

限度額適用認定証（減額認定証）を申請された方へ

限度額適用認定証を医療機関の窓口で提示すると、1か月の医療費の支払を自己負担限度額にとどめることができます。

● 自己負担限度額（70歳未満の方）

適用区分	世帯の総所得金額※1	1か月の自己負担限度額（3回目まで）
ア	901万円超	252,600円＋（総医療費※2－842,000円）×1％
イ	600～901万円以下	167,400円＋（総医療費※2－558,000円）×1％
ウ	210～600万円以下	80,100円＋（総医療費※2－267,000円）×1％
エ	210万円以下	57,600円
オ	住民税非課税世帯※3	35,400円

※1 総所得金額…収入総額－（必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等）－基礎控除（43万円）
所得が不明な場合（転入直後や未申告等）は、適用区分「ア」とみなされます。
海外からの転入の（市民税の賦課期日である1月1日以降）場合は、課税区分が適用されます。
※2 総医療費…医療費10割分の金額
※3 住民税非課税世帯…同一世帯の世帯主と国保被保険者が低所得であることにより住民税が非課税となっている世帯のこと

- 保険診療の対象とならない費用（食事代、差額ベッド代等）は対象となりません。
- 支払いが複数の医療機関にわたる場合は、それぞれの医療機関で限度額までの支払いとなります。同一の医療機関でも、外来と入院は別計算、外来でも歯科（口腔外科）は別計算となります。
※ただし、右下の医療費の合算の仕方を確認いただき、合算した金額が自己負担限度額より高くなる場合、支払後に高額療養費を申請できます（詳細は右下参照）。
- 原則、限度額適用認定証の交付を受けた月の1日から有効になります。
（交付月に長浜市国民健康保険に加入した場合は、加入の日から有効になります）
- 適用区分は、前年または前々年の所得により判定します。
1月～7月分…前々年の所得により判定、8～12月分…前年の所得により判定
- 世帯の所得に変更があった場合等には、再度適用区分の判定を行います。再判定の結果により、適用区分が変更されることがあります。
- 有効期限が切れる際には再度申請が必要です（申請の際は裏面をご確認ください）。

● 過去12か月以内に自己負担限度額に3回到達すると、4回目から限度額が変わります。

4回目以降は右表の上限額になります。

適用区分	4回目以降の限度額
ア	140,100円
イ	93,000円
ウ	44,400円
エ	44,400円
オ	24,600円

- 適用区分が「オ：住民税非課税」の方は、提示することで入院時の食事代が減額されます。

適用区分	食事代（1食あたり）	※令和7年4月1日～
ア・イ・ウ・エ	510円※1	
オ （住民税非課税）	過去12か月間の入院日数が通算して90日までの入院	240円
	過去12か月間の入院日数が通算して90日を超える入院（長期入院該当※）	190円

※1 指定難病患者または、小児慢性特定疾病児童等の方は300円（1食につき）

◆ 長期入院該当とは

- 所得区分がオ（住民税非課税世帯）であった12か月以内に入院日数が通算して90日を超えると、申請により食事代がさらに減額される制度です。
- ・ 別途、長期入院該当の申請が必要です。申請した日から認定されますので、90日を超えたらお早めに申請ください。
 - ・ 長期入院該当の認定を受けるためには、入院期間がわかるもの（領収書等）を申請時にお持ちください。
 - ・ 申請があった日の翌月1日が長期入院該当日となります。申請日から申請月末までの入院分は、一旦ご負担いただき、後日の申請により差額を給付します。



複数の医療機関や薬局で医療費を支払っている場合、高額療養費が請求できることがあります

下記の医療費の合算の仕方によって計算した1か月の医療費の金額が、自己負担限度額より高くなる場合、申請すると自己負担限度額を超えた分が給付されます。

医療費の合算の仕方（70歳未満の方のみの世帯）

（70歳以上の国保の方のみの世帯の場合、裏面をご参照ください。世帯に70歳以上の国保の方と70歳未満の国保の方の両方がおられる場合は、お問い合わせください）

医療費の領収書をご準備ください。1か月単位で計算します。

- ※ 同じ月内に受診した、同世帯の国保加入者の分は合わせて見ることができるので、国保加入者全員の領収書をご準備ください。
- ① 領収書の受診日を確認し、受診した月ごとに分別する
 - ② 受診者名で領収書を分別する。さらに医療機関（入院・外来・歯科（口腔外科）ごとに分ける）・薬局で領収書を分別する
 - ③ 外来と、外来時の処方箋で処方された薬局の領収書を合わせる
 - ④ ②～③で分別した領収書の束ごとに、保険適用になっている自己負担額を合計する
 - ⑤ ④の束から21,000円を超える束だけ取り出し、金額を合計する
※70歳未満の場合、合算に必要な最低額が21,000円です
 - ⑥ 合計した金額が左上表の自己負担限度額より高い場合、高額療養費が請求できます。

例 世帯の所得区分が「エ」のA男さんとB子さん2人が国保の世帯で、1か月の医療費を計算する場合

A男さん(65歳)	A男さんが医療機関を受診した分の領収書(1か月分合計)			B子さんが医療機関を受診した分の領収書(1か月分合計)	F薬局(E病院処方)
	C病院(入院) 50,000円	C病院(外来) 6,000円	D薬局(C病院処方) 3,000円		
B子さん(60歳)	B子さんが医療機関を受診した分の領収書(1か月分合計)			E病院(外来) 20,000円	F薬局(E病院処方) 2,000円
	C病院(外来) 2,000円	E病院(外来) 20,000円	F薬局(C病院処方) 3,000円		

→ 請求手続き：医療費の領収書（条件が揃えば省略できます）、世帯主の口座がわかるものを保険年金課または北部合同庁舎くらし窓口課、各市民サービス窓口にお持ちください。

●自己負担限度額（70歳以上75歳未満の方）

※令和7年8月1日～

適用区分	所得区分	外来の限度額 (個人)	入院の限度額 (世帯上限)
現役並み Ⅱ	課税標準額が380万円以上690万円未満の70歳以上の国保被保険者がいる世帯の人	167,400円+(総医療費－558,000円)×1%	
現役並み Ⅰ	課税標準額が145万円以上380万円未満の70歳以上の国保被保険者がいる世帯の人	80,100円+(総医療費－267,000円)×1%	
Ⅱ	世帯主と国保被保険者が住民税非課税の世帯の人(Ⅰ以外)。	8,000円	24,600円
Ⅰ	世帯主と国保被保険者が住民税非課税の世帯で、各所得から必要経費・控除(年金の所得は80.67万円)を差し引いたときに0円になる人。	8,000円	15,000円

- ・ 保険診療の対象とならない費用(食事代、差額ベッド代等)は対象となりません。
- ・ 支払いが複数の医療機関にわたる場合は、それぞれの医療機関で限度額までの支払いとなります。同一の医療機関でも、外来と入院は別計算、外来でも歯科(口腔外科)は別計算となります。
※ ただし、右上の医療費の合算の仕方を確認いただき、合算した金額が自己負担限度額より高くなる場合、支払後に高額療養費を申請できます(詳細は右上参照)。
- ・ 原則、限度額適用認定証の交付を受けた月の1日から有効になります。
(交付月に長浜市国民健康保険に加入した場合は、加入の日から有効になります)
- ・ 適用区分は、前年または前々年の所得により判定します。
1月～7月分…前々年の所得により判定、8～12月分…前年の所得により判定
- ・ 世帯の所得に変更があった場合等には、再度適用区分の判定を行います。再判定の結果により、適用区分が変更されることがあります。
- ・ 有効期限が切れる際には再度申請が必要です。

●70歳以上75歳未満の方で区分が「Ⅱ」「Ⅰ」の方は、入院時の

食事代が減額されます。※「現役並みⅡ」「現役並みⅠ」の方は対象外です。

適用区分	食事代(1食あたり)	※令和7年4月1日～
Ⅱ	過去12か月間の入院日数が通算して90日までの入院	240円
	過去12か月間の入院日数が通算して90日を超える入院(長期入院該当※)	190円
Ⅰ	110円	

◆長期入院該当とは

所得区分がⅡであった12か月以内に入院日数が通算して90日を超えると、申請により食事代がさらに減額される制度です。

- ・ 別途、長期入院該当の申請が必要です。申請した日から認定されますので、90日を超えたらお早めに申請ください。
- ・ 長期入院該当の認定を受けるためには、入院期間がわかるもの(領収書等)を申請時にお持ちください。
- ・ 申請があった日の翌月1日が長期入院該当日となります。申請日から申請月末までの入院分は、一旦ご負担いただき、後日の申請により差額を給付します。



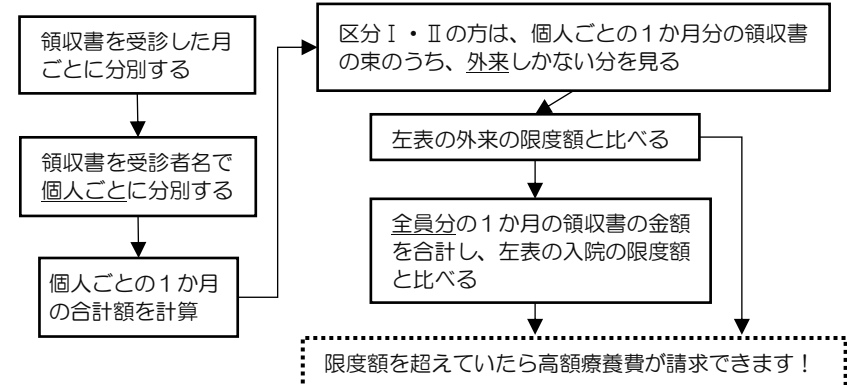
複数の医療機関や薬局で医療費を支払っている場合、
高額療養費が請求できることがあります

・医療費の合算の仕方(70歳～74歳の方のみの世帯の場合)

(70歳未満の国保の方のみの世帯の場合、裏面をご参照ください。世帯に70歳以上の国保の方と70歳未満の国保の方の両方がおられる場合はお問い合わせください)

医療費の領収書をご準備ください。1か月単位で計算します。

- ※ 保険適用の金額のみが対象です。
- ※ 同じ月内に受診した、同世帯の国保加入者の分は合わせて見ることができるので、国保加入者全員の領収書をご準備ください。



→請求手続き：医療費の領収書(条件が揃えば省略できます)、世帯主の口座がわかるものを保険年金課または北部合同庁舎くらし窓口課、各市民サービス窓口にお持ちください。

<申請について>

7月と8月の間で有効期限が切れるため、マイナ保険証の方で翌年度も必要な場合は再度申請が必要です。限度額認定証を発行する方の資格確認書と、来庁される方の身分証明書をお持ちください。
また、マイナンバーカードを健康保険証として利用すれば、事前の手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、ぜひご利用ください。

- ・ 申請日時点において、世帯に国民健康保険料の滞納がない場合に認定証を交付します。
- ・ 世帯の国民健康保険被保険者全員が、前年中所得の申告をしている必要があります。
(※転入や未申告などにより、所得が不明な場合は、適用区分「ア」とみなされます。)
- ・ 別世帯の方が申請する場合は、委任状が必要です。

世帯の状況が変更されたこと等に伴い、認定証の適用区分が変更となった場合は、認定証を医療機関窓口で提示してかかった保険給付の差額を返還いただくことがあります。
また、認定証の交付後に保険料の滞納が判明した場合は、認定証を返還いただくことがあります。

お問い合わせ

保険年金課

☎65-6512