

自己負担限度額設定について

○ 年額56万円(老人医療と介護保険の自己負担を合算した額の分布状況を踏まえて設定)を基本とし、医療保険各制度や所得・年齢区分ごとの自己負担限度額を踏まえてきめ細かく設定。

		後期高齢者医療制度 + 介護保険	被用者保険又は国保 + 介護保険 (70歳～74歳がいる世帯(※3))	被用者保険又は国保 + 介護保険 (70歳未満がいる世帯(※4))
現役並み所得者 (上位所得者)		67万円 (56万円の約1.20倍(※1・2))	67万円 (62万円の約1.09倍)	126万円 (67万円の約1.88倍)
一 般		56万円	62万円 (56万円の約1.10倍)	67万円 (56万円の約1.20倍)
低所得者	Ⅱ	31万円 (56万円の約0.55倍)	31万円 (62万円の約0.50倍)	34万円 (67万円の約0.51倍)
	Ⅰ	19万円 (56万円の約0.34倍)	19万円 (62万円の約0.31倍)	

(※1) $1.20 = 639,900 \div 532,800 =$ (高額療養費制度における現役並み所得者の自己負担限度額(年単位))
 \div (高額療養費制度における一般の自己負担限度額(年単位))

(※2) 算出した額に1万円未満の端数がある場合において、その端数金額が5千円未満であるときはこれを切り捨て、5千円以上であるときはこれを1万円に切り上げる。

(※3・4) 対象となる世帯に、70歳～74歳の者と70歳未満の者が混在する場合には、①まずは70歳～74歳の者に係る自己負担の合算額に、(※3)の区分の自己負担限度額が適用された後、②なお残る負担額と、70歳未満の者に係る自己負担の合算額とを合算した額に、(※4)の区分の自己負担限度額が適用される。

高額医療・高額介護合算制度の経過措置について

- 施行初年度の平成20年度については、計算期間（平成20年8月1日～平成21年7月31日（※1））の途中の4月1日から制度が施行されることから、当該期間を4月1日から平成21年7月31日までとする（12ヶ月間→16ヶ月間）とともに、自己負担限度額については、通常のを12で除し、16を乗じた（4/3）額とする。
- ただし、平成20年8月以降に負担が集中している場合など、（16ヶ月で算出した支給額）＜（12ヶ月で算出した支給額）となる場合には、通常の方法により算出した額を支給額とする。

		後期高齢者医療制度 + 介護保険	被用者保険又は国保 + 介護保険 <small>（70歳～74歳がいる世帯（※3））</small>	被用者保険又は国保 + 介護保険 <small>（70歳未満がいる世帯（※4））</small>
現役並み所得者 （上位所得者）		89万円 <small>（67万円の4/3倍（※2））</small>	89万円 <small>（67万円の4/3倍）</small>	168万円 <small>（126万円の4/3倍）</small>
一 般		75万円 <small>（56万円の4/3倍）</small>	83万円 <small>（62万円の4/3倍）</small>	89万円 <small>（67万円の4/3倍）</small>
低所得者	Ⅱ	41万円 <small>（31万円の4/3倍）</small>	41万円 <small>（31万円の4/3倍）</small>	45万円 <small>（34万円の4/3倍）</small>
	Ⅰ	25万円 <small>（19万円の4/3倍）</small>	25万円 <small>（19万円の4/3倍）</small>	

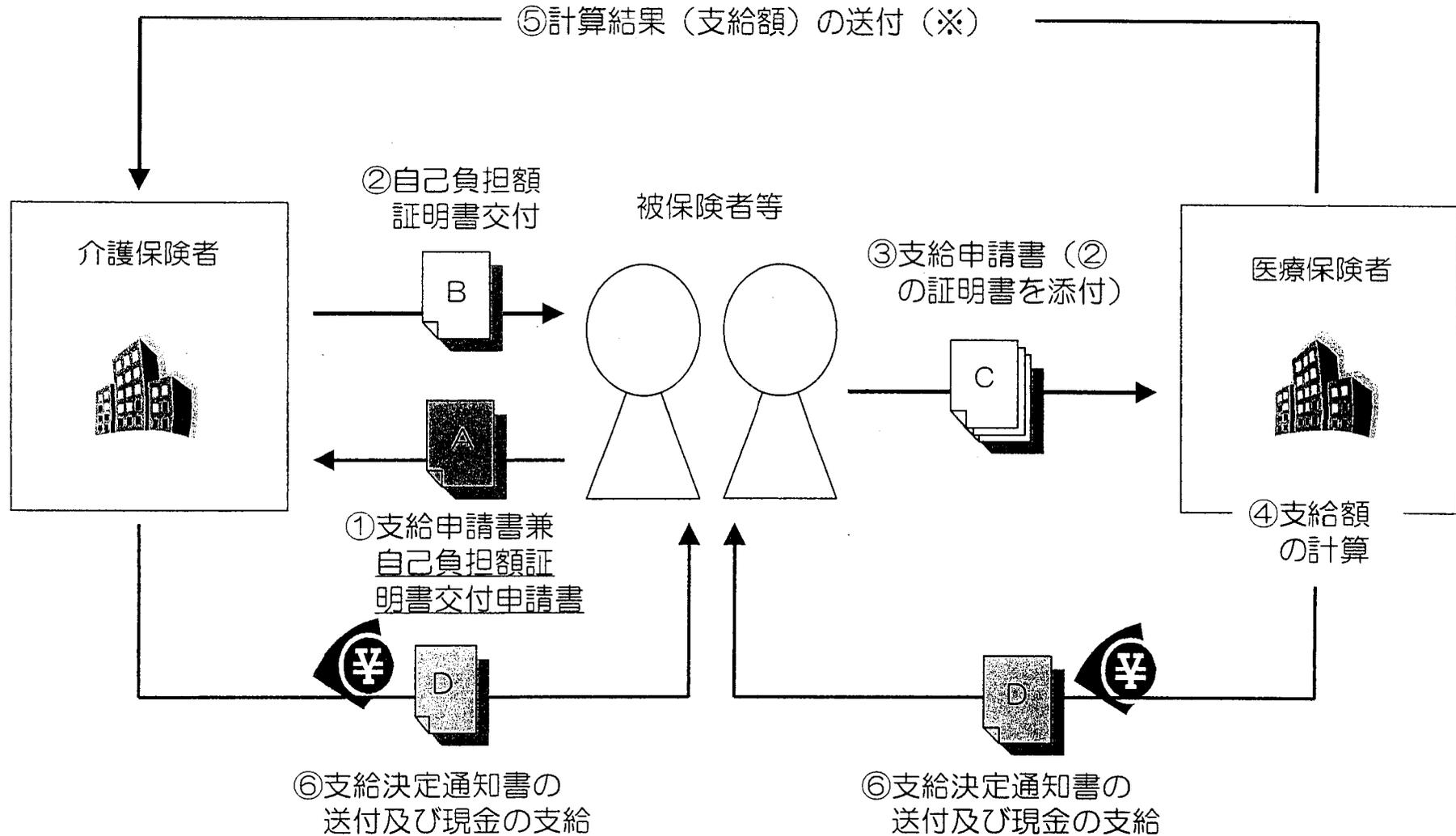
（※1） 国保及び後期高齢者医療制度における所得区分の変更は原則として8月1日から適用されることを踏まえたもの。

（※2） 算出した自己負担限度額に1万円未満の端数がある場合において、その端数金額が5千円未満であるときはこれを切り捨て、5千円以上であるときはこれを1万円に切り上げる。

（※3・4） 3頁の（※3・4）に同じ。

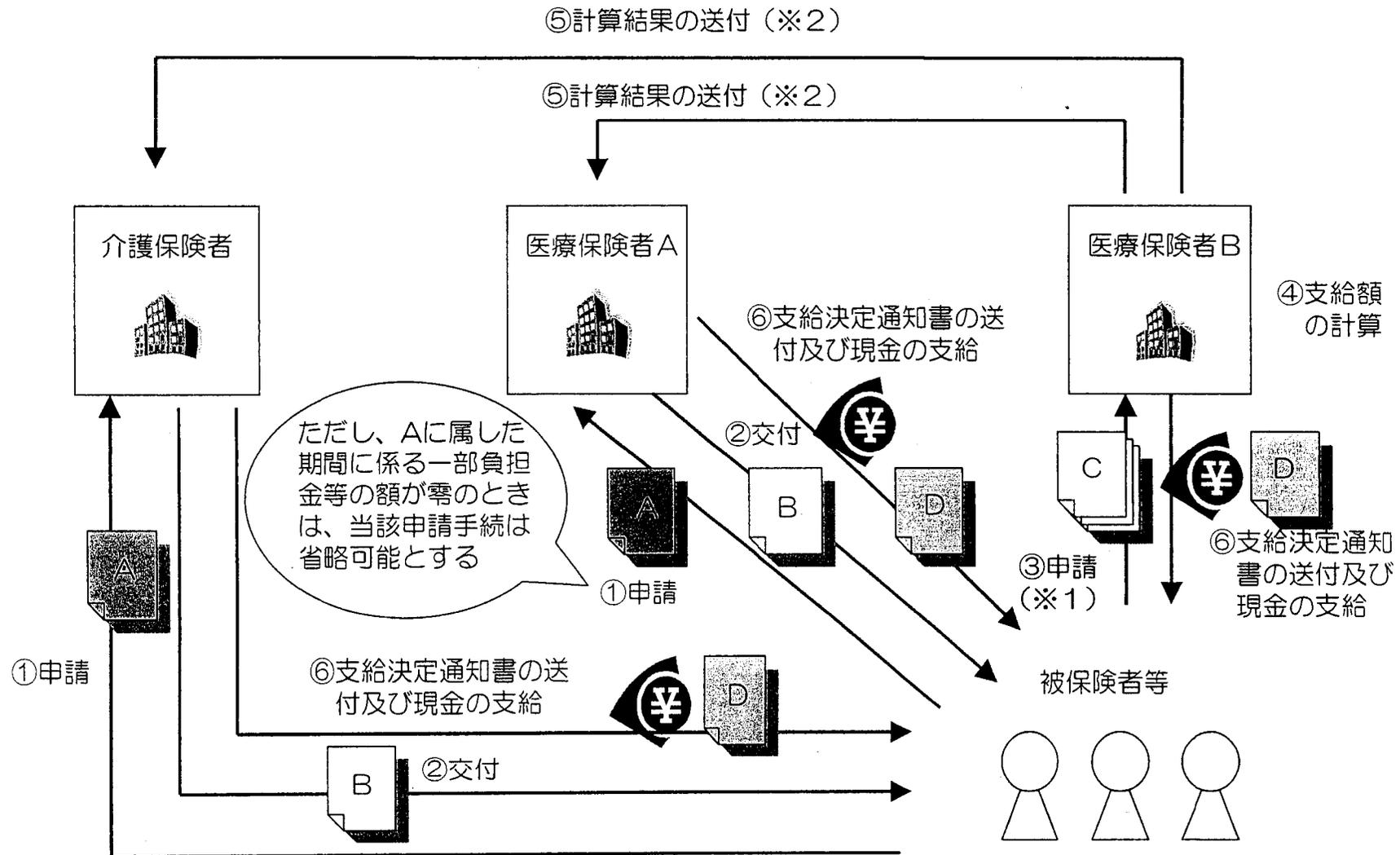
支給に係る事務手続の流れについて

1. 計算期間（毎年8月1日～翌年7月31日）内に加入している保険者に変更がない場合



(※) 計算期間の末日（7月31日）以後1年の間に、医療保険者から「⑤計算結果の送付」がない場合には、介護保険者は、申請者に連絡をとることにより、①の申請は取り下げられたものとみなすことができる。

2. 計算期間（毎年8月1日～翌年7月31日）内に加入している保険者に変更があった場合
例. 被保険者等は7月31日現在、医療保険Bに加入（計算期間内に医療保険をA→Bに変更。）。

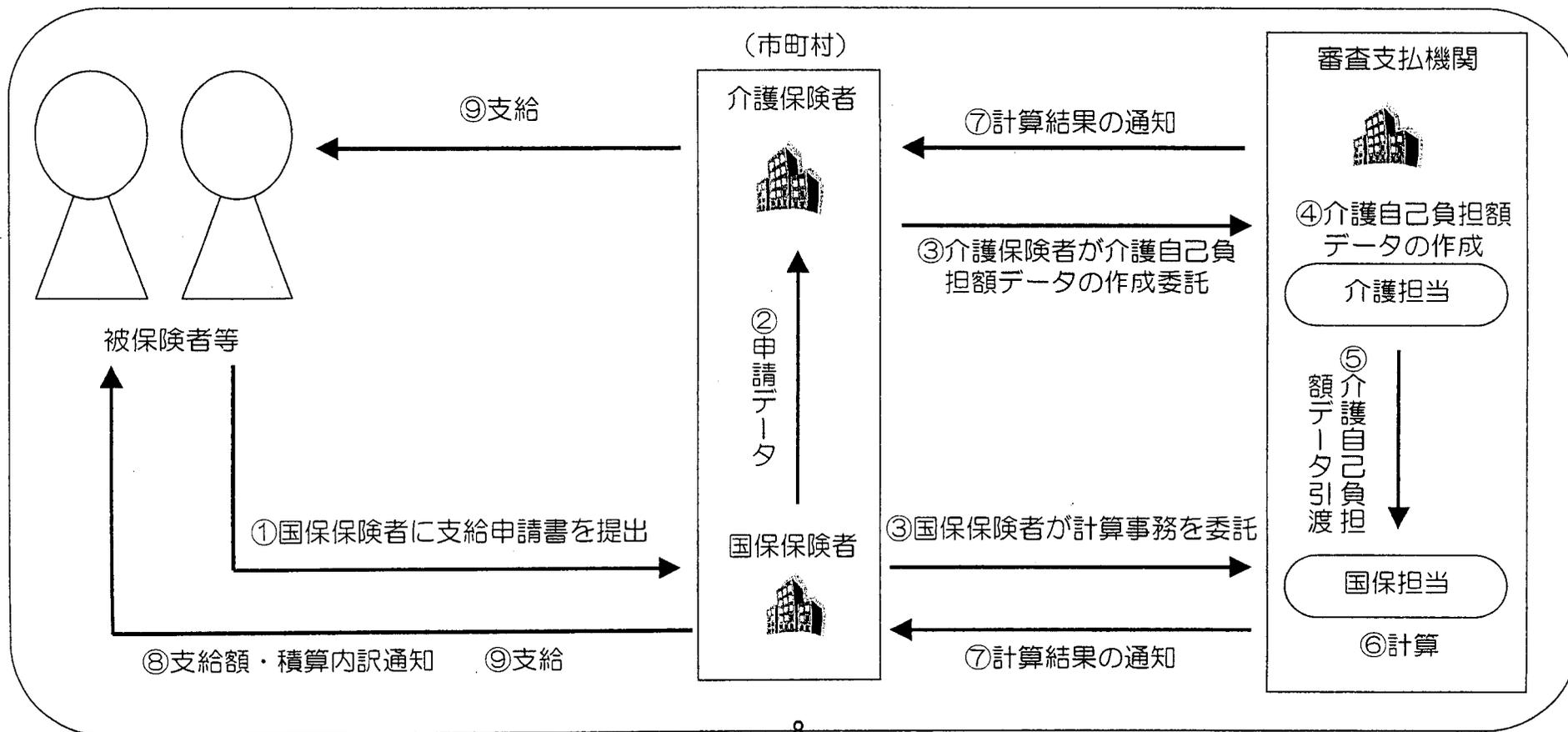


- (※1) 被保険者等は、毎年7月31日に加入する医療保険者以外のすべての保険者から、負担額証明書の交付を受ける。支給計算は、毎年7月31日に加入する医療保険者が行うため、被保険者等は自己負担額証明書を添付して、支給申請を行う。また、支給対象期間内に加入介護保険者に異動があった場合も同様に取扱う。
- (※2) 計算期間の末日（7月31日）以後1年の間に、医療保険者Bから「⑤計算結果の送付」がない場合には、医療保険者A及び介護保険者は、申請者に連絡をとることにより、①の申請は取り下げられたものとみなすことができる。

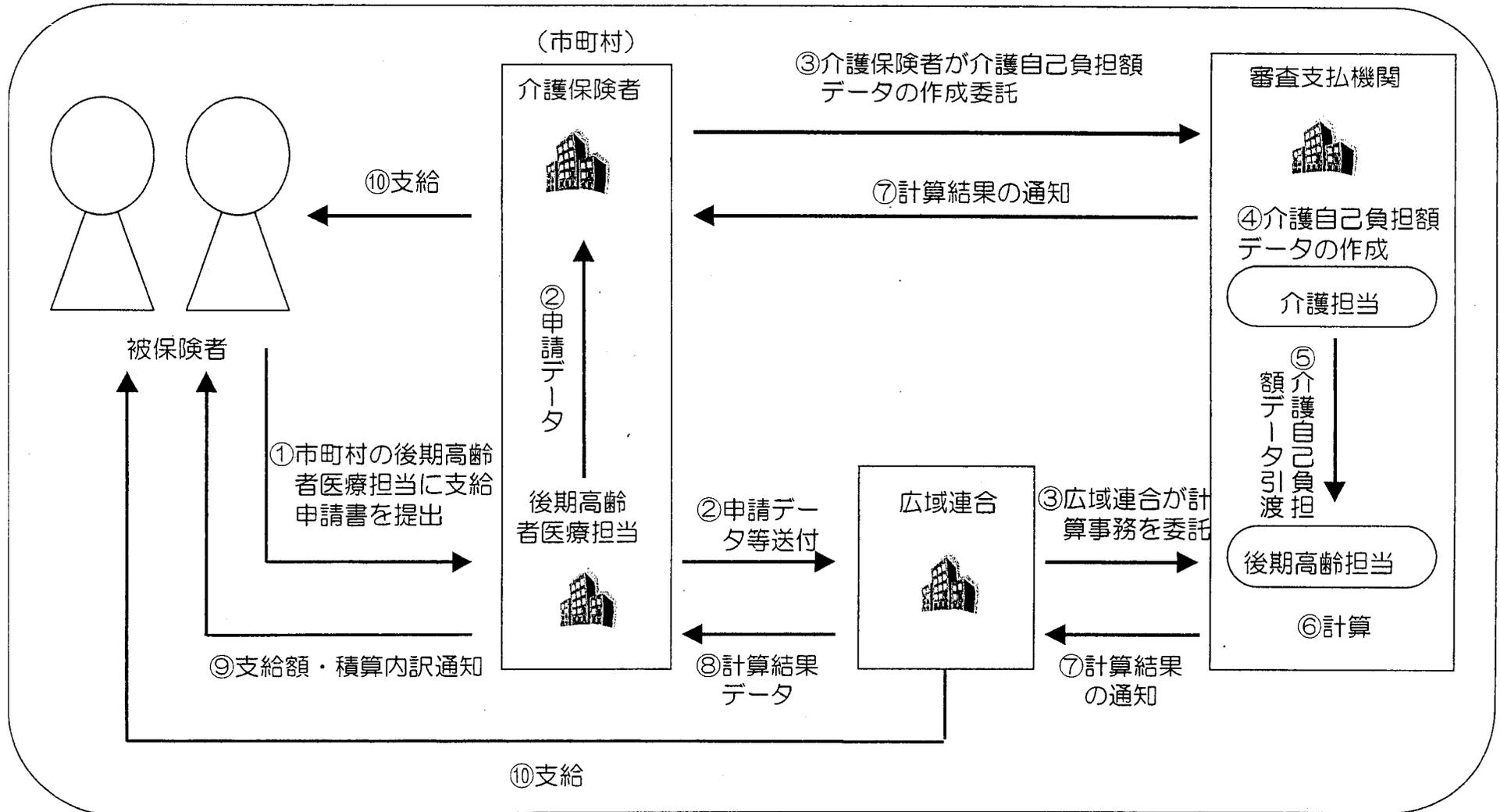
同一市町村の国保・介護、後期高齢者医療・介護に加入する世帯に係る事務処理について

同一市町村の国保・介護、後期高齢者医療・介護に加入する世帯に係る事務処理については、同一市町村内で事務処理を行い、審査支払機関に支給額の計算事務等を委託することにより、各手続等を省略し、事務処理を簡素化することができる。

1. 同一市町村の国保・介護に加入する世帯について、国保・介護が事務を委託する場合



2. 後期高齢者医療・介護に加入する世帯について、広域連合・介護が事務を委託する場合



高額医療・高額介護合算制度の参考事例

- 夫婦とも75歳以上(住民税非課税)で、夫が医療サービス、妻が介護サービスを受けている世帯の場合
- (医療サービス) 病院に入院(※)
 - (介護サービス) 特別養護老人ホームに入所(※)
 - (年金収入) 夫婦で年間211万円以下(住民税非課税)

自己負担:年間60万円

自己負担:年間31万円

(29万円の軽減)

今まで(20年3月まで)



自己負担 30万円

医療費の1割負担。
ただし、毎月の負担
の上限あり。
(このケースでは、2
万4600円まで)

自己負担 30万円

介護費の1割負担。
ただし、毎月の負担
の上限あり。
(このケースでは、2
万4600円まで)

これから(20年4月から)



医療費と介護費の自己負担
(合計60万円)を支払った後、
各保険者に請求



自己負担限度額(31万円)を
一定程度超えた場合に、当該
超えた額(29万円)を支給

保険者

(※) 療養病床に入院した場合又は特別養護老人ホームに入所した場合にかかる食費・居住費及び差額ベッド代等については、別途負担が必要となる(現行の高額療養費・高額介護サービス費等の制度と同様。)