

償還払い請求について

■ 通院に係る医療費については、保健福祉事務所への償還払い請求が必要です。

入院の場合

参加者証を指定医療機関窓口
提示すると、自己負担額が1万円になります

※同一の月に1つの指定医療機関における1回の入院で
高額医療費算定基準を超えると窓口負担1万円です
※参加者証を指定医療機関の窓口に表示できない場
合は、一部負担金を支払い、後日、保健福祉事務所に
償還請求をしてください

通院の場合

後日保健福祉事務所に償還払い請求を
することで、自己負担額が1万円になります

高額療養費算定基準額と自己負担額1万円
との差額を口座振り込みにより助成

■ 償還請求の流れ



償還払い請求時に提出する書類

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 医療費償還請求払い請求書 | <input type="checkbox"/> 償還請求の対象月に受診した全ての医療機関、薬局が発行した
領収書、診療明細書及び調剤明細書 |
| <input type="checkbox"/> 請求者の保険証、高齢受給者証または
後期高齢者医療被保険者証の写し | <input type="checkbox"/> 振込先の口座番号等が確認できる資料
(通帳やキャッシュカード) |
| <input type="checkbox"/> 参加者証の写し | <input type="checkbox"/> 肝炎治療月額管理票の写し
(肝炎治療受給者証をお持ちの方のみ) |
| <input type="checkbox"/> 医療記録票の写し | |

更新の手続き

参加者証の有効期間は原則1年間です。ただし、更新することができます。

更新申請に必要な書類は所得区分によって変わります。

詳しくはお住まいの地域の保健福祉事務所までお尋ねください。

◎必要書類(例)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 交付申請書
(保健福祉事務所にて記載できます) | <input type="checkbox"/> 住民票 |
| <input type="checkbox"/> 交付済の参加者証 | <input type="checkbox"/> 住民税課税・非課税証明書類(世帯全員分) |
| <input type="checkbox"/> 医療記録票 | <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 ※ |
| <input type="checkbox"/> 保険証 | <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療費保険者証 ※ |
| | <input type="checkbox"/> 肝炎治療月額管理票 ※ |
- ※お持ちの方のみ

●臨床調査個人票は不要です。

●年収370万円以下の要件を引き続き満たしている必要があります。

●医療記録票は、高額療養費算定基準を超えた月数が過去23ヶ月で1月以上あることが確認できるものを添付してください。

ウイルス性肝炎が原因の 肝がん・重度肝硬変の方へ 医療費助成のご案内

お問い合わせ先

京都大学医学部附属病院

【肝疾患相談センター】

(月・水・金曜日 午前10時～12時)
※祝日および年末年始は除く

Tel. 075-751-4701

【保険福祉掛】

(場所：外来棟1階患者総合サポートセンター内)

Tel. 075-751-3055

B型肝炎・C型肝炎ウイルスが原因の

肝がん・重度肝硬変の方は 医療費助成が受けられます

対象となる方

✓ B型肝炎・C型肝炎ウイルス

が原因の肝がんまたは重度肝硬変と診断されている



✓ 参加者証の取得

※お住まいの(住民票のある)都道府県へ申請



✓ 世帯年収が約370万円以下



✓ 肝がん・重度肝硬変の治療の研究にご協力いただける方

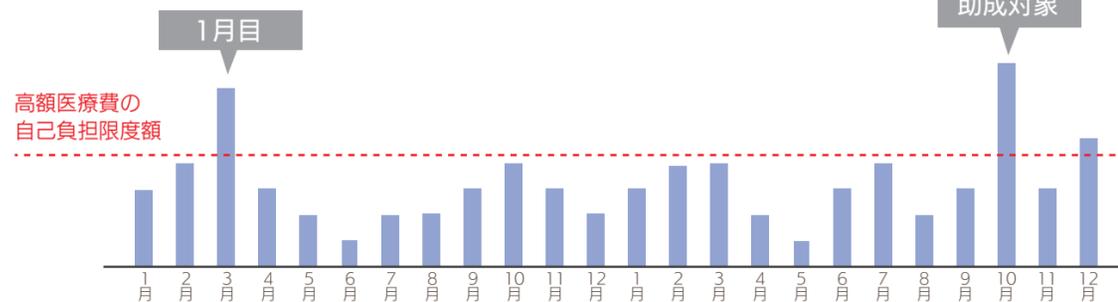


✓ 対象医療の医療費について、高額療養費の限度額を超えた月が、過去2年間(24ヶ月)で2月以上ある方

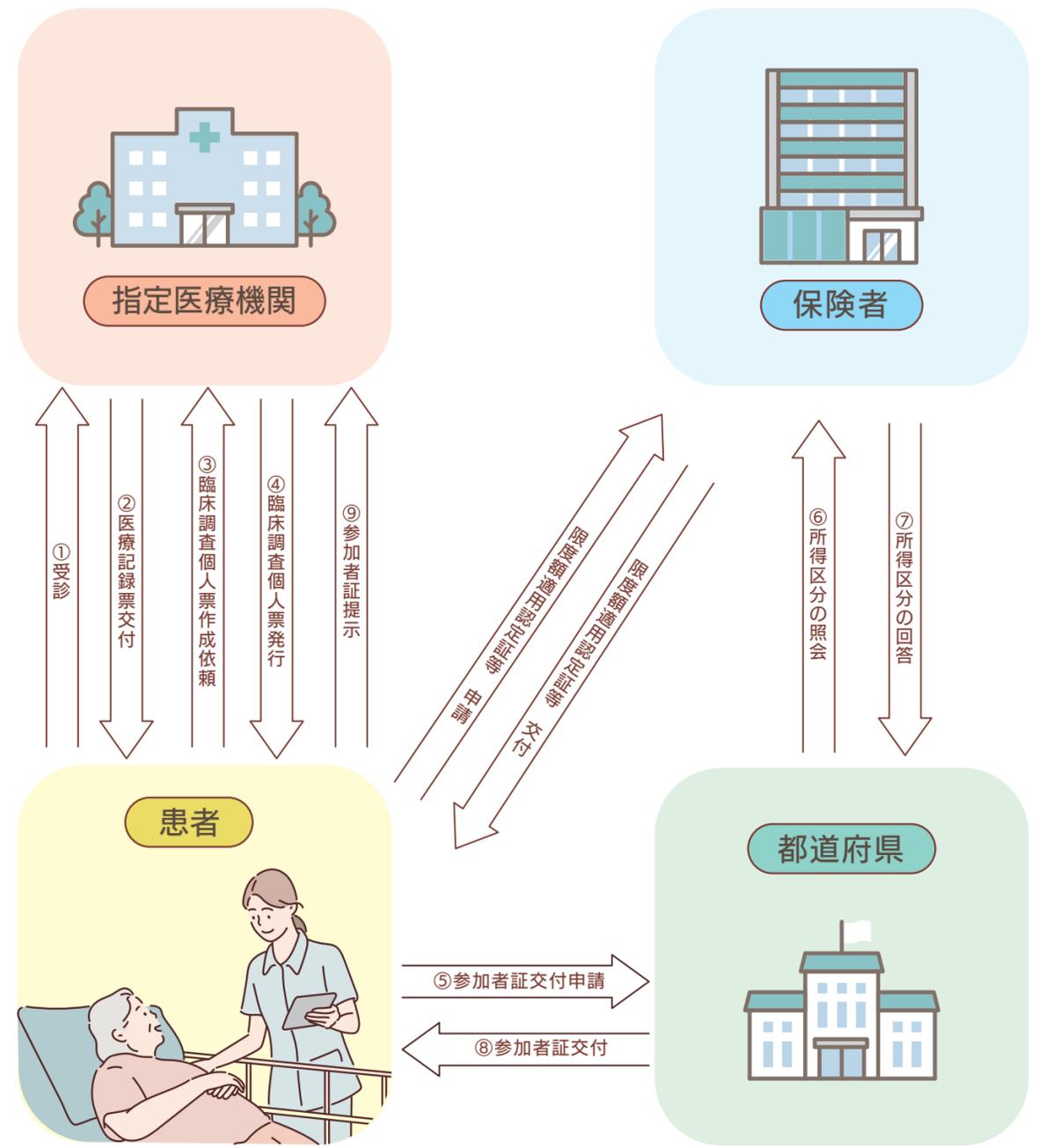


入院も通院も自己負担月1万円へ

※指定医療機関において医療を受ける必要があります



参加者証交付申請まで



1月あたり最大47,600円の医療費の助成が受けられます！

治療2月目から入院も通院も自己負担月1万円へ

年齢区分と適用される区分

■ 70歳未満の方

- ◇ 限度額適用認定または限度額適用・標準負担額減額認定の所得額の適用区分 (ア～ウの方→対象外)
- 限度額認定証等をもっていない方

エ・オの方→対象

それぞれの窓口へ問い合わせる

国保の方

協会けんぽ・共済組合等
国保以外の方

市役所・役場に行く
窓口：国民健康保険担当へ

保険組合の窓口へ行く
窓口：それぞれの組合へ

■ 70歳以上75歳未満の方

- ◇ 医療保険における一部負担金 (割合3割負担の方→対象外)
- 限度額認定証等をもっていない方

割合2割負担の方→対象

それぞれの窓口へ問い合わせる

国保の方

協会けんぽ・共済組合等
国保以外の方

市役所・役場に行く
窓口：国民健康保険担当へ

保険組合の窓口へ行く
窓口：それぞれの組合へ

■ 対象：75歳以上の方

- ◇ 後期高齢者医療制度における一部負担金 (割合3割負担の方→対象外)
- 限度額認定証等をもっていない方

割合1割または2割負担の方→対象

それぞれの窓口へ問い合わせる

国保の方

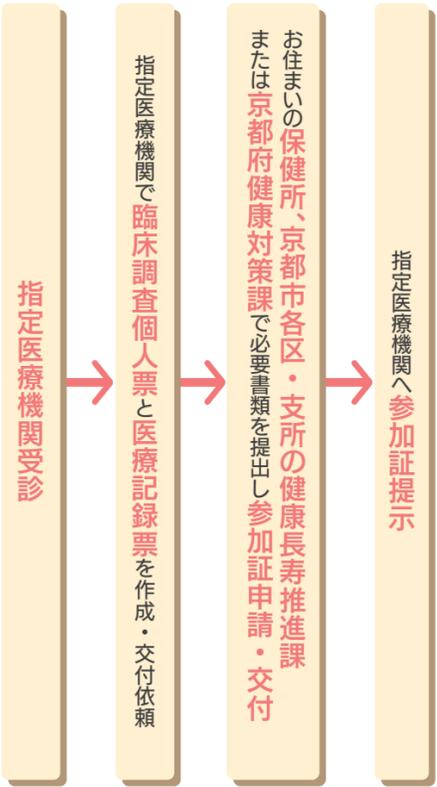
協会けんぽ・共済組合等
国保以外の方

市役所・役場に行く
窓口：国民健康保険担当へ

保険組合の窓口へ行く
窓口：それぞれの組合へ



※マイナンバーを用いた情報連携を実施可能な場合は、提出書類の一部を省略することができます。詳しくは申請窓口でお尋ねください。



も自己負担月1万円へ

参加者証交付申請に必要な書類

■ 70歳未満の方

- 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
- 臨床調査個人票および同意書
- 本人の保険証の写し
- 限度額適用認定証等の写し
- 本人の住民票(抄本)の写し(発行から3ヶ月以内のもの)
- 医療記録票の写し等 (指定医療機関以外を受診した場合は京都府ホームページから別様式で書類を添えてください)
- 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の交付を受けている場合は、肝炎治療自己負担上限額管理票の写し

■ 70歳以上の方

限度額適用認定証等をお持ちでない方「一般区分(Ⅲ)」

- 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
- 臨床調査個人票および同意書
- 本人の保険証の写しと高齢受給者証の写し (75歳以上は本人の後期高齢者医療被保険者証の写し)
- 本人および世帯全員の住民税課税証明書類
- 本人および世帯全員の住民税(謄本)の写し(発行から3ヶ月以内のもの)
- 医療記録票の写し等 (指定医療機関以外を受診した場合は京都府ホームページから別様式で書類を添えてください)
- 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の交付を受けている場合は、肝炎治療自己負担上限額管理票の写し

限度額適用認定証等をお持ちの方「低所得区分(I・II)」

- 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
- 臨床調査個人票および同意書
- 本人の保険証の写しと高齢受給者証の写し (75歳以上は本人の後期高齢者医療被保険者証の写し)
- 限度額適用認定証等の写し
- 本人の住民票(抄本)の写し(発行から3ヶ月以内のもの)
- 医療記録票の写し等 (指定医療機関以外を受診した場合は京都府ホームページから別様式で書類を添えてください)
- 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の交付を受けている場合は、肝炎治療自己負担上限額管理票の写し



医療記録票 (肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業)

入院・通院の記録

病院ID (個人情報保護のためフルネーム記載はお控えください)

生年月日 年 月 日

医療実績記載欄 (◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)

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】			記録担当者		
◇	◇	◆	◇◆	◇	◇	◇◆	◇	◇	◇	◇◆	◇◆	◇◆		◇◆	◇◆
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(どちらかに○)	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②と通院欄の③の記載がある場合は、その合計額を記載	⑥ 関係医療の窓口支払額	
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											
				該当 非該当											

※これはサンプルです。申請には自治体で配布された様式か、下記リンクまたはQRコードからダウンロードしたものをご使用ください。
<https://www.pref.kyoto.jp/kentai/documents/kangankirokuhyou3-1.pdf>

