

## 高額療養費制度について（市町村国民健康保険をお持ちの方）

通常かかった医療費の2割もしくは3割を医療機関に支払いますが、1ヶ月（毎月1日～末日）に、一つの医療機関でかかった自己負担額が、一定額を超えた場合、手続きをすれば、超えた額が『高額療養費』として戻ってきます。

『限度額適用認定証』の交付を受けると高額療養費の自己負担限度額のための支払いとなります。

### 【自己負担限度額】

	総所得金額等 ※	3回目まで(12か月以内で)	4回目以降
上位所得者	901万円超	252,600円+(医療費-842,000円)× 1%	140,100円
	600万円超 901万円以下	167,400円+(医療費-558,000円)× 1%	93,000円
一般	210万円超 600万円以下	80,100円+(医療費-267,000円)× 1%	44,400円
	210万円以下	57,600円	44,400円
住民税非課税世帯		35,400円	24,600円

※総所得金額等＝総所得金額－基礎控除(33万円)

### [高額療養費の自己負担額の計算方法]

- ① 暦月（月の1日から末日まで）ごとに計算します
- ② 各医療機関ごとに計算します
- ③ 同じ病院でも入院と外来、内科と歯科は別々に計算します（ただし、入院中に歯科以外の科で診療を受けた時は合算します）
- ④ 院外処方を受けて薬局等で支払った薬代は、処方箋を出した医療機関の診療の一環とみなし、その一部負担金と合算できます。
- ⑤ 入院時の食事代や、差額ベッド代などの保険外負担は、高額療養費の対象にはなりません。

※ 一つの世帯で、国保に加入している人が、1ヶ月間に21,000円以上払った場合が複数あった場合、それらを合計して、上表の限度額を超えた分が払い戻されます（世帯合算）

※ 12ヶ月間で、4回以上高額療養費の支給を受ける場合、4回目以降はそれぞれ、24,600円、44,400円、44,400円、930,000円、140,100円となります（多数該当）

A 事前に、高額療養費『限度額適用認定証』の交付を受ける場合

① 『限度額適用認定証』の交付申請を行ってください

手続きの場所：保険者（市町村国民健康保険窓口）

必要なもの：保険証・印鑑（・あれば入院期間等記された書類）

※ また、所得を証明する書類が必要になる場合がありますので、担当窓口の指示に従ってください。

② 入院時に医事窓口で、保険証とともに『限度額適用認定証』を提示してください

B いったん2割もしくは3割支払った後、高額療養費の申請をする場合（償還払い）

手続きの場所：保険者（市町村国民健康保険窓口）

必要なもの：保険証・印鑑・医療費の領収証・口座番号が分かる通帳等

その他：概ね3ヶ月後にお住まいの市町村の国民健康保険担当課からはがきが送られてきますので、その後申請手続きをしてください（通知がこない場合、窓口にお問合せください）。

## 高額療養費制度について（健康保険をお持ちの方）

通常かかった医療費の2割もしくは3割を医療機関に支払いますが、1ヶ月（毎月1日～末日）に、一つの医療機関でかかった自己負担額が、一定額を超えた場合、手続きをすれば、超えた額が『高額療養費』として戻ってきます。

また、事前に『限度額適用認定証』の交付を受けると高額療養費の自己負担限度額のみ支払いとなります。

所得区分	自己負担限度額	4回目以降
①区分ア (標準報酬月額 83 万円以上の方)	252,600 円+(総医療費-842,000 円)×1%	140,100 円
②区分イ (標準報酬月額 53 万～79 万円の方)	167,400 円+(総医療費-558,000 円)×1%	93,000 円
③区分ウ (標準報酬月額 28 万～50 万円の方)	80,100 円+(総医療費-267,000 円)×1%	44,400 円
④区分エ (標準報酬月額 26 万円以下の方)	57,600 円	44,400 円
⑤区分オ(低所得者) (被保険者が市区町村民税の非課税者等)	35,400 円	24,600 円

注)「区分ア」または「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での「区分ア」または「区分イ」の該当となります。

[高額療養費の自己負担額の計算方法]

- ① 暦月（月の1日から末日まで）ごとに計算します
- ② 各医療機関ごとに計算します
- ③ 同じ病院でも入院と外来、医科と歯科は別々に計算します（ただし、入院中に歯科以外の科で診療を受けた時は合算します）
- ④ 院外処方を受けて薬局等で支払った薬代は、処方箋を出した医療機関の診療の一環とみなし、その一部負担金と合算できます。
- ⑤ 入院時の食事代や、差額ベッド代などの保険外負担は、高額療養費の対象にはなりません。

※ 一つの世帯で、1ヶ月間に21,000円以上払った場合が複数あった場合、それらを合計して、上表の限度額を超えた分が払い戻されます（世帯合算）

※ 12ヶ月間で、4回以上高額療養費の支給を受ける場合、4回目以降はそれぞれ、24,600円、44,400円、44,400円、930,000円、140,100円となります（多数該当）

#### A 事前に、高額療養費『限度額適用認定証』の交付を受ける場合

① 『限度額適用認定証』の交付申請を行ってください

手続きの場所：保険者（協会けんぽ→全国健康保険協会〇〇支部）  
（組合健康保険→会社 庶務担当）

必要なもの：保険証・印鑑（・あれば入院期間等記された書類）

※ また、所得を証明する書類が必要になる場合がありますので、担当窓口の指示に従ってください。

② 入院時に医事窓口で、保険証とともに『限度額適用認定証』を提示してください

#### B いったん2割もしくは3割支払った後、高額療養費の申請をする場合（償還払い）

協会けんぽの場合

手続きの場所：保険者（全国健康保険協会〇〇支部）

必要なもの：保険証・印鑑・医療費の領収証・口座番号が分かる通帳等

組合健康保険の場合

高額療養費に該当すると3～4ヶ月後に、自動的に振込まれるところが多いようです。詳しくは会社担当者にお問合せください

※ また、組合によっては『附加給付』があり、自己負担額がさらに少なくなる場合があります。

（「区分ウ」の場合）胃がんの手術で10日間入院した時（医療費が100万円の場合）

