

国民健康保険の限度証等や高額療養費について 河内長野市 保険医療課 R6.3 作成

●70歳未満の所得区分ごとの自己負担限度額（月額）について

所得区分 基礎控除後の総所得金額等	自己負担限度額	限度証 等交付
ア (901万円超)	252,600円 (医療費が842,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算) <4回目以降140,100円>	要
イ (600万円超~901万円以下)	167,400円 (医療費が558,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算) <4回目以降93,000円>	
ウ (210万円超~600万円以下)	80,100円 (医療費が267,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算) <4回目以降44,400円>	
エ (210万円以下)	57,600円 <4回目以降44,400円>	
オ (市民税非課税世帯)	35,400円 <4回目以降24,600円>	

●70歳以上75歳未満の所得区分ごとの自己負担割合・自己負担限度額（月額）について

所得区分 本人及び国保世帯員市民税 課税状況に基づく		自己 負担 割合	自己負担限度額		限度 証等 交付
			外来（個人単位）	外来+入院（世帯単位）	
現役 並み 所得者	Ⅲ 課税所得 690万円以上	3割	252,600円 (医療費が842,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算) <4回目以降140,100円>		不要
	Ⅱ 課税所得 380万円以上		167,400円 (医療費が558,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算) <4回目以降93,000円>		要
	Ⅰ 課税所得 145万円以上		80,100円 (医療費が267,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算) <4回目以降44,400円>		
一般		2割	18,000円 (年間上限144,000円)	57,600円 <4回目以降44,400円>	不要
市民税 非課税 世帯	低所得者Ⅱ		8,000円	24,600円	
	低所得者Ⅰ (年金収入80万 円以下等)	15,000円			

*70歳誕生日の翌月から、70歳以上75歳未満の所得区分が適用されます（1日生まれの人はその月から）。

●自己負担限度額（月額）の注意点

- * 「市民税非課税世帯（区分オ、低所得者Ⅰ・Ⅱ）」は、世帯主（後期高齢者等で国保加入者ではない世帯主を含む）と国保加入の世帯員全員が、市民税非課税の人です。
- * 限度額適用認定証（市民税非課税世帯は「限度額適用・標準負担額減額認定証」。以下、まとめて「限度証等」）を提示することで、レセプト（診療報酬等の明細書）単位で医療機関等での自己負担額が、自己負担限度額までとなります。レセプト単位とは、「受診者別、医療機関等別、入院・外来別、医科・歯科別、受診月別」です。2 つ以上の医療機関等にかかった場合、レセプトが異なるので、別々に計算します。同じ医療機関でも、医科と歯科は別計算、入院と外来も別計算です。
- * 受診月ごと（1日から末日まで）に計算します。
- * 入院時の食事代や保険がきかない差額ベッド代は、高額療養費の計算対象外となります。
- * 同じ世帯の国保加入者でレセプトが同じ診療月に複数ある場合、自己負担額を合算し、自己負担限度額を超えていれば、超えた額を高額療養費として支給します。該当する場合、受診から早くて3~4ヶ月後に本市から案内を送ります。ただし、70歳未満の場合、自己負担額が21,000円を超えていないレセプトは、高額療養費の計算対象外となります。
- * 区分が「現役並み所得者Ⅲ」「一般」の人は、被保険者証と高齢受給者証（70歳以上の人に市から自動的に交付）の提示で限度額が適用されるため、限度証等の申請は不要。
- * 表中の「4回目以降」とは、1年間で4回以上自己負担限度額（70歳以上の外来個人単位は除く）に達した場合です。

●入院時の食事代について

所得区分	負担額（1食あたり）R6.5まで	負担額（1食あたり）R6.6から
課税世帯（現役並みⅠ～Ⅲ、一般、ア～エ）	460円	490円
低所得者Ⅱ、オ（90日まで）	210円	230円
低所得者Ⅱ、オ（90日超）	160円	180円
低所得者Ⅰ	100円	110円

- * 区分が「低所得者Ⅱ・オ」の人は、過去1年間の「低所得者Ⅱ・オ」の期間に合計90日超の入院（個人単位）をすると、長期入院該当の申請をすることができます。

〈申請に必要なもの〉・対象者の被保険者証

- ・90日超の入院が確認できる領収書の原本
- ・振込先口座が分かる通帳等

- * 長期入院に該当しなくても、「非課税世帯（低所得者Ⅰ・Ⅱ、オ）」で限度証等を提示せずに入院して1食460円（R6.6以降は490円）を払っている場合、食事差額の申請可。

〈申請に必要なもの〉・対象者の被保険者証

- ・入院領収書の原本
- ・振込先口座が分かる通帳等

- * 難病や療養病床での入院の場合、上記の金額と異なる場合があります。

マイナ保険証を対応医療機関で提示して限度額情報の提供に同意すれば、限度額適用認定証を事前申請しなくても、医療費の限度額が適用されます（長期入院は申請が必要）。

マイナ保険証のご利用をぜひご検討ください。

●入院等の高額な治療中、月途中で世帯分離や転出等の住民異動をする場合は、要注意！

1日付以外の月途中で世帯分離や転出等をするると、その月の自己負担額が2倍になる恐れがあります。詳細は本市ホームページ「[注意]入院や高額な治療を継続している人が、月途中で世帯異動や保険異動をする場合の注意点」をご参照ください。世帯分離や転出を検討中の場合は、市民窓口課での手続き前に保険医療課にご相談を。

●高額療養費の申請簡素化（令和5年9月～）について

河内長野市国民健康保険の高額療養費は、簡素化に関する申出書を提出することで、次回以降に発生する高額療養費は登録口座に自動振込みします（原則診療月から3～4ヵ月後）。簡素化実施後に支給が発生した世帯には、市役所から申出書を送付するので、記入・署名して提出してください。なお、簡素化実施前（令和5年8月案内送付分まで）に発生した高額療養費については、送付済の申請書兼請求書の提出が必要です。詳細は本市ホームページ「高額療養費申請手続きの簡素化を開始します（令和5年9月～）」をご参照ください。

●高額療養費について

<高額療養費に係るよくある質問と回答>

（質問①）区分「エ」で限度証等を提示して入院。57,600円の自己負担額となるはずだが、10万円近く負担。

（回答①）限度額の57,600円とは別に食事代、病衣料や差額ベッド料、文書料、保険適用外の治療料等がかかることがあります。それらは高額療養費の計算対象外となります。

（質問②）高額療養費の支給決定通知が届いたが、領収書の自己負担額から計算した金額と誤差がある。

（回答②）高額療養費の自己負担額は1円単位ですが、医療機関窓口では10円未満を四捨五入して支払います。また、医療機関のレセプトの一部が審査機関で認められなかった等で、減点されている可能性があります。国保加入者が医療機関に支払いすぎている可能性があるため、医療機関にご確認を。

（質問③）「年間上限144,000円」とは何ですか。

（回答③）「現役並み所得者」ではない70歳以上の人が、8月から翌年7月における計算期間（1年間）中の外来自己負担額（月の高額療養費による支給分は除く）が144,000円を超えた場合、超えた分を外来年間合算として支給します。計算期間中、ずっと「低所得者Ⅰ・Ⅱ」だった人は、自己負担額が最高でも96,000円（8,000円×12ヵ月）のため、外来年間合算は発生しません。対象となる人には、例年1～2月頃に本市から案内を送付します。ただし、計算期間中に他の健康保険（他市国民健康保険を含む）の期間が含まれる場合、案内が送られなかったり、本来より低い支給額で計算されたりするので、該当する可能性がある人はお問い合わせを。

（質問④）高額療養費に該当した場合、市から送付された「申出書」を提出する以外にやることはないですか。

（回答④）住民税非課税世帯の人が入院して限度証等を提示せず1食460円を負担している場合や、区分「低所得者Ⅱ・オ」で過去1年間の非課税期間で合計90日超の入院（個人単位）があるが長期入院の認定を受けていない場合、食事差額の申請が別途できます。

（質問⑤）区分「現役並み」や「ア～ウ」の自己負担限度額における1%加算とは何ですか。

（回答⑤）総医療費によって、自己負担限度額が変動します。区分「ウ」で総医療費が100万円の場合、「80,100円＋（1,000,000－267,000円）×1%」で、自己負担限度額は87,430円になります。

<高額療養費の計算例> 72歳の夫婦（区分「低所得者Ⅱ」）、40歳の子（区分「才」）の3人世帯の場合

・ケース①

夫の自己負担額「A病院（外来）：8,000円、B薬局：4,000円」

妻の自己負担額「A病院（外来）：5,000円、C歯科（外来）：2,000円」

→ 外来自己負担額（個人単位）が8,000円のため、夫は「自己負担額（8,000円+4,000円）－外来限度額（8,000円）」により、支給額4,000円。一方、妻は外来自己負担額が限度額8,000円に満たない（合計7,000円）ため、外来自己負担額（個人単位）による支給は発生しません。この世帯の高額療養費は4,000円です。

夫の外来自己負担額12,000円(8,000円+4,000円)	
高額療養費支給額4,000円	外来の自己負担限度額(個人単位)8,000円

・ケース②

夫の自己負担額「A病院（外来）：8,000円、B薬局：4,000円」

妻の自己負担額「A病院（入院）：24,600円」

→ まずは「外来」の自己負担額（個人単位）で考えます。夫は「自己負担額（8,000円+4,000円）－限度額（8,000円）」により、支給額4,000円（支給①）。妻は外来受診がないため、支給は発生しません。

次に「外来+入院」の自己負担額（世帯単位）で考えます。自己負担額（世帯単位）は、「支給①を除いた夫の自己負担額8,000円+妻の入院自己負担額24,600円」で、32,600円。そこから世帯限度額（24,600円）を引いて、支給額8,000円（支給②）となります。したがって、この世帯の高額療養費は、支給①・②の合計額12,000円です。

夫の外来自己負担額12,000円(8,000円+4,000円)	
高額療養費支給額4,000円:支給①	外来の自己負担限度額(個人単位)8,000円

世帯の自己負担額32,600円(支給①を除いた夫の自己負担額8,000円+妻の入院自己負担額24,600円)	
高額療養費支給額8,000円:支給②	外来+入院の自己負担限度額(世帯単位)24,600円

・ケース③

子の自己負担額「A病院（外来）：20,000円、B薬局（A病院分）：30,000円、C病院：15,000円」

→ 70歳未満の場合、レセプト単位で21,000円超が計算対象となるため、C病院の15,000円は計算対象外。A病院とB薬局も単独では21,000円超ではありませんが、医療機関とセットとなる調剤薬局のレセプトの合計が21,000円を超える場合、計算対象となります。よって、A病院とB薬局の自己負担額50,000円（20,000円+30,000円）から才の限度額35,400円を引いた、14,600円がこの世帯の高額療養費です。

子の自己負担額50,000円(20,000円+30,000円)	
高額療養費支給額14,600円	自己負担限度額35,400円