

国民健康保険高額療養費支給申請手続きの簡素化について

【概要】

健康保険には、医療費の家計負担が重くならないよう、医療機関や薬局の窓口で支払う医療費の1か月単位での上限額を所得に応じて設定され、超えた部分について窓口支払いを不要あるいは、後日支払われる高額療養費の制度があります。

国民健康保険制度においては、後日支払う手続きのため、世帯の医療費の状況及び所得(限度額)を計算し、対象となる世帯には、申請書を送付し、世帯主が申請書に記入の上、市窓口に来庁し医療機関からの領収書を確認する手続きを行っており、毎月約700件の窓口受付業務が発生しています。

これらの手続きは、国民健康保険施行規則に基づくものでありますが、平成29年に一部改正され、70歳以上のみが属する世帯は、市町村が別段の定めをすることができることとされ、東久留米市では、令和2年度に規則を制定し、上記世帯の方の場合、1度申請した場合、次回以降の申請は不要とし、対象となる場合には、自動的に市から振込みを行う手続きへ変更しました。

令和3年3月には、国民健康保険施行規則が改正され、年齢要件が撤廃され、全ての世帯で別段の定めをすることができることとなりましたが、東久留米市が使用している国の標準システムの改修スケジュールが国の都合により遅れており、令和4年5月末よりこの機能が利用できることとなりました。

これを踏まえ、令和2年度と同様に、市規則を改正し、全世帯での簡素化を、周知期間を2か月ほど設定し、令和4年8月の決定分より実施します。

【費用】

システム事業者との調整により無償

【効果】

1件あたりの受付時間に約5分を要するため、簡素化前の700件を乗じ、12月を乗じた場合、42,000分=700時間

新規の受付案件の見込みを月30件とし、1,800分=30時間

よって、簡素化導入前と比較し、年間約670時間の窓口対応時間の削減が可能となる。

また、被保険者にとっては、来庁までの移動も無くなり各段に利便性が向上する。

【デメリットと対応】

滞納者との接触機会が無くなることとなるが、国保税滞納者は簡素化しない対応とする。

医療機関への支払い状況が確認出来ないこととなるが、実務上2年に1件程度が未払い案件で極少数であり、国が認める制度である以上、やむを得ない。