

国保で受けられる給付などについて

R8.8.1更新

1.高額療養費

国保加入者が、医療機関などで治療を受け、1ヵ月(1日から末日まで)の医療費の自己負担額が、一定額(下記「表1」参照)を超えときは、**申請により**、超えた額の払い戻しを受けることができます。

ただし、入院中の食事代、差額ベッド代(料)、又は保険適用外の治療費の自己負担額については、支給対象となりません。

(請求期間：原則、診療月の翌月1日から2年)

自己負担限度額 <表 1> (令和8年8月1日～)

70歳以上 (後期高齢者医療の方を除く)	区 分		個人単位＜A＞ (外来のみ)	世帯単位＜B＞ (入院含む)	年間上限 ＜A+B＞※2
	市 民 税 課 税 世 帯	現役並みⅢ 課税所得690万円以上	270,300円＋（総医療費－901,000円）×1% 【多数回該当：140,100円】※1		1,680,000円
		現役並みⅡ 課税所得380万円以上	179,100円＋（総医療費－597,000円）×1% 【多数回該当：93,000円】※1		1,110,000円
		現役並みⅠ 課税所得145万円以上	85,800円＋（総医療費－286,000円）×1% 【多数回該当：44,400円】※1		530,000円
		一般	22,000円 ※2 (年間上限216,000円)	61,500円 【多数回該当：44,400円】※1	530,000円
	市 民 税 非 課 税 世 帯 ※5	区分Ⅱ	11,000円 ※2 (年間上限96,000円)	25,700円 【多数回該当：24,600円】※1	290,000円
		区分Ⅰ ※3	8,000円	15,700円	180,000円

70歳未満	区 分・所得要件 ※4		国保世帯全体<C>	年間上限 <C>※2
	市 民 税 課 税 世 帯	(ア) 旧ただし書所得901万円超	270,300円+ (総医療費－901,000円) ×1% 【多数回該当：140,100円】※1	1,680,000円
		(イ) 旧ただし書所得600万円超 ～901万円以下	179,100円+ (総医療費－597,000円) ×1% 【多数回該当：93,000円】※1	1,110,000円
		(ウ) 旧ただし書所得210万円超 ～600万円以下	85,800円+ (総医療費－286,000円) ×1% 【多数回該当：44,400円】※1	530,000円
		(エ) 旧ただし書所得210万円以下	61,500円 【多数回該当：44,400円】※1	530,000円
		(オ) 市民税非課税世帯 ※5	36,900円 【多数回該当：24,600円】※1	290,000円

※1 多数回該当とは、申請しようとする診療月を含む前12ヵ月で4回以上の高額療養費に該当する場合です。

※2 年間上限とは、年間(8月1日から翌7月31日まで)の自己負担額の上限です。

※3 区分Ⅰは、市民税非課税世帯及び世帯全員所得なし(年金収入がある場合は、その額が82万6,500円以下)

※4 所得要件の旧ただし書所得とは、国保料算定の基礎となる金額(国保被保険者個人の所得から基礎控除43万円を引いた金額)です。また、同じ世帯に属する国保被保険者全員の旧ただし書所得を合計したものです。

※5 1月2日以降に海外から転入された場合は、市民税非課税世帯の区分とは判定されません。

<<自己負担限度額の区分適用期間>>

- 自己負担限度額「表1」の区分の適用は、毎年8月1日から翌年7月31日までを1年間の単位としています。
- 前年(1月から12月)の所得を基にして、1年間の区分を決定します。

<<留意事項>>

- 1つの医療機関につき、入院・外来ごと、医科・歯科ごとに計算
- 外来診療で、院外処方箋がある場合は、処方箋を出した病院分と薬局分を合計した金額で計算
- 70歳未満の方は、自己負担額21,000円以上の医療費のみが合算の対象です。

<<同一世帯に70歳以上(後期高齢者医療を除く)及び70歳未満の方がいる場合の高額療養費の計算方法>>

- まず、70歳以上の方の外来にかかる個人単位の高額療養費を算定します。表1<A>適用。
- 次に、70歳以上の方の世帯単位の高額療養費を算定します(外来は①適用後なお残る額)。表1適用。
- さらに、70歳未満の方の自己負担額21,000円以上の医療費と、70歳以上の方の自己負担額(①②適用後なお残る額)を合計した金額について、表1<C>を適用して算定します。

● 限度額適用認定証

事前に**限度額適用認定証**の交付を受け、医療機関の窓口に提示すると、保険診療分の窓口での支払いを自己負担限度額「表1」までにおさえることができます。

また、**オンライン資格確認が可能な医療機関等**では、**認定証がなくても、マイナ保険証を提示し、ご本人が情報提供に同意することで、保険診療分の窓口での支払いを自己負担限度額「表1」までにおさえることができます。**

- 認定証の交付を受けるには申請が必要です。
- 認定証の有効期限は、交付申請日の属する月の1日から、直近の7月31日までとなります。有効期限は自動更新されませんので、引き続き認定証の交付を希望される方は、更新の手続きが必要です。
- 70歳未満の方は、全員が交付対象です。ただし、保険料に滞納がある場合は保険料の納付相談が必要です。
- 70歳以上で、現役並みⅢ及び一般の方は、本証の交付を受ける必要はなく、医療機関や保険薬局等で保険の資格を確認することで、自動的に限度額におさえられます(交付対象は、現役並みⅡ・Ⅰ、区分Ⅱ・Ⅰの方です。)

● 特定疾病療養受療証

厚生労働大臣が指定する**特定疾病**の診療については、医療機関窓口へ**特定疾病療養受療証**を提示することで、自己負担限度額が下記のとおりとなります。

- 人工透析が必要な慢性腎不全…**1ヵ月1万円**(「表1」の(ア)又は(イ)の方は2万円)
- 血友病や血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症…**1ヵ月1万円**

- 受療証の交付を受けるには申請が必要です。
- 診療にかかる一部負担金が1ヵ月1万円(または2万円)であっても、高額療養費の合算の対象となる場合があります。

2.入院時食事療養費・入院時生活療養費

国保加入者の入院時の食事費用は、1食当たり550円を自己負担し、残りを入院時食事療養費として国保が負担します。
市民税非課税世帯の方は、「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」などを病院に提示すれば、食事代の自己負担額が「表2」のように減額されます。
やむを得ない理由で認定証の交付申請ができなかった場合は、**申請により**、標準負担額が減額とならなかった差額が支給される場合がありますが、原則、認定証の交付を受けてください。

入院時食事療養費の標準負担額 <表2>		食費(1食)
市民税 課税世帯	現役並み(Ⅲ、Ⅱ、Ⅰ)、一般(70歳以上)、 ア、イ、ウ、エ	※1 550円
市民税 非課税世帯	区分Ⅱ、 オ	90日までの入院 270円 91日以上入院 220円 (過去12ヵ月の入院日数) ※2
	区分Ⅰ	130円

- ※1 指定難病患者、小児慢性特定疾病患者は330円。また、平成28年4月1日において1年以上継続して精神病床に入院している患者は、退院するまでの間(平成28年4月1日以後、合併症等で同日内に他病床に移動又は転院する場合も含む)260円。
- ※2 91日以上入院となった場合は、認定証を切り替える申請が必要。切り替える申請には領収書など入院日数(91日以上)が証明できる書類が必要です。(切り替える申請日から適用)

65歳以上で療養病床に入院する場合は、食費と居住費の自己負担が必要です。
市民税非課税世帯の方は、「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」などを病院に提示すれば、食事代の自己負担額が「表3」のように減額されます。

入院時生活療養費の標準負担額 <表3>		食費(1食)	居住費(1日)
市民税 課税世帯	現役並み(Ⅲ、Ⅱ、Ⅰ)、一般(70歳以上)、ア、イ、ウ、エ	※1 550円	
市民税 非課税世帯	区分Ⅱ、オ	※2 270円	※4 430円
	区分Ⅰ	※3 160円	

- ※1 医療機関の施設基準によって1食当たり510円で計算される場合があります(市民税課税世帯の指定難病の方の食費は、330円。)。いずれに該当するかは直接医療機関にお問い合わせください。
- ※2 医療の必要性の高い方(病状の程度が重篤、常時若しくは集中的な医学的処置、手術その他の治療を要する方)や指定難病者は、91日以上入院(過去12ヵ月の入院日数)の場合は220円(切り替える申請が必要)。
- ※3 医療の必要性の高い方や指定難病者は130円。
- ※4 指定難病者は0円(食費のみの負担)

3.葬祭費

国保加入者が死亡したときは、**申請により**、葬儀執行人に**葬祭費として2万円**が支給されます。
(請求期間：葬儀執行日の翌日から2年)

- 死亡した方が国保に加入する前に、社会保険等の健康保険に被保険者（本人）として1年以上加入し、資格喪失日から3か月以内に死亡した場合は、その健康保険から支給を受けることができます。
- 他の健康保険から支給を受ける場合は、国保からは支給されません。

申請に必要なもの
・金融機関・口座番号の分かるもの (葬儀執行人の通帳など)

4.出産育児一時金

国保加入者が出産(妊娠85日以上の死産・流産含む)したときは、世帯主からの**申請により**、**出産育児一時金として出産児1人につき50万円**(産科医療補償制度対象外の出産の場合48万8千円)が支給されます。
なお、「直接支払制度」を利用した方で、出産費用が出産育児一時金を下回る場合は、**申請により**、世帯主に差額が支給されます。
(請求期間：出産日の翌日から2年)

- 医療機関への「直接支払制度」の利用については、直接、医療機関へお問い合わせください。
- 出産した方が国保に加入する前に、社会保険等の健康保険に被保険者（本人）として1年以上加入し、資格喪失日から6か月以内に出産した場合は、その健康保険から支給を受けることができます。
- 健康保険によっては、独自の付加給付を行い国保より支給額が多い場合がありますので、以前に加入していた健康保険にご確認ください。
- 他の健康保険から支給を受ける場合は、国保からは支給されません。

申請に必要なもの
・出産した医療機関の出産費用の明細書(または領収書)
・母子健康手帳または出産を証明する書類
・金融機関・口座番号の分かるもの(通帳など)
【申請内容によって必要なもの】
・死産・流産 …埋葬許可証又は医師の証明書など
・助産制度利用 …助産施設入所承諾書、領収書
・直接支払制度利用者の差額申請 …制度利用の有無が分かるもの (医療機関との合意文書など)

5.療養費

国保加入者が次のような診療などを受けたときは、医療費の全額(10割)が自己負担となりますが、後日、**申請により**、審査で決定した額から一部負担額を差し引いた金額が支給されます。
(請求期間：診療日（領収日）の翌日から2年)

こんなとき	コルセット・小児弱視等の治療用メガネ・コンタクトレンズ(※1)などの補装具代がかかったとき (医師が必要と認めたとき)	医師の指示であんま・マッサージ、又は、はり・きゅうなどの施術を受けたとき (医師が必要と認めたとき)	柔道整復師の施術を受けたとき(単なる肩こり・筋肉疲労に対する施術は支給対象外)	急病など緊急その他やむをえない理由により医療機関で保険資格が確認できなかったとき、国保の資格取得後に他保険を使ったとき
申請に必要なもの	・医師の証明書・指示書等 ・領収書 ・金融機関・口座番号が分かるもの(通帳など) ・靴型装具は現物の写真(※2)	・医師の同意書 ・施術内容が分かるもの ・領収書 ・金融機関・口座番号が分かるもの(通帳など)	・施術内容が分かるもの ・領収書 ・金融機関・口座番号が分かるもの(通帳など) ・医師の口頭又は書面による同意(脱臼又は骨折の場合)	・領収書 ・診療報酬明細書 ・金融機関・口座番号が分かるもの(通帳など)

※1 小児弱視等の治療用メガネ・コンタクトレンズは、医師による意見書等の証明時において9歳未満の小児が対象
※2 患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの

お問い合わせ先:松山市 保険給付・年金課 国保給付担当 市役所別館 3階⑦番窓口

電話：948-6361・6362・6355

6.その他

「交通事故で診療を受けたとき」

- 国保加入者が、交通事故や傷害事件など、第三者(加害者)から傷害を受けて医療機関にかかった場合でも、国保を利用して治療を受けることができます。
国保を利用したときは、保険給付・年金課に届出をしてください。
- 交通事故などによる医療費は、本来、加害者が支払うものですが、一部負担金を差し引いた分を国保が一時的に立て替えて支払い、あとから加害者に請求します。
 - 仕事や通勤途中の事故については原則対象となりません。

「海外で病気になったとき」

- 国保加入者が、海外旅行などで急病等によりやむを得ず海外の医療機関にかかったときは、医療費の全額(10割)が自己負担となりますが、後日、**申請により**、審査で決定した額から一部負担金を差し引いた金額が支給されます。
(請求期間：診療日の翌日から2年)
- 申請には海外の医療機関が記入した診療内容や費用を証明するもの及び**その日本語訳**の添付が必要です。
 - 必要書類は、保険給付・年金課及び各支所等で用意していますので、出国前にお受け取りください。
 - 治療を目的に海外で治療を受けた場合や美容整形、交通事故・傷害事件などの第三者行為又は不法行為に起因する病気、ケガなどは除きます。

「国保の資格を喪失したあとに国保を使って受診したとき」

国保の資格を喪失したあとに国保を使った場合は、**国保が負担した医療費の返還が必要になります。**

- 受診をした方が、保険者が変更になったことを病院に伝えることで、病院が新しく加入している保険者に請求を替えることができます場合があります。なるべく早く可能な範囲で、保険が変更になったことを病院へ連絡してください。
- 病院が請求を替えることができない場合は**、後日、松山市から「医療費の返納について」という通知が届きますので、医療費を返還してください。
- 返還した医療費は、診療を受けた日に加入している保険者(他市の国民健康保険、全国健康保険協会、健康組合等)に対し、療養費の申請を行うことで、払い戻しを受けられる場合があります。新しく加入した保険者へご確認ください。

窓口に来られる方の本人確認について

窓口でお手続きをされる際は、来庁者の本人確認のため、下記のものをご持参ください。

本人確認に必要なもの
【1点確認で良いもの】
・写真付で本人確認ができるもの (マイナンバーカード、運転免許証、身体障害者手帳、パスポート など)
【2点確認が必要なもの】
・保険資格の確認ができるもの (資格確認書、資格情報のお知らせ)
・官公署等発行の顔写真なしの書面 (介護保険被保険者証、年金手帳 など)

- 給付に関する申請の際、マイナンバーの記入が必要となりますが、記載されていないことをもって一律に受付を拒否するものではありません。
(マイナンバーの確認にはマイナンバーカードや通知カードが必要です。)
- 代理人が限度額適用認定証・特定疾病療養受療証の申請をする場合は、代理人の本人確認に加えて、対象者の保険資格の確認ができるもの(資格確認書、資格情報のお知らせ)または委任状が必要です。