

高額療養費支給制度のご案内

国民健康保険の加入者が、医療機関で1カ月に支払った一部負担金が自己負担限度額を超えた場合に、超えた金額を支給する制度です。限度額は、受診された方の年齢や世帯の所得状況等によって決まります。また、事前申請により医療機関で支払う一部負担金を限度額以内にする制度（⑪～⑬ページ）もあります。

高額療養費などの保険給付は、みなさんの保険料でまかなわれています。保険料は必ず納期限までに納めてください。未納保険料がある場合、支給を受けられない可能性があります。

目次

1. 制度の概要…………… ①～②ページ
2. 一部負担金計算上の注意点…………… ②ページ
3. 高額療養費計算の具体例
 - (1) 69歳以下の方…………… ③～④ページ
 - (2) 70歳～74歳の方…………… ⑤～⑦ページ
 - (3) 70歳～74歳の方と69歳以下の方の合算…………… ⑦～⑧ページ
 - (4) 外来年間合算…………… ⑧～⑨ページ
4. 特定疾病療養受療証…………… ⑨ページ
5. 月の途中で後期高齢者医療制度へ切り替わった方が
いる場合の取扱い…………… ⑩ページ
6. 限度額適用認定証等について…………… ⑪～⑬ページ
7. 申請方法…………… ⑭ページ

～申請・お問い合わせは、住所地の区役所・支所の国保年金係へ～

東灘区役所	電話 841-4131 (代)	須磨区役所	電話 731-4341 (代)
灘区役所	電話 843-7001 (代)	北須磨支所	電話 793-1212 (代)
中央区役所	電話 232-4411 (代)	垂水区役所	電話 708-5151 (代)
兵庫区役所	電話 511-2111 (代)	北区役所	電話 593-1111 (代)
長田区役所	電話 579-2311 (代)	西区役所	電話 929-0001 (代)

平成30年8月

神戸市国民健康保険

世帯の中で高額な医療費がかかった方の年齢や人数により異なります。

あてはまるところをご覧ください。

69歳以下の方

1人だけ（単独）のとき

- 1カ月（月の初日～末日）の診療で
- 1人の方が
- 1つの医療機関（※）で自己負担限度額（※）を超える医療費（一部負担金）を支払った場合に支給されます。

詳しくは
③ページへ

世帯で合算（入院と外来の合算を含む）するとき

- 2人以上がそれぞれ支払った医療費（一部負担金）は
- 1人が1つの医療機関（※）で1カ月の診療分について支払った額が21,000円以上（※）の分に限り、合算して自己負担限度額（※）を超えた分が支給されます。

詳しくは
④ページへ

70歳～74歳の方（高齢受給者証をお持ちの方）

- 1カ月（月の初日～末日）の診療で
- 1人の方が外来で支払った（個人単位）
または
- 1人の方が外来と入院で支払った（世帯単位）
または
- 2人以上の方が支払った（世帯単位）

医療費（一部負担金）について

- ① まず個人単位で計算し、外来分が自己負担限度額（※）を超える場合に支給されます。
- ② 次に、入院分を含めた世帯単位で計算し、自己負担限度額（※）を超える場合に支給されます。

詳しくは
⑤ページへ

70歳～74歳の方と69歳以下の方で合算 (入院と外来の合算を含む) するとき

70歳～74歳の方だけで高額療養費を計算してから、69歳以下の方の分と合算して、自己負担限度額(※)を超えた分が支給されます。

(69歳以下の方の合算の条件は①ページをご覧ください)

詳しくは
⑦ページへ

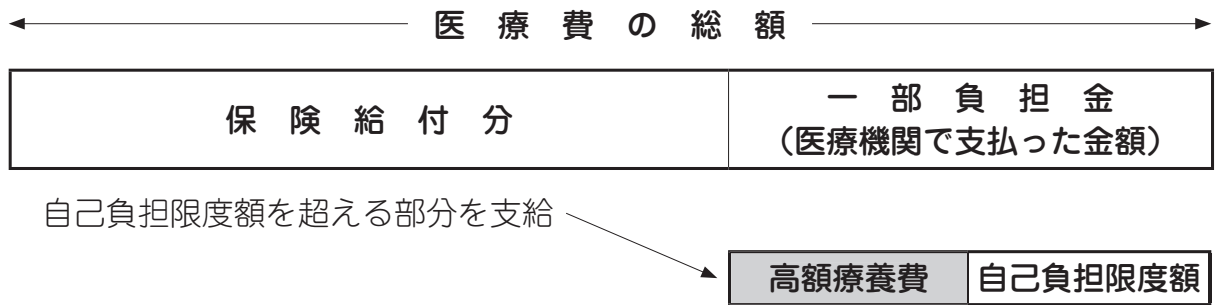
※自己負担限度額：年齢や世帯の所得状況、高額療養費に該当した回数などにより異なります。(③ページ表1・⑤ページ表2)

一部負担金(自己負担額)の計算上の注意点

- 1 月の初日から末日までの受診について計算します。
- 2 医療機関ごとに計算します。
- 3 同じ医療機関でも、入院・外来・歯科は別々に計算します。
- 4 診療報酬明細書(レセプト)ごとに算定し、審査後の額で計算します。
- 5 69歳以下の方は、21,000円以上の自己負担額があるものが合算の対象となります。公費医療対象者または福祉医療受給者の場合、総医療費に負担割合(義務教育就学～69歳の方は3割、義務教育就学前の方は2割)を乗じた金額が21,000円以上の分に限り、医療機関で支払った額を合算します。
なお、院外処方の場合、病院と薬局を一つの医療機関とみなして計算します。
- 6 保険診療外の費用(差額ベッド代等)や食費・居住費は、高額療養費の計算に含めません。

高額療養費の支給手続きは⑭ページをご覧ください。

69歳以下の方 1人だけ（単独）のとき



世帯の所得状況、回数により異なります（下表）。

同じ人が、同じ医療機関の1カ月の診療として表1の自己負担限度額を超える一部負担金を支払ったとき、その超えた分が支給されます。

表1 <自己負担限度額（月額）>

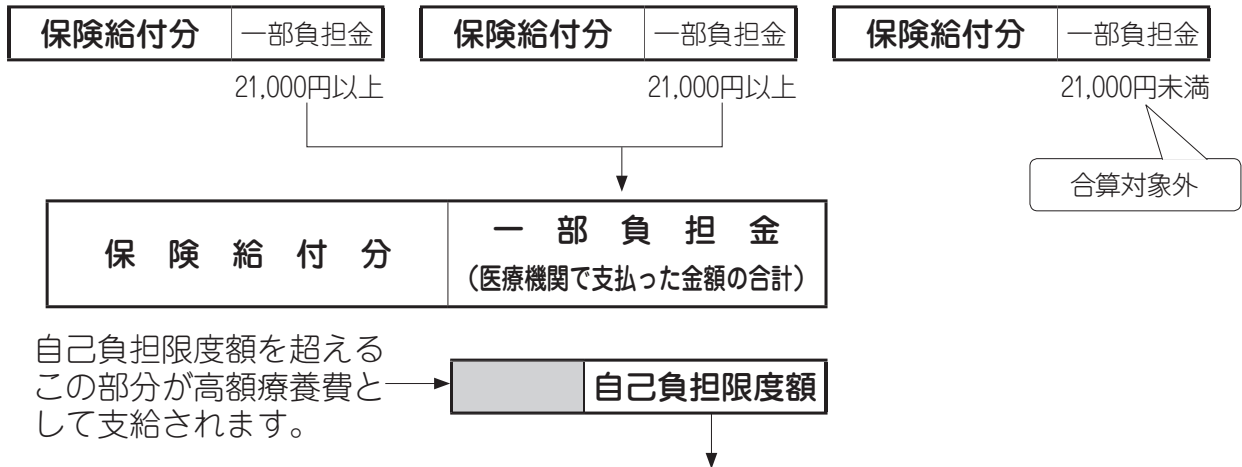
世帯区分		適用区分	1～3回目までの申請	4回目以降※1
市民税課税世帯	基礎控除後所得※2 901万円超	ア	252,600円+ (総医療費-842,000)×1%	140,100円
	基礎控除後所得※2 600万円超901万円以下	イ	167,400円+ (総医療費-558,000)×1%	93,000円
	基礎控除後所得※2 210万円超600万円以下	ウ	80,100円+ (総医療費-267,000)×1%	44,400円
	基礎控除後所得※2 210万円以下	エ	57,600円	44,400円
市民税非課税世帯※3		オ	35,400円	24,600円

※1 4回目以降：同じ世帯で、当月を含めて過去12カ月以内に、すでに3回以上高額療養費の支給を受けているとき、4回目以降は自己負担限度額が引き下げられます。ただし、70歳～74歳の外来の自己負担限度額のみが適用される月は回数に含まれません。

※2 基礎控除後所得：基礎控除（33万円）後の総所得金額等の世帯合計（国保加入者に限る）。

※3 市民税非課税世帯：世帯主及び国保加入者全員が市民税非課税の世帯。

69歳以下の方（世帯で合算するとき）



世帯の所得状況、回数により異なります（③ページ表1）。

同じ世帯で1カ月の診療として21,000円以上の一部負担金が複数の医療機関で生じたとき、これらを合算して自己負担限度額（③ページ表1）を超えれば、その超えた金額が支給されます。

（例1）夫が入院（A病院）で限度額適用認定証（詳しくは⑩ページをご覧ください。）を提示、妻が一部負担金をB病院で3万円、C病院で15,000円を支払ったとき（夫・妻ともに69歳以下で適用区分「ウ」の世帯・1回目の申請）

- ・夫の保険診療分の総医療費（A病院）=60万円

42万円（7割）	通常の一部負担金 18万円（3割）	
	高額療養費分 96,570円	窓口負担額 83,430円

- ・妻の保険診療分の総医療費（B病院）=10万円

7万円（7割）	一部負担金 3万円（3割）
---------	------------------

- ・妻の保険診療分の総医療費（C病院）=5万円（**合算対象外**）

※一部負担金が21,000円に満たないため。

35,000円（7割）	一部負担金 15,000円（3割）
-------------	----------------------

- ・自己負担限度額 = $80,100円 + \{(600,000円 + 100,000円) - 267,000円\} \times 1\%$
総医療費の合計額
 = 84,430円

- ・世帯主に支給する高額療養費 = $\frac{(180,000円 + 30,000円)}{\text{一部負担金合計額}} - \frac{84,430円}{\text{自己負担限度額}} - \frac{96,570円}{\text{高額療養費(支払済分)}}$

= 29,000円 つまり、 $\frac{(83,430円 + 30,000円)}{\text{窓口負担額}} - \frac{84,430円}{\text{自己負担限度額}} = 29,000円$ となります。

70歳～74歳の方（高齢受給者証をお持ちの方）

1カ月の診療で表2の自己負担限度額を超える一部負担金を支払ったとき、その超えた金額が支給されます。

表2 <自己負担限度額（月額）>

（平成29年8月～30年7月診療分まで）

世帯区分 （適用区分）	負担 割合	A：個人単位 （外来） ^{*4}	B：世帯単位
現役並み所得 ^{*1}	3割	57,600円	80,100円+（総医療費—267,000円）×1% <4回目以降:44,400円>
一般	2割 又は 1割 ^{*5}	14,000円 （年間上限144,000円） ^{*9}	57,600円 <4回目以降:44,400円>
低所得Ⅱ ^{*2}		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ ^{*3}			15,000円

（平成30年8月診療分以降）

世帯区分 （適用区分）	負担 割合	A：個人単位 （外来） ^{*4}	B：世帯単位
現役並みⅢ ^{*6}	3割	252,600円+（総医療費—842,000円）×1% <4回目以降：140,100円>	
現役並みⅡ ^{*7}		167,400円+（総医療費—558,000円）×1% <4回目以降：93,000円>	
現役並みⅠ ^{*8}		80,100円+（総医療費—267,000円）×1% <4回目以降：44,400円>	
一般	2割 又は 1割 ^{*5}	18,000円 （年間上限144,000円） ^{*9}	57,600円 <4回目以降：44,400円>
低所得Ⅱ ^{*2}		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ ^{*3}			15,000円

1つの医療機関で、1カ月の一部負担金（2割・1割^{*5}または3割）が自己負担限度額（表2）を超える場合に、保険証と高齢受給者証を医療機関に提示することで、窓口負担額は次の自己負担限度額までとなります。

現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ区分の方 → 現役並みⅢ区分の自己負担限度額

一般・低所得Ⅰ・Ⅱ区分の方 → 一般区分の自己負担限度額

「現役並みⅡ」「現役並みⅠ」「低所得Ⅱ」または「低所得Ⅰ」の場合は、窓口負担をそれぞれの区分の自己負担限度額に抑える制度があります。詳しくは①ページをご覧ください。

世帯区分の判定は前年（診療月が1～7月の場合は前々年）の所得及びその所得に係る課税状況により行われます。

※1 現役並み所得：同じ世帯の70歳～74歳の国保加入者（以下「判定対象者」）の内、一人でも地方税法上の課税所得が145万円以上の方がいる世帯。ただし、判定対象者の基礎控除後の総所得金額等の合計額が210万円以下である場合は「一般」とします（平成27年1月2日以降に新たに70歳となる国保加入者がいる世帯に適用）。

また、次（⑥ページ表3）に該当する場合は、申請により世帯区分が「一般」になります。

2 (入院を含む) 世帯単位で支給額を計算します。

・妻の保険診療分の総医療費 (F病院・入院) = 25万円

20万円 (8割)	一部負担金 5万円 (2割)
-----------	-------------------

・高額療養費 = (18,000円 + 50,000円) - 57,600円 = 10,400円②

(B: 世帯単位) 外来限度額 一部負担金 高齢世帯
適用後の負担 (F病院) 限度額

・世帯主に支給される高額療養費 = ① + ② = 12,400円

高額療養費計

70歳～74歳の方と69歳以下の方の合算

- ① まず70歳～74歳の方だけで高額療養費を計算 (⑤ページ) します。
- ② 次に高齢世帯限度額適用後の負担と69歳以下の方の負担を合算して自己負担限度額 (③ページ表1) を超えた金額が支給されます。

(例3) 高齢者 (70歳～74歳) と若年者 (69歳以下) の合算

夫がG病院 (外来) とH病院 (外来) でそれぞれ1万円を、妻がI病院で限度額適用認定証 (詳しくは⑩ページをご覧ください。) を提示したとき

(夫: 70歳～74歳・適用区分が「一般」、妻: 69歳以下・適用区分が「ウ」の世帯・1回目の申請)

1 まず70歳～74歳の方にかかる支給額を計算します。

夫がG病院 (外来) とH病院 (外来) でそれぞれ1万円を支払ったとき、まず外来のみ (個人単位) で支給額を計算します。

・夫の保険診療分の総医療費 (G病院・外来) = 5万円

4万円 (8割)	一部負担金 1万円 (2割)
----------	-------------------

・夫の保険診療分の総医療費 (H病院・外来) = 5万円

4万円 (8割)	一部負担金 1万円 (2割)
----------	-------------------

・高額療養費 = (10,000円 + 10,000円) - 18,000円 = 2,000円①

(A: 外来) 一部負担金合計額 外来限度額

2 高齢世帯限度額適用後の負担と69歳以下の方の負担を合算して支給額を計算します。

- ・ 妻の保険診療分の総医療費（1病院・入院）＝70万円

49万円（7割）	通常の一部負担金 21万円（3割）	
	高額療養費分 125,570円	窓口負担額 84,430円

- ・ 自己負担限度額（世帯単位）

$$= 80,100円 + \{(50,000円 + 50,000円 + 700,000円) - 267,000円\} \times 1\% = 85,430円$$

総医療費の合計額

- ・ 高額療養費＝ $(18,000円 + 210,000円) - 85,430円 = 142,570円$ ……………②

高齢世帯限度額適用後の負担 一部負担金 自己負担限度額

- ・ 世帯主に支給される高額療養費＝①＋②－125,570円＝19,000円

高額療養費計 高額療養費(支払済分)

つまり、 $(20,000円 + 84,430円) - 85,430円 = 19,000円$ となります。
窓口負担金合計額 自己負担限度額

外来年間合算

1年間（8月～翌年7月）に適用区分が一般区分と低所得区分の方の月における70歳以上の外来のなお残る自己負担額（外来療養に係る一部負担金等の額から、当該者に係る月ごとの高額療養費支給額を控除した額）の合算額が144,000円を超える場合に超えた額が支給されます。ただし、基準日時点(翌年7月31日時点)で適用区分が現役並み所得区分である場合は、支給対象者から外れます。なお、計算期間中に保険者の変更がある場合には、基準日保険者以外の保険者に対して外来年間合算の支給申請及び自己負担額証明書の交付申請を行うことで、自己負担額が計算対象に含まれます。

（例4）同一世帯で、夫の一部負担金がA病院（外来）で14,000円、妻の一部負担金がB病院（入院）で6万円の場合（夫、妻ともに70～74歳の適用区分が「一般」の世帯）の夫の外来のなお残る自己負担額について

夫：A病院（外来） 一部負担金 14,000円	妻：B病院（入院） 一部負担金 6万円
高額療養費 16,400円	限度額 57,600円

$$\text{高額療養費} = (\underbrace{14,000\text{円}}_{\text{夫の一部負担金}} + \underbrace{60,000\text{円}}_{\text{妻の一部負担金}}) - \underbrace{57,600\text{円}}_{\text{自己負担限度額}} = \mathbf{16,400\text{円}}$$

高額療養費の内訳

夫（外来）：3,103円	妻（入院）：13,297円
--------------	---------------

$$\begin{aligned} \text{計算方法} &: 16,400\text{円} \times 60,000\text{円} \div (14,000\text{円} + 60,000\text{円}) \\ &= 13,297.297\dots \\ &\approx 13,297\text{円} \text{ (妻 (入院) に係る高額療養費)} \\ &16,400\text{円} - 13,297\text{円} = 3,103\text{円} \text{ (夫 (外来) に係る高額療養費)} \end{aligned}$$

よって、夫の外来のなお残る自己負担額は14,000円－3,103円＝10,897円となる。

特定疾病療養受療証

下記の疾病の方については、「特定疾病療養受療証」を医療機関等に提示すると、該当する疾病の治療費（保険診療分）の自己負担限度額が、入院・外来ごと、医療機関ごとに1か月につき10,000円までになります。ただし、一定以上の所得がある方（適用区分「ア」または「イ」）で、人工腎臓(透析)を実施している69歳以下の方の自己負担限度額は、1か月につき20,000円になります。なお、院外処方の場合、病院と薬局を一つの医療機関とみなして高額療養費が計算されるため、自己負担限度額を超えた分は、後日申請により支給されます。

- 1 人工腎臓(透析)を実施している慢性腎不全
- 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病)
- 3 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(血液凝固因子製剤の投与に起因するものに限る)

「特定疾病療養受療証」の交付申請の手続きは⑭ページをご覧ください。

月の途中で後期高齢者医療制度へ切り替わった方がいる場合の取扱い

1 月の途中で75歳になった場合の医療保険の適用状況

	誕生日の前日まで	誕生日から月末まで
本人	国民健康保険または健康保険等	後期高齢者医療制度
本人が健康保険等に加入している場合の被扶養者	健康保険等	国民健康保険

※健康保険等：健康保険、国保組合など

高額療養費の自己負担限度額は医療保険ごとに計算されますので、このままでは負担額が増えてしまいます。そこで、次のいずれかに該当される方については、後期高齢者に切り替わった月の自己負担額（*）を通常月の半額として、負担額が増えないようにしています。

- (1) 月の途中で75歳になる方
- (2) 月の途中で75歳になる方が健康保険から後期高齢者医療制度へ切り替わったことに伴い、国保へ加入した健康保険の被扶養者
- (3) 月の途中で75歳になる方が国保組合から後期高齢者医療制度へ切り替わったことに伴い、国保へ加入した国保組合の家族

2 事 例

平成30年2月8日が75歳の誕生日の方（高齢受給者の適用区分が「一般」・入院の場合）

診療期間		医療保険	自己負担限度額	本人負担	
平成 30年	1月	国保	57,600円	57,600円	
	2月	1日～7日	国保	28,800円	57,600円
		8日～28日	後期	28,800円	
	3月	後期	57,600円	57,600円	

3 留 意 点

以下の場合には自己負担限度額（*）が半額となりません。

- (1) 1日生まれの方が75歳になり、後期高齢者医療制度へ移行する月
- (2) 健康保険から後期高齢者医療制度へ切り替わったことに伴い、健康保険の被扶養者が1日に国保に加入した月
- (3) 国保組合から後期高齢者医療制度へ切り替わったことに伴い、国保組合の家族が1日に国保に加入した月
- (4) 障害認定により後期高齢者医療制度へ移行する月

*自己負担限度額：69歳以下の方は③ページ表1を、70歳～74歳の方は⑤ページ表2をご参照ください。

限度額適用認定証等について

1つの医療機関で1カ月の一部負担金が自己負担限度額を超える場合に、その超える金額を神戸市から医療機関に直接支払うことで窓口負担が自己負担限度額になる制度があります。

この取扱いを受けるためには、あらかじめ所得に応じた下記表4の証の交付を受け、保険証と併せて医療機関に提示してください。申請月の1日より有効な証が交付されます。

表4 <世帯区分に応じ交付される証>

世帯区分	交付される証
69歳以下の市民税課税世帯の方、 70～74歳の現役並みⅠ・Ⅱの方	限度額適用認定証
69歳以下の市民税非課税世帯の方、 70歳～74歳の低所得の方	限度額適用・標準負担額減額認定証
70歳～74歳の現役並みⅢ・一般の方	高齢受給者証（手続き不要）

※69歳以下の方の世帯区分・自己負担限度額については、③ページをご覧ください。

※70歳～74歳の方の世帯区分・自己負担限度額については、⑤ページをご覧ください。

限度額適用認定証、限度額適用・標準負担減額認定証には、世帯区分に応じた適用区分が表示されます。

限度額適用認定証等の交付を受ける手続きは⑭ページをご覧ください。

複数の医療機関を受診した場合

他の医療機関の医療費を、医療機関の窓口で合算することはできないため、1つの医療機関で自己負担限度額に達しない場合は、神戸市から医療機関に直接支払う制度の対象とはなりません。その場合は、後日申請により世帯主の方に高額療養費が支給されます。

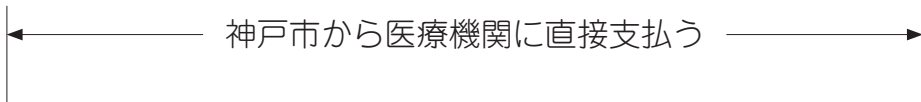
※病院と院外処方薬局での窓口の支払いは、それぞれ自己負担限度額まで支払う必要がありますが、その場合も後日申請により世帯主の方に高額療養費が支給されます。

(例4) 1つの医療機関で限度額適用認定証を提示したとき (入院あるいは外来)

(69歳以下・適用区分「ウ」の世帯・1回目の申請)

・ J病院 保険診療分の総医療費 = 50万円

35万円 (7割)	通常の一部負担金 15万円 (3割)	
	高額療養費分 67,570円	窓口負担額 82,430円



・ 自己負担限度額 = 80,100円 + (500,000円 - 267,000円) × 1 %
= 82,430円

・ 世帯主に支給する高額療養費 = 150,000円 - 82,430円 - 67,570円
一部負担金 自己負担限度額 高額療養費(支払済分)
= 0円

限度額適用認定証の医療機関への提示により、医療機関の窓口で自己負担限度額を支払い、高額療養費相当分は神戸市から医療機関へ支払うため、世帯主の方へ支給される高額療養費はありません。

なお、限度額適用認定証の提示がないときは、通常の一部負担金 (15万円) をお支払いいただき、後日申請により世帯主の方に高額療養費が支給されます。

(例5) 同一の月に外来で複数の医療機関・薬局を受診したとき

(69歳以下・適用区分「ウ」の世帯・1回目の申請)

① K病院	保険診療分の総医療費 = 50万円	自己負担額 = 15万円
② L病院	保険診療分の総医療費 = 20万円	自己負担額 = 6万円
③ M薬局	総医療費 = 10万円	自己負担額 = 3万円

① K病院の場合 → 窓口では、限度額適用認定証の医療機関への提示により、自己負担限度額までの負担となります。

・ 自己負担限度額 = 80,100円 + (500,000円 - 267,000円) × 1 %
= 82,430円

K病院の窓口でお支払いいただく額です。

② L病院の場合→複数の医療機関同士の医療費を、医療機関の窓口で合算することはできないので、L病院の一部負担金6万円は窓口でお支払いください。後日申請により世帯主の方に高額療養費が支給されます。

③ M薬局の場合→医療機関と薬局の医療費を、薬局の窓口で合算することはできないので、M薬局の一部負担金3万円は窓口でお支払いください。後日申請により世帯主の方に高額療養費が支給されます。

(例6) 同一の月に同一の医療機関で限度額認定証を提示して外来と入院を受診した場合
(69歳以下・適用区分「ウ」の世帯・1回目の申請)

- | | | | |
|---|---------|-----------------|------------|
| ④ | N病院（入院） | 保険診療分の総医療費＝40万円 | 自己負担額＝12万円 |
| ⑤ | N病院（外来） | 保険診療分の総医療費＝30万円 | 自己負担額＝9万円 |

同じN病院であっても、外来と入院は別々に扱うことになるため、

④ 入院の場合→窓口では、自己負担限度額までの負担となります。

$$\begin{aligned} \cdot \text{自己負担限度額} &= 80,100\text{円} + (400,000\text{円} - 267,000\text{円}) \times 1\% \\ &= 81,430\text{円} \end{aligned}$$

入院分として、N病院の窓口でお支払いいただく額です。

⑤ 外来の場合→窓口では、自己負担限度額までの負担となります。

$$\begin{aligned} \cdot \text{自己負担限度額} &= 80,100\text{円} + (300,000\text{円} - 267,000\text{円}) \times 1\% \\ &= 80,430\text{円} \end{aligned}$$

外来分として、N病院の窓口でお支払いいただく額です。

入院・外来それぞれの自己負担限度額を支払う必要がありますが、後日申請により世帯主の方に高額療養費が支給されます。

手続きは・・・

住所地の区役所または支所・出張所で、お早めに申請してください。
届出にはマイナンバーの記載が必要な場合があります。

1. 高額療養費の支給

必要なもの	①保険証 ②印かん（スタンプ印不可） ③マイナンバーカードまたはマイナンバーがわかる書類 ④領収証 ⑤世帯主名義の金融機関の口座番号が分かるもの （保険料を完納されており、口座振込を希望される方のみ）
留意点	・ 診療月の翌月の1日から2年が過ぎると、時効により申請できません。 ・ 高額療養費の支給は医療機関からの請求書が届いてからになりますので、3～4カ月後になります。ただし審査が長引くなど、支給が遅れる場合があります。

2. 限度額適用認定証等

必要なもの	①保険証 ②印かん（スタンプ印不可） ③マイナンバーカードまたはマイナンバーがわかる書類
留意点	・ 保険料に滞納がある世帯の69歳以下の方には、交付できません。 （※滞納に特別な事情がある場合を除きます。）

3. 特定疾病療養受療証

必要なもの	①保険証 ②印かん（スタンプ印不可） ③マイナンバーカードまたはマイナンバーがわかる書類 ④特定疾病を証明する書類
-------	---