



高額療養費制度とはこんな制度 Q & A

健保だよりNo.120に引き続き、今回は高額療養費についてQ & A方式で特に解りにくいところを載せましたので、もう一度確認しましょう！

■ Q & A ■

Q1: どのような医療費が、高額療養費制度の支給対象となりますか？

A: 保険適用される診療に対し、受診者が支払った自己負担額が対象となります。

(「食費」・「居住費」は高額療養費の対象外です。)

また、受診者の希望によっては「差額ベット代」等は、高額療養費の支給対象にはなりません。

受診者が70歳未満の場合、自己負担額を合算するためには、レセプト(※) 1枚あたり

1カ月の自己負担額が21,000円以上であることが必要です。

高額療養費制度は、かかった医療費を暦月単位で軽減する制度であり、月をまたいで治療した場合、自己負担額の合算はできません。(関連Q5)

(※) ある個人について診療に要した費用を医療保険に請求するために、暦月(月の初めから終わりまで)単位で医療機関や薬局が作成する請求書を指します。(=診療報酬明細書)

Q2: 支給申請はいつまでさかのぼって行うことが可能ですか？

A: 高額療養費の支給を受ける権利の消滅時効は、診療を受けた月の翌月の初日から2年です。

この2年間の消滅時効にかかっていない高額療養費であれば、過去にさかのぼって申請することができます。

Q3: 入院する場合に、窓口での支払いを負担の上限額までに抑えるには、どのような手続きが必要となるのでしょうか？

A: 健康保険組合に「限度額適用認定証」の申請を行い同証の交付を受け、医療機関の窓口へ認定証を提示することにより、自己負担を軽減することができます。

(被保険者は、健保だよりN089を確認して下さい。)

Q4: 月をまたいで治療した場合、医療費の合算はどうしてできないのでしょうか？

A: 医療機関が健保組合へ医療費を請求する「レセプト」1枚を請求単位としているからです。

医療機関は毎月(暦月単位)各保険者に対し、保険者負担分の7割をレセプトにより請求。

その点数(金額)を基に計算するため。高額療養費の請求についても暦月単位としています。

Q5: 負担の上限額は、加入している健康保険やかかっている病気によって変わるのですか？

A: 高額療養費では、各医療保険で共通の負担の上限額が設定されています。

また、自治体によっては、独自の医療費助成制度があり、医療機関の窓口での支払額が高額療養費の負担の上限額より低くなる場合があります。

かかっている病気によっても負担の上限額は変わりませんが、特定の病気(血友病や人工透析など非常に高額な治療を長期間にわたって継続しなければならない方)については、高額療養費の支給の特例が設けられています。この特例措置が適用されると、以下の限度額となります。

A	上位所得者(標準報酬月額53万以上)	上限額2万円
B	一般所得者	上限額1万円