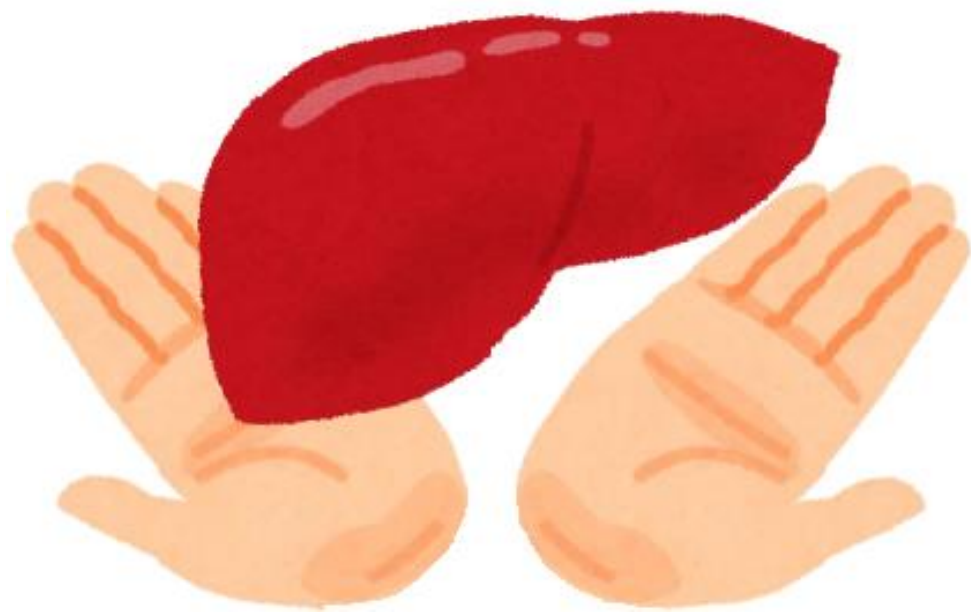


肝がん・重度肝硬変の医療費は、
助成が受けられます



治療2月目から
入院も通院も
助成が受けられます

B型・C型

肝炎ウイルス
が原因の

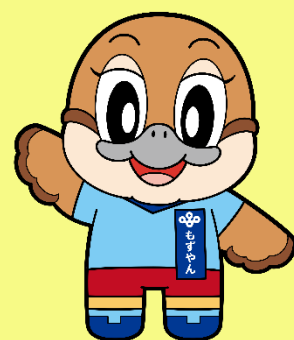
次の方が対象です

肝がん・重度肝硬変で入院または通院※

B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変と診断され、
入院治療または通院治療を受けており、年収約370万円以下である
こと等が条件となります。

※通院は「分子標的薬を用いた化学療法」「肝動注化学療法」「粒子線治療」に係る医療費が対象です。

その他、助成を受けるための条件があります。
詳しくは、本パンフレットをご確認ください



医療費助成の条件について

B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変で入院または通院された場合には、医療費の助成が受けられます。

助成には下記の条件がありますので、該当する場合には、大阪府またはお住まいの地域を管轄する保健所までお問い合わせください。

条件1：肝がん・重度肝硬変で入院又は通院

- ① B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変と診断され、入院治療を受けている。
- ② B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がんと診断され、通院治療※を受けている。
※通院は「分子標的薬を用いた化学療法」・「肝動注化学療法」・「粒子線治療」に係る医療費が対象です。
- ③ 申請する月を含む過去24カ月以内に①または②による入院又は通院による医療費の自己負担額が高額療養費の基準額を超えている月が1月以上ある。
- ④ 年収約370万円以下（※次ページの表を参照）である。

条件2：参加者証の申請・取得

条件1を満たしている方は医療機関に「臨床調査個人票」※と「医療記録票」の記載を依頼し、**参加者証の交付を申請**してください。

※「臨床調査個人票」は【指定医療機関】で記載する必要があるため、入院又は通院している医療機関が【指定医療機関】に指定されていない場合は、【指定医療機関】を紹介してもらうなどしてください。

<参加者証の申請窓口>

お住まいの地域を管轄する保健所

（大阪市は各区保健福祉センター、堺市・東大阪市は各保健センター、寝屋川市はサービスゲート）

肝炎情報センターの「肝炎医療ナビゲーションシステム（肝ナビ）」から、**全国の指定医療機関を検索**できます



医療費の助成

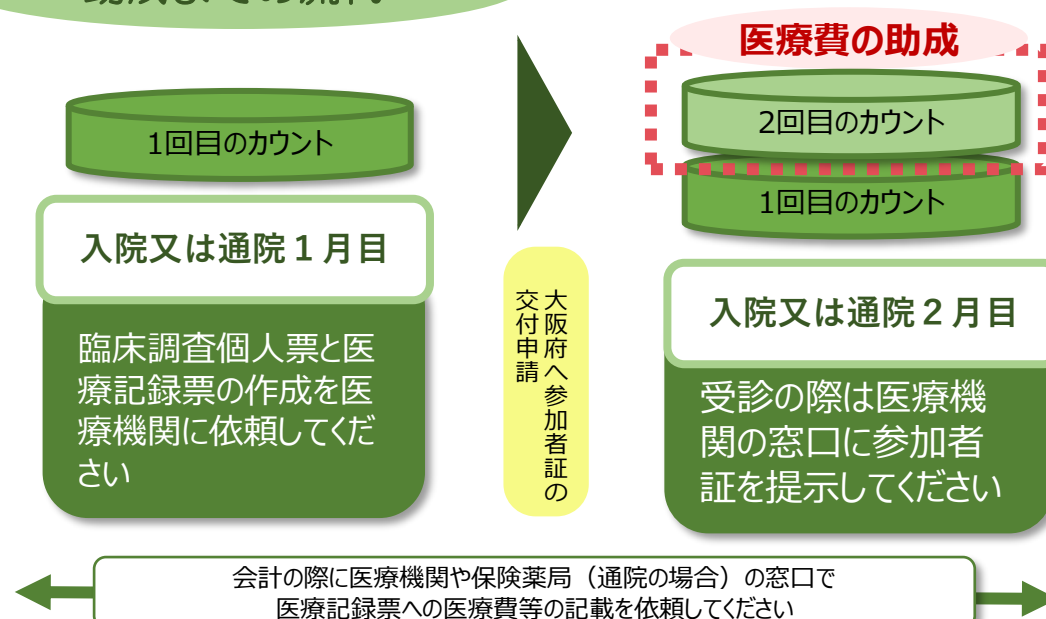
参加者証の取得後は、【指定医療機関】における高額療養費の基準額を超える入院医療又は通院医療の受療が過去24月で2月目以降※となった場合は、医療費の助成を受けることができます。

<カウントの考え方>

※ 令和6年4月以降の医療費については、「過去24月で2月目以降」が助成対象になります。（令和6年3月以前の医療費については、「過去12月で3月目以降」が助成対象になります。）

なお、カウントする場合、連続した2月（3月）である必要はありません。

助成までの流れ



「参加者証」の申請に必要な書類

● チェックリスト ●

- ☐ 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
 - ☐ 臨床調査個人票及び同意書
 - ☐ 以下の書類のうちいずれか 1 点
 - ・ マイナポータルの健康保険証の画面を印刷したもの
 - ・ 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
 - ・ 適用（限度）区分が印字された資格確認書
- ※70歳以上の方で上記の提出が困難な場合、高齢受給者証の写し等医療保険の負担割合のわかるものをご提出ください。
- ☐ 申請される方の住民票の写し
 - ☐ 医療記録票の写し

この範囲を
全て印刷

限度区分や適用区分の欄
に記載があること
(空欄の場合、保険者へ
の申請により併記可能)

「限度額認定証関連の情報」の「適用区分」を必ず
印字

〈マイナポータルの健康保険証画面〉

後期高齢者医療資格確認書	
有効期限 令和 8 年 7 月 31 日	
交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
被保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
住所	△△市△△町△△丁目△番△号
氏名	大阪 太郎
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
資格取得年月日	□□〇〇年〇〇月〇〇日
負担割合	2割
発効期日	□□〇〇年〇〇月〇〇日
限度区分	〇〇〇
発効期日	□□〇〇年〇〇月〇〇日
長期入院該当日	□□〇〇年〇〇月〇〇日
特定疾病区分	〇〇〇
発効期日	□□〇〇年〇〇月〇〇日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	×××××××××× 大阪府後期高齢者医療広域連合 電話：06-4790-2028

〈例：後期高齢医療資格確認書〉

マイナンバー利用による提出書類の省略

「世帯調書」を提出することで、次の書類を省略することができます。

- ☐ 申請される方の住民票の写し

※「約370万円」とは、下表の年齢区分に応じた階層区分のことを指します

年齢区分	階層区分
70歳未満	医療保険者が行う限度額適用認定又は限度額適用・標準負担額減額認定の所得額の適用区分が Ⅰ 又は Ⅱ に該当する方
70歳以上75歳未満	医療保険における一部負担金の割合が 2割 とされている方
75歳以上	後期高齢者医療被保険の一部負担金の割合が 1割・2割 とされている方

(注) 65歳以上75歳未満であって後期高齢者医療制度に加入している方のうち、後期高齢者医療被保険者証の一部負担金の割合が1割・2割とされている方を含む

医療費の助成方法について

入院の場合

窓口での自己負担額が1万円※となります

※ただし、参加者証を窓口に提示できない場合は、一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、助成額の**償還請求**を大阪府に対して行ってください。

通院の場合

償還払いで自己負担額が1万円※となります 注意！

窓口では一部負担金（3割等の金額）を支払い、後日、助成額の**償還請求**を大阪府に対して行ってください。

通院の場合は、入院の場合と異なり、医療費をいったんご自身でご負担いただくこととなりますのでご注意ください。



※高額療養費の基準額を超える治療が対象です。超えない場合、1万円を超えていても助成対象とはなりません。

● 償還請求は、下記の流れで行います ●

※請求から入金までに2か月程度要します



※高額療養費は、医療保険者から給付されます。医療保険者によっては請求手続きが必要な場合がありますので、医療保険者にご確認ください。

償還請求時に提出する書類

- ☐ 肝がん・重度肝硬変治療医療費請求書
- ☐ 医療記録票の写し
- ☐ 請求者の参加者証の写し
- ☐ 償還請求の対象月において受診した全ての医療機関、保険薬局が発行した領収書及び診療明細書
- ☐ その他、知事が申請内容の審査に必要と認める書類

<償還請求の提出（郵送）先>

大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課 生活習慣病・がん対策グループ
〒540-8570 大阪府中央区大手前2丁目 電話：06-6941-0351（代表）

※来庁による受付は行っておりません

