

全国健康保険協会千葉支部

第10回健康保険委員研修会（平成25年9月5日～6日開催）

資料

限度額適用認定証と
高額療養費に強くなる
～2013初秋～



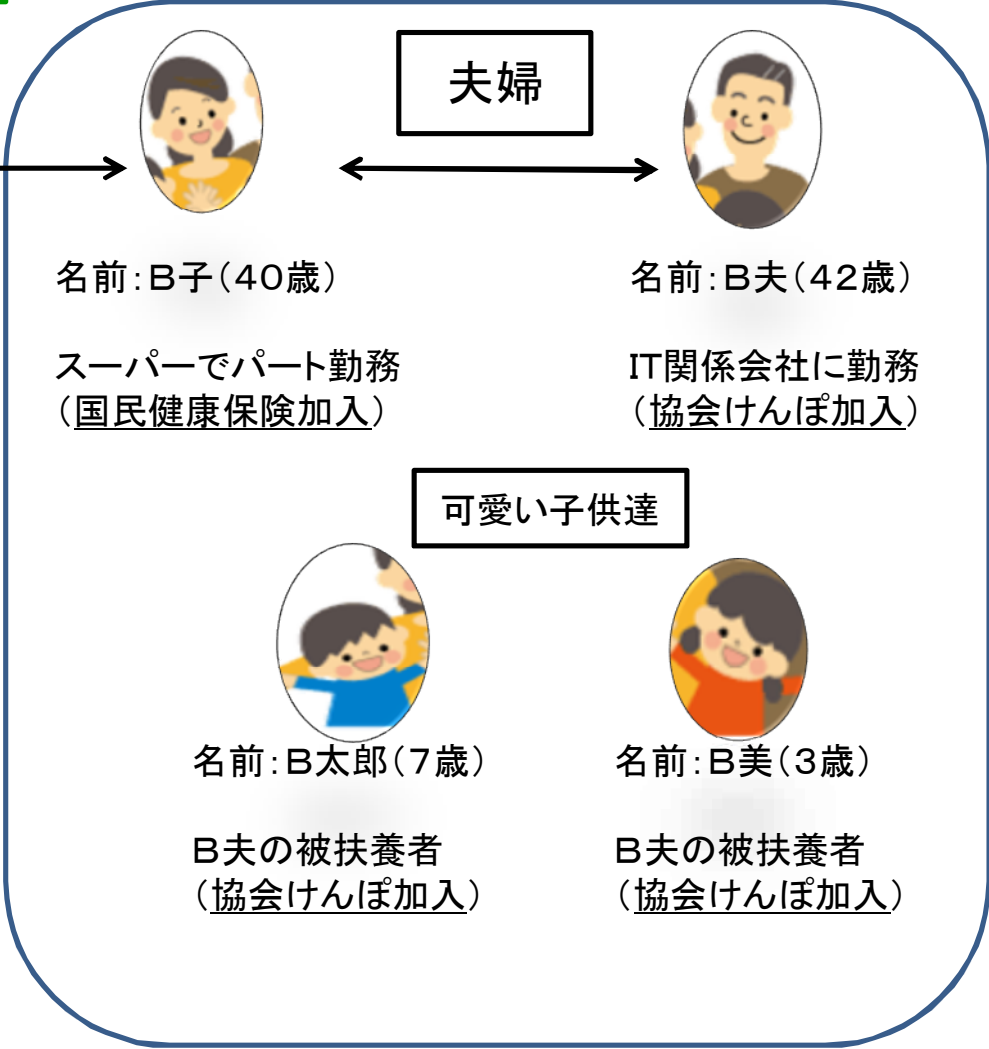
登場人物の紹介



姉妹

名前: A子 (45歳)

食品会社に勤める
(協会けんぽ加入)



みなさんのご質問にお答えします

名前: 健太郎 (28歳)

協会けんぽに勤める若手職員

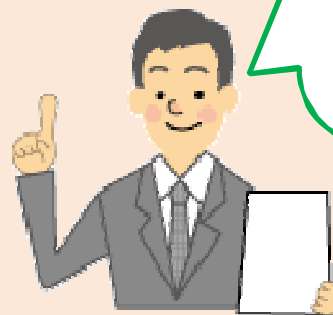
急遽入院することになったA子さん、
病気に対する不安と、医療費に対する不安
が出てきました。

とりあえず、協会けんぽに聞いてみよう
かしら…



1

健康保険には、
病気などで高額な医療費をご
負担されるときのために、
「高額療養費」や「限度額適用
認定証」といった仕組みがあ
ります。
医療費の不安を少しは解消で
きると思いますよ。



2

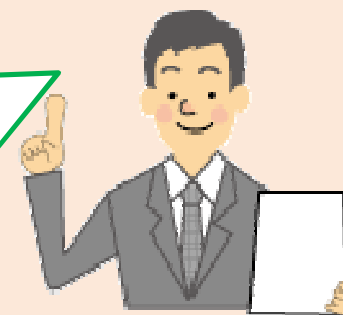
知らなかったわ。
みんな知ってるのかしら？

周りの人に教えてあげよ
う！



3

となるように、
これから「高額療養費」と
「限度額適用認定証」につ
いて、一緒に理解を深めま
しょう。



4

2



まずは、高額療養費についてご説明いたします。

高額療養費とは、医療機関の窓口で一部負担金をお支払いしたあとに、お支払い金額のうち一定の限度額を超えた分を 協会けんぽにご請求いただきお戻しするものです。

必ずご負担いただく金額、
すなわち、自己負担限度額は右表の通りです。



被保険者の所得区分	自己負担限度額	多数該当(※3)
① 上位所得者(標準報酬月額53万円以上の方)	$150,000円 + (総医療費(※1) - 500,000円) \times 1\%$	83,400円
② 一般所得者 (①および③以外の方)	$80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
③ 低所得者(※2)	35,400円	24,600円

※1 総医療費とは保険適用される診療費用の総額(10割)です。

※2 被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合です。ただし、被保険者が市区町村民税が非課税等であっても、上位所得者に該当する場合の所得区分は上位所得者となります。

※3 療養を受けた月以前の1年間に、3ヵ月以上の高額療養費の支給を受けた(限度額適用認定証を使用し、自己負担限度額を負担した場合も含む)場合には、4ヵ月目から「多数該当」となり、自己負担限度額がさらに軽減されます。

基本編①(入院のみ)

- この前、病院へ入院して退院時に一部負担金(3割負担)で30万円支払ったんだけど、協会けんぽに請求したらいくらか戻って来るのかしら。



- ご入院されていたんですか、それは大変でしたね。A子さんはいつからいつまで、ご入院されていたんですか？



- そうね。入院していたのは8月5日から8月24日までの20日間。医療機関の窓口では約40万円近く支払いをして、領収証の保険診療分(一部負担金)というところに30万円と書いてあったわよ。



- A子さんは、被保険者の所得区分が一般なので、下の計算式ですね。ちなみに保険診療分が30万円ということは、総医療費が100万円で保険証を見せて3割負担で30万円ってことです。

【自己負担限度額】

$$80,100円 + (100万円 - 267,000円) \times 1\% = 87,430円$$

【高額療養費での支払額】

$$300,000円 - 87,430円 = 212,570円$$

A子さんがこの入院で必ず自己負担しなければならない金額です。

A子さんが高額療養費の申請で払い戻される金額です。



- もしA子さんの所得区分が上位所得者だった場合は、下の計算式になりますね。

【自己負担限度額】

$$150,000円 + (100万円 - 500,000円) \times 1\% = 155,000円$$

【高額療養費での支払額】

$$300,000円 - 155,000円 = 145,000円$$



➤ さっき、『いつからいつまで入院していたの』とご質問されたけど、同じ20日間の入院でも、もし7月21日から8月9日までというように、月をまたいで入院した場合は、何かが変わってくるのかしら？



➤ そうなんです。高額療養費は1ヶ月単位で、1ヶ月の自己負担限度額を計算して、超えた分をお戻しする制度ですので、7月21日から7月31日までが7月分の請求、8月1日から8月9日までが8月分の請求となります。先ほどと同じように具体例で計算してみましょう。



➤ 仮に、7月21日から7月31日までの保険診療分が15万円、8月1日から8月9日までの保険診療分が同じく15万円かかったとしましょう。(総医療費50万円のところ、保険証を見せて3割負担で15万円の支払い)

この場合は、7月分8月分ともに、下記の通りになります。

【自己負担限度額】

$$80,100円 + (50万円 - 267,000円) \times 1\% = 82,430円$$

【高額療養費での支払額】

$$150,000円 - 82,430円 = 67,570円$$

前頁の事例では212,570円の払い戻しだったが、この事例では、 $67,570 \times 2 = 135,140$ 円の払い戻し。



➤ 同じ入院日数、同じ金額を負担しても、月をまたいで入院した場合は、支給される金額が減ってしまうんですね。



➤ 高額療養費の仕組みが何となくわかったでしょうか？

続いて、同じ月に別の外来診療があるケースについて見ていきましょう。

基本編②(世帯合算)



➤ 基本編①(8月5日~8月24日入院)の後、8月26日、28日、30日と3日間同じ病院で外来診療を受けたの。支払いは1回につき保険診療分で9,000円でした。3日間で27,000円支払ってきたんだけど、協会けんぽに請求したらいくらか戻ってくるのかしら。



➤ まずは、計算式のポイントです。

入院分と外来分を足し合わせて、1か月の自己負担限度額を計算します。

先程の入院分で総医療費は100万円(3割負担で30万円)、

今回の外来分の総医療費は9万円(3割負担が9,000円×3日間)なので、

【自己負担限度額】

$$80,100円 + ((100万円 + 90,000円) - 267,000円) \times 1\% = 88,330円$$

【高額療養費での支払額】

$$300,000円 + 27,000円 - 88,330円 = 238,670円$$

入院分と外来分を足し合わせた一ヶ月の自己負担限度額です。

A子さんが高額療養費の申請で払い戻される金額です。



➤ 同じ月に、風邪をひいて近所の診療所へ行って保険診療分で3,000円支払ったんですけど、その分も請求していいのよね？



➤ 高額療養費は、医療機関ごと、入院、外来、歯科別で一部負担金21,000円以上が足し合わせの対象となります。近所の診療所の3,000円については、21,000円を満たしていないので対象にはなりませんね。それと、保険外負担分(差額ベッド代など)や、入院時の食事負担額なども対象とはなりません。



➤ そうなの。色々難しいのね。

応用編③(世帯合算)



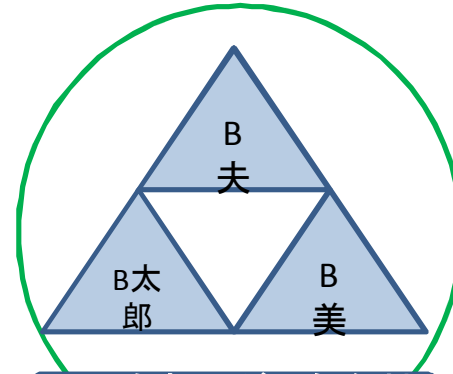
私の妹、B子(4人家族)のことで相談なんだけど、8月に4人とも怪我などで医療機関に受診して、多額の医療費がかかったみたいで。

妹のB子だけが国民健康保険で、他の3人は協会けんぽ。この場合、B子だけ保険が違うから、高額療養費の足し合わせの対象にならないのよね。

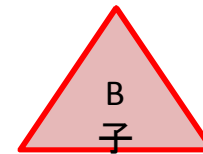


B夫(42歳) B子(40歳) B太郎(7歳) B美(3歳)

B夫は協会けんぽに加入、子ども二人はB夫の扶養(協会けんぽ)
B子はパート勤めのため国民健康保険に加入



足し合わせが可能な対象者



足し合わせができない対象者



【左足を骨折】

8月1日から8月14日までの入院

一部負担金30万円(総医療費100万円)



【虫垂炎】

8月5日から8月12日までの入院

一部負担金9万円(総医療費30万円)



【右足を骨折】

8月17日から8月31日までの入院

一部負担金18万円(総医療費60万円)



【腹痛】

8月15日の外来受診

一部負担金2千円(総医療費1万円)

B美ちゃんだけ、小学校入学前なので2割負担です。



➤ B美の医療費2千円は21,000円以上を満たしていないので、足し合わせが出来ないのよね。それとB子の9万円は21,000円以上を満たしているけど、B子は国民健康保険だから、協会けんぽの高額療養費には足し合わせが出来ないのよね。ということは、B夫とB太郎が対象になるってことか…。



➤ そのとおり。だいぶ分かってきましたね。

では、計算しましょう。

計算のポイントはB夫さんとB太郎さんの2人の総医療費を合計して(世帯合算といいます)、自己負担限度額を計算します。

【自己負担限度額】

$80,100円 + ((100万円 + 60万円) - 267,000円) \times 1\% = 93,430円$

【高額療養費での支払額】

$300,000 + 180,000円 - 93,430円 = 386,570円$



➤ じゃあ、もしB子が国民健康保険じゃなくて、B夫と同じ協会けんぽだったらどうなの？



➤ B子さんが、お子さん二人と同じように、健康保険上のB夫さんの扶養になれば、健康保険上の同一世帯となり、B子さんの9万円は足し合わせできますよ。

ただ、B子さんの勤務時間が非常に多くなって、パート先の健康保険(協会けんぽ)に加入しなくてはならない場合は、同じ協会けんぽだけど足し合わせはできません。

世帯というのは、被保険者ごとの世帯なので、この場合はB夫さん、B子さんそれぞれが被保険者になってしまうからです。



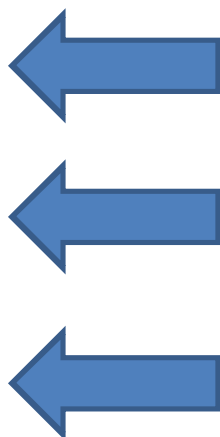
➤ 高額療養費については何となく理解できたわ。いずれにせよ、一旦は医療機関窓口で一部負担金を支払ってから、自己負担限度額を超える部分を協会けんぽに請求してお金が戻ってくる仕組みよね。

実は高額療養費との関連で、限度額適用認定証という言葉聞いたことがあるんだけど、詳しく教えてください。



➤ 限度額適用認定証ですね。医療機関の窓口でこの認定証を提示すると、医療機関で自己負担限度額を計算してくれて、窓口でのご負担が自己負担限度額までのご負担で済みます。

健康保険限度額適用認定証	
平成22年8月10日交付	
記号	1234〇〇〇〇
番号	123
被保険者 氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎
性別	男
生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
対象者 氏名	被保険者本人
生年月日	年 月 日
住所	見 本
発行年月日	平成22年 8月 1日
有効期限	平成23年 7月 31日
一部負担金の割合	B
所在地	千葉市中央区富士見2-20-1
保険者 番号	0 1 1 2 0 0 1 3
名称及び印	全国健康保険協会 千葉支部 印



基本編④(限度額適用認定証)



- 基本編①の時に、限度額適用認定証を医療機関窓口で提示していたら何が違ったの？



- 基本編①のおさらいです。A子さんは、8月5日から8月24日までの20日間入院し、30万円(3割負担分)を医療機関窓口で支払って、後日、協会けんぽへ高額療養費の請求をして、212,570円が戻ってきましたよね。

限度額適用認定証を提示すると、医療機関からは自己負担限度額の87,430円が請求され、後から高額療養費の請求をしなくてもよいのです。(医療機関からの請求が30万円ではなく、自己負担限度額の87,430円となるからです)



- 実際のところ、医療機関窓口で大きなお金を用意するよりは、限度額適用認定証を利用する方がいいわね。限度額適用認定証を利用すれば、高額療養費の申請(後からの払い戻し申請)は必要ないってことね！



- そうですね、おっしゃるとおり、1つの医療機関で入院だけ、または外来だけで高額となった場合は、高額療養費の申請は必要ございません。

しかしながら、限度額適用認定証を利用しても尚、高額療養費の申請が必要な場合があります。同一月に転院したり、先程の様な足し合わせ出来るものがある場合は、高額療養費の申請が必要になります。具体例で見ていきましょう。

応用編⑤(限度額適用認定証)



- 基本編②で限度額適用認定証を利用した場合です。
A子さんは入院分で30万円、外来分で27,000円支払っていましたが、限度額適用認定証を利用するようになります。

入院分は認定証を利用することで、87,430円の請求で済みますが、外来分の27,000円は認定証を利用しても、27,000円の請求のままです。つまり医療機関では、入院分と外来分を足し合わせた限度額は計算できません。ですので、1ヶ月の自己負担限度額を計算して、高額療養費でお戻しできる分が出てきます。

【自己負担限度額】

$$80,100円 + (100万円 - 267,000円) \times 1\% = 87,430円$$

$$80,100円 + ((100万円 + 90,000円) - 267,000円) \times 1\% = 88,330円$$

【高額療養費での支払額】

$$87,430円 + 27,000円 - 88,330円 = 26,100円$$

入院分の自己負担限度額

入院分と外来分を足し合わせた一ヶ月の自己負担限度額です。



- つまり、入院分は30万円支払わなくても、87,430円で済むけど、足し合わせ出来る外来分の27,000円は支払った後、高額療養費で戻ってくる分が出てくるということです。



- 月の途中で、入院先が変更になった場合(転院)も医療機関が前後で異なるため、それぞれの医療機関では、それぞれの自己負担限度額までの請求となりますので、足し合わせるものがあれば(21,000円以上のものを足し合わせて、自己負担限度額を超える)高額療養費が申請できます。

応用編⑥(限度額適用認定証)

入院

外来

薬局

歯科



仮に、この4つで同月内で3割負担でそれぞれ30万円かかったとします。
限度額適用認定証を利用した場合としない場合を比べてみましょう。

認定証利用なし

【自己負担限度額】

$80,100円 + (100万円 \times 4 - 267,000円) \times 1\% = 117,430円$

【高額療養費での支払額】

$30万円 \times 4 - 117,430円 = 1,082,570円$

30万円×4を一旦支払って、高額療養費で1,082,570円の払い戻しか…



認定証利用あり

【自己負担限度額】

$80,100円 + (100万円 - 267,000円) \times 1\% = 87,430円$

$80,100円 + (100万円 \times 4 - 267,000円) \times 1\% = 117,430円$

【高額療養費での支払額】

$87,430円 \times 4 - 117,430円 = 232,290円$

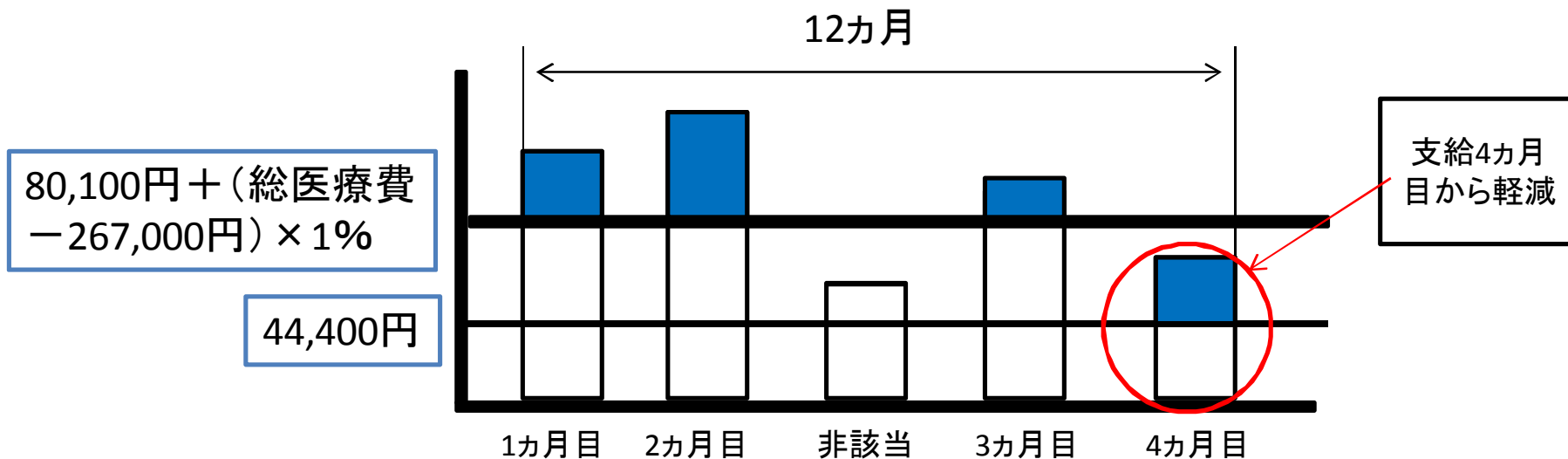
入院・外来・薬局・歯科で各々支払う自己負担限度額

87,430円×4を一旦支払って、高額療養費で232,290円の払い戻しか…





- 高額療養費制度には多数該当という制度があり、長期入院や、長期治療による経済的負担を軽減するために、4回目に該当する月から自己負担限度額が軽減されます。申請月の前11ヶ月の中に3回以上高額療養費に該当するようなものがあれば自己負担限度額が軽減されます。具体例で見てみましょう。



- 長期の入院の場合、ずっと同じ医療機関であれば、医療機関側で多数該当になるということで、限度額を44,400円で計算してくれる場合もありますが、途中で転院した場合は、転院後の医療機関は、転院前の限度額該当を把握できないので、多数該当になる場合でも、一旦通常の自己負担限度額をお支払いいただいて、その後高額療養費の申請により、44,400円との差額をお戻しすることになります。



- 多数該当は、同一保険者、同一被保険者に適用されます。つまり国民健康保険から協会けんぽに加入した場合や、退職して被保険者から被扶養者になった場合などは、多数該当の月数に通算されません。

Q & A①



➤ 高額療養費制度も理解できたし、限度額適用認定証を利用したほうが良いというのも理解できたんだけど、足し合わせのところだね。よく年間10万円って言うのを耳にするんだけど・・・協会けんぽの21,000円以上と違うの？



➤ 年間10万円というのは、いわゆる“医療費控除”のお話ですね。医療費控除とは、自己または自己と生計を一にする配偶者やその他の親族のために医療費を支払った場合には、一定の金額の所得控除を受けることができます。だから、高額療養費のような足し合わせができる範囲も異なります。医療費控除について、詳しくは国税庁のホームページをご覧ください。

Q & A②



➤ 来月入院する知り合いがね、その医療機関から高額療養費の申請して下さいって言われたみたいんだけど、これから入院だから、限度額適用認定申請のような気がするんだけど・・・高額療養費でいいの？



➤ そうですね、先程説明したように転院したり、足し合わせのできる外来があったりということで、医療機関から高額療養費の説明があっても不思議ではないですが、これから入院となると、限度額適用認定申請のことだと思います。

Q&A③



➤ 医療機関からの請求書・領収証のどこを見たら良いのかしら。

領収証の見方

保険

保険適用となる診療

患者番号	氏名
1234	協会 太郎 様

領 収 証

請求期間

入院の場合は診療期間、外来の場合は診療日

請求期間(入院の場合)
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

受診料	入・外	領収書NO	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
耳鼻科	外	9999	平成25年8月12日	社保	3割	本人	

保険	初・再診療	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	270点	点	点	点	817点	点	68点
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			

保険外負担	評価療養・選定療養	合計		保険	保険 (食事・生活)	保険外負担
	(内訳)	(内訳)	医療費の合計金額	合計	11550円	
	(内訳)	(内訳)		負担額	3470円	
				領収額合計		3470円

保険外負担

保険が適用されない診療

負担額

加入者の負担金額

領収額合計

加入者が支払った金額