

留 意 事 項

<目的及び対象者>

70歳未満の被保険者等が、同一月に同一の医療機関等により入院される方及び高額な外来療養を受ける方で、あらかじめ健康保険組合に申請をして所得区分の認定を受けた方に限り、高額療養費を健康保険組合から医療機関等に支払う（以下「現物の給付化」という）こととします。医療機関等の窓口での支払いを自己負担限度額にとどめることにより、被保険者等の負担の軽減を図ることを目的としています。

<添付書類>

○市区町村発行の『非課税証明書』を添付してください。

※申請書⑦欄に市区町村長の証明を受けた場合は添付書類不要です。

《証明期間》

4月から7月の診療分については前年度分

（例：平成27年7月診療分⇒平成26年度の市区町村民税が非課税である証明）

8月から翌年3月の診療分については当年度分

（例：平成27年8月診療分⇒平成27年度の市区町村民税が非課税である証明）

○被保険者証記号番号に代えて個人番号で申請を希望される場合は⑤欄にご記入下さい。その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要となります。

<高額療養費の自己負担限度額>

認定区分	対象となる方	自己負担限度額
オ	市（区）町村民税非課税者の被保険者	35,400円

<多数回該当による高額療養費及び世帯合算による高額療養費>

年4回以上高額療養費に該当した場合の負担軽減措置の適用は、同一医療機関等において入院療養等を受けられている場合など、多数回に該当していることが確認できた場合に限り医療機関等が対応されます。なお、転院等により適用が受けられない場合、又は世帯合算による高額療養費等は被保険者からの高額療養費支給申請に基づき、医療機関等に支払われた通常の自己負担限度額から軽減措置等を受けた場合の自己負担限度額との差額分を支給します。

多数回該当の自己負担限度額

診療月以前1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた場合は多数該当となり、4回目から自己負担限度額が【24,600円】になります。

世帯合算による高額療養費

同一月内（同一医療機関等・入院・通院別）において各人の一部負担額が21,000円以上のものが複数あるときは、それらを合算した額が上記の自己負担限度額を超えた場合にその超えた額を支給します。

<高額療養費の現物給付化の流れ>

- ① 『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書』を健康保険組合に提出する。
- ② 健康保険組合より『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証』の交付を受ける。
- ③ 『健康保険被保険者証』と『健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証』を医療機関等の窓口へ提出する。
- ④ 医療機関より高額療養費相当額が健康保険組合に請求されることにより、被保険者の医療機関等窓口での支払いが自己負担限度額までとなる。