

各所属所長 殿

公立学校共済組合鹿児島支部長
(鹿児島県教育委員会教育長)

70歳以上の外来療養に係る年間の高額療養費について（通知）

このことについて、平成29年11月10日付け公共鹿第621号で通知したところですが、下記のとおり具体的な取扱いが示されたことから、貴所属所の組合員へ周知をお願いします。

記

1 概要

(1) 目的

70歳以上の高額療養費の上限を見直すことに伴い、年間を通して長期療養を受けている方の負担軽減を図る。

(2) 仕組み

基準日時点（毎年7月31日）の所得区分が「一般」又は「低所得」である組合員及び被扶養者について、計算期間のうち「一般」又は「低所得」であった月の外来療養に係る自己負担額が自己負担限度額である14万4千円を超えたときは、その超えた額を、年間の高額療養費（以下、「外来年間合算」という。）として支給する。

なお、外来年間合算の計算期間は8月1日から翌年7月31日までの1年間とし、計算期間の途中で死亡等により資格を喪失した場合は、その喪失した日の前日を基準日として計算する。

2 手続き

医療機関からの診療報酬明細書等（レセプト）に基づいて計算し給付するため、原則として共済組合への請求手続きは不要である。

ただし、計算期間中に医療保険者が変更になった場合は、以下の手続きが必要となる。

(1) 基準日時点で当共済組合の組合員である場合

当共済組合で支給するため、次の書類を提出すること。

- ① 高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（別添1）
- ② 他の医療保険者が発行した自己負担額証明書

(2) 基準日時点で当共済組合の組合員でない場合

別添1の申請書を当共済組合へ提出することで、高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書（別添2）を組合員へ交付するので、基準日時点の医療保険者へ提出すること。

※ 基準日時点の医療保険者が当該組合員の自己負担額を把握できる場合は、自己負担証明書は不要である。

3 留意事項

- (1) 医療に係る自己負担額は、高額療養費又は一部負担金払戻金等の支給を受ける場合は、当該支給額を控除した額となる。
- (2) 請求権の消滅時効の期間は、基準日の翌日から起算して2年となる。

問合せ先 年金給付係 担当 福山 電話 099-286-5220
--

(別添1)

公立学校共済組合鹿児島支部 高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(組合記入欄)										支給申請書整理番号																	
申請対象年度		平成 年度		計算期間の始期及び終期				年 月 日から 年 月 日まで														枚中				枚目	
フリガナ								保険者加入歴 ※1			保険者名				加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号								
申請者氏名									1						年 月 日から 年 月 日まで												
生年月日		年 月 日生		性別					2						年 月 日から 年 月 日まで												
組合員証の記号・番号									3						年 月 日から 年 月 日まで												
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで						計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2																			
支給方法		振込口座 記入欄		銀行 信用金庫 信用組合		金融機関コード				本店 支店 出張所		店舗コード		種目		口座番号				フリガナ							
口座振込																				口座名義人							
1. 普通預金																											
2. 当座預金																											
9. その他																											
フリガナ								保険者加入歴 ※3			保険者名				加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号								
被扶養者氏名									1						年 月 日から 年 月 日まで												
生年月日		年 月 日生		性別					2						年 月 日から 年 月 日まで												
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで							3						年 月 日から 年 月 日まで												
フリガナ								保険者加入歴 ※3			保険者名				加入期間				添付の自己負担額証明書整理番号								
被扶養者氏名									1						年 月 日から 年 月 日まで												
生年月日		年 月 日生		性別					2						年 月 日から 年 月 日まで												
加入期間		年 月 日から 年 月 日まで							3						年 月 日から 年 月 日まで												
備考																											
申請年月日 年 月 日																											
公立学校共済組合鹿児島支部長 殿																											
① 外来年間合算の支給を申請します。												郵便番号															
② 自己負担額証明書の交付を申請します。												住所															
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。												申請者氏名															
外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。												電話番号															
												印															

ご記入上の注意事項

1. 申請者に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、※1は記入不要です。※2について記入してください。
- (2) 外来年間合算の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する組合への支給申請の場合)は、※2は記入不要です。※1について次のとおり記入してください。
 - ・計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
 - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

2. 被扶養者に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、当該証明書の証明対象期間において被扶養者であった者について記入してください。なお、この場合は※3については記入不要です。
- (2) 外来年間合算の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する組合への支給申請の場合)は、計算期間の末日において被扶養者であった者について記入してください。この場合については※3の記入が必要ですので、次のとおり記入してください。
 - ・計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
 - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

3. 備考欄について

備考欄については、申請者及びその被扶養者であった者の加入期間(それぞれの者について、「氏名」欄の下「加入期間」欄に記入した期間)における受診歴(受診した年月)を記入してください。(他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要です。)

4. その他

申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄などが足りない場合は、2枚目以降に記入してください。その場合、右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。

* 自己負担額証明書の添付について(計算期間の末日に加入する保険者への申請)

申請者及び計算期間の末日において被扶養者であった者について、それぞれ加入履歴に記入された期間に自己負担額がある場合には、これに係る自己負担額証明書の添付が必要です。ただし、次のことに注意してください。

- ・健康保険・船員保険・共済においては、被扶養者として受診した医療の自己負担は、その者を扶養する被保険者(組合員)が負担したものと取り扱われます。そのため、被扶養者として加入した期間については、当該被扶養者としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。
- ・国民健康保険においては、その世帯に属する者が受けた医療の自己負担は、その世帯主が負担したものと取り扱われます。そのため、世帯主以外の世帯員として国民健康保険に加入した期間については、当該世帯員としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。
- ・対象となる計算期間中に当組合の組合員期間がある場合における当該期間に係る自己負担額証明書の添付は不要です。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付省略」と記入してください。(なお、当該期間の自己負担に係る申請は別途必要となりますのでご注意ください。)

↑ 基準日被扶養者が基準日組合の組合員であった期間に係る自己負担額証明書について添付の省略を認める取扱いとする場合のみ記載

(別添2)

	枚中		枚目
--	----	--	----

〒 (申請者住所)
(申請者氏名) 様

公立学校共済組合鹿児島支部 高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書

フリガナ						
氏名						
生 年 月 日					性 別	
自己負担額証明書整理番号						
保 険 者 番 号			証 明 対 象 年 度			
組 合 員 証 記 号			組 合 員 証 番 号			
対 象 と な る 計 算 期 間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日					
計算期間において組合員であった期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日					
診 療 年 月	氏名			氏名		
	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要
平成 年 8月分						
9月分						
10月分						
11月分						
12月分						
平成 年 1月分						
2月分						
3月分						
4月分						
5月分						
6月分						
7月分						
計						

上記のとおり証明いたします。

平成 年 月 日
〒890-8577
鹿児島市鴨池新町10番1号
公立学校共済組合鹿児島支部長 印

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)
〒 (所在地)
(支部名及び担当部署)
電話番号
(計算結果送付先)
〒 (所在地)
(支部名及び担当部署)

備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

記入上の注意事項

1. 「証明対象年度」欄には、「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載すること。
2. 「自己負担額証明書整理番号」は以下の番号体系にて採番した番号を記載すること。
「証明対象年度西暦(4桁)＋保険者番号(8桁)＋保険者が付する通し番号(8桁)」
なお、保険者が付する通し番号は、証明対象年度ごとに発行順に1から付番すること。
3. 「対象となる計算期間」中に、当共済組合において複数の組合員期間を有する等により組合員証の記号・番号が複数ある場合は、次のいずれかにより記載すること。
 - ① すべての組合員証記号・番号に係る組合員期間を通算して記載する場合
「組合員証記号」欄及び「組合員証番号」欄には基準日の直近に使用していたもののみを記載すること。
また、組合員期間に空白期間がある場合については、「計算期間において組合員であった期間」欄の初日については、計算期間中の最初の資格取得日（計算期間の初日以前の資格取得の場合は計算期間の初日）を、同欄の末日については、計算期間中の最後の資格喪失日の前日を記載することとし、その間の資格取得日及び資格喪失日（空白期間に係るものに限る。）をそれぞれの日が属する月の「摘要」欄に記載すること。
例. 4月1日に資格喪失し、5月1日に再度資格取得した場合
4月分の摘要欄：「4月1日資格喪失」 5月分の摘要欄：「5月1日資格取得」
 - ② 組合員証の記号・番号ごとに証明書を発行する場合
「組合員証記号」欄、「組合員証番号」欄及び「計算期間において組合員であった期間」欄には、当該証明書に記載する組合員期間に係るものを記載すること。
4. 「氏名」欄には申請者の属する世帯における70歳以上の者全ての氏名を記載した上で、「自己負担額」欄に当該者に係る額を記載すること。
5. 「氏名」欄等が足りない場合は、2枚目以降に記入すること。その場合、右上の「枚中」欄及び「枚目」欄を記載すること。
6. 【保険者連絡用】の(問い合わせ先)については、自己負担額証明書の提出先の保険者からの照会に対応可能な連絡先を記載すること。
7. 【保険者連絡用】の(計算結果送付先)については、計算結果の送付先が(問い合わせ先)と異なる場合のみ記載すること。