

今回は、今年 4 月に事前認定が出来るようになった「高額療養費」を取り上げました。

## 労務協会からのお知らせ

### 医療費の自己負担額が高額になったとき（健康保険・高額療養費）

病気やけがで診療を受け、1 カ月に支払った医療費の自己負担額が一定額（自己負担限度額）を超えて高額になった場合、その超えた部分を「高額療養費」として払い戻されます。ここでは、70 歳未満の方について説明します。

所得区分		自己負担限度額
一般の人	標準報酬月額 53 万円未満の人	80,100 円 + (1 カ月・1 件の総医療費 - 267,000 円) × 1% ● 以上の計算式により得られた額を超えた分を高額療養費として支給
	標準報酬月額 53 万円以上の人	150,000 円 + (1 カ月・1 件の総医療費 - 500,000 円) × 1% ● 以上の計算式により得られた額を超えた分を高額療養費として支給

<事前認定> 事前に『限度額適用認定証』の交付申請をした場合

入院の場合、『限度額適用認定証』の申請で支払いが自己負担限度額までになります

入院した場合、保険証とともに『限度額適用認定証』を提示することにより、一医療機関ごとの窓口の支払いが、自己負担限度額までで済むようになっています。

事前に社会保険事務所（健保組合）に『限度額適用認定申請書』を提出し、『認定証』の交付を受けている必要があります。

<事後申請> 事前に『限度額適用認定証』の交付申請をしない場合

認定証の交付を申請しない場合や、窓口で提示しなかった場合、また外来の場合は、高額療養費は、一旦自己負担額を支払った後、支給申請書を提出すれば、振込みで社会保険事務所等から支給されます（貸付制度もあります）。病院から社会保険事務所等に送られてくる「診療報酬明細書」をもとに計算するため、**支給はおおよそ診療月の 3~4 カ月後**になります。

また、以下のような「特例」があります。

特例① <世帯合算（合算高額療養費）>

同一月において被保険者および被扶養者（世帯）の支払った自己負担額のうち、**21,000 円以上（レセプト単位）のものが 2 件以上あるとき**→合算後の自己負担額の額から次の額を控除した額が支給されます。

一般の人（標準報酬月額 53 万円未満の人）	上位所得者（標準報酬月額 53 万円以上の人）
80,100 円 + (1 カ月・1 件の総医療費 - 267,000 円) × 1% を控除した額が支給されます。	150,000 円 + (1 カ月・1 件の総医療費 - 500,000 円) × 1% を控除した額が支給されます。

特例② <高額多数該当世帯>

世帯毎で、高額療養費が支給されるほどの高額な医療費負担が、**何度も続くような場合**→世帯ごとで、1 年間に 3 回以上高額療養費支給に該当すると、4 回目以降の自己負担限度額が緩和されます。

一般の人（標準報酬月額 53 万円未満の人）	上位所得者（標準報酬月額 53 万円以上の人）
44,400 円を控除した額が支給されます。	83,400 円を控除した額が支給されます。

特例③ <特定疾病>

療養に関する期間が著しく長期にわたり、一定の高額な治療を継続して行うことを必要とする疾病であって厚生労働大臣が定めるもの（血友病・人工透析治療を要する慢性腎不全・抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群）

自己負担額（レセプト単位）から 10,000 円を控除した額が支給されます。※特定疾病療養受領証交付の申請が必要

<自己負担額計算の基準>

(1) 暦月ごとに計算

月の 1 日から末日までの受診について 1 カ月として計算します。たとえば、6 月中旬から 7 月中旬に入院し、総医療費で自己負担限度額を超えていたとしても、この場合は 6 月分と 7 月分で別に計算することになりますから、それぞれの月で自己負担限度額を超えていなければ、高額療養費支給の対象になりません。

(2) 病院・診療所ごとに計算

たとえば、同時期に A・B2 つの医療機関にかかっていたとしても、自己負担額の算定は**医療機関別**になります。

総合病院の各診療科は、それぞれ別の医療機関として扱います。ただし、総合病院の入院患者が同じ病気の関連で他の科を受診した場合は、合算されて計算されます（そのときでも歯科だけは別扱いです）。

(3) 入院と通院

一つの医療機関でも、**入院と通院は別**に算定します。

(4) 差額ベッドについて

入院時の「差額ベッド（特別室などの料金）」は、保険診療対象にも、高額療養費算定の際の自己負担額にも入りません。