

Ⅲ 医療サービス・給付を受ける

1. 高額医療

(1) 西都市国民健康保険加入者の高額療養費について

1 か月の医療費が高額になったときは、申請により自己負担限度額を超えた分があとから支給されます。該当する場合には、診療を受けた月の約2か月後（医療機関からの請求により遅れる場合もあります）に健康管理課 国保係から通知書（ハガキ）をお送りします。

なお、医療費の自己負担区分がわかる「限度額認定証」を医療機関に提示することで、窓口での支払いが限度額までで済む方法があります（36ページ参照）。

◇高額療養費の申請に必要なもの

- 通知書（ハガキ）
- 世帯主の印かん
- 保険証
- 公費医療分の領収書
- 世帯主の通帳
- マイナンバーカード等

◇支給対象が70～74歳のみの方の高額療養費の申請方法について

対象世帯には、申請書をお送りします。必要事項を記入・押印の上、健康管理課 国保係までご返送ください（領収書の添付は不要です。）。振込までの期間は、申請後1か月程度かかります。

■70歳未満の医療費自己負担限度額（月額） ※食事代などを除く

所得区分	所得要件	限度額	多数回該当※
上位所得者	旧ただし書所得 901万円超	252,600円＋ (医療費－842,000円)×1%	140,100円
	旧ただし書所得 600～901万円以下	167,400円＋ (医療費－558,000円)×1%	93,000円
一般	旧ただし書所得 210～600万円以下	80,100円＋ (医療費－267,000円)×1%	44,400円
	旧ただし書所得 210万円以下	57,600円	
低所得	住民税非課税	35,400円	24,600円

※過去12か月間に、ひとつの世帯で高額医療費の支給が4回あった場合の4回目以降の限度額

70歳未満の自己負担額の計算方法

- ・月の1日から末日までの暦月ごとの受診について計算。
- ・一つの病院・診療所ごとに計算（医科と歯科、外来と入院は別計算）。
- ・入院時の食事代や差額ベッド料などは対象外。
- ・一つの医療機関で21,000円以上の自己負担額は合算できます。

■ 70 歳以上 75 歳未満の医療費自己負担限度額（月額）※食事代などを除く

区分	所得要件	外来＋入院（世帯単位）	
		外来（個人単位）	
現役並み 所得者	課税所得 690 万円以上	252,600 円＋（医療費－842,000 円）×1% （多数回該当※の場合 140,100 円）	
	課税所得 380 万円以上	167,400 円＋（医療費－558,000 円）×1% （多数回該当※の場合 93,000 円）	
	課税所得 145 万円以上	80,100 円＋（医療費－267,000 円）×1% （多数回該当※の場合 44,400 円）	
一般	課税所得 145 万円未満	18,000 円 （年間 14.4 万円上限）	57,600 円 （多数回該当※の場合 44,400 円）
低所得者 Ⅱ	住民税非課税	8,000 円	24,600 円
低所得者 Ⅰ	住民税非課税 （所得が一定以下）		15,000 円

※過去 12 か月間に、ひとつの世帯で高額医療費の支給が 4 回あった場合の 4 回目以降の限度額

70 歳以上 75 歳未満の自己負担額の計算方法

- ・月の 1 日から末日までの暦月ごとの受診について計算。
- ・外来は個人ごとにまとめ、入院を含む自己負担額は世帯内の 70 歳以上 75 歳未満の人（後期高齢者医療制度で医療を受ける人は除く）で合算して計算。
- ・病院・診療所、歯科の区別なく合算して計算。
- ・入院時の食事代や差額ベッド料などは対象外。

上位所得者とは

基礎控除後の総所得金額などが 600 万円を超える世帯。ただし、所得の申告がない場合も上位所得とみなす。

現役並み所得者とは

同一世帯に市民税課税所得が 145 万円以上の 70 歳以上の国保被保険者がいる人。

ただし、70 歳以上の国保被保険者および特定同一世帯所属者の収入合計が 2 人以上の場合は 520 万円未満、1 人の場合は 383 万円未満のときは、申請により、「一般」の区分と同様。

低所得者Ⅱとは

世帯主および国保被保険者が住民税非課税の人（低所得Ⅰ以外の人）。

低所得者Ⅰとは

世帯主および国保被保険者が住民税非課税で、各収入から必要経費・控除額（年金の所得は控除額を 80 万円として計算）を差し引いた所得が 0 円となる人。

(2) 後期高齢者医療制度加入者の方

1 か月の医療費が高額になったとき、自己負担限度額を超えた分が、あとから高額療養費として支給されます。

なお、低所得者Ⅰ・Ⅱの方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」を、現役並み所得者Ⅰ・Ⅱの方は「限度額適用認定証」を医療機関に提示することで、窓口での支払いが限度額までで済む方法があります（詳しくは37ページ参照）。

※高額療養費が支給される方には、申請のご案内をお送りします。

■1 か月の自己負担限度額

所得区分 (23・24ページ参照)		窓口 負担	外来 (個人単位)	外来+入院 (世帯単位)
			現役並み所得者	
Ⅱ 課税所得 380万円以上	167,400円+ (医療費-558,000円) ×1% (※ ¹ : 多数該当 93,000円)			
Ⅰ 課税所得 145万円以上	80,100円+ (医療費-267,000円) ×1% (※ ¹ : 多数該当 44,400円)			
一般Ⅱ	2割	18,000円または6,000円 + (医療費(※ ²) -30,000円) ×10%の低い方を適用(※ ³)		
一般Ⅰ	1割	18,000円(※ ³)		
低所得者Ⅱ		8,000円	15,000円	
低所得者Ⅰ				

※1 過去12か月以内に外来+入院の限度額を超えた支給が4回以上あった場合、4回目から適用します。

※2 医療費が30,000円未満の場合は、30,000円として計算します。

※3 自己負担額の年間(8月~翌年7月)の合計額に対して、144,000円の上限が設けられます。

2. 入院する時の食事代

(1) 西都市国民健康保険加入者の方

①入院時の食事代は、ほかの診療などにかかる費用とは別に、1食あたり下記の標準負担額を自己負担します。

◇入院時食事代の標準負担額（1食あたり）

一般・上位所得者・現役並み所得者		460円(注)
住民税非課税世帯 低所得者Ⅱ	90日までの入院	210円
	過去12か月で90日を超える入院	160円
低所得者Ⅰ		100円

(注) 小児慢性特定疾患児童等や指定難病患者については、260円となります。
 ※食事代の減額には、標準負担額減額認定証の申請が必要です(36ページ参照)。
 ※低所得者Ⅱの方で入院日数が90日を超える場合は、再度、健康管理課 国保係 (Tel43-0378) で申請をしてください。

②療養病床に入院する65歳以上の方は、食費・居住費を負担します。

◇食費・居住費の標準負担額

	1食あたりの食費※ ¹	1日あたりの居住費
現役並み所得者・一般	460円※ ²	370円
低所得者Ⅱ	210円	
低所得者Ⅰ	130円	

※¹ 入院医療の必要性の高い状態が継続する患者および回復期リハビリテーション病棟に入院している患者については、①の入院時食事代の標準負担額と同額の食材料費相当を負担。

※² 一部医療機関では420円

(2) 後期高齢者医療制度加入者の方

入院したときの1食当たりの食事代は次のとおりです。

※低所得者Ⅰ・Ⅱの方は、入院の際に病院に「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示してください。認定証は健康管理課高齢者医療係で交付しますので、該当する方は申請をしてください(申請方法など、詳しくは37ページ参照)。

①入院時食事代の標準負担額（1食当たり）

所得区分 (23・24ページ参照)		食費
現役並み所得者Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、一般Ⅰ・Ⅱ		460円※ ²
低所得者Ⅱ	90日までの入院	210円
	過去12か月で90日を超える入院※ ¹	160円
低所得者Ⅰ		100円

※1 低所得者Ⅱの方で、入院日数が90日を超える場合は、再度、健康管理課高齢者医療係で認定証の交付を受けてください。

※2 一部260円の場合があります。

②療養病床に入院する場合の食費・居住費の標準負担額

所得区分 (23・24ページ参照)	1食当たりの食費	1日当たりの居住費
現役並み所得者Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、 一般Ⅰ・Ⅱ	460円※ ¹	370円
低所得者Ⅱ	210円	
低所得者Ⅰ	130円	
老齢福祉年金受給者	100円	0円

※1 一部医療機関では420円

3. 医療費の限度額認定証・減額認定証

医療費が高額になる場合は、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けましょう（入院する時や、外来で高額になる場合）。

（1）西都市国民健康保険加入者の方

医療費が高額になるとき、「限度額適用認定証」を提示すると、個人単位で一医療機関での支払いが自己負担限度額までになります。

70 歳未満の住民税非課税世帯の方、国民健康保険高齢受給者の低所得者Ⅱおよび低所得者Ⅰの方には「限度額適用・標準負担額減額認定証」が、70 歳未満の国保被保険者の一般および上位所得者、70 才以上の現役並み所得者Ⅰおよび現役並み所得者Ⅱの方には「限度額適用認定証」が交付されます。

認定証の交付には、健康管理課 国保係（TEL43-0378）で申請が必要です。

認定証を提示せずに限度額を超えた分を支払った場合は、高額療養費の申請により払い戻しが受けられます。

◇申請に必要なもの

■保険証

■マイナンバーカード等

■更新の方は、限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証

☆70 歳未満で住民税非課税世帯の方、70 歳～74 歳で所得区分が低所得者Ⅱの方は、過去 12 か月の入院日数が 90 日を超えていると食事代がさらに低額になる場合がありますので、入院日数がわかるもの（入院時の領収書など）をご持参ください。

- 医療機関の窓口で認定証を提示されない場合は、自己負担分を全額自己負担することになり、入院時の食事代の標準負担額は減額されません。
 - 更新の申請は 8 月に入ってからとなります。
 - 世帯内に異動があった場合は、所得区分が変わることがありますので、必ず届け出をしてください。
- ※国保保険税を滞納していると、認定証交付が受けられない場合があります。

(2) 後期高齢者医療制度加入者の方

低所得者Ⅰ・Ⅱの方は、外来および入院費用が高額になる場合に「限度額適用・標準負担額減額認定証」を病院に提示すると、窓口での支払いが自己負担限度額までになり、食事代が減額されます。また、現役並み所得者Ⅰ・Ⅱの方で医療費が高額になる可能性がある方も「限度額適用認定証」を提示することで窓口での支払いが自己負担限度額までとなります（詳しくは33・34・35ページ参照）。

認定証は健康管理課高齢者医療係で交付しますので、該当される方は申請をしてください（該当する所得区分については23・24ページ参照）。

◇申請に必要なもの

- 被保険者の方の保険証
- 被保険者の方のマイナンバーカード等
- 代理申請の場合は身分を証明できるもの（運転免許証・保険証等）

- ・医療機関の窓口で認定証を提示されない場合は、自己負担分の医療費を全額自己負担することになります。
- ・医療機関の窓口で認定証を提示されない場合は、低所得者Ⅰ・Ⅱの方は入院時の食事代が減額されません。

※同一世帯に市県民税の申告をされていない方がいる場合は、認定証の交付が受けられません。

4. 高額医療・高額介護合算制度

(1) 西都市国民健康保険加入者の方

医療費が高額になった世帯に介護保険の受給者がいる場合、被保険者からの申請により、世帯単位で1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）の医療と介護の自己負担額を合算したものが、両保険を通じた自己負担限度額（年額）を超えると、その超えた分が支給されます。

この期間内に自己負担した医療費と介護費（それぞれの自己負担限度額を超えて支給された額は除く。）を合算します。ただし、食費・居住費および差額ベッド代などについては合算の対象とはなりません。

■ 70歳以上の自己負担限度額（年額）

所得区分	所得要件（課税所得）	限度額
現役並み	690万円以上	212万円
	380万円以上 690万円未満	141万円
	145万円以上 380万円未満	67万円
一般	145万円未満※ ¹	56万円
低所得Ⅱ	住民税非課税	31万円
低所得Ⅰ	住民税非課税（所得が一定以下※ ² ）	19万円※ ³

※¹ 旧ただし書所得 210万円以下の場合を含む。

※² 世帯主と世帯の国保加入者（被保険者）全員が住民税非課税の世帯で、各人の公的年金収入が80万円以下で、かつその他の所得がない方。

※³ 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

■ 70歳未満の自己負担限度額（年額）

所得区分	所得要件（旧ただし書所得※）	限度額
ア	901万円超	212万円
イ	600万円超～901万円以下	141万円
ウ	210万円超～600万円以下	67万円
エ	210万円以下	60万円
オ	住民税非課税	34万円

※ 旧ただし書所得＝総所得金額－基礎控除（33万円）

■計算上の注意

- 医療および介護の両保険に係る自己負担額がある世帯を対象とします。
- 高額療養費の算定対象となる世帯を単位とします。
- 70 歳から 74 歳までの方はすべての一部負担金が、70 歳未満の方は 1 か月の医療機関ごと（医科・歯科別、入院・外来別）の一部負担金が 21,000 円以上となる場合が合算対象となります。
- 高額療養費または高額介護サービス費が支給されている場合、計算期間に生じた医療保険または介護保険の一部負担金額から、高額療養費または高額介護サービス費として支給された額に相当する額を控除した額が自己負担となります。
- 対象となる世帯に 70 歳から 74 歳までの方と 70 歳未満の方が混在する場合は、70 歳から 74 歳の方に係る自己負担の合算額に、70 歳から 74 歳の方がいる世帯の自己負担限度額が適用された後、なお残る負担額と 70 歳未満の方に係る自己負担の合算額とを合算した額に、70 歳未満がいる世帯の自己負担限度額が適用されます。
- 自己負担の合算額から限度額を差し引いた額が 500 円以下であれば支給対象となりません。

(2) 後期高齢者医療制度加入者の方

医療費が高額になった世帯に介護保険の受給者がいる場合は、医療保険と介護保険の両方の自己負担額を合算し、下記の基準額を超えた分が支給されます。支給の対象になった方には、申請のご案内をお送りします。

■合算する場合の基準額

所得区分 (23・24 ページ参照)		基準額 (年額/8月～翌年7月)
所得者 並び み	Ⅲ 課税所得 690 万円以上	212 万円
	Ⅱ 課税所得 380 万円以上	141 万円
	Ⅰ 課税所得 145 万円以上	67 万円
一般		56 万円
低所得者Ⅱ		31 万円
低所得者Ⅰ		19 万円 (※ ¹)

※1 介護保険の受給者が、世帯内に複数いる場合に適用となる介護保険分の算定用の基準額は 31 万円。

5. 特定疾病

(1) 西都市国民健康保険加入者の方

人工透析を受けている方などは、その疾病に係る医療費の自己負担限度額（月額）が原則として10,000円までになります。

この場合は、健康管理課 国保係（TEL43-0378）で「特定疾病療養受療証」の申請が必要になります。

対象となる疾病

- ①人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析）
- ②血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病）
- ③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）

「特定疾病療養受療証」の申請に必要なもの

- 保険証 ■印かん ■マイナンバーカード等
- 特定疾病認定申請書（健康管理課にあります）

手続の流れ

- ①特定疾病認定申請書の用紙の受け取り（健康管理課 国保係）
- ↓
- ②特定疾病認定申請書に医師からの所見を記入（医療機関）
- ↓
- ③特定疾病療養受療証の交付申請（健康管理課 国保係）
- ↓
- ④特定疾病療養受療証の交付（健康管理課 国保係）
- ↓
- ⑤特定疾病療養受療証の提示（医療機関）

その他

- ①特定疾病療養受療証は、原則として申請された月の初日（その月の途中で国保に加入された方は加入日）にさかのぼって適用になります。

②以下の場合は、特定疾病療養受療証の適用ができなくなります。

- 1) 月の途中で社会保険の加入により国保の資格を喪失した方
 ……社会保険の資格取得日の前日まで適用になります。
- 2) 月の途中で転出により国保の資格を喪失した方
 ……転出先市町村へ転入された日の前日まで適用になります。

③人工透析を受けている 70 歳未満の方は、所得により毎月の自己負担額が、20,000 円になる場合があります。

※所得の見直しは毎年 8 月 1 日付けで行います。

(2) 後期高齢者医療制度加入者の方

厚生労働大臣が指定する、次の特定疾病の場合、自己負担限度額(月額)は 10,000 円になります。

- ①人工腎臓を実施している慢性腎不全（人工透析）
- ②血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第八因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病）
- ③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）

上記に該当する方は、「特定疾病療養受療証」が必要になりますので、健康管理課 高齢者医療係で交付の申請をしてください。

6. 出産育児一時金

(1) 西都市国民健康保険加入者が出産された場合

妊娠 12 週（85 日）以上で被保険者本人が出産された場合、出産育児一時金が支給されます。なお、社会保険等に 1 年以上加入していて、退職後（国民健康保険加入後）6 か月以内に出産をされた方は、社会保険等から支給を受けることができます。この場合は、国民健康保険からは支給されません。

① 支給額（令和 4 年度）

- 1 産科医療補償制度に加入している医療機関等で、在胎週数 22 週以降に出産（死産を含む。）の場合 ⇒ 420,000 円
- 2 1 以外の出産の場合 ⇒ 408,000 円

②申請方法

○医療機関等での手続（直接支払制度の利用）

医療機関等で手続をすることで出産育児一時金が国保から病院等へ直接支払われる制度（「直接支払制度」といいます。）がご利用いただけます。

この制度を利用された場合、医療機関等の窓口での出産費用のお支払は出産育児一時金を超えた差額だけで済みます。

出産費用より出産育児一時金が多い場合は、差額の支給が受けられますので、健康管理課 国保係（Tel43-0378）で申請をしてください。

また、次のいずれかの場合にも健康管理課 国保係での申請が必要です。

- ・直接支払制度を利用されないとき
- ・海外で出産されるとき

◇申請に必要なもの

- 国民健康保険証 ■母子手帳 ■世帯主の印かん ■振込先の通帳
- 医療機関からの請求明細書（直接払い金額がわかるもの）
- 医療機関との間で交わした、直接払い利用同意書
- マイナンバーカード等

(2) 西都市国民健康保険以外の方が出産された場合

西都市国民健康保険以外の保険に加入されている場合には、加入している保険から出産育児一時金が支給されます。事業所などの担当者にご相談ください。

7. 補装具をつくったとき

(1) 西都市国民健康保険加入者の方

医師が必要と認めたコルセットなどの補装具を作ったときは、いったん、費用の全額をご自分で支払っていただきますが、後日申請することによって、保険で認められた部分の払い戻しが受けられます。

◇申請に必要なもの

- 国民健康保険証
- 医師の証明書 ■領収書 ■世帯主の印かん
- 振込先の通帳 ■マイナンバーカード等

(2) 後期高齢者医療制度加入者の方

医師が必要と認めたコルセットなどの補装具を作ったときは、いったん、費用の全額をご自分で支払っていただきますが、後日申請することによって、保険で認められた部分の払い戻しが受けられます。

◇申請に必要なもの

- 後期高齢者医療被保険者証 ■医師の証明書 ■領収書
- 振込先の通帳
- 被保険者の方のマイナンバーカード・運転免許証等

8. 葬祭費

(1) 西都市国民健康保険加入者の方

被保険者が亡くなられた場合、葬儀を行った方に葬祭費（20,000円）が支給されます。

◇申請に必要なもの

- 喪主の印かん ■振込先の通帳

(2) 後期高齢者医療制度加入者の方

被保険者が亡くなられた場合、葬儀を行った方に葬祭費（20,000円）が支給されます。

◇申請に必要なもの

- 喪主の方の運転免許証等（身分を証明できるもの） ■振込先の通帳

※西都市の国保、後期高齢者医療制度以外に加入されている場合には、加入している保険から葬祭費が支給されます。事業所等担当者にご相談ください。

9. はり・きゅう・あんま費の助成

(1) 西都市国民健康保険加入者の方

国保加入の方が、西都市が指定した施術院で、はり・きゅう・あんまの施術を受ける時に、助成が受けられます。

- ①助成金額～施術 1 回につき 1,000 円以内
- ②助成回数～1 人につき、1 日に 1 回、1 か月 5 回を上限
- ③利用方法～印かん・保険証を持参の上、指定施術院で施術を受けてください。

(2) 後期高齢者医療制度加入者の方

広域連合が指定した施術担当者が行う、はり・きゅう・マッサージ等の施術に対して助成が受けられます。助成を受けるためには受療証が必要ですので、保険証または運転免許証等をお持ちになり、健康管理課高齢者医療係で交付を受けてください。

- ①助成金額～1 回につき 1,000 円以内
- ②助成回数～1 日に 1 回、年間 24 回まで
(4 月 1 日から翌年 3 月 31 日までの 1 年間)
- ③利用方法～保険証と受療証を施術担当者へ提示してください。