

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申請を行う場合は、この医療記録票の写しを申請書に添付してください。

Form with fields for Name, Sex, Date of Birth, Address, Insurance Type, Insurance Number, and Insurance Card Number.

Section A: High medical expense determination criteria (Inpatient, Multiple visits, Outpatient).

Table with columns for months (8月 to 7月) and rows for years (年) under Section B.

医療実績記載欄（◇は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄）

Main data table with columns for medical institution name, dates, and various medical expense categories (1-6).

※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）

※2：④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

Section B: Explanation of recording symbols (O, triangle, diamond) and calculation methods for multiple visits and medical institutions.