

高額療養費制度の概要

医療機関や薬局の窓口で支払った額(入院時の食事代や保険適用外の費用は含まず)が、ひと月(月の初めから終わりまで)で年齢や所得水準で定められた上限額(自己負担限度額)を超えた場合に、その超えた分が高額療養費として支給されます。

なお、同一の医療機関であっても、入院と外来、医科と歯科は別計算になります。

また、75歳になり後期高齢者医療制度へ移行した方については、当該月の移行対象者の自己負担限度額を2分の1として計算します。

○自己負担限度額について

【70歳未満の方】

区分	自己負担限度額
所得 901 万円超	270,300 円 + (総医療費 - 901,000 円) × 1% ＜多数回該当：140,100 円／年間上限 168 万円＞
所得 600 万円超 901 万円以下	179,100 円 + (総医療費 - 597,000 円) × 1% ＜多数回該当：93,000 円／年間上限 111 万円＞
所得 210 万円超 600 万円以下	85,800 円 + (総医療費 - 286,000 円) × 1% ＜多数回該当：44,400 円／年間上限 53 万円＞
所得 210 万円以下	61,500 円 ＜多数回該当：44,400 円／年間上限 53 万円＞
住民税非課税	36,900 円 ＜多数回該当：24,600 円／年間上限 29 万円＞

※所得：総所得金額等から基礎控除額を引いたもの

【70歳以上75歳未満の方】

区分			自己負担限度額 (入院＋外来)	自己負担限度額 (外来のみ)
現役並み所得者 (自己負担3割) ※1	Ⅲ	課税所得 690 万円以上	270,300 円 + (総医療費 - 901,000 円) × 1% ＜多数回該当：140,100 円／年間上限 168 万円＞	
	Ⅱ	課税所得 380 万円以上	179,100 円 + (総医療費 - 597,000 円) × 1% ＜多数回該当：93,000 円／年間上限 111 万円＞	
	Ⅰ	課税所得 145 万円以上	85,800 円 + (総医療費 - 286,000 円) × 1% ＜多数回該当：44,400 円／年間上限 53 万円＞	
一般世帯			61,500 円 ＜多数回該当：44,400 円／年間上限 53 万円＞	22,000 円※3
住民税 非課税世帯			25,700 円 ＜多数回該当：24,600 円／年間上限 29 万円＞	11,000 円※4
住民税 非課税世帯 ※2			15,700 円 ＜年間上限 18 万円＞	8,000 円

※1 現役並み所得者

住民税の課税所得が145万円以上の方及び同一世帯の国保に加入している70歳以上の方。

ただし、世帯の国保に加入している高齢者の収入合計が520万円(一人世帯の場合は原則383万円)未満で、基準収入額適用申請書の提出がある方を除く。

※2 非課税基準に該当し、かつ所得がない世帯に属する方

※3 月間の自己負担限度額のほか、1年間（8月～翌7月）の外来の自己負担の合計額（月毎の高額療養費支給額を除いた額）の上限額は216,000円とし、上限額を超えた対象者には支給申請を通知します。

※4 月間の自己負担限度額のほか、1年間（8月～翌7月）の外来の自己負担の合計額（月毎の高額療養費支給額を除いた額）の上限額は96,000円とし、上限額を超えた対象者には支給申請を通知します。

○多数該当について

過去12ヶ月以内に3回以上高額療養費の給付を受けており、同じ世帯と判断される場合、4回目から自己負担限度額が＜＞内の多数回該当の額になります。

○世帯合算について

ひとり1回分の自己負担額では自己負担限度額を超えない場合でも、複数の受診や同じ世帯のほかの国保加入者の受診について、1か月単位で合算することができます。

70歳未満の方の受診については、一医療機関（入院と外来、医科と歯科は別扱い）につき21,000円以上の自己負担分が合算の対象となります。

○申請の方法について

高額療養費の支給に該当した場合は、世帯主宛に支給申請のお知らせ（ハガキ）を送付します。

ハガキの送付は、診療を受けた月から概ね2～3ヶ月後となりますが、ハガキが届きましたら、下記のものをお持ちの上、お手続きにおいでください。

世帯主以外の代理の方からお手続きしていただくことも可能です。

【申請に必要なもの】

- ・ハガキ
- ・医療機関交付の領収書（該当診療月分）
- ・世帯主及び該当者のマイナンバーカードまたはマイナンバー通知カード
- ・手続きに来庁する方の本人確認書類

＊顔写真付き1通、顔写真無しの場合は公的通知2通

- ・世帯主名義の口座番号が分かるもの

なお、世帯主の口座以外の口座への振込を希望する場合は委任状が必要です。

◎支給申請の簡素化〈70歳から74歳までの被保険者のみで構成されている世帯〉

高額療養費の支給申請は、該当する月ごとに申請が必要ですが、以下の要件を満たしている世帯は、支給申請を1回行うことで、それ以後該当した場合の申請手続きが不要となり、自動的に給付を行います。

【対象世帯の要件】

- ①世帯主が70歳以上であること（社会保険等に参加している場合も含む）
- ②世帯内の国民健康保険加入者が全員70歳以上であること

※世帯の状況は、高額療養費の支給に該当した診療月の1日で判断します。

◆限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証

入院などで医療費が高額になる場合は、医療機関等での支払いを自己負担限度額までに抑えることもできますが、限度額適用認定証の交付を受け、医療機関等の窓口に提示する必要があります。

※健康保険証の登録をしたマイナンバーカードは、限度額適用認定証としても利用できます。交付申請の手続きをしなくても限度額以上の一時的な支払いが不要になるため、入院してから急いで申請する必要がなくなります。

- ①限度額適用認定証は、申請により交付しています。必要な方の保険証と手続きに来庁する方の本人確認書類をご持参の上、手続きをしてください。
- ②限度額適用認定証の適用は申請した月の初日からで、有効期限は毎年7月31日までとなっています。引き続き必要な場合は、更新の手続きが必要となります。
- ③70歳以上の現役並み所得者Ⅲと一般世帯に該当する方は、保険証の提示のみで限度額が適用されるため、限度額適用認定証は交付されません。
- ④入院中の食事代については1食550円を負担していただきますが、住民税非課税世帯の方の場合は、食事代が減額になります（限度額適用・標準負担額減額認定証）。また、非課税世帯の場合、入院日数が90日を超えた場合はさらに減額になりますが、入院期間が確認できる書類を提示して申請が必要です。

◆高額療養費貸付制度

高額療養費の支給を受けるまでには3～4ヶ月程度かかります。

そこで、当面の医療費の支払いに充てるため、高額療養費の支給見込み額の9割相当額を無利子で融資する高額療養費貸付制度が設けられています。

なお、医療費支払い後の貸付はできませんので、ご注意ください。

【融資を受けられる世帯】

- ・高額療養費が支給される見込みのある国保加入世帯

【融資の額、支払先】

- ・高額療養費支給見込み額の9割相当額（千円未満切捨て）。
- ・医療機関へ受領委任払いします。

【返済について】

- ・貸付金の返済は、後日高額療養費の支給が決定した時に、支給額から控除します。
- ・貸付申請時の支給見込み額と実際の支給決定額が同額の場合は、決定額の9割相当額を貸付金の返済に充て、残り1割分を高額療養費として世帯主へ支給いたします。
- ・貸付額より支給額が少ない場合は、差額分を返還していただきます。

【申請に必要なもの】

- ・医療機関からの請求書
- ・対象者の保険証
- ・対象者のマイナンバーがわかるもの
- ・世帯主の印鑑

- ・世帯主名義の口座番号がわかるもの
- ・手続きに来庁する方の本人確認書類