

肝炎治療費助成制度に係る申請事務の効率化

西部保健所呉支所

日下仁彦 大出勝広 今田洋子 湯木良子 元田徳子
服多美佐子 森木みどり 古和禎良 井上美穂

1 はじめに

肝炎は国内最大の感染症であり、国により総合的に肝炎対策が推進されている。平成 20 年 4 月から肝炎治療費助成制度が開始し、B 型及び C 型ウイルス性肝炎の入院・通院の医療費が助成されている。

西部保健所呉支所におけるこの制度の利用者の年齢構成は、50 歳代が全体の 3 / 4 以上を占めており、かつ肝炎に罹患しているということを考慮すると、申請手続きに当たって、担当者は簡潔にわかりやすく説明する必要がある。

各所へアンケート調査を行い、調査結果から、申請者がわかりやすい申請方法を提示できるよう申請者と対応する担当者用の媒体を検討したことを報告する。

2 調査方法

(1) 期間

平成 23 年 10 月 20 日～10 月 28 日

(2) 対象

県内各保健所（支所）7 ヲ所

(3) 方法

アンケート用紙（内容は別紙のとおり）を配布、回収

(4) 内容

申請時の状況を把握するために、受付件数、書類不備、マニュアル・リーフレットの活用状況等を調査した。

3 調査結果

(1) 書類不備の状況

書類の受付件数が多い交付申請と償還払いで、各所における初回面接時の状況を確認した。

① 交付申請

表 1 交付申請時書類不備が多い書類

項 目	順位
課税年額を証する書類	1
住民票の写し	2
被保険者証・組合員証等の写し	3
診断書	4
申請書	5

● 課税年額を証する書類の不備が最も多い。

② 償還払い

表2 償還払い申請時書類不備が多い書類

項目	順位
医療内容、保険点数等が記載された書類	1
領収書	2
申請書	3

●添付書類として必要な医療内容、保険点数等が記載された書類の不備が最も多い。

③ マニュアル・リーフレット等の使用状況

表3 マニュアル・リーフレット等の使用状況

項目	7 保健所回答状況
マニュアル・リーフレットの使用なし	5 保健所
県作成のマニュアルを使用する	5 保健所
申請者からの書類提出時の質問あり	7 保健所
事務の改善点の記入なし	4 保健所

●申請者からの書類提出時の質問は、助成制度の具体的なしくみ、償還払いの方法及び課税に関する提出書類等である。

4 考察

- (1) 申請者の提出する書類が、交付申請の場合に課税年額を証する書類や償還払いの場合に医療内容、保険点数等が記載された書類の不備が多いので、改善の必要がある。
- (2) マニュアル・リーフレット等は利用されていないが、県作成の肝炎治療受給者証交付申請受付マニュアルは使用されている。
- (3) 助成制度の具体的なしくみと償還払いの方法及び課税に関する提出書類を説明する書類の改善が必要である。
- (4) 申請業務の流れから申請者に説明するために、必要な媒体を次のように整理した。

表4 申請の流れと必要な媒体

番号	時期	担当者	必要な媒体
1	申請者来所	申請書類の手交	助成制度の説明のリーフレット 説明者用のマニュアル
2	申請書類持参	申請書類受け取り	申請書類のチェックリスト
3	医療費償還払いの手続き	申請書類受け取り	説明のリーフレット 説明者用のマニュアル

- (5) 医療機関及び薬局の追加は件数が少なく、また、保健指導への対応は県庁が作成した「肝疾患保健指導者テキスト」を活用する。

5 まとめ

広島県では、様々な申請業務があり、地方機関が窓口となる申請業務では、申請者、窓口対応者、県庁担当者が関与することとなる。

県民起点で申請事務を見直して、申請者への説明方法を改善することにより、申請者が窓口で提出する段階で、書類が適切に提出されることになれば、担当者が書類を受け、県庁に進達することで各担当者の負担も少なくなる。

この研究で、申請者向けのリーフレット、担当者用の説明マニュアルを作成して、申請業務の効率化を図った。

説明者用のマニュアルは、全県共通のものを当初検討した。しかしながら、所・支所ごとに申請件数が異なることや、必要書類を市町で入手するにあたって、市町によって様式等が異なるため異版を作成するにとどめた。

6 おわりに

申請者が安心して治療に専念でき、医療費等の申請が心身の負担とならぬよう今回媒体を作成した。

今後も申請業務では、県民起点で申請者に対応して行き、また、現場からの視点で県担当者との連携を図り、業務を充実させていきたい。

肝炎治療費助成制度の申請業務に関するアンケート

当所では肝炎治療費助成事業事務の見直しを行っています。

お忙しいとは思いますが、次の質問項目に回答をお願いします。はい・いいえは該当の番号を○で囲んでください。

1 平成22年度の受付件数はどれくらいですか？

種 別	件 数
B型ウイルス性肝炎インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療	
C型ウイルス性肝炎インターフェロン治療	
医療費の償還払い	
指定医療機関等変更・追加	
肝炎治療対象者変更届	
受給者証の再交付, 返還	

2 申請者と初回面接をして、書類を受ける時に揃っていない書類が多い順に番号を付けてください。(担当者が把握している大まかな数で結構です。)併せて、何か対応策があれば記入してください。

(1) 肝炎治療費受給者証交付申請の場合

書 類	順 番	対応策
申請書		
診断書		
被保険者証・組合員証等の写し		
住民票の写し		
課税年額を証する書類		

(2) 肝炎治療費支給申請(償還払い)の場合

書 類	順 番	対応策
申請書		
領収書		
医療内容, 保険点数等が記載された書類		

3 貴所では、マニュアル・リーフレットを使用していますか？

(1) はい→【使用しているマニュアル・リーフレットを当所へ送ってください。】

(2) いいえ

4 昨年度健康対策課が作成した「肝炎治療受給者証(インターフェロン治療・核酸アナログ製剤治療)交付申請受付マニュアル」を活用していますか？いいえの場合は理由と改善点を教えてください。

(1) はい

(2) いいえ→

理由
改善点

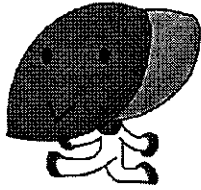
5 申請者から書類提出時に質問がありますか？はいの場合は具体的に内容を記入してください。

(1) はい→ ()

(2) いいえ

6 事務の改善点があれば記入してください。

御協力ありがとうございます。



広島県肝炎治療費医療助成制度

申請手続

制度の概要

対象となる方

県内に住所があり、県が指定の専門医療機関（専門医療機関はかかりつけ医が御紹介します。）で、次の疾患であると診断され、かつ認定基準を満たし、県が認定した方です。

B型慢性肝疾患	インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療
C型慢性肝疾患	インターフェロン治療

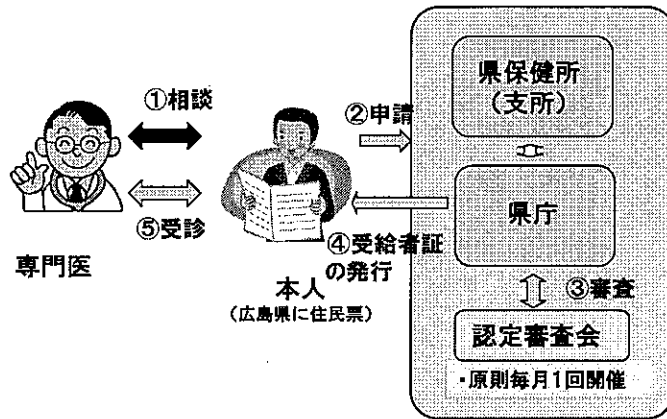
助成の内容

助成対象となる治療費（保険診療分）について、窓口での負担額が患者の自己負担限度月額の上限を超えた場合に、公費で助成します。

流れ

申請書等が提出されたら、県が設置する「認定審査会」で審査を受け、認定された方に対して、申請者へ郵送により受給者証を交付します。

※ 認定審査会で承認された場合は④～⑤の流れになりますが、不承認になることもあります。



申請時提出する書類

インターフェロン治療

(新規申請)

- ア 肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）交付申請書
- イ 肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の交付申請に係る診断書（新規）

※インターフェロン、インターフェロン2回目、3剤併用の診断書であるので、該当の診断書で申請してください。

核酸アナログ製剤治療

(新規申請)

- ア 肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤）交付申請書
- イ 肝炎治療受給者証核酸アナログ製剤治療の交付申請に係る診断書（新規）

※更新申請の場合の診断書は「更新」用で申請してください。

- ウ 患者さんの健康保険証等の写し
 - エ 世帯全員（続柄を含む）が記載されている住民票（外国人の方は外国人登録原票記載事項証明書）
 - オ 世帯全員の市町民税（所得割）の課税年額を証明する書類
- ※ ウ～オは新規、インターフェロン治療2回目及び核酸アナログ製剤治療の更新の場合も提出が必要です。

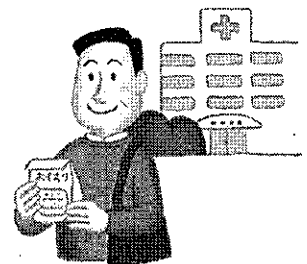
各添付書類の注意事項

イの診断書

診断書は申請する種類によって様式が異なります。治療の種類、申請の回数（新規・2回目・更新）を主治医に確認のうえ、診断書を準備してください。治療内容の異なる診断書で申請された場合は審査ができないことがありますので注意してください。

エの世帯全員が記載された住民票

「世帯全員の住民票の原本と相違ない」と証明されたものであること。（市町で世帯全員の住民票の写しの申請をすると記載されます。）



オの世帯全員の市町民税（所得割）の課税年額を証明する書類

- 1 肝炎医療費助成制度は、世帯全員の市町民税課税年額（所得割）の合算額によって、患者さんの自己負担限度額（月額）が決定されます。そのため、世帯全員の住民票に記載された方全員の市町民税課税（非課税）証明書（原本）の提出が必要となります。
- 2 中学生までの世帯員の市町民税課税（非課税）証明書については省略できます。
- 3 世帯員のうち、受給者かその配偶者の市町民税課税年額（所得割）が 235,000 円以上の場合は、その方の市町民税課税証明書の提出のみで結構です。
- 4 申請時期による市町民税課税証明書の提出は次のとおりです。
- 5 市町が発行する市町民税の決定（納税）通知書でも可（ただし原本確認が必要）です。

申請時期	市町民税課税証明書の年次
1月から6月末	前々年分
7月から12月末	前年分

※5月末から6月にかけては所得区分の年度替りの時期ですので、前々年分か前年分のいずれかの所得証明書を提出してください。

※市町が発行する市町民税の決定（納税）通知書でも可（ただし原本確認が必要）です。

市町民税課税合算対象除外申請をする場合（各必要書類に追加）

- ア 市町民税課税額合算対象除外希望申告書
 - イ 受給者の配偶者以外で除外を希望する世帯員の健康保険証等の写し
- ※上記の書類で扶養関係が確認できない場合は別の書類を求めることがあります。

市町民税課税合算対象除外申請

肝炎医療費助成制度は、受給者の属する世帯全員の市町民税課税年額（所得割）に応じて、1か月あたりのインターフェロン治療及び核酸アナログ製剤治療にかかる自己負担額が決定されます。

配偶者以外の者であって、対象患者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、該当する世帯の市町民税課税額の合算対象から除外することができます。除外を希望される場合は、合算対象除外の申請が必要です。

しかし、市町民税課税額合算対象から世帯員を除外して合算しても自己負担限度額に変更がない場合は申請の必要はありません。

例 同居の娘との扶養関係

	市町民税課税年額	娘さんと扶養関係	
		あり	なし
本人	200,000 円	200,000 円	200,000 円
同居の奥さん	20,000 円	20,000 円	20,000 円
同居の娘さん	20,000 円	20,000 円	—
合計	—	240,000 円	220,000 円
自己負担限度額	—	20,000 円	10,000 円



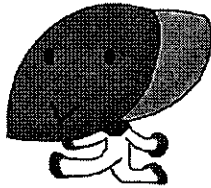
各種書類の窓口

1 住民票等

	証明書の種類 (1通の料金)	持ってくるもの	どこで
呉市	住民票の写し, 住民票の記載事項証明書, 外国人登録原票記載事項証明書 (各 300 円)	<ul style="list-style-type: none"> ・請求される方の本人確認ができる書類の提示が必要です。 ・委任を受けた方が請求されるときは委任状が必要です。 	市民課, 各支所 市民サービスコーナー 子育て支援課
江田島市	住民票, 住民票記載事項証明書 (各 200 円)	<ul style="list-style-type: none"> ・同一世帯以外の代理の方は, 委任状が必要な場合があります。 ・申請人の本人確認証が必要です。(免許証・保険証など) 	本庁, 支所 出張所, 連絡所 市民サービスセンター

2 市町民税課税 (非課税) 証明書

	1通の料金	持ってくるもの	どこで
呉市	300 円	<ul style="list-style-type: none"> ・申請者本人を確認できる官公署が発行した各種証明書が必要です。 ・代理の方が請求される場合は委任状が必要です。 	市民税課 各支所
江田島市	200 円	<ul style="list-style-type: none"> ・申請者本人を確認できる管公署が発行した各種証明書が必要です。 ・代理の方が請求される場合は委任状が必要です。 	税務課 各支所 市民サービスセンター



広島県のウイルス性肝炎治療費助成制度

償還払い

医療費償還のしくみ

受給者証がお手元に届くまでの期間に支払ったインターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療などの医療費は、償還払いの方法により限度額を超えた部分が払い戻されます。高額療養費が支給される場合は広島県からの償還額は、高額療養費の限度額までとなります。この場合、保険者に高額療養費の支給申請が必要です。

(償還の一例)

医療費支払 150,000 円



医療機関・薬局

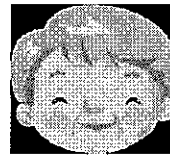
入院：100,000 円
外来：50,000 円

受給者 月額自己負担額 10,000 円

<健康保険の適用区分>

70歳未満『一般』

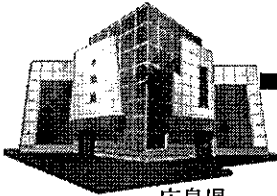
高額療養費の限度額 78,930 円



合計 140,000 円

68,930 円償還

71,070 円償還



広島県



保険者

提出書類

- ア 肝炎治療医療費支給申請書
- イ 医療機関・薬局が発行した領収書の写し
- ウ 医療、調剤内容、保険点数等が記載された書類（コピー可、医療機関及び薬局ごとに分けてコピーしてください。）
- エ 肝炎治療費助成にかかる医療費（薬剤費）確認書（月ごと、医療機関・薬局ごとに分けて申請する。）
- オ 高額療養費の適用となる場合は、支給決定額の分かる書類（支給決定通知書等）
- カ 振込み先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳の写し等）

注意事項

- ア 入金まで4ヵ月以上かかる。
- イ 助成対象となっていない医療費等は除外して算定するため、申請時の額が変更となる場合がある。



高額療養費支給決定通知書の必要な方

1か月に支払った治療費が、次の「1 限度額について」に示す自己負担限度額を超えている場合、高額療養費を請求することができます。

高額療養費申請の際は、肝炎治療費の公費助成を受けることとなった旨を窓口に出してください。(肝炎治療受給者証を持参すること。)

1 限度額について

70歳未満の方の場合

- ① 上位所得者（月収 53 万円以上の方など）
- ② 一般（①，③該当しない方）
- ③ 低所得者（住民税が非課税の方）

所得区分	1か月の負担の上限額
①上位所得者	150,000 円+ (医療費-500,000 円) ×1%
②一般	80,100 円+ (医療費-267,000 円) ×1%
③低所得者	35,400 円 (定額)

70歳以上の方の場合

- ① 現役並み所得者（月収 28 万円以上などの窓口負担 3 割の方）
- ② 一般
- ③ 低所得者（住民税が非課税の方）
 - I（年金収入のみの方の場合、年金受給額 80 万円以下など、総所得金額がゼロの方）
 - II（I 以外の方）

所得区分		外来 (個人ごと)	1か月の負担の上限額
①現役並み所得者		44,400 円	80,100 円+ (医療費-267,000 円) × 1 %
②一般		12,000 円	44,400 円
③低所得者	II	8,000 円	24,600 円
	I		15,000 円

2 対象医療費

- ① 対象となるのは「治療費」です。保険診療以外は対象になりません。
- ② 同じ月に入院と通院がある場合や複数の医療機関で受診している場合は、合算できるものとできないものがあります。

3 高額療養費の申請窓口

被保険者証発行の市町窓口、全国健康保険協会広島支部、健康保険組合等にお問い合わせください。

項目	内 容															
対象者	<input type="checkbox"/> 県内に住所がある方。 <input type="checkbox"/> 県が指定した専門医療機関で、インターフェロン治療、核酸アナログ製剤（ラミブジン、アデホビル、エンテカビル）治療が必要と診断された方。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療の場合、肝がんの合併がない方															
助成内容	<input type="checkbox"/> 広島県が指定した医療機関や薬局でインターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療を受けた場合の診療の患者負担額（月額）から対象の治療にかかる保険診療の患者負担額（月額）から患者負担額の上限を除いた額を助成															
自己負担限度額	<table border="1" data-bbox="422 593 1364 817"> <thead> <tr> <th data-bbox="422 593 1077 638">階層区分</th> <th data-bbox="1077 593 1364 638">自己負担限度月額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="422 638 1077 728">世帯の市町民税課税年額（所得割）が 235,000 円以上の場合</td> <td data-bbox="1077 638 1364 728">20,000 円</td> </tr> <tr> <td data-bbox="422 728 1077 817">世帯の市町民税課税年額（所得割）が 235,000 円未満の場合</td> <td data-bbox="1077 728 1364 817">10,000 円</td> </tr> </tbody> </table> <input type="checkbox"/> 医療費の自己負担額 <table border="1" data-bbox="422 862 1364 1176"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="422 862 1364 907">ひと月あたりの医療費＝自己負担限度額＋県が負担＋高額療養費から払い戻し</td> </tr> <tr> <td data-bbox="422 907 790 963">自己負担限度月額</td> <td data-bbox="790 907 1364 963">10,000 円、20,000 円で申請者の負担部分</td> </tr> <tr> <td data-bbox="422 963 790 1041">県が負担</td> <td data-bbox="790 963 1364 1041">高額療養費相当額、自己負担限度額を差し引いた額（償還払い部分）</td> </tr> <tr> <td data-bbox="422 1041 790 1176">高額療養費から払い戻し（高額療養費の対象になる方）</td> <td data-bbox="790 1041 1364 1176">医療費の患者負担が一定限度を超えた場合に加入保険から払い戻される制度で、各保険者に請求する。</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 高額療養費に該当する部分は、助成の対象外となる。		階層区分	自己負担限度月額	世帯の市町民税課税年額（所得割）が 235,000 円以上の場合	20,000 円	世帯の市町民税課税年額（所得割）が 235,000 円未満の場合	10,000 円	ひと月あたりの医療費＝自己負担限度額＋県が負担＋高額療養費から払い戻し		自己負担限度月額	10,000 円、20,000 円で申請者の負担部分	県が負担	高額療養費相当額、自己負担限度額を差し引いた額（償還払い部分）	高額療養費から払い戻し（高額療養費の対象になる方）	医療費の患者負担が一定限度を超えた場合に加入保険から払い戻される制度で、各保険者に請求する。
階層区分	自己負担限度月額															
世帯の市町民税課税年額（所得割）が 235,000 円以上の場合	20,000 円															
世帯の市町民税課税年額（所得割）が 235,000 円未満の場合	10,000 円															
ひと月あたりの医療費＝自己負担限度額＋県が負担＋高額療養費から払い戻し																
自己負担限度月額	10,000 円、20,000 円で申請者の負担部分															
県が負担	高額療養費相当額、自己負担限度額を差し引いた額（償還払い部分）															
高額療養費から払い戻し（高額療養費の対象になる方）	医療費の患者負担が一定限度を超えた場合に加入保険から払い戻される制度で、各保険者に請求する。															
助成期間	<input type="checkbox"/> 申請書を提出した月の初日から原則 1 年以内で治療予定期間に即した期間 ※インターフェロン治療における C 型慢性肝炎の難治症例で、一定要件を満たす方は最大 1 年半助成する。 <input type="checkbox"/> 副作用等により本人に帰責性のない理由による治療休止期間がある場合、2 ヶ月を限度として助成期間が延長できる。 <input type="checkbox"/> 3 剤併用療法は 24 週となる予定である。（受給者証の有効期間は 7 ヶ月）															
申請手続	<input type="checkbox"/> 申請書（他の様式と併せて県保健所窓口等で配布している。） <input type="checkbox"/> 診断書（県指定の専門医療機関の専門医による診断書） <input type="checkbox"/> 申請者の氏名が記載された被保険者証、組合員証等の写し <input type="checkbox"/> 申請者及び申請者と同一の世帯に属する全員の記載のある住民票の写し 「世帯全員の住民票の原本と相違ない」と証明されたもの <input type="checkbox"/> 世帯全員の市町民税（所得割）課税年額により、負担額の上限を決定するため、世帯全員の市町民税（所得割）課税年額の状態を確認できる書類を提出 ※市町が発行する市町民税の決定（納税）通知書も可（原本確認が必要）。なお、乳幼児や義務教育年齢期間にある者の証明書の提出は不要である。 <table border="1" data-bbox="406 1870 1364 2004"> <thead> <tr> <th data-bbox="406 1870 758 1915">交付申請時期</th> <th data-bbox="758 1870 1364 1915">提出書類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="406 1915 758 1960">1 月から 5 月まで</td> <td data-bbox="758 1915 1364 1960">申請月の属する年の前年度分</td> </tr> <tr> <td data-bbox="406 1960 758 2004">6 月から 12 月まで</td> <td data-bbox="758 1960 1364 2004">申請月の属する年現年度分</td> </tr> </tbody> </table> ※自己負担限度額が高くなる場合に合算対象から除外することができる。		交付申請時期	提出書類	1 月から 5 月まで	申請月の属する年の前年度分	6 月から 12 月まで	申請月の属する年現年度分								
交付申請時期	提出書類															
1 月から 5 月まで	申請月の属する年の前年度分															
6 月から 12 月まで	申請月の属する年現年度分															

市町民税課税合算対象除外

配偶者以外の者であって、対象患者及びその配偶者と相互に地方税法上及び医療保険上の扶養関係にない者については、該当する世帯の市町民税課税額の合算対象から除外することができる。

※例えば 患者Aさんの世帯

	市町民税課税年額	娘さんと扶養関係	
		あり	なし
本人	200,000 円	200,000 円	200,000 円
同居の奥さん	20,000 円	20,000 円	20,000 円
同居の娘さん	20,000 円	20,000 円	—
合計	—	240,000 円	220,000 円
自己負担限度額	—	20,000 円	10,000 円

申請窓口
問い合わせ先

申請書類は、県保健所（支所）担当窓口又は県庁に提出してください。

認定及び
[支給額]が届くまで

毎月審査会が開催され、認定された場合は、県庁から直接申請者に「肝炎受給者証」（以下「受給者証」という。）が送られる。

「受給者証」が届くまでは、医療費の自己負担分を支払い、領収証を保管する。

※払った自己負担額

「受給者証」が送られる時に償還払いの申請書及び説明書が同封されている。

助成の開始日から受給者証を使用するまでの間のインターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療費のうち、高額療養費相当額と自己負担限度額を差し引いた額を還付申請することにより、払い戻しを受けることができる。

「受給者証」が届いた場合

申請して、県から認定されると「受給者証」が交付される。

「受給者証」を「健康保険証」等と一緒に受給者証に記載のある医療機関・薬局の窓口に提示することで、自己負担限度額まで支払って、インターフェロン治療、核酸アナログ製剤治療を受ける。

自己負担限度額月額管理票

自己負担限度月額の到達状況を管理するが、自己負担限度額に達して以後はその月の支払いがない。

使い方

医療機関・薬局の各窓口で、受給者証、被保険者証とともに、管理票を必ず提示してください。

受給者証の表面に記載の自己負担限度月額（1万円又は2万円）に達するまで、窓口で支払うとともに、医療機関・薬局へ、自己負担額（支払った額）の管理票への記入及び押印を依頼してください。

償還払い（肝炎治療医療費支給申請）説明用（担当者）

項目	内容								
償還払い	<input type="checkbox"/> 助成開始月からこれまでに自己負担額を超えて、立て替えている医療費がある場合、次の書類を月ごとにまとめて申請してください。								
提出書類	<input type="checkbox"/> 肝炎治療医療費支給申請書（様式 11-1 号） <input type="checkbox"/> 医療機関・薬局が発行した領収証の写し <input type="checkbox"/> 医療、調剤内容、保険点数等が記載された書類 ※コピーの提出も可能であるが、医療機関、薬局ごとに分ける。 <input type="checkbox"/> 肝炎治療費助成に係る医療費（薬剤費）確認書（様式 11-1 号） ※診療、調剤を受けた各医療機関、薬局へ、確認書の記載を依頼する。 <input type="checkbox"/> 高額療養費の適用となる場合は、支給決定額の分かる書類（支給決定通知書等） <input type="checkbox"/> 振込先金融機関の口座が分かる書類（預金通帳の写し等）								
注意事項	<input type="checkbox"/> 入金まで4か月以上かかる。 <input type="checkbox"/> 助成対象となっていない医療費等は除外して算定するため、申請時の額が変更となる場合がある。 <input type="checkbox"/> 助成対象となっていない治療や文書料などは、除外して算定する。 <input type="checkbox"/> 高額療養費に該当する部分は、肝炎治療費助成の対象外となる。 <input type="checkbox"/> 県へ提出された領収証等に不明な点があった場合は、医療機関・薬局、被保険者証発行者へ県庁等から直接確認することがある。								
高額療養費の適用となる方	<input type="checkbox"/> 高額療養費の適用となる場合は、必ず高額療養費の申請を先に行い、高額療養費の支給決定額の確定を受けてから、償還払いの申請を行ってください。 ※支払決定通知書の添付がない場合は、概算で算出することとなる。 <input type="checkbox"/> 高額療養費の申請を行う際は、肝炎治療費の公費助成を受けることとなった旨、必ず窓口に出してください。（肝炎治療受給者証を持参すること。） <input type="checkbox"/> 限度額について <u>70歳未満の方の場合</u> ① 上位所得者（月収 53 万円以上の方など） ② 一般（①、③該当しない方） ③ 低所得者（住民税が非課税の方） <table border="1" data-bbox="427 1487 1270 1671"> <thead> <tr> <th>所得区分</th> <th>1 か月の負担の上限額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①上位所得者</td> <td>150,000 円+（医療費－500,000 円）×1%</td> </tr> <tr> <td>②一般</td> <td>80,100 円+（医療費－267,000 円）×1%</td> </tr> <tr> <td>③低所得者</td> <td>35,400 円（定額）</td> </tr> </tbody> </table> <u>70歳以上の方の場合</u> ① 現役並み所得者（月収 28 万円以上などの窓口負担 3 割の方） ② 一般 ③ 低所得者（住民税が非課税の方） I（年金収入のみの方の場合、年金受給額 80 万円以下など、総所得金額がゼロの方） II（I 以外の方）	所得区分	1 か月の負担の上限額	①上位所得者	150,000 円+（医療費－500,000 円）×1%	②一般	80,100 円+（医療費－267,000 円）×1%	③低所得者	35,400 円（定額）
所得区分	1 か月の負担の上限額								
①上位所得者	150,000 円+（医療費－500,000 円）×1%								
②一般	80,100 円+（医療費－267,000 円）×1%								
③低所得者	35,400 円（定額）								

所得区分		外来 (個人ごと)	1か月の負担の上限額
①現役並み所得者		44,400 円	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1 %
②一般		12,000 円	44,400 円
③低所得者	II	8,000 円	24,600 円
	I		15,000 円

2 対象医療費

- ① 対象となるのは「治療費」で、保険診療以外は対象になりません。
 - ② 同じ月に入院と通院がある場合や複数の医療機関で受診している場合は、対象医療費となるものとならないものがある。
- 高額療養費について、詳しくは各保険者に確認してください。

高額療養費助成制度の問い合わせ先

制 度		対 象 者	保 険 者 の 問 い 合 せ 先
健 康 保 険	組管管掌健康保険	健康保険組合に加入した会社に所属する社員、およびその扶養家族	各健康保険組合担当窓口
	協会けんぽ (全国健康保険協会管掌健康保険)	健康保険組合に加入していない会社に属する社員、及びその扶養家族	全国健康保険協会広島支部
国民健康保険		農業、自営業者、自由業者、会社を退職して健康保険等を脱会した方	呉市保険年金課 江田島市保険医療課
		国保組合を組織する業種で働く方	各国保組合担当窓口
共済組合 (短期給付)		公務員、一部の独立行政法人職員、日本郵政公社職員、私立学校教職員	各共済組合担当窓口
船員保険 (疾病部門)		一定基準以上の客船・貨物船の船員	広島県社会保険協会
後期高齢者医療制度 (長寿医療制度)		原則として 75 歳以上の方全員 (65 歳以上で寝たきり等、一定の障害があると認定を受けている方)	広島県後期高齢者医療 広域連合