

关于神戸市国民健康保险的补助

1. 个人在医疗机构窗口的负担比率

在窗口出示保险证，根据【疗养补助】自己负担比率（一部分自己负担金额）为总金额的20%或30%。

学龄前儿童：20%

学龄儿童-69岁：30%

70-74岁：20%或者30%(高龄高收入者)。请出示保险证和高龄受给者证。

現役並み所得者（高龄高收入者）是指，70岁-74岁加入国民健康保险的人的住民税的课税收入，各自在145万日元以上，或者从对象者全员的总所得金额等扣掉基础控除金额后的合计额超过210万日元的情况。基础控除金额根据合计所得的多少有所不同，合计所得金额在2400万日元以下时基础控除金额是43万日元。总所得金额等没有把杂项损失的结转控除考虑在内。

高龄受给者证是从70岁生日的第二个月1日开始可以使用（在生日所在月的下旬邮送）。

生日是1日的人从生日所在月开始可以使用（生日是1日的人在生日所在月前一个月的下旬邮送）。

【疗养补助】的对象，问诊、治疗、开药、注射等的处置、入院以及看护（餐费另算）、在家疗养（家庭医生的访问诊疗）以及看护、访问看护（医生认为必要时）。

2. 不能使用保险证

(1) 不被认为是生病时

健康检查、精密健康检查、预防接种、美容整形、牙科材料费（金合金等）、正常分娩、差额床费等。

(2) 属于劳灾保险的范围时

业务中、上下班途中的受伤或生病

(注) ①犯罪或故意造成的事故②打架或醉酒引起的疾病或伤害③不听从医生或保险者的指示。以上的情况国保不予支付。

交通事故等原因引起伤害时，也可以使用国保治疗。这种情况不管有没有过失请去住所所在地的区役所、分所的国保办理窗口提交「第三者の行為による傷病届」（因第三方行为引起的伤病申请）。根据这个材料国保负担的70%（或者80%）向第三方（加害者）要求赔偿。

3. 疗养费

以下情况时，本人先支付全额医疗费，请去住所所在地的区役所、分所、西神中央出張所（④⑤⑥不能受理）的国保办理窗口申请。没有拖欠的保险金，下记①③的情况，行政事务所可以受理。申请之后，通过审查，会支付自己负担额以外的金额。如果有没缴纳的保险金，支付金可能会被直接充当保险金。

- ① 急病时等没出示保险证直接接受治疗时
- ② 使用其他保险（保险资格丧失后）接受治疗时
- ③ 医生认为医疗时必要的，制作了紧身衣等辅助医疗器具时
- ④ 骨折或扭伤等接受柔道整复师的治疗时（适用于保险的情况）
- ⑤ 医生同意下，接受针灸按摩的治疗时
- ⑥ 出示资格证明书接受治疗时
- ⑦ 海外旅行接受治疗时（海外疗养费）

4. 分娩育儿一次性补助金

国保的被保险者分娩时国保会支付分娩育儿一次性补助金42万日元（不在产科医疗补偿制度登录的分娩机构分娩时支付40万4千日元），如果利用直接支付制度，可以减轻在医疗机构窗口支付的经济压力。

※怀孕12周（85日）以后，如果出现死产或流产的情况也会支付。

(1) 利用直接支付制度

分娩前向预定的分娩医疗机构出示保险证，说明自己想利用直接支付制度。分娩后，分娩费用超过一次性补助金时，请去医疗机构补交差额。分娩费用比一次性补助金少时，请去住所所在地的区役所、分所、西神中央出張所的国保的办理窗口申请差额支付。

(2) 不利用直接支付制度

不利用直接支付制度也可以从国保取得分娩育儿一次性补助金。直接在医疗机构缴纳全部的分娩费用后，请去行政事务中心或者住所所在地的区役所、分所、西神中央出張所的国保的办理窗口申请。有未缴纳保险金的情况，行政事务中心不受理。

（注）其他医疗保险已经支付了分娩育儿一次性补助金时，国保不会再支付。

5. 丧葬费

国保被保险者死亡时，向举行葬礼的人（原则、丧主）支付5万日元作为丧葬费。请去行政事务中心或者住所所在地的区役所、分所、西神中央出張所的国保的办理窗口申请。有未缴纳保险金的情况时，行政事务中心不受理。

6. 特定疾病疗养证（西神中央出張所只能受理申请，之后由西区役所邮送证书）

在医疗机构的办理窗口出示「特定疾病療養受療証」（特定疾病疗养证），自己负担额是1个月1万日元（或者2万日元）为止。需要的人请去住所所在地的区役所、分

所、西神中央出張所の国保の办理窗口申請。申請時需要醫生的意見書等證明書。

●特定疾病的范围（厚生劳动大臣指定）

- ・进行人工透析的肾功能衰竭患者
- ・先天性血液凝固因子障碍的一部分（血友病）
- ・使用血液凝固因子制剂引起的HIV感染症

※进行人工透析的69岁以下的高收入家庭（收入区分ア・イ）的人，自己负担额度是1个月2万日元为止。

7-1. 高额疗养费制度

自己负担高额医疗费时，申请后超过限制额度的部分按高额疗养费支付。

（1）家庭成员全部是69岁以下时

同一家庭的成员在同一个月支付的各个医疗机构的自己负担额在21,000日元以上，并且合计金额超过下表的限制额度时，申请后会支付超过限制额度的部分。

【表1】自己负担限制额度（月額）

收入区分	适用区分	
收入超过901万日元	ア	252,600日元 + (医疗费总和 - 842,000日元) × 1% <第4次以后: 140,100日元>
收入在600万日元至901万日元之间	イ	167,400日元 + (医疗费总和 - 558,000日元) × 1% <第4次以后: 93,000日元>
收入在210万日元至600万日元之间	ウ	80,100日元 + (医疗费总和 - 267,000日元) × 1% <第4次以后: 44,400日元>
收入在210万日元以下	エ	57,600日元 <第4次以后: 44,400日元>
住民税非课税家庭	オ	35,400日元 <第4次以后: 24,600日元>

※收入是基础扣除后的收入金额总和等的家庭合计（只限加入国保的人）

（2）家庭成员只有70岁到74岁的家庭时

下表是按顺序表示的同一个月支付的自己负担额适用的限制额度，申请后会支付计算出的合计金额

1: 门诊的自己负担额以个人为单位合计，适用于下表<只有门诊（以个人为单位）>，计算出超过的金额。

2: 一个人门诊一个人住院时, 适用于 1 的部分计算后, 剩下的自己负担金额和同一个家庭的 70 岁以上住院的人的自己负担金额合计, 适用于下表<包括住院 (以家庭为单位)>, 计算出超过的金额。

【表 2】自己负担限制额度 (月額)

高龄家庭区分	只有门诊 (以个人为单位)	包括住院 (以家庭为单位)
	現役並み (高龄高收入) Ⅲ	252,600 日元+ (医疗费总和—842,000 日元) × 1 % <第 4 次以后: 140,100 日元>
現役並み (高龄高收入) Ⅱ	167,400 日元+ (医疗费总和—558,000 日元) × 1 % <第 4 次以后: 93,000 日元>	
現役並み (高龄高收入) Ⅰ	80,100 日元+ (医疗费总和—267,000 日元) × 1 % <第 4 次以后: 44,400 日元>	
普通	18,000 日元 年间上限金额(8~7月) 144,000 日元	57,600 日元 <第 4 次以后: 44,400 日元>
低收入Ⅱ	8,000 日元	24,600 日元
低收入Ⅰ		15,000 日元

■收入区分

- 現役並み (高龄高收入) Ⅲ
市民税课税收入在690万日元以上的家庭, 这个家庭里有70-74岁的国保被保险人。
- 現役並み (高龄高收入) Ⅱ
市民税课税收入在380万日元以上的家庭, 这个家庭里有70-74岁的国保被保险人。
- 現役並み (高龄高收入) Ⅰ
市民税课税收入在145万日元以上的家庭, 这个家庭里有70-74岁的国保被保险人。
- 普通
現役並み (高龄高收入) Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、低收入Ⅰ、Ⅱ以外的家庭
- 低收入Ⅱ
家庭的户主以及国保被保险人全员是市民税非课税的对象的家庭
- 低收入Ⅰ
加上低收入Ⅱ的条件, 家庭的各项收入* (各种收入金额减掉必要经费相当额 (有政府发的年金等收入时, 从收入减掉80万日元后的金额) 为0日元的家庭。

※各种收入包括工资时, 工资扣除10万日元之后再判断 (2021年8月开始)

(3) 69岁以下的人和70-74岁的人属于同一家庭时

可以支付以家庭合计的高额疗养费。这种情况有三种算法，①70-74岁的人适用于高额疗养费的部分计算后剩下的金额作为自己负担额，②69岁以下的人的合算对象额度加在一起计算，③适用于69岁以下的人的限制额度计算。

(4) 支付高额疗养费4次以上时

过去12个月里给同一个家庭支付了3次以上的高额疗养费时，第4次开始限制额度会下降，第4次以后会支付超过限制额度(表1、表2的〈 〉里)的部分。

※在兵库县内搬家的情况，认可家庭的连续性时，可以累加计算次数。

7-2. 高额疗养费的支付申请

对于高额疗养费的预定支付金额在1,000日元以上，没有拖欠保险金，会在治疗月的大约2个月后的月末收到申请的通知。收到通知后，填好申请书放进同信封内的回信用信封寄回。

在住所所在地的区役所、分所的国保办理窗口也可以办理申请手续。等待通知邮寄申请和事前窗口申请，到支付为止花费的时间是相同的。

除去预定支付金额在1,000日元以下的情况，请等待通知再申请。

8. 限度额适用认定证(西神中央出張所只能受理申请，之后会由西区役所邮寄证书)

如果有限度额适用认定证(市民税非课税家庭的人的适用限额、标准负担额减额认定证)，在同一家医疗机构1个月的自己负担额可以限制在限制额度内。70-74岁的人适用于「一般」(普通)或者「現役並みⅢ」(高龄高收入Ⅲ)的条件时，出示高龄受给者证不需要手续，会自动到自己负担额度停止。请去行政事务中心或者住所所在地的区役所的国保办理窗口申请。

(注)发行的证明书从申请月的1日开始有效。原则上是不能回溯发行的。入院等情况时请提前申请。69岁以下，如果有未缴纳保险金的情况，不予支付。

9. 住院时的餐费

住院时的餐费和治疗费、药费是分开的，每一餐的标准负担额度是由自己负担，剩下的金额是由国保负担。

【住院时的餐费的标准负担额度(每一餐)】

市民税课税家庭：460日元

市民税非课税家庭(过去12个月的住院日数合计在90天以下)：210日元(※)

市民税非课税家庭家里有70岁以上低收入Ⅰ的人：100日元

市民税非课税家庭的人出示（适用限额、标准负担额减额认定证）或者（标准负担额减额认定证）时，餐费会按照上记的金额减免。

※最近12个月以内住院日超过90天（除去市民税课税家庭的期间以及低收入 I 的期间）时，再次申请时会发行申请日的下一个月1日开始住院的每一餐的餐费是160日元的证明。请去行政事务中心或者住所所在地的区役所的国保办理窗口申请。