

高額療養費制度

同じ月の医療費の自己負担額が高額となり、限度額を超えた場合、超えた分を高額療養費として国民健康保険が負担する制度があります。

ただし、入院時の食事代や保険適用とならない健康診断の費用や差額ベッド代など、また、はり・きゅう補助事業(P54)や他の健康保険の自己負担分は含めることはできません。

限度額適用認定証

入院や外来で自己負担が高額となる場合は、マイナ受付のできる医療機関等の窓口でオンライン確認を受ける(※)か、住所地の区役所国保年金課であらかじめ「限度額適用認定証」の交付を受けて、医療機関等の窓口で提示すれば、窓口での支払いは限度額までとなります。限度額は、被保険者の年齢、世帯の所得区分等によって異なります。(P19・20参照)

限度額適用認定証の有効期限は7月末日となっています。8月以降も必要な方は、更新手続きをしてください。

なお、70歳以上で区分が「一般」と「現役並み所得者Ⅲ」の方は、限度額認定証の申請は不要です。

※保険料の滞納がある世帯の方は、マイナ受付でのオンライン確認ができない場合があります。その場合は、医療機関等の窓口で限度額適用認定証を提示してください。

申請に必要なもの ● 保険証 ● マイナンバーの記載された書類(世帯主)

- 認定証を医療機関の窓口で提示した場合、その医療機関での1か月の医療費が限度額までとなります。複数の医療機関にかかった場合は、それぞれの窓口で限度額まで支払うこととなります。
- 次の場合は申請をすれば、高額療養費が支給される場合があります。
 - ・ 認定証の交付を受けずに、自己負担額が高額となり限度額を超えた場合
 - ・ 認定証の交付を受けて、複数の医療機関で限度額まで支払った場合
 - ・ 同じ月の世帯での医療費の合計額が、限度額を超えた場合 など(高額療養費の支給申請については、P21参照)



限度額を判定するためには、世帯の国民健康保険被保険者全員の所得額が必要です。収入が障害年金や遺族年金だけの方や、収入がない方は、申告が必要となる場合がありますので、住所地の区役所国保年金課へお問い合わせください。

給付

自己負担限度額(月額)

自己負担限度額は、世帯の所得や市民税の課税状況(*参考)、過去の高額療養費の支給回数等によって異なります。

(*参考) 8月から12月までの診療分は前年の所得で、1月から7月までの診療分は前々年の所得で判定されます。

【70歳以上75歳未満の方】

区分		個人単位 (外来のみ)	世帯単位 (入院・外来)
市民税課税世帯	現役並み所得者※1 課税所得 690万円以上	現役並みⅢ	252,600円+1%※2 (多数該当※5の場合140,100円)
	課税所得 380万円以上	現役並みⅡ	167,400円+1%※3 (多数該当※5の場合93,000円)
	課税所得 145万円以上	現役並みⅠ	80,100円+1%※4 (多数該当※5の場合44,400円)
	一般	一般	18,000円 (年間144,000円上限) 57,600円 (多数該当※5の場合44,400円)
市民税非課税世帯	低所得Ⅱ※6	低所得Ⅱ	24,600円
	低所得Ⅰ※7	低所得Ⅰ	8,000円 15,000円

- ※1 現役並み所得者は、保険証兼高齢受給者証の負担割合が3割の方
- ※2 1%は、医療費総額が842,000円を超えた場合、超えた分の1%
- ※3 1%は、医療費総額が558,000円を超えた場合、超えた分の1%
- ※4 1%は、医療費総額が267,000円を超えた場合、超えた分の1%
- ※5 多数該当は、過去12か月間で4回目の支給となる場合(詳しくはP25)
- ※6 低所得Ⅱは、同一世帯の世帯主及び国保被保険者が市民税非課税世帯の方
- ※7 低所得Ⅰは、同一世帯の世帯主及び国保被保険者が市民税非課税世帯で、かつ各種収入から必要経費、控除(年金収入の控除は80万円)を差し引いた所得額がすべて0円となる世帯に属する方

(注) 75歳到達月特例対象療養に該当する場合は、次ページもご覧ください。

【70歳未満の方】

区分(判定所得 ※1)	自己負担限度額 (多数該当の場合 ※2)
(901万円超)	ア 252,600円+1% ※3 (140,100円)
(600万円超 901万円以下)	イ 167,400円+1% ※4 (93,000円)
(210万円超 600万円以下)	ウ 80,100円+1% ※5 (44,400円)
(210万円以下)	エ 57,600円 (44,400円)
市民税非課税世帯	オ 35,400円 (24,600円)

- ※1 判定所得は、同一世帯の被保険者全ての基礎控除後の総所得金額等の合算額
- ※2 多数該当は、過去12か月間で4回目の支給となる場合(詳しくはP25)
- ※3 1%は、医療費総額が842,000円を超えた場合、超えた分の1%
- ※4 1%は、医療費総額が558,000円を超えた場合、超えた分の1%
- ※5 1%は、医療費総額が267,000円を超えた場合、超えた分の1%

75歳到達月特例対象療養の高額療養費自己負担限度額

月の初日以外の日において、後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した場合や職場の健康保険加入者が75歳に到達したことにより被扶養者が国民健康保険に加入した場合は、同じ月に2つの医療保険制度に加入することとなるため、前ページ及び上記の表の限度額は、個人ごとにそれぞれ半額で算定されます。

高額療養費の支給申請のしかた

医療機関で限度額の確認を受けられなかった場合や、複数の医療機関で限度額まで支払った場合などは、世帯主の申請により、超えた額があとで高額療養費として支給されます。

申請は診療月の翌月1日から2年を過ぎるとできないのでご注意ください。

窓口申請に必要なもの

- 保険証
- 領収書(原本。紛失等の場合は、なくても申請できます。)
- 預金通帳(世帯主)
- マイナンバーの記載された書類(世帯主)

高額療養費の支給見込額があり、申請をされていない方には、国保事務センター(☎541-5900)から「高額療養費支給申請書兼申立書」を郵送しますので、内容を確認し、必要事項を記入して返送してください。(申請書が届いてから2年以内に申請してください。)

※領収書の原本は大切に保管しておいてください。

※原則として世帯主の口座に振り込みます。

※支給は、医療機関からの診療報酬明細書(レセプト)の審査を経て行いますので、早くても診療月の3か月後、申請から2~4か月後になります。

※医療機関からの請求が遅れた場合や、審査の結果によってはさらにお待ちいただくことがあります。

振り込め詐欺・還付金詐欺にご注意を!

行政機関が、医療費や保険料の還付などで、ATMの操作をお願いすることは絶対にありません。

不審な電話は、まず、ご家族や警察などにご相談ください。



高額療養費支給見込み額の確認方法

70歳以上75歳未満の方

まず、ご自身がP19の表のどの区分に該当するのか確認しておきます。

1 レセプト単位に領収書を分類します。

※レセプト単位に分類する手順

同じ月に医療機関で受診した分の領収書を個人ごと、同じ医療機関ごとに分け、さらに以下のとおり分けます。
入院と外来は別にします。同じ医療機関でも歯科は別にします。院外処方(調剤)分は処方した医療機関の外来分に含めます。

2 どなたかの外来分の合計額が、限度額を超えていないかを確認します。(P19の表の青枠の部分)

→超えていれば、世帯主の申請により高額療養費が支給されます。

3 次に、70歳以上の方全員の外来(すでに高額療養費として支給される額は差し引きます。)、入院での支払分を合計し、限度額を超えていないかを確認します。(P19の表の赤枠の部分)

→超えていれば、超えた額と2で計算した額の合計額が高額療養費として支給されます。

※保険適用外の費用や食事代が含まれていた場合、療養費等で給付される場合、公費負担による診療分が含まれていた場合、診療内容の点検結果などによっては、支給されないことがあります。

〈具体的な計算例〉

夫(73歳)、妻(71歳)で、所得区分が「一般」世帯

夫 A病院 外来 10,000円(院外処方分含む) B病院 外来 9,000円
妻 C病院 入院 80,000円(窓口負担 57,600円)

- 1 外来分 夫 A病院10,000円+B病院9,000円=19,000円
外来の個人単位限度額は、①18,000円のため、
19,000円-18,000円=1,000円…a
- 2 入院分 妻 C病院での入院分の自己負担額は窓口で限度額までの負担となったため、②57,600円を支払っています。
※高額療養費として国保から22,400円を直接C病院に支給。
- 3 世帯合計 この世帯は、①18,000円+②57,600円=75,600円負担しているため、世帯単位の限度額57,600円を適用して、
75,600円-57,600円=18,000円…b
a+b=1,000円+18,000円=19,000円が高額療養費として支給されます。

70歳未満の方

まず、ご自身がP20の表のどの区分に該当するのか確認しておきます。

1 レセプト単位に領収書を分類します。

※レセプト単位に分類する手順

同じ月に医療機関で受診した分の領収書を個人ごと、同じ医療機関ごとに分け、さらに以下のとおり分けます。
入院と外来は別にし、同じ医療機関でも歯科は別にし、院外処方(調剤)分は処方した医療機関の外来分に含めます。

2 1でレセプト単位に分けたそれぞれのグループごとに、支払った合計額を計算します。

3 2のグループのうち、合計金額が21,000円以上となったグループのみを合計し、P20の表の自己負担限度額を超えていないかを確認します。 →超えていれば、高額療養費が支給されます。

※保険適用外の費用や食事代が含まれていた場合、療養費等で給付される場合、公費負担による診療分が含まれていた場合、診療内容の点検結果などによっては、支給されないことがあります。

〈具体的な計算例〉

70歳未満で、所得区分が「課税世帯の区分ウ」世帯

夫 A病院 外来 2,000円
B病院 外来 30,000円
(B病院での総医療費100,000円、院外処方分含む。)

妻 C病院 入院 225,000円
(限度額適用認定証利用)
(総医療費750,000円、窓口負担84,930円(※))
※高額療養費として国保から140,070円を直接C病院に支給
※C病院での自己負担額
=80,100円+(750,000円-267,000円)×0.01

●レセプト単位で21,000円以上支払ったものを抽出して合算します。

夫のB病院で診療を受けた分(院外処方分含む)…**30,000円…a**
妻のC病院での入院の窓口負担分…**84,930円…b**

高額療養費の対象分の自己負担額を世帯で合算すると、
a30,000円+b84,930円=114,930円となります。

この世帯の自己負担限度額は、
80,100円+(総医療費の合計(100,000円+750,000円)-267,000円)×0.01
=85,930円となるため、申請により、**114,930円-85,930円=29,000円**が
高額療養費として支給されます。

70歳以上75歳未満の方と 70歳未満の方が同じ世帯に属している場合

- 1 まずP22を参考に、70歳以上の方の分について高額療養費を計算します。
- 2 1の合計額(高額療養費として支給される額は差し引きます)に、70歳未満の方の21,000円以上の自己負担分(P23参照)を合計します。
- 3 2の額がP20の自己負担額を超えていれば、超えた額と1で計算した金額の合計額が高額療養費として支給されます。

※保険適用外の費用や食事代が含まれていた場合、療養費等で給付される場合、公費負担による診療分が含まれていた場合、診療内容の点検結果などによっては、支給されないことがあります。

〈具体的な計算例〉

70歳以上75歳未満の方と70歳未満の方が同居し、所得区分が「課税世帯の区分ウ」世帯

P23の70歳未満の計算例のケースで、同じ世帯の父(74歳)が同じ月に診療を受けていた場合

父 A病院 外来 10,000円(総医療費50,000円、院外処方分含む。)
B病院 外来 9,000円(総医療費45,000円)

1.父の外来分(P22の計算例の夫分の計算を参照)

父 A病院10,000円+B病院9,000円=19,000円
70歳以上の外来の個人単位限度額は、①18,000円のため、
19,000円-18,000円=1,000円…a

2.70歳未満の世帯員分

P23の計算結果から▶ **高額療養費 29,000円…b** **残る自己負担額 285,930円**

3.この世帯全体の自己負担限度額

80,100円+(総医療費の合計(50,000円+45,000円+100,000円+750,000円)-267,000円)×0.01=86,880円

4.世帯合計

この世帯は、①18,000円+②85,930円=103,930円負担しているため、
103,930円-86,880円(自己負担限度額)=17,050円…c
a+b+c=1,000円+29,000円+17,050円=47,050円が高額療養費として支給されます。

限度額が下がる場合(多数該当)

過去12か月間(当月を含んで遡った12か月間)に、一つの世帯で高額療養費の支給が3回以上あったとき、4回目以降は限度額が引き下げられる場合があります(P19・20参照)。

該当する場合には、限度額適用認定証を利用した場合でも、申請により高額療養費が支給される場合があります。

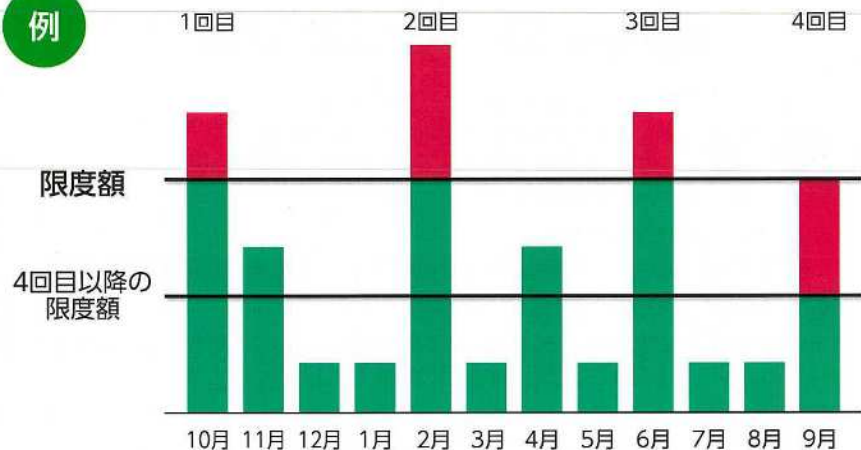
上記の回数には、以下の回数は含まれません。

- 70歳以上の外来(一般以下・個人単位)での高額療養費支給回数
- 他の都道府県の市町村国保や他の健康保険に加入している間の高額療養費支給回数

※同じ県内の他市町村への転出等で、世帯の継続性が保たれている場合には、多数該当の該当回数は引継ぎ、通算されます。

給付

例



過去12か月

■ が申請後にそれぞれ支給される部分

高額な治療を長期間続けるとき(特定疾病療養)

高額な治療を長期間継続して行う必要がある「先天性血液凝固因子障害の一部」、「人工透析が必要な慢性腎不全」、「血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症」の方は、マイナ受付のできる医療機関等の窓口でオンライン確認を受けるか、「特定疾病療養受領証」(申請が必要)を医療機関等の窓口にて提示すれば、認定された疾病に係る毎月の医療費の自己負担額は、10,000円(70歳未満で人工透析が必要な上位所得者(区分ア又はイ)は20,000円)までとなります。

※75歳到達月特例対象療養は、それぞれ半額。

申請に必要なもの

- 保険証
- 医師の証明書
- マイナンバーの記載された書類(世帯主)

給付

一部負担金の減免について

※あらかじめ申請が必要です。

災害等特別な理由により著しく生活が困難となり、資産等の活用を図ったにもかかわらず保険医療機関への支払いが一時的に困難となった場合、一部負担金の減免が受けられる場合があります。

高額介護合算療養費制度

(年間の医療費と介護費が高額になったとき)

国民健康保険の高額療養費算定世帯に介護保険受給者がいる場合、医療と介護それぞれの自己負担額(年間)を合計して、世帯で算定基準額(P28)の金額を超えると、その超えた分が高額介護合算療養費として支給されます。ただし、超えた額が500円以下の場合には支給されません。

計算期間

給付

計算期間

毎年8月から翌年7月までの診療、介護等を受けたものの1年間の自己負担額について合算します。
※70歳未満の方は、1か月間に医療機関ごと(入院、外来ごと)に支払った額が21,000円以上のもののみが合計できます。

世帯の単位

基準日(計算期間の7月31日)現在に加入している医療保険の世帯単位ごとに計算します。

その他

入院時の食事負担や差額ベッド代等は含みません。
健康保険・介護保険の自己負担額のいずれかが0円である場合は支給しません。

申請のしかた

申請は基準日(計算期間の7月31日)の翌日から2年を過ぎるとできないのでご注意ください。

申請に必要なもの

- 保険証
- 預金通帳(世帯主)
- マイナンバーの記載された書類(世帯主)

介護合算算定基準額

■70歳未満: 8月~翌年7月の健康保険+介護保険

区分(判定所得)※1		算定基準額(年額)
市民税課税世帯	(901万円超)	ア 2,120,000円
	(600万円超901万円以下)	イ 1,410,000円
	(210万円超600万円以下)	ウ 670,000円
	(210万円以下)	エ 600,000円
市民税非課税世帯		オ 340,000円

※1 判定所得とは、総所得金額等から基礎控除額を控除した所得

■70歳以上75歳未満: 8月~翌年7月の健康保険+介護保険

区分(課税所得)※2			算定基準額(年額)
市民税課税世帯	現役並み所得者	課税所得690万円以上 現役並みⅢ	2,120,000円
		課税所得380万円以上 現役並みⅡ	1,410,000円
		課税所得145万円以上 現役並みⅠ	670,000円
	一般(課税所得145万円未満)	一般	560,000円
市民税非課税世帯	低所得Ⅱ	低所得Ⅱ	310,000円
	低所得Ⅰ	低所得Ⅰ	190,000円※3

※2 課税所得とは、総所得金額等から所得控除額等を控除した所得

※3 介護サービス利用者が世帯に複数いる場合、介護保険分の支給額については、「低所得Ⅱ」の区分により算定します。

給付