

「高額かつ長期」の適用について

<「高額かつ長期」とは>

特定医療費(指定難病)の支給認定を受けた患者のうち、指定難病にかかる医療費が高額で長期的に継続する患者については、基準を満たす場合に自己負担額が軽減されます。

| 階層区分 | 階層区分の基準 | | 一般認定者 | 高額かつ長期 | 人工呼吸器装着患者 |
|--------|---------------------------|------------------|--------|--------|-----------|
| 生活保護 | — | | 0 | 0 | 0 |
| 低所得Ⅰ | 市町村民 税非課税 | 本人年収 ～80.9万円 | 2,500 | 2,500 | 1,000 |
| 低所得Ⅱ | | 本人年収 80.9万円超～ | 5,000 | 5,000 | |
| 一般所得Ⅰ | 市町村民税 課税以上～7.1万円未満 | | 10,000 | 5,000 | |
| 一般所得Ⅱ | 市町村民税 7.1万円以上～25.1万円未満 | | 20,000 | 10,000 | |
| 上位所得 | 市町村民税 25.1万円以上 | | 30,000 | 20,000 | |
| 入院時の食事 | | | 全額自己負担 | | |

<対象者>

○「高額かつ長期」の申請を行う日が属する月以前の12か月以内に医療費総額が50,000円を超える月が6回以上ある方(詳細については下記参照)

【申請に必要な書類】

- ・特定医療費(指定難病)支給認定申請書(変更)
→地域保健課に様式があります。甲府市のホームページからダウンロードすることもできます。
- ・特定医療費(指定難病)受給者証
→有効期間内のもの
- ・特定医療費(指定難病)自己負担上限額管理票
→50,000円を超える月が6回以上あるか確認を行います。
新規認定者の場合、療養費払いの証明書で代用可能です。

<医療費を確認する期間>

例
「高額かつ長期」の支給認定申請をした月 → 令和7年4月、6月、7月、8月、9月、11月が要件に該当している。
→令和8年1月

申請月の翌月から変更後の自己負担上限月額を適用

| | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----------|----|
| | ⑫ | ⑪ | ⑩ | ⑨ | ⑧ | ⑦ | ⑥ | ⑤ | ④ | ③ | ② | ① | |
| R7 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | R8 1月 | 2月 |
| 支給認定 | 12ヶ月前 | | ○ | | ○ | ○ | ○ | ○ | | ○ | | 申請 | 適用 |

※指定難病支給認定を受けた月以降の指定難病に関する医療費が対象となります。

※入院時の食事療養費・生活療養費は除きます。

<医療費総額とは>

医療費総額とは、患者自身が窓口支払した額ではなく、医療保険が負担する金額も含めての額をいいます(10割分)。患者が窓口で実際支払う自己負担額は保険割合に応じた額です。窓口支払額に換算すると、以下の額を超えていた場合、「高額かつ長期」の対象となります。

なお、この額は病院(外来・入院)・薬局・訪問看護ステーション等でかかった費用をすべて合算しての窓口支払額になります。

| 自己負担割合 | 1か月の窓口支払額の合算額(目安) |
|--------|-------------------|
| 3割負担 | 15,000円 |
| 2割負担 | 10,000円 |
| 1割負担 | 5,000円 |

※入院時の食事療養費・生活療養費は含まない

管理票で確認する場合

様式第3号

特定医療費(指定難病)
令和〇年△月診療分 自己負担上限額管理票

| | | | |
|-------|-------|-------|---------|
| 受診者氏名 | 甲府 花子 | 受給者番号 | 1111111 |
|-------|-------|-------|---------|

月額自己負担上限額 10,000 円

| 日付 | 指定医療機関名 | ※記載は特定医療(指定難病)に係るもののみ | | | 徴収印 |
|-------|---------|-----------------------|--------|--------------|-----|
| | | 医療費総額(10割) | 自己負担額 | 自己負担の累積額(月額) | |
| △月 □日 | A病院 | 25,000 | 10,000 | 10,000 | 印 |
| △月 ◇日 | B薬局 | 50,000 | 0 | 0 | |
| 月 日 | | | | | |
| 月 日 | | | | | |

医療費総額を合算して、50,000円を超えているか確認する。

療養費払い・高額難病治療継続該当の申請時の証明書類となるため、限度額に達した後も、記載を求めること。

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|-------|---------|-----|
| △月 □日 | A病院 | 印 |

<申請上の注意事項>

- ・保健所で申請書類を受理した日の翌月から適用となります。
- ・生活保護、市町村住民税非課税世帯の方については、自己負担上限月額が変わらないため申請は不要です。
- ・保険証の変更や所得の変化があった場合には、手続きをすることで自己負担上限月額が変わることがあります。

【お問い合わせ先】

甲府市健康支援センター
(甲府市保健所)地域保健課
甲府市相生2-17-1
☎055-237-2505