

高額療養費

① 通院



**高額な外来診療を受けたときの
取り扱いは、どうなるのですか。**



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にて「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	外来 (個人単位)	外来+入院(世帯単位)
現役並み 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割	12,000円	44,400円
区分Ⅱ	1割	8,000円	24,600円
区分Ⅰ	1割	8,000円	15,000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



**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。**



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「区分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



**入院をして退院するときに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。高額療養費はい
くら戻ってきますか。**



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。

高額療養費の申請方法

高額療養費の支給対象となった診療月の2~3か月後に広域連合から申請のご案内と申請書をお送りします。

申請書に必要事項を記入、押印のうえ、お住まいの市(区)町村の担当窓口へ提出してください。郵送による提出もできます。

一度申請していただくと、次回以降の申請は不要となり、高額療養費は自動的に最初に指定された口座に振り込まれます。なお振込先の口座は変更することができます。

※診療を受けた日の翌月1日(一部負担額を診療月の翌月以後に支払ったときは支払った翌日)から2年を経過すると時効となり、高額療養費は支給されませんのでご注意ください。

高額療養費の申請に必要な書類など

- 保険証 ●送付した申請書 ●印かん
- 口座の確認ができるもの

