

70歳から74歳の国民健康保険被保険者の高額療養費支給申請手続きの簡素化について

川西市 健康福祉部 長寿・保険室
国民健康保険課

高額療養費の申請手続きの簡素化

高額療養費の対象と思われる人に、高額療養費の申請書を送付し、領収証の写し等を添付して返送するよう勧奨している。（ターンアラウンド方式）

支障

被保険者

70歳以上の人については、医療機関や診療科の区別なく、全ての自己負担額を高額療養費の計算対象とすることができるため、毎月数多くの領収書の写しを添付して申請書を提出しなければならぬ人も多く、負担が大きい。

支障

保険者

保険者にとっては、申請書の発送及び提出された申請書や領収書の確認作業、書類不備による返送手続など、負担が大きい。

見直し提案

原則75歳以上である後期高齢者医療制度の被保険者と70歳以上の国民健康保険の被保険者とは、受診状況などでほとんど差異がないと考えられるため、70歳以上の国民健康保険の被保険者にかかる高額療養費については、後期高齢者医療制度と同様に初回のみ申請を行い、以降は自動支払いとする制度へと変更することを提案する。

高額療養費の制度概要

70歳未満の人

1 自己負担額の計算

- (1) 食事療養費、差額ベッド代、保険適用外の費用は対象外。
- (2) 1ヶ月分（各月の1日～末日まで）で計算。
- (3) 異なる医療機関で受診した場合は、それぞれを別々に合計。
- (4) 同じ医療機関でも内科と歯科はそれぞれを別々に合計。
- (5) 同じ医療機関でも「入院」と「外来＋調剤」はそれぞれを別々に合計。
- (6) 同一世帯で2～5の手順で別々に合計した結果、自己負担額が21,000円以上になった医療機関分が、高額療養費の対象となる。
- (7) 対象になった医療機関での自己負担額を合計して表の自己負担限度額を超えた金額が高額療養費として支給される。

2 医療機関における自己負担限度額の確認

事前に「限度額適用認定証」の交付申請を被保険者に行つてもらい、医療機関に提示してもらうことで限度額までの窓口負担となる。

70歳以上の人

1 自己負担額の計算

- (1) 食事療養費、差額ベッド代、保険適用外の費用は対象外。
- (2) 1ヶ月分（各月の1日～末日まで）で計算。
- (3) 医療機関や診療科の区別なく、すべての自己負担額を合計して表の自己負担限度額を超えた金額が高額療養費として支給される。

70歳未満と比較して、高額療養費の対象となる範囲が広い

2 医療機関における自己負担限度額の確認

医療機関が高齢受給者証の負担割合を確認し、その負担割合に合わせた限度額までの窓口負担となる。ただし、「低I・II」に該当する人については、事前に「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付申請を被保険者に行つてもらい、医療機関に提示してもらうことで限度額までの窓口負担となる。

区分	所得要件	自己負担限度額（月額）
上位所得者	基礎控除後の所得901万円超	252,600円+（総医療費－842,000円）×1% 〈多数該当：140,100円〉
	基礎控除後の所得600万円超～901万円以下	167,400円+（総医療費－558,000円）×1% 〈多数該当：93,000円〉
一般	基礎控除後の所得210万円超～600万円以下	80,100円+（総医療費－267,000円）×1% 〈多数該当：44,400円〉
	基礎控除後の所得210万円以下	57,600円 〈多数該当：44,400円〉
非課税	住民税非課税	35,400円 〈多数該当：24,600円〉

区分	割合	外来（個人単位）の限度額（月額）	入院があった場合（個人単位）の限度額（月額）または、世帯単位の限度額（月額）
現役並み所得者	3割	44,400円	80,100円+（医療費の総額－267,000円）×1% 〈多数該当：44,400円〉
			44,400円
一般	2割 ※S19年4月1日以前に生まれた人は1割	12,000円	44,400円
			24,600円
低所得Ⅱ		8,000円	15,000円
低所得Ⅰ			15,000円

本市における事務の流れ

限度額適用認定証では、1医療機関ごとの医療費部分の窓口負担については限度額となるが、複数医療機関にかかった場合などは、後から申請して高額療養費の支給を受けることとなる。



支給対象者には、診療月から概ね3ヶ月後に「高額療養費支給申請書」を送付し、領収書の写しを添付の上、国民健康保険課へ提出してもらおうよう勧奨を行う。



提出された書類については、市職員が申請書等の記載ミスがないか、適切な領収書の写しが添付されているかを2次チェックまでかけて審査する。



不備があるものについては書類を返送したり、本人に代わって医療機関へ問い合わせたりする。審査を通ったものについては、支給決定通知書を送付し、本人が指定した口座へ高額療養費を振り込む。

1 高額療養費にかかる作業時間

担当職員1名…約112.5時間/月
臨時職員1名…約150時間/月
チェック作業にかかる職員3名
…合計約60時間/月

計 322.5時間/月(平均値)

2 書類不備による返送件数

約130件/月(平均値)

(※申請書の発送件数は、月平均786件であるため、約17%が返送となる。)

参考データ (川西市の状況)

〇一人あたりの受診件数 (上段：平成27年度 下段：平成26年度)

	国民健康保険		後期高齢者医療保険	
	70歳未満	70～74歳	75歳以上	
受診件数	400,926 (410,236)	242,383 (246,428)	675,877 (656,883)	
被保険者数 (年度平均)	30,175 (31,215)	9,511 (9,680)	22,230 (21,199)	
1人あたり 受診件数	13.3 (13.1)	25.5 ※1 (25.5)	30.4 (31.0)	

人口：155,033人
(平成28年5月末現在)

70～74歳のうち、国民健康保険に加入している人の割合は約79.4%

※1：平成27年度における1人当たりの受診件数は、70歳から74歳の前期高齢者が25.5回、後期高齢者が30.4回となっており、両者の差は僅かである。

〇申請件数の状況 (上段：平成27年度 下段：平成26年度 単位：件)

被保険者の区分	対象者への申請書発送件数		申請(支給)件数	
	4月～2月	平均	5～3月	平均
70歳未満			1,831 (1,702)	166 (155)
70～74歳			6,404 (5,160)	582 (469)
全体	8,641 (7,159) ※2	786 ※4 (651)	8,235 (6,862) ※3	749 (624)
			割合	割合
			100.0% (100.0%)	100.0% (100.0%)
			22.2% (24.8%)	22.2% (24.8%)
			77.8% ※5 (75.2%)	77.8% ※5 (75.2%)

注1：高額療養費制度の対象となった者に申請書を発送した結果、全体の9割以上が高額療養費の申請を行っている。

申請(支給)件数(※3) / 申請書発送件数(※2) × 100 = ②95.9% ③ 95.3%

注2：今回の提案が実現すれば、毎月約6000件(※)の申請書の発送手続き削減と支給手続きの簡素化を図ることができる。

*対象者への申請書発送件数の平均(※4) × 申請(支給)件数の割合(※5) = 612

〇申請金額の状況 (上段：平成27年度 下段：平成26年度 単位：万円)

被保険者の区分	対象者への申請書発送金額		申請(支給)金額	
	4月～2月	平均	5月～3月	平均
70歳未満			8,061 (7,955)	733 (723)
70～74歳			3,883 (2,946)	353 (268)
全体	13,509 (13,329) ※6	1,228 (1,212)	11,944 (10,901) ※7	1,086 (991)
			割合	割合
			100.0% (100.0%)	100.0% (100.0%)
			67.5% (73.0%)	67.5% (73.0%)
			32.5% (27.0%)	32.5% (27.0%)

注3：高額療養費制度の対象となった者に申請書を発送した結果、全体の約8割が高額療養費の申請を行っている。

申請(支給)金額(※7) / 申請書発送金額(※6) × 100 = ④81.8% ④ 88.4%

提案が実現することによる効果

提案実現前

被保険者

複数の医療機関にかかった場合などは、高齢受給者証や限度額適用・標準負担額減額認定証では自己負担限度額を超えた高額療養費の全てを精算できないため、受診後約3ヶ月後に市より送付される申請書に領収書の写しを添付して返送する申請手続きをしなければならぬ。

特に70歳以上の方は毎月複数の医療機関にかかっている場合も多く、手続による負担も大きい。

保険者

高額療養費に該当すると思われる被保険者に申請書を送付して勧奨を行う。申請書が提出された後は、書類に不備がないかを複数回チェックを行い、不備がある場合は書類を返送したり、被保険者に代わって医療機関へ問い合わせたりする。審査を通ったものについては、被保険者が申請した口座へ振り込む。

年々、高額療養費の件数が増えているため、職員の負担が大きくなってきている。

提案実現後

被保険者

初回到振込口座等の申請のみ行えば、以後は申請する必要がなく、自動的に高額療養費に該当する金額が振り込まれる。

- 領収書の写しを用意する手間や費用負担が減る。
- 申請書を記入する手間が減る。
- 申請書を返送する手間や費用負担が減る。

保険者

高額療養費に該当した場合の振込口座を登録する必要があるため、初回時のみ被保険者から申請をもらう。以降は保険者が診療報酬明細書による一部負担金の額により、高額療養費を計算し、登録口座に自動的に振り込むことになる。

- 申請書の送付が不要となる。
- 申請書や領収書の写しの不備をチェックする作業及び書類不備に対応する作業が不要となる。
- 以上のことで事務の効率化が図られる。



2016. 7. 12

70歳から74歳の国民健康保険被保険者の
高額療養費支給申請手続きの簡素化について

川越市 保健医療部

国民健康保険課

●川越市における高額療養費の事務の流れ

① 高額療養費の計算

国保連合会から毎月送られてくるレセプトの点検を行い、高額療養費に該当しているどうか計算する。

② 申請書の作成及び発送

高額療養費に該当している世帯の高額療養費支給申請書を作成し、郵送する。

⇒申請書に印字しているもの

- ・療養を受けた年月
- ・被保険者の記号番号
- ・療養を受けた被保険者の氏名及び生年月日
- ・療養を受けた医療機関等の名称及び所在地
- ・療養期間
- ・療養につき支払った額
- ・支給金額、費用額の合計、一部負担金の合計及び総自己負担限度額
- ・振込先口座情報（過去に振込歴がある者）

③ 申請の受付

②で郵送した高額療養費支給申請書を受け取った高額療養費該当世帯の世帯主が申請する申請書を窓口で受け付けする。

⇒受付の際にすること

- ・医療機関発行の領収書の確認
領収書の一部負担金額を確認し、支払が済んでいるかを確認する。
- ・国民健康保険税の未納確認
国民健康保険税の納期到来分について未納がないか確認する。
未納がある場合は、支給額について国民健康保険税への充当を依頼する。

④ 高額療養費の振込処理

③で受け付けた高額療養費支給申請書の金額、振込先を確認し、振込担当部署に振込依頼する。

⑤ 高額療養費支給決定通知書の発送

④で振込処理した高額療養費の支給決定通知書を該当世帯主あてに郵送する。

●高額療養費の制度概要について（年代別の違い）

◎高額療養費支給制度とは

高額療養費支給制度とは、医療費の支払いが高額になった世帯の負担を軽減するため、自己負担限度額を超えた場合、その超えた額が、申請することによって支給される制度。

70歳未満の人と70～74歳の人では、自己負担限度額や計算方法等が異なる。

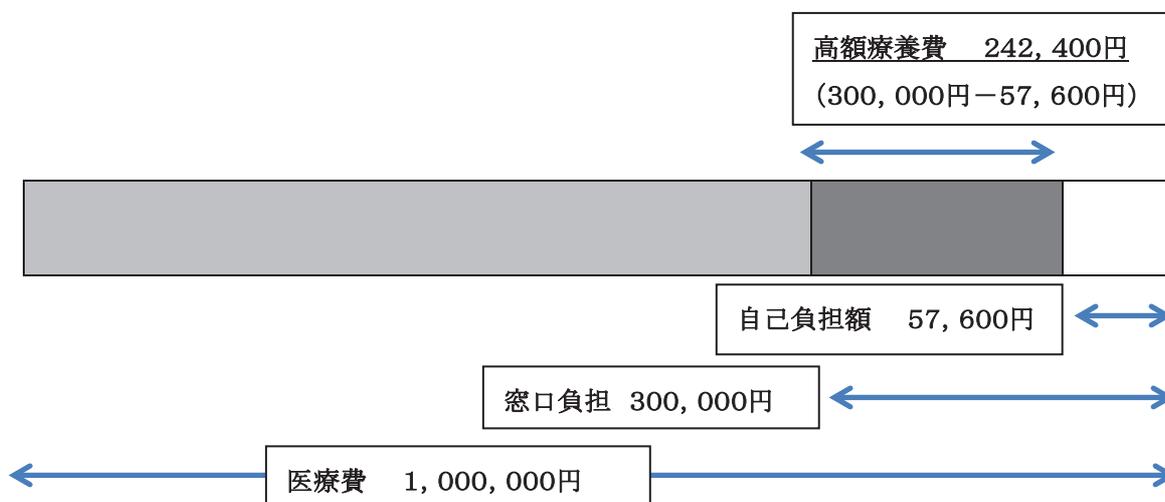
○70歳未満の自己負担限度額区分

区分	自己負担限度額(月毎)	年間多数該当(※2)
旧ただし書所得(※1) 901万円超(ア)	252,600円＋ (医療費の総額－842,000円)×1%	140,100円
旧ただし書所得600万円超 901万円以下(イ)	167,400円＋ (医療費の総額－558,000円)×1%	93,000円
旧ただし書所得210万円超 600万円以下(ウ)	80,100円＋ (医療費の総額－267,000円)×1%	44,400円
旧ただし書所得210万円以下(エ)	57,600円	44,400円
住民税非課税世帯(オ)	35,400円	24,600円

※1 旧ただし書所得とは総所得金額等から基礎控除額を差し引いた額

※2 年間多数該当とは直近12カ月以内に同一世帯において、高額療養費の支給が4回以上になった場合の4回目以降のこと

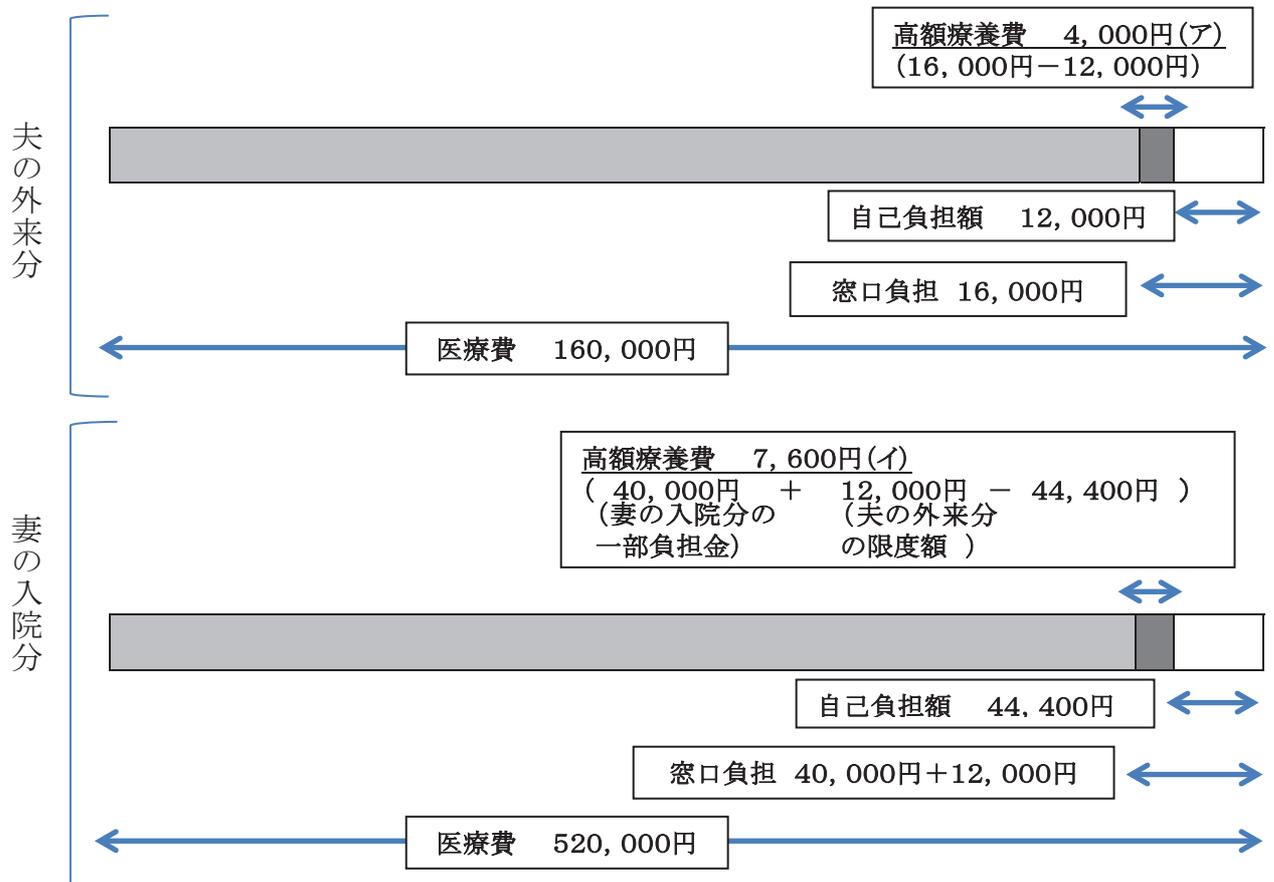
<例> 70歳未満、区分エの人が100万円の医療費が発生し、一部負担金額を30万円負担している場合



○70歳以上の自己負担限度額区分

区分	外来(個人単位)の限度額	外来+入院(世帯単位)の限度額	年間多数該当
現役並所得	44,400円	80,100円+ (医療費の総額-267,000円)×1%	44,400円
一般	12,000円	44,400円	
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円	
低所得者Ⅰ	8,000円	15,000円	

<例> 70歳以上、一般区分、一割負担の世帯で、夫が一部負担金を外来で16,000円(複数の医療機関で)、妻が入院で40,000円負担している場合



この世帯に支給される高額療養費の総額は11,600円((ア)+(イ))となる。

◎70歳未満の人との計算方法が異なる点

- 1 外来分を個人ごとに計算し、外来(個人単位)の限度額を超えた分が支給される。
- 2 外来分の限度額と入院の一部負担金を合わせて、外来+入院(世帯単位)の限度額を超えた額が支給される。
- 3 医療機関ごとの一部負担金が21,000円未満でも、すべてのものを合算することができる。(70歳未満の場合は21,000円以上でないと合算できない。)

●限度額適用認定証、高齢受給者証及び

これらの証書を使用しても支障事例が解決できない理由について

◎限度額適用認定証

事前に自治体の窓口で交付を受け（申請は任意）、受診した医療機関に被保険者証とともに提示する。

- 高額な医療費の支払時において、窓口での支払額が自己負担限度額までとなり、被保険者の負担軽減になる。
- 事後に高額療養費の支給申請をする手間が省ける（ただし、同証を使用しても事後申請が必要となる場合もある。）。

◎高齢受給者証

70～74歳の全被保険者に交付され、医療機関を受診する際は、被保険者証とともに医療機関の窓口へ提出する。

- 自己負担割合の表記

負担割合 …… 3割、2割または2割（特例措置により1割）

- 限度額適用認定証としての効力

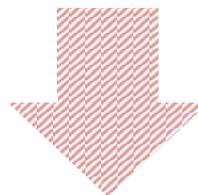
3割負担

⇒「現役並み所得者」区分

2割、2割（特例措置により1割）負担⇒「一般」、「低所得Ⅰ」、「低所得Ⅱ」

※低所得Ⅰ・Ⅱは、別の証書も必要

◎限度額適用認定証や高齢受給者証を使用しても、事後申請による償還払いがなくなる理由



限度額適用認定証や高齢受給者証などを医療機関の窓口へ提示することにより、一部負担金の額が自己負担限度額を超えた場合でも、自己負担限度額までの支払いで済ませることができる（現物給付）。

ただし、複数医療機関の受診や世帯合算により高額療養費支給該当になる場合などは、後に自治体の窓口へ高額療養費支給申請書を提出し、給付（償還払い）を受けないと自己負担限度額を超える額の全額が支給されないこととなる。

特に、70～74歳までの被保険者については、医療機関の窓口で高齢受給者証を提示しても、複数医療機関の受診や入院時などの世帯合算などにより一月の限度額を超える場合が多いことから、事後申請が必要となる事例が多くみられることとなる。

●支障事例について

◎申請者の負担

国民健康保険高額療養費の支給を受けるためには、支給事例発生の都度、該当者は高額療養費支給申請書を提出することとされている。

川越市においては、支給対象となった方に、行政サービスとして支給申請書と申請の案内を郵送しているが、申請者は、申請する月毎に領収書をまとめ、手続きをしなければならない。

高額療養費制度は、70～74歳の方と75歳以上の後期高齢者との間で、自己負担限度額の差を設けてなく、また、医療機関の受診件数の状況も類似したものとなっているが、後期高齢者は、一度申請を行えば次回以降は自動支給されるのに対し、前者は申請が必要であり、大きな負担となっている。

本市の場合、高額療養費支給申請者の約6割が70～74歳である。

○本市のデータ

平成27年度1人当たり医療機関受診件数（年度分）

	国民健康保険		後期高齢者医療保険
	70歳未満	70～74歳	75歳以上
医療機関受診件数	1,031,304件	500,202件	1,077,284件
被保険者数	74,853件	18,977件	35,844件
1人当たり受診件数	13.8件	26.4件	30.1件

レセプト件数基準

平成27年度高額療養費支給申請件数と割合

70歳未満	6,697件	40.8%
70～74歳	9,725件	59.2%
合計	16,422件	100%

◎高額療養費関係事務の負担

○具体的な事務負担の事例

- ・申請者発送の際は、誤発送を防ぐため、入念なチェックが必要。
- ・申請書発送後の数日間は、支給申請で窓口が大変混雑する。
また、申請方法が分からないなど質問等の電話が多数ある。
- ・支給にあたっては、申請書と振込リストを1件毎に照合し、振込先等を確認する必要がある。

○高額療養費支給申請該当件数の増加 ⇒ 事務の負担増

- ・本市における70～74歳の高額療養費支給該当件数
平成26年度 9,244件
平成27年度 12,070件（前年度比約3割増、年々増加傾向あり）
⇒ 該当件数増加の主な要因として考えられること

70～74歳の自己負担割合は、「現役並み所得者」の3割負担以外は、2割負担となるが、昭和19年4月1日以前生まれの方は、特例措置により1割負担とされている。現在、昭和19年4月2日以降生まれの方が70～74歳の年齢層に加わってきており、従来の特例措置による1割負担は減少し、2割負担が増加している。結果、自己負担限度額を超え、高額療養費支給該当となるケースが増加している。

●川越市における70～74歳人口及び国民健康保険被保険者数等

抽 出 日	対 象 : 70 ~ 74歳		
	本市人口(人)	本市国民健康保険 被保険者数(人)	国保被保険者 の割合
平成27年4月 1日(人口) 平成27年3月31日(被保数)	23,649	19,189	81.14%
平成28年4月 1日(人口) 平成28年3月31日(被保数)	22,622	18,308	80.93%

●提案が実現することで改善されること

◎住民側の視点から

現 状

高額療養費支給該当世帯の世帯主が申請者となり、支給該当の月毎に毎回、申請書を提出している。

しかし



申請することが困難な住民も多い。例えば

- ・病気や怪我（そもそも高額療養費支給の発生要因）等をされている方
- ・外出するのが体力的に負担となる高齢者の方
- ・（特に高齢者の方で）来庁する手段がない方

本市の場合、郵送による申請も認めているが、その場合、領収書の写しを求めており、申請者には負担増となる。また、領収書の原本が添付された場合は、申請者に領収書を返却する等の市側の事務負担が増えることとなる。

提案実現後

申請が初回のみとなり、2回目以降は自動的に高額療養費の支給が行われることになれば、このような住民の負担を大幅に軽減し、住民サービスの向上を図ることができるものと考える。

◎自治体側の視点から

現 状

- ・高額療養費支給該当世帯に、該当件数毎に申請書や申請勧奨通知文を発送（本市の場合、70～74歳分で約12,000件/年）
- ・窓口において、該当件数毎に支給申請書を受け付ける。（本市の場合、申請書発送分の約9割が申請される）

提案実現後

申請は初回のみとなり、以後の申請書等発送業務や窓口での受付事務がなくなることから、自治体の業務負担を軽減し、経費の削減を図ることができる。

⇒本市における経費等の削減（想定）

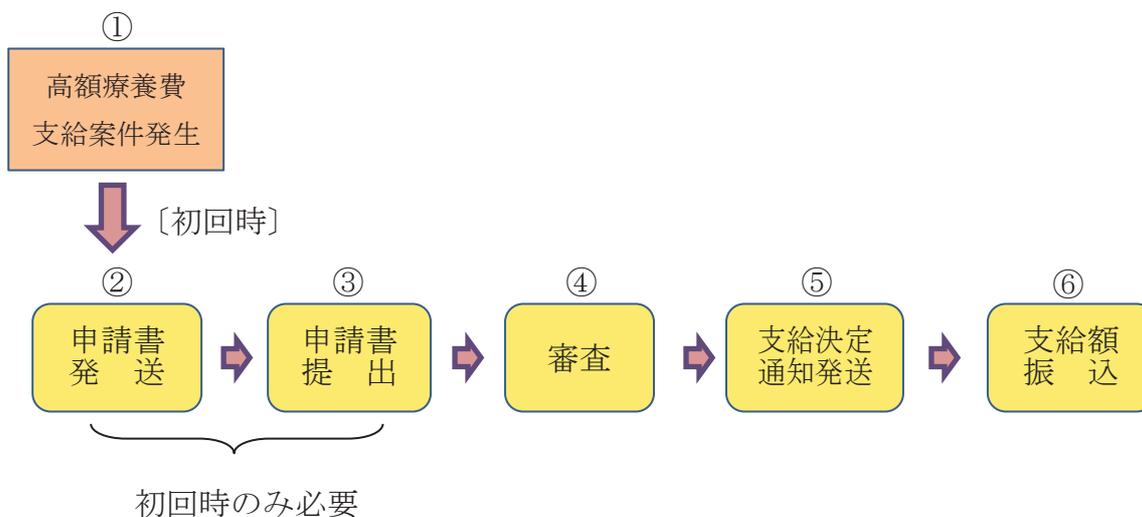
- ・職員の事務量削減
 - 支給申請書発送関係事務 600時間/年
 - 支給申請受付事務 500時間/年
- ・郵送料の削減 $72円 \times 12,000件 = 864,000円$
（全て市内特別郵便のみとして算定）

※ 提案実現後においても、初回時の申請は必要となる。また、70歳未満の被保険者分については、現行と同じく月毎の申請が必要となる。

●提案実現後の手続きの流れについて

[初回時]

- ① 高額療養費支給案件発生
- ② 自治体は、高額療養費支給該当世帯に支給申請書を送付
- ③ 申請者は、申請書に必要事項を記載し、自治体の窓口にて申請
- ④ 自治体は、申請内容について審査
- ⑤ 自治体は、振込決定通知を発送
- ⑥ 自治体は、高額療養費支給額を振り込む



[2回目以降]

- ① 高額療養費支給案件発生
- ④ 自治体は、支給内容について審査
- ⑤ 自治体は、振込決定通知を発送
- ⑥ 自治体は、高額療養費支給額を振り込む



☆申請者の来庁による手続き不要

