

【参考】高額療養費制度・付加給付制度とは

● 高額療養費制度

1か月内（1日～末日）に、医療機関の窓口で支払った医療費の額（自己負担分）が一定の上限額（自己負担限度額^{（※1）}）を超えた場合に、申請により加入している医療保険者^{（※2）}から上限額を超えた額が「高額療養費」として支給（払い戻し）される制度です。

なお、あらかじめ医療機関受付時に限度額認定証^{（※3）}の提示またはマイナ保険証^{（※4）}を利用することで、医療機関窓口での支払いが上限額までになります（現物給付）。

（※1）自己負担限度額適用区分

適用区分	1か月の自己負担限度額（上限額） ^{（※5）}
ア 年収約1,160万円～ 健保：標準報酬月額83万円以上 国保：所得901万円超	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%
イ 年収約770万円～約1,160万円 健保：標準報酬月額53万円～79万円 国保：所得600万～901万円	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%
ウ 年収約370万円～約770万円 健保：標準報酬月額28万円～50万円 国保：所得210万～600万円	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%
エ ～年収約370万円 健保：標準報酬月額26万円以下 国保：所得210万円以下	57,600円
オ 住民税非課税	35,400円

（所得とは、旧ただし書き所得です。）
（総医療費とは、保険適用される医療費の総額（10割）です。）

- （※2）例：国民健康保険、協会けんぽ、お勤め先の健康保険組合、共済組合等
- （※3）加入している医療保険へ事前に交付申請が必要です。
- （※4）健康保険証として利用できるように登録したマイナンバーカード
- （※5）多数該当にあたる場合、上限額がさらに低くなります。

● 付加(附加)給付制度

各医療保険者が独自に定める制度であり、支払った医療費の額が一定の額を超えた場合に、超えた額が医療保険から支給される等の制度です。

※付加給付（名称：一部負担金払戻金、家族療養費付加金など）の有無や要件等は、加入している医療保険へお問い合わせください。

※高額療養費等の支給を受けるためには、医療保険者への申請が必要な場合や支給決定まで3～5か月程度かかる場合があります。

岡山市不妊治療費助成事業では、不妊治療を受けた際に治療を受けた方が医療機関の窓口で支払った医療費について、医療保険から高額療養費や付加給付金の支給がある場合は、医療費からその支給額を差し引いた額を最終的な自己負担額とし、助成します。

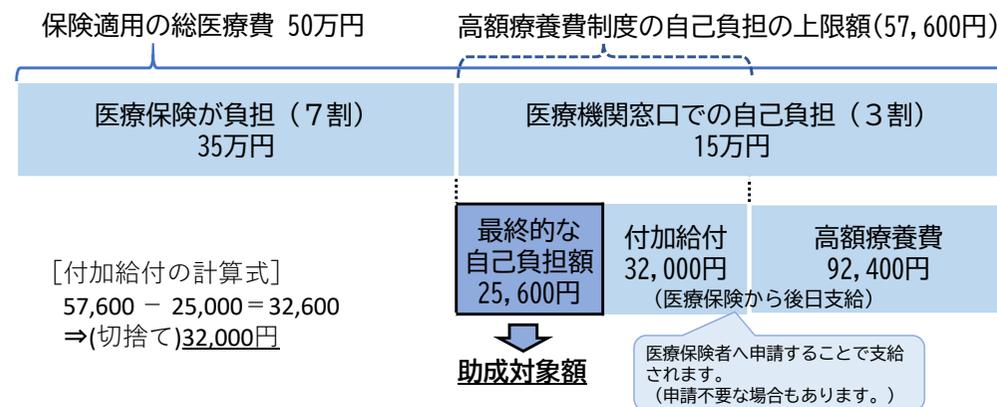
医療機関窓口での支払額 - 高額療養費等支給額 = 助成対象額

※助成額の上限は10万円です。

※保険適用となる不妊治療（生殖補助医療）に係る医療費が助成対象となります。
文書料や入院時の差額ベッド代等は保険適用外のため助成対象外です。

<不妊治療費助成の例>

例の条件：病院受付時に限度額認定証又はマイナ保険証を利用しなかった、限度額適用区分「エ」、1か月の保険適用の医療費が50万円、付加給付制度有：1か月内の自己負担額（高額療養費を除く）が25,000円を超えた額について支給（1,000円未満の額切捨て）



※病院受付時に限度額認定証又はマイナ保険証を利用した場合

- ・医療機関窓口での支払額は、自己負担限度額の57,600円になります。
- ・付加給付(32,000円)は、別途医療保険者から後日支給されます。（医療保険者への申請が必要な場合があります。）
- ・助成対象額(25,600円)は同じです。

※高額療養費や付加給付の支給対象になる方は、医療保険者からの支給決定を受けたうえで、不妊治療費助成の申請をしてください。