

11 国民健康保険関係

名 称	目 的	準 拠 法	要 件
療養費	やむを得ない理由で保険対象医療費を全額自己負担したとき、自己負担割合（3割・2割）を差し引いた金額を支給する。	国民健康保険法第54条	国民健康保険被保険者
高額療養費	医療機関で1か月の医療費が高額になった場合、自己負担限度額を超えた金額を高額療養費として支給することで医療費負担の軽減を図る。	国民健康保険法第57条の2	国民健康保険被保険者

1 か月（暦月）の病院に支払った保険内金額が自己負担限度額を超えた場合、その超えた金額を高額療養費として、国民健康保険から支給します。
 ※令和 8 年 8 月診療分から自己負担限度額の見直しが予定されています。
 下記の基準額表は令和 8 年 7 月診療分までのものです。

1 自己負担限度額

○70歳未満基準額表

区 分		自己負担限度額	
ア	基礎控除後の所得が901万円を超える世帯	252,600円＋（総医療費－842,000）× 1 %	【140,100円】
イ	基礎控除後の所得が600万円を超え901万円以下の世帯	167,400円＋（総医療費－558,000）× 1 %	【93,000円】
ウ	基礎控除後の所得が210万円を超え600万円以下の世帯	80,100円＋（総医療費－267,000）× 1 %	【44,400円】
エ	基礎控除後の所得が210万円以下の世帯	57,600円	【44,400円】
オ	住民税非課税世帯	35,400円	【24,600円】

○70歳以上75歳未満基準額表

負担割合	課税状況	所得状況	区分	個人・通院	世帯単位での入院・通院合計
3 割	課税所得690万円以上の世帯		現役並み	252,600円＋（総医療費－842,000）× 1 %	【140,100円】
	課税所得380万円以上690万円未満の世帯		現役並みⅡ	167,400円＋（総医療費－558,000）× 1 %	【93,000円】
	課税所得145万円以上380万円未満の世帯		現役並みⅠ	80,100円＋（総医療費－267,000）× 1 %	【44,400円】
2 割	住民税課税世帯	➡	一般	18,000円 注 1	57,600円 【44,400円】
	住民税 非課税世帯	所得がある人がいる世帯	Ⅱ	8,000円	24,600円
		全員の所得が 0 の世帯 ※年金収入806,700円以下は所得 0 とみなします	Ⅰ		15,000円

給 付 内 容	申 請 手 続	備 考
1 支給額 下記の保険対象医療費の自己負担額（2～3割）を差引いた金額を支給する。 (1) 医師の指示で、はり・灸・マッサージの施術を受けたとき (2) 骨折、捻挫などで柔道整復師の施術を受けたとき (3) 医師が治療上必要と認めたコルセット・ギブス、9歳未満の小児弱視等の治療用眼鏡などの補装具代や、輸血のための生血代 (4) 健康保険証を持参せず受診し、医療費全額を支払ったとき (5) 海外渡航中に病気や怪我で治療を受けたとき 2 支給方法 口座振込	1 申請先 国保・高齢者医療課又は各支所 2 必要書類等 (1) 本人確認書類 (2) 領収書（原本） (3) 預金通帳等	その他申請に必要な書類等 給付内容1－(1) ① 施術証明書 ② 医師の同意書 1－(2) 施術証明書 1－(3) ① 医師の意見書等 ② 現物写真（靴型装具のみ） 1－(4) 診療報酬明細書 1－(5) ① 診療内容明細書 ② 領収明細書 ③ 日本語訳文 ④ パスポート ⑤ 調査に関わる同意書
1 支給額・支給要件等 下記の表のとおり 2 支給方法 口座振込	1 申請先 国保・高齢者医療課又は各支所 2 必要書類等 (1) 本人確認書類 (2) 領収書（原本） (3) 預金通帳等	

【 】は、該当する診療月を含めて、過去12ヵ月以内に3回以上高額療養費に該当したときの、4回目からの金額です。 注1 8月から翌年7月までの個人・通院の自己負担額の合計額は144,000円の上限金額があります。
○自己負担限度額とは 1か月に世帯で負担する上限額として、国民健康保険加入者の年齢や前年（前々年）の所得などによって区分されます。 ・前年の所得などによって、毎年8月1日に各世帯の自己負担限度額を見直します。 ・世帯構成に変更があった場合、所得区分の再判定を行います。所得区分が変わる場合は、世帯構成に変更があった日の翌月の初日から新しい区分が適用されます。（1日の場合はその月から） ・所得の修正申告等により区分が変更となった場合は、8月1日に遡って適用されます。自己負担額を再計算した結果、申請によって、高額療養費の支給または返納金として医療費を返納していただく場合があります。 《計算上の注意》 70歳未満の場合 ・加入者一人につき1か月ごと、医療機関の入院、通院ごとに別計算します。 ・違う病院、診療所、歯科は別計算です。 ・保険調剤薬局で支払った薬代（医師が処方したもの）と処方した医療機関の診療費は合算できます。 ・別計算した医療費のうち21,000円以上のものを合計して、その額が基準額を超える場合は高額療養費の支給対象となります。 70歳以上75歳未満の場合 ・加入者一人につき1か月ごと、医療機関等の入院、通院ごとに別計算します。 ・すべての保険対象医療費を合算します。

名 称	目 的	準 抛 法	要 件
限度額適用・標準負担額減額認定証	医療機関で1か月の医療費が高額になった場合、その支払は高額療養費自己負担限度額までとなり医療費負担の軽減を図る。	国民健康保険法施行規則第27条の14の2第3項 第26条の6の4	国民健康保険被保険者
特定疾病療養受療証	人工透析や血友病など高額な治療を著しく長期間にわたって継続しなければならない人の医療費負担の軽減を図る。	国民健康保険法施行規則第27条の13	国民健康保険被保険者
結核精神給付金	障害者自立支援医療制度の適用を受けている、または感染症予防法による結核患者に係る診療を受ける方の医療費負担の軽減を図る。	長野市国民健康保険条例第6条の2	国民健康保険被保険者
移送費	重病の方が医師の診断・指示により他の病院に移送が必要とされた場合の移送費を支給し患者の負担を軽減する。	国民健康保険法第54条の4	国民健康保険被保険者
葬祭費	国民健康保険被保険者が死亡したときに申請により葬祭執行者に支給する。	長野市国民健康保険条例第8条	国民健康保険被保険者
出産育児一時金	国民健康保険被保険者が出産したときの医療費等の負担軽減を図る。	長野市国民健康保険条例第7条	国民健康保険被保険者

給 付 内 容	申 請 手 続	備 考
限度額適用・標準負担額減額認定証を交付する。限度額は「高額療養費」自己負担限度額の表のとおり。	1 申請先 国保・高齢者医療課又は各支所 2 必要書類等 (1) 本人確認書類（窓口へ来られる方のもの）	マイナ保険証の提示で、限度額適用認定証等が不要となる。（長期入院該当認定については、申請手続きが必要。）
その疾病にかかる1か月の医療費の上限額が1万円又は2万円になる受給者証を交付する。	1 申請先 国保・高齢者医療課又は各支所 2 必要書類等 (1) 本人確認書類 (2) 医師が証明した特定疾病認定申請書等	
自立支援医療（精神通院）の受給者または結核患者医療費公費負担制度の対象者は、指定医療機関・薬局でかかる対象医療費の自己負担（一部負担金）を免除。		医療機関等窓口で次のものを提示 ・マイナ保険証または資格確認書 ・各受給者証（交付時に添付してある「お知らせ」も含む）
1 支給額 以下のすべてに該当する移送にかかった費用額の全額を支給する。 (1) 目的である療養が保険診療として適切である。 (2) 療養することになった原因の病気やケガにより、移動が困難である。 (3) 医師の指示により、一時的、緊急的に移送が必要であり、やむを得ない。 2 支給方法 口座振込	1 申請先 国保・高齢者医療課 2 必要書類等 (1) 本人確認書類 (2) 医師の意見書 (3) 移送の領収書（原本）・移送の経路図 (4) 預金通帳等	
1 支給額 50,000円 2 支給方法 口座振込	1 申請先 国保・高齢者医療課又は各支所 2 必要書類等 (1) 本人確認書類 (2) 預金通帳等 (3) 喪主とわかる書類（同居の親族以外） ※死亡届（写）、葬祭に関する領収書、新聞のおくやみ欄等	
1 支給額 48万8,000円（産科医療補償制度に加入している医療機関での出産には、1万2,000円を加算。） 2 支給方法 口座振込 ※市から直接医療機関等へ支払う直接支払制度もある。	1 申請先 国保・高齢者医療課又は各支所 2 必要書類等 (1) 本人確認書類 (2) 領収書・（差額申請の場合）請求明細書等（原本） (3) 預金通帳等	