

医療費が高額になったとき

高額療養費

1カ月の医療費が高額になったときは、申請により下表の自己負担限度額(差額ベッド代など保険診療対象外のものや入院時の食事代は含まれません)を超えた額を高額療養費として支給します。一度申請すると、以後の高額療養費は自動的に登録口座に振り込まれます。

入院の際、同一医療機関等の窓口で支払うのは自己負担限度額までとなります。区分Ⅰ・Ⅱの人は「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定証」の提示が必要です。また、療養病床に入院したときは、食事と居住に掛かる費用のうち決められた額が自己負担になります。

医療機関で支払う自己負担の割合

所得区分	所得基準	自己負担割合	自己負担限度額(月額)		入院時の食事代(1食当たり)	
			外来(個人単位)	外来+入院(世帯合算)		
現役並み所得者	同一世帯に住民税課税標準所得145万円以上の被保険者がいる人	3割	4万4,400円	8万100円+(総医療費-26万7,000円)×1% 年4回以降は4万4,400円※1	260円	
一般	現役並み所得者、区分Ⅰ・Ⅱ以外の人	1割	1万2,000円	4万4,400円	260円	
区分Ⅱ	同一世帯の全員が住民税非課税の人(区分Ⅰ以外)	1割	8,000円	2万4,600円	過去1年間で90日までの入院	210円
区分Ⅰ	同一世帯の全員が住民税非課税で、それぞれの所得が必要経費・控除(年金の所得は控除額を80万円として計算)を差し引いたときに0円となる人			1万5,000円	過去1年間で90日を超える入院	160円※2

※1 過去1年間に外来+入院の限度額を3回以上超えたときの、4回目以降の額

※2 申請により過去1年間で認定証が交付されている期間の入院日数が90日を超えたことを認められたときの額

全額自己負担した療養費を一部支給

次のようなとき、申請し必要と認められた場合は、費用の一部が支給されます。

- 急病などで保険証を持たずに診療を受けたとき
- 医師の指示により、コルセットやギプスなどの

補装具を作ったとき

- 医師が必要と認めた、はり・きゅう、マッサージなどの施術を受けたとき
- 手術などで輸血に用いた生血代

その他の給付

第三者行為

交通事故など、第三者の行為によってけがをして治療を受ける場合、原則として加害者が医療費を負担すべきもので保険診療の対象となりませんが、届け出により後期高齢者医療制度で治療を受けることができます。

葬祭費

被保険者が死亡したときに、葬祭を行った人の申請により、一律5万円を支給します。

訪問看護療養費

自宅で療養している人が、主治医の指示に基づいて訪問看護師から療養上の世話を受けた場合、掛かった費用の1割(現役並み所得者は3割)が自己負担となります。

外来診療でも、一つの医療機関等の窓口で支払う月額は、下の表の自己負担限度額(外来)までに抑えることができます。同一月に複数の医療機関等を受診した場合は、それぞれの医療機関等で、いったん自己負担限度額まで支払うこととなりますが、複数の医療機関等での合計負担額が自己負担限度額を超えた場合は、申請により、超えた分を高額療養費として支給します。

高額介護合算療養費

年間(毎年8月分～翌年7月分)の医療費の自己負担額と、介護サービスの自己負担額を合算した額が限度額を超えたときは、超えた額を高額介護合算療養費として支給します。

移送費

病気やけがで移動が困難な人が、一時的かつ緊急的に必要があり、やむを得ず最寄りの病院に転院したときなどに要した費用は、申請により必要と認められた場合に支給されます。ただし、医師の意見書が必要で、通院の移送費は対象外です。

保険外併用療養費

保険が適用されない療養を受けると、保険が適用される部分があっても全額が自己負担となります。ただし、厚生労働大臣の定める先進医療や特定の保険外サービスについては、通常の治療と共通する部分(診察、検査、投薬、入院料)の費用は保険が適用されます。