

고액요양비



<70 세 미만인 분>

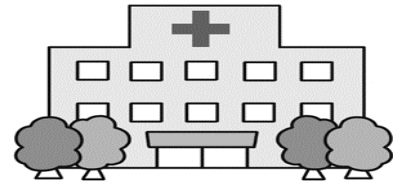
1 달동안의 의료비 자기부담액이 고액으로 되어 다음의①~③중에서 어느하나가 해당하는 경우에는 신청하시면 고액요양비가 환급되어 집니다. 또한 환급은 진료내용의 심사결과에 근거하여 실시되기 때문에 진찰받은 달로부터 대략 3 개월 반 뒤가 됩니다.

- ① 동일한 사람이 1 달동안 같은 의료기관에서 지불한 자기부담액이 아래표 왼쪽의 **한도액**을 초과한 경우, 초과한 금액을 지급합니다.
- ② 같은 달에 같은 세대에서 의료비의 자기부담액이 **21,000 엔** 이상이 될 때 **2 건이상** 있을 경우는 각각의 금액을 합산하여 아래표의 **한도액**을 초과한 금액을 지급합니다.
- ③ **과거 12 개월 간에** 하나의 세대의 지급이 **4 회 이상인 경우 4 회부터는 아래표 오른쪽의 한도액**을 초과한 금액을 지급합니다.

적용구분	자기부담 한도액	4 회째 이후의 자기부담 한도액
A. 상위 소득 세대(미신고 세대)	150,000 엔 +(500,000 엔을 초과한 의료비의1%)	83,400 엔
B. 일반 세대	80,100 엔 +(267,000 엔을 초과한 의료비의1%)	44,400 엔
C. 주민세 비과세 세대	35,400 엔	24,600 엔

[계산상의 주의]

- 1 월 1 일부터 말일까지 1 달로서 계산되어 집니다.
2. 의료기관 별로 계산합니다.(제제 약국은 원의 처방전을 발행한 의료기관과 합산합니다.)
- 3 같은 의료기관이라도 입원과 외래 의과와 치과는 별도로 계산합니다.(입원중에 치과 이외의 진료과를 진료 받은 경우에는 합산합니다.)
- 4 입원 중의 식사비와 개인병실 등은 대상에서 제외 됩니다.



◆상위소득세대

기초공제 후의 소득금액등이 600 만엔을 초과하는 세대

<한도액 적용 인정증>

70 세 미만의 분은 [한도액적용 인정증] 의 교부를 받아서 의료기관에 제시하면 입원에 한하여 자기부담한도액까지 지불이 되어 일시적인 비용부담이 가볍게 됩니다.

- [한도액적용인정증]의 교부를 받기 위해서는 거주지의 시구읍면 사무실에서 신청이 필요합니다. 국민건강보험의 보험증, 인감을 가져와 주시기 바랍니다.
- 입원시에는 가급적 빨리 의료기관에 제시하여 주시기 바랍니다.
- 주민세 비과세 세대 분은 [한도액 적용·표준부담액 감액인정증] 이 교부되어 식사비도 경감되어 집니다.
- 한도액인정증의 교부를 받지 못한 분은 수령 위임, 고액 대부라고 하는 제도를 이용하는 것이 가능한 경우가 있습니다. 거주지의 시구읍면 사무소에 상담하여 주시기 바랍니다.
- * 건강보험을 가입한 분의 수속은 사회보험사무소·건강보험조합 등에서 가능합니다.
- 입원한 달 이내로 수속을 하면 그 달의 1 일로 거슬러 올라가 인정증이 발행되지만 다음달로 될 경우 1 일로 되지 않으므로 신속히 수속을 하여 주시기 바랍니다.

<특정질병>

[혈우병]과 [인공투석이 필요한 만성신부전] [HM]인 분은 [특정질병요양수료증]을 창구에 제시하시면 매월 자기부담액이 1 만엔 (다만[인공투석이 필요한 만성신부전] 중에서 70 세마만으로 상위소득세대 분의 자기부담액은 2 만엔) 까지로 됩니다. 대상이 되는 분은 신청하셔서 수료증을

교부받으시기 바랍니다.

<입원시 식사요양비>

입원 중 식사비에 대해서는 하기의 전액을 지급하시게 됩니다. 남은 부분은 국민건강보험이 부담합니다.

일반가입자			1 식 260 엔
주민세 비과세 세대 (70 세 이상은 저소득Ⅱ인 분)	과거 1 년간의 입원일수	90 일까지 입원	1 식 210 엔
		90 일을 초과하는 입원	1 식 160 엔
70 세 이상 저소득Ⅰ인 분			1 식 100 엔

※ 주민세 비과세 세대의 분과 70 세 이상의 저소득Ⅱ·Ⅰ의 분은 [한도액적용·표준부담액경감 인정증]을 의료기관 창구에 제시하실 필요가 있으므로 신청하여 주시기 바랍니다.

<70 세 이상인 분>

1 개월간 의료비의 자기부담액이 아래표의 한도액을 초과한 경우에는 신청하시면 초과한 금액이 고액요양비로서 환급되어 집니다.(입원 분은 한도액까지만 청구할 수 없습니다.)

구분	외래 한도액(개인별로 계산)	입원 및 세대별 한도액
평균 소득자	44,400 엔	80,100 엔 +(267,000 円을 초과한 의료비의 1%) <44,400 円>
일반	12,000 엔	44,400 엔
저소득Ⅱ	8,000 엔	24,600 엔
저소득Ⅰ		15,000 엔

< >안은 과거 12 개월간에 하나의 세대의 지급이 4 회이상 있었을 경우의 4 회 이후의 한도액

◆평균 소득자

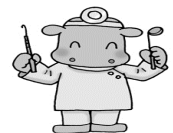
동일세대의 과세소득이 145 만엔 이상의 70 세이상인 분 또는 노인보험인 분이 있는 경우. 다만 70 세 이상인 분 또는 노인보험인 분의 수입의 합계가 2 인 이상의 경우는 520 만엔 미만, 1 인의 경우는 383 만엔 미만인 분은 신청하시면[일반]의 구분과 같이 10%의 부담이 됩니다.

◆저소득Ⅱ

주민세 과세세대에 속하는 분

◆저소득Ⅰ

주민세 비과세 세대에 속하며 그 세대의 각 소득이 필요경제·공제(연금의 소득은 공제액을 80 만엔으로 하여 계산)를 뺀 경우 0 엔으로 되는 분



[계산상의 주의]

1. 월 1 일부터 말일까지 1 개월로 계산합니다.
2. 외래에서는 개인별로 병원, 진료소, 치과, 제제 약국등 각 의료기관에 지불한 보험진료의 전액을 모두 합산하여 한도액을 초과한 금액을 계산합니다.
3. 세대별 지급액은 우선 개인별로 외래 지급액을 계산하여 그 위에 입원으로 지불한 전액을 합하여 세대별로 한도액을 초과한 분을 계산합니다.
4. 입원 중의 식사비와 개인 병실 등은 대상외 입니다.