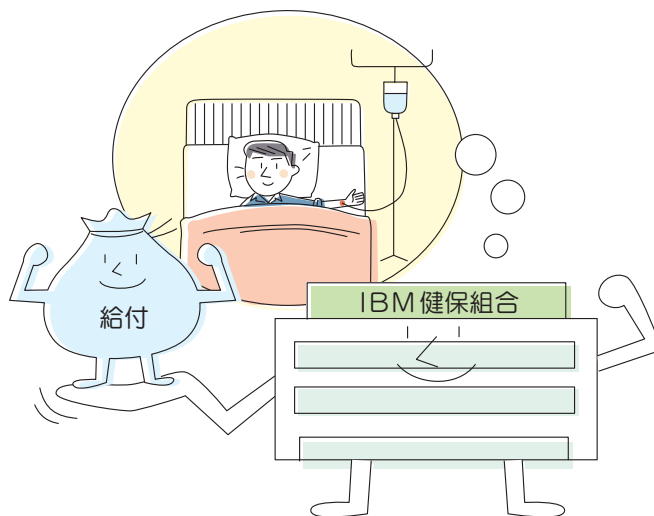


医療費負担を軽減する 健保の給付

- 高額療養費+付加金
- 保険外併用療養費



高額な医療費がかかったとき

高額療養費+付加金

● 健康保険の給付の1つ 「高額療養費」

高額療養費は所得によって自己負担限度額が異なります(下表)。なお、高額療養費は原則として償還払いですが、「健康保険限度額適用認定証」(認定証)を医療機関に提示すれば、窓口での支払いがあらかじめ自己負担限度額までで済みます。認定証は、IBM健保組合に申請し交付を受ける(※)こととなりますので、医療費が高額になりそうときには事前に申請してください。

※70歳以上の方は「高齢受給者証」が認定証と同じ役割を果たしますので、申請の必要はありません。

みなさまが病気やけがで治療を受けて支払う医療費が高額になった場合、自己負担額に限度を設けて、それを超えた場合に給付を行う高額療養費制度があります。IBM健保組合では、この法定給付にプラスして独自の付加金(付加給付)を支給、みなさまの負担ができるだけ低く抑えられます。

高額療養費と IBM 健保組合独自の付加金のしくみ

医療費の一部負担 (原則 3 割)	
自己負担限度額 (認定証利用時の窓口負担)	高額療養費 (法定給付)
★自己負担限度額は所得によって異なります(下表を参照)。	
最終的な自己負担額	付加金 (付加給付)
被保険者: 25,000 円+端数	一部負担還元金
被扶養者: 50,000 円+端数	家族療養費付加金

払い戻し



高額療養費の自己負担限度額 (70 歳未満)

※70歳以上(70～74歳)の自己負担限度額はIBM健保組合ホームページを参照してください。

所得区分	1カ月の自己負担限度額
標準報酬月額 83万円以上	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1 % (多数該当: 140,100 円)
標準報酬月額 53 ～ 79 万円	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1 % (多数該当: 93,000 円)
標準報酬月額 28 ～ 50 万円	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1 % (多数該当: 44,400 円)
標準報酬月額 26 万円以下	57,600 円 (多数該当: 44,400 円)
低所得者 (住民税非課税)	35,400 円 (多数該当: 24,600 円)

(注) 標準報酬月額: 毎月の給与を47の等級区分に当てはめた額。たとえば、給与月額が52万円の方の標準報酬月額は53万円となります。IBM健保組合ホームページ掲載の「健康保険料月額表」でご確認ください。

★ご注意★

高額療養費を計算する際には、歴月ごと、医療機関ごと、入院・通院ごとにそれぞれ計算されます。なお、保険診療分が対象となり、差額ベッド代、歯科の材料差額など保険診療でない費用(左頁「評価療養」「選定療養」を参照)や、入院中の食事代などは対象となりません。

● IBM 健保組合独自の 「付加金」

IBM健保組合では独自に、被保険者には「一部負担還元金」、被扶養者には「家族療養費付加金」を、それぞれ高額療養費にプラスして支給しています。自己負担限度額は一部負担還元金が2万5千円、家族療養費付加金が5万円(4月から改定されています)のでご注意ください。で、それを超えた額が払い戻されます(ただし、給付額の100円未満の端数切捨てのため、最終的な自己負担額はそれぞれに端数がプラスされます)。付加金については後日(約3ヵ月後)、支給されることになります。

●高額療養費の特例

世帯合算

同一世帯・同一月に2万1千円以上自己負担した医療費が複数ある場合には、合算して高額療養費の自己負担限度額を超えた額が「合算高額療養費」として支給されます。さらにこの場合でも、2万5千円（被扶養者分は5万円）を超えた額についてIBM健保組合から付加金（合算高額療養費付加金）が支給されます。

多数該当

同一世帯で1年間（直近12ヵ月）に3回（3ヵ月）以上高額療養費に該当した場合には、4回目以降は自己負担限度額が引き下げられます（限度額は右頁の表を参照）。

特定疾病

「血友病」、「抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群」、「人工透析が必要な慢性腎不全」の3種類は特定疾病と呼ばれ、自己負担は原則1ヵ月1万円までとなります（慢性腎不全のみ、標準報酬月額53万円以上の方は1ヵ月2万円まで）。該当される方はIBM健保組合に「特定疾病療養受療証」の申請をして交付を受け、受診の際に医療機関に提示してください。

詳しくはHPへ

HOME >> 健保組合の給付
 >> 医療費が高額になったとき
 >> 高額療養費
 ほか



保険外診療を受けるとき



健康保険では原則として、診療内容に一つでも保険適用外の部分が含まれている場合、すべての診療について全額患者負担の「自由診療」扱いとされることになっています。しかし、医療技術の進歩や患者ニーズの多様化に対応するため、保険外部分については自己負担とし、その他は保険診療の扱いとされることが認められているものがあります。これらに対する健康保険の給付を「保険外併用療養費」と呼んでいます。また、その対象となる医療は「評価療養」と「選定療養」の2種類に分けられます（*）。

*2016年度からは、新たに創設される「患者申出療養」（3頁参照）も対象となる予定です。

●評価療養

新しい医療技術や治療法、新薬など、将来的に保険適用とすべきかどうか評価を行うことが必要な医療を評価療養とい、下記のものが対象となります。

例 先進医療のケース

総医療費 100 万円、うち先進医療にかかる費用が 20 万円の場合

総医療費 100万円	保険適用外	先進医療部分（全額自己負担）= 20万円
	保険診療扱い 80万円	診察・検査・投薬・ 注射・入院費等 （一般治療と共通する部分） = 56万円 （保険給付）
		一部負担（原則3割）= 24万円 ※一部負担については、高額療養費およびIBM健保組合独自の付加金の支給対象となります。

- 先進医療（難病等への新しい治療法など）
- 医薬品や医療機器の治験に係る診療
- 薬事法承認後で保険収載前の医薬品や医療機器の使用
- 適応外の医薬品や医療機器の使用

●選定療養

保険適用を前提とせず、特別な病室など患者のニーズに応える医療等を選定療養とい、具体的には次のようなものが認められています。

- 特別の療養環境（いわゆる差額ベッド）
- 予約診療や時間外診療
- 大病院の初診および再診
- 180日以上入院や制限回数を超える医療行為
- 歯科の金合金等、金属床総義歯、小児う蝕の指導管理

●評価療養、選定療養を受ける際の注意

これらを取扱う医療機関では、評価療養または選定療養の内容と費用等について院内に掲示されていますので、事前に確認しておきましょう。また、医療機関は事前に治療内容や負担金額等を患者に説明し、同意を得ることになっていますので、説明をよく聞き、納得したうえで同意することが大切です。

評価療養または選定療養を受けた際の各費用については領収証が発行されますので、必ず受け取って保管しておきましょう（医療費控除の際にも必要となります）。