

《第2版平成24年2月16日：問4一部修正》

※ 回答で記載している「高額療養費の現物給付化」とは、「医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめることができる仕組み」をいいます。

＜外来の高額療養費の現物給付化の基本事項＞

【質問1】

今回の改正により、何が変更となるのか。

(回答)

- 限度額適用認定証等（※）を提示し、患者が外来の診療を受けた場合についても、入院した場合と同様に、医療機関等の窓口での支払を自己負担限度額までにとどめることができる仕組みが導入されます。

※ 「限度額適用認定証」の提示については70歳未満の一般、上位所得の方、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示については70歳未満及び70歳以上ともに低所得にあてはまる方が必要となります。70歳以上75歳未満で一般、現役並み所得の方は「高齢受給者証」を、75歳以上で一般、現役並み所得の方は「被保険者証」を提示することになります。

【質問2】

対象となる医療機関等はどこになるのか。

(回答)

- 保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者などで受けた保険診療が対象となります。（柔道整復、鍼灸、あん摩マッサージの施術などは対象外です。）

【質問3】

いつから外来診療を受けた場合の高額療養費の現物給付化が実施されるのか。

(回答)

- 平成24年4月1日です。

<限度額適用認定証関係>

【質問4】

月途中に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が交付された場合、外来の高額療養費の現物給付化はどの時点から実施されることになるのか。

(回答)

- 月途中に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受け、医療機関に提示した場合、
 - (1) 認定証の提示の前に、その月の窓口負担の合計額が自己負担限度額を超えていない場合は、提示した以降に受診した窓口負担を含めて、その月のその医療機関での窓口負担の全ての合計額と自己負担限度額の差額が現物給付化の対象となります。【ケース1】
 - (2) 認定証の提示の前に、その月の窓口負担の合計額が自己負担限度額を超えている場合は、その月の窓口負担は現物給付化の対象とはせず、翌月以降、現物給付化が適用されます。このため、その月の高額療養費は、後日、保険者に申請してください。【ケース2-1】
 - (3) ただし、(2)の場合に、認定証の提示の前の窓口負担と自己負担上限額との差額を、患者からの相談に応じて、医療機関が払い戻しする場合もあります。この場合は、自己負担限度額に達する前に認定証を提示したものとみなして、(1)と同様の取扱いとします。【ケース2-2】
- なお、月途中に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が交付されても、医療機関等への提示が翌月となった場合は現物給付化を行わずに、保険者に後日、高額療養費の申請を行うことにより当月分の高額療養費の支給を受けることとします。
- このように、高額療養費の外来現物給付化を受けるためには、医療機関等での支払いの前に認定証を提示していただくことが重要ですので、保険者におかれましては、被保険者に、高額療養費に該当しそうな場合は、あらかじめ、認定証を申請するよう周知をお願いいたします。
- 被保険者が、保険者に申請を行うことにより、高額療養費を受ける場合の申請方法は、保険者にご相談ください。

(例1) 70歳未満で自己負担限度額の区分が一般の場合

※外来の自己負担限度額は $80,100 \text{円} + (\text{総医療費} - 267,000 \text{円}) \times 1\%$

【ケース1】 (限度額適用認定証提示前に自己負担限度額に達していない場合)

4月1日 : A医療機関で外来診療

<総医療費 100,000 円、自己負担額 30,000 円>

4月15日 : 限度額適用認定証が交付

4月16日 : A医療機関で外来診療

<総医療費 300,000 円>

この場合、月の初めにさかのぼって適用されることになるため、自己負担限度額に達し、自己負担限度額が $80,100 \text{円} + (100,000 \text{円} + 300,000 \text{円} - 267,000 \text{円}) \times 0.01 = 81,430 \text{円}$ となります。したがって、4月16日の窓口での支払いは、 $81,430 \text{円} - 30,000 \text{円}$ (4月1日支払い分) = $51,430 \text{円}$ でよいこととなります。

【ケース2-1】 (限度額適用認定証提示前に自己負担限度額に達した場合)

4月1日 : A医療機関で外来診療

<総医療費 300,000 円、自己負担額 90,000 円>

4月15日 : 限度額適用認定証が交付

この場合、既にA医療機関で支払った額と自己負担限度額の差額 ($90,000 \text{円} - 80,430 \text{円} = 9,570 \text{円}$) については、後日、被保険者が保険者に申請することにより、保険者から高額療養費として払い戻しされます。

また、このケースで、4月16日以降、A医療機関で外来診療を受けた場合は、ケース2-2のように医療機関から払い戻しを受けることができる場合を除き、医療機関の窓口では、定率の自己負担額をお支払いいただくこととなります。1日と16日以降にA医療機関で支払った額の合計額と自己負担限度額の差額については、後日、被保険者が保険者に申請することにより、保険者から高額療養費として払い戻しされます。

※個々のケースにより医療機関等での払い戻しが可能な場合があります。

【ケース2-2】 (限度額適用認定証提示前に自己負担限度額に達したが、医療機関から払い戻しを受けることができる場合)

4月1日 : A医療機関で外来診療

<総医療費 300,000 円、自己負担額 90,000 円>

4月15日 : 限度額適用認定証が交付

4月16日 : A医療機関で外来診療

<総医療費 100,000 円、自己負担額 0 円、払い戻し 8,570 円>

医療機関から払い戻しを受けることができる場合、4月16日の外来診療では自己負担を支払う必要はありません。既に支払った分と自己負担額との差額、 $90,000 \text{円} - 81,430 \text{円} = 8,570 \text{円}$ が医療機関から払い戻されることとなります。

(例2) 70歳以上で自己負担限度額の区分が低所得Ⅰ又はⅡの場合

※ 外来の自己負担限度額は8,000円

【ケース1】 (限度額適用認定証提示前に自己負担限度額に達していない場合)

- 4月1日：A医療機関で外来診療
(総医療費50,000円、自己負担額5,000円)
- 4月15日：限度額適用・標準負担額減額認定証を交付
- 4月16日：A医療機関で外来診療
(総医療費100,000円)

この場合、月の初めにさかのぼって適用されることになり、自己負担限度額は8,000円です。4月16日の窓口での支払は、4月1日に5,000円を既に支払っていることから、 $8,000円 - 5,000円$ (4月1日支払分) = 3,000円となります。

【ケース2-1】 (限度額適用認定証提示前に自己負担限度額に達した場合)

- 4月1日：A医療機関で外来診療
<総医療費100,000円、自己負担額10,000円>
- 4月15日：限度額適用認定証が交付

この場合、既にA医療機関で支払った額と自己負担限度額の差額(10,000円-8,000円=2,000円)については、後日、被保険者が保険者に申請することにより、保険者から高額療養費として払い戻しされます。

また、このケースで、4月16日以降、A医療機関で外来診療を受けた場合は、ケース2-2のように医療機関から払い戻しを受けることができる場合を除き、医療機関の窓口では、定率の自己負担額をお支払いいただくこととなります。1日と16日以降にA医療機関で支払った額の合計額と自己負担限度額の差額については、後日、被保険者が保険者に申請することにより、保険者から高額療養費として払い戻しされます。

※個々のケースにより医療機関等での払い戻しが可能な場合があります。

【ケース2-2】 (限度額適用認定証提示前に自己負担限度額に達したが、医療機関から払い戻しを受けることができる場合)

- 4月1日：A医療機関で外来診療
<総医療費100,000円、自己負担額10,000円>
- 4月15日：限度額適用認定証が交付
- 4月16日：A医療機関で外来診療
<総医療費100,000円、自己負担額0円、払い戻し2,000円>

医療機関から払い戻しを受けることができる場合、4月16日の外来診療では自己負担を支払う必要はありません。既に支払った分と自己負担額との差額、 $10,000円 - 8,000円 = 2,000円$ が医療機関から払い戻しされることとなります。

【質問5】

平成24年3月31日以前に交付された限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証でも外来で高額療養費の現物給付を受けることが可能なのか。

(回答)

- 経過措置を設けており、平成24年3月31日以前に交付された限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証についても記載されている有効期限までは使用することが可能です。

【質問6】

平成24年4月1日から外来における高額療養費の現物給付を受けたい場合、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証はどうすればよいのか。

(回答)

- 平成24年3月31日以前に交付された限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証であっても有効期限までは使用することが可能なため、平成24年3月31日以前に各保険者に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請をしてください。
- なお、交付される限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証については、平成24年4月1日からが新様式での交付になりますが、平成24年3月31日までは改正前の旧様式で交付されることとなります。

【質問7】

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の有効期限は。

(回答)

- 限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の有効期限については、翌年度の7月末日まで（当該認定を行った日の属する月が4月から7月までの場合には、当該年度の7月末日まで）となります。

【質問 8】

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証はどのような人が必要となるのか。

(回答)

- 70歳未満の上位所得及び一般の被保険者で高額療養費の現物給付化を希望される方は、入院・外来を問わず、所得区分を確認するため、全員、「限度額適用認定証」が必要となります。
- 70歳未満、70歳以上ともに低所得にあてはまる方で高額療養費の現物給付化を希望される方は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要となります。
- 70歳以上75歳未満の現役並み所得及び一般の方は「高齢受給者証」、75歳以上の方は「被保険者証」により所得区分が確認できるため、不要です。

<外来現物給付化における高額療養費の算出関係>

【質問 9】

同一の月に複数の医療機関等を受診した場合どうなるか。医科・歯科別はどうなるか。

(回答)

- 複数の医療機関等を受診した場合は、それぞれの医療機関等ごとに外来の高額療養費の算定をすることになります。なお、同一医療機関に併設された医科及び歯科については別々に高額療養費を算定することになります。

(例 1) 70歳未満で自己負担限度額の区分が一般の場合

【ケース 1】

A 病院 (外来・医科) : 自己負担額 30,000 円 (総医療費 100,000 円)

B 薬局 : 自己負担額 60,000 円 (総医療費 200,000 円)

C 病院 (外来・医科) : 自己負担額 30,000 円 (総医療費 100,000 円)

複数の医療機関等同士では、合算することはできないため、高額療養費の現物給付化の対象とはなりません。

※ この場合、高額療養費の現物給付化の対象とはなりませんが、被保険者は後日、保険者に高額療養費の申請を行うことにより高額療養費の支給を受けることになります。

【ケース 2】

A 病院 (外来・医科) : 自己負担額 30,000 円 (総医療費 100,000 円)

B 薬局 : 自己負担額 60,000 円 (総医療費 200,000 円)

A 病院 (2 回目・外来・医科) : 自己負担額 90,000 円 (総医療費 300,000 円)

この場合、複数の医療機関同士では、合算することはできないため、B 薬局では 60,000

円を支払う必要があります。しかしながら、同一の医療機関では合算することが可能なため、A病院での医療費は合算されます。そのため、自己負担限度額に達し、自己負担限度額は、80,100円＋(100,000円＋300,000円－267,000円)×0.01＝81,430円となります。したがって、A病院の2回目の支払は、81,430円－30,000円(1回目支払分)＝51,430円になります。

※ この場合、被保険者は、別途、保険者に高額療養費の申請を行うことにより、B薬局での一部負担金を含めた高額療養費の支給を受けることになります。

(例2) 70歳以上で自己負担限度額の区分が低所得Ⅰ又はⅡの場合

【ケース3】

A病院(外来・医科)：自己負担額 5,000円(総医療費50,000円)

B薬局：自己負担額 3,000円(総医療費30,000円)

C病院(外来・医科)：自己負担額 5,000円(総医療費50,000円)

複数の医療機関等同士では、合算することはできないため、高額療養費の現物給付化の対象とはなりません。

※ この場合、高額療養費の現物給付化の対象とはなりません。被保険者は後日、保険者に高額療養費の申請を行うことにより高額療養費の支給を受けることになります。

【ケース4】

A病院(外来・医科)：自己負担額 5,000円(総医療費50,000円)

B薬局：自己負担額 3,000円(総医療費30,000円)

A病院(2回目・外来・医科)：自己負担額 5,000円(総医療費50,000円)

この場合、複数の医療機関同士では、合算することはできないため、B薬局では3,000円を支払う必要があります。ただし、同一の医療機関では合算することが可能なため、A病院での医療費は合算されます。そのため、A病院の2回目の支払は、8,000円－5,000円(1回目支払分)＝3,000円になります。

※ この場合、被保険者は、別途、保険者に高額療養費の申請を行うことにより、B薬局での一部負担金を含めた高額療養費の支給を受けることになります。

【質問10】

一つの薬局で複数の医療機関の処方せんがある場合はどうするのか。

(回答)

○ 一つの薬局の場合、同一の医療機関から発行された処方せんで調剤された費用についてのみ合算されます。

【質問 1 1】

同一月に同一の医療機関で外来と入院で受診した場合どうなるのか。

(回答)

- 外来と入院は別々の取扱いとなります。

（例 1）70 歳未満で自己負担限度額の区分が一般の場合

※ 自己負担限度額は 80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1%

A 病院（入院）：自己負担額 120,000 円（総医療費 400,000 円）

A 病院（外来）：自己負担額 90,000 円（総医療費 300,000 円）

この場合、外来と入院は別々に取扱うことになるため、入院では自己負担限度額の 80,100 円 + (400,000 円 - 267,000 円) × 0.01 = 81,430 円を支払い、外来でも自己負担限度額の 80,100 円 + (300,000 円 - 267,000 円) × 0.01 = 80,430 円を支払うこととなります。

※ この場合、合算の対象とはなるため、被保険者は後日、高額療養費の申請を保険者に行うことにより差額分の高額療養費の支給を受けることとなります。

（例 2）70 歳以上で自己負担限度額の区分が一般の場合

※ 入院の自己負担限度額は 44,400 円

外来の自己負担限度額は 12,000 円

【ケース】

A 病院（入院）：自己負担額 50,000 円（総医療費 500,000 円）

A 病院（外来）：自己負担額 20,000 円（総医療費 200,000 円）

この場合、外来と入院は別々に取扱うことになるため、入院では自己負担限度額の 44,400 円を支払い、外来でも自己負担限度額の 12,000 円を支払うこととなります。

※ この場合、合算の対象とはなるため、被保険者は後日、高額療養費の申請を保険者に行うことにより差額分の高額療養費の支給を受けることとなります。

【質問 1 2】

同一月に同一の医療機関に同一の世帯で複数人、受診した場合であって、合算してはじめて高額療養費の対象となる場合はどうするのか。

(回答)

- 入院の時と同様、高額療養費の現物給付化については、個人単位で計算しますので、各被保険者が各々自己負担限度額に達しない場合には、高額療養費の現物給付化の対象とはなりません。

ただし、同一の世帯で合算し、高額療養費の対象となる場合には、後日、保険者に高額療養費の申請を行うことにより高額療養費の支給を受けることとなります。

【質問 1 3】

同一月に自己負担限度額を超えた後、その月に同じ医療機関で再診した場合はどうなるのか。

(回答)

- 自己負担限度額を超えた後、その月に同一医療機関で再診した場合の窓口負担はかかりません。ただし、70歳未満の上位所得及び一般の方は、多数回該当にならない場合（当初3か月間）は自己負担限度額に総医療費の1%の加算があるので、その1%加算分に係る追加分を窓口で支払います。

（例）70歳未満の一般にあてはまる方

4月1日：A医療機関で外来診療 90,000円（総医療費 300,000円）
80,100円 + (300,000円 - 267,000円) × 0.01 = 80,430円（自己負担限度額）
窓口での支払額：80,430円
4月16日：A医療機関で外来診療 30,000円（総医療費 100,000円）
（4月1日分と併せて再計算）
80,100円 + (400,000円 - 267,000円) × 0.01 = 81,430円（自己負担限度額）
窓口での支払額：81,430円 - 80,430円（4月1日支払分） = 1,000円

【質問 1 4】

月途中で保険者が変更になった場合、高額療養費の現物給付化はどのような扱いとなるのか。

(回答)

- 月途中で保険者が変更になった場合、高額療養費の現物給付化は保険者ごと（限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証もそれぞれの保険者のものが必要）の算出となります。

（例 1）70歳未満で自己負担限度額の区分が一般の場合

4月1日から15日まで：A市国民健康保険
4月16日から30日まで：B市国民健康保険等
（75歳に到達し後期高齢者医療制度へ変更した場合を除く）

4月1日：α医療機関で外来診療を受ける。（総医療費 300,000円）
窓口での支払は
80,100円 + (300,000円 - 267,000円) × 0.01 = 80,430円

4月20日：α医療機関で外来診療を受ける。（総医療費400,000円）

保険者変更していなければ、窓口の支払は総医療費の1%分に係る追加分のみとなりますが、保険者が変更になったことから、窓口での支払は80,100円＋（400,000円－267,000円）×0.01＝81,430円になります。

（例2）74歳低所得者Ⅰ又はⅡにあてはまる方が、75歳に到達し後期高齢者医療制度に加入した場合

4月1日から15日まで：市町村国民健康保険

4月16日から30日まで：後期高齢者医療制度

4月1日：α医療機関で外来診療を受け、10,000円を支払う必要がある場合、窓口での支払は自己負担限度額の8,000円に二分の一を乗じた額の4,000円になります。

4月20日：α医療機関で外来診療を受け、10,000円を支払う必要がある場合、保険制度が変更になったことから、8,000円に二分の一を乗じた額の4,000円の窓口負担になります。

<多数回該当関係>

【質問15】

平成24年4月の施行段階で多数回該当に該当している場合は引き続き外来でも多数回該当となるのか。

（回答）

- 平成24年4月の施行段階で多数回該当に該当しており、医療機関等で多数回該当にあたることを確認できている場合に限り、多数回該当の限度額により高額療養費の現物給付化が行われます。
- 医療機関等で多数回該当にあてはまることについて確認できない場合には、被保険者は後日、高額療養費の申請を行うことにより差額分の高額療養費の支給を受けることになります。

【質問16】

多数回該当にあたるかどうか確認するときは、外来と入院で区別されるのか。

（回答）

- 区別されません。70歳未満は外来と入院で区別せず、1回でカウントすることになります。70歳以上の現役並み所得の方は、外来療養のみによる高額療養費の支給を受けた場合はカウントしません。
- なお、多数回該当の場合の取扱いについては、医療機関等において、被保険者が多数回該当にあてはまることを確認できた場合に限り、医療機関等の窓口での対応が可能となります。