

タシグナ®を服用される方へ

知っておきたい医療保険制度 ～高額療養費

2010年 5月改訂版



はじめに

がん治療の多くは長期にわたります。そのため、患者さんやご家族の方への負担は、身体的、精神的のみならず、医療費もその要因のひとつとなっているのではないのでしょうか。

わが国では、このような経済的負担を減らすための医療保険制度が設けられています。この冊子では、医療費が一定額以上となった場合に払い戻しが受けられる「高額療養費」を中心に解説しています。

タシグナ®による治療は、継続することでその効果を維持できることがわかっています。長期に治療を継続するために、これらの制度をきちんと理解し、上手く活用していただきたいと思います。そして、経済的な不安を少なくすることで、精神的な負担の軽減化につながることを期待します。



もくじ

高額療養費とは..... 4

算定方法..... 5

自己負担限度額..... 8

申請について..... 10

タシグナ®カプセルによる
治療中の高額療養費の例..... 12

高額医療費(療養費)貸付制度とは..... 14

2010年4月現在の制度に基づいて作成しています。

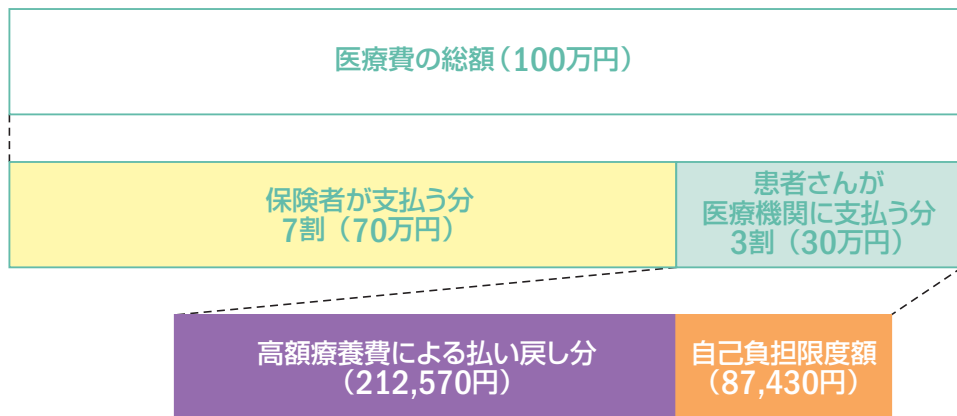
ここで紹介する制度は、加入されている医療保険、市区町村によって内容が異なります。詳しくは、保険加入先(保険証をご参照ください)にお問い合わせください。

高額療養費とは

高額な医療費による経済的負担を軽くするため、医療機関への支払額が自己負担限度額を超えた場合に、その超えた分の払い戻しを受けられるのが高額療養費という制度です。

例えば、医療費が100万円かった場合、医療費の負担割合が3割の患者さんが医療機関に支払う費用は30万円です。この30万円のうち、高額療養費制度を利用することで、自己負担限度額を超えた金額が戻ってきます（詳細はP8参照）。

例：70歳未満、区分が「一般」の方の場合



●算定方法

高額療養費の算定は、70歳未満では、同一月（1日～末日）ごと、同一世帯でもひとりずつ、病院（通院と入院別、医科と歯科別）ごとで行います。

一方、70歳以上では、同一月（1日～末日）ごと、通院と入院に分け、通院はひとりずつ、入院は世帯ごとで算定します。

医療機関への支払額の高額療養費における算定例

	6月分	7月分	
	A病院 内科	12,000円	25,000円
	調剤薬局 (A病院の処方せん)	163,000円	163,000円
	B病院	1,800円	3,000円
	Cクリニック	4,500円	1,500円

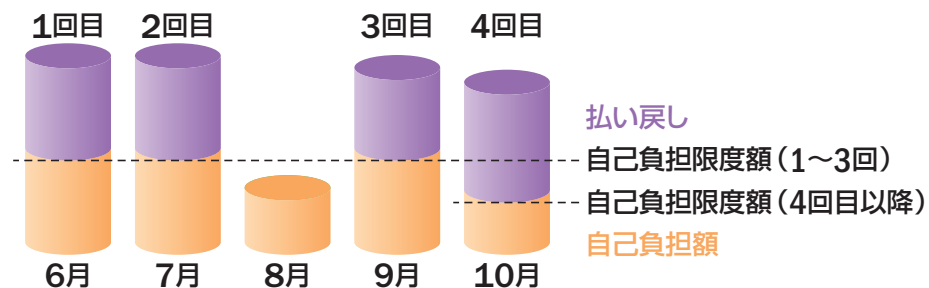
補足

- 処方せんにより調剤薬局で薬を受け取った場合、調剤薬局で支払った費用は処方せんを交付した医療機関に含めて計算します。
- 対象は保険診療費用のみのため、入院時の食事療養費や差額ベッド代などは対象となりません（領収書には保険診療分と保険適用外分が別々に記載されていますので、ご参照ください）。
- 同一世帯とは、同じ医療保険に加入していることを意味します。

次のような場合は、さらに負担が軽減されるような制度があります。

高額療養費の該当が1年間に4回以上ある場合(多数該当)

高額療養費の該当が、同一世帯で1年間(直近の12ヵ月)に4回以上となった場合には、4回目からの自己負担限度額が低くなります。



補足

●70歳以上の方で通院のみの場合は、回数に関係なく自己負担限度額は同じです。

21,000円を超える支払額が2件以上ある場合(世帯合算)

70歳未満では、同一月、同一世帯内での医療機関への支払額が21,000円を超えるものが2件以上ある場合は、世帯で合算することができます。



補足

- 70歳以上のみの世帯では、通院については個人ごと、通院と入院がある場合は、金額にかかわらず合算して算出します。
- 同一世帯内に70歳以上の方と70歳未満の方がおられる場合は、まず、70歳以上の方で個人ごと(通院)、70歳以上の方の世帯ごと(通院+入院)で払い戻し金を算出します。その後、先に算出した70歳以上の方の自己負担額と70歳未満の方の医療機関への支払額を世帯で合算し、70歳未満の自己負担限度額にて払い戻し金を算出します。

介護保険を利用している場合(高額医療・高額介護合算制度)

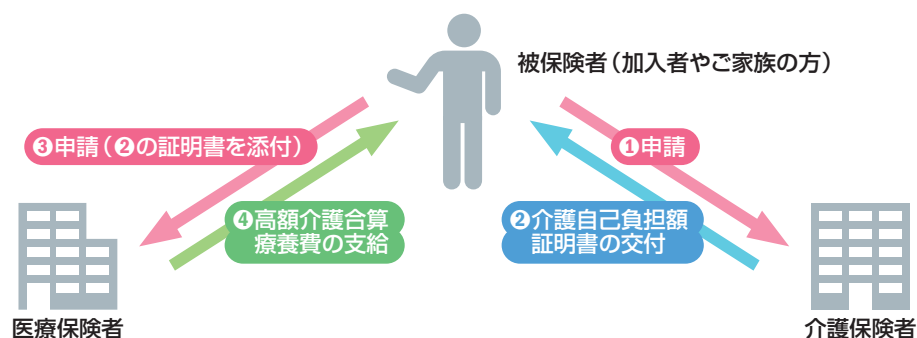
1年間の医療保険と介護保険の自己負担額を合算して、自己負担限度額を超えた場合、高額介護合算療養費として支給される制度です。なお、算出は、8月1日から翌年7月31日までを1年として行います。

●自己負担限度額

区分	後期高齢者医療制度 + 介護保険	健康保険または国民健康保険+介護保険	
		70~74歳	70歳未満を含む
一定以上の所得者 ¹⁾	67万円	67万円	126万円
一般	56万円	62万円	67万円
市町村民税非課税者Ⅱ ²⁾	31万円	31万円	34万円
市町村民税非課税者Ⅰ ³⁾	19万円	19万円	

- 1) 健康保険の場合は標準報酬月額が28万円以上の方、国民健康保険および後期高齢者医療制度の場合は課税所得が145万円以上の方(ただし、年収ベースで二人世帯の場合は520万円未満、単身者の場合は383万円未満であれば一般となる)
- 2) 世帯全員が住民税非課税の世帯
- 3) 世帯全員が住民税非課税であり、所得が一定基準以下の世帯

●申請について



介護保険とは、40歳以上の方が加入する保険で、65歳以上の方は原因にかかわらず、40~64歳の方(医療保険に加入している方)は特定の疾患が原因で要支援や要介護と認定された場合にサービスを利用できます。詳しくは市区町村の介護保険担当窓口にお問い合わせください。

●自己負担限度額

<70歳未満>

区分	自己負担限度額	4回目以降
一定以上の所得者 ¹⁾	150,000円+(医療費総額-500,000円)×1%	83,400円
一般	80,100円+(医療費総額-267,000円)×1%	44,400円
市町村民税非課税者 ²⁾	35,400円	24,600円

1) 健康保険の場合は標準報酬月額が53万円以上の方、国民健康保険の場合は基礎控除後の総所得額が600万円を超える世帯(世帯全員の合計)

2) 世帯全員が住民税非課税の世帯

注) 70歳未満でも後期高齢者医療制度に加入されている方は、<70歳以上>の表をご参照ください。

高額療養費による払い戻し金の算出例(70歳未満、区分が「一般」の方の場合)

	●A病院	通院医療費総額	40,000円	、支払額(3割)	12,000円
	●調剤薬局(A病院の処方せん)	総額	390,000円	、支払額(3割)	117,000円

払い戻し金額

$$= (\text{支払額}) - \text{自己負担限度額}$$

$$= (12,000 + 117,000) - [80,100 + (40,000 + 390,000 - 267,000) \times 0.01]$$

$$= 47,270円$$

<医療機関への支払額が21,000円以上を超えるものが2件以上ある場合>

	●A病院	通院医療費総額	40,000円	、支払額(3割)	12,000円
	●調剤薬局(A病院の処方せん)	総額	390,000円	、支払額(3割)	117,000円

	●B病院	通院医療費総額	90,000円	、支払額(3割)	27,000円
---	------	---------	---------	----------	---------

払い戻し金額

$$= (\text{支払額}) - \text{自己負担限度額}$$

$$= (12,000 + 117,000 + 27,000) - [80,100 + (40,000 + 390,000 + 90,000 - 267,000) \times 0.01]$$

$$= 73,370円$$

<70歳以上>

区分	自己負担限度額		
	通院(個人ごと)	通院+入院(世帯ごと)	
		1~3回	4回目以降
一定以上の所得者 ³⁾	44,400円	80,100円+(医療費総額-267,000円)×1%	44,400円
一般	12,000円	44,400円	/
市町村民税非課税者II ⁴⁾	8,000円	24,600円	
市町村民税非課税者I ⁵⁾		15,000円	

3) 健康保険の場合は標準報酬月額が28万円以上の方、国民健康保険および後期高齢者医療制度の場合は課税所得が145万円以上の方(ただし申請により、年収ベースで二人世帯の場合は520万円未満、単身者の場合は383万円未満であれば一般となる)

4) 世帯全員が住民税非課税の世帯

5) 世帯全員が住民税非課税であり、所得が一定基準以下の世帯

高額療養費による払い戻し金の算出例(70歳以上、区分が「一般」の方の場合)

	●A病院	通院医療費総額	450,000円	、支払額(1割)	45,000円
	●B病院	通院医療費総額	30,000円	、支払額(1割)	3,000円

払い戻し金額

$$= (\text{支払額}) - \text{自己負担限度額}$$

$$= (45,000 + 3,000) - 12,000 = 36,000円$$

一定以上の所得者の判定について

後期高齢者医療制度の創設により、自己負担限度額の区分が変更となる方は、申請により、これまでの自己負担限度額が適用される場合があります。詳しくは、保険加入先にお問い合わせください。

●申請について

高額療養費の払い戻しを受けるには、申請が必要です。申請の方法は通院と入院によって異なります。

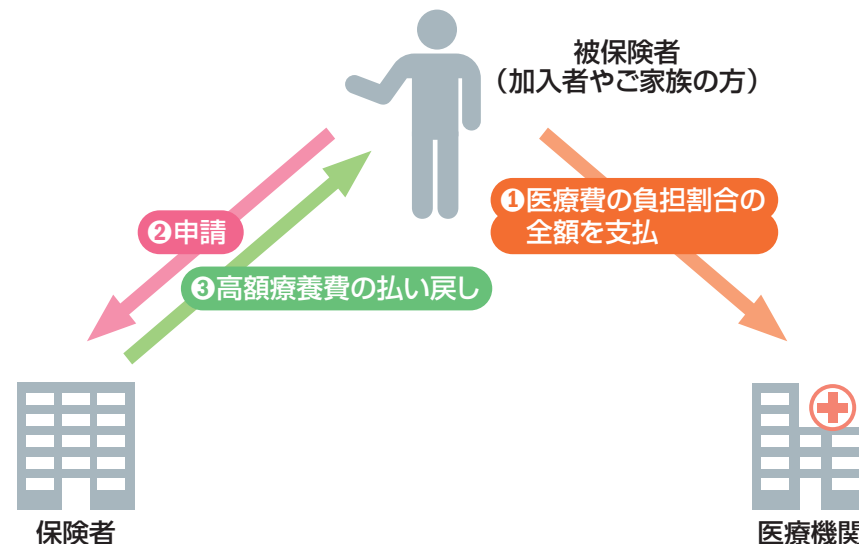
通院の場合は、医療機関に医療費の負担割合の全額を支払った後、加入されている保険者〔国民健康保険であれば市区町村の担当窓口へ、そのほか、加入されている健康保険により、都道府県の全国健康保険協会各支部、健康保険組合および共済組合など（保険証に記載されています）〕に申請します（高額療養費を算出する病院の処方せんにより調剤薬局で薬を受け取った場合は、その旨を伝えてください）。なお、申請から支給までは、病院などから提出された診療報酬明細書（レセプト）の審査を経るため、約3ヵ月ほどかかります。

一方、入院の場合は、事前に保険者へ申請し、限度額適用認定証を交付してもらいます。それを医療機関に提出することで、支払額は高額療養費の自己負担限度額のみとなります。

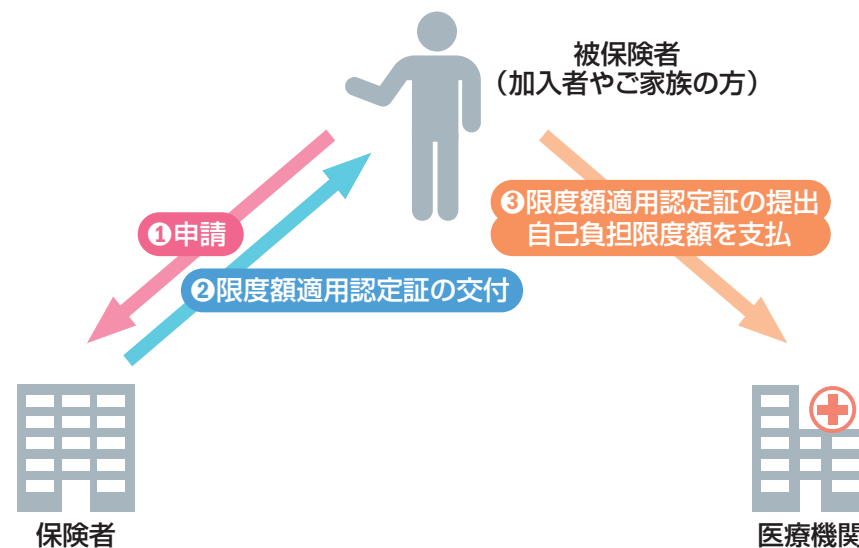
過去の申告漏れも2年前までさかのぼって認められますので、医療機関にかかった領収書を必ずとっておいて、金額を確認することが大切です。まずは高額療養費に該当するか、そして申請方法はどのようにすればよいか、担当窓口にお問い合わせを試みることから開始されてはいかがでしょうか。

通院と入院の高額療養費の申請と支払い方法

<通院>



<入院>



タシグナ®カプセルによる治療中の高額療養 費の例

医療費は、薬剤費、検査費、診察費などで構成されます。例として、タシグナ®カプセルによる治療中の医療費を算出してみましょ。う。

タシグナ®カプセルによる1ヵ月の医療費の例（通院のみ）

タシグナ®カプセル 800mg 30日分

4,607.2円/1カプセル×4カプセル×30日=552,864円

薬剤費を除く医療費（検査、診察費など） 30,000円（仮定）※

1ヵ月の医療費総額 582,864円

※薬剤費を除く医療費は、実際とは異なります。

タシグナ®の1日に服用する用量は通常800mgですが、治療や患者さんの状況によって減量されることがあります。次に、タシグナ®の1日の用量別に自己負担限度額を算出してみましょ。う（計算方法は、P8「自己負担限度額」参照）。

医療費総額は、タシグナ®の用量が増えるにつれて高くなりますが、自己負担限度額は、高額療養費、さらに多数該当を適用することでほぼ変わりなくなります。これまでに、医療費の負担を考えて、タシグナ®の用量の変更を検討されたことがあるかもしれません。でも、実際に算出してみると、自己負担額は大きく変わらないことがわかります。

一定以上の所得者の判定について

後期高齢者医療制度の創設により、自己負担限度額の区分が変更となる方は、申請により、これまでの自己負担限度額が適用される場合があります。詳しくは、保険加入先にお問い合わせください。

タシグナ®カプセルの用量別の自己負担限度額

（薬剤費以外の医療費を3万円として算出）

<70歳未満>

		4カプセル	3カプセル	2カプセル	1カプセル
医療機関への支払額（3割）		174,859円	133,394円	91,930円	50,465円
自己負担限度額	1 一定以上の所得者 ¹⁾	150,829円	133,394円	91,930円	50,465円
	2 一般	83,259円	81,876円	80,494円	50,465円
	3 市町村民税非課税者 ²⁾	35,400円			
	4 一定以上の所得者 ¹⁾	83,400円	133,394円	91,930円	50,465円
	5 一般	44,400円			50,465円
	6 市町村民税非課税者 ²⁾	24,600円			

1) 健康保険の場合は標準報酬月額が53万円以上の方、国民健康保険の場合は基礎控除後の総所得額が600万円を超える世帯（世帯全員の合計）

2) 世帯全員が住民税非課税の世帯

注) 70歳未満でも後期高齢者医療制度に加入されている方は、<70歳以上>の表をご参照ください。

<70歳以上 通院>

		4カプセル	3カプセル	2カプセル	1カプセル
医療機関への支払額（3割）： 一定以上の所得者 ³⁾		174,859円	133,394円	91,930円	50,465円
医療機関への支払額（1割）： 一定以上の所得者以外		58,286円	44,465円	30,643円	16,822円
自己負担限度額	一定以上の所得者 ³⁾	44,400円			
	一般	12,000円			
	市町村民税非課税者Ⅱ ⁴⁾	8,000円			
	市町村民税非課税者Ⅰ ⁵⁾	8,000円			

3) 健康保険の場合は標準報酬月額が28万円以上の方、国民健康保険および後期高齢者医療制度の場合は課税所得が145万円以上の方（ただし申請により、年収ベースで二人世帯の場合は520万円未満、単身者の場合は383万円未満であれば一般となる）

4) 世帯全員が住民税非課税の世帯

5) 世帯全員が住民税非課税であり、所得が一定基準以下の世帯

高額医療費(療養費)貸付制度とは

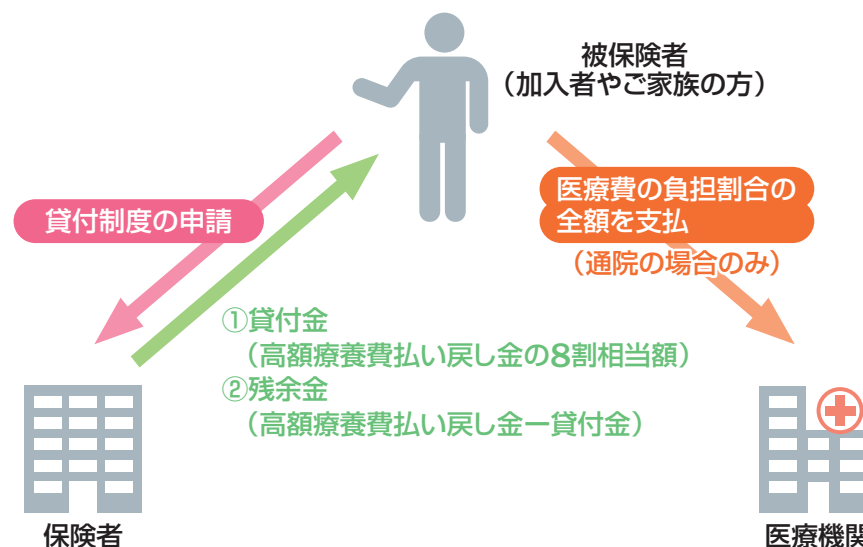
高額療養費によって、自己負担限度額以上に支払った医療費は払い戻しを受けられます。しかし、その時期は申請から約3ヵ月ほどかかり、その間、多額の費用を立て替えることとなります。また治療が継続している場合は、さらなる費用が必要です。

このような場合に、当面の医療費の支払いにあてる資金を調達する手段として、高額医療費(療養費)貸付制度を利用することができます。この制度は高額療養費が支給される見込みのある方が利用でき、払い戻し金額の8割相当額を無利子で借りられます。

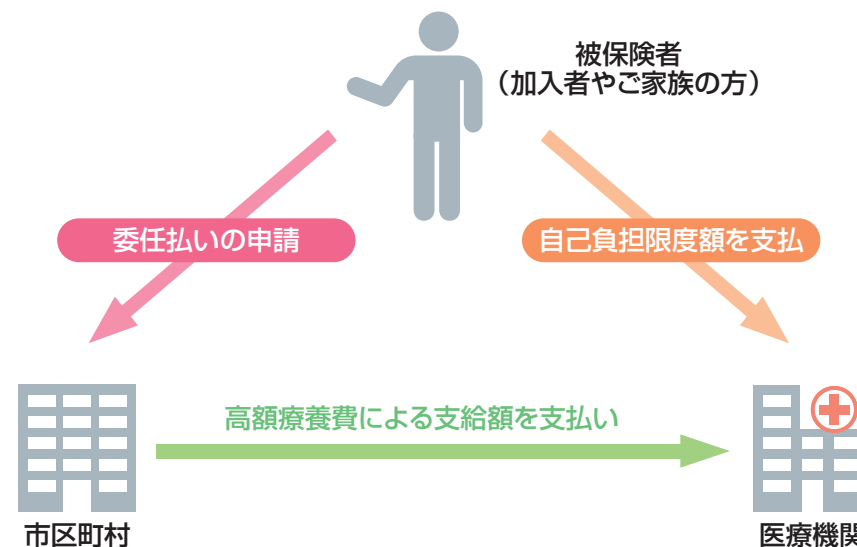
制度の利用には、申請が必要です。国民健康保険であれば市区町村の担当窓口へ、そのほか、加入されている健康保険により、都道府県の全国健康保険協会各支部、健康保険組合および共済組合などに行います。申請後、貸付金額が決定となれば、貸付金が指定の口座に振り込まれます。

一方、返済方法は、申請者の委任に基づき、高額療養費の払い戻し金と貸付金の精算が行われ、その後、残余金が振り込まれます。ただし、高額療養費が支給されなかった場合などは、貸付金を返済しなければなりません。なお、国民健康保険では、高額療養費として支給される額が市区町村から直接医療機関に支払われる高額療養費委任払制度があり、これを利用すると、病院の窓口での支払いが高額療養費を除いた自己負担限度額のみとなります。

<高額医療費(療養費)貸付制度>



<国民健康保険における高額療養費委任払制度(貸付制度)>





病医院名

ノバルティス ファーマ株式会社

TAS031GK(N003)5PIN
2010年5月作成