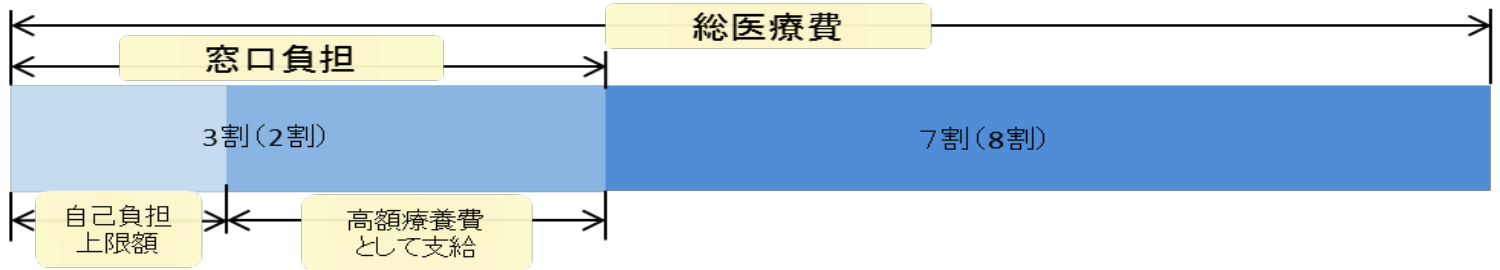


## 高額療養費制度とは（70歳未満の方）

ひとつの医療機関で支払った額が、1ヶ月（暦月の1日から末日）で一定額（自己負担限度額）を超えた場合に、その超えた金額が払い戻される制度です。※ 払い戻されるまで通常3~4ヵ月ほどかかります。

入院の予定のある方、外来で高額な医療費負担が見込まれる方は、事前に『**限度額適用認定証**』の交付を受けることで、窓口でお支払いいただく金額が自己負担上限額までとなります。（裏面参照）

※ 入院時の食事負担、室料ベッド代、文書料などの自費負担分には適用されません。



所得区分	自己負担限度額（3回目まで）	4回目以降
標準報酬月額83万円以上	252,600円+（かかった医療費-842,000円）×1%	140,100円
標準報酬月額53~79万円	167,400円+（かかった医療費-558,000円）×1%	93,000円
標準報酬月額28~50万円	80,100円+（かかった医療費-267,000円）×1%	44,400円
標準報酬月額26万円以下	57,600円	44,400円
市町村民税の非課税者等	35,400円	24,600円

※健康保険組合の場合は、付加給付により高額療養費の自己負担限度額が異なる場合があります。

※同一世帯で、同一月に同一窓口で21,000円以上の負担が複数ある場合、世帯で負担額を合算し、限度額を超える額が払い戻されます。同一人が同一月に二つ以上の医療機関にかかり、それぞれの窓口負担が21,000円以上になった場合も該当します。

※直近の12ヶ月間に高額療養費の支給が3回以上あった場合、4回目から自己負担限度額が軽減されます。

※月の途中で医療保険が切り替わる場合、その保険ごとに医療費がかかります。

※入院時の医療費だけでなく外来診療での医療費、薬剤費、健康保険を利用した訪問看護なども対象です。

### <手続き>

#### ① 後日払い戻しの手続きを受ける場合

医療機関や保険薬局などの各窓口で1ヶ月に高額な金額を支払われた場合、後日手続きを行うことで限度額を超えた金額が払い戻されます。

病院が発行した領収書・印鑑・通帳など振込先の口座番号がわかるもの・認印・健康保険証を準備し、申請書を各保険者の窓口へ提出してください。

健康保険組合・共済保険組合保険の方は手続きが不要な場合がありますので、加入されている保険者にお尋ね下さい。

国民健康保険の方は、申請方法が各市町村によって手続き方法が異なりますので、詳細は各市町村でお尋ね下さい。

#### ② 事前に限度額認定証の手続きを行う場合

事前に保険者から「限度額適用認定証」の交付を受け、それを医療機関や保険薬局などの各窓口で提示することで、各窓口ごとにお支払いいただく金額が毎月自己負担限度額までとなります。

入院のご予定がある方・外来で高額な医療費負担が見込まれる方は、お早めに手続きをお済ませ下さい。

保険証・印鑑・（所得証明の書類などが必要な場合あり）を準備して、加入している健康保険の窓口で申請を行います。

※ 限度額適用認定証は、申請した月の1日から適用されます。

※ 限度額適用認定証の有効期限は、加入している健康保険の窓口でお確かめ下さい。

有効期限が切れた場合は再度申請が必要です。

※ 国民健康保険料に未納のある方には、限度額適用認定証が交付されない場合があります。

上記を持って一旦の支払いが困難な場合には、次のような制度があります。

1. 高額療養費貸付制度について（健康保険組合・共済保険組合・健康保険組合・共済保険組合の方）  
高額療養費が支給されるまでの間、高額療養費支給見込額の8割相当額を、無利子で貸付を受けることができます。
- 全国健康保険協会（協会けんぽ）の方  
病院発行の請求書・保険証・印鑑・振込先の口座番号がわかるものを準備し、健康保険協会各支部の窓口で申請します。
  - 健康保険組合・共済保険組合の方  
組合規約で決められていますので、詳しくは加入されている各健康保険組合でお尋ね下さい。
- ※ 保険料の未納・滞納がある場合は、利用できないことがあります。

2. 委任払い制度について（国民健康保険の方）適用になるか等、詳細はお住まいの市町村でお尋ね下さい。  
保険料の未納・滞納がある場合など、限度額適用認定証の手続きが受けられない場合に、高額療養費相当額を保険者（国民健康保険）が直接保険医療機関に支払うことで、窓口でお支払いいただく金額は自己負担上限額までとなります。
- ① 申請用紙をお住まいの市・区役所国民健康保険課で受け取ります。
  - ② 申請用紙を医療機関に渡し、証明を受けます。
  - ③ 証明を受けた用紙を国民健康保険課に提出し、自己負担限度額の証明書を受けます。
  - ④ 自己負担限度額の証明書を医療機関に提示し、医療費をお支払い下さい。

-----

<各窓口>

- 全国健康保険協会（協会けんぽ）の方  
窓口：全国健康保険協会（協会けんぽ）の各都道府県支部
- 健康保険組合・共済保険組合保険の方  
窓口：各保険組合
- 国民健康保険の方  
窓口：お住まいの市・区役所の国民健康保険課

備考

<食事療養費の負担>（高額療養費制度の対象にはなりません）

所得区分	1食あたり
上位所得者	360円
一般	
低所得者	210円
	160円

## 高額療養費制度とは（70 歳以上）

医療機関や保険薬局などの各窓口を支払う1ヶ月の自己負担限度額は下記の通りで、それ以上の窓口での支払いはありません。ただし、低所得者・非課税世帯の方は手続きが必要です。

※入院時の食事負担、室料ベッド代、文書料などの自費負担分には適用されません。

所得区分	負担割合	外来 (個人ごと)	入院（同一世帯で入院と外来が複数ある場合、合算）	4 回目以降
上位所得者	3 割	44,400 円	80,100 円+（総医療費-267,000 円）×1%	44,400 円
一般	1~2 割	12,000 円	44,400 円	
低所得者Ⅱ	1~2 割	8,000 円	24,600 円	
低所得者Ⅰ	1~2 割		15,000 円	

※平成 26 年 4 月 1 日以降に 70 歳になった方の負担割合は、その翌月から 75 歳になるまで 2 割となります。

- ※ 同一世帯で同一月に窓口負担が複数ある場合、世帯で負担額を合算し、その合計額が自己負担限度額を超えた場合も、超えた金額が払い戻されます。  
同一人が同一月に二つ以上の医療機関や薬局にかかった場合も、同様に合算されます。
- ※ 直近の 12 ヶ月間に高額療養費の支給が 3 回以上あった場合、上位所得者の方は 4 回目から自己負担限度額が軽減されます。
- ※ 月の途中で医療保険が切り替わる場合、その保険ごとに医療費がかかります。

【低所得者・非課税世帯の方のみ手続きが必要です】

加入されている保険の窓口で、事前に「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を申請し、医療機関・薬局などの各窓口で毎月提示して下さい。申請日の月初めに遡って適用されます

### 備考

《食事療養費について》（高額療養費制度の対象にはなりません）

所得区分	1 食当たり
上位所得者	360 円
一般	
低所得者Ⅱ	90 日までの入院 210 円
	90 日以降の入院 160 円
低所得者Ⅰ	100 円

- ※低所得Ⅰ、Ⅱの方が減額を受けるためには事前に上記の「限度額適用・標準負担額減額認定証」の手続きが必要です。  
なお、低所得Ⅱの方で 90 日以降の入院をされる方も、その時点で改めて手続きが必要です。

### 《問い合わせ先》

詳細は、加入されている健康保険組合、全国健康保険協会、市町村（国民健康保険、後期高齢者医療制度）、国保組合、共済組合までお問い合わせください。