

70歳以上の人の場合

区分

内 容

支給基準等

① 外来(通院分)については、同じ人が同じ月内に支払った一部負担金下表Aの額を超えた場合に、その超えた額を高
額療養費として支給します。

② 個人単位では上記①に該当しない場合でも、同じ月内に支払った通院や入院の一部負担金の合計がBを超える場合
は、その超えた額を高額療養費として支給します。(同じ世帯の高齢受給者が支払った一部負担金を合算します。)

③ 入院時は保険証(高齢受給者証)に記載された負担割合(1割・3割)に応じた一部負担金を医療機関に支払えばよい
ことになっています。(一部負担金は下表Bの額と同じです。)

住民税(所得)区分		負担 割合	自己負担限度額(月初日から末日までの1ヶ月単位)	
			A.外来(通院分) [個人単位で計算]	B.入院又は入院と外来両方受診された場合 [同じ世帯の高齢受給者全員の分を足して計算]
課税世帯	現役並み 所得者	3割	44,400円	80,100円 医療費が267,000円を超えた場合は、 (医療費－267,000円)×1%を加算 ※4回目以降は一律44,400円
	一般	1割	12,000円	44,400円
非課税世帯	低所得者Ⅱ※1	1割	8,000円	24,600円
	低所得者Ⅰ※2	1割	8,000円	15,000円

※1 低所得者Ⅱとは、同一世帯の世帯主及び国保被保険者が住民税非課税の人です。(低Ⅰ以外)

※2 低所得者Ⅰとは、世帯全員の所得が0円で、80万円を超える年金収入のある人がいない世帯の人です。

ただし、非課税世帯の人のみ、保険証(高齢受給者証)とは別に「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関に提示しないと非課税世帯の負担額にはならないので、入院される場合には、この証の交付申請が必要です。

「限度額適用認定証」・「限度額適用・標準負担額減額認定証」

70歳未満の人が入院する場合、あらかじめ町(国保)に申請し交付された限度額適用認定証を医療機関に提示することで、一医療機関の窓口での支払いは、自己負担限度額までとなります。(※国民健康保険税の滞納がない世帯であること。)

70歳以上の人は、非課税世帯にのみ治療費が限度額までとなり、食事代が減額される「限度額適用・標準負担額減額認定証」を交付します。(国保税の滞納がある世帯には、食事代のみ減額される認定証を交付することになります。)

限度額適用認定証の有効期限は、毎年7月31日までです。自動更新ではありませんので、8月以降も引き続き認定証が必要な人は更新の手続きが必要です。

高額療養費の勧奨通知について

国保では、平成21年10月から高額療養費の該当者に対し、支給申請をしていただきたく勧奨通知を出しています。勧奨の対象は、支給申請額が5,000円以上に限定しています。これは、支給額がほんのわずかな場合や、支給額より経費が高くなる(領収書がないため再発行等の費用、車を運転できないのでタクシーを利用等)場合等があるためです。

今後、高額療養費の該当する世帯には、年2回程度勧奨通知を発送する予定です。

高額療養費の支給が請求できるのは、診療月の翌月から2年間です。勧奨通知が届いた人は早めの申請手続きを、高額療養費の支給があると思われる人は役場国保係までお尋ねください。

高額医療・高額介護合算制度とは？

医療費+介護サービス費が高額になったとき

医療費が高額になった場合は医療保険(国保)から月額の限度額を超える分が「高額療養費」として支給され、介護サービス費用が高額になった場合は介護保険から月額の限度額を超える分が「高額介護サービス費」として支給されています。

さらに、みなさんの自己負担額を軽減するために、同じ世帯で医療費と介護サービス費の両方の自己負担額が高額になった場合に、両方の制度の限度額を適用したうえで、それぞれの自己負担額を合算し、定められた年額の限度額を超えた分が「高額介護合算療養費」として支給されます。

※1年間(毎年8月から翌年7月まで)の医療保険と介護保険における自己負担について、世帯での合算額が基準額を超えた場合、その超えた金額について高額医療・高額介護合算療養費を支給する仕組みです。(支給は2月～3月頃を予定しています。)

※平成21年度に限り、平成20年4月～平成21年7月までにかかった医療保険と介護保険の自己負担額が対象になります。

※高額介護合算療養費の支給に該当される方には、平成22年1月頃にお知らせする予定です。

医療費が高額になった(国民健康保険)

限度額を超えた分を「高額療養費」として支給

介護サービス費が高額になった(介護保険)

限度額を超えた分を「高額介護サービス費」として支給

高額医療

高額介護合算制度

両方の自己負担を年額で合算して、年額の限度額を超えた分を支給

年齢・所得区分別の自己負担限度額(年額)

高額介護合算療養費の限度額は、所得や年齢に応じて異なります。次の表の限度額(年額)を超えたときは、その超えた分が医療保険と介護保険からそれぞれの比率に合わせて支給されます。ただし、限度額を超えた額が500円未満の場合は支給されません。

合算した場合の自己負担限度額(年額:8月～翌年7月)

所得区分	70歳未満	所得区分	70歳以上75歳未満
上位所得者	126万円(168万円)	現役並み所得者	67万円(89万円)
一般	67万円(89万円)	一般	62万円(75万円)
住民税非課税世帯	34万円(45万円)	低所得者Ⅱ	31万円(41万円)
		低所得者Ⅰ	19万円(25万円)

※平成20年4月から7月までの分は、平成20年8月から平成21年7月までの分と合算して()内の限度額を適用する場合があります。

※低所得者Ⅰで介護保険の受給者が複数いる場合は、限度額の適用方法が異なります。

※1ヶ月に21,000円未満の自己負担は合算の対象となりません。

※入院・入所時の食事・居住費や保険のきかない差額ベッド代などは、合算の対象となりません。

問い合わせ先 本庁 税務住民課 国保年金係(内線513)/総合支所 税務住民課 住民係(内線752)