

注意

低所得者Ⅱ・Ⅰに該当する人は申請が必要です

所得区分が「低所得者Ⅱ」、「低所得者Ⅰ」に該当する人が、入院時食事代の標準負担額の減額を受けるためには、「限度額適用・標準負担額減額認定証(減額認定証)」が必要になります。

該当する人は、市(区)町の担当窓口へ交付申請してください。

※過去12か月間で、区分Ⅱ(低所得者Ⅱ)の減額認定証の交付を受けている期間に90日を超える入院をした場合は、申請をすることで、長期該当の減額認定証が交付されます。

[所得区分に関しては、P.8を参照してください。]

入院時の食事代

入院したときの食事代は、入院した人の世帯の所得区分によって負担額(標準負担額)が決められます。

入院時食事代の標準負担額

所得区分		一食当たりの食費
現役並み所得者	一般	360円 ^(※1)
低所得者Ⅰ、低所得者Ⅱに該当しない指定難病患者等 ^(※2)		260円
低所得者Ⅱ	90日までの入院	210円
	90日を超える入院 ^(※3)	160円
低所得者Ⅰ		100円

(※1) 平成30年4月1日以降は「1食460円」になります。

(※2) 平成29年4月1日において、既に1年を超えて精神病床に入院している患者が退院するまで(平成29年4月1日以後、合併症等により同日内に再入院する場合も対象になります。)

(※3) 過去12か月間で、減額認定証の交付を受けている期間の入院日数が対象です。

●入院時食事代の標準負担額の減額を受けようとする方で、低所得者Ⅱ・Ⅰに該当する人は、各市町の担当窓口で、別途申請が必要です。

28

療養病床に入院する場合

療養病床に入院する人は、食事代の他に居住費が必要になります。

食費・居住費の標準負担額

所得区分		一食当たりの食費	一日当たりの居住費
現役並み所得者	一般	460円 ^(※1)	320円 370円(H29.10.1~)
	指定難病以外の厚生労働大臣が定める者	360円	0円 200円(H29.10.1~) ^(※3)
指定難病患者		260円	0円
低所得者Ⅱ	指定難病患者等	210円 160円 ^(※2)	320円 370円(H29.10.1~)
	指定難病患者等	100円	0円
低所得者Ⅰ	指定難病患者等	130円	320円 370円(H29.10.1~)
	指定難病患者等	100円	0円
老齢福祉年金受給者		100円	0円

(※1) 一部医療機関では420円 (※2) 過去12か月間で、減額認定証の交付を受けている期間に90日を超える入院をした場合

(※3) 平成30年4月1日以降は「1日370円」になります。

- 入院治療の必要性の高い状態が継続する人は、P.10の入院時食事代の標準負担額が適用されます。
- 入院時食事代の標準負担額の減額を受けようとする方で、低所得者Ⅱ・Ⅰに該当する人は、各市町の担当窓口で、別途申請が必要です。

あとから費用が支給される場合

次のような場合で、医療費の全額を支払ったときは、お住まいの市(区)町の担当窓口へ申請して認められると、支払った費用の一部が支給されます。

- 1 急病などのやむを得ない理由で保険証を提示せずに診療を受けたり、保険診療を扱っていない医療機関で診療を受けたりしたとき
- 2 海外で診療を受けたとき(診療目的の渡航は対象外)
- 3 医師が必要と認めた、コルセットなどの治療用装具を購入したとき
- 4 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
- 5 骨折・脱臼などで、柔道整復師の施術を受けたとき

医療費が高額になったとき… 高額療養費制度

同じ月に受診した病院や薬局等に支払った自己負担額が一定の金額(『自己負担限度額』といいます。)を上回った場合は、申請により自己負担限度額を超えた分を『高額療養費』として支給します。

自己負担限度額は世帯の所得区分により4種類に分かれており、さらに「外来のみ」の場合と「外来+入院」の場合に分かれています。「外来のみ」は被保険者ごと、「外来+入院」は同じ世帯ごとに計算します。

初めて高額療養費の対象になった人には、お住まいの市町から申請書が送付されますので、市(区)町の担当窓口へ申請してください。

一度申請されると、それからは高額療養費の対象になるときに、申請時に登録された口座へ支給します。

自己負担限度額(月額)【表A】

所得区分	自己負担割合	外来のみ (個人単位)	外来+入院 (世帯単位)
現役並み 所得者	3割	44,400円 (H29.8.1~)	80,100円+ (医療費-267,000円) ×1%(*1)
一般	1割	12,000円	44,400円
		14,000円 (H29.8.1~)(*2)	57,600円 (H29.8.1~)(*1)
低所得者II		8,000円	24,600円
低所得者I		8,000円	15,000円

【所得区分に関しては、P.8を参照してください。】

(※1) 過去12か月以内に「外来+入院」の自己負担限度額を超えた分の支給が4回以上あった場合、4回目以降から限度額が44,400円となります。

(※2) 平成29年8月1日から平成30年7月31日までの間の年間上限144,400円

- 同じ月に一つの病院または薬局などの窓口で支払う自己負担額は【表A】の自己負担限度額が上限になります(入院は「外来+入院」の限度額までになります。)
- 低所得者II・Iの人が受診の際に上記の区分の請求になるためには「減額認定証」が必要になります。市(区)町の担当窓口へ交付申請をしてください。

144,000

高額療養費の計算のしかた

- 同じ世帯内に後期高齢者医療制度の被保険者が2人以上いる場合は自己負担額を合算できます。まず、個人ごとに外来の自己負担限度額を適用し、高額療養費を算出します。次に、外来と入院の自己負担額を世帯で合算し、世帯単位の自己負担限度額を適用し高額療養費を算出します。
- 入院時の食事代や保険がきかない差額ベッド料などは支給の対象外です。

また、月の途中で75歳になり、後期高齢者医療の被保険者になった人は、**その月のみ**自己負担限度額が以下のとおりとなります。

75歳になった月の自己負担限度額(本人のみ・月額)【表B】

(それ以前の医療保険と後期高齢者医療制度それぞれで適用)

所得区分	自己負担割合	外来のみ	外来+入院
現役並み 所得者	3割	22,200円 28,800円 (H29.8.1~)	40,050円+ (医療費-133,500円) ×1%
一般	1割	6,000円	22,200円
		7,000円 (H29.8.1~)	28,800円 (H29.8.1~)
低所得者II		4,000円	12,300円
低所得者I		4,000円	7,500円

【所得区分に関しては、P.8を参照してください。】

- ほかの被保険者と合算する場合は、【表B】で本人分の高額療養費を計算し、その後でほかの被保険者を含めて【表A】の「外来+入院」を計算します。
- 1日生まれの人は、誕生月に加入している制度が後期高齢者医療制度のみですので、【表B】の対象ではありません(【表A】で計算します。)
- 障害認定により、後期高齢者医療の被保険者になった人は、75歳になった月の自己負担限度額【表B】の適用の対象にはなりません。

特定疾病の場合

厚生労働省が指定する特定疾病(人工透析を実施している慢性腎不全、先天性血液凝固因子障害の一部、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症)に関する診療を受ける場合は、同一の保険医療機関等ごとに1か月につき、自己負担額が入院・外来ともに10,000円までになります(低所得者II・Iの人は、受診の際に減額認定証を提示することで外来は8,000円までになります。)

※「特定疾病療養費受療証」が必要になりますので、市(区)町の担当窓口へ交付申請をしてください。