

こう がくりょうよう ひ せい ど

# 高額療養費制度を利用される皆さまへ

(平成29年8月から平成30年7月診療分まで)

厚生労働省保険局

# 目 次

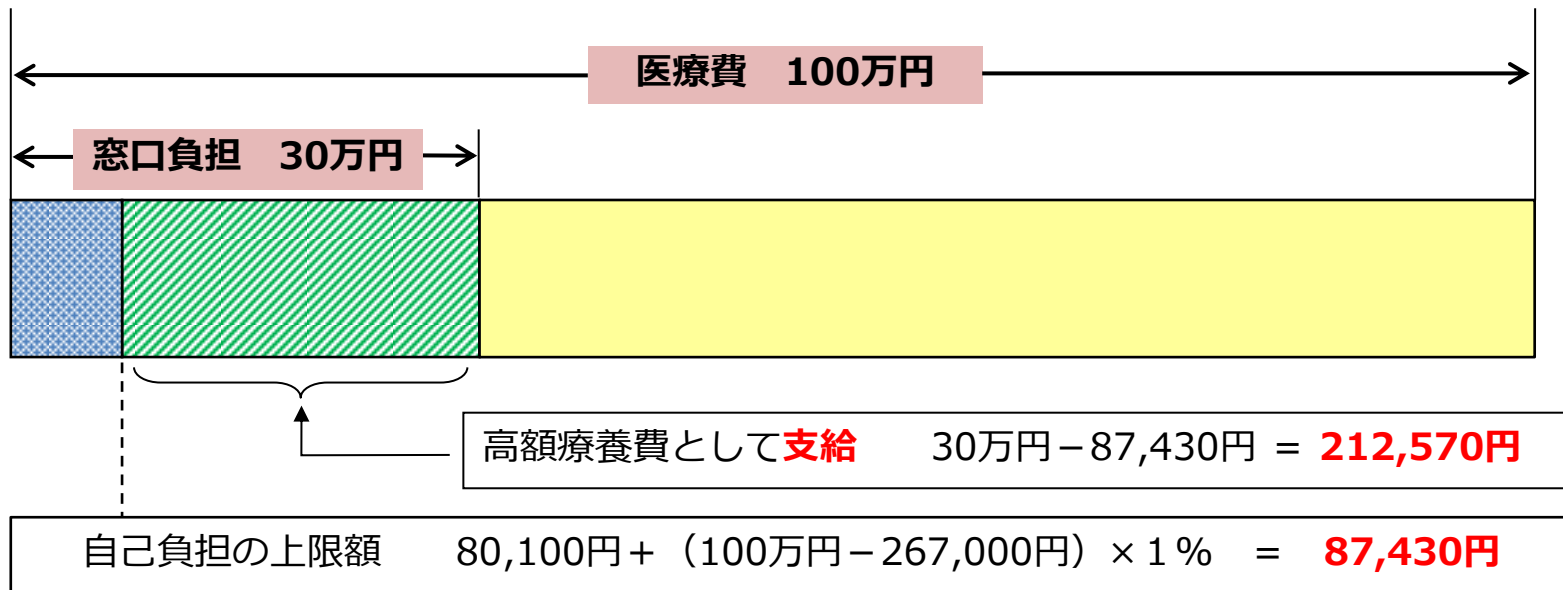
- ◆ 高額療養費制度とは、このような制度です
- ◆ 上限額は、年齢や所得によって異なります ①70歳以上の方
- ◆ 上限額は、年齢や所得によって異なります ②69歳以下の方
- ◆ ご負担をさらに軽減するしくみもあります ①世帯合算
- ◆ ご負担をさらに軽減するしくみもあります ②多数回該当
- ◆ よくあるご質問

# 高額療養費制度とは、このような制度です

**高額療養費制度**とは、医療機関や薬局の窓口で支払った額（※）が、ひと月（月の初めから終わりまで）で上限額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。

※入院時の食費負担や差額ベッド代等を含みません。

<例> 70歳以上・年収約370万円～770万円の場合（3割負担）  
100万円の医療費で、窓口の負担（3割）が30万円かかる場合



212,570円を高額療養費として支給し、**実際の自己負担額は87,430円**となります。

# 上限額は、年齢や所得によって異なります ①70歳以上の方

毎月の上限額は、加入者が70歳以上かどうかや、加入者の所得水準によって分けられます。また、70歳以上の方には、外来だけの上限額も設けられています。

<70歳以上の方の上限額（平成29年8月から平成30年7月診療分まで）>

適用区分		外来(個人ごと)	ひと月の上限額（世帯ごと）
		現役並み	年収約370万円～ 標報28万円以上 課税所得145万円以上
一般	年収156万～約370万円 標報26万円以下 課税所得145万円未満等	14,000円 〔年間上限 14万4千円〕	57,600円
非住民 課税等	Ⅱ 住民税非課税世帯	8,000円	24,600円
	Ⅰ 住民税非課税世帯 (年金収入80万円以下など)		15,000円

注 1つの医療機関等での自己負担（院外処方代を含みます。）では上限額を超えないときでも、同じ月の別の医療機関等での自己負担を合算することができます。この合算額が上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

# 上限額は、年齢や所得によって異なります ②69歳以下の方

毎月の上限額は、加入者が70歳以上かどうかや、加入者の所得水準によって分けられます。

## <69歳以下の方の上限額>

適用区分		ひと月の上限額（世帯ごと）
ア	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	$252,600円 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$
イ	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円	$167,400円 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$
ウ	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円	$80,100円 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$
エ	～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	57,600円
オ	住民税非課税者	35,400円

注 1つの医療機関等での自己負担（院外処方代を含みます。）では上限額を超えないときでも、同じ月の別の医療機関等での自己負担（69歳以下の場合は2万1千円以上であることが必要です。）を合算することができます。この合算額が上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

# ご負担をさらに軽減するしくみもあります ①世帯合算

おひとり1回分の窓口負担では上限額を超えない場合でも、複数の受診や、同じ世帯にいる他の方（同じ医療保険に加入している方に限ります。）の受診について、**窓口でそれぞれお支払いいただいた自己負担額を1か月単位で合算することができます。**

その合算額が一定額を超えたときは、超えた分を高額療養費として支給します。

※ ただし、69歳以下の方の受診については、2万1千円以上の自己負担のみ合算されます。

<75歳以上/AさんとBさんが同じ世帯にいる場合>

被保険者A

甲病院  
自己負担額 24,000円  
(医療費： 240,000円)

被保険者B

乙病院  
自己負担額 8,000円  
(医療費： 80,000円)

丙薬局  
自己負担額 42,000円  
(医療費： 420,000円)

世帯合算

世帯合算後の  
自己負担額

||

+ 24,000円

+ 8,000円

+ 42,000円

**= 74,000円**

高額療養費の  
支給対象となる

# ご負担をさらに軽減するしくみもあります ②多数回該当

過去12か月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります。

<70歳以上の方の場合（平成29年7月までの診療分）>

所得区分	本来の負担の上限額	多数回該当の場合
「現役並み」区分の方	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	<b>44,400円</b>
「一般」区分の方	57,600円	<b>44,400円</b>

(注) 「住民税非課税」の区分の方については、多数回該当の適用はありません。

<69歳以下の方の場合>

所得区分	本来の負担の上限額	多数回該当の場合
年収約1,160万円~の方	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1%	<b>140,100円</b>
年収約770万~約1,160万円の方	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1%	<b>93,000円</b>
年収約370万~約770万円の方	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	<b>44,400円</b>
~年収約370万円	57,600円	<b>44,400円</b>
住民税非課税者	35,400円	<b>24,600円</b>

## よくあるご質問

- Q 1. 高額療養費の支給申請はどのように行えば良いですか。
- Q 2. どのような医療費が、高額療養費制度による負担軽減の対象となりますか。
- Q 3. 高額療養費を申請した場合、支給までにどのくらいの時間がかかりますか。
- Q 4. 支給申請はいつまでさかのぼって行うことが可能ですか。
- Q 5. 負担の上限額は、加入している健康保険やかかっている病気によって変わるのですか。
- Q 6. 入院する場合に、窓口での支払いを負担の上限額までに抑えるには、どのような手続きが必要となるのでしょうか。
- Q 7. 高額医療・高額介護合算療養費制度は、高額療養費制度とは別の制度なのでしょうか。
- Q 8. 医療費控除制度とはどう違うのでしょうか。
- Q 9. 「世帯合算」では、家族のどの範囲まで自己負担額を合算できるのでしょうか。
- Q 10. 月をまたいで治療した場合、医療費の合算はできないのでしょうか。
- Q 11. 同じ世帯に69歳以下の人と70歳以上の人いる場合は、どのような自己負担額が適用されるのでしょうか。
- Q 12. 病院で複数の診療科に受診した場合、それぞれの診療科での自己負担が、合計すると自己負担限度額を超える場合は、高額療養費の請求ができますか。



## Q 1. 高額療養費の支給申請はどのように行えば良いですか。

A 1.

ご自身が加入している公的医療保険（健康保険組合・協会けんぽの都道府県支部・市町村国保・後期高齢者医療制度・共済組合など。以下単に「医療保険」といいます。）に、高額療養費の支給申請書を提出または郵送することで支給が受けられます。病院などの領収書の添付を求められる場合もあります。

ご加入の医療保険によっては、「支給対象となります」と支給申請を勧めたり、さらには自動的に高額療養費を口座に振り込んでくれたりするところもあります。

なお、どの医療保険に加入しているかは、保険証（正式には被保険者証）の表面にてご確認ください。

## Q 2. どのような医療費が、高額療養費制度の支給の対象となりますか。

A 2.

保険適用される診療に対し、患者が支払った自己負担額が対象となります。医療にかからない場合でも必要となる「食費」・「居住費」、患者の希望によってサービスを受ける「差額ベッド代」・「先進医療にかかる費用」等は、高額療養費の支給の対象とはされていません。

また、患者が69歳以下の場合に自らの自己負担額を合算するためには、レセプト（※）1枚あたりの1か月の自己負担額が2万1千円以上であることが必要です。

なお、高額療養費制度は、かかった医療費を暦月単位で軽減する制度であり、月をまたいで治療した場合は、自己負担額の合算はできません（理由については、Q10をご覧ください。）。

（※）ある個人について診療に要した費用を医療保険に請求するために、暦月（月の初めから終わりまで）単位で医療機関や薬局が作成する請求書を指します。

### Q 3. 高額療養費を申請した場合、支給までにどのくらいの時間がかかりますか。

A 3.

受診した月から少なくとも3か月程度かかります。

高額療養費は、申請後、各医療保険で審査した上で支給されますが、この審査はレセプト（医療機関から医療保険へ提出する診療報酬の請求書）の確定後に行われます。レセプトの確定までに一定の時間がかかりますので、なにとぞご理解ください。

なお、医療費のお支払いが困難なときには、無利息の「高額医療費貸付制度」を利用できる場合があります。制度の利用ができるかどうか、貸付金の水準はどのくらいかは、ご加入の医療保険によって異なりますので、お問い合わせください。

**Q 4. 支給申請はいつまでさかのぼって行うことが可能ですか。**

A 4.

高額療養費の支給を受ける権利の消滅時効は、診療を受けた月の翌月の初日から2年です。

したがって、この2年間の消滅時効にかかっていない高額療養費であれば、過去にさかのぼって支給申請することができます。

## Q 5. 負担の上限額は、加入している健康保険やかかっている病気によって変わるのですか。

A 5.

高額療養費では、各医療保険で共通の負担の上限額が設定されています（※）。

※ ただし、健康保険組合には、組合独自の「付加給付」として、この共通の額よりも低い負担の上限額を設定しているところもあります。

また、自治体によっては、独自の医療費助成制度があり、医療機関の窓口での支払額が高額療養費の負担の上限額より低くなる場合があります。詳しくは、ご加入の医療保険やお住まいの自治体にお問い合わせください。

かかっている病気によって負担の上限額は変わりませんが、血友病、人工透析及びHIVといった非常に高額な治療を長期間にわたって継続しなければならない方については、高額療養費の支給の特例が設けられています。この特例措置が適用されると、原則として負担の上限額は月額1万円となります。

**Q 6. 入院する場合に、窓口での支払いを負担の上限額までに抑えるには、どのような手続きが必要となるのでしょうか。**

**A 6.**

入院する前に、ご加入の医療保険から「限度額適用認定証」又は「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」の交付を受け、医療機関の窓口でこれらの認定証を提示する必要があります。

69歳以下の方については全員が、70歳以上の方については住民税非課税の方が、対象となります。

詳しくは、ご加入の医療保険にお問い合わせください。

## Q 7. 高額医療・高額介護合算療養費制度は、高額療養費制度とは別の制度なのでしょうか。

A 7.

高額医療・高額介護合算療養費制度（以下「合算療養費制度」といいます。）とは、世帯内の同一の医療保険の加入者の方について、毎年8月から1年間にかかった医療保険と介護保険の自己負担を合計し、基準額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。

高額療養費制度が「月」単位で負担を軽減するのに対し、合算療養費制度は、こうした「月」単位での負担軽減があっても、なお重い負担が残る場合に「年」単位でそれらの負担を軽減する制度です。

詳しくは、ご加入の医療保険にお問い合わせください。

## Q 8. 医療費控除制度とはどう違うのでしょうか。

A 8.

医療費控除とは、所得税や住民税の算定において、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族のために医療費を支払った場合に受けることができる、一定の金額の所得控除のことを言い、保険給付の一種である高額療養費とは別の制度です。



**Q 9. 「世帯合算」では、家族のどの範囲まで自己負担額を合算できるのでしょうか。**

A 9.

自己負担額の合算は、同一の医療保険に加入する家族を単位として行われます（医療保険における「世帯」は、いわゆる一般のイメージの「世帯」（住民基本台帳上の世帯）の範囲とは異なります）。

例えば、会社で働く方やその家族などが加入する健康保険であれば、被保険者とその被扶養者の自己負担額は、お互いの住所が異なっても合算できます。他方、共働きの夫婦など、別々の健康保険に加入していれば、住所が同じでも合算の対象となりません。

また、あるご家庭に、健康保険の被保険者（例：45歳のサラリーマン）と後期高齢者医療制度の被保険者（例：80歳の高齢者）が同居されている場合、それぞれの医療費は合算の対象となりません。

**Q10. 月をまたいで治療した場合、医療費の合算はどうしてできないのでしょうか。**

A10.

高額療養費制度では、ご加入の医療保険が患者の皆様の窓口負担額を把握する方法として、ご加入の医療保険に対して医療機関が医療費を請求する「レセプト」を用いています。（現在のところ、レセプト以外に、医療保険が窓口負担額を的確に把握する方法がありません。）

医療機関は、毎月、暦月単位で、ご加入の医療保険に対して医療費を「レセプト」で請求する仕組みとしており、これにあわせて、高額療養費の支給も暦月単位としています。

ご理解いただきますよう、お願いいたします。

## Q11. 同じ世帯に、69歳以下と70歳以上の家族がいる場合は、どのような自己負担額が適用されるのでしょうか。

A11.

同じ世帯に69歳以下と70歳以上の方がいる場合、以下のような手順で、家族の皆様のご自己負担額を合算し、その合計が世帯全体の自己負担の上限を超えないようにしています。

- ① 70歳以上の方について、外来の自己負担額を個人ごとに合算した額に、70歳以上の方の外来における負担の上限額をそれぞれ当てはめ、差額を支給。
- ② 70歳以上の方の入院分の自己負担額と、①によってもなお残る自己負担額とを合計した額に、70歳以上の方の世帯における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。
- ③ 69歳以下の方の自己負担額と、②によってもなお残る自己負担額を合計した、世帯全体の自己負担額に、世帯全体における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。

**Q12. 病院で複数の診療科に受診した場合、それぞれの診療科での自己負担が、合計すると自己負担限度額を超える場合は、高額療養費の請求ができますか。**

A12.

平成22年4月からは、いわゆる「旧総合病院（※）」において、複数の診療科のレセプトを一本化したので、高額療養費の請求も、一つの医療機関としてまとめて行うことができるようになりました。

なお、内科と歯科、入院と外来とではレセプトが分かれますが、窓口負担が、①69歳以下の方は2万1千円以上のものについて、②70歳以上の方は窓口負担の額にかかわらず、それらを合算して高額療養費を請求することができます。

※ 内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科がある、収容施設が100床以上あるなどの条件を満たす病院を指します。総合病院の制度自体は平成8年に廃止されましたが、レセプトの提出方法に関する特例が残っていました。