

关于限度额适用认定证

致年龄未满70岁的患者



此制度是针对以下年龄层的患者。

未满70岁

加入健康保险并未满70岁的患者，在住院时或接受高额的门诊医疗时，只要出示保险证和“限度额适用认定证”，在窗口就只需支付当月自己负担限度额。有关自己负担限度额，请参考下图。（餐费、床费差额、自由诊疗等不属对象范围）

● 自己负担限度额（月费）

适用分类	每月医疗费在自己负担限度额（包括本月内在过去12个月之内）		住院期间 每餐的餐费
	3次之内	自第4次起	
(1)	270,300日元 + (总医疗费 - 901,000日元) × 1%	140,100日元	550日元
(2)	179,100日元 + (总医疗费 - 597,000日元) × 1%	93,000日元	550日元
(3)	85,800日元 + (总医疗费 - 286,000日元) × 1%	44,400日元	550日元
(4)	61,500 日元	44,400日元	550日元
(5)	36,900 日元	24,600日元	270日元 住院时间超过90天时 经过申请后为220日元

※总医疗费是指全额负担时的金额。

※非缴税家庭、疑难病患者、小儿慢性特定疾病患者的餐费从住院时起保持不变。

※自己负担限度额是个一个月(从每月的1日起计算,截至月末日)的金额。住院与门诊的收费是分开计算的,请注意。

※床费差额用餐费等不包含在自己负担限度额内。

※不能追溯之前的月份进行申请,请注意。

● 关于计算自己负担限度额时的注意事项

1

以日历的每月为单位计算
(从当月的1日起截至月末)

2

需为在同一医疗机构就诊的计算

3

在同一医疗机构内的医科和牙科就诊时，
要分别计算

4

在同一医疗机构内住院、门诊时，
要分别计算

5

住院期间的餐费、床费差额、牙科的自由诊疗等，不属于保险诊疗对象，不适用此制度。

※同一家庭内有70岁以上的老年人时，按照家庭单位计算的合计金额超过自己负担限度额的部分，通过事后申请可从国民保险返还超出的金额。

有关
手续的咨询

● 加入国民健康保险者，

请咨询市町村的窗口

● 加入社会保险者，

请咨询全国健康保险协会

● 加入共济和组合保险者，

请咨询负责窗口



※“限度额适用认定证”在办理住院手续时，需与每月出示一次的个人编号卡一体化保险证一同出示。

关于限度额适用认定证 限度额适用和标准负担额减额认定证

致70岁-74岁的患者和加入后期高龄者医疗制度的患者



此制度是针对
以下年龄层的患者。

70岁以上

※包括部分65岁
以上的患者

普通收入者(保险负担比例: 3成)的部分患者, 通过向保险者申请“限度额适用认定证”后提交给医疗机构, 其在窗口的支付金额每月最高仅限自己负担限度额(框)。此外, 家庭成员所有人均为不缴纳居民税的患者, 通过向保险者申请“限度额适用和标准负担额减额认定证”后提交给医疗机构, 其在窗口的支付金额每月最高仅限自己负担限度额(框)。有关自己负担限度额, 请参考下图。(餐费、床费差额、自由诊疗等不属对象范围)

● “限度额适用认定证”、“限度额适用和标准负担额减额认定证”的自己负担限度额(月费)

负担分类	适用分类	每月医疗费的自己负担限度额(包括本月在内在过去12个月之内)		住院期间 每餐的餐费
		3次之内	自第4次起	
★ 当前 收入人群	Ⅲ	$270,300\text{日元} + (\text{总医疗费} - 901,000\text{日元}) \times 1\%$	140,100日元	550日元
	Ⅱ	$179,100\text{日元} + (\text{总医疗费} - 597,000\text{日元}) \times 1\%$	93,000日元	550日元
	I	$85,800\text{日元} + (\text{总医疗费} - 286,000\text{日元}) \times 1\%$	44,400日元	550日元
一般		61,500日元	44,400日元	550日元
低收入者Ⅱ	分类Ⅱ	25,700日元	24,600日元	270日元 住院时间超过90天时 经过申请后为220日元
低收入者I	分类I	15,700日元	15,700日元	130日元

★没有申请限度额适用认定证时, 将按照Ⅲ的标准计算。如果符合Ⅱ或I时, 支付后可从保险者处领取退还的部分。

※总医疗费是指全额负担时的金额。 ※非缴税家庭、疑难病患者、小儿慢性特定疾病患者的餐费从住院时起保持不变。

※自己负担限度额是个一个月(从每月的1日起计算, 截至月末日)的金额。住院与门诊的收费是分开计算的, 请注意。

※床费差额用餐费等不包含在自己负担限度额内。 ※不能追溯之前的月份进行申请, 请注意。

● 关于计算自己负担限度额时的注意事项

- 1 以日历的每月为单位计算
(从当月的1日起截至月末)
- 2 需为在同一医疗机构就诊的计算
- 3 在同一医疗机构内的医科和牙科就诊时,
要分别计算
- 4 在同一医疗机构内住院、门诊时,
要分别计算
- 5 住院期间的餐费、床费差额、牙科的自由诊疗等, 不属于保险诊疗对象, 不适用此制度。

有关
手续的咨询

● 请与各市町村的健康保险窗口和加入保险者咨询

※“限度额适用认定证”、“限度额适用和标准负担额减额认定证”在办理住院手续时, 需与每月出示一次的个人编号卡一体化保险证一同出示。

