

고베시 국민건강보험으로 받을 수 있는 급부에 관하여

1. 의료기관 창구에서 부담하실 비율

보험증을 제시하시면 '요양 급부'에 따라 창구에서 지불해야 하는 자기부담(일부 부담금)이 20% 또는 30%가 됩니다.

취학전 아동: 20%

취학아동~69세: 30%

70~74세: 20% 또는 30%(현역 수준의 소득자). 보험증과 함께 고령수급자증을 제시해 주십시오.

현역과 수준의 소득자란, 70세~74세 국보가입자의 주민세 과세소득이 각각 145만엔 이상, 또는 대상자 전원의 총소득 금액 등에서 기초공제액을 뺀 합계액이 210만엔을 넘는 경우입니다. 기초공제액은 합계소득에 따라 다르며, 합계소득금액 2,400만엔 이하는 43만엔입니다. 총소득 금액 등은 잡손실의 이월공제는 고려하지 않습니다.

고령수급자증은 70세 생월의 다음 달 1일(1일생인 사람은 생월)부터 사용할 수 있습니다(생월 하순에 우편 발송. 1일생인 사람은 생월 이전 달 하순에 우편 발송).

'요양 급부' 대상이 되는 것은 진찰, 치료, 투약이나 주사 등의 처치, 입원 및 간호(식사비는 별도 부담), 재택요양(주치의의 방문진료) 및 간호, 방문간호(의사가 필요하다고 인정하는 경우)입니다.

2. 보험증을 사용할 수 없을 때

(1) 질병으로 간주되지 않을 때

건강진단, 종합건강검진, 예방접종, 미용성형, 치과재료비(금합금 등), 정상적인 분만, 병실차액료 등

(2) 산재보험 대상이 될 때

업무상, 통근도상의 부상이나 질병

(주) ①범죄행위나 고의 사고 ②싸움이나 주취에 의한 질병이나 부상 ③의사나 보험자의 지시에 따르지 않을 때는 국보 급부가 제한됩니다.

교통사고 등으로 부상을 입었을 때도 국보로 의료 서비스를 받을 수 있습니다. 이 경우 과실 유무에 상관없이 주소지의 구청, 지소의 국보 창구로 '제3자의 행위에 의한 상병 신고' 등을 제출해 주십시오. 이 서류에 기반하여 국보에서 부담한 70%(또는 80%)를 제3자(가해자)에게 구상합니다.

3. 요양비

다음과 같은 경우는 일단 의료비를 전액 자기부담하고 주소지의 구청, 지소, 세이신주오출장소(④⑤⑥은 접수 불가)의 국보 창구에서 신청해 주십시오. 보험료에

미납이 없고 아래 ①③인 경우에만 행정사무센터에서 접수할 수 있습니다. 신청후 심사로 결정이 되면 자기부담액을 뺀 금액이 지급됩니다. 보험료에 미납이 있는 경우는 지급액이 보험료로 충당되는 경우도 있습니다.

- ① 급병 등으로 보험증을 내지 못 하고 진료를 받았을 때
- ② 다른 보험에 의한 진료(자격 상실후 수진)를 받았을 때
- ③ 의사가 치료상 필요하다고 인정한 코르셋 등의 보장구를 만들었을 때
- ④ 골절이나 염좌 등으로 유도정복사(柔道整復師)의 시술을 받았을 때(보험 적용되는 경우)
- ⑤ 의사의 동의하에 치료로서 침, 뜸, 마사지 시술을 받았을 때
- ⑥ 자격증명서를 내고 치료를 받았을 때
- ⑦ 해외도항중에 진료를 받았을 때(해외요양비)

4. 출산육아일시금

국보 피보험자가 출산했을 때 출산육아일시금으로서 42만엔(산과의료보상제도에 등록된 분만기관에서 출산한 경우 이외에는 40만 4천엔)이 지급됩니다.

직접지불제도를 이용하면 의료기관창구에서 지불부담을 경감할 수 있습니다.

※임신 12주(85일) 이후라면 사산이나 유산의 경우에도 지급됩니다.

(1) 직접지불제도를 이용하는 경우

출산전에 분만할 의료기관에 보험증을 제시하고 직접지불제도를 이용하고 싶다고 말씀해 주십시오. 출산후에 출산비용이 일시금 금액을 넘는 경우는 차액을 의료기관에 지불해 주십시오. 출산비용이 일시금을 밑도는 경우는 주소지의 구청, 지소, 세이신주오출장소의 국보 창구에서 차액지급신청을 해 주십시오.

(2) 직접지불제도를 이용하지 않을 경우

직접지불제도를 이용하지 않고 국보로부터 출산육아일시금을 수취하는 것도 가능합니다. 이 경우 의료기관에 출산비용을 전액지불한 뒤 행정사무센터 또는 주소지의 구청, 지소, 세이신주오출장소의 국보 창구에서 신청해 주십시오. 보험료에 미납이 있는 경우는 행정사무센터에서 접수할 수 없습니다.

(주) 다른 의료보험에서 출산육아일시금이 지급된 경우는 국보에서 지급되지 않습니다.

5. 장제비

국보의 피보험자가 사망했을 때 장제를 행한 사람(원칙상 상주)에게 장제비로서 5만엔이 지급됩니다. 행정사무센터 또는 주소지의 구청, 지소, 세이신주오출장소의 국보 창구에서 신청해 주십시오. 보험료에 미납이 있는 경우는 행정사무센터에서 접수할 수 없습니다.

6. 특정질병의료수료증(세이신주오출장소에서는 접수만, 수료증은 후일 니시구청에서

우편 발송해 드립니다)

의료기관 창구에서 '특정질병의료수료증'을 제시하시면 자기부담액이 1개월

1만엔(또는 2만엔)까지가 됩니다. 필요한 분은 주소지의 구청, 지소,

세이신주오출장소의 국보 창구에서 신청해 주십시오. 신청에는 의사의 의견서 등

증명서류가 필요합니다.

●대상이 되는 특정질병(후생노동대신 지정)

- 인공투석을 실시하고 있는 만성신부전
- 선천성 혈액응고인자장애의 일부(혈우병)
- 혈액응고인자제제 투여에서 기인하는 HIV 감염증

※인공투석을 실시하고 있는 69세 이하의 상위세대(소득구분 아·이(ア・イ))인 분의

자기부담액은 1개월 2만엔까지입니다.

7-1. 고액요양비 제도

의료비 자기부담액이 고액이 된 경우 신청하시면 한도액을 넘은 금액이 고액요양비로서

지급됩니다.

(1) 69세 이하인 분으로만 구성된 세대의 경우

같은 세대인 분이 같은 달에 의료기관마다 지불한 자기부담액이 21,000엔 이상으로

이들을 합산하면 아래 표의 한도액을 초과한경우, 신청하시면 그 초과한 금액이

지급됩니다.

【표 1】 자기부담한도액(월액)

소득구분	적용구분	
소득 901 만엔 초과	아(ア)	252,600 엔 + (총의료비- 842,000 엔)× 1 % < 4 번째 이후: 140,100 엔 >
소득 600 만엔 초과~901 만엔	이(イ)	167,400 엔 + (총의료비-558,000 엔)× 1 % < 4 번째 이후: 93,000 엔 >
소득 210 만엔 초과 ~600 만엔	우(ウ)	80,100 엔 + (총의료비-267,000 엔) × 1 % < 4 번째 이후: 44,400 엔 >
소득 210 만엔 이하	에(エ)	57,600 엔 < 4 번째 이후: 44,400 엔 >
주민세 비과세 세대	오(オ)	35,400 엔 < 4 번째 이후: 24,600 엔 >

※소득은 기초공제후 총소득금액 등의 세대합계(국보가입자에 한함).

(2) 70 세~74 세인 분으로만 구성된 세대의 경우

같은 달에 지불한 자기부담액을 다음 순서대로 아래 표의 한도액을 적용하여 산출된 금액의 합계가, 신청하시면 지급됩니다.

1: 외래 자기부담액을 개인마다 합계하여 아래 표의 '외래만(개인단위)'을 적용하여 그 초과한 금액을 산출합니다.

2: 1 을 적용한 뒤 다시 남은 외래 자기부담액과 같은 세대 70 세 이상인 분의 입원 자기부담액을 합계하여 아래 표의 '입원 포함(세대 단위)'을 적용하고 그 초과한 금액을

산출합니다.

【표 2】 자기부담한도액(월액)

고령세대구분	외래만(개인단위)		입원포함(세대단위)	
	현역 수준Ⅲ	252,600 엔+ (총의료비-842,000 엔) × 1 % < 4 번째 이후: 140,100 엔 >		
현역 수준Ⅱ	167,400 엔+ (총의료비-558,000 엔) × 1 % < 4 번째 이후: 93,000 엔 >			
현역 수준 I	80,100 엔+ (총의료비-267,000 엔) × 1 % < 4 번째 이후: 44,400 엔 >			
일반	18,000 엔 연간상한액(8~7 월) 144,000 엔	57,600 엔 < 4 번째 이후: 44,400 엔 >		
저소득Ⅱ	8,000 엔		24,600 엔	
저소득 I			15,000 엔	

■ 소득구분

· 현역 수준Ⅲ

같은 세대에 시민세 과세소득이 690만엔 이상인 70~74세의 국보피보험자가 있는 세대

· 현역 수준Ⅱ

같은 세대에 시민세 과세소득이 380만엔 이상인 70~74세의 국보피보험자가 있는 세대

· 현역 수준 I

같은 세대에 시민세 과세소득이 145만엔 이상인 70~74세의 국보피보험자가 있는 세대

· 일반

현역 수준 I, Ⅱ, Ⅲ, 저소득 I, Ⅱ 이외의 세대

· 저소득Ⅱ

같은 세대의 세대주 및 국보 피보험자 전원이 시민세 비과세인 세대

· 저소득Ⅰ

저소득Ⅱ의 조건에 더하여, 세대의 각 소득※(각종 수입금에서 필요경비상당액을 뺀 금액(공적연금 등 수입의 경우는 수입에서 80만엔을 공제한 금액))이 0가 되는 세대

※각 소득에 급여수입이 포함되어 있는 경우는 급여소득금액에서 10만엔을 공제한 다음
판정합니다(레이와 3년 8월부터)

(3) 69세 이하인 분과 70~74세인 분이 같은 세대인 경우

세대로 합산하여 고액요양비가 지급됩니다. 이 경우 ①70~74세인 분의 고액요양비 적용후에 남은 자기부담액에 ②69세 이하인 분의 합산대상액을 가산하여 ③69세 이하인 분의 한도액을 적용하여 계산합니다.

(4) 고액의료비 지급이 4번 이상 있는 경우

과거 12개월간 한 세대에서 고액요양비 지급이 3회 이상 있었던 경우 4번째부터 한도액이 내려가며, 4번째 이후 한도액(표 1, 표2의< >안)을 초과한 금액이 지급됩니다.

※효고현내에서 이사한 경우 세대의 계속성을 인정받는다면, 이 횟수가 통산됩니다.

7-2. 고액요양비 지급신청

고액요양비 지급예상액이 1,000엔 이상으로, 미납 보험료가 없는 분께는 진료월 약 2개월 뒤의 월말에 신청 통지서를 보내드립니다. 통지서를 받은 분께는 회신용 봉투도 동봉하므로 신청서를 회신해 주십시오.

주소지의 구청, 지소의 국보 창구에서도 수속할 수 있습니다만, 통지서를 가지고 우편으로 신청하는 경우에도, 사전에 창구에서 신청하는 경우에도 지급 처리 속도에 차이는 없습니다.

지급예상액이 1,000엔 미만인 경우를 제외하고 통지서를 갖고 신청해 주시기 바랍니다.

8. 한도액 적용인정증(세이신주오출장소에서는 접수만, 인정증은 후일 니시구청에서 우편 발송)

한도액적용인정증(시민세 비과세 세대인 분은 한도액 적용, 표준부담액 감액인정증)이 있으시면, 한 의료기관에서 지불해야 할 1개월간의 자기부담액을 한도액까지 줄일 수 있습니다.

70~74세인 분으로 구분이 '일반' 또는 '현역 수준Ⅲ'에 해당하는 경우는 고령수급자증을 제시함으로써 자기부담한도액까지가 되므로 수속은 불필요합니다. 행정사무센터 또는 주소지 구청, 지소의 국보 창구에서 신청해 주십시오.

(주) 신청이 있었던 달의 1일부터 유효한 인정증을 발행하게 됩니다. 원칙상 소급해서 발행할 수 없으므로, 입원 등을 하신 경우는 빨리 수속해 주십시오. 69세 이하인 분의

경우, 보험료를 체납하고 있다면 교부받을 수 없습니다.

9. 입원시 식사비

입원했을 때의 식사비는 진료나 약에 드는 비용과는 별도로 한 끼당 표준부담액을 자기부담하고 남은 금액은 국보가 부담합니다.

【입원했을 때의 식사비 표준부담액(한 끼당)】

시민세 과세세대: 460엔

시민세 비과세 세대(과거 12개월간의 입원일수 합계가 90일 이하): 210엔(※)

시민세 비과세 세대 중 70세 이상으로 저소득 I 구분인 분: 100엔

시민세 비과세 세대인 분은 '한도액 적용·표준부담액 감액인정증'이나 '표준부담액 감액인정증'을 제시하시면 식사비가 상기와 같이 경감됩니다.

※최근 12개월 이내의 입원일수가 90일(시민세 과세세대였던 기간 및 저소득 I 인 기간을 제외)을 초과한 경우에 다시 신청하시면, 신청하신 날의 다음 달 1일부터 입원시의 한 끼당 식사비가 160엔이 되는 증을 발행합니다. 행정사무센터 또는 주소지의 구청, 지소의 국보 창구에서 신청해 주십시오.