

高額療養費制度

重篤な疾患により入院・手術ともなれば、その期間が長期に及ぶことは一般的ではないかと思えます。そして、その間に負担することになる医療費がどれほどになるのか心配になるかもしれません。そのような時に、健康保険(協会けんぽなどの被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療保険)では手続きをすることで、「**高額療養費制度**」というものが適用され、1か月に支払う医療費は自己負担限度額(高額療養費算定基準額)までとなり、当該額を超えて支払った医療費については、「高額療養費」として払戻し(償還)してもらえるわけです。ただし、入院時にかかる食事代(「**入院時食事療養費の食事療養標準負担額**」と言います)や生活療養費(「**入院時生活療養費(特定長期入院被保険者(療養病床に入院する 65 歳以上の者)が受ける生活療養費)の生活療養標準負担額**」と言います)、先進医療などの**評価療養**、その評価療養の対象となっていない療養を患者自身が希望し、当該療養を受けたい旨申し出た場合の**患者申出療養**及び差額ベッド代などの**選定療養**といった「**保険外併用療養費の自費負担分**」は含まれません。

なお、高額療養費の支給申請期限は、診療月の翌月の初日から2年を経過するまでです。

<70 歳未満の自己負担限度額(高額療養費算定基準額)について>

【平成 27 年 1 月診療分から】70 歳未満の場合→70 歳以上 75 歳未満の場合(平成 30 年 8 月診療分から)はこちら([PDF※](#))(厚生労働省ホームページより引用)からどうぞ

<70歳未満の自己負担限度額(高額療養費算定基準額)等について【平成27年1月診療分から】(現行)>

適用(所得)区分	負担割合	自己負担限度額	多数回該当※5
<区分ア> ・年収:約1,160万円～ ・健保:標準報酬月額※2 830,000円以上 (報酬月額810,000円以上) ・国保:年間所得※3 901万円超	3割 (6歳に達する日以後の最初の3月31日以前、いわゆる義務教育就学前である場合は2割)	252,600円＋ (総医療費※4－ 842,000円)×1%	140,100円
<区分イ> ・年収:約770万円～約1,160万円 ・健保:標準報酬月額※2 530,000円～790,000円 (報酬月額515,000円以上810,000円未満) ・国保:年間所得※3 600万円超901万円以下		167,400円 ＋(総医療費※4－ 558,000円)×1%	93,000円
<区分ウ> ・年収:約370万円～約770万円 ・健保:標準報酬月額※2 280,000円～500,000円 (報酬月額270,000円以上515,000円未満) ・国保:年間所得※3 210万円超600万円以下		80,100円 ＋(総医療費※4－ 267,000円)×1%	44,400円
<区分エ> ・年収:～約370万円 ・健保:標準報酬月額※2 260,000円以下 (報酬月額270,000円未満) ・国保:年間所得※3 210万円以下		57,600円	44,400円
<区分オ> (健保:低所得者)(国保:市民(住民)税非課税世帯) ・健保:被保険者が市区町村(住民)税非課税者等 ・国保:世帯主及び国保加入者全員が市民税非課税の世帯		35,400円	24,600円

「現役並みⅢ・Ⅱ・Ⅰ」

- | | |
|------------|--|
| ● 現役並み所得者Ⅲ | 標準報酬月額 830,000 円以上(報酬月額 810,000 円以上) |
| ● 現役並み所得者Ⅱ | 標準報酬月額 530,000 円～790,000 円(報酬月額 515,000 円以上 810,000 円未満) |
| ● 現役並み所得者Ⅰ | 標準報酬月額 280,000 円～500,000 円(報酬月額 270,000 円以上 515,000 円未満) |

「一般」

- 一般所得者 標準報酬月額 260,000 円以下(報酬月額 270,000 円未満)

「住民税非課税」

- ## ● 低所得者Ⅱ

- ・協会けんぽホームページ上の説明文⇒被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合
- ・神戸市ホームページ上の説明文⇒世帯主及び国保加入者全員が市民税非課税の世帯

- ## ● 低所得者 I

- ・協会けんぽホームページ上の説明文⇒被保険者とその扶養家族全ての方の収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない場合

- ・神戸市ホームページ上の説明文⇒低所得Ⅱの条件に加えて、世帯の各所得(各種収入金額から必要経費相当額を引いた額(公的年金収入の場合は、収入額から 80 万円を差し引いた額))が 0 円となる世帯(令和 3 年 8 月からは、各所得に給与所得が含まれる場合、給与所得の金額から 10 万円を控除したうえで判定)

※2 標準報酬月額については、下記図表(PDF 添付)(協会けんぽホームページより引用)をご参照下さい。

令和7年3月(4月納付)からの健康保険・厚生年金保険の保険料概算

●健康保険料(健康保険法第47条第1項) ・・・ 適用年度(令和7年度)の4月～12月までの適用率
●厚生年金保険料(厚生年金保険法第14条第1項) ・・・ 令和7年1～3月の適用率を令和7年度に適用

【基本情報】		全世帯世帯主等が世帯主となる世帯						【備考】(円)	
		世帯主が健康保険被保険者となる世帯			世帯主が厚生年金被保険者となる世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	世帯主が厚生年金被保険者となる世帯
		1世帯主1人(世帯)			1世帯主以上(世帯)				
令和7年	令和6年	世帯数	世帯主数	世帯主数	世帯数	世帯主数	世帯主数	令和7年度	令和6年度
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が厚生年金被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯			世帯主が健康保険被保険者となる世帯	
		全世帯			全世帯				

※3 「国保(国民健康保険)」の「年間所得」とは

世帯の中で国保に加入している個人毎に暦年のすべての収入(診療月が1月から7月までの場合では前々年、8月から12月までの場合では前年)から必要経費の額と基礎控除の額(合計所得金額2,400万円以下の場合430,000円)を差し引いた金額を算出し、全員分を合計した金額です。

求め方としては、「確定申告書」においては「所得金額等の合計」から、「源泉徴収票」においては「給与所得控除後の金額」から、それぞれ基礎控除(合計所得金額2,400万円以下の場合430,000円)を差し引いた金額を算出し、国保加入者全員分を合計した金額になります。

※4 総医療費とは

医療費領収書

令和4年10月21日発行

患者氏名: [黒塗り] 性別: [黒塗り] 生年月日: [黒塗り]

保険者: [黒塗り] 保険種別: [黒塗り] 保険番号: [黒塗り]

医療機関: [黒塗り]

診療科目: [黒塗り]

診療内容: [黒塗り]

診療日: [黒塗り]

診療時間: [黒塗り]

診療料: 978円

処方料: 630円

検査料: 67,392円

薬剤料: 11,109円

診療料: 3,980円

診療料: 30,878円

合計: 113,947円

自己負担額: 44,400円

総医療費: 182,000円

30%の負担額: 54,600円

自己負担額: 44,400円

※ 黒塗りは個人情報部分

※ 黒塗りは個人情報部分

この事例で「総医療費(入院の場合)」は、合計点数119,947×10円/点=1,199,470円となります。そして、本来であれば、そのうちの30%の部分(1,199,470円×0.3=359,841円(医療機関等の窓口で実際に負担する額は1円単位を四捨五入して359,840円となります)が自己負担額となりますが、この事例では「多数回該当※5」というものが適用されて、医療機関等の窓口での実際の自己負担額としては44,400円(「多数回該当」の適用がなければ57,600円)となっています。この事例の患者(被保険者)で言えば、自己負担限度額(高額療養費算定基準額)表の<区分エ(一般所得者)>に当てはまっています。このように、医療機関等の窓口での実際の自己負担額が「自己負担限度額(この事例では57,600円or44,400円)」までとなるのは、事前に「健康保険限度額適用認定証」の交付申請を行っているからです。当該認定証の交付がなされていない場合には、医療機関等の窓口では上記しましたように一旦359,840円という高額の支払いを行い、後に「健康保険高額療養費支給申請書(住民税非課税者といった低所得者の場合には、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」)」を提出し認定されることで、359,840円(実際には、1円単位となる354,841円)-57,600円=302,240円(302,241円)が払い戻されることになるわけです。

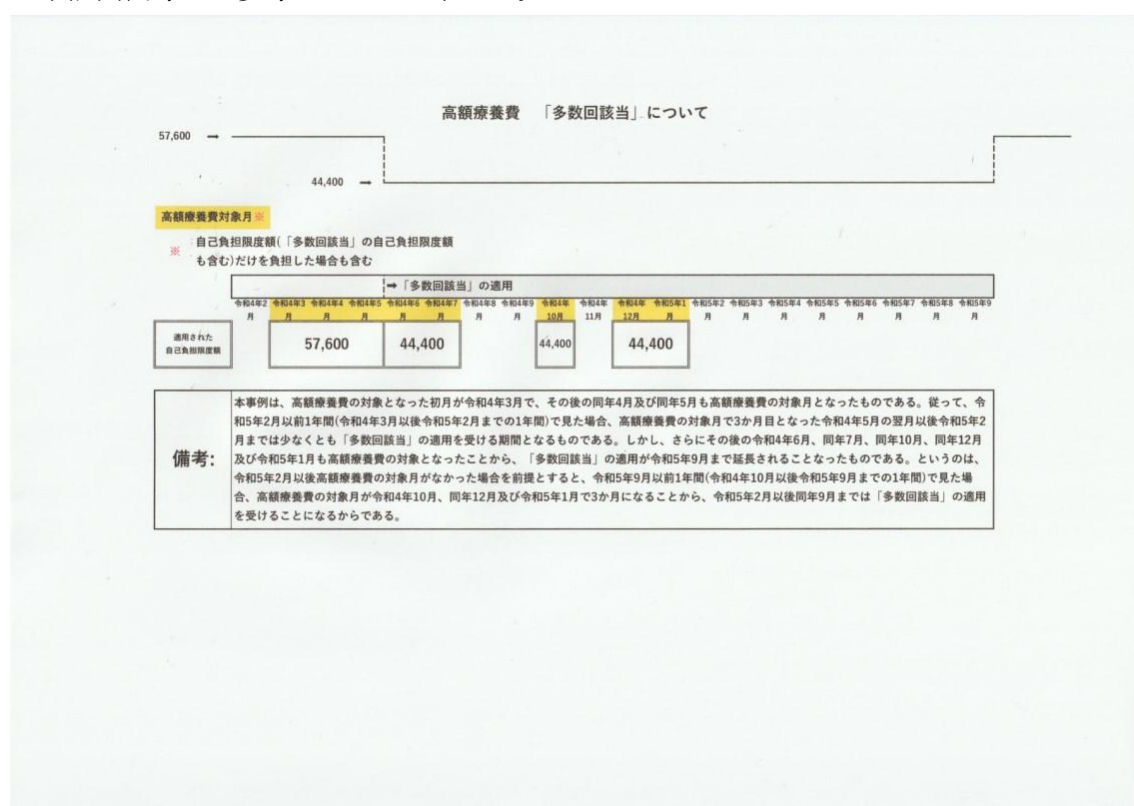
なお、参考までに、「食事療養」は高額療養費の対象外のひとつで、8,960円となるのは、「食事療養に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定し

た額」である 640 円×食事回数 14 から導き出されています。そのうち「入院時食事療養標準負担額(食事自己負担額)」としては、一般の方の場合は 460 円となり、460 円×食事回数 14=6,440 円となっています。また、「保険外負担」欄にある室料差額(いわゆる差額ベッド代)も高額療養費の対象外のひとつで、前述しました「選定療養」と言われるものです。

※5 多数回該当とは

療養を受けた月以前の 1 年間に、3 回以上の高額療養費の支給を受けた(「健康保険限度額適用認定証」の交付を受けて使用し、自己負担限度額だけを負担した場合も含む) 場合には、4 か月目から「多数回該当」となり、自己負担限度額がさらに軽減(当該事例で言えば、57,600 円→44,400 円)されることになります。

下記図表等もご参考になさって下さい。



<高額療養費の対象となる 70 歳未満の自己負担額について>

70 歳未満の者が医療機関等の窓口で支払った自己負担額を次の①から⑦の項目ごとに区分し、1 つの区分でその額が **21,000 円以上** になった場合にその対象となります。

- ① 受診月ごと
- ② 受診者ごと
- ③ 医療機関ごと
- ④ 医科ごと
- ⑤ 歯科ごと
- ⑥ 入院ごと

⑦ 外来(医療機関の外来で処方された薬を調剤した薬局での自己負担額が含まれます)ごと

と

※4 総医療費のところで掲載しました「医療費領収書」に係る患者(被保険者)が令和 4 年 2 月から令和 5 年 1 月までの 1 年間に負担してきた医療費等の事例を基に当てはめてみたいと思います。なお、この事例は、当該被保険者自身に高額療養費について理解を深めてもらうに当たって資料の提供等を受けて表にまとめたものです。各画像に PDF を添付しましたので、PDF をご覧いただければ幸いです。また、[Excel](#) もご用意しています。

<No.1>

<No.2>

高額療養費算出表(入院費を含む)及び同病院から処方された薬を調剤した薬局のみが高額療養費の対象となっています)														
保険者番号	被保険者氏名	生年月日	性別	年齢	世帯番号	世帯員番号	世帯員氏名	世帯員生年月日	世帯員性別	世帯員年齢	世帯員世帯番号	世帯員世帯員番号	世帯員氏名	世帯員生年月日
1	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
2	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
3	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
4	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
5	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
6	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
7	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
8	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08

<No.3>

<No.4>

高額療養費算出表(入院費を含む)及び同病院から処方された薬を調剤した薬局のみが高額療養費の対象となっています)														
保険者番号	被保険者氏名	生年月日	性別	年齢	世帯番号	世帯員番号	世帯員氏名	世帯員生年月日	世帯員性別	世帯員年齢	世帯員世帯番号	世帯員世帯員番号	世帯員氏名	世帯員生年月日
16	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
17	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
18	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
19	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
20	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
21	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
22	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
23	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08
24	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08	男	42	12345	12345	被保険者	1981.08

● 令和 4 年 2 月分

- 1 H 病院⇒外来 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外
- 2 M 乳腺外科クリニック⇒外来+外来調剤(M 薬局) 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

いずれも世帯合算の対象外につき、当月分は高額療養費の対象外

● 令和 4 年 3 月分

- 3 H 病院⇒外来 21,000 円以上かつ自己負担限度額(57,600 円)超につき、高額療養費の対象

ただし、「健康保険限度額認定証」の交付申請の遅れにより、当該交付が令和 4 年 4 月 1

日(ただし、発効は同年3月1日に遡及)付となり、「健康保険高額療養費支給申請」対応となったもの。結果として、139,332円-57,600円=81,732円が払い戻されました。

● 令和4年4月分

4 H病院→外来+外来調剤(H薬局M店) 21,000円未満につき、世帯合算の対象外

5 H病院→入院 自己負担限度額57,600円のみ支払い

7 J内科クリニック→外来+外来調剤(R調剤薬局) 21,000円未満につき、世帯合算の対象外

8 Y歯科医院→外来 21,000円未満につき、世帯合算の対象外

5のみが高額療養費の対象で、「健康保険限度額認定証」の提示により、自己負担限度額57,600円のみ支払い。結果として、払い戻しはなし。

● 令和4年5月分

9 H病院→外来+外来調剤(H薬局M店) 当該病院の外来の支払いでは自己負担限度額57,600円のみ支払いとなるものの、外来調剤(H薬局M店)では一旦、自己負担額1,810円を支払っています。

10 J内科クリニック→外来+外来調剤(R調剤薬局) 21,000円未満につき、世帯合算の対象外

11 Y歯科医院→外来 21,000円未満につき、世帯合算の対象外

9のみが高額療養費の対象です。「健康保険限度額認定証」の提示により、当該病院の外来の自己負担限度額が57,600円となりましたが、当該外来には当該病院から処方された薬を調剤した薬局の自己負担額も含めることになるため、それらの合計額としては57,600円+1,810円=59,410円となり、当該薬局の自己負担額は自己負担限度額を超える額になることから、1,810円(実際には1,809円の払い戻しになります)のみが「健康保険高額療養費支給申請」対応になります。結果として、1,809円が払い戻されました。

● 令和4年6月分

12 H病院→外来+外来調剤(S薬局S駅前店及びH薬局M店) 当該病院の外来の支払いでは自己負担限度額57,600円のみ支払いとなるものの、外来調剤(S薬局S駅前店及びH薬局M店)では一旦、自己負担額3,620円+930円を支払っています。

13 J内科クリニック→外来+外来調剤(R調剤薬局) 21,000円未満につき、世帯合算の対象外

12のみが高額療養費の対象です。「健康保険限度額認定証」の提示により、当該病院の外来の自己負担限度額が57,600円となりました。しかし、「健康保険限度額認定証」の交付申請の遅れにより、当該交付が令和4年4月1日(ただし、発効は同年3月1日に遡及)付となったことから、同年3月分が「健康保険高額療養費支給申請」対応となり、結果として、同月分は高額療養費の対象となった初月となったわけです。そして、続いて同年4月分と同年5月分もやはり高額療養費の対象となったことで、同年6月の診療月以前過去1年においては既に3回以上高額療養費の適用があったことになります。従って、同年6月分においては「多数回該当」が適用され、同月分の自己負担限度額としては44,400円になり、

57,600 円-44,400 円=13,200 円が「健康保険高額療養費支給申請」対応となりました。また、当該外来には当該病院から処方された薬を調剤した薬局(S 薬局 S 駅前店及び H 薬局 M 店)の自己負担額も含めることになるため、それらの合計額としては 3,620 円+930 円=4,550 円となります。最終的には、当該外来の自己負担限度額の差額調整分 13,200 円と当該外来調剤の合計額 4,550 円(実際には 3,612 円+933 円=4,545 円の払い戻しになります)とが「健康保険高額療養費支給申請」対応になります。結果として、17,745 円が払い戻されました。

● 令和 4 年 7 月分

14 H 病院→入院 自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)のみの支払い

14 のみが高額療養費の対象で、「健康保険限度額認定証」の提示により、自己負担限度額 44,400 円のみの支払い。結果として、払い戻しはなし。

● 令和 4 年 8 月分

16 H 病院→外来+外来調剤(H 薬局 M 店) 当該病院の外来の支払いでは 21,000 円以上となるものの、自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)に達しない額である 34,970 円の支払いとなったことから、世帯合算の対象外

17 J 内科クリニック→外来+外来調剤(R 調剤薬局) 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

いずれも世帯合算の対象外につき、当月分は高額療養費の対象外

● 令和 4 年 9 月分

18 H 病院→外来+外来調剤(H 薬局 M 店) 当該病院の外来の支払いでは 21,000 円未満、かつ自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)に達しない額である 19,010 円の支払いとなったことから、世帯合算の対象外

19 J 内科クリニック→外来+外来調剤(R 調剤薬局) 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

20 O 皮膚科→外来 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

いずれも世帯合算の対象外につき、当月分は高額療養費の対象外

● 令和 4 年 10 月分

21 H 病院→外来+外来調剤(K 薬局 H 店) 当該病院の外来の支払いでは自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)のみの支払いとなるものの、外来調剤(K 薬局 H 店)では一旦、自己負担額 640 円を支払っています。

22 H 病院→入院 自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)のみの支払い

当月分では、同じ医療機関ではあるものの、外来と入院では全く別のものと捉えることから、いずれも自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)の支払いとなっています。また、当該外来には当該病院から処方された薬を調剤した薬局の自己負担額も含めることになるため、それらの合計額としては 44,400 円+640 円=45,040 円となり、当該薬局の自己負担額は自己負担限度額を超える額になっています。従って、外来 44,400 円+外来調剤 640 円(実際には 639 円の払い戻しになります)+入院 44,400 円-自己負担限度額 44,400 円=45,040 円が「健康保険高額療養費支給申請」対応になります。結果として、45,039 円が払

い戻されました。

● 令和4年11月分

24 H病院➡外来+外来調剤(H薬局M店) 当該病院の外来の支払いでは21,000円未満、かつ自己負担限度額44,400円(「多数回該当」の適用)に達しない額である4,730円の支払いとなったことから、世帯合算の対象外

世帯合算の対象外につき、当月分は高額療養費の対象外

● 令和4年12月分

25 H病院➡外来+外来調剤(H薬局M店) 当該病院の外来の支払いでは自己負担限度額44,400円(「多数回該当」の適用)のみの支払いとなるものの、外来調剤(H薬局M店)では一旦、自己負担額440円を支払っています。

当該外来には当該病院から処方された薬を調剤した薬局の自己負担額も含めることになるため、それらの合計額としては44,400円+440円=44,840円となり、当該薬局の自己負担額は自己負担限度額を超える額になっています。従って、外来44,400円+外来調剤440円(実際には438円の払い戻しになります)-自己負担限度額44,400円=440円が「健康保険高額療養費支給申請」対応になります。結果として、438円が払い戻されました。

● 令和5年1月分

26 H病院➡外来+外来調剤(H薬局M店及びH薬局M駅前店) 当該病院の外来の支払いでは自己負担限度額44,400円(「多数回該当」の適用)のみの支払いとなるものの、外来調剤(H薬局M店及びH薬局M駅前店)では一旦、自己負担額7,430円を支払っています。

当該外来には当該病院から処方された薬を調剤した薬局の自己負担額も含めることになるため、それらの合計額としては44,400円+7,430円=51,830円となり、当該薬局の自己負担額は自己負担限度額を超える額になっています。従って、外来44,400円+外来調剤7,430円(実際には7,422円の払い戻しになります)-自己負担限度額44,400円=7,430円が「健康保険高額療養費支給申請」対応になります。結果として、7,422円が払い戻されました。

<70 歳以上の自己負担限度(高額療養費算定基準額)について>⇒70 歳以上 75 歳未満の場合
(平成 30 年 8 月診療分から)は[こちら](#)からどうぞ

<70歳以上の自己負担限度額(高額療養費算定基準額)等について【平成30年8月診療分から】(現行)>

適用(所得)区分	負担割合	自己負担限度額		多数回該当※5
		外来のみ (個人)	外来・入院 (世帯)	
現役並み※1 Ⅲ 年収:約1,160万円～ 健保:標準報酬月額※2 83万円以上で 高齢受給者※6証の負担割合が3割の方 (報酬月額81万円以上の方) 国保・後期:課税所得690円以上	3割	252,600円+ (総医療費※4-842,000円)×1%		140,100円
現役並み※1 Ⅱ 年収:約770万円～約1,160万円 健保:標準報酬月額※2 53万～79万円で 高齢受給者※6証の負担割合が3割の方 (報酬月額51万5千円以上～81万円未満の方) 国保・後期:課税所得380万円以上690円未満		167,400円 + (総医療費※4-558,000円)× 1%		93,000円
現役並み※1 Ⅰ 年収:約370万円～約770万円 健保:標準報酬月額※2 28万～50万円で 高齢受給者※6証の負担割合が3割の方 (報酬月額27万円以上～51万5千円未満の方) 国保・後期:課税所得145万円以上380円未満		80,100円 + (総医療費※4-267,000円)× 1%		44,400円
②一般所得者(①および③以外の方) 年収:～約370万円 健保:標準報酬月額※2 26万円以下 (報酬月額27万円未満の方) 国保・後期:課税所得145万円未満	70歳～74歳 2割	18,000円 【年間(前年8/1か ら7/31の上限 144,000円)】※7	57,600円	44,400円
<低所得者>(住民税非課税)	Ⅱ※8	8,000円	24,600円	多数回該当の 適用はなし
	Ⅰ※9 (所得が一定 以下)		15,000円	
	75歳以上 1割※10※11			

※1 標準報酬月額 28 万円以上の人(単身世帯で年収 383 万円、夫婦世帯で 520 万円未満である場合は除く)が該当します。

※6 高齢受給者とは、協会けんぽに加入の 70 歳以上の被保険者で後期高齢者医療保険に該当にならない者のことです。このように、適用(所得)区分で<現役並み>に該当する場合は医療費の窓口負担割合が 3 割になります。ただ、<一般>以下の場合では、それが 1 割又は 2 割になっています(平成 26 年 4 月 1 日施行)([PDF](#) ご参照下さい)(厚生労働省ホームページより引用)。

・1 割負担の該当者⇒誕生日が昭和 19 年 4 月 1 日以前生まれの者(「一部負担金等の軽減特例措置」によるもの)

・2 割負担の該当者⇒誕生日が昭和 19 年 4 月 2 日以後生まれの者

・2 割となる時期⇒70 歳の誕生月の翌月(ただし、各月 1 日が誕生日の場合はその月)から(例)平成 26 年 4 月 2 日～同年 5 月 1 日に 70 歳の誕生日を迎える場合は、同年 5 月の診療から 2 割負担になります。

※7 なお、[全国健康保険協会のホームページ](#)には、「70 歳以上の外来療養にかかる年間の高額療養費」として、『基準日(7 月 31 日)時点の所得区分が一般所得区分または低所得区分に該当する場合は、計算期間(前年 8 月 1 日～7 月 31 日)のうち、一般所得区分または低所得区分であった月の外来療養の自己負担額の合計が 144,000 円を超えた額が払い戻されま

す。※平成 29 年 8 月診療分から対象となります。』とあります。

※8 被保険者が市区町村民税の非課税者等(現役並み所得者に該当する場合は、市区町村民税が非課税等であっても現役並み所得者となります)である場合です。

※9 被保険者とその扶養家族全ての方の収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない場合です。

※10 課税所得が 28 万円以上かつ年金収入+その他の合計所得金額が 200 万円以上(複数世帯の場合は 320 万円以上)の者については 2 割(詳細については、[兵庫県後期高齢者医療広域連合ホームページ](#)をご参照ください)。なお、窓口負担割合が 2 割となる場合に当該負担を抑える「配慮措置」が施されていましたが、令和 7 年 9 月 30 日をもって終了しました。

※11 75 歳以上、つまり後期高齢者の場合は 75 歳の誕生日当日から被保険者となります。また、65 歳以上 75 歳未満で一定の障害がある場合は、申請により、広域連合の障害認定を受けた日から被保険者となります。

【事例】 70 歳未満と 70 歳以上がいる世帯とします

70 歳以上の世帯全員の「適用(所得)区分」は「一般」、70 歳未満及び 70 歳以上世帯全員の「適用(所得)区分」は「ウ」とします。

<70 歳未満>

●世帯主(被保険者)48 歳→T 病院入院 自己負担額 30 万円 総医療費 100 万円(3 割負担)

●妻(被保険者)45 歳→H 病院入院 自己負担額 30 万円 総医療費 100 万円(3 割負担)

H 病院外来 自己負担額 1 万 2 千円 総医療費 4 万円(3 割負担)※12

※12 21,000 円未満なので、高額療養費の対象外

<70 歳以上※13>

●父 74 歳→D 病院入院 自己負担額 4 万円 総医療費 20 万円(2 割負担)

D 病院外来 自己負担額 1 万円 総医療費 5 万円(2 割負担)

●母 70 歳→E 病院外来 自己負担額 5 万円 総医療費 25 万円(2 割負担)

※13 70 歳以上については、70 歳未満の場合のように自己負担額が 21,000 円以上でなければならないといった制約はありません。すべての自己負担額が金額の多寡にかかわらず高額療養費の対象になります。上記の父 D 病院外来は高額療養費①において一旦高額療養費の対象外となるものの、高額療養費②においては、高額療養費①によってもなお残る自己負担額として高額療養費の対象とされています。

本事例の場合には、70 歳から 74 歳の外来の個人ごとの自己負担額に<70 歳以上の自己負担限度額(高額療養費算定基準額)>表にある<一般>の「外来のみ(個人)」の自己負担限度額を適用し、高額療養費①を計算します。次に、70 歳から 74 歳の入院の自己負担額の世帯の合計額+高額療養費①によってもなお残る自己負担額の世帯の合計額に<70 歳以上の自己負担限度額(高額療養費算定基準額)>表にある<一般>の「外来・入院(世帯)」の自己負担限度額を適用し、高額療養費②を計算します。最後に、70 歳未満の自己負担額(21,000 円以

上に限る)の世帯の合計額+70 歳から 74 歳の高額療養費②によってもなお残る自己負担額の世帯の合計額に<70 歳未満の自己負担限度額(高額療養費算定基準額)>表にある<区分ウ>の自己負担限度額を適用し、高額療養費③を計算します。そして、①と②と③を合計した額が世帯の高額療養費になります。

(高額療養費①)

●70 歳から 74 歳の外来の個人ごとの自己負担額

・父 D 病院外来の自己負担額 10,000 円 < 自己負担限度額 18,000 円という結果となり、高額療養費①においては高額療養費の対象外となります。

・母 E 病院外来の自己負担額 50,000 円 > 自己負担限度額 18,000 円という結果となり、高額療養費として 32,000 円が算定されます。

(高額療養費②)

●70 歳から 74 歳の外来・入院(世帯)の自己負担額+高額療養費①によってもなお残る自己負担額の世帯の合計額

・父 D 病院入院の自己負担額 40,000 円+高額療養費①によってもなお残る、父の自己負担額として 10,000 円+同じく母の自己負担額として 18,000 円 > 自己負担限度額 57,600 円という結果となり、高額療養費として 10,400 円が算定されます。

(高額療養費③)

●70 歳未満の自己負担額の世帯の合計額+高額療養費②によってもなお残る自己負担額の世帯の合計額

・世帯主 T 病院入院の自己負担額 300,000 円+妻 H 病院入院の自己負担額 300,000 円+高額療養費②によってもなお残る、70 歳から 74 歳の自己負担額 57,600 円 > 自己負担限度額 80,100 円-(総医療費(1,000,000 円+1,000,000 円+200,000 円+50,000 円+250,000 円=2,500,000 円)-267,000 円)×1%=102,430 円という結果となり、高額療養費として 555,170 円が算定されます。

最終的には、全体の高額療養費として算定されるのは、高額療養費①32,000 円+高額療養費②10,400 円+高額療養費③555,170 円=597,750 円となります。

<75 歳以上(後期高齢者医療保険)の自己負担限度(高額療養費算定基準額)について>

兵庫県後期高齢者医療広域連合ホームページに即して、<事例(PDF 添付)>を基に解説しています。ご参照下さい。

対象者(当該年度)の令和7年12月分の高額療養費計算書					
医療機関等名	診療科	支払日	医療費	2割負担額 (2割負担)	実際に負担した額 (自己負担額) (2割負担+自己負担)
大規模	内科(入院)	R2.12.2	200,429	20,042	20,042
大規模	内科	R2.12.3	4,139	412	412
大規模	内科	R2.12.4	7,834	783	783
大規模	内科	R2.12.5	6,738	673	673
大規模	内科	R2.12.11	21,310	2,131	2,131
大規模	内科	R2.12.11	2,719	271	271
大規模	内科	R2.12.11	21,310	2,131	2,131
大規模	内科	R2.12.14	3,304	330	330
大規模	内科(入院)	R2.12.18	200,429	20,042	20,042
大規模	内科	R2.12.17	4,139	412	412
大規模	内科	R2.12.18	7,834	783	783
大規模	内科	R2.12.18	16,994	1,699	1,699
大規模	内科	R2.12.18	6,312	631	631
大規模	内科	R2.12.20	3,304	330	330
大規模	内科	R2.12.20	2,719	271	271
大規模	内科	R2.12.20	3,304	330	330
合計	-	-	512,720	51,272	51,272

※1 この表については、大規模への入院日(R2.12.2)に、後期高齢者医療保険、標準医療費負担額を提示することで、対象者の自己負担限度額である24,600円(月)の支払いとなっています。従って、R2.12.18の入院については、自己負担限度額24,600円(R2.12.18)一般負担額29,042円(4,500円)のみ支払いとなっています。

※2 これらは、対象となる医療機関とその医療機関で処方された薬を調剤した薬局との組み合わせを示しています。

同じ医療機関での処方 (その医療機関で処方された薬を調剤した薬局を含む)での 2割負担合計額	7,645	2,632	11,188
異なる医療機関で処方された薬を調剤した薬局を含む すべての医療機関等の窓口での支払合計額(3月単位)	-	-	11,188
異なる医療機関で処方された薬を調剤した薬局を含む 異なる医療機関等において支払された額(3月単位)※	-	-	9,180

※3 入院がある中で「入院」+「入院」で確定
異なる医療機関等において支払された額を算出した
一般負担額の合計額
入院期間における一般負担額の合計額
「入院」+「入院」における自己負担限度額(標準)
「入院」+「入院」における「高額療養費」として支払される額
最終的に支払される「高額療養費」の合計額(3月単位)※

7,645	2,632	11,188	24,600	46,240	8,800	11,188
-------	-------	--------	--------	--------	-------	--------

※4 高額療養費制度医療広域連合ホームページを参照

基本的には、70 歳以上 75 歳未満のものと同じです。ただ、後期高齢者医療保険制度において、令和 4 年 10 月 1 日から医療費の窓口負担割合に新たに 2 割が加わり、それに伴い「配慮措置(令和 7 年 9 月 30 日まで)」が施されることになり、70 歳以上 75 歳未満の自己負担限度額表の適用(所得)区分にある<一般>が<一般Ⅱ>と<一般Ⅰ>に細分され、<一般Ⅱ>が医療費の窓口負担割合 2 割に当てはまることになりましたので、その部分での自己負担限度額の算定式が新たに加えられています。医療費の窓口負担割合 2 割の新設や「配慮措置」など詳細については、[当ホームページのトップページ](#)に掲載しています。また、兵庫県後期高齢者医療広域連合ホームページには、下記の 3 事例が掲載されております。合わせてご参照下さい。

- [\(例 1\)](#) 所得区分が『一般Ⅰ』世帯の場合で、夫婦でそれぞれ外来受診がある場合
- [\(例 2\)](#) 所得区分が『一般Ⅰ』世帯の場合で、夫婦で外来と入院がある場合
- [\(例 3\)](#) 所得区分が『一般Ⅱ』世帯の場合で、夫婦でそれぞれ外来受診がある場合(令和 7 年 9 月 30 日までの「配慮措置」を用いた計算をしています)