

4-9

病気・けがで医者にかかるとき

(1)療養の給付

- 病気・けがをしたとき、健康保険を扱っている医療機関等の窓口で被保険者証を提示すれば医療が受けられます(療養の給付といいます)。
- 薬剤の処方せんをもらったときは、健康保険を扱っている薬局で薬を調剤してもらえます。
- 医師の指示により、難病患者や末期ガン患者等の在宅患者が、指定訪問看護事業者の看護師等から訪問看護サービスを受けることができます。

(2)給付割合

- 療養給付費…被保険者の医療費の7割
- 家族療養費…被扶養者の医療費の7割  
ただし乳幼児(義務教育就学前)は8割  
※あとで当組合から病医院に支払います。
- 入院時食事療養費…標準負担額があります。(5)参照

(3)給付内容

- 診察・薬剤又は治療材料の支給・処置、手術その他の治療・居宅における療養上の管理および、その療養に伴う世話その他の看護・病院または診療所への入院および、その療養に伴う世話その他の看護等が受けられます。

(4)給付期間

- その病気・けがが治るまで受けられます。

(5)窓口への支払(自己負担額)

- 健康保険で診療を受けたとき病医院の窓口での支払いは、
  - ・被保険者…医療費の3割
  - ・被扶養者…医療費の3割、乳幼児(義務教育就学前)は2割
- 医療費が高額になったときの自己負担額の軽減について。  
被保険者、被扶養者とも高額な医療費の支払いについては、当組合に申請することにより、医療機関の窓口での支払額を「高額療養費自己負担限度額」までとすることができます。この適用を受けるには、当組合に「限度額適用認定申請書」(4-9-3 参照)を提出し、「限度額適用認定証」の交付を受ける必要があります。

## 4. 給付関係

高額療養費自己負担限度額(月額)

### 70歳未満の被保険者等の自己負担限度額

所得区分	自己負担限度額
標準報酬月額 83万円以上(ア)	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% 【140,100円】
標準報酬月額 53万～79万円(イ)	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% 【93,000円】
標準報酬月額 28万～50万円(ウ)	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% 【44,400円】
標準報酬月額 26万円以下(エ)	57,600円 【44,400円】
低所得者 住民税非課税(オ)	35,400円 【24,600円】

【 】内の金額は直近1年間に同一世帯で3回以上高額療養費に該当した場合の4回目以降の自己負担限度額

※難病等の者および低所得者には、軽減措置があります。

- 医療機関等に入院したときの食事代について  
被保険者、被扶養者とも入院時の食事に要する費用については、次のような定額の標準負担額があります。

入院時の食事の標準負担額(1食分)

一般	460円
難病等の医療証の所持者	260円
低所得者	210円(直近1年間で入院90日以下の場合)
	160円(直近1年間で入院91日超の場合)

※難病等とは 難病および小児慢性特定疾病の人

※低所得者とは ①市町村民税非課税世帯の人  
②標準負担額減額を受ければ生活保護法の規定による要保護者とならない人

※標準負担額は高額療養費の対象とはなりません。

### (6) 法定給付および付加給付

- この「自己負担額」に対しては、後日当組合から被保険者には「一部負担還元金」「訪問看護療養費付加金」「高額療養費」「合算高額療養費」「合算高額療養費付加金」、被扶養者には「家族療養費付加金」「家族訪問看護療養費付加金」「家族高額療養費」として被保険者に支給されます。

※法定給付および付加給付については、原則、自動計算の上、支給されますので、申請の必要はありません。

## 4. 給付関係

### 被保険者(本人)の場合の記入例

#### 健康保険限度額適用認定申請書

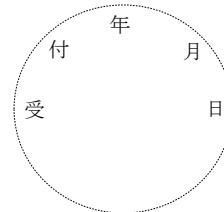
西武健康保険組合理事長 殿

被保険者証記号番号		1 0 1 - 1 2 3 4 5 - 0 0		<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; font-size: small;">保険証の記号と番号</div>		<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; font-size: small;">認定証は全て枝番00で発行する為</div>	
会社名		〇〇株式会社				<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; font-size: small;">保険証に記載されている事業所名称を記入</div>	
所 属		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				健 保 組 合	
被保険者	氏 名	西 武 太 郎				常務理事	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平	1 0 年 1 月 2 日		<div style="border: 1px solid red; padding: 2px; font-size: small;">療養を受ける方が被扶養者の場合は対象者の氏名、生年月日を記入</div>		
療養を受ける方	氏 名	同 上				性 別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	<input type="checkbox"/> 令	年 月 日		事務長	
傷病の原因は第三者行為（交通事故・けんか等）・労働災害・自傷行為によるものですか？						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<p>* 傷病の原因が「はい」の場合確認のお電話をさせていただきます。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; font-size: small;">有効期限切れなどで申請される方</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; font-size: small;">該当するいずれかに<input checked="" type="checkbox"/></div> </div> <p>・継続で申請の方のみご記入ください。</p>							
旧認定証の返却について						<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 返却予定	
<p>* 旧認定証が返却されていない場合新たに発行できませんので、速やかにお戻しください。</p>							
<p>・被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; font-size: small; text-align: center;">申請代行者が申請する場合は代行者の氏名、被保険者との関係、代行の理由を記入</div>							

申請代行者	氏 名					
	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 事務担当者	<input type="checkbox"/> その他			
	代行の理由	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中のため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

K17202404

\* 健康保険組合が受付した月の1日から有効となります。



マイナ保険証を利用すれば、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、マイナ保険証をぜひご利用ください。

押 印 欄	事 業 所		所 属	
-------------	-------------	--	--------	--