の提示が間に合わない方、同一月で複数回入院された方は、県健康福祉センター(宇都宮市にお住まいの方は宇都宮市保健所)にて償還払いの手続きが必要です。

(通院関係医療について)

通院・薬局に係る関係医療についてはすべて償還払いとなります。必要書類を揃え、県健康福祉センター(宇都宮市にお住まいの方は宇都宮市保健所)にて償還払いの手続きが必要です。

4 申請に必要な書類

申請に必要な書類は次のとおりです。尚、加入する保険者によって後日、追加で書類を提出していただく場合があります。また、提出いただいた書類は返却いたしませんので御了承願います。

申請に必要な書類	70歳未満※4	70歳以上 75歳未満※4		75歳以上※5	
		所得区分		所得区分	
		一般	住民税 非課税	一般	住民税 非課税
<input type="checkbox"/> 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	○	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票及び同意書	○	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> 健康保険証の写し	○	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証の写し※3	-	○	○	-	-
<input type="checkbox"/> 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写し	○	-	○	-	○
<input type="checkbox"/> 申請者及び申請者と同一の保険加入者の市町村民税の課税年額を証明する書類 (申請時に取得できる最新のもので、かつ、全員分の課税年度が同一のもの、乳幼児や義務教育就学中のお子さん等の分については不要) (例)「住民税決定証明書」、「市・県民税課税証明書」、「非課税証明書」(以上は、原本)や「市町村民税の決定通知書」(写し可)など	-	○	-	○	-
<input type="checkbox"/> 世帯全員の続柄が記載された住民票謄本(発行日から3ヶ月以内で、個人番号(マイナンバー)の記載がないもの)	○ (抄本でも可)	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> 次の(1)、(2)のいずれか又はすべて (1)肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(様式第8-1号)の写し (2)肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(様式第8-2号)の写し※6 (2年以内に、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。)	○	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> 領収書及び診療報酬明細書など、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業入院医療記録票(様式第8-2号)の写しの記載内容を確認できるもの※7	○	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> 世帯調書	-	○	○	○	○
<input type="checkbox"/> 肝炎治療受給者証の写し 肝炎治療自己負担上限管理票の写し ※8 ※9	○	○	○	○	○

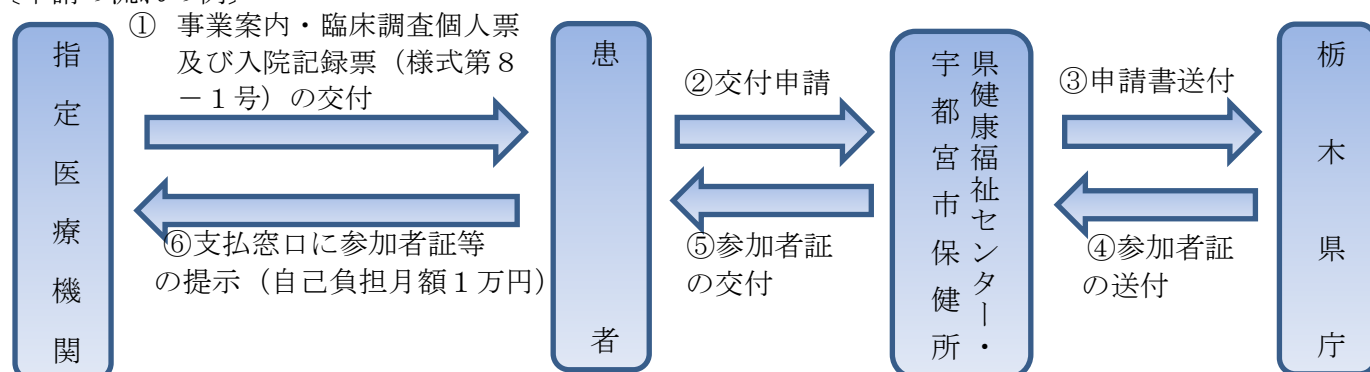
※3 国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証の場合は不要です。

- ※4 後期高齢者医療制度に加入している方を除く。
- ※5 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方を含む。
- ※6 入院している保険医療機関で(1)肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(様式第8-1号)を記入してもらえないときに申請者が代わって記入する様式です。保険医療機関で肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(様式第8-1号)に記入してもらえるときは、提出不要です。
- ※7 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(様式第8-2号)の写しを提出しない場合は不要です。
- ※8 肝炎治療受給者証及び肝炎自己負担上限管理票の写しについては、肝炎治療に係る医療費助成事業で医療費の助成を受けている方のみ提出が必要です。
- ※9 ※8は様式9号による肝炎治療自己負担額限度票であって、対象医療を受けようとする日の属する月以前の24月以内の自己負担等が記録されているものの写しを提出してください。

5 申請から結果通知まで

受付から審査結果が出るまでは、概ね1~2ヶ月程度かかり、申請書を提出した日の属する月の1日が公費負担の開始日となります。また、提出された臨床調査個人票の内容に疑義がある場合は、主治医に照会することがあり、更に期間が必要となる場合もありますので、あらかじめ御了承ください。

[申請の流れの例]



6 お問い合わせ先

お住まいの市町	お問い合わせ先	住所	電話番号
鹿沼市	県西健康福祉センター	〒322-0068 鹿沼市今宮町 1664-1	0289-62-6225
真岡市・益子町・ 茂木町・市貝町・芳賀町	県東健康福祉センター	〒321-4305 真岡市荒町 116-1	0285-82-3323
小山市・下野市・ 上三川町・野木町	県南健康福祉センター	〒323-0811 小山市犬塚 3-1-1	0285-22-1219
大田原市・那須塩原市・ 那須町	県北健康福祉センター	〒324-8585 大田原市本町 2-2828-4	0287-22-2679
足利市・佐野市	安足健康福祉センター	〒326-0032 足利市真砂町 1-1	0284-41-5895
日光市	今市健康福祉センター	〒321-1263 日光市瀬川 51-8	0288-21-1066
栃木市・壬生町	栃木健康福祉センター	〒328-8504 栃木市神田町 6-6	0282-22-4121
矢板市・さくら市・ 塩谷町・高根沢町	矢板健康福祉センター	〒329-2163 矢板市鹿島町 20-22	0287-44-1297
那須烏山市・那珂川町	烏山健康福祉センター	〒321-0621 那須烏山市中央 1-6-92	0287-82-2231
宇都宮市	宇都宮市保健所	〒321-0974 宇都宮市竹林町 972	028-626-1114