

B欄に記載する記号等の説明	○：入院が高療基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合（現物給付の場合） △：高療基準額（入院・外来高療基準額）を超えた場合（上記の場合を除く）（多数該当がある高療基準額を超えた場合） ▲：7歳以上の者が外来に係る高療基準額を超えた場合（多数該当が無い高療基準額を超えた場合）
	肝がん事業の月数要件のカウント方法：B欄に「○」「△」「▲」が記載されている個数をカウント。（1月に複数ある場合でもカウントは1回。） 保険診療上の多数該当の判定方法：過去12か月以内の△の数をカウントし、4回目を以降から多数該当。（1月に入+△ありのように2回ある場合でもカウントは1回。） 現物給付（特定疾病給付対象費）の多数該当の判定方法：過去12か月以内の○の数をカウントし、4回目を以降から多数該当。（同一の医療機関のカウン트가4回目を以降である必要があるため、医療機関ごとにカウントが必要。）