高額介護合算療養費の申請書を送付します

問合せ　国保ねんきん課（本庁仮設庁舎　西棟1階）☎3344490

高額介護合算療養費とは、医療保険と介護保険を利用している世帯の負担を軽減するために設けられた制度です。平成29年7月31日時点で後期高齢者医療制度の加入者がいる世帯で**支給の見込みがある対象者に対して12月中旬以降、申請書を送付します。**

※計算期間内に保険が変わったり、市町村を越える住所変更をしたときなどは、自己負担額がわからないため、支給の見込みがあっても申請書の送付ができないことがあります。

申請書が届いていなくても、下記の支給要件を満たしている場合は申請できますが、以前加入していた医療保険者または介護保険者から発行された「自己負担額証明」が必要となる場合があります。

詳しくは担当窓口に相談ください。

計算期間　平成28年8月1日～平成29年7月31日の1年間

申請に必要なもの

健康保険証、介護保険証、マイナンバーカードまたは通知カード、印鑑、支給対象者名義の通帳、自己負担額証明書（必要に応じて）

申請書提出　国保ねんきん課または各支所健康福祉地域事務所

請求の時効　計算期間の末日（7月31日）の翌日から2年以内に申請してください。

■支給対象者と支給要件、算定基準額（基準日：平成29年7月31日）

支給対象者　後期高齢者医療制度加入者本人

支給要件　計算期間内に世帯内の後期高齢者医療制度の加入者全員が支払った医療保険と介護保険の自己負担額の合計額から、算定基準額を差し引いた額が500円を超えた場合

所得区分	算定基準額
現役並み所得者（※1）	67万円
一般所得者（※2）	56万円
区分Ⅱ（※3）	31万円
区分Ⅰ（※4）	19万円

高額療養費支給制度

月ごとに支払った医療費の合計額が自己負担限度額を超えた場合、高額療養費として後日、本人に支給される制度のことです。後期高齢者医療では、高額療養費の申請を一度行うと、その後は限度額を超えた負担があった場合は申請しなくても支給されます。

一部負担金の割合	所得区分	外来時の自己負担限度額（個人単位）	入院時の自己負担限度額（世帯単位）
3割	現役並み所得者（※1）	57,600円	80,100円＋（総医療費－267,000円）×1％ 4回目から44,400円（※6）
1割	一般所得者（※2）	14,000円（※5）	57,600円 4回目から44,400円（※6）
	区分Ⅱ（※3）	8,000円	24,600円
	区分Ⅰ（※4）	8,000円	15,000円

区分Ⅰ・Ⅱの人は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けることができます。

・「限度額適用・標準負担額減額認定証」（以下、減額認定証）を医療機関の窓口に提示することにより入院時の食事代と保険適用の負担が減額されますので、国保ねんきん課または各支所健康福祉地域事務所で申請し、交付を受けてください。

・今まで加入していた保険で、「減額認定証」を交付されていた人も、新たに後期高齢者医療制度に加入した場合は、改めて担当窓口で申請が必要です。

※1　同一世帯の後期高齢者医療被保険者に住民税の課税所得が145万円以上の人がいる場合。

※2　現役並み所得者、区分Ⅱ、区分Ⅰ以外の人。

※3　被保険者の属する世帯の全員が住民税非課税の人（区分Ⅰ以外の人）。

※4　被保険者の属する世帯の全員が住民税非課税で、その世帯の各所得が0円となる人（年金の所得は控除額を80万円として計算）。

※5　自己負担額の年間（毎年8月1日から翌年7月31日まで）の合計額が144,000円を超えた場合、超えた額が払い戻されます。

※6　過去12ヵ月で入院時の自己負担限度額を超えた高額療養費の支給が4回以上あった場合、4回目以降は自己負担限度額が44,400円となります。

★75歳到達月（月の初日以外）は、上記自己負担限度額が1／2となります。