

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業 医療記録補助票

この票は様式第6-1号「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業記録票」の作成前（中）の医療費を管理するための補助票です。

○患者の方へ

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に忘れずに提示してください。

なお、この補助票は鳥取県内のみ有効です。県外に転院・転居される場合等は、この補助票を交付した医療機関に連絡し、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票」の交付を依頼してください。

○鳥取県以外の医療機関・保健所の方へ

万が一患者の方がこの補助票をお持ちした場合は、発行（記載）した医療機関に連絡するよう促してください。

※注意事項は8ページをご覧ください。



鳥取県健康づくりシンボルキャラクター げんきトリピー

○患者情報

住 所					
氏 名			生年月日		
保険者名又は 保険者番号		被保険者証の 記号・番号		適用区分 (自己負担上限額)	

○医療記録（ 年分）

入院期間	通院日	調剤日	分子標的薬等治療	医療費総額(10割分)	自己負担額	高額	公費	徴収印	備考 (その他の医療・公費の有無等)
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

【発行（記載）医療機関、保険薬局】

医療機関名又は保険薬局名 _____

連絡先（所在）〒 _____

（電話）（ _____ ） _____

○患者情報

住 所					
氏 名			生年月日		
保険者名又は 保険者番号		被保険者証の 記号・番号		適用区分 (自己負担上限額)	

○医療記録 (年分)

入院期間	通院日	調剤日	分子標的薬等治療	医療費総額(10割分)	自己負担額	高額	公費	徴収印	備考 (その他の医療・公費の有無等)
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

【発行 (記載) 医療機関、保険薬局】

医療機関名又は保険薬局名 _____

連絡先 (所在) 〒 _____

(電話) (_____) _____

○患者情報

住 所					
氏 名			生年月日		
保険者名又は 保険者番号		被保険者証の 記号・番号		適用区分 (自己負担上限額)	

○医療記録 (年分)

入院期間	通院日	調剤日	分子標的薬等治療	医療費総額(10割分)	自己負担額	高額	公費	徴収印	備考 (その他の医療・公費の有無等)
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

【発行 (記載) 医療機関、保険薬局】

医療機関名又は保険薬局名 _____

連絡先 (所在) 〒 _____

(電話) (_____) _____

○患者情報

住 所					
氏 名			生年月日		
保険者名又は 保険者番号		被保険者証の 記号・番号		適用区分 (自己負担上限額)	

○医療記録 (年分)

入院期間	通院日	調剤日	分子標的薬等治療	医療費総額(10割分)	自己負担額	高額	公費	徴収印	備考 (その他の医療・公費の有無等)
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

【発行 (記載) 医療機関、保険薬局】

医療機関名又は保険薬局名 _____

連絡先 (所在) 〒 _____

(電話) (_____) _____

○患者情報

住 所					
氏 名			生年月日		
保険者名又は 保険者番号		被保険者証の 記号・番号		適用区分 (自己負担上限額)	

○医療記録 (年分)

入院期間	通院日	調剤日	分子標的薬等治療	医療費総額(10割分)	自己負担額	高額	公費	徴収印	備考 (その他の医療・公費の有無等)
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ~ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

【発行 (記載) 医療機関、保険薬局】

医療機関名又は保険薬局名 _____

連絡先 (所在) 〒 _____

(電話) (_____) _____

○患者情報

住 所					
氏 名			生年月日		
保険者名又は 保険者番号		被保険者証の 記号・番号		適用区分 (自己負担上限額)	

○医療記録 (年分)

入院期間	通院日	調剤日	分子標的薬等治療	医療費総額(10割分)	自己負担額	高額	公費	徴収印	備考 (その他の医療・公費の有無等)
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
月 日 ～ 月 日			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

【発行(記載)医療機関、保険薬局】

医療機関名又は保険薬局名 _____

連絡先(所在) 〒 _____

(電話) (_____) _____

注 意 事 項

- この医療記録補助票(以下「補助票」)は鳥取県内の医療機関に入院している患者が、鳥取県内の総合事務所福祉保健所及び鳥取市保健所(以下「鳥取県内の保健所等」)に申請する場合に限り、利用できます。他の都道府県の医療機関への転院や他の都道府県に申請する場合には、別途国指定様式第6-1号「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(以下「記録票(国様式)」)の作成が必要になります。
- 保険医療機関又は保険薬局は、次の条件のいずれも満たす場合に限り、入院記録票(国様式)の交付・記入に替えて補助票を交付することができます。
 - 【交付条件】
 - ・対象患者が鳥取県内に居住している場合。
 - ・対象患者が鳥取県内の保健所等に申請を行う場合。
 - ・医療記録票(国様式)の作成が必要となった場合には、速やかに医療記録票(国様式)を交付すること。
- この補助票は、医療機関又は保険薬局ごとに作成してください。また、患者情報に変更が生じた場合や医療記録欄等が不足した場合も別ページとしてください。
- 医療費総額及び自己負担額には、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に係る医療費総額(10割)及び当該医療費に係る自己負担額のみを記載してください。その他の医療費については記載しないでください。
- その月の医療費の自己負担額が高額療養費の自己負担上限額に達している場合は「高額」欄の□にチェックを入れてください。
- その月の医療費の自己負担額について、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業を適用して自己負担額を1万円とした場合は、「公費」欄の□にチェックを入れてください。
- その他の医療(医療保険単独)やその他の公費の適用があった場合等については、その旨を備考欄に記載してください。
- 申請の内容や記載内容によっては、後日保健所等から医療機関に確認をさせていただくことがありますので御了承ください。