

限度額適用認定についてのご案内

医療機関や薬局の窓口で支払った額が、暦月（月の初めから終わりまで）で一定額を超えた場合、その超えた金額を支給する「高額療養費制度」があります。
あらかじめ「限度額適用認定」をしておくことで、限度額を超える高額な医療費が必要となった場合、医療機関毎に限度額を超える支払いが、自動的に免除されます。

当院で高額な医療費が必要となった場合、以下の方法により、限度額を超える支払いが自動的に免除されます。事前に申請をしましょう。

＜方法①＞ 受付時に、マイナ保険証を利用する。

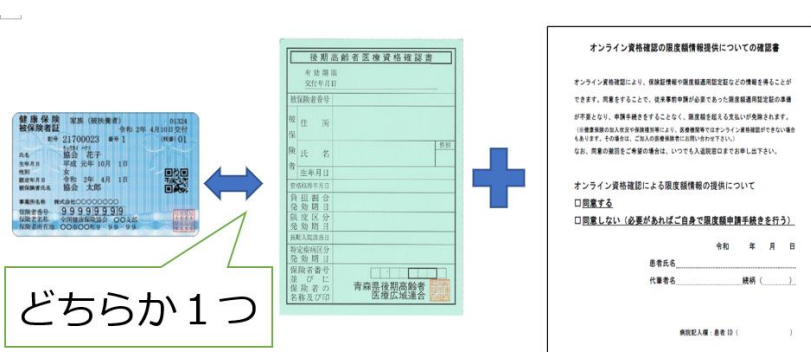


■受付方法

- ① 顔認証付きカードリーダーにマイナンバーカードを置く
- ② 本人認証を行う（顔認証・暗証番号）
- ③ 各種情報提供の同意選択をする



＜方法②＞ 「オンライン資格確認の限度額情報提供についての確認書」に同意と署名し、「健康保険証」か「資格確認証」と一緒に受付に提示する。



※「オンライン資格確認の限度額情報提供についての確認書」の同意は1回行えば、それ以降適用されます。同意への撤回も、いつでも可能です。
※健康保険の加入状況や保険種別等により、医療機関ではオンライン資格確認ができない場合もあります。その場合は、ご加入の医療保険者にお問い合わせ下さい。

＜方法③＞ 加入する医療保険者（保険証の発行元）より「限度額適用認定証」を取得し、「健康保険証」と一緒に受付に提示する。

制度内容についてご不明な点がございましたら、各医療保険者または医療連携部へご相談ください。

高額療養費制度

高額療養費制度とは

医療機関や薬局の窓口で支払った額（この額に入院時の食事負担や差額ベッド代等は含みません）が暦月（月の初めから終わりまで）で一定額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。
ひとつの医療機関、入院・外来別、医科・歯科別で計算します。

自己負担限度額とは

≪70歳未満≫ 合算基準額を満たし上限額を超えて支払った場合は、後日還付されます

所得区分*1 健保：標準報酬月額 国保：(旧但書)年間所得	区分	自己負担限度額（世帯単位）	多数回該当*2
健保：83万円以上 国保：901万円超	ア	252,600円+（医療費－842,000円）×1%	140,100円
健保：53～79万円 国保：600万～901万円	イ	167,400円+（医療費－558,000円）×1%	93,000円
健保：28～50万円 国保：210万～600万円	ウ	80,100円+（医療費－267,000円）×1%	44,400円
健保：26万円以下 国保：210万円以下	エ	57,600円	44,400円
住民税非課税	オ	35,400円	24,600円
世帯合算基準額*3		21,000円	

≪70歳以上≫ それぞれを一旦支払い後、上限額を超えた場合は後日還付されます

所得区分（年収）		自己負担限度額		多数回該当*2
		外来（個人ごと）	入院+外来（世帯単位）	
現役並みⅢ 約1160万円～	3割	252,600円+（医療費－842,000円）×1%		140,100円
現役並みⅡ 約770万～1160万円		167,400円+（医療費－558,000円）×1%		93,000円
現役並みⅠ 約370万～770万円		80,100円+（医療費－267,000円）×1%		44,400円
一般	2割/1割	18,000円 (年14万4千円)*4	57,600円	44,400円
非課税世帯Ⅱ		8,000円	24,600円	
非課税世帯Ⅰ			15,000円	
世帯合算基準額		合算基準はありません		

*1 標準報酬月額：基本給・諸手当(残業・通勤手当等)、年4回以上給付の賞与などの報酬を月平均した金額
年間所得：前年の国保加入者の総所得金額及び山林所得金額並びに株式・長期(短期)譲渡所得金等の合計からの基礎控除(33万円)を控除した額。

*2 多数回該当：過去12か月間に3回以上高額療養費に該当した場合、4回目以降の自己負担限度額が軽減されます。

*3 世帯合算：お一人の一回分の窓口負担では、高額療養費の支給対象とははならず、複数の受診や同じ世帯にいる他の方（同じ医療保険に加入している方に限る）の受診について、窓口でそれぞれ支払った自己負担額を1ヶ月（暦月）単位で合算することが出来ます。
その合算が一定額を超えたときは、超えた分を高額療養費として支給します。
*ただし70歳未満の方は21,000円以上の自己負担のみ合算されます。

*4 年間上限額：外来のみ年間（8月～翌年7月）の上限額は14万4千円となります。（70歳以上の方のみ）