

(様式第3)

長崎県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証

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 <u>※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、後日長崎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。</u>							
備 考	<u>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、保険者及び長崎県に報告してください。</u>							
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	
交付年月日 年 月 日								
長崎県知事					印			

(様式第3)

(裏面)

注意事項

1. 本証を交付された方は、長崎県肝がん・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2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24月以内に、保険医療機関において肝がん・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1月以上ある場合であって、指定医療機関において肝がん・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、一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（様式第1）に必要事項を記載し、必要書類（住民票等）を添えて、長崎県知事に更新の申請を行ってください。
8. 本証の住所、氏名、保険種別、被保険者証の記号・番号又は保険者番号に変更があったとき（他の都道府県に転出した場合を除く）は、速やかに、変更した箇所を交付申請書（様式第1）に記載し、本証と、変更箇所に関係する書類を添えて、長崎県知事に提出してください。
9. 本県外へ転出する場合（住民票を移した場合）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、転出日の属する月の翌月の末日までに、住所等変更箇所を記載した交付申請書を、本証と、転出先の都道府県が定める交付申請書に添付する書類（住民票等）を添えて、転出先の都道府県知事に提出してください。
10. 長崎県知事に償還払いを請求する場合は、本証の写しを長崎県知事に提出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又は事業への参加を終了したい場合は、下の連絡先宛てに、「長崎県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書」に必要事項を記載し、本証を添えて提出してください。なお、当該申請書を長崎県が受理した日に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、長崎県知事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。
14. その他の問い合わせは下記に連絡してください。

連絡先 長崎県 福祉保健部 地域保健推進課 (TEL : 095-895-2466)