

## 別紙様式第3号

<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証         </div>								
公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								
参 加 者	住 所							
	氏 名							
	生年月日		年		月		日	男・女
保 険 種 別	協・組・共・国・後	被保険者証の記号・番号						
保 険 者 番 号				適 用 区 分				
有 効 期 間	自		年		月		日	
	至		年		月		日	
自 己 負 担 月 額	10,000円 <small>※裏面の注意事項3に該当する入院は窓口で自己負担額が1万円となりますが、その他の外来等は窓口で一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日県に償還払いの請求を行うことにより自己負担額が1万円となります。</small>							
都 道 府 県 知 事 名 及 び 印	山形県知事							印
交 付 年 月 日		年		月		日		
備 考	所得の変動に伴い標準報酬月額（所得区分）の変更を知った場合は、保険者及び県に報告してください。							
核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者証の交付の有無							有 ・ 無	

(裏面)

#### 注意事項

1. 本証を交付された方は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（以下「本事業」という。）の参加者となり、2の条件を満たした場合に限り、別に定める対象医療の費用のうち3月目以降の費用について、患者一部負担の月額が1万円になります。
2. 本事業において助成対象となる医療は、原則として、過去12月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（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2月以上ある場合であって、指定医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（高額療養費が支給されるものに限る。）を受けた月のものに限られます。
3. 指定医療機関の窓口での負担が1万円となるのは、同一の月に、1つの指定医療機関における1回の入院で、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合です。
4. 肝がん外来関係医療及び注意事項3に該当しない肝がん・重度肝硬変入院関係医療は、償還払いの手続きをとることになります。
5. 窓口負担が1万円になった場合でも、審査支払機関の審査の結果によっては、条件を満たさないことになり、追徴となる可能性があるので留意してください。
6. 本証の交付を受けた際は、必ず、受診等をする指定医療機関及び保険薬局に提示してください。
7. 本証の有効期間の満了後に引き続き本事業に参加することを希望する場合は、交付申請書に添付書類（住民票等）を添えて、保健所に提出してください。
8. 本証の住所、氏名、保険種別、被保険者証の記号・番号及び保険者番号に変更があったとき（県外へ転出した場合を除く。）は、速やかに、変更申請書に本証と変更箇所に関する書類を添えて、保健所に提出してください。
9. 県外へ転出する場合（住民票を移す場合）において、転出後も本事業に参加し、参加者証の交付を受けたい場合は、転出先の都道府県の定めに従ってください。
10. 知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを請求書に添付することになります。
11. 厚生労働省の研究事業に協力することの同意の撤回を希望する場合、及び事業への参加を終了したい場合は、事業参加終了申請書を保健所に提出してください。なお、保健所が申請書を受理した日の属する月の末日までは、同意が撤回されないことに留意してください。
12. 本証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、保健所にその旨を届け出てください。
13. 本証を不正な目的で用いないでください。また、本証の利用は誠実に行ってください。

連絡先