

# 高額療養費

## 70歳未満の人

### 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」

入院・外来・調剤薬局で支払いが高額になりそうな人は、事前に「限度額適用認定証」の交付申請を！

医療費が高額（表Ⅰの自己負担限度額を超える）になりそうな場合は、事前に国民健康保険課へ「限度額適用認定証」の交付を申請し、医療機関の窓口で認定証を提示してください。一医療機関ごとの医療費部分の窓口負担（保険適用分）は限度額までとなります。マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認により医療機関等を受診される場合は限度額適用認定証の申請は不要となります。

ただし、保険税の滞納がある場合は交付できません。また、オンライン資格確認による適用もできません。

### 交付申請に必要なもの

●保険証

●マイナンバーカード

注意1： 即日交付ができない場合があります。お早めの手続きをお願いします。

注意2： 申請いただいた人には、認定証の期限が切れる前に更新の案内をさせていただきます（届かない場合は国民健康保険課へお問い合わせください）。

## 70歳未満の人が医療機関にかかった場合の自己負担限度額（表Ⅰ）

区分（※1）		所得要件（※2）	自己負担限度額（月額）
上位所得者	ア	基礎控除後の所得 901万円超	252,600円＋（総医療費－842,000円）×1% 〈多数該当：140,100円〉（※4）
	イ	基礎控除後の所得 600万円超～ 901万円以下	167,400円＋（総医療費－558,000円）×1% 〈多数該当：93,000円〉（※4）
一般	ウ	基礎控除後の所得 210万円超～ 600万円以下	80,100円＋（総医療費－267,000円）×1% 〈多数該当：44,400円〉（※4）
	エ	基礎控除後の所得 210万円以下	57,600円 〈多数該当：44,400円〉（※4）
住民税非課税世帯（※3）	オ	住民税非課税	35,400円 〈多数該当：24,600円〉（※4）

※1 世帯の負担区分は前年中（1月～7月受診分は前々年中）の所得に基づいています。毎年8月から更新され、翌年7月までは同一区分となります（所得の更正、世帯の変更があれば、見直しになります）。

※2 各区分の所得要件は、同一世帯すべての国保加入者（擬制世帯主は除く）の基礎控除後の所得の合計額です。また、世帯主（擬制世帯主を含む）及び（当該年度の4月1日時点で）19歳以上の国保加入者の所得の申告がないと、上表Ⅰのアとみなされます。このような場合でも申告をすることによって所得に応じた区分となります。

※3 同一世帯の世帯主（擬制世帯主を含む）とすべての国保加入者が住民税非課税の世帯に属する人。

※4 〈 〉内の金額は多数該当（過去1年間に同一世帯で、高額療養費に3か月以上該当した場合の4か月目以降）の場合の限度額。

県内の他の市町に転居した場合でも、転居前と同じ世帯であることが認められる（世帯の継続性）ときは、高額療養費の多数該当の該当回数を通算されます。

### 世帯の継続性とは（判断基準の一例）

国民健康保険制度上の世帯主が

①転出先で住民基本台帳上の世帯主、または国民健康保険制度上の世帯主となる場合  
＝世帯主の連続性が確保され、世帯の継続性が認められる。

②転出先で住民基本台帳上の世帯主、または国民健康保険制度上の世帯主とならない場合  
＝世帯主の連続性が確保されないため、世帯の継続性が認められない。

## 自己負担額の計算

- 1 食事療養費、差額ベッド代などの保険適用外の費用は対象外です。
- 2 1か月分（各月の1日～末日まで）で計算します。
- 3 異なる医療機関で受診した場合は、それぞれを別々に合計します。
- 4 同じ医療機関でも内科と歯科はそれぞれを別々に合計します。
- 5 同じ医療機関でも、「入院」と「外来+調剤」はそれぞれを別々に合計します。
- 6 同一世帯で2～5の手順で別々に合計した結果、自己負担額が21,000円以上になった医療機関分が、高額療養費の対象となります。
- 7 対象になった医療機関での自己負担額を合計して表Ⅰの自己負担限度額を超えた金額が高額療養費として支給されます。

※同一県内の市町へ住所異動した月に医療にかかった場合、自己負担限度額（月額）が1/2になります（世帯の継続性が認められる場合に限る。）

これは転居前、転居後で医療機関からの請求（レセプト）が区分されることによって、一部負担金の額が転居しない場合と比べて最大2倍となることのないよう設定されました。

## 70歳以上の人

70歳以上の人については、医療機関が高齢受給者証の負担割合を確認し、一医療機関ごとの窓口負担はその負担割合に応じた限度額（表Ⅱ参照）までとなります。「低所得Ⅰ・Ⅱ」及び「現役並み所得者Ⅰ・Ⅱ」に該当する人は次の認定証が必要です。マイナンバーカードを用いたオンライン資格確認により医療機関等を受診される場合は限度額適用認定証の申請は不要となります。

### 限度額適用認定証

\*低所得Ⅱ・Ⅰの人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」

医療費が高額（表Ⅱの自己負担限度額を超える）になりそうな場合は、事前に国民健康保険課へ「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を申請し、医療機関の窓口で認定証を提示してください。

### 交付申請に必要なもの

●保険証 ●マイナンバーカード

注意1： 即日交付ができない場合があります。お早めの手続きをお願いします。

注意2： 申請いただいた人には、認定証の期限が切れる前に更新の案内をさせていただきます（届かない場合は国民健康保険課へお問い合わせください）。

「限度額適用認定証」の交付を受けずに医療機関にかかり、医療費（保険適用分）の自己負担額（医療機関の窓口で支払う金額）が高額になったときや、複数の医療機関にかかった場合などは、あとから申請して高額療養費の支給を受けることになります（「高額療養費の事後申請」参照）。

70歳以上74歳以下の人が医療機関にかかった場合の自己負担限度額（表Ⅱ）

区 分 （※1）	割 合	外来（個人単位） の限度額（月額）	入院があった場合（個人単位）の限 度額（月額）または、世帯単位の限 度額（月額）
現役並み 所得者Ⅲ （※2）	3割	252,600円＋（医療費の総額 －842,000円）×1% 〔140,100円〕（※7）	
現役並み 所得者Ⅱ （※3）		167,400円＋（医療費の総額 －558,000円）×1% 〔93,000円〕（※7）	
現役並み 所得者Ⅰ （※4）		80,100円＋（医療費の総額 －267,000円）×1% 〔44,400円〕（※7）	
一般	2割	18,000円 （年間14.4万円上限）	57,600円 〔44,400円〕（※7）
低所得Ⅱ （※5）		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ （※6）		8,000円	15,000円

- ※1 世帯の負担区分は前年中（1月～7月受診分は前々年中）の所得に基づいています。毎年8月から更新され、翌年7月までは同一区分となります（所得の更正、世帯の変更があれば見直しになります）。
- ※2 同一世帯に、「住民税課税標準額が690万円以上の70歳以上の国保加入者」がいる（本人含む）世帯の人をいいます。
- ※3 同一世帯に、「住民税課税標準額が380万円以上690万円未満の70歳以上の国保加入者」がいる（本人含む）世帯の人をいいます。  
ただし、住民税課税標準額が145万円以上でも、国民健康保険課への申請により、区分は「一般」になる場合があります。（「病院やけがをしたとき（療養の給付）・自己負担割合（一部負担金）」参照）。
- ※4 同一世帯に、「住民税課税標準額が145万円以上380万円未満の70歳以上の国保加入者」がいる（本人含む）世帯の人をいいます。  
ただし、住民税課税標準額が145万円以上でも、国民健康保険課への申請により、区分は「一般」になる場合があります。（「病院やけがをしたとき（療養の給付）・自己負担割合（一部負担金）」参照）。
- ※5 同一世帯の世帯主（擬制世帯主を含む）とすべての国保加入者が住民税非課税の世帯に属する人。また、世帯主（擬制世帯主を含む）及び（当該年度の4月1日時点で）19歳以上の国保加入者全員の所得の申告がないと、「一般」とみなされます。  
このような場合でも申告をすることによって所得に応じた区分となります。※6についても同様。
- ※6 同一世帯の世帯主（擬制世帯主を含む）とすべての国保加入者が住民税非課税でその世帯の各所得（①公的年金等控除額は80万円として計算②給与所得の場合は〔給与収入－給与所得控除－10万円〕として計算〔令和3年8月診療分以後適用〕）が0円になる世帯に属する人。
- ※7 「高額療養費」※4参照

## 自己負担額の計算

- 1 食事療養費、差額ベッド代などの、保険適用外の費用は対象外です。
- 2 1か月分（各月の1日～末日まで）で計算します。
- 3 医療機関や診療科の区別なく、すべての自己負担額を合計して表Ⅱの自己負担限度額を超えた金額が高額療養費として支給されます。

※一般区分については、1年間（8月～翌7月）の外来自己負担額の合計額が年間14万4千円を超えた金額も高額療養費として支給されます（基準日（7月31日）時点で一般区分又は低所得者区分の被保険者が対象となります）。

※75歳到達月に医療機関にかかった場合、自己負担限度額（月額）が1/2になる特例があります。

この特例は、75歳の誕生日に入院などで高額の治療費がかかっている場合、誕生日までに加入していた国民健康保険で限度額まで支払い、誕生日以降の後期高齢者医療においても限度額まで支払わなければならないが、75歳の誕生日だけ医療にかかる自己負担額が倍近くかかってしまう恐れがあります。そのような事態を解消するためにこの特例が設けられました。

対象となる自己負担額は75歳到達月の1日から誕生日の前日までの分です。

「75歳到達で被用者保険等から後期高齢者医療制度の加入者になった人」の被扶養者が国民健康保険に加入することとなった場合、国民健康保険の資格取得月に受けた療養についても、同様に自己負担限度額が1/2となります。

※同一市内の市町へ住所異動した月に医療にかかった場合、自己負担限度額（月額）が1/2になります（世帯の継続性が認められる場合に限る）。

これは転居前、転居後で医療機関からの請求（レセプト）が区分されることによって、一部負担金の額が転居しない場合と比べて最大2倍となることのないよう設定されました。

また、この転居月に75歳に到達される場合は、自己負担限度額（月額）が1/4になります。