

医療費助成制度のご案内

市では、68歳以上の方に市独自の医療費助成を行っています。
ただし、次のいずれの助成も、保険診療外として支払ったものや、食事代金等は助成対象外となります。

①68・69歳の方

医療機関等の窓口で支払う自己負担額(3割)と70歳になった時の自己負担額(2割または3割)の差額を助成しています。(調剤薬局も含む)

〈老人医療高額医療費〉

医療機関から当市に送られてくる診療報酬明細書(レセプト)や申請された領収書から、同じ月内に医療機関に支払った自己負担額を70歳になった時の自己負担額に置き換えて合算し、表2の自己負担限度額を超えた場合に差額を助成しています。該当者には支給決定通知書を送付してお知らせします。

②68歳以上の方

入通院にかかる自己負担額の一部を助成しています。(調剤薬局は対象外)
・通院…400円/月(自己負担額が400円未満の時は、その全額)
・入院…300円/日(同一病院で継続して2か月を上限)

【申請に必要なもの】

- 老人医療受給者証(68・69歳の方)
- 印鑑(シャチハタ不可)
- 医療機関の領収書
- 振込先となる預金通帳(写し可)

＝お願い＝

※確定申告の医療費控除等で原本が必要な方は、原本と写しを両方お持ちください。
※領収書は医療機関ごとにまとめて、受診月順に並べてお持ちください。

問 市役所国保医療課[内線122～125]

脳ドック 受診者追加募集

脳ドックは、生活習慣病である脳卒中を中心とした、脳の病気を事前に察知し、予防するための検診です。

「がん」や「心筋梗塞」などのほかの生活習慣病と異なり、脳の病気は自覚症状が現れにくいものも多く、専門医でないと判断が難しいため、気が付いた時や発症した時には手遅れとなることもあります。

このような発見の遅れを防ぎ、早い段階から治療を受けることが重要です。脳の健康状態をチェックするために、脳ドックを受けましょう。

- 対象／北斗市国民健康保険に加入している、受診日時点で30歳以上75歳未満の方(ただし、前年度受診した方は受診できません。)
- 定員／80名(先着順)
- 自己負担額／8,000円

(脳ドック検診料は健康保険適用外費用のため、市で実施している医療費助成(重度心身障がい者・ひとり親家庭・老人)の対象とはなりませんのでご注意ください。)

●検査医療機関

- ・市立函館病院
- ・函館市医師会病院
- ・函館中央病院
- ・函館脳神経外科病院
- ・函館新都市病院
- ・函館西部脳神経クリニック

*第1希望、第2希望をお選びください。

- 受診時期／受診券到着後から令和3年3月まで

- 申込期間／8月11日(火)8時30分から受け付け開始。※定員となり次第締め切ります。

●申込方法／

①窓口申込／市役所国保医療課、総合分庁舎市民窓口課、七重浜・茂辺地両支所の窓口へ提出してください。

②インターネット申込／市公式ホームページからお申し込みください。

※電話やメール、FAXでの申し込みはできません。



受診対象者には申請月の下旬頃に受診券を送付しますので、記載されている医療機関とご自身との間で日程調整(予約)を行ってください。

問 市役所国保医療課国保係[内線125]



国民健康保険に加入している方へ 高額療養費制度のお知らせ

限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)について

入院などにより医療費が高額になる場合、医療機関の窓口で提示することで、保険適用内の支払いを自己負担限度額までとすることができる限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)を申請により交付しています。

なお、有効期限が令和2年7月31日までの認定証をお持ちの方で、継続して使用される場合は、8月中に申請手続きを行ってください。

【申請に必要なもの】

- 国民健康保険被保険者証
 - 印鑑(シャチハタ不可)
 - 個人番号が確認できる書類
- ※代理申請の場合は、代理人の本人確認書類(運転免許証、健康保険証等)と印鑑も必要です。

国民健康保険高額療養費について

同じ月内で、医療機関に支払った自己負担額(保険適用外を除く。)が一定の額(「自己負担限度額」といいます。)を超えた場合、申請により、その超えた額を高額療養費として支給します。なお、支給時期は、医療機関から当市に送られてくる診療報酬明細書(レセプト)を確認した後になるため、診療を受けた月から最短で2～3か月後となります。

【申請に必要なもの】

- 国民健康保険被保険者証
- 医療機関の領収書
- 印鑑(シャチハタ不可)
- 振込先となる世帯主名義の預金通帳(写し可)
- 個人番号が確認できる書類

〈高額療養費と自己負担限度額〉

70歳未満の方と70歳以上の方では高額療養費の計算方法が異なります。

●70歳未満の方(後期高齢者医療被保険者を除く)

同一世帯で同じ月内に、受診者・医療機関ごと(入院・外来ごと、医科・歯科ごとに分けます。薬局分は処方医療機関分の医療費に合算します。)に計算して21,000円以上の支払いが複数あった場合等、それらを合算し、次の表の自己負担限度額を超えていた場合、高額療養費の申請をすることで払い戻しされます。

【表1】

区分	所得要件(※1)	自己負担限度額
ア	住民税課税世帯 901万円超	252,600円+(総医療費(※2)-842,000円)×1% <多数該当(※3):140,100円>
イ	600万円超～901万円以下	167,400円+(総医療費(※2)-558,000円)×1% <多数該当(※3):93,000円>
ウ	210万円超～600万円以下	80,100円+(総医療費(※2)-267,000円)×1% <多数該当(※3):44,400円>
エ	210万円以下	57,600円 <多数該当(※3):44,400円>
オ	住民税非課税世帯	35,400円 <多数該当(※3):24,600円>

※1:ここでいう「所得」とは、各世帯員の所得金額等から基礎控除額33万円を控除した額を合計したものです。

※2:保険適用される診療費用の総額(10割の金額)です。

※3:過去12か月以内に同じ世帯で4回以上高額療養費の支給を受けたとき、4回目以降の負担額が引き下がります。

●70歳以上の方

同じ月内に、支払った医療費を合算して次の表の自己負担限度額を超えている場合、高額療養費の申請をすることで払い戻しされます。また、外来医療費のみ合算の場合は「個人単位(外来)」、入院医療費も含める場合や同一世帯の70歳以上の方の医療費を合算する場合は「世帯単位(入院を含む)」の金額が限度額となります。なお、同一世帯の70歳未満の方の医療費を合算する場合は、自己負担限度額は70歳未満の区分が適用されます。

【表2】

区分	所得要件	個人単位(外来)	世帯単位(入院を含む)
現役並み所得世帯(3割負担の世帯)	690万円以上 III	252,600円+(総医療費(※1)-842,000円)×1% <多数該当(※2):140,100円>	57,600円 <多数該当(※2):44,400円>
	380万円以上 II	167,400円+(総医療費(※1)-558,000円)×1% <多数該当(※2):93,000円>	
	145万円以上 I	80,100円+(総医療費(※1)-267,000円)×1% <多数該当(※2):44,400円>	
一般(住民税課税世帯)		18,000円 <年間限度額(※3):144,000円>	57,600円 <多数該当(※2):44,400円>
住民税非課税世帯	区分II(※4)	8,000円	24,600円
	区分I(※5)		15,000円

※1:保険適用される診療費用の総額(10割の金額)です。

※2:過去12か月以内に同じ世帯で4回以上高額療養費の支給を受けたとき、4回目以降の負担額が引き下がります。

※3:年間限度額は1年間(8月1日から翌年7月31日)の自己負担額合計の限度額です。

※4:世帯全員が住民税非課税である方で区分Iに該当しない方。

※5:世帯全員が住民税非課税であり、世帯全員の所得が0円の方。