

高額療養費制度

病気やけがでお医者さんにかかり、医療費を同じ月内に一定額以上負担したとき、基準額（自己負担限度額）を超えた分が申請により支給されます。

これを『高額療養費制度』といいます。

高額療養費の自己負担限度額は、年齢や所得によって異なります。年齢では、「70歳未満の人」と「70歳以上75歳未満の人」で分けられています。

70歳未満の人の場合

限度額適用認定証等の交付 ※マイナンバーカードの保険証利用で窓口での提出が不要な場合があります。

事前に市町村に申請し、「限度額適用認定証」（住民税非課税世帯の人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」）の交付を受ければ、窓口での支払いは自己負担限度額までとなります。

自己負担限度額（月額）

所得区分	自己負担限度額（月額）
ア 基礎控除後の所得 901万円超	252,600円+(医療費-842,000円)×1% [140,100円]*
イ 基礎控除後の所得 600万円～901万円以下	167,400円+(医療費-558,000円)×1% [93,000円]*
ウ 基礎控除後の所得 210万円～600万円以下	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [44,400円]*
エ 基礎控除後の所得 210万円以下	57,600円[44,400円]*
オ 住民税非課税世帯	35,400円[24,600円]*

※[]内の金額は多数該当（直近1年（12か月）の間に3回以上高額療養費の支給を受け4回目以降の支給に該当）の場合。

高額療養費の計算例

例. 同じ月内で自己負担額30万円（医療費100万円）の場合に支給される額は？

● 基礎控除後の所得901万円超の場合

自己負担限度額は

$252,600円 + (1,000,000円 - 842,000円) \times 1\% = 254,180円$

$300,000円 - 254,180円 = \underline{45,820円}$ が高額療養費として支給されます。

● 基礎控除後の所得600万円～901万円以下の場合

自己負担限度額は

$167,400円 + (1,000,000円 - 558,000円) \times 1\% = 171,820円$

$300,000円 - 171,820円 = \underline{128,180円}$ が高額療養費として支給されます。

● 基礎控除後の所得210万円～600万円以下の場合

自己負担限度額は

$80,100円 + (1,000,000円 - 267,000円) \times 1\% = 87,430円$

$300,000円 - 87,430円 = \underline{212,570円}$ が高額療養費として支給されます。

● 基礎控除後の所得210万円以下の場合

$300,000円 - 57,600円 = \underline{242,400円}$ が高額療養費として支給されます。

● 住民税非課税世帯の場合

$300,000円 - 35,400円 = \underline{264,600円}$ が高額療養費として支給されます。

世帯合算

同一世帯で、同じ月内に自己負担額を21,000円以上支払った場合が2回以上あるとき、それらの額を合算して、自己負担限度額を超えた分が支給されます。

例. 夫：同じ月内で自己負担額3万円（医療費10万円）

妻：同じ月内で自己負担額6万円（医療費20万円）

● 基礎控除後の所得210万円～600万円以下の場合

医療費合算額は、夫100,000円＋妻200,000円＝300,000円

医療費合算額に基づく自己負担限度額は

$80,100円 + (300,000円 - 267,000円) \times 1\% = 80,430円$

自己負担合算額は、夫30,000円＋妻60,000円＝90,000円

$90,000円 - 80,430円 = \underline{9,570円}$ が高額療養費として支給されません。

70歳以上75歳未満の人の場合

窓口での支払いは自己負担限度額までとなります。

限度額適用認定証等の交付 ※マイナンバーカードの保険証利用で窓口での提出が不要な場合があります。

次の所得区分に該当する人は、事前に市町村に申請し「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けることで、窓口での支払いが自己負担限度額までとなります。

現役並み所得者Ⅱ・Ⅰ

低所得者Ⅱ・Ⅰ

自己負担限度額（月額）

所得区分		負担割合	自己負担限度額（月額）		
			外来(個人単位)	入院	世帯単位
現役並み所得者	Ⅲ 課税所得690万円以上	3割	252,600円+(医療費-842,000円)×1% [140,100円]*1		
	Ⅱ 課税所得380万円~690万円未満	3割	167,400円+(医療費-558,000円)×1% [93,000円]*1		
	Ⅰ 課税所得145万円~380万円未満	3割	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [44,400円]*1		
一般 (課税所得145万円未満等)		2割	18,000円*2 [年間上限144,000円]	57,600円[44,400円]*1	
低所得者		Ⅱ	8,000円		
		Ⅰ	8,000円		
			24,600円		
			15,000円		

※1 [] 内の金額は多数該当（直近1年（12か月）の間に3回以上高額療養費の支給を受け4回目以降の支給に該当）の場合。

※2 一般の人で、外来の年間（8月から翌年7月）自己負担上限額は144,000円です。

- 現役並み所得者とは、課税所得が145万円以上の70歳~74歳の国保被保険者またはその人と同一世帯の他の70歳~74歳の国保被保険者が対象となります。

ただし、課税所得が145万円以上であっても収入の額が以下のいずれかに該当する場合、申請により「一般」の区分となります。

- ①70歳~74歳の国保被保険者が2人以上の世帯の場合
同一世帯の70歳~74歳の国保被保険者の収入の合計が520万円未満。
- ②70歳~74歳の国保被保険者が1人の世帯の場合
当該国保被保険者の収入が383万円未満。

③70歳～74歳の国保被保険者が1人で、同一世帯に国保から後期高齢者医療制度に移行した人がある世帯の場合

70歳～74歳の国保被保険者の収入が383万円以上で、同一世帯の後期高齢者医療制度に移行した人との収入の合計が520万円未満。

また、70歳～74歳の国保被保険者であり、かつ同一世帯の70歳～74歳の国保被保険者を含む基礎控除後の所得の合計が210万円以下の場合についても「一般」の区分となります。

- 低所得者Ⅱとは、国保被保険者全員と世帯主が住民税非課税の世帯の人です。
- 低所得者Ⅰとは、国保被保険者全員と世帯主が住民税非課税かつ各種収入等から必要経費・控除（年金の所得は控除額を80万円として計算）を差し引いた所得が0円となる世帯の人です。

75歳到達月の自己負担限度額の特例

75歳到達月については、自己負担限度額の特例として、75歳誕生日前後の国保と後期高齢者医療制度で自己負担限度額がそれぞれ2分の1となります。

高額療養費の計算例

例. 同じ月内で外来自己負担額3万円（医療費10万円*）、入院自己負担額6万円（医療費20万円*）の場合に支給される額は？
※ここでの医療費は、現役並み所得者の負担割合（3割）の場合の金額です。

- **現役並み所得者Ⅰ（課税所得145万円～380万円未満）の場合**
外来では、自己負担額（30,000円）が自己負担限度額以内のため、高額療養費の支給なし。
入院では、自己負担額（60,000円）が自己負担限度額以内のため、高額療養費の支給なし。
外来と入院の医療費合算額は
 $100,000円 + 200,000円 = 300,000円$
外来と入院の医療費合算額に基づく自己負担限度額は
 $80,100円 + (300,000円 - 267,000円) \times 1\% = 80,430円$
外来と入院の自己負担合算額は
 $30,000円 + 60,000円 = 90,000円$
 $90,000円 - 80,430円 = 9,570円$ が高額療養費として支給されます。

● 一般の場合

外来では、 $30,000円 - 18,000円 = 12,000円$ が高額療養費として支給されます。(窓口での支払額が18,000円になります)

入院では、 $60,000円 - 57,600円 = 2,400円$ が高額療養費として支給されます。(窓口での支払額が57,600円になります)

外来と入院の自己負担合算額(すでに高額療養費として支給された分を除く)は、 $18,000円 + 57,600円 = 75,600円$

$75,600円 - 57,600円 = 18,000円$ が高額療養費として支給されます。

● 低所得者Ⅱの場合

外来では、 $30,000円 - 8,000円 = 22,000円$ が高額療養費として支給されます。(窓口での支払額が8,000円になります)

入院では、 $60,000円 - 24,600円 = 35,400円$ が高額療養費として支給されます。(窓口での支払額が24,600円になります)

外来と入院の自己負担合算額(すでに高額療養費として支給された分を除く)は、 $8,000円 + 24,600円 = 32,600円$

$32,600円 - 24,600円 = 8,000円$ が高額療養費として支給されます。

世帯合算

例. 父：同じ月内で外来自己負担額1万円、入院自己負担額6万円

母：同じ月内で外来自己負担額2万円、入院自己負担額3万円

● 一般の場合

外来分

父：自己負担額(10,000円)が自己負担限度額以内のため、高額療養費の支給なし。

母： $20,000円 - 18,000円 = 2,000円$ が高額療養費として支給されます。(窓口での支払額が18,000円になります)

入院分

父： $60,000円 - 57,600円 = 2,400円$ が高額療養費として支給されます。
(窓口での支払額が57,600円になります)

母：自己負担額(30,000円)が自己負担限度額以内のため、高額療養費の支給なし。



世帯合計

外来の自己負担合算額（すでに高額療養費として支給された分を除く）は、父10,000円+母18,000円=28,000円

入院の自己負担合算額（すでに高額療養費として支給された分を除く）は、父57,600円+母30,000円=87,600円

外来と入院の自己負担合算額は

28,000円+87,600円=115,600円

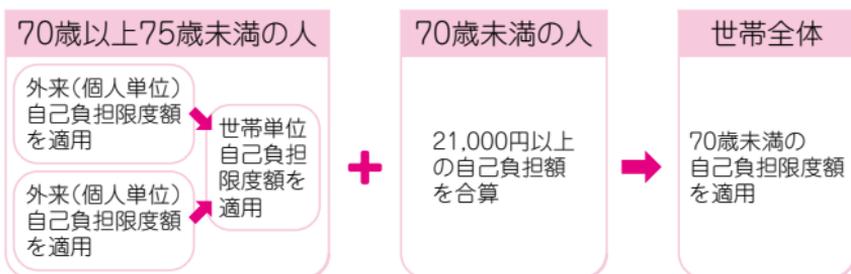
115,600円-57,600円=58,000円が高額療養費として支給されます。

70歳未満と70歳以上75歳未満の人が同じ世帯の場合

同じ月内で、70歳以上75歳未満の人の自己負担額と、同一世帯の70歳未満の人の21,000円以上の自己負担額との合算額が、自己負担限度額を超えた場合に支給されます。

計算方法

- ①70歳以上75歳未満の人の外来の自己負担額を個人で合算して、70歳以上75歳未満の外来（個人単位）の自己負担限度額を適用。
- ②70歳以上75歳未満の人のすべての自己負担額を世帯で合算して70歳以上75歳未満の世帯単位の自己負担限度額を適用。
- ③これに同一世帯の70歳未満の人の21,000円以上の自己負担額を合算して、70歳未満の自己負担限度額を適用。



厚生労働大臣が指定する特定疾病の場合

- ①先天性血液凝固因子障害の一部
 - ②人工透析治療を行う必要のある、慢性腎不全
 - ③血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症
- ①～③の治療を受ける場合、「特定疾病療養受療証」を医療機関の窓口提出すると1か月の自己負担限度額が10,000円となります。該当する人は市町村に申請して交付を受ける必要があります。ただし、②人工透析が必要な70歳未満の所得区分ア、イ（P11参照）の人は、1か月の自己負担限度額が20,000円となります。

高額療養費の計算上の注意

- ①月の1日から末日までの1か月（暦月）ごとに計算します。
例. 8月20日から9月10日まで入院した場合
8月20日から8月31日までを8月分
9月1日から9月10日までを9月分として別々に計算。
- ②医療機関ごとに別々に計算します。
- ③同じ医療機関でも内科と歯科は別々に計算します。
また、入院と外来は別々に計算します。
- ④同一都道府県内の他の市町村に転居した月の自己負担限度額は、転居前と転居後でそれぞれ2分の1となります。
- ⑤入院時の食事代や差額ベッド代、歯科の自由診療等は高額療養費の対象外です。

ポイント

マイナンバーカードを健康保険証として利用した場合「限度額適用認定証」及び「限度額適用・標準負担額減額認定証」、「特定疾病療養受療証」の医療機関の窓口での提示が省略される場合があります。（詳しくは「マイナンバーカードの健康保険証利用」を参照）

高額医療・高額介護合算制度

同一世帯内で国保から医療、介護保険から介護サービスを受けることによって、1年間（8月～翌年7月）の医療と介護それぞれの自己負担額が高額となった場合に、申請により基準額（限度額）を超える分が支給されます。

これを『高額医療・高額介護合算制度』といいます。

医療と介護を合算した場合の限度額（年額）

●70歳未満

所得区分		限度額（年額）
ア	基礎控除後の所得 901万円超	2,120,000円
イ	基礎控除後の所得 600万円～901万円以下	1,410,000円
ウ	基礎控除後の所得 210万円～600万円以下	670,000円
エ	基礎控除後の所得 210万円以下	600,000円
オ	住民税非課税世帯	340,000円

●70歳以上75歳未満

所得区分		限度額（年額）
現役並み所得者	Ⅲ 課税所得 690万円以上	2,120,000円
	Ⅱ 課税所得 380万円～690万円未満	1,410,000円
	Ⅰ 課税所得 145万円～380万円未満	670,000円
一般 (課税所得145万円未満等)		560,000円
低所得者	Ⅱ	310,000円
	Ⅰ	190,000円*

※70歳以上75歳未満の低所得者Ⅰで、同一世帯内で複数の介護サービス利用者が合算対象となる場合は、国保の支給額は低所得者Ⅰの限度額19万円で支給額計算し、介護保険の支給額は低所得者Ⅱの限度額31万円で再計算して支給します。