

給付内容について

1ヵ月の保険診療による窓口負担額(一部負担金額)が一定の金額(自己負担限度額)を超えた場合、その超えた部分を高額療養費として支給します。



☆ 医療費には保険外診療や食事療養費、生活療養費は含まれません。

添付書類について

領収書のコピー及び所得証明書類として次のいずれかの書類を組合員及び本組合に加入している世帯全員分添付してください。

- ・市県民税(所得)証明書(所得・課税の記載があるもの)
- ・市町村民税非課税証明書(所得の記載があるもの)
- ・市町村民税・県民税納税通知書のコピー
(氏名・通知書年度・所得・課税が確認できる箇所)

※北九州市にお住まいの方で、役所にて上記書類を取られる場合は、

市県民税所得額(課税・非課税)証明書をお取りください。

ただし基礎控除後の所得901万円超(各被保険者の所得から基礎控除を差し引いた金額の合計が、901万円を超える世帯)の場合は必要ありません。

所得の証明年度は受診月によって異なります。次の表にてご確認ください。

受診月	必要な所得証明書の証明年	必要な所得証明書の証明年度
R5. 8月からR6. 7月まで	令和4年分	令和5年度
R6. 8月からR7. 7月まで	令和5年分	令和6年度
R7. 8月からR8. 7月まで	令和6年分	令和7年度

時効について

高額療養費の払戻しの時効は次のとおりです。

- ・一部負担金を受診月中に支払った場合、受診月の翌月1日から2年
- ・一部負担金を受診月よりも後に支払った場合、支払日から2年

本組合の書類受付日が2年を経過したときは支給することができません。

お早めにお手続きください。

計算方法について

年齢によって計算が異なります。該当する世帯の計算方法をご確認ください。

【Ⅰ】70歳未満の被保険者の世帯

【Ⅱ】70歳から74歳までの被保険者の世帯

【Ⅲ】70歳未満の被保険者と70歳から74歳までの被保険者が同一世帯

【Ⅰ】70歳未満の被保険者の計算方法について

所得区分によって自己負担限度額が異なり、限度額を超えた額を支給します。

【70歳未満の世帯(1表)】

国保組合 世帯全体	① 同一月・同一医療機関毎の自己負担限度額	年4回目から
	② 支給額	
ア 基礎控除後の所得 901万円超 (※1)	① 252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
	② ①を超えた額	
イ 基礎控除後の所得 600万円~901万円以 下(※2)	① 167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
	② ①を超えた額	
ウ 基礎控除後の 所得210万円~600万 円以下(※2)	① 80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
	② ①を超えた額	
エ 基礎控除後の 所得210万円以下(※ 2)	① 57,600円	44,400円
	② ①を超えた額	
オ 市町村民税 非課税(※3)	① 35,400円	24,600円
	② ①を超えた額	

月の1日から末日までの暦月毎の診療について計算します。

一医療機関(入院・外来別)に対し21,000円以上支払ったものを合算することができ、その合計が①の自己負担限度額以上になった場合、②の額を支給します。

同一世帯で1年を通じて4回以上の高額療養費の支給を受けた場合、4回目以降から自己負担限度額が引き下げられ「1表」の4回目からの額を超えた額を支給します。

※1 基礎控除後の所得901万円超

…各被保険者の所得から基礎控除を差引いた金額の合計が901万円を超える世帯に属する被保険者。 <添付書類不要>

※2 基礎控除後の所得901万円以下

…各被保険者の所得から基礎控除を差引いた金額の合計が901万円以下の世帯に属する被保険者。 <添付書類必要>

※3 市町村民税非課税

…世帯全員(70歳以上の前期高齢者の場合は70歳以上の世帯員)非課税の世帯に属する被保険者。 <添付書類必要>

【Ⅱ】70歳から74歳までの被保険者の世帯

所得区分は6種類あります

現役並み 所得者 (ア)	Ⅲ	高齢受給者証の一部負担金割合が、3割の被保険者のうち、国保世帯の課税所得が690万円以上の場合
	Ⅱ	高齢受給者証の一部負担金割合が、3割の被保険者のうち、国保世帯の課税所得が380万円以上690万円未満の場合
	Ⅰ	高齢受給者証の一部負担金割合が、3割の被保険者のうち、国保世帯の課税所得が145万円以上380万円未満の場合
一般所得者 (イ)	現役並み所得者及び低所得者(Ⅰ・Ⅱ)に該当しない被保険者	
低所得者Ⅱ (ウ)	70歳以上で世帯に属する被保険者全てについて市町村民税が課税されない世帯の被保険者	
低所得者Ⅰ (エ)	70歳以上で世帯に属する被保険者全てについて市町村民税が課税されない世帯であり、所得が判定基準(※1)以下の被保険者	

※1判定基準所得とは、所得区分毎に必要な経費・控除を差し引いたとき、各所得いずれも0円

所得区分によって自己負担限度額が異なり、限度額を超えた額を支給します。

【70歳以上75歳未満の世帯(2表)】

70歳から74歳 までの被保険者	①個人単位(外来のみ)の自己負担限度額	
	②世帯単位(入院含む)の自己負担限度額	年4回目から
現役並み 所得者Ⅲ	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
現役並み 所得者Ⅱ	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
現役並み 所得者Ⅰ	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
一般所得者 (イ)	①18,000円 <年間上限:144,000円>	44,400円
	②57,600円	
低所得者Ⅱ (ウ)	①8,000円	
	②24,600円	
低所得者Ⅰ (エ)	①8,000円	
	②15,000円	

月の1日から末日までの暦月毎の診療について計算します。

高額療養費として支給する額は次の計算方法で算出します。

- 1 外来自己負担額のみを個人単位で合算し、該当する「2表」の①の限度額を適用し支給額を計算します。
- 2 自己負担額(入院と外来自己負担額、ただし、1で計算した支給額を除く)を世帯単位で合算し、該当する「2表」の②の限度額を適用し支給額を計算します。
- 3 1、2の合算額を高額療養費として支給します。

同一世帯で1年を通じて4回以上の高額療養費の支給を受けた場合、4回目以降から自己負担限度額が引き下げられ「2表」の4回目からの額を超えた額を支給します。

**【Ⅲ】70歳未満の被保険者と70歳から74歳までの被保険者が
同一世帯の計算方法について**

月の1日から末日までの暦月毎の診療について計算します。

高額療養費として支給する額は次の計算方法で算出します。

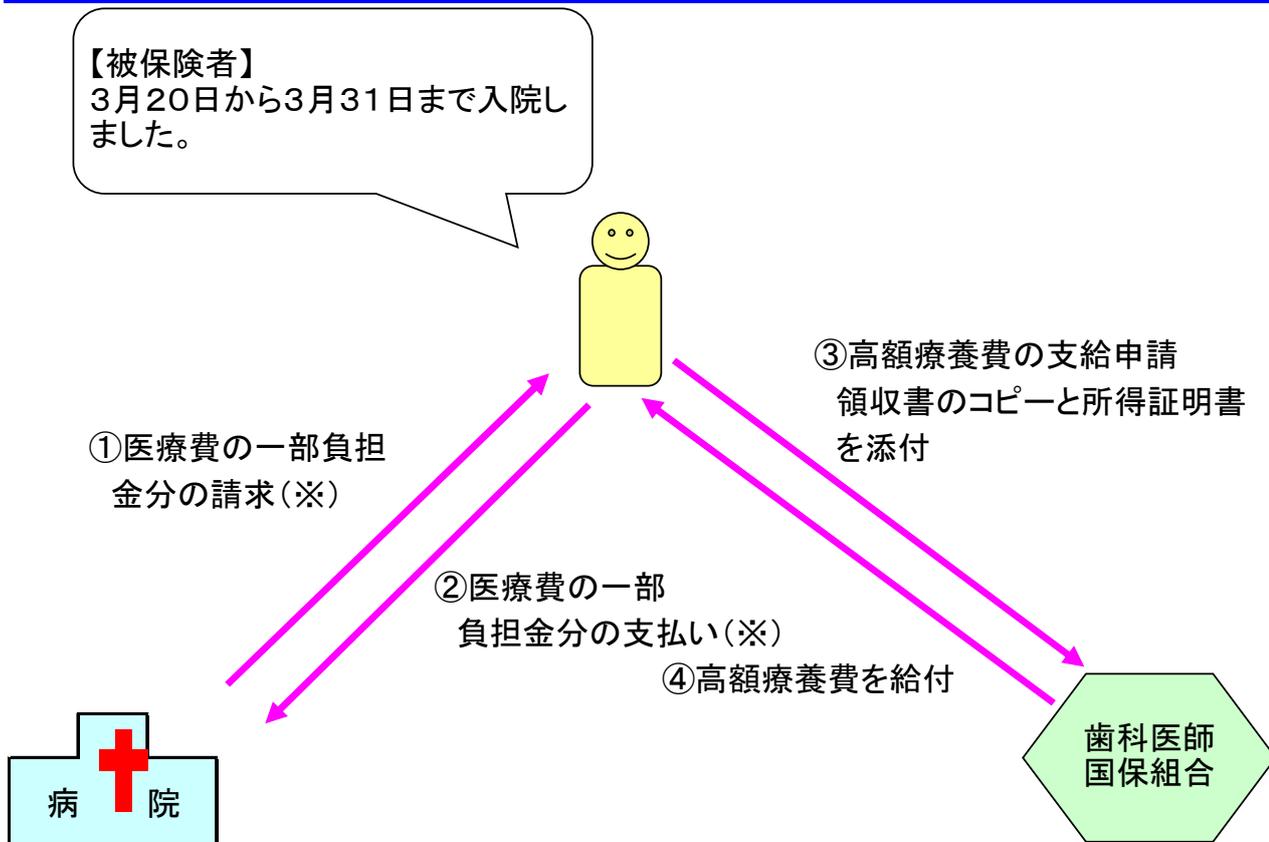
- 1 70歳から74歳までの被保険者の外来自己負担額のみを個人単位で合算し、該当する「2表」の①の限度額を適用し支給額を計算します。
- 2 70歳から74歳までの被保険者の自己負担額(入院と外来自己負担額、ただし、1で計算した支給額を除く)を世帯単位で合算し、該当する「2表」の②の限度額を適用し支給額を計算します。
- 3 70歳未満の被保険者の自己負担額(※3)と70歳から74歳までの被保険者の自己負担額(1、2で計算した支給額を除く)を合算し、該当する「1表」の限度額を適用し支給額を計算します。
- 4 1、2、3の合算額を高額療養費として支給します。

その他留意事項

保険外診療や食事療養費、生活療養費は支給・合算対象にはなりません。

月遅れ分や療養費(現金給付)に係る一部負担金相当額も、受診月の合算対象となります。

高額療養費の払戻しの基本的な流れ



※ 保険外診療や食事療養費、生活療養費は別途請求されます。

付加金の差額分について

70歳未満の被保険者で「限度額適用認定証」・「標準負担額減額認定証」を使用して高額療養費の現物給付を受けた後、**残りの付加金等(4回目以降・世帯合算該当などの高額療養の差額分)**が発生した場合は、「高額療養費支給申請」にて申請してください。

70歳以上の前期高齢者は1ヵ月の自己負担金が自己負担限度額を超えた場合、「高額療養費支給申請」にて申請してください。

高額医療・高額介護合算療養費について

世帯内の被保険者において介護保険受給者がいる場合で、医療・介護保険の両保険で自己負担額が発生した場合に、8月1日から翌年7月31日までの自己負担額の合計に年額での上限を設け、上限の限度額を超える自己負担について療養費として支給します。