

自己負担額が高額になったとき

医療費の自己負担額が高額になったとき、自己負担限度額を超過した分が「高額療養費」として支給されます。

ここでは69歳いかのかたの高額療養費を説明します。

次の①か②の方法で、窓口での支払いが限度額までになります。

①マイナ保険証を利用されるかたは、外来でも入院でも、個人単位で一医療機関の窓口での自己負担額の支払いは限度額までになります。

②マイナ保険証を利用されていないかたは、限度額の所得区分を確認できるものの提示が必要です。

限度額の所得区分を確認できるものがない場合は、高知市 保険医療課 給付担当（電話番号088-823-9359）へ申請してください。

国保料の納付状況によっては、限度額適用認定が受けられない場合があります。

次の①か②のような場合は、申請により高額療養費が支給されます。ただし、該当する月から2年を過ぎると支給されませんのでご注意ください。

①マイナ保険証を利用せず、窓口で所得区分を確認できる書類を提示しなかったために、限度額を超えて医療費を支払った場合

②同じ世帯の複数の人・複数の医療機関・外来と入院の組合せで限度額を超えて医療費を支払った場合

69歳いかのかたの高額療養費自己負担限度額（月額）は区分アから区分オの5段階となっています。

それぞれの区分の所得区分、自己負担限度額を説明していきます。

所得区分とは、世帯に属するすべての国保被保険者の基礎控除後の所得を合算した額になります。未申告者のいる世帯は901万円をこえる世帯（区分ア）とみなされることがあります。

区分アは所得区分が901万円をこえる世帯で、自己負担限度額は252,600円までは3割負担ですが、それ以降は残りの総医療費の1%を252,600円に加算した額、多数該当の場合140,100円の定額になります。

なお、多数該当とは、同じ世帯で直近12カ月に3回自己負担限度額に達する診療月があった場合の4回目以降の限度額になります。

同一県内での住所異動の場合は、一定の基準により回数が通算されます。

区分イは所得区分が600万円をこえ、901万円いかの世帯で、自己負担限度額は、167,400円までは3割負担ですが、それ以降は残りの総医療費の1%を167,400円に加算した額、多数該当の場合93,000円の定額になります。

区分ウは所得区分が210万円をこえ、600万円いかの世帯で、自己負担限度額は、80,100円までは3割負担ですが、それ以降は残りの総医療費の1%を80,100円に加算した額、多数該当の場合44,400円の定額になります。

区分エは所得区分が210万円いかの世帯で、自己負担限度額は、57,600円。多数該当の場合44,400円になります。

区分オは住民税非課税世帯で、自己負担限度額は、35,400円。多数該当の場合24,600円になります。

高額療養費は次の①から⑥のルールで計算します。

① 受診した人ごとに計算します。

② 医療機関ごとに計算します。入院と外来と歯科はそれぞれ別に扱います。

ただし、院外処方箋で薬局に支払った自己負担額は、処方箋を出した医療機関での自己負担額と合算します。

③ 月の1日から末日まで、暦月ごとに受けた受診について計算します。

④ 差額ベッド料や保険診療の対象でない費用は高額療養費の対象から除きます。

⑤ 入院中に支払う食事代や居住費の標準負担額も、高額療養費の自己負担額の計算には含まれません。

⑥ 世帯合算

同一の世帯で、①から⑤のルールで集計した時に、21,000円以上の場合は合算し、自己負担限度額を超えた部分は、高額療養費の対象となる場合があります。

問い合わせ先  
高知市 保険医療課 給付担当 電話番号088-823-9359