

高額療養費

① 通院



質問

平成24年4月1日から、高額な外来診療を受けたときの取り扱いが変わると聞いたのですが、どうなるのですか。



回答

平成24年4月1日からは、同じ医療機関での同じ月の窓口負担が、自己負担限度額を超えた場合は、医療機関などの窓口で「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」などを提示すれば、限度額を超える分を支払う必要はなくなります。

※この制度は、保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者などで受けた保険診療が対象です。柔道整復、あんま・はり・灸・マッサージの施術などは対象外となります。

【医療機関などの窓口で提示していただくもの】

- ①後期高齢者医療被保険者証
- ②後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

なお、表1の所得区分が「現役並み所得者」と「一般」の方は①のみの提示で可となります。

※②をお持ちでない方は、お住まいの市（区）町村の高齢者医療担当窓口へ申請し、交付を受けてください。なお、入院の際にも②を提示することにより食事代と一部負担金の窓口負担が軽減されます。

表1 自己負担限度額（月額）

所得区分	自己負担割合	外来（個人単位）	外来+入院（世帯単位）
現役並み所得者	3割	4万4,400円	8万100円+ (総医療費-26万7,000円)×1% ※(4万4,400円)
一般	1割	1万2,000円	4万4,400円
低所得者Ⅱ	1割	8,000円	2万4,600円
低所得者Ⅰ	1割	8,000円	1万5,000円

※（ ）内の金額は、過去12カ月に外来と入院を合わせたもの（世帯単位）の自己負担限度額を超えた支給を3回以上受け、4回目以降の支給に該当の場合に適用



質問

1カ月に複数の医療機関に通院して、合計で1万円（保険証の一部負担金の割合が1割）支払いましたが、高額療養費はいくら戻ってきますか。



回答

通院による高額療養費は、1カ月に支払った医療費のうち医療保険が適用される診察料、注射代、薬代などの自己負担額の合計と所得区分によって決まる自己負担限度額（表1の外来欄）との比較により、支給するかどうかを決定します。

【例1】所得区分が「一般」の方

自己負担限度額が1万2,000円なので、
1万円-1万2,000円=△2,000円
→自己負担限度額内のため、高額療養費は支給されません。

【例2】所得区分が「低所得者Ⅰ」の方

自己負担限度額が8,000円なので、
1万円-8,000円=2,000円
→自己負担限度額を超えるため、高額療養費が2,000円支給されます。

② 入院



質問

入院をして退院するとき10万円（一部負担金+保険外金額）を支払いました。その後、同じ月に通院をして、1万円支払いました。領収書（図1）を持っていますが、高額療養費はいくら戻ってきますか。



回答

高額療養費は、手術や薬代などの保険適用分の自己負担分が対象となり、食事代、部屋代などの保険適用外は除きます。このため、病院へ支払った総額が対象とはなりません。入院と通院をした場合は、支払った医療費の合計と上記表1（外来+入院欄）の自己負担限度額との比較により、支給するかどうかを決定します。

【例】所得区分が「一般」の方

自己負担限度額が4万4,400円なので、
4万4,400円(入院)+1万円(通院)-4万4,400円
=1万円
→自己負担限度額を超えるため、高額療養費が1万円支給されます。

図1 入院

保険分合計	負担率	定率負担金	一部負担金	保険外金額	消費税
45万円	10%		4万4,400円	5万5,600円	
前未収金	合計請求額	今未収金	領収金額		
			10万円		

対象外

保険分合計	負担率	定率負担金	一部負担金	保険外金額	消費税
10万円	10%		1万円	0円	
前未収金	合計請求額	今未収金	領収金額		
			1万円		

【通院・入院共通】 ● 申請

支給の対象となる方には、高額療養費のお知らせ（申請書同封）が届きますので、必要事項を記入して、お住まいの市（区）町村の高齢者医療担当窓口へ提出してください。申請は1度のみ必要で、次回該当する時は、手続きは不要で登録されている口座に自動的に振り込みます。

お問い合わせ 給付管理課 ☎043-216-5013