

## 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います。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	多數回該当※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		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	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)	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民(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

※ PDF 資料に「平成 30 年 8 月からの上限額(70 歳以上)」とする図表上の「適用(所得)区分」欄にある「現役並みⅢ・Ⅱ・Ⅰ」「一般」につき標準報酬月額ベースで示すと、「住民税非課税」につき具体的に示すと、下記のようになります。

「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。

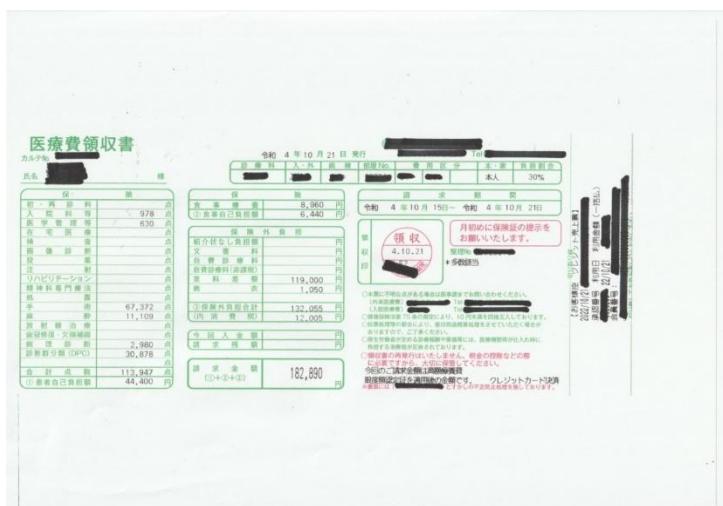


### ※3 「国保(国民健康保険)」の「年間所得」とは

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月までの場合は前々年、8月から12月までの場合は前年)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は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は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



※ 黒塗りは個人情報の部分

この事例で「総医療費(入院の場合)」は、合計点数  $119,947 \times 10$  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  $\times 0.3 = 359,841$  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(「**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(高額療養費算定期準額)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 or 44,400 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)**」、「**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。

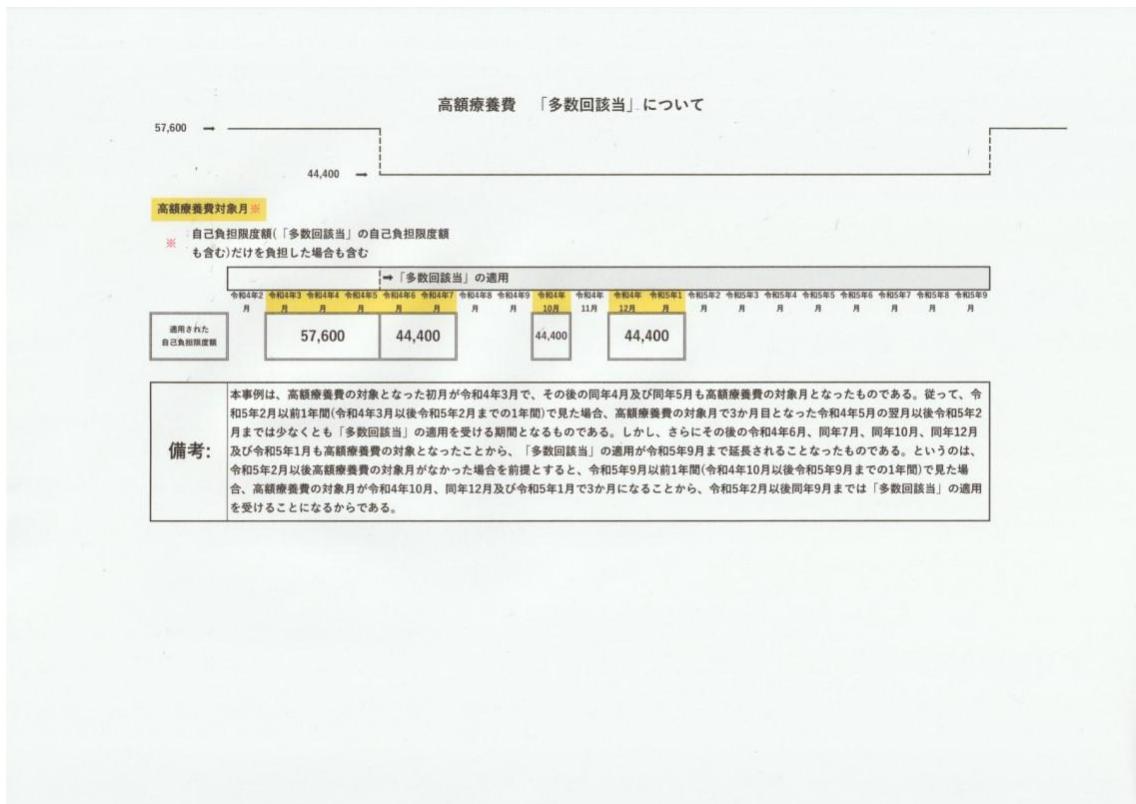
なお、参考までに、「**食事療養**」は高額療養費の対象外のひとつで、8,960 円となるのは、「**食事療養に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定**」

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、640 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

**※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実例を基に当てはめてみたいと思います。なお、この実例は、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(病院/入院を含む)及び用病院から処方された薬ののみが高額療養費の対象となっています													
1	病院	85,238	30	4,000	0,00	72,800	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
2	病院	85,310	30	4,000	0,00	61,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
3	病院	94,310	30	4,000	0,00	1,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
4	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
5	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
6	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
7	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
8	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
9	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
10	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
11	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
12	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
13	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
14	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
15	病院	94,310	30	4,000	0,00	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000

<No.3>

<No.4>

高額療養費算出表(病院/入院を含む)及び用病院から処方された薬ののみが高額療養費の対象となっています													
16	病院	94,310	30	4,000	0,00	72,800	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
17	病院	94,310	30	4,000	0,00	11,000	11,000	11,000	11,000	11,000	11,000	11,000	11,000
18	病院	94,310	30	4,000	0,00	1,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
19	病院	94,310	30	4,000	0,00	2,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
20	病院	94,310	30	4,000	0,00	2,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
21	病院	94,310	30	4,000	0,00	2,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
22	病院	94,310	30	4,000	0,00	2,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
23	病院	94,310	30	4,000	0,00	2,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
24	病院	94,310	30	4,000	0,00	2,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
25	病院	94,310	30	4,000	0,00	2,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
26	病院	94,310	30	4,000	0,00	2,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

## ● 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円のみの支払い  
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円のみの支払い。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円のみの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		多數回該当※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
③低所得者(住民税非課税) II※8	75歳以上 1割※10※11 I※9 (所得が一定以下)	8,000円	24,600円	多數回該当の 適用はなし
			15,000円	

※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 月診療分からが対象となります。』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/医療機関のうち2012年12月分の高額療養費計算表					
医療機関名	診療科	実施日	算定期	診療料額(1円単位)	算定期に当たる該 医療機関の各別取扱 のうちの該取扱を 適用算定した額
K病院	精神科	02.12.2	200,450	20,042	20,040
K病院	精神科	02.12.3	4,370	412	410
Kクリニック	精神科	02.12.4	7,030	703	700
A内科ビタル	精神科	02.12.5	4,700	475	450
K病院	精神科	02.12.11	31,300	2,130	2,144
K病院	精神科	02.12.11	2,700	270	250
K病院AM	精神科	02.12.11	2,700	270	250
Kクリニック	精神科	02.12.11	21,000	2,185	2,190
Kクリニック	精神科	02.12.14	3,000	390	390
K病院	精神科	02.12.16	200,420	20,042	4,000
K病院	精神科	02.12.17	4,120	412	410
Kクリニック	精神科	02.12.18	7,030	703	700
Kクリニック	精神科	02.12.18	16,000	1,694	1,700
H内科クリニック	内科	02.12.24	8,510	951	930
H内科	精神科	02.12.25	1,900	190	200
H内科	精神科	02.12.26	3,000	360	360
合計			51,720	5,127	5,100
※1・※2 これらについては、医療機への入院日(02.12.2)に、兼務勤務の医師は医療機、専務勤務の医師は該医療機で算定すること、対象者の各日別算定額合計額は24,000円(この内5人)となっていま す。従って、R2.12.13の入院について、自己負担額は24,000円、R2.12.13の外泊料は25,040円 -4,560円(みなし料)となります。					
※3 これらは、外来となる医療機関とその医療機関で専ら行われた薬剤を割引して薬剤との組み合わせを示しています。					
施行医療機関での外泊 (その医療機関で専ら行われた薬剤を含む)での 1箇月負担額合計額 7,660 2,610 931 11,180					
料金の算定方法 料金(医療機関で専ら行われた薬剤を含む)における すべての医療機関導導の料金の内訳(合計額) 11,180 料金に付ける料金(合計額)の内訳 ▲ 6,000 料金における「高額療養費」として算定された額(1円単位)△ 3,180 3,180					
入院料金の内訳(内訳:「入院」)で算定 各便における「高額療養費」として算定された額を示す 8,000 1回料金の内訳(内訳:各便の内訳) 24,460 「高額」+「入院」における「高額療養費」の内訳 ▲ 24,000 「高額」+「入院」における「高額療養費」として算定された額 8,000					
般的実証的算定による「高額療養費」の合計額(円単位)△-B 11,180					

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)