

医療保険制度について

犬山市役所 保険年金課

令和3年11月17日

1. 『後期高齢者医療福祉医療制度の対象者』について

(1) 後期高齢者医療被保険者のうち、以下に該当する方

①障害者医療対象者

- ・身体障害者手帳 1～3 級、4 級（腎機能障害）、4～6 級（進行性筋萎縮症）
- ・愛知県療育手帳 A・B 判定
- ・自閉症状群と診断された方

②精神障害者手帳 1、2 級所持者

③母子父子家庭医療対象者

④ひとり暮らし高齢者で市民税が非課税の方

→第三者によるひとり暮らし証明書、施設入所証明書などにより認定

《要件》

- ・住民票上及び実態上、ひとりで生活をしていること
- ・市民税が非課税、全額免除または生活保護の要保護者であること
- ・同一敷地内の別棟や隣接する土地に親族が住んでいないこと
- ・他者から経済的な援助を受けていないこと
- ・年末調整や確定申告で親族の控除対象配偶者や控除対象扶養親族になっていないこと

⑤ねたきり高齢者・認知症高齢者で、生計維持者の市民税が非課税の方

→介護保険法第 27 条の要介護認定により要介護度 4 又は 5 と認定され、生活介護を受けている期間が 3 か月以上継続（認定を受けてから 3 か月以上経過）している方

《生活介護》

入浴、排泄、食事等の介護、その他必要な日常生活上の支援
介護サービスを利用していること（ただし入院中でも日常生活の手助けを受けているということであれば該当）

※後期高齢者医療被保険者は、原則 75 歳以上の方が対象となりますが、65～74 歳で、一定の障害がある方は、申請により後期高齢者医療制度に加入することができます。

一定の障害とは…身体障害者手帳 1～3 級、4 級（音声・言語、下肢 1・3・4 号）
愛知県療育手帳 A 判定
精神障害者手帳 1・2 級

2. 自己負担割合

《後期高齢者医療制度加入者》

※わかりやすい後期高齢者医療制度(愛知県後期高齢者医療広域連合、令和3年6月)
5 ページ参照

世帯の課税所得で判定されます。

①現役並み所得

同世帯にいる後期高齢者医療制度の被保険者の課税所得が 145 万円以上の場合は、「**現役並み所得**」となります。

②一般

同世帯にいる後期高齢者医療制度の被保険者の課税所得が 145 万円未満の場合は、「**一般**」となります。

同世帯にいる後期高齢者医療制度の被保険者の所得が非課税でも、同世帯の後期高齢者医療制度の被保険者以外の者に所得があり、世帯が課税世帯の場合は「**一般**」の区分となります。

《70 歳～74 歳の国保加入者》

国民健康保険（以下「国保」）の被保険者で 70 歳を迎える人には、誕生日の翌月（誕生日が 1 日の人はその月）から、高齢受給者に該当し、一部負担金の割合を表示した「**高齢受給者証**」が交付されます。

① 2 割

(i) 世帯内の 70～74 歳の国保加入者全員の市民税課税所得が全員 145 万円未満

(ii) (i) 以外の国保加入者（70～74 歳）で次の要件のいずれかを満たす人

○70～74 歳の国保加入者全員の旧ただし書所得の合計が 210 万円以下

※旧ただし書所得とは総所得金額等から基礎控除相当額を差し引いた額

○70～74 歳の国保加入者等の収入金額が下表のいずれかに該当

世帯の状況	合計収入額
① 70 歳以上の被保険者が 1 人の場合 (※ ②に該当する場合を除く。)	383 万円未満
② 70 歳以上の被保険者と特定同一世帯所属者を合わせて 2 人以上いる場合	520 万円未満

② 3 割

①以外の者

《70 歳未満の国保加入者》

未就学児以外は 3 割

3. 『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（入院時の食費負担や差額ベッド代等を含みません。）が、**ひと月**（月の初めから終わりまで）で上限額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。

1つの医療機関等での自己負担（院外処方代を含みます。）では上限額を超えないときでも、同じ月の別の医療機関等での自己負担（70歳未満の場合は同一医療機関の同一診療区分で支払った金額が2万1千円以上であることが必要です。）を合算することができます。この合算額が上限を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

（1）支給対象

①支給対象となるもの

- ・療養の給付の一部負担金
- ・保険外併用療養費の一部負担金相当額
- ・療養費の支給の一部負担金相当額
（療養費、柔道整復、鍼灸マッサージ、治療用装具等）
- ・訪問看護療養費の基本利用料

②支給対象とならないもの

- ・入院時食事（生活）の標準負担額
- ・保険外併用療養費にかかる特別料金
（高度先進医療の技術料、選定療養の特別料金）
- ・室料差額（差額ベッド代）
- ・実費負担となるもの（オムツ代、寝巻代等）

(2) 自己負担限度額

《70歳以上》

適用区分		自己負担限度額		食事療養標準負担額 (1食につき)
		外来(個人)	外来+入院 (世帯)	
現役並み所得	Ⅲ 課税所得 ^{※1} 690万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% <多数該当 ^{※2} 140,100円>		460円 ※指定難病患者など (区分Ⅰ・Ⅱに該当しない方) 260円
	Ⅱ 課税所得 380万円以上	167,400円+(医療費-558,000円)×1% <多数該当 93,000円>		
	Ⅰ 課税所得 145万円以上	80,100+(医療費-267,000円)×1% <多数該当 44,400円>		
一般		18,000円 【年間上限144,000円】 ^{※3}	57,600円 <多数該当 44,400円>	
区分Ⅱ		8,000円	24,600円	210円 (長期入院160円 ^{※4})
区分Ⅰ			15,000円	100円

※1 課税所得とは、各種所得額(収入金額から必要経費を引いた額)から地方税法上の各所得控除等を差し引いた額のことです。

※2 過去12か月以内に世帯の限度額(外来+入院)を超え、高額療養費の支給が3回以上ある場合には、4回目以降から<多数該当>内の金額となります。個人の限度額(外来のみ)を超えたとしても、回数に含みません。

※3 年間(8月から翌年7月まで)で計算されます。

※4 直近の12か月間で、区分Ⅱの判定を受けている期間の入院日数(県外の後期高齢者医療や他の健康保険(国民健康保険や職場の健康保険など)加入期間の入院も合算できます。)が91日以上の場合

《70歳未満》

適用区分		自己負担限度額 (世帯合算)	食事療養標準負担額 (1食につき)
ア	所得 ^{※1} 901万円超	252,600円+(医療費-842,000円)×1% <多数該当 140,100円>	460円 ※指定難病患者 など 260円
イ	所得600万円超 ~901万円以下	167,400円+(医療費-558,000円)×1% <多数該当 93,000円>	
ウ	所得210万円超 ~600万円以下	80,100+(医療費-267,000円)×1% <多数該当 44,400円>	
エ	所得210万円以下 (市町民税非課税世帯を除く)	57,600円 <多数該当 44,400円>	
オ	市町民税非課税	35,400円 <多数該当 24,600円>	210円 (91日以上160円)

※1 所得とは、旧ただし書き所得のことで総所得金額から基礎控除を引いた金額のことです。

3. 『高額療養費』の申請について

(1) 後期高齢者医療制度（担当：保険年金課 医療担当）

①新規で対象となった方

診療月の約4か月後以降に、保険者である愛知県後期高齢者医療広域連合より、『後期高齢者医療高額療養費支給申請のお知らせ』（郵便はがき）が届きます。

郵便はがきに記載の持ちもの（保険証、原則は本人の振込先のわかるもの）をお持ちのうえ、担当窓口で後期高齢者医療高額療養費支給申請書をご記入いただき、ご提出ください。

約2か月後（計約6か月後）に指定の振替口座に入金されます。

②すでに振込先口座が申請済みの方

行っていただく作業はありません。

診療月から約4か月後に登録口座に入金されます。

(2) 国民健康保険（担当：保険年金課 国民健康保険担当）

（必要書類／世帯主・本人・同一世帯員以外の方が申請するときは、委任状も必要）

- ・保険証 ・領収書 ・身分証明書（運転免許証など）
- ・原則世帯主の振込口座のわかるもの（通帳・キャッシュカード）
- ・治療を受けた方のマイナンバーカード（個人番号カード）または個人番号通知カード

※診療月の2か月後以降に高額療養費に該当している場合は市から通知を送ります。

※1回申請していただくと、2回目以降は振込先口座に入金となります。

（要件あり、振込時期：約3か月後）

4. 限度額適用・標準負担額減額認定証（以下「減額認定証」）について

(1) 対象者

世帯全員の市民税が非課税又は免除されている世帯に属する者。

①70歳以上は、区分Ⅰ・Ⅱ

②70歳未満の方は、適用区分オの方

※世帯に未申告者がいる場合は、減額認定証は交付できません。

(2) 使い方

医療機関等窓口で、マイナンバーカードによる電子的確認を受けるか、保険証と一緒に減額認定証を提示することにより、高額療養費の同一医療機関でのひと月の支払いが自己負担限度額にとめることができます。

また、食事代も入院時食事療養費の金額となります。

(3) 注意点

①複数の医療機関を受診された場合は、医療機関ごとに自己負担限度額が計算されます。

例1) 後期高齢者の区分Ⅰの方が、同月内に1か所(A病院)に入院した場合

→ A病院 自己負担限度額 15,000 円 (支払額)

例2) 後期高齢者の区分Ⅰの方が、同月内に2か所(A病院、B病院)に入院した場合

→ A病院 自己負担限度額 15,000 円 (支払額)

B病院 自己負担限度額 15,000 円 (支払額)

※後ほど、高額療養費として15,000円が返金となります。

②医療機関等窓口で減額認定証を提示していない場合

(1) 70歳以上(非課税)の方

《自己負担割合(後期:1割、国保(70~74歳):2割)》

適用区分	自己負担限度額		食事療養標準負担額 (1食につき)
	外来(個人)	外来+入院(世帯)	
一般	18,000 円 【年間上限 144,000 円】	57,600 円 <多数該当 44,400 円>	460 円 ※指定難病患者など (区分Ⅰ・Ⅱに該当しない方) 260 円
区分Ⅱ	8,000 円	24,600 円	210 円 (長期入院 160 円)
区分Ⅰ		15,000 円	100 円

●医療費

医療機関等へは記載(後期:保険証、国保:高齢受給者証)の負担割合のうち、一般区分の自己負担限度額までの金額をお支払いいただきます。医療費の差額は高額療養費の対象となります。

●食事療養標準負担費について

減額されていない食事療養費を支払った領収書、振込先の口座がわかるもの(後期:原則本人、国保:原則世帯主)、保険証をお持ちのうえ、犬山市保険年金課窓口で申請してください。

(2) 70歳未満の方

●医療費・食事療養標準負担額について

負担区分”オ”の方の払いすぎた医療費と食事療養費は、70歳以上の方と同じく犬山市保険年金課国民健康保険担当に申請してください。

5. 『高額医療・高額介護合算制度』について

1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）の医療保険と介護保険における自己負担の合算額が著しく高額になる場合に、過重な負担とならないように、一定の支払限度額が設けられており、この限度額を超える場合にはその超えた額（医療保険からは高額介護合算療養費、介護保険からは高額医療合算介護（予防）サービス費）が申請から約3か月後に支給されます。

	支給対象となる自己負担	支給対象とならない自己負担
医療 保険	<ul style="list-style-type: none"> ・療養の給付の一部負担金 ・保険外併用療養費の一部負担金相当額 ・療養費の支給の一部負担金相当額 （療養費、柔道整復、鍼灸マッサージ、治療用装具等） ・訪問看護療養費の基本利用料 	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時食事療養費または生活療養費の標準負担額 ・保険外併用療養費にかかる特別料金 （高度先進医療の技術料、選定療養の特別料金） ・室料差額（差額ベッド代） ・実費負担となるもの（オムツ代等） ・訪問介護療養費の特別料金
介護 保険	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護サービス費 （特例サービス費を含む） ・地域密着型介護サービス費（同上） ・施設介護サービス費（同上） ・介護予防サービス費（同上） ・地域密着型介護予防サービス費（同上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 ・居宅介護（介護予防）住宅改修費 ・施設サービス費等での食費・居住費 ・特定入所者介護（介護予防）サービス費 ・その他日常生活費等