

高額療養費制度のご案内

ひと月の医療費の自己負担額が高額になったとき、支払い後に申請すると世帯の自己負担限度額を超えた額が高額療養費として支給されます。

70歳未満 のかたの自己負担限度額(月額)

所得区分		3回目まで	4回目以降 注5)
所得901万円超 注1)	ア	252,600円+(実際にかかった医療費-842,000円)×1%	140,100円
所得600万円超901万円以下注1)	イ	167,400円+(実際にかかった医療費-558,000円)×1%	93,000円
所得210万円超600万円以下注1)	ウ	80,100円+(実際にかかった医療費-267,000円)×1%	44,400円
所得210万円以下 注1)	エ	57,600円	44,400円
市民税非課税世帯	オ	35,400円	24,600円

70歳以上(前期高齢者) のかたの自己負担限度額(月額)

(平成30年8月診療から)

所得区分		外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)	
			3回目まで	4回目以降 注5)
現役並みⅢ	課税所得 690 万円以上	252,600 円+(実際にかかった医療費-842,000 円)×1%	140,100 円	
現役並みⅡ	課税所得 380 万円以上 690 万未満	167,400 円+(実際にかかった医療費-558,000 円)×1%	93,000 円	
現役並みⅠ	課税所得 145 万円以上 380 万未満	80,100 円+(実際にかかった医療費-267,000 円)×1%	44,400 円	
一 般		18,000 円 (年間上限 144,000 円)注 6)	57,600 円	44,400 円
低所得者	Ⅱ 注3)	8,000 円	24,600 円	
	Ⅰ 注4)		15,000 円	

所得区分は市民税の申告の額で決まります。令和元年8月から令和2年7月診療分までは、令和元年度(平成30年中)の所得の額で決定されます。

入院時の食事代や診断書料、特別の病室料、容器料など保険適用外のものが高額療養費の対象となりません。また、ひと月の医療費とは月の初日から末日までの受診日を基準として金額を計算します。

注1) 所得 = 総所得金額等 - 基礎控除額(33万円)

注3) 低所得Ⅱとは、世帯主および世帯全員が市民税非課税の人をいいます。

注4) 低所得Ⅰとは、世帯主および世帯全員が市民税非課税で、かつ各種収入等から必要経費と控除を差し引くと0円になる人をいいます。(年金収入の場合80万円を控除額とする)

注5) 弘前市国保の被保険者として同世帯で過去12ヶ月間に4回以上、高額療養費の支給を受ける場合、4回目から自己負担限度額が下がります。(70歳以上の一般・低所得者の外来のみの高額療養費の支給月は回数に数えません。)

注6) 平成29年8月より1年間の自己負担額の上限が新たに設けられました。該当になる場合もありますので、領収書の保管をおすすめします。

※ 70歳未満のかたは、同じ医療機関でも内科と歯科、入院と外来は別計算となり、保険適用の医療行為の自己負担額が21,000円を超えたものを合算できます。

※ 調剤は、処方箋を出した内科、歯科それぞれと合算します。

※ 70歳以上のかたは、自己負担額の金額をすべて合算し、その合計額が自己負担限度額を超える場合、超えた額が高額療養費として支給されます。

※ 70歳未満のかたが高額療養費該当の場合、70歳以上のかたの自己負担額は高額療養費に該当します。

※ 高額療養費の支給申請期間は、診療を受けた月の翌月1日から2年間です。

高額療養費支給申請に必要なもの

保険証、領収書、世帯主の印鑑(スタンプ印不可)、世帯主名義の普通預金通帳

※高額療養費の支給申請にマイナンバーの記入が必要です。

窓口に来られた方の本人確認に免許証等の提示を求めていますので、来庁の際にご協力をお願いいたします。

所得の申告をしていないかたがいる世帯の場合、本来の所得区分で計算できませんので、所得がなくても申告をしてください。

限度額適用認定証（非課税・低所得者のかたは標準負担額減額認定証も兼用です）

限度額適用認定証を医療機関窓口に提示すると、保険適用分の医療費負担が高額療養費の自己負担限度額（ひと月ごと）までの支払いで済みます。入院・外来において1医療機関ごとに適用できます。

また、限度額適用認定証を提示しない場合でも、自己負担額が高額療養費に該当する場合は、医療機関に支払った後で高額療養費支給申請をすることができます。

限度額適用認定証をご利用になる場合は、下記の必要なものをお持ちのうえ交付申請をしてください。（70歳以上で所得区分が現役並みⅢまたは一般のかたは、医療機関窓口を高齢受給者証を提示するだけで自己負担限度額が適用となります。）

限度額適用認定証には有効期限があります。有効期限後も限度額適用認定証を継続してご利用になる場合は、改めて交付申請が必要です。ただし、利用開始が8月からの認定証は年度更新の時期となる関係上、申請受付開始日は毎年異なりますので詳しくはお問合せください。

- ※ 所得区分は市民税の申告の額で決まります。令和元年8月から令和2年7月診療分までは、令和元年度（平成30年中）の所得の額で決定されます。
- ※ 所得の変動（修正申告、国保被保険者の増減等）により区分変更が生じると、高額医療費の支給申請や医療費の返納が必要になる場合もあります。
- ※ 世帯分離、世帯統合をして国保番号が変わると限度額適用認定証を使用できなくなります。新たに交付申請してください。
- ※ 保険料滞納世帯は、限度額適用認定証の交付を受けられないことがあります。

限度額適用（・標準負担額減額）認定証の交付申請に必要なもの
 保険証、世帯主の印鑑（スタンプ印不可）、更新の場合は現在交付済の認定証
 ※交付申請にマイナンバーの記入が必要です。
 窓口に来られた方の本人確認に免許証等の提示を求めていますので、来庁の際にご協力をお願いいたします。

入院時の食事代 市民税非課税世帯の方は医療機関に標準負担額減額認定証を提示することで減額されます。

所得区分		1食につき
一般(下記以外の人)		460円
市民税非課税		210円
低所得者Ⅱ	申請時より過去12ヶ月で90日を超える入院	160円
低所得者Ⅰ		100円

※65歳以上のかたが、療養病床に入院する場合は、食費1食460円（一部医療機関では420円）と居住費1日370円を負担します。

高額療養費自己負担限度額2分の1特例

月の途中（1日生まれは除く）で満75歳となり、後期高齢者医療制度に加入した人が加入前は国保被保険者であった場合に、その月だけ高額療養費の自己負担額が2分の1となります。また、後期高齢者医療制度に加入したことにより、その人の被扶養者が国保加入した場合も、その月だけ高額医療費の自己負担限度額や70歳未満の合算可能額が2分の1となります。

高額医療費資金貸付制度

病院窓口へ限度額適用認定証を提示しない場合に支払いが困難な人には、自己負担限度額を超える額を無利子で貸し付けています。詳しくは窓口へご相談ください。

○お問い合わせは下記まで