

高額療養費制度関係

I 高額な医療費に関する共同事業

- (1) 高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業【市町村国保】
- (2) 高額医療給付に関する交付金交付事業【健保連】

II 制度の周知

- (1) 高額療養費制度に関する広報資料（平成 22 年 7 月 23 日に厚生労働省ホームページに掲載）
・・・・・・・・P 1

※ 高額療養費制度の内容や、支給を受けるための手続について詳しく知りたいとの御意見が寄せられていたことを踏まえ、患者の方々の御意見もお伺いしながら、高額療養費制度に関する分かりやすい説明資料（「高額療養費制度を利用される皆様へ」）を作成し、厚生労働省ホームページに掲載。

- (2) 高額療養費の利用に関する被保険者への周知や利便性の向上の積極的な取組について国保保険者に再度依頼した通知（平成 22 年 7 月 22 日）
・・・・・・・・P 11

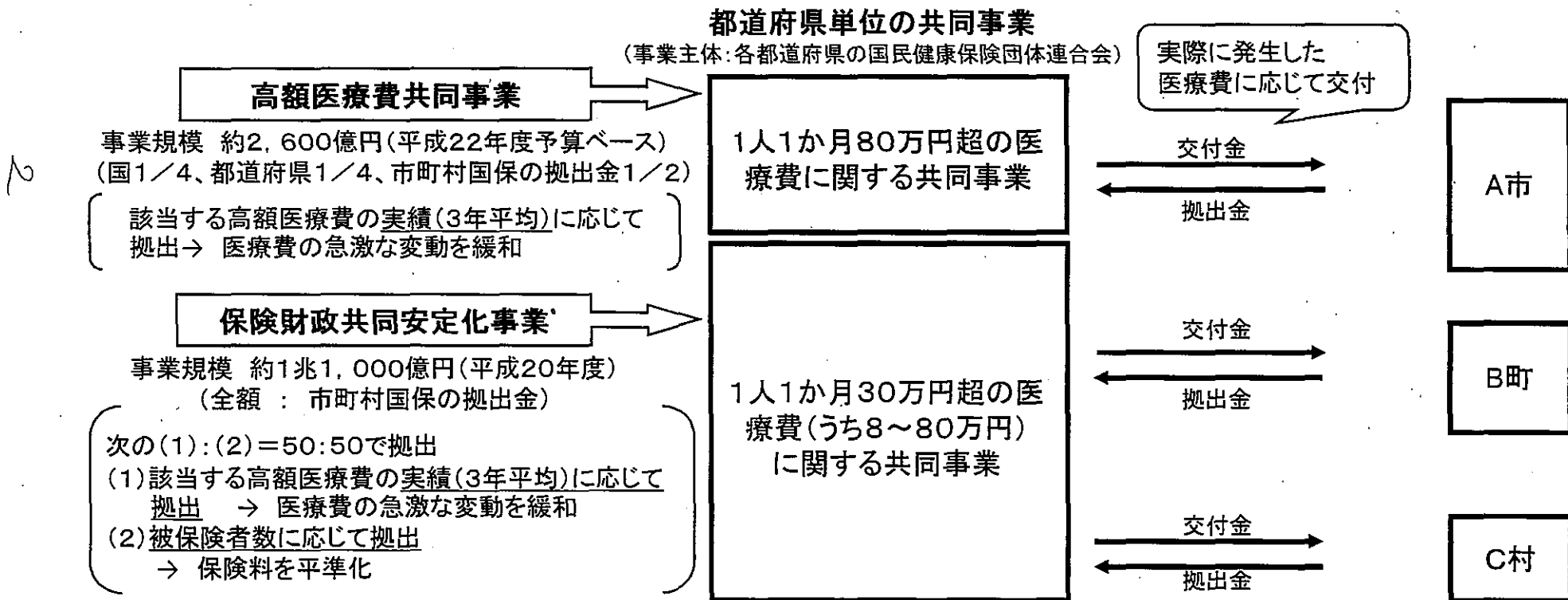
I - (1) 【市町村国保】 高額医療費共同事業・保険財政共同安定化事業の概要

○高額医療費共同事業

高額な医療費の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、市町村国保からの拠出金を財源として、市町村が負担を共有。その際、市町村国保の拠出金に対し、都道府県及び国が財政支援。

○保険財政共同安定化事業

都道府県内の市町村国保間の保険料の平準化、財政の安定化を図るため、一件30万円を超える医療費について、市町村国保の拠出により負担を共有する共同事業を実施。



※ 保険財政共同安定化事業について、都道府県が広域化等支援方針に定めることにより、
 ① 30万円以下の額から行うこと、②被保険者数に応じて拠出する割合を50%以上にすること、
 ③ 高額医療費の実績や被保険者数に応じた拠出だけでなく、所得に応じた拠出を行うことが可能になる。

I-(2) 【健康保険組合】 高額医療給付に関する交付金交付事業(健保連)の概要

○交付金交付事業の目的

健康保険法附則第2条の規定に基づき、健康保険組合が管掌する健康保険の医療に関する給付（法定給付費）及び後期高齢者支援金、前期高齢者納付金等に要する費用の財源の不均衡を調整する。

（事業の種類）

- ①財政窮迫組合に対する交付金 ②高齢者納付金等負担を軽減する交付金 ③高額医療給付に関する交付金

○事業内容

高額な医療給付の発生が健保組合の財政状況に相当程度影響を及ぼす要因であることから、その影響を緩和することが必要であると認められる健康保険組合に対して交付金を交付。

○交付基準及び交付対象額（平成21年度）

ア 一般疾病については、レセプト1件当たりの決定金額を基準に以下の算定額を合算した額。

- ・ 100万円を超え200万円以下の部分 相当額部分の20分の11の額
- ・ 200万円を超える部分 相当額部分の全額

イ 特定疾病（※）については、レセプト1件当たりの決定金額を基準に以下の算定額を合算した額。

- ・ 40万円を超え200万円以下の部分 相当額部分の20分の11の額
- ・ 200万円を超える部分 相当額部分の全額

（※）人工腎臓を実施している慢性腎不全、血友病、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIVなど）

○事業規模 1,052.8億円（平成21年度実績）

○効果

高額医療費発生に伴う健康保険組合の財政基盤のリスク軽減

○財源

- ・ 健康保険組合からの財政調整事業拠出金
- ・ 健康保険組合は、この拠出金に充てるため調整保険料を徴収

※調整保険料は、各月につき、各被保険者の標準報酬月額及び標準賞与額にそれぞれ調整保険料率(0.12%を基本)を乗じて算出。

こう がくりょうよう ひ せい ど
高額療養費制度を利用される皆さまへ

厚生労働省保険局

目 次

- 高額療養費制度とはこんな制度です
- 負担の上限額は、年齢や所得によって異なります
- さらにご負担を軽減する仕組みもあります
- 入院される方は用意する費用が少なく済みます
- よくあるご質問

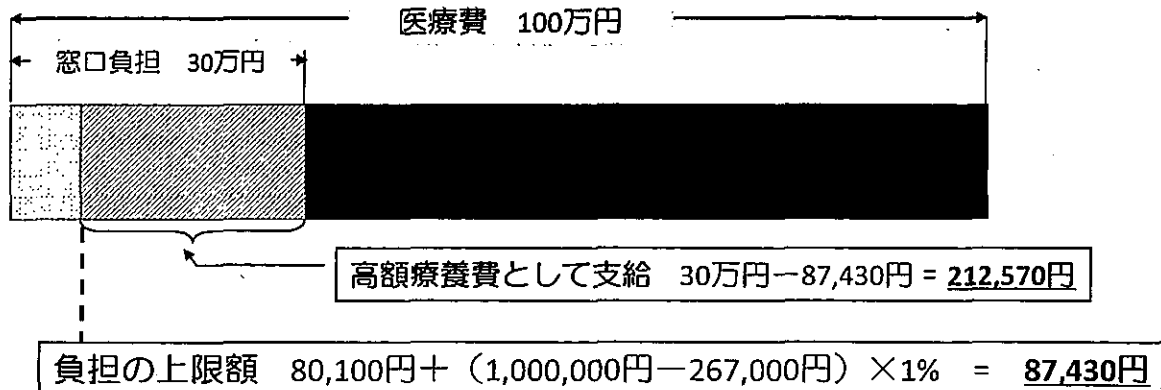
高額療養費制度とはこんな制度です

医療機関や薬局の窓口で支払った額（※）が、暦月（月の初めから終わりまで）で一定額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。

※入院時の食費負担や差額ベッド代等を含みません。

<例>

100万円の医療費で、窓口の負担（3割）が30万円かかる場合



➡ 212,570円を高額療養費として支給し、実際の自己負担額は87,430円となります。

負担の上限額は、年齢や所得によって異なります①

最終的な自己負担額となる毎月の「負担の上限額」は、加入者が70歳以上かどうかや、加入者の所得水準によって分けられます。70歳以上の方には、外来だけの上限額も設けられています。

<70歳以上の方の場合>

所得区分		外来 (個人ごと)	1か月の負担の上限額	
			一般	低所得者 (住民税 非課税の方)
現役並み所得者 (月収28万円以上などの窓口負担3割の方)		44,400円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%	
一般		12,000円	44,400円	
低所得者 (住民税 非課税の方)	Ⅱ (Ⅰ以外の方)	8,000円	24,600円	
	Ⅰ (年金収入のみの方の場合、 年金受給額80万円以下など、 総所得金額がゼロの方)		15,000円	

(注) 同一の医療機関等における自己負担（院外処方代を含みます。）では上限額を超えないときでも、同じ月の複数の医療機関等における自己負担を合算することができます。この合算額が負担の上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

負担の上限額は、年齢や所得によって異なります②

最終的な自己負担額となる毎月の「負担の上限額」は、加入者が70歳以上かどうかや、加入者の所得水準によって分けられます。

<70歳未満の方の場合>

所得区分	1か月の負担の上限額
上位所得者（月収53万円以上の方など）	150,000円＋（医療費－500,000円）×1%
一般	80,100円＋（医療費－267,000円）×1%
低所得者（住民税非課税の方）	35,400円

（注）同一の医療機関等における自己負担（院外処方代を含みます。）では上限額を超えないときでも、同じ月の複数の医療機関等における自己負担（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要です。）を合算することができます。

この合算額が負担の上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

さらにご負担を軽減する仕組みもあります①

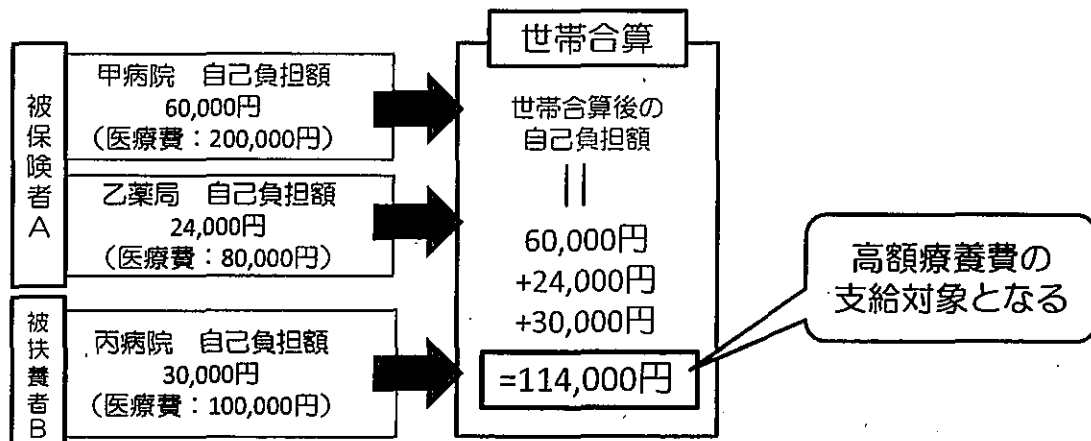
高額療養費制度では、「世帯合算」や「多数回該当」といった仕組みにより、さらに最終的な自己負担額が軽減されます。

（1）世帯合算

お一人の一回分の窓口負担では、高額療養費の支給対象とはならなくても、複数の受診や同じ世帯にいる他の方（同じ医療保険に加入している方に限ります。）の受診について、窓口でそれぞれお支払いになった自己負担額を1か月（暦月）単位で合算することができます。

その合算額が一定額を超えたときは、超えた分を高額療養費として支給します。

※ ただし、70歳未満の方の受診については、2万1千円以上の自己負担のみ合算されます。



さらにご負担を軽減する仕組みもあります②

高額療養費制度では、「世帯合算」や「多数回該当」といった仕組みにより、さらに最終的な自己負担額が軽減されます。

(2) 多数回該当

直近の12か月間に、既に3回以上高額療養費の支給を受けている場合（多数回該当の場合）には、その月の負担の上限額がさらに引き下がります。

<70歳以上の方の場合>

所得区分	本来の負担の上限額
現役並み所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%



多数回該当の場合
44,400円

(注) 「一般」や「低所得者」の区分の方については、多数回該当の適用はありません。

<70歳未満の方の場合>

所得区分	本来の負担の上限額
上位所得者	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%
一般	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
低所得者	35,400円



多数回該当の場合
83,400円
44,400円
24,600円

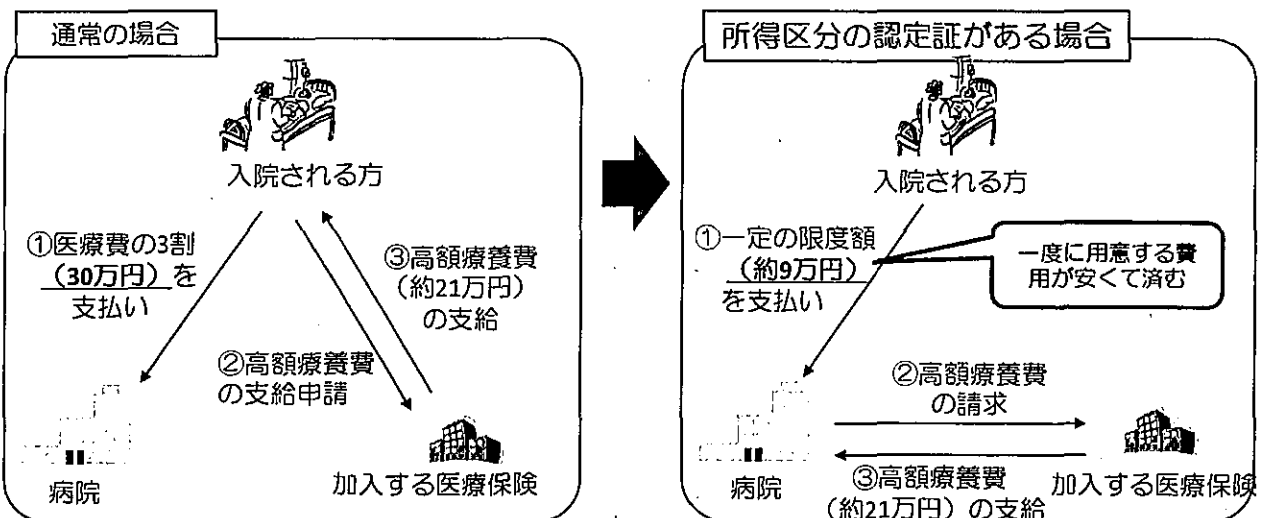
入院される方は用意する費用が少なく済みます

入院される方については、加入する医療保険から事前に「所得区分」の認定証を発行してもらうことにより、医療機関の窓口での支払を負担の上限額までにとどめることもできます。このため、一度に用意する費用が少なくて済みます。

※ 高額療養費が医療機関や薬局に直接支払われるため、加入する医療保険に対して、事後に高額療養費の支給申請をする手間が省けます。

※ 70歳以上の方は、所得区分の認定証がなくても、自動的に窓口での支払が負担の上限額までにとどめられます（低所得者の区分の適用を受けるためには認定証が必要です）。

<例> 100万円の医療費で、窓口の負担（3割）が30万円かかる場合



よくあるご質問

- Q1. 高額療養費の支給申請はどのように行えば良いですか。
- Q2. どのような医療費が、高額療養費制度による負担軽減の対象となりますか。
- Q3. 高額療養費を申請した場合、支給までにどのくらいの時間がかかりますか。
- Q4. 支給申請はいつまでさかのぼって行うことが可能ですか。
- Q5. 負担の上限額は、加入している健康保険やかかっている病気によって変わるのですか。
- Q6. 入院する場合に、窓口での支払いを負担の上限額までに抑えるには、どのような手続きが必要となるのでしょうか。
- Q7. 高額医療・高額介護合算療養費制度は、高額療養費制度とは別の制度なのでしょうか。
- Q8. 医療費控除制度とはどう違うのでしょうか。
- Q9. 「世帯合算」では、家族のどの範囲まで自己負担額を合算できるのでしょうか。
- Q10. 月をまたいで治療した場合、医療費の合算はできないのでしょうか。
- Q11. 同じ世帯に70歳未満の人も70歳以上の人もいる場合は、どのような自己負担額が適用されるのでしょうか。
- Q12. 病院で複数の診療科に受診した場合、それぞれの診療科での自己負担が、合計すると自己負担限度額を超える場合は、高額療養費の請求ができますか。
- Q13. 70歳以上の「現役並み所得者」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。
- Q14. 70歳以上の「低所得者Ⅰ」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。
- Q15. 70歳未満の「上位所得者」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。

Q1. 高額療養費の支給申請はどのように行えば良いですか。

A1.

ご自身が加入している公的医療保険（健康保険組合・協会けんぽの都道府県支部・市町村国保・後期高齢者医療制度・共済組合など。以下単に「医療保険」といいます。）に、高額療養費の支給申請書を提出または郵送することで支給が受けられます。病院などの領収書の添付を求められる場合もあります。

ご加入の医療保険によっては、「支給対象となります」と支給申請を勧めたり、さらには自動的に高額療養費を口座に振り込んでくれたりするところもあります。

なお、どの医療保険に加入しているかは、保険証（正式には被保険者証）の表面にてご確認ください。

Q2. どのような医療費が、高額療養費制度の支給の対象となりますか。

A2.

保険適用される診療に対し、患者が支払った自己負担額が対象となります。医療にかからない場合でも必要となる「食費」・「居住費」、患者の希望によってサービスを受ける「差額ベッド代」・「先進医療にかかる費用」等は、高額療養費の支給の対象とはされていません。

また、患者が70歳未満の場合に自らの自己負担額を合算するためには、レセプト（※）1枚あたりの1か月の自己負担額が2万1千円以上であることが必要です。

なお、高額療養費制度は、かかった医療費を暦月単位で軽減する制度であり、月をまたいで治療した場合は、自己負担額の合算はできません（理由については、Q10をご覧ください。）。

（※）ある個人について診療に要した費用を医療保険に請求するために、暦月（月の初めから終わりまで）単位で医療機関や薬局が作成する請求書を指します。

Q3. 高額療養費を申請した場合、支給までにどのくらいの時間がかかりますか。

A3.

受診した月から少なくとも3か月程度かかります。

高額療養費は、申請後、各医療保険で審査した上で支給されますが、この審査はレセプト（医療機関から医療保険へ提出する診療報酬の請求書）の確定後に行われます。レセプトの確定までに一定の時間がかかりますので、なにとぞご理解ください。

なお、医療費のお支払いが困難なときには、無利息の「高額医療費貸付制度」を利用できる場合があります。制度の利用ができるかどうか、貸付金の水準はどのくらいかは、ご加入の医療保険によって異なりますので、お問い合わせください。

Q4. 支給申請はいつまでさかのぼって行うことが可能ですか。

A4.

高額療養費の支給を受ける権利の消滅時効は、診療を受けた月の翌月の初日から2年です。

したがって、この2年間の消滅時効にかかっていない高額療養費であれば、過去にさかのぼって支給申請することができます。

Q5. 負担の上限額は、加入している健康保険やかかっている病気によって変わるのですか。

A5.

高額療養費では、各医療保険で共通の負担の上限額が設定されています（※）。

※ ただし、健康保険組合には、組合独自の「付加給付」として、この共通の額よりも低い負担の上限額を設定しているところもあります。

また、自治体によっては、独自の医療費助成制度があり、医療機関の窓口での支払額が高額療養費の負担の上限額より低くなる場合があります。詳しくは、ご加入の医療保険やお住まいの自治体にお問い合わせください。

かかっている病気によっても負担の上限額は変わりませんが、血友病や人工透析など、非常に高額な治療を長期間にわたって継続しなければならない方については、高額療養費の支給の特例が設けられています。この特例措置が適用されると、原則として負担の上限額は1万円となります。

Q6. 入院する場合に、窓口での支払いを負担の上限額までに抑えるには、どのような手続きが必要となるのでしょうか。

A6.

入院する前に、ご加入の医療保険から「限度額適用認定証」（住民税非課税以外の方）又は「限度額適用認定・標準負担額減額認定証」（住民税非課税の方）の交付を受け、医療機関の窓口でこれらの認定証を提示する必要があります。

70歳未満の方については全員が、70歳以上の方については住民税非課税の方が、対象となります。

詳しくは、ご加入の医療保険にお問い合わせください。

こうがくいりょう こうがくかいこ がっさんりょうようひせいど
Q7. 高額医療・高額介護合算療養費制度は、高額療養費制度とは別の制度なのでしょうか。

A7.

高額医療・高額介護合算療養費制度（以下「合算療養費制度」といいます。）とは、世帯内の同一の医療保険の加入者の方について、毎年8月から1年間にかかった医療保険と介護保険の自己負担を合計し、基準額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度です。

高額療養費制度が「月」単位で負担を軽減するのに対し、合算療養費制度は、こうした「月」単位での負担軽減があっても、なお重い負担が残る場合に「年」単位でそれらの負担を軽減する制度です。

詳しくは、ご加入の医療保険にお問い合わせください。

Q8. 医療費控除制度とはどう違うのでしょうか。

A8.

医療費控除とは、所得税や住民税の算定において、自己又は自己と生計を一にする配偶者その他の親族のために医療費を支払った場合に受けることができる、一定の金額の所得控除のことを言い、保険給付の一種である高額療養費とは別の制度です。

Q9. 「世帯合算」では、家族のどの範囲まで自己負担額を合算できるのでしょうか。

A9.

自己負担額の合算は、同一の医療保険に加入する家族を単位として行われます（医療保険における「世帯」は、いわゆる一般のイメージの「世帯」（住民基本台帳上の世帯）の範囲とは異なります）。

例えば、会社で働く方やその家族などが加入する健康保険であれば、被保険者とその被扶養者の自己負担額は、お互いの住所が異なっても合算できます。他方、共働きの夫婦など、別々の健康保険に加入していれば、住所が同じでも合算の対象となりません。

また、あるご家庭に、健康保険の被保険者（例：45歳のサラリーマン）と後期高齢者医療制度の被保険者（例：80歳の高齢者）が同居されている場合、それぞれの医療費は合算の対象となりません。

Q10. 月をまたいで治療した場合、医療費の合算はどうしてできないのでしょうか。

A10.

高額療養費制度では、ご加入の医療保険が患者の皆様の窓口負担額を把握する方法として、ご加入の医療保険に対して医療機関が医療費を請求する「レセプト」を用いています（現在のところ、レセプト以外に、医療保険が窓口負担額を的確に把握する方法がありません）。

医療機関は、毎月、歴月単位で、ご加入の医療保険に対して医療費を「レセプト」で請求する仕組みとしており、これにあわせて、高額療養費の支給も歴月単位としています。

ご理解いただきますよう、お願いいたします。

Q11. 同じ世帯に、70歳未満と70歳以上の家族がいる場合は、どのような自己負担額が適用されるのでしょうか。

A11.

同じ世帯に70歳未満と70歳以上の方がいる場合、以下のような手順で、家族の皆様の自己負担額を合算し、その合計が世帯全体の自己負担の上限を超えないようにしています。

- ① 70歳以上の方について、外来の自己負担額を個人ごとに合算した額に、70歳以上の方の外来における負担の上限額をそれぞれ当てはめ、差額を支給。
- ② 70歳以上の方の入院分の自己負担額と、①によってもなお残る自己負担額とを合計した額に、70歳以上の方の世帯における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。
- ③ 70歳未満の方の自己負担額と、②によってもなお残る自己負担額を合計した、世帯全体の自己負担額に、世帯全体における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。

Q12. 病院で複数の診療科に受診した場合、それぞれの診療科での自己負担が、合計すると自己負担限度額を超える場合は、高額療養費の請求ができますか。

A12.

平成22年4月からは、いわゆる「旧総合病院（※）」において、複数の診療科のレセプトを一本化したので、高額療養費の請求も、一つの医療機関としてまとめて行うことができるようになりました。

なお、医科と歯科、入院と外来とではレセプトが分かれますが、窓口負担が、①70歳未満の方は2万1千円以上のものについて、②70歳以上の方は窓口負担の額にかかわらず、それらを合算して高額療養費を請求することができます。

※ 内科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科がある、収容施設が100床以上あるなどの条件を満たす病院を指します。総合病院の制度自体は平成8年に廃止されましたが、レセプトの提出方法に関する特例が残っていました。

Q13. 70歳以上の「現役並み所得者」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。

A13.

○ 70歳以上の方のうち、「現役並み所得者」となるのは、以下の条件を満たす方（本人とその家族※）です。

- ・ 国民健康保険及び後期高齢者医療制度に加入している方：本人又は同じ医療保険に加入する70歳以上の方の市町村民税の課税標準額が145万円以上
→ 地元の市区町村で確認できます。
- ・ 健康保険に加入している方：被保険者の月収（標準報酬月額）が28万円以上
→ 加入する健康保険組合又は協会けんぽ都道府県支部（年金事務所でも可）で確認できます。

※ 健康保険の被保険者が70歳未満の場合、被扶養者又は国保の家族の加入者の年齢が70歳以上でも、その方は「現役並み所得者」にはなりません。
※ 所得区分の判定は、療養を受けた月が1～7月の場合は前々年、8～12月の場合は、前年の所得により行います。

○ ただし、次の条件に該当する70歳以上の方は、申請により「一般所得」と同じ負担額となります。

- ・ 家族のうち、同じ保険に加入する70歳以上の方との一年間で得た全ての収入の合計額が520万円未満（同じ保険に加入する70歳以上の方がいない場合は383万円未満）等

Q14. 70歳以上の「低所得者Ⅰ」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。

A14.

- 「低所得者Ⅰ」となるのは、①70歳以上の方のうち、②判定の対象となるご家族全員の「所得」(*)の金額が0円になる場合です。

※ 所得区分の判定は、療養を受けた月が1～7月の場合は前々年、8～12月の場合は、前年の所得により行います。

※ 「所得」とは、それぞれの方の給与や年金などの収入から、必要経費・控除額（公的年金については控除額80万円）を差し引いたものです。

※ 例えば、公的年金だけで生計を立てている方々については、家族それぞれの年金収入が80万円に満たない場合にこの区分の対象となります。

- 判定の対象となるご家族の範囲は、以下のとおりです。
- ・ 国民健康保険の場合は、世帯主と世帯の被保険者全員
 - ・ 後期高齢者医療制度の場合は、世帯員全員
 - ・ 健康保険の場合は、被保険者とその方に扶養される家族

Q15. 70歳未満の「上位所得者」の区分に該当するのは、どのような場合ですか。

A15.

- 「上位所得者」は、以下の条件を満たす方とその家族が対象となります。
- ・ 国民健康保険に加入している方：世帯内のすべての加入者の総所得金額（収入から給与所得控除、公的年金等控除、必要な経費を差し引いたもの）から基礎控除（33万円）を差し引いた金額の合計額が600万円以上
→ 地元の市区町村で確認できます。
 - ・ 健康保険に加入している方：被保険者の月収（標準報酬月額）が53万円以上
→ 加入する健康保険組合又は協会けんぽ都道府県支部（年金事務所でも可）で確認できます。

※ 所得区分の判定は、療養を受けた月が1～7月の場合は前々年、8～12月の場合は、前年の所得により行います。

- なお、新卒者が高額所得の会社に就職した場合など、「低所得者」となるべき条件と「上位所得者」となるべき条件の両方を満たす場合は「上位所得者」が優先します。

保国発0722第1号
平成22年7月22日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿

厚生労働省保険局国民健康保険課長

高額療養費の支給の適切な実施について

高額療養費制度については、「健康保険法等の一部を改正する法律の施行に伴う関係政令の整備等に関する政令の施行について」（平成18年8月30日保発第0830002号。別添1参照）において、被保険者の制度の不知等による申請漏れを防止する観点から、①各保険者から被保険者に対し、文書その他の方法による制度の周知徹底に努めること、②さらに保険者において、高額療養費の額等の情報を、対象となる被保険者に通知することにより、適用の利便性の向上に努めることを依頼している。

被用者保険の保険者や一部の市町村国保の保険者では、上記②の取組として、高額療養費の支給予定額があらかじめ印字された高額療養費支給申請書を対象となる被保険者に送付し、世帯主が、世帯主の氏名、申請年月日、口座番号などを記入して返送すれば手続きが完了する、被保険者にとって簡便な手法が採られているところである。

先般、平成22年5月11日の参議院厚生労働委員会において、別添2のような質疑が行われたところであるので、上記②のような利便性の向上のための取組が積極的に実施されるよう、改めて貴管内保険者への周知徹底を図られたい。

※ 別添1及び別添2 略