

# 神戸市国民健康保険で受けられる給付について

## 1. 医療機関の窓口での負担割合

保険証を提示すれば、「療養の給付」により窓口での自己負担（一部負担金）が2割または3割になります。

就学前児童：2割

就学児童～69歳：3割

70～74歳：2割または3割（現役並み所得者）。保険証と一緒に高齢受給者証を提示してください

現役並み所得者とは、70歳～74歳の国保加入者の住民税の課税所得が、各々145万円以上、または対象者全員の総所得金額等から基礎控除額を引いた合計額が210万円を超える場合です。基礎控除額は合計所得により異なり、合計所得金額2,400万円以下は43万円です。総所得金額等は雑損失の繰越控除は考慮しません。

高齢受給者証は70歳の誕生月の翌月1日（1日生まれの人は誕生月）から使えます（誕生月の下旬に郵送。1日生まれの人は誕生月の前月の下旬に郵送）。

「療養の給付」の対象となるのは、診察・治療・投薬や注射などの処置・入院及び看護（食事代は別途負担）・在宅療養（かかりつけ医の訪問診療）及び看護・訪問看護（医師が必要と認める場合）です。

## 2. 保険証が使えないとき

### （1）病気とみなされないとき

健康診断、人間ドック、予防接種、美容整形、歯科材料費（金合金等）、正常な分娩、差額ベッド代など

### （2）労災保険の対象となるとき

業務上・通勤途上のケガや病気

（注）①犯罪行為や故意の事故②けんかや泥酔による病気やケガ③医師や保険者の指示に従わない、ときは国保の給付が制限されます。

交通事故などでケガしたときも、国保で医療を受けることができます。この場合、過失の有無にかかわらず住所地の区役所・支所の国保の窓口で「第三者の行為による傷病届」などを提出してください。この書類に基づき、国保で負担した7割（または8割）を第三者（加害者）へ求償します。

## 3. 療養費

次のような場合は、一旦、医療費を全額自己負担し、住所地の区役所・支所・西神中央

出張所（④⑤⑥は受付不可）の国保の窓口で申請してください。保険料に未納がなく、下記の①③の場合のみ、行政事務センターで受付ができます。申請の後、審査で決定されれば、自己負担額を除いた額が支給されます。保険料に未納がある場合は支給額が保険料に充当されることもあります。

- ①急病等で保険証を出さずに診療を受けたとき
- ②他保険による診療（資格喪失後受診）を受けたとき
- ③医師が治療上必要と認めたコルセットなどの補装具をつくったとき
- ④骨折やねんざなどで柔道整復師の施術を受けたとき（保険適用される場合）
- ⑤医師の同意の下で、治療としてはり・きゅう・マッサージの施術を受けたとき
- ⑥資格証明書を出して治療を受けたとき
- ⑦海外渡航中に診療を受けたとき（海外療養費）

#### 4. 出産育児一時金

国保の被保険者が出産したときに出産育児一時金として42万円（産科医療補償制度に登録した分娩機関で出産した場合以外は40万4千円）が支給されます。直接支払制度を利用すれば、医療機関窓口での支払負担を軽減できます。

※妊娠12週（85日）以降であれば、死産や流産の場合でも支給されます

##### （1）直接支払制度を利用する場合

出産前に分娩する医療機関に保険証を提示して、直接支払制度を利用したいと伝えてください。出産後に、出産費用が一時金の額を超える場合は、差額を医療機関に支払ってください。出産費用が一時金の額を下回った場合は、住所地の区役所・支所・西神中央出張所の国保の窓口で差額支給申請をしてください。

##### （2）直接支払制度を利用しない場合

直接支払制度を利用せず国保から出産育児一時金を受け取ることも可能です。その場合、医療機関に出産費用を全額支払った後、行政事務センターまたは、住所地の区役所・支所・西神中央出張所の国保の窓口で申請してください。保険料に未納がある場合は、行政事務センターでの受付はできません。

（注）他の医療保険から出産育児一時金が支給される場合は、国保からは支給されません。

#### 5. 葬祭費

国保の被保険者が死亡したとき、葬祭を行った人（原則、喪主）に葬祭費として5万円が支給されます。行政事務センターまたは住所地の区役所・支所・西神中央出張所の国保の窓口で申請してください。保険料に未納がある場合は、行政事務センターでの受付はできません。

6. 特定疾病療養受療証（西神中央出張所では受付のみ、証は後日西区役所から郵送）

医療機関の窓口で「特定疾病療養受療証」を提示すると、自己負担額が1カ月1万円（または2万円）までとなります。必要な人は、住所地の区役所・支所・西神中央出張所の国保の窓口で申請してください。申請には医師の意見書などの証明書類が必要です。

●対象となる特定疾病（厚生労働大臣指定）

- ・人工透析を実施している慢性腎不全
- ・先天性血液凝固因子障害の一部（血友病）
- ・血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症

※人工透析を実施している69歳以下の上位世帯（所得区分ア・イ）の人の自己負担額は1カ月2万円までです

7-1. 高額療養費制度

医療費の自己負担額が高額になった場合、申請により、限度額を超えた分が高額療養費として支給されます。

（1）69歳以下の人のみの世帯の場合

同じ世帯の人が同じ月に支払った医療機関ごとの自己負担額が、21,000円以上であり、それらを合算して下表の限度額を超えた場合、申請によりその超えた分が支給されます。

【表1】自己負担限度額（月額）

所得区分	適用区分	
所得 901万円超	ア	252,600円＋（総医療費－842,000円）×1% <4回目以降：140,100円>
所得 600万円超～901万円	イ	167,400円＋（総医療費－558,000円）×1% <4回目以降：93,000円>
所得 210万円超～600万円	ウ	80,100円＋（総医療費－267,000円）×1% <4回目以降：44,400円>
所得 210万円以下	エ	57,600円 <4回目以降：44,400円>
住民税非課税世帯	オ	35,400円 <4回目以降：24,600円>

※所得は基礎控除後の総所得金額等の世帯合計（国保加入者に限る）。

(2) 70歳～74歳の方のみの世帯の場合

同じ月に支払った自己負担額を次の順に下表の限度額を適用し、算出された額の合計が申請により支給されます。

1：外来の自己負担額を個人ごとに合計して下表の「外来のみ（個人単位）」を適用し、その超えた額を算出します。

2：1を適用後なお残る外来の自己負担額と同じ世帯の70歳以上の入院の自己負担額を合計して下表の「入院含む（世帯単位）」を適用し、その超えた額を算出します。

【表2】自己負担限度額（月額）

高齢世帯区分	外来のみ（個人単位）	入院含む（世帯単位）
	現役並みⅢ	252,600円+（総医療費—842,000円）×1% <4回目以降：140,100円>
現役並みⅡ	167,400円+（総医療費—558,000円）×1% <4回目以降：93,000円>	
現役並みⅠ	80,100円+（総医療費—267,000円）×1% <4回目以降：44,400円>	
一般	18,000円 年間上限額（8～7月） 144,000円	57,600円 <4回目以降：44,400円>
低所得Ⅱ	8,000円	24,600円
低所得Ⅰ		15,000円

■所得区分

・現役並みⅢ

同じ世帯に市民税課税所得が690万円以上の70～74歳の国保被保険者がいる世帯

・現役並みⅡ

同じ世帯に市民税課税所得が380万円以上の70～74歳の国保被保険者がいる世帯

・現役並みⅠ

同じ世帯に市民税課税所得が145万円以上の70～74歳の国保被保険者がいる世帯

・一般

現役並みⅠ、Ⅱ、Ⅲ、低所得Ⅰ、Ⅱ以外の世帯

・低所得Ⅱ

同じ世帯の世帯主及び国保被保険者全員が市民税非課税の世帯

・低所得Ⅰ

低所得Ⅱの条件に加えて、世帯の各所得\*（各種収入金額から必要経費相当額を引いた額（公的年金等収入の場合は、収入から80万円を差し引いた額））が0円となる世帯

※各所得に給与収入が含まれている場合は、給与所得の金額から10万円を控除したうえで判定します（令和3年8月より）

（3）69歳以下の人と70～74歳の人が同じ世帯の場合

世帯で合算をして高額療養費が支給されます。この場合①70～74歳の人の高額療養費適用後に残る自己負担額に、②69歳以下の人合算対象額を加算し、③69歳以下の人限度額を適用して計算します。

（4）高額療養費の支給が4回以上ある場合

過去12カ月間に一つの世帯で高額療養費の支給が3回以上あった場合、4回目から限度額が下がり、4回目以降の限度額（表1、表2のくゝ内）を超えた分が支給されます。

※兵庫県内で転居した場合、世帯の継続性が認められれば、この回数が通算されます。

## 7-2. 高額療養費の支給申請

高額療養費の支給見込み額が1,000円以上で、未納保険料がない人には、診療月の約2カ月後の月末に申請のお知らせが届きます。お知らせが届いた人には、返信用封筒も同封しておりますので、申請書を返送してください。

住所地の区役所・支所の国保の窓口でも手続きできますが、お知らせを待って郵送により申請する場合でも、事前に窓口で申請する場合でも、支給の早さに違いはありません。

支給見込み額が1,000円未満の場合を除き、お知らせを待って申請いただくようお願いします。

## 8. 限度額適用認定証（西神中央出張所では受付のみ、証は後日西区役所から郵送）

限度額適用認定証（市民税非課税世帯の人は限度額適用・標準負担額減額認定証）があれば、一つの医療機関で1カ月の自己負担額を限度額までに抑えることができます。

70～74歳の人で区分が「一般」または、「現役並みⅢ」に該当する場合は、高齢受給者証を提示することで自己負担限度額までとなるので、手続き不要です。行政事務センターまたは、住所地の区役所・支所の国保の窓口で申請してください。

（注）申請のあった月の1日から有効の証を発行することになります。原則、遡って発行できませんので、入院等される場合は早めにお手続きください。69歳以下の人の場合、保険料を滞納していると交付できません。

## 9. 入院時食事代

入院したときの食事代は、診療や薬にかかる費用とは別に、1食あたりの標準負担額を自己負担し、残りは国保が負担します。

【入院したときの食事代の標準負担額（一食あたり）】

市民税課税世帯：460円

市民税非課税世帯（過去12カ月の入院日数合計が90日以下）：210円（※）

市民税非課税世帯のうち70歳以上で低所得Ⅰ区分の人：100円

市民税非課税世帯の人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」か「標準負担額減額認定証」を提示すれば、食事代が上記のとおり軽減されます。

※直近12カ月以内の入院日数が90日（市民税課税世帯であった期間及び低所得Ⅰの期間は除く）を超えた場合に、改めて申請があれば、申請された日の翌月1日から入院時の1食あたりの食事代が160円になる証を発行します。行政事務センターまたは、住所地の区役所・支所の国保の窓口で申請してください。