（様式４－２）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票
（指定医療機関以外の保険医療機関・保険薬局用）

私は、下に記載するとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局で肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係書類を添えてその旨を証明します。

氏名		生年月日	年　月　日	性別	
住所					
保険者番号		保険種別			
被保険者証の記号・番号					
入院月	年　月（今月　回目）	入院期間	年　月　日から 年　月　日まで		
通院年月日	年　月　日	調剤年月日	年　月　日		
医療機関等名					
医療内容等	関係資料のとおり				

【備考】

○患者の方へのお願い

本記録票は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票（様式４－１）に記載しない場合に、様式４－１の代わりになるものです。

当該保険医療機関又は保険薬局を受診等し、関係医療を受けたことを確認できる書類（領収書及び診療明細書等）を関係資料として添付して保管し、指定医療機関又は保険薬局を受診等する場合や償還払いの請求を行う場合に、様式４－１と併せて、指定医療機関又は保険薬局や都道府県知事に提出してください。

様式４－１に記載しない保険医療機関又は保険薬局を受診等する度に、本記録票を作成してください。

○指定医療機関又は保険薬局の方へのお願い

本記録票は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票（様式４－１）に記載しない場合に、様式４－１の代わりになるものです。

患者の方から本記録票が提示されましたら、同時に提示される様式４－１に記載されている内容を踏まえて、様式４－１への記載や医療費の助成等の対応をお願いいたします。

なお、患者の方が指定医療機関に初めて入院又は通院された場合で、本記録票のみが提示された場合は、本記録票の内容も踏まえて、様式４－１の交付、記載等を行ってください。

また、様式４－１に既に記載されている月よりも前の月にかかる受診等についての本記録票が提示された場合、様式４－１のＢ欄に、本記録票に記載された内容及び関係医療を受けたことを確認できる書類を確認し追記してください。