

高額療養費制度についてよくあるご質問

クロスレター第12号で高額療養費制度について、ご説明致しましたが、よくあるご質問をいくつか挙げましたのでご紹介いたします。

Q1. 高額療養費の支給申請はどのように行えば良いですか。

A1.

ご自身が加入している公的医療保険（健康保険組合・協会けんぽの都道府県支部・市町村国保・後期高齢者医療制度・共済組合など。）に、高額療養費の支給申請書を提出または郵送することで支給が受けられます。病院などの領収書の添付を求められる場合もあります。

ご加入の医療保険によっては、「支給対象となります」と支給申請を勧めたり、さらには自動的に高額療養費を口座に振り込んでくれたりするところもあります。

なお、どの医療保険に加入しているかは、保険証（正式には被保険者証）の表面にてご確認ください。

Q2. どのような医療費が、高額療養費制度の支給の対象となりますか。

A2.

保険適用される診療に対し、患者が支払った自己負担額が対象となります。医療にかからない場合でも必要となる「食費」・「居住費」、患者の希望によってサービスを受ける「差額ベッド代」・「先進医療にかかる費用」等は、高額療養費の支給の対象とはされていません。また、患者が70歳未満の場合に自らの自己負担額を合算するためには、レセプト（※）1枚あたりの1か月の自己負担額が2万1千円以上であることが必要です。

なお、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は、自己負担額の合算はできません。

（※）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。

Q3. 高額療養費を申請した場合、支給までにどのくらいの時間がかかりますか。

A3.

受診した月から少なくとも3か月程度かかります。

高額療養費は、申請後、各医療保険で審査した上で支給されますが、この審査はレセプト（医療機関から医療保険へ提出する診療報酬の請求書）の確定後に行われます。レセプトの確定までに一定の時間がかかりますので、なにとぞご理解ください。

なお、医療費のお支払いが困難なときには、無利息の「高額医療費貸付制度」を利用できる場合があります。制度の利用ができるかどうか、貸付金の水準はどのくらいかは、ご加入の医療保険によって異なりますので、お問い合わせください。

Q4. 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。

A4.

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。したがって、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支給申請することができます。

Q5. 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。

A5.

入院する前に、ご加入の医療保険から「限度額適用認定証」（住民税非課税以外の方）又は「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」（住民税非課税の方）の交付を受け、医療機関の窓口でこれらの認定証を提示する必要があります。70歳未満の方については全員が、70歳以上の方については住民税非課税の方が、対象となります。

詳しくは、ご加入の医療保険にお問い合わせください。

Q6. 「世帯合算」では、家族のどの範囲まで自己負担額を合算できるのでしょうか。

A6.

自己負担額の合算は、同一の医療保険に加入する家族を単位として行われます（医療保険における「世帯」は、いわゆる一般のイメージの「世帯」（住民基本台帳上の世帯）の範囲とは異なります）。

例えば、会社で働く方やその家族などが加入する健康保険であれば、被保険者とその被扶養者の自己負担額は、お互いの住所が異なっても合算できます。他方、共働きの夫婦など、別々の健康保険に加入していれば、住所が同じでも合算の対象となりません。

また、あるご家庭に、健康保険の被保険者（例：45歳のサラリーマン）と後期高齢者医療制度の被保険者（例：80歳の高齢者）が同居されている場合、それぞれの医療費は合算の対象となりません。

Q7. 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。

A7.

高額療養費制度では、ご加入の医療保険が患者の皆様の窓口負担額を把握する方法として、ご加入の医療保険に対して医療機関が医療費を請求する「レセプト」を用いています（現在のところ、レセプト以外に、医療保険が窓口負担額を的確に把握する方法がありません）。

医療機関は、毎月、暦月単位で、ご加入の医療保険に対して医療費を「レセプト」で請求する仕組みとしており、これにあわせて、高額療養費の支給も暦月単位としています。

ご理解いただきますよう、お願いいたします。

Q8. 同じ世帯に、70歳未満と70歳以上の家族がいる場合は、どのような自己負担額が適用されるのでしょうか。

A8.

同じ世帯に70歳未満と70歳以上の方がいる場合、以下のような手順で、家族の皆様の自己負担額を合算し、その合計が世帯全体の自己負担の上限を超えないようにしています。

① 70歳以上の方について、外来の自己負担額を個人ごとに合算した額に、70歳以上の方の外来における負担の額上限をそれぞれ当てはめ、差額を支給。

② 70歳以上の方の入院分の自己負担額と、①によってもなお残る自己負担額とを合計した額に、70歳以上の方の世帯における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。

③ 70歳未満の方の自己負担額と、②によってもなお残る自己負担額を合計した、世帯全体の自己負担額に、世帯全体における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。

Q9. 病院で複数の診療科に受診した場合、それぞれの診療科での自己負担が、合計すると自己負担限度額を超える場合は、高額療養費の請求ができますか。

A9.

平成22年4月からは、いわゆる「旧総合病院（※）」において、複数の診療科のレセプトを一本化したので、高額療養費の請求も、一つの医療機関としてまとめて行うことができるようになりました。

なお、医科と歯科、入院と外来とではレセプトが分かれますが、窓口負担が、①70歳未満の方は2万1千円以上のものについて、②70歳以上の方は窓口負担の額にかかわらず、それらを合算して高額療養費を請求することができます。

※ 内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科がある、収容施設が100床以上あるなどの条件を満たす病院を指します。総合病院の制度自体は平成8年に廃止されましたが、レセプトの提出方法に関する特例が残っていました。

★ご不明な点がございましたら医事課までお問い合わせ下さい。

■理念

赤十字の基本理念に基づき、個人の尊厳および権利を尊重し、質の高い医療を提供します

■基本方針

1. 患者様の人権と意思を尊重した病院環境を造ります
2. 急性期医療を中心にして診療を進めます
3. 救急医療の充実に努めます
4. 地域の医療機関等との連携を推進します
5. 国内外の災害時の医療活動に貢献します
6. 職員の教育、研修を充実させます
7. 健全経営に留意して、その結果を社会に還元します

■私たちは患者さまの権利を尊重します

1. 適切な医療を受ける権利
2. 医療に関して知る権利
3. 医療行為を自分で選ぶ権利
4. プライバシーを保証される権利
5. 人権を尊重される権利
6. セカンドオピニオンを受ける権利