

◆医療費の返還を求める場合があります

所得更正等により、自己負担の割合が変更（1割から2割、1割から3割、2割から3割）になったとき、本来の負担割合と異なる負担割合の被保険者証を使用していた場合には、差額（1割または2割分）の医療費をお支払いいただきます。

高知県外への転出等により、高知県の被保険者資格を失った後に高知県の被保険者証を使用した場合、当広域連合が医療機関等に支払った医療費（7割、8割または9割分）をお支払いいただきます。なお、支払後に本来資格のある広域連合等で手続きをしていただければ、医療費の払い戻しを受けられる場合があります。

該当する方には、当広域連合から納入通知書を送付しますので、納期限までに支払いをお願いします。

もし、入院中に自己負担の割合が変更になると、下表のとおり、差額の医療費をお支払いいただくことになります（下表の事例では、食事代は1日3食×1ヶ月（31日）分として計算しています）。

医療費の自己負担限度額や入院時の食事代については、[10](#) [12](#) ページをご覧ください。

（事例1）

区分Ⅰから一般Ⅰに変更となった場合（食事代は令和6年5月31日までの額）

	区分Ⅰ	一般Ⅰ	差額
医療費の自己負担限度額	15,000円	57,600円	42,600円
食事代	9,300円 (100円×93食)	42,780円 (460円×93食)	33,480円
お支払いいただく差額の合計			76,080円

（事例2）

区分Ⅱから一般Ⅰに変更となった場合（食事代は令和6年5月31日までの額）

	区分Ⅱ	一般Ⅰ	差額
医療費の自己負担限度額	24,600円	57,600円	33,000円
食事代	19,530円 (210円×93食)	42,780円 (460円×93食)	23,250円
お支払いいただく差額の合計			56,250円

限度額適用・標準負担額減額認定証

住民税非課税世帯の方は、入院または高額な外来診療を受ける際に、申請により交付された「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関や薬局等へ提示またはオンラインによる資格確認を受けることにより、窓口での医療費の自己負担や入院時の食事代が減額されます。

限度額適用・標準負担額減額認定証が必要な方は、お住まいの市町村の担当窓口へ申請してください。

◎対象となる方

住民税非課税世帯の方（**④**ページの区分Ⅰまたは区分Ⅱに該当する方）

◎証の有効期日の開始日

申請した月の初日

◎申請に必要なもの

被保険者証

区分Ⅱの方で長期入院の方は、申請により食事代がさらに減額されます（**⑨**ページをご覧ください）。

◎令和6年12月2日以降の取り扱いについて

マイナ保険証を所持していない方に交付される資格確認書では、限度額適用・標準負担額減額認定証の情報は任意記載事項となります。

記載が必要な場合や長期入院該当の場合は、記載の申請が必要です。

◎長期入院の対象となる方(あらためて申請が必要です)

区分Ⅱの方で、区分Ⅱの認定を受けている期間の入院の日数が、長期入院該当の申請月を含む過去12ヶ月間で90日を超えている方

※ただし、入院している病棟が療養病棟（主に長期にわたり療養が必要な方が入院する病棟）の場合、差額支給の対象とならないことがあります（10ページをご覧ください）。

◎長期入院該当の適用開始日

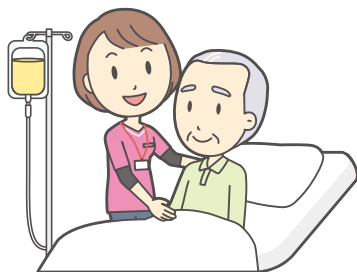
長期入院該当の申請をした日
(医療機関での適用は翌月1日)

◎長期入院該当の申請に必要なもの

- ・「限度額適用・標準負担額減額認定証」(交付を受けている方のみ)
- ・長期入院該当となる入院期間を証明する書類

※後期高齢者医療制度に加入する前の入院日数も算定します。
なお、90日を超えていても長期入院該当の申請により認定を受けていない場合、食事代は減額となりません。
適用には条件がありますので、詳しくはお住まいの市町村の担当窓口へお問い合わせください。

※マイナンバーカードが保険証として利用できる病院等で本人の同意があれば認定状況が確認できるため、限度額適用認定証の提示が不要となる場合があります。



入院した時の食事代等

入院したときの食事代は、下表の額となります。

※令和6年6月1日から食事代が変更されます（（ ）内は変更前の金額です）。

なお、居住費に変更はありません。

負担区分		食事代（1食）
現役並み所得者・一般Ⅰ・一般Ⅱ		490円（460円）
区分Ⅱ	90日以内の入院	230円（210円）
	90日を超える入院 （長期入院該当の申請により、認定を受けた方）	180円（160円）
区分Ⅰ		110円（100円）
老齢福祉年金受給者		110円（100円）

◆療養病棟（主に長期にわたる療養が必要な方が入院する病棟）に入院したときは下表の額の食事代と居住費となります。

負担区分		医療の必要性が高い 方の食事代 （1食）	医療の必要性が高い 方以外の食事代 （1食）	居住費 （1日）
現役並み所得者 一般Ⅰ・一般Ⅱ		490円（460円） 450円（420円） ^{（※）}	490円（460円） 450円（420円） ^{（※）}	370円
区分Ⅱ	90日以内の入院	230円（210円）	230円（210円）	370円
	90日を超える入院 （長期入院該当の申請により、認定を受けた方）	180円（160円）		
区分Ⅰ		110円（100円）	140円（130円）	370円
老齢福祉年金受給者		110円（100円）	110円（100円）	0円

（※）管理栄養士または栄養士による管理が行われている場合は490円（令和6年5月31日までは460円）、それ以外の場合は450円（同420円）となります。

※令和4年10月1日から「一般」の区分が「一般Ⅰ」、「一般Ⅱ」へ変更されましたが、食事代・居住費に変更はありません。

◎適用区分が現役並み所得者・一般Ⅰ・一般Ⅱで、下記の(1)、(2)に該当する方の食事代は260円((1)に該当する方は令和6年6月以降は280円。(2)に該当する方は令和6年6月以降も経過措置として260円に据え置き)となります。

(1) 指定難病患者

(2) 平成27年4月1日以前から継続して精神病床に入院している患者が退院するまでの間(合併症等による同日内の病床移動又は再入院も継続して対象)

※さかのぼって負担区分が変更になった場合、食事代の一部をお返しいただきます。

区分Ⅰ・Ⅱに該当する方は、事前にお住まいの市町村の担当窓口で「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受け、医療機関の窓口で提示、もしくはオンラインによる資格確認を受けてください(8ページをご覧ください)。

限度額適用認定証

適用区分が現役並み所得者ⅠまたはⅡの方は、申請により交付された「限度額適用認定証」を医療機関や薬局等へ提示またはオンラインによる資格確認を受けることにより、窓口での医療費の自己負担が限度額までとなります(現役並み所得者ⅠまたはⅡの基準及び自己負担限度額については、12ページをご覧ください)。

限度額適用認定証が必要な方は、お住まいの市町村の担当窓口へ申請してください。

※医療機関等の窓口で「限度額適用認定証」の提示がない場合、自己負担が高額になることがあります。

※令和6年12月2日以降にマイナ保険証を所持していない方に交付される資格確認書では、限度額適用認定証の情報は任意記載事項となります。記載が必要な場合や長期入院該当の場合は、記載の申請が必要です。

医療費が高額になったとき

1ヶ月に支払った医療費の自己負担額の合計が下表の自己負担限度額を超えたときに、超えた額があとから払い戻されます。

◆1ヶ月の自己負担限度額

負担割合	負担区分		自己負担限度額（月額）	
			外来 （個人ごと）	外来＋入院 （世帯ごと）
3割	現役並み所得者	Ⅲ 課税所得690万円以上	252,600円＋（医療費－842,000円）×1% 〈140,100円〉（注1）	
		Ⅱ 課税所得380万円以上690万円未満	167,400円＋（医療費－558,000円）×1% 〈93,000円〉（注1）	
		Ⅰ 課税所得145万円以上380万円未満	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈44,400円〉（注1）	
2割	一般Ⅱ		18,000円 ★ または 6,000円＋（医療費－30,000円）×10%の 低い方を適用 （年間上限144,000円）（注2）	57,600円 〈44,400円〉 （注1）
1割	一般Ⅰ		18,000円 （年間上限144,000円）（注2）	
	区分Ⅱ		8,000円	24,600円
	区分Ⅰ			15,000円

（注1）〈 〉内は過去12ヶ月以内に「外来＋入院」の限度額を超えた支給が3回以上あった場合の4回目以降の限度額です。

（注2）1年間（8月～翌年7月）の外来自己負担額の合計が144,000円を超えた分は高額療養費であとから払い戻されます。

★ 外来自己負担額を1割負担と比べたとき、ひと月の負担増加額を最大3,000円までに抑えるための措置（令和7年9月までの配慮措置）。

◆高額療養費の申請について

払い戻しには申請手続きが必要ですが、初回のみ申請で、口座を変更する必要がない限り、2回目以降の申請手続きは必要ありません。

該当する方には文書でお知らせしますので、お住まいの市町村の担当窓口へ申請してください。

なお、高額療養費などの支給は全て口座振込となります。

◎申請に必要なもの

- ・被保険者証、口座がわかるもの

※現役並み所得者Ⅰ・Ⅱに該当する方は「限度額適用認定証」、区分Ⅰ・Ⅱに該当する方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」を事前にお住まいの市町村の担当窓口で交付を受けて、医療機関等の窓口で提示してください（11ページまたは8～9ページをご覧ください）。

※自己負担額には、食事代や保険適用外の差額ベッド代等の支払額は含みません。

※特定疾病に該当の方は、自己負担額などが違う場合がありますので19ページをご覧ください。

◆75歳の誕生月における自己負担の限度額

75歳の誕生月は「誕生日前の医療保険」と「誕生日以後の後期高齢者医療」の2つの制度の加入となりますが、それぞれの制度の自己負担限度額を、通常月の半額とします。

※誕生日が月の初日の方は、後期高齢者医療制度のみの自己負担となるため、自己負担限度額に変更はありません。

高額介護合算療養費

同じ世帯の被保険者で1年間(8月～翌年7月)の医療保険と介護保険の自己負担額を合計し下表の自己負担限度額を超えた場合に、その超えた金額は申請により高額介護合算療養費として払い戻されます。

該当する方には文書でお知らせしますので、お住まいの市町村の担当窓口へ申請してください。

※次の方はお知らせできない場合がありますので、自己負担の限度額を参考にして、該当するかどうかご確認いただき、お住まいの市町村の担当窓口へご相談ください。

- ・他の医療保険から後期高齢者医療に移られた方
- ・県外から転居をされた方
- ・同じ世帯でも、他の医療保険に加入している方との合算はできません

◎申請に必要なもの

- ・後期高齢者医療及び介護保険の被保険者証
- ・口座がわかるもの

◆1年間の自己負担限度額

適 用 区 分		自己負担限度額 (年額:医療+介護)
現役並み所得者	Ⅲ 課税所得690万円以上	212万円
	Ⅱ 課税所得380万円以上690万円未満	141万円
	Ⅰ 課税所得145万円以上380万円未満	67万円
一般Ⅰ・一般Ⅱ		56万円
区分 Ⅱ		31万円
区分 Ⅰ		19万円

※自己負担限度額は、毎年7月31日現在の区分を適用

※下記の場合は支給対象外となります

- ・世帯において後期高齢者医療または介護保険のどちらかの自己負担額が0円の場合
- ・自己負担限度額を超えた額が500円に満たない場合