

## 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

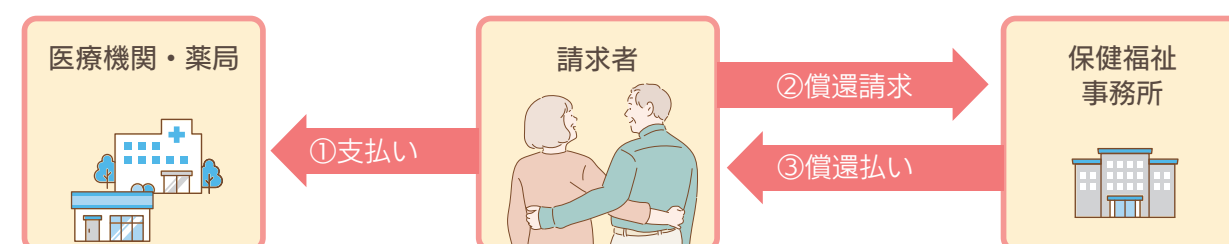
※同一の月に1つの指定医療機関における1回の入院で  
高額医療費算定基準を超えると窓口負担1万円です  
※参加者証を指定医療機関の窓口に表示できない場  
合は、一部負担金を支払い、後日、保健福祉事務所に  
償還請求をしてください

### 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<br>領収書、診療明細書及び調剤明細書 |
| <input type="checkbox"/> 請求者のマイナ保険証または<br>資格確認書の写し | <input type="checkbox"/> 振込先の口座番号等が確認できる資料<br>(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<br>(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<br>(保健福祉事務所で記載できます) | <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"/> 肝炎治療月額管理票 ※          |
| <input type="checkbox"/> マイナ保険証または資格確認書            |   |
- ※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

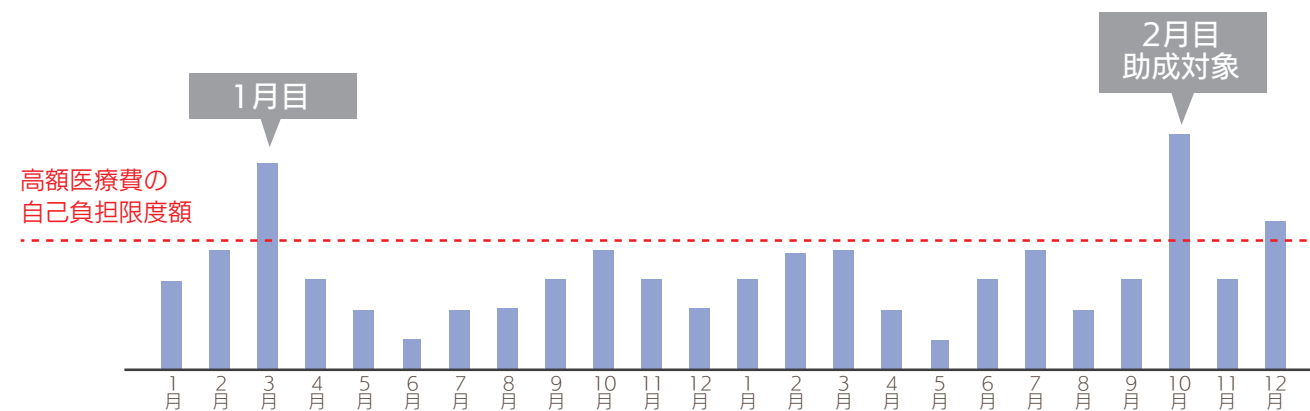


### ✓ 対象医療の医療費について、 **高額療養費の限度額を超えた月が、** 過去2年間(24ヶ月)で**2月以上**ある方

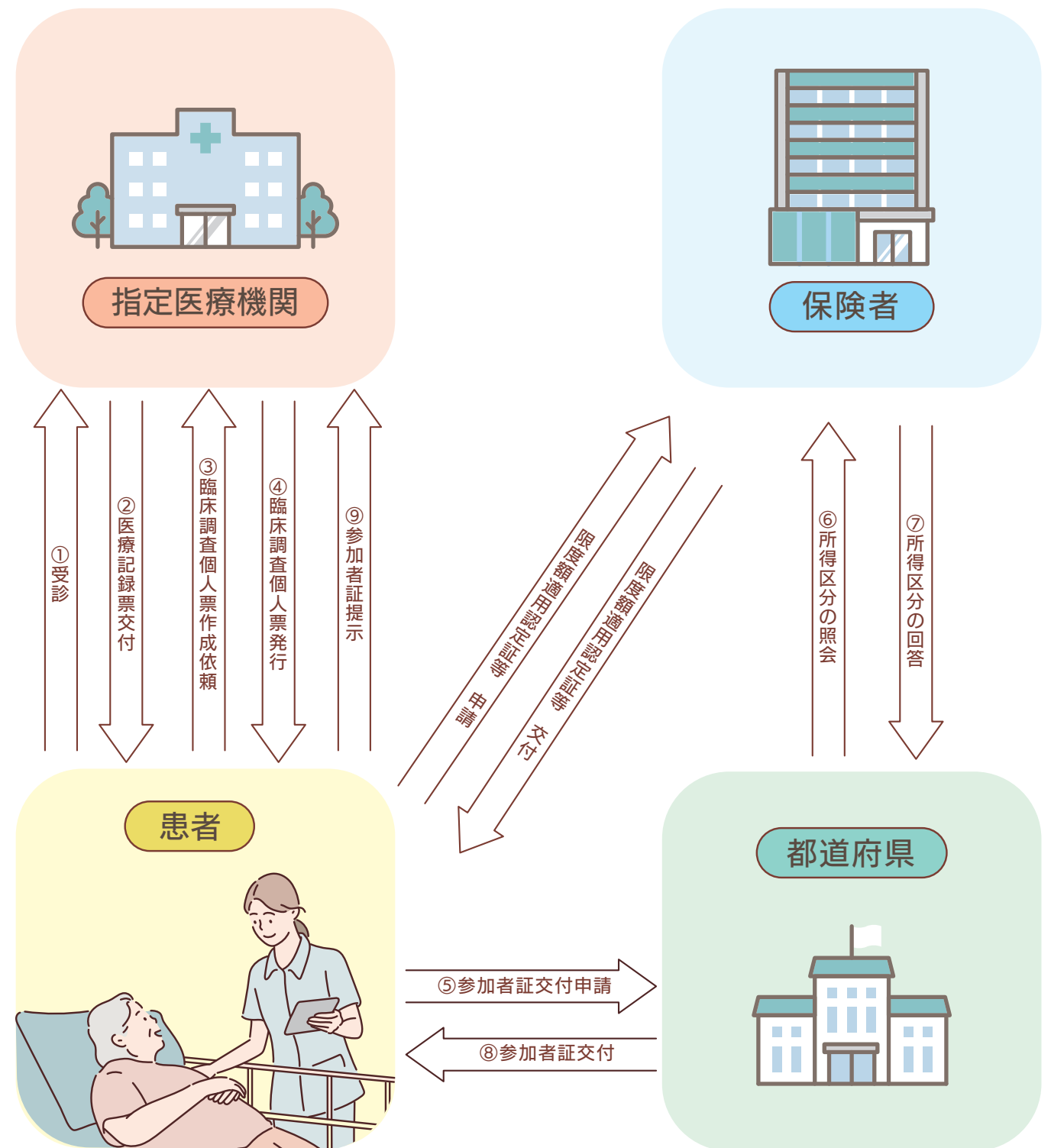


## 入院も通院も自己負担月1万円へ

※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

## 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)
- 限度額認定証等をお持ちでない方

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・役場へ

窓口：国民健康保険担当へ

☐ 保険組合の窓口へ

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)
- 限度額認定証等をお持ちでない方

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・役場へ

窓口：国民健康保険担当へ

☐ 保険組合の窓口へ

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)
- 限度額認定証等をお持ちでない方

割合1割または  
2割負担の方→対象

窓口へ問い合わせる

☐ 市役所・役場へ

窓口：後期高齢者医療制度の担当課へ

(京都府後期高齢者医療広域連合会へのお問い合わせとなる  
ケースもあります)



※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。

指定医療機関受診

指定医療機関で臨床調査個人票と医療記録票を作成・交付依頼

お住まいの保健所、京都市各区・支所の健康長寿推進課  
または京都府健康対策課で必要書類を提出し参加証申請・交付

指定医療機関へ参加証提示

# 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
- ☐ 本人のマイナ保険証または資格確認書の写し
- ☐ 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
- ☐ 本人のマイナ保険証または資格確認書の写し  
(75歳以上の方も同様)
- ☐ 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
- ☐ 本人のマイナ保険証または資格確認書の写し  
(75歳以上の方も同様)
- ☐ 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)

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)

入院・通院の記録

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】						
◇	◇	◆	◇◆	◇	◇	◇◆	◇	◇	◇	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆	◇◆		
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 関係医療の 窓口支払額	記録 担当者	
				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>

