

平成30年(健)第671号

令和元年11月29日裁決

主文

後記「事実」欄第2の2(2)記載の原処分を取り消す。

事実

第1 再審査請求の趣旨

再審査請求人(以下「請求人」という。)の再審査請求の趣旨は、健康保険法(以下「健保法」という。)による高額療養費(以下、「高額療養費」という。)の支給を求めることである。

第2 事案の概要

1 事案の概要

本件は、請求人が、後記2(1)記載の本件申請書を提出し、高額療養費の支給を申請したことに対し、〇〇健康保険組合(以下「保険者組合」という。)が後記2(2)記載の原処分をしたところ、請求人が、原処分を不服として、標記の社会保険審査官に対する審査請求を経て、当審査会に対し、再審査請求をしたという事案である。

2 本件再審査請求に至る経緯

本件記録によると、請求人が本件再審査請求をするに至る経緯として、次の各事実が認められる。

- (1) 請求人は、保険者組合に対し、平成〇年〇月〇日(受付)、診療月を同年〇月分とする健康保険合算高額療養費支給申請書(以下「本件申請書」という。)を提出し、高額療養費の支給を申請した。
- (2) 保険者組合は、平成〇年〇月〇日付けで、請求人に対し、「あなたの高額療養費(診療月：平成〇年〇月)の申請は、自己負担額が自己負担限度額：(〇〇〇, 〇〇〇円 + (医療費 - 〇〇〇, 〇〇〇円) × 1% [93, 000円(注：多数該当の場合の自己負担限度額)])を超えないため。」という事由により、高額療養費を支給しない旨の処

分(以下「原処分」という。)をした。

- (3) 請求人は、原処分を不服として、標記の社会保険審査官に対する審査請求を経て、当審査会に対し再審査請求をした。

第3 当事者等の主張の要旨

(略)

理由

第1 問題点

- 1 健保法は、その第74条第1項、第63条第3項において、疾病又は負傷に関して自己の選定する保険医療機関又は保険薬局(以下、併せて「保険医療機関等」という。)から療養の給付を受ける70歳に達する日の属する月以前である被保険者は、その給付を受ける際、当該給付につき同法第76条第2項又は第3項の規定により算定した額に100分の30の割合を乗じて得た額を、一部負担金として、当該保険医療機関等に支払わなければならないと定め、高額療養費については、同法第115条において、この療養の給付について支払われた一部負担金の額又は療養(食事療養及び生活療養を除く。)に要した費用の額からその療養に要した費用につき、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費若しくは家族訪問看護療養費として支給される額に相当する額を控除した額が著しく高額であるときは、その療養の給付又はその保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費若しくは家族訪問看護療養費の支給を受けた者に対し、高額療養費を支給すると定め(同条第1項)、高額療養費の支給要件、支給額その他高額療養費の支給に関して必要な事項は、療養に必要な費用の負担の家計に与える影響及び療養に要した費用の額を考慮して、政令で定めることとしている(同条第2項)。そして、この規定を承けた健康保険法施行令(以下「健保令」という。)第41条第1項は、被保険者又はその被扶養者が同一の月にそれぞれ一の保険医療機関等から受けた療養に係る一部

負担金等の額（70歳に達する日の属する月以前の療養に係るものについては、2万1000円以上のものに限る。）を合算した額（以下、この被保険者及びその被扶養者に係る一部負担金等の額を合算する取扱いを「世帯合算」という。）から同条第2項から第5項までの高齢者等の療養に関して支給される高額療養費の額を控除した残額が健保令第42条に定める高額療養費算定基準額（自己負担限度額）を超える場合に、その超えた額を高額療養費として支給するとしており、高額療養費算定基準額は、療養のあった月の被保険者の標準報酬月額が83万円以上の者、53万円以上83万円未満の者、28万円以上53万円未満の者、28万円未満の者、市区町村住民税非課税者などに区分して規定されており、その区分ごとの額は以下のとおりである（健保令第42条第1項）。

- ア 標準報酬月額が83万円以上の者
 $25万2600円 + (総医療費 - 84万2000円) \times 1\%$
(多数該当の場合(健保令第42条第1項第1号所定の「高額療養費多数回該当の場合」をいう。以下同じ。)
14万0100円)
- イ 標準報酬月額が53万円以上83万円未満の者
 $16万7400円 + (総医療費 - 55万8000円) \times 1\%$
(多数該当の場合9万3000円)
- ウ 標準報酬月額が28万円以上53万円未満の者
 $8万0100円 + (総医療費 - 26万7000円) \times 1\%$
(多数該当の場合4万4400円)
- エ 標準報酬月額が28万円未満の者
5万7600円
(多数該当の場合4万4400円)
- オ 市区町村住民税非課税者
3万5400円
(多数該当の場合2万4600円)

この世帯合算による高額療養費に係る支給額の算定は、世帯の実質的な負担が

高額に上ることを軽減するとの趣旨で設けられたものである。

他方、健保令第41条第6項では、被保険者又はその被扶養者が同条第1項第2号所定の特定給付対象療養（以下、単に「特定給付対象療養」という。）を受けた場合において、当該被保険者又はその被扶養者が同一の月にそれぞれ一の保険医療機関等から受けた当該特定給付対象療養に係る一部負担金等の額が高額療養費算定基準額を超えるときは、当該一部負担金等の額から高額療養費算定基準額を控除した額を高額療養費として支給するとし、健保令第42条第6項により、この場合の高額療養費算定基準額は、70歳に達する日の属する月以前の特定給付対象療養については、当該特定給付対象療養のあった月の被保険者の標準報酬月額にかかわらず、8万0100円と、当該特定給付対象療養に要した費用の額から26万7000円を控除した額に100分の1を乗じて得た額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを1円に切り上げた額）との合算額とすると規定されている。すなわち、特定給付対象療養に係る高額療養費については、原則として世帯合算の対象から外して算定することとなるのである。

この特定給付対象療養の範囲は、①健保令第41条第1項第2号、②健康保険法施行規則第98条第1号ないし第11号、③昭和59年厚生省告示第155号「健康保険法施行規則第98条第11号及び船員保険法施行規則第86条第12号の規定に基づき厚生労働大臣が定める医療に関する給付」（本件においては平成26年厚生労働省告示第481号による改正まで反映したもの。以下「本件告示」という。）第1号ないし第13号において定められており、①においては、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による一般疾病医療費の支給が、②にお

いては、児童福祉法第19条の2第1項の小児慢性特定疾病医療費の支給、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による自立支援医療費の支給等が、③の第1号ないし第11号においては、児童福祉法第22条第1項の助産の実施、第33条の一時保護に係る医療の給付等がそれぞれ定められているところ、これらはいずれも医療保険の自己負担分を公費により補てんするいわゆる保険優先の公費負担医療が行われる療養である。そして、特定給付対象療養を原則として世帯合算から外すこの取扱いは、保険優先の公費負担医療に係る給付が、医療保険が給付した残り分を補てんするものであり、保険優先の公費負担医療の対象者は、その給付により実質的な負担をしないこととなることから、高額療養費の支給額の算定において、保険優先の公費負担医療に係る給付を特定給付対象療養として、世帯合算の対象から外すこととしているものと解されている。そうして、本件告示の第12号には「都道府県又は市町村（以下「都道府県等」という。）が行う医療に関する給付であつて、前各号に掲げる医療に関する給付に準ずるもの」が、第13号には「都道府県等が行う医療に関する給付であつて、社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律第129号）第15条第2項に規定する法律による医療に関する給付に準ずるもの」がそれぞれ掲げられている。

2 請求人は前記「事実」欄第2の2(2)記載の事由による原処分を不服としているのであるから、本件の問題点は、原処分が上記法令等の規定に照らして適法かつ妥当と認められるかどうか、ということである。

第2 事実の認定及び判断

1 本件記録によれば、前記「事実」欄第2の2記載の事実のほか、次の各事実を認定することができる。なお、次の(1)ないし(3)に掲げる各書面は全て写しである。
(1) 本件申請書には、診療月「平成〇年〇月分」として、次のアないしクの療

養に対して支払った額等が記載され、主な記載内容は次のとおりである。

ア 療養を受けた者の氏名及び続柄「A 次男」、傷病名「SGA性低身長症他」、療養を受けた病院等の名称「a病院」、上記の病院等で療養を受けた期間（外来）「自平成〇年〇月〇日至平成〇年〇月〇日 1日間」、上記の期間に受けた療養に対し支払った額（外来）「〇〇, 〇〇〇円」

イ 療養を受けた者の氏名及び続柄「同左（注：Aを指す。）」、傷病名「便秘症」、療養を受けた病院等の名称「b病院、〇〇薬局」、上記の病院等で療養を受けた期間（外来）「自平成〇年〇月〇日至平成〇年〇月〇日 1日間」、上記の期間に受けた療養に対し支払った額（外来）「公費により0円」

ウ 療養を受けた者の氏名及び続柄「同左（注：Aを指す。）」、傷病名「遠視」、療養を受けた病院等の名称「c病院」、上記の病院等で療養を受けた期間（外来）「自平成〇年〇月〇日至平成〇年〇月〇日 1日間」、上記の期間に受けた療養に対し支払った額（外来）「公費により0円」

エ 療養を受けた者の氏名及び続柄「A 二男」、傷病名「アレルギー性鼻炎他」、療養を受けた病院等の名称「〇〇薬局、d病院」、上記の病院等で療養を受けた期間（外来）「自平成〇年〇月〇日至平成〇年〇月〇日 1日間」、上記の期間に受けた療養に対し支払った額（外来）「公費0円」

オ 療養を受けた者の氏名及び続柄「B 本人」、傷病名「高コレステロール血症他」、療養を受けた病院等の名称「〇〇薬局、e病院」、上記の病院等で療養を受けた期間（外来）「自平成〇年〇月〇日至平成〇年〇月〇日 2日間」、上記の期間に受けた療養に対し支払った額（外来）「医科〇, 〇〇〇円+調剤〇, 〇〇〇円=〇, 〇〇〇円」

カ 療養を受けた者の氏名及び続柄「同左(注：Bを指す。)、傷病名「腰椎椎間板症他」、療養を受けた病院等の名称「〇〇薬局、f病院」、上記の病院等で療養を受けた期間(外来)「自平成〇年〇月〇日至平成〇年〇月〇日 1日間」、上記の期間に受けた療養に対し支払った額(外来)「医科〇〇〇円+調剤〇, 〇〇〇円=〇, 〇〇〇円」

キ 療養を受けた者の氏名及び続柄「C 妻」、傷病名(注：歯科の歯列等が記載されているが記載を省略する。)、療養を受けた病院等の名称「〇〇薬局、g病院」、上記の病院等で療養を受けた期間(外来)「自平成〇年〇月〇日至平成〇年〇月〇日 4日間」、上記の期間に受けた療養に対し支払った額(外来)「歯科〇, 〇〇〇+調剤〇〇〇=〇, 〇〇〇円」

ク 療養を受けた者の氏名及び続柄「D」、傷病名「急性胃腸炎」、療養を受けた病院等の名称「〇〇薬局、h病院」、上記の病院等で療養を受けた期間(外来)「自平成〇年〇月〇日至平成〇年〇月〇日 1日間」、上記の期間に受けた療養に対し支払った額(外来)「公費により0円」

- (2) 上記(1)のAないしKに係る各保険医療機関の平成〇年〇月分の診療報酬明細書8通及び各保険薬局の調剤報酬明細書6通(上記(1)のI及びJないしKに係る保険薬局の調剤報酬明細書はいずれも、上記(1)のI及びJないしKに係る各保険医療機関の処方せんに基づくものと認められる。)があり、それらによれば、上記(1)のAないしKに係る療養の給付の決定点数及び一部負担金額が、次のとおりであることが認められる。そして、本件申請書において、療養に対し支払った額として「公費により0円」又は「公費0円」と記載されたくないしエ及びクに係るものうち、Aに係るものについては、社会保険診療報酬支払基金が受託している〇

〇区の義務教育就学児に係る医療費助成事業のコード「〇〇. 〇〇. 〇〇〇. 〇」が、Dに係るものについては、社会保険診療報酬支払基金が受託している〇〇区の乳幼児に係る医療費助成事業のコード「〇〇. 〇〇. 〇〇〇. 〇」がそれぞれ記載されている。

ア 決定点数：〇〇, 〇〇〇点(総医療費〇〇万〇〇〇〇円に相当)、一部負担金額：〇〇, 〇〇〇円

イ 決定点数：〇〇〇点(=〇〇〇点+〇〇〇点)(総医療費〇〇〇〇円に相当)、一部負担金額：公費により0円

ウ 決定点数：〇〇〇点(総医療費〇〇〇〇円に相当)、一部負担金額：公費により0円

エ 決定点数：〇〇〇点(=〇〇〇点+〇〇〇点)(総医療費〇〇〇〇円に相当)、一部負担金額：公費により0円

オ 決定点数：〇, 〇〇〇点(=〇〇〇点+〇, 〇〇〇点)(総医療費〇万〇〇〇〇円に相当)、一部負担金額：〇, 〇〇〇円(=〇, 〇〇〇円+〇, 〇〇〇円)

カ 決定点数：〇〇〇点(=〇〇〇点+〇〇〇点)(総医療費〇〇〇〇円に相当)、一部負担金額：〇, 〇〇〇円(=〇〇〇円+〇, 〇〇〇円)

キ 決定点数：〇, 〇〇〇点(=〇, 〇〇〇点+〇〇〇点)(総医療費〇万〇〇〇〇円に相当)、一部負担金額：〇, 〇〇〇円(=〇, 〇〇〇円+〇〇〇円)

ク 決定点数：〇〇〇点(=〇〇〇点+〇〇〇点)(総医療費〇〇〇〇円に相当)、一部負担金額：公費により0円

- (3) 〇〇区長が請求人に対し交付した支払決定通知書(平成〇年〇月〇日付け)及び支払内訳書(平成〇年〇月〇日付け。以下、支払決定通知書と併せて「本件支払決定通知書等」という。)があり、本件支払決定通知書等によ

ば、請求人が平成〇年〇月〇日付けでした受給者をAとする医療費助成金の申請について、i病院j科の診療月同年〇月分の外来に係る医療費支給額として〇〇〇円及び同病院j科の診療月同年〇月分の外来に係る医療費支給額として〇万〇〇〇〇円の合計〇万〇〇〇〇円が、請求人に対し、医療費助成金として支給決定されていることが認められ、上記支払内訳書には、上記の支給額に関し「H〇. 〇診療分は「区分：ウ」の自己負担限度額までの支給。」との付記がある。

2 以上に基づいて、本件問題点について検討し、判断する。

前記1(2)によれば、Aに対する療養の給付は〇〇区の義務教育就学児に係る医療費助成事業の対象であることが認められ、前記1(1)中のAに係るイないしエの療養の給付はいずれも公費により一部負担金の額が0円となっていることが認められるところ、前記1(1)ないし(3)によれば、前記1(3)に記載の同区の医療費助成金のうち、i病院j科の診療月平成〇年〇月分の外来に係るものは、前記1(1)アに記載した同病院の外来に係る療養の給付（以下「本件療養の給付」という。）に対するものと認められる。そして、本件支払決定通知書等に記載の「H〇. 〇診療分は「区分：ウ」の自己負担限度額までの支給。」との付記は、高額療養費算定基準額（自己負担限度額）まで医療費助成金を支給する意と解されるから、これらを併せ考えるに、同区の義務教育就学児に係る医療費助成事業は、医療保険の自己負担分を公費により補てんするいわゆる保険優先の公費負担と認めるのが相当であり、前記第1の1に説示したところによれば、本件療養の給付は、本件告示第12号に掲げる「都道府県又は市町村（以下「都道府県等」という。）が行う医療に関する給付であつて、前各号に掲げる医療に関する給付に準ずるもの」に該当すると認めるのが相当である。

そうすると、本件療養の給付は特定給

付対象療養として扱うべきであるから、本件療養の給付について、世帯合算の対象として、請求人の平成〇年〇月の標準報酬月額〇〇万円から前記第1の1イの区分により高額療養費算定基準額を算定して、請求人及びその被扶養者に係る療養の給付に係る医療費と合算して高額療養費の支給額を算定することは、前記第1の1に掲示した法令に基づく算定とはいえず、本件療養の給付については、健保令第41条第6項の規定により、健保令第42条第6項に定めるところにより高額療養費算定基準額を算定し、高額療養費の支給額を算定すべきである。

3 以上によれば、本件療養の給付について、特定給付対象療養とせずに、世帯合算の対象として前記第1の1イの区分により高額療養費算定基準額を算定し、高額療養費を支給しないとした原処分は、適法とはいえず、取り消されるべきであり、主文のとおり裁決する。