

高額療養費制度について

厚生労働省保険局

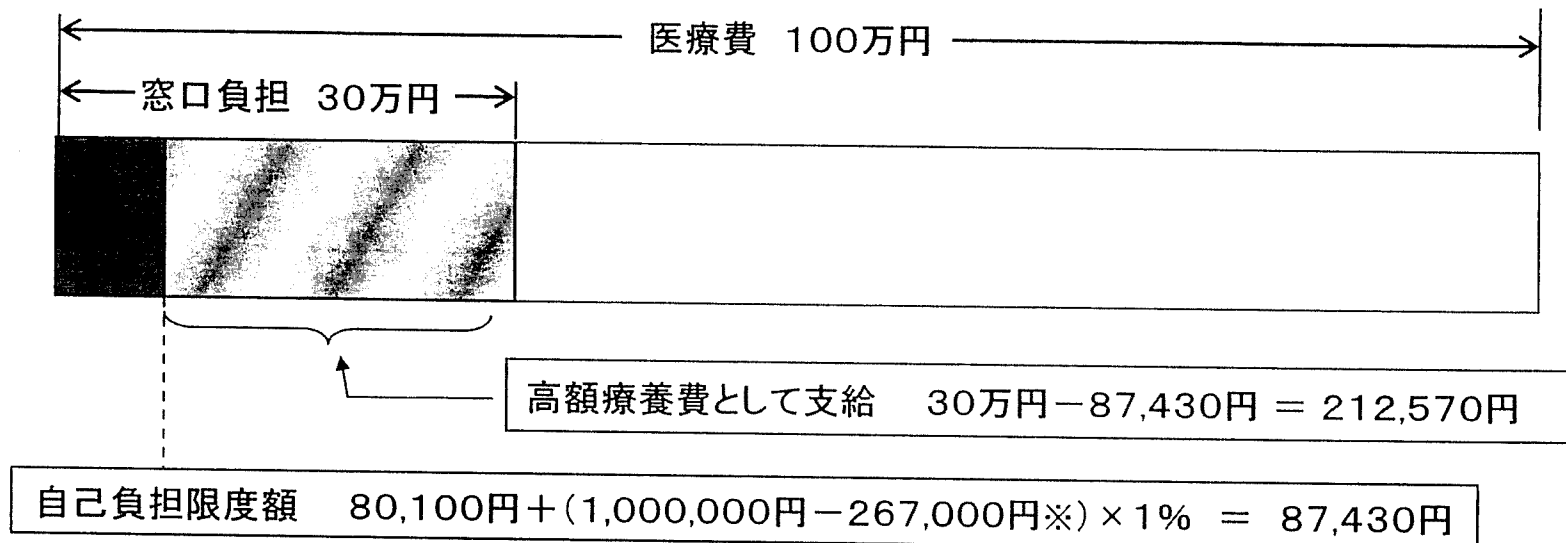
高額療養費制度の概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。

※ 入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入

- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じ、一般・上位所得者・低所得者に分かれる。

<一般的なケース（3割負担）>



※ $80100 \div 0.3 = 267000$

（注）同一の医療機関における一部負担金では限度額を超えない場合であっても、同じ月の複数の医療機関における一部負担金（70歳未満の場合は2万1千円以上であることが必要）を合算することができる。この合算額が限度額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。

高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

（ ）は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円以上	150,000円＋（医療費－500,000）×1% 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

[70歳以上]

		要件	外来（個人ごと）	自己負担限度額（1月当たり）
現役並み所得者		[後期・国保] 課税所得145万円以上（※3） [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上（※3）	44,000円	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈多数該当44,400円〉
一般		現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ	[後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等	8,000円	24,600円
	Ⅰ	[後期] 世帯員全員の所得が一定以下 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下（※4） [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下（※4） 等		15,000円

※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。

※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除（33万円）をさらに差し引いたもの

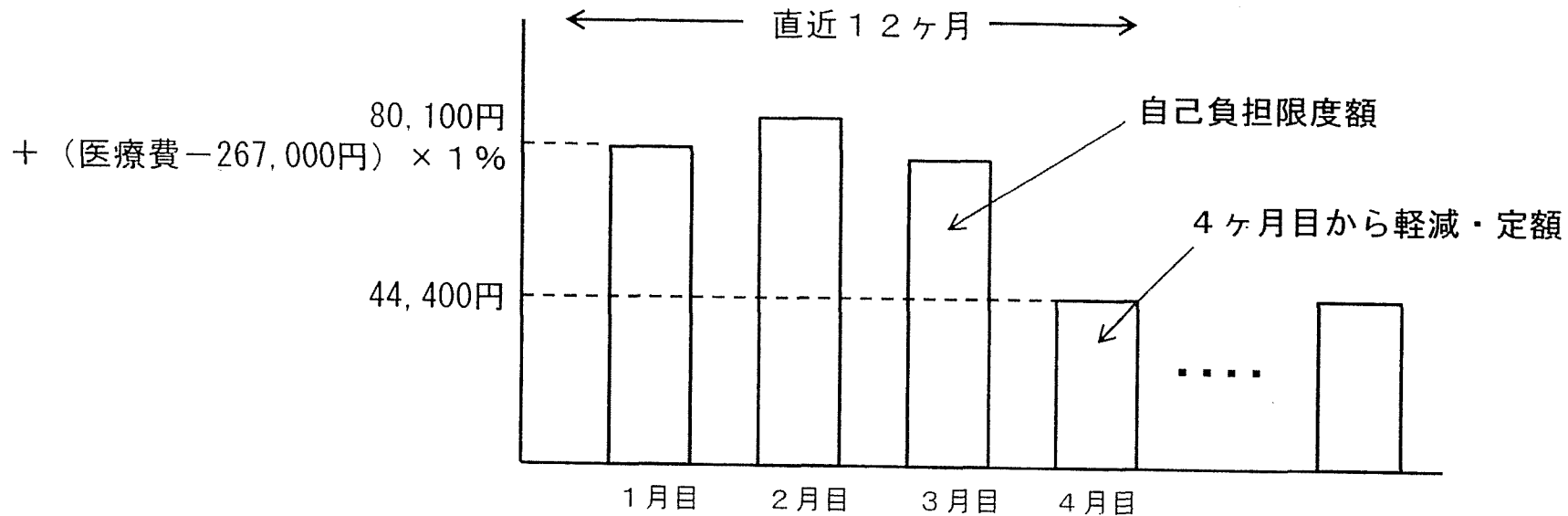
※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

※4 地方税法の規定による市町村民税に係る所得（退職所得を除く）がない場合（年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下）

高額療養費の多数該当の仕組み

- 現行の高額療養費制度では、同一世帯で直近12ヶ月間に、高額療養費が支給された月が3ヶ月以上になった場合は、4ヶ月目から自己負担限度額が軽減された定額となる。

<所得区分「一般」の場合>



<70歳未満の方の場合>

所得区分	軽減前の自己負担限度額	➡	多数回該当の場合
上位所得者	150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1%		83,400円
一般	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%		44,400円
低所得者	35,400円		24,600円

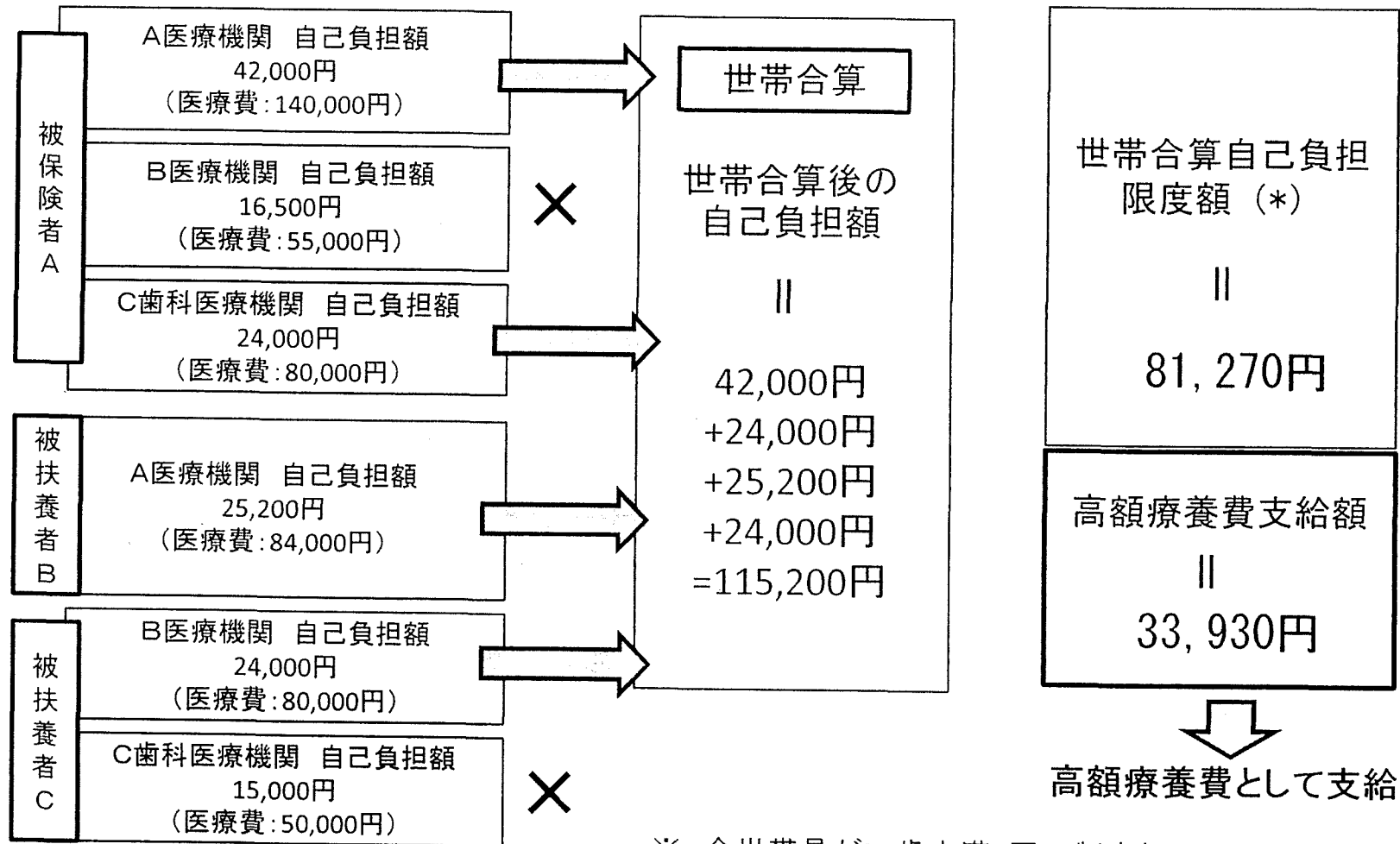
<70歳以上の方の場合>

所得区分	軽減前の自己負担限度額	➡	多数回該当の場合
現役並み所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%		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。

高額療養費制度における世帯単位の合算の仕組み

○ 病院の窓口で支払う1か月の自己負担額が合算対象基準額（レセプト1件あたり2万1千円）以上のものについて、同じ医療保険に加入する家族について世帯単位で合算を行い、合算額からその世帯における自己負担限度額を控除した額を高額療養費として支給する。



※ 全世帯員が70歳未満・同一制度加入のケース

- * 自己負担限度額=80,100円+ [(140,000円+80,000円+84,000円+80,000円) -267,000円] ×1%=81,270円
- * 70歳以上の場合、高齢者の負担軽減のため、一部負担金の額が21,000円未満であっても合算される。
- * 世帯全体の負担額をリアルタイムで把握することができないため、償還払いで対応。(一部について現物給付対応)

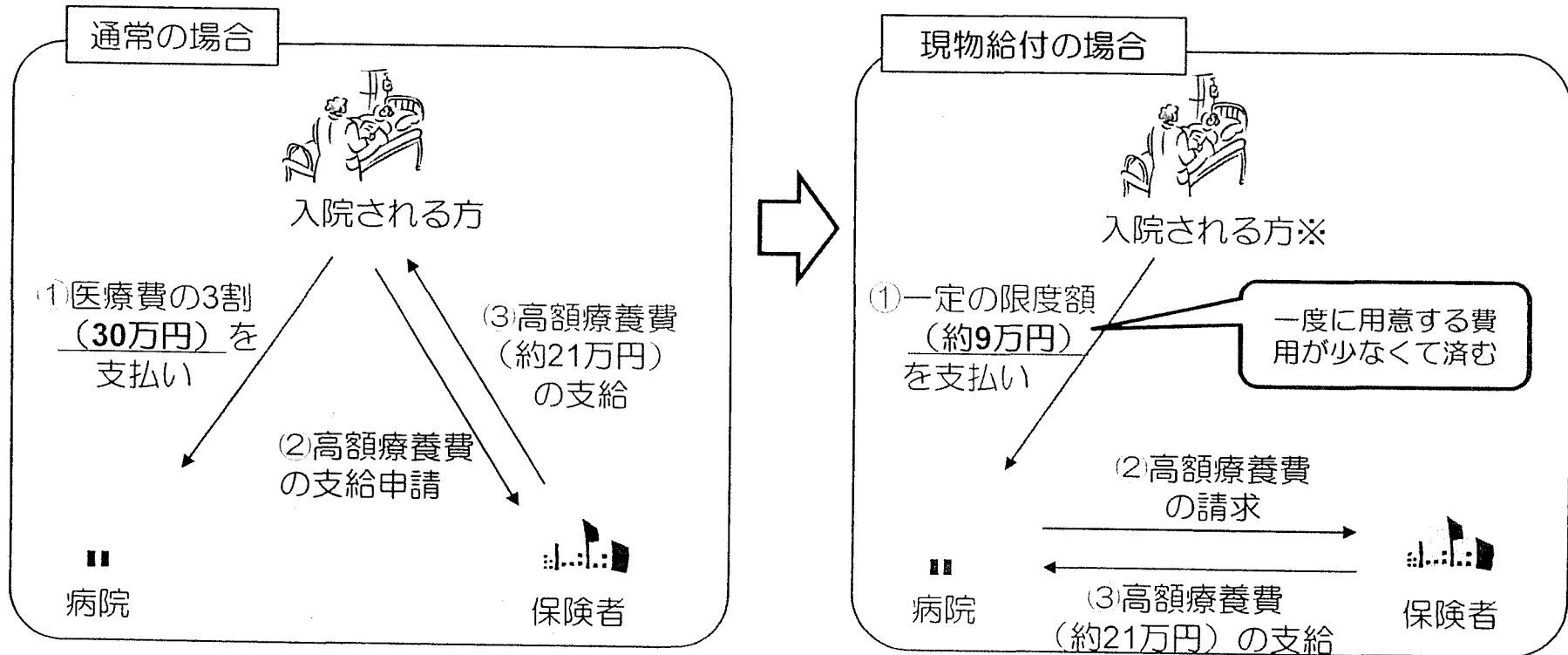
入院における高額療養費の現物給付の仕組み

入院される方については、事前に所得区分の認定証を保険者から発行してもらうことにより、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめることができる仕組みとしている。これにより、窓口で一度に用意する費用が少なくて済む。

※ 高額療養費は医療機関や薬局に直接支払われるため、事後に保険者に対して、高額療養費の支給申請をする手間が省ける。

※ 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ることができる（低所得者の区分の適用を受けるためには認定証が必要）。

<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



※70歳以上の低所得者及び70歳未満の方は、事前に保険者の所得区分認定を受けておく必要がある

高額長期疾病（特定疾病）に係る高額療養費の特例について

1 特例の趣旨と経緯

高額療養費における高額長期疾病（以下「特定疾病」という。）の特例は、著しく高額な治療を長期（ほとんど一生の間）にわたって必要とする疾病にかかった患者について、自己負担限度額を通常の場合より引き下げ、1万円とすることにより、医療費の自己負担の軽減を図るものである。昭和59年の健康保険法改正で被保険者本人の定率負担（1割）が導入された際、国会審議を踏まえて創設された。

2 対象疾病

- 対象となる特定疾病は、法令上、以下の要件が定められている。
 - ① 費用が著しく高額な一定の治療として厚生労働大臣が定める治療を要すること、かつ、
 - ② ①の治療を著しく長期間にわたって継続しなければならないこと

 - この要件に基づき、現在、以下の3つの治療法と疾病が指定されている。
 - ① 人工腎臓を実施する慢性腎不全（昭和59年10月から対象）
 - ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（昭和59年10月から対象）
 - ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（※）（平成8年7月から対象）
- ※ 血液製剤の投与に起因するHIV感染者、2次・3次感染者等に限る。

3 自己負担額

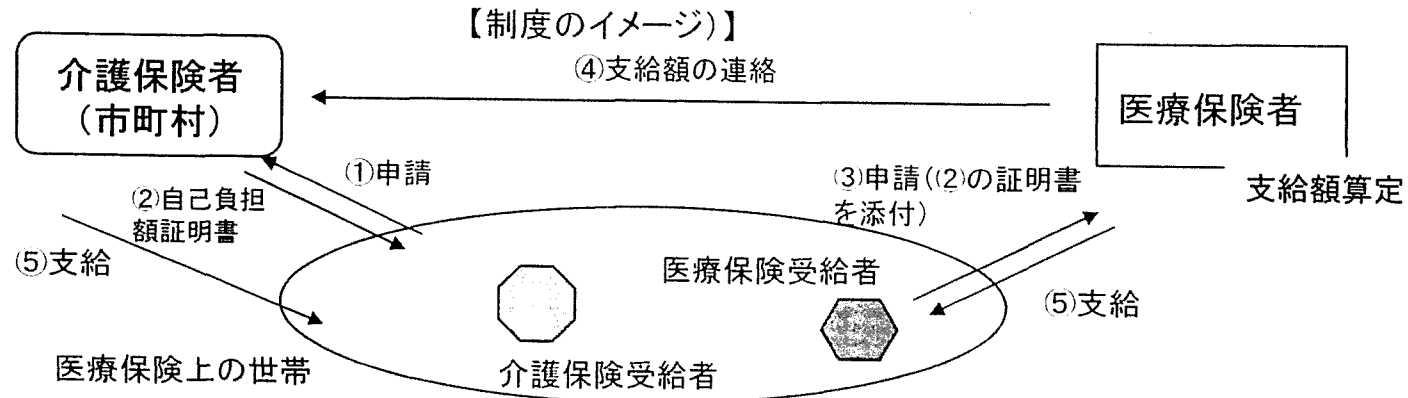
自己負担限度額は月額1万円（※）。限度額を超える分は高額療養費が現物給付で支給される。

※ 慢性腎不全のうち70歳未満の上位所得者については2万円

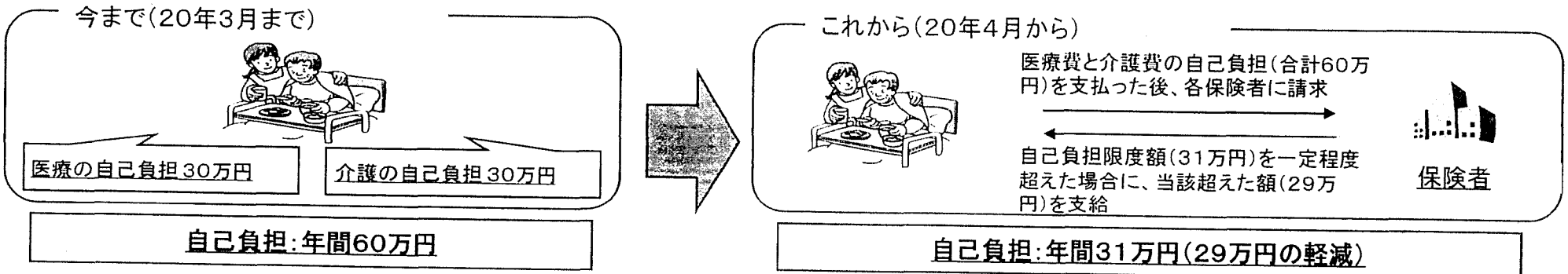
高額介護合算療養費の概要

○ 1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)の医療保険と介護保険における自己負担の合算額が著しく高額になる場合に、負担を軽減する仕組み。

- ①支給要件 医療保険上の世帯単位で、医療保険と介護保険の自己負担を合算した額が、限度額及び支給基準額(500円)の合計額を超えた場合に、当該自己負担額を合算した額から限度額を控除した額を支給する。
- ②限度額 年額56万円を基本とし、被保険者の所得・年齢に応じてきめ細かく設定。
- ③費用負担 医療保険者、介護保険者の双方が自己負担額の比率に応じて負担し合う。



○ 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)



高額介護合算療養費の自己負担限度額について

○ 年額56万円(高齢者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、被保険者等の所得・年齢に応じてきめ細かく設定している。

		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 (70歳～74歳がいる世帯(※1))	被用者保険又は国保 + 介護保険 (70歳未満がいる世帯(※2))
現役並み所得者 (上位所得者)		67万円	67万円	126万円
一 般		<u>56万円</u>	62万円 →56万円(※3)	67万円
低所得者	Ⅱ	31万円	31万円	34万円
	Ⅰ	19万円	19万円	

※1・2 対象となる世帯に、70～74歳の方と70歳未満の方が混在する場合には、
 ①70～74歳の方に係る自己負担の合算額に、(※1)の区分の自己負担限度額を適用した後、
 ②なお残る負担額と、70歳未満の方に係る自己負担の合算額とを合算した額に、(※2)の区分の自己負担限度額を適用する。
 ※3 70～74歳の患者負担割合の見直し(1割→2割)の凍結を踏まえ、限度額についても75歳以上の方と同等に設定

高額医療費貸付制度について

1. 貸付制度の概要

- 高額療養費の支給手続きでは、現在、保険者がレセプトにより被保険者の窓口負担額を確認した上で支給の決定を行っている。現行のレセプトの請求・審査の事務処理では、診療月の翌月初旬に医療機関が審査支払機関にレセプトを送付し、診療月の翌々月初旬にレセプトが保険者に到達するため、高額療養費も診療月の翌々月以降に支給される。
- 保険者は、被保険者の負担軽減の観点から、高額療養費が支給されるまでの間の当座の窓口負担に充てるため、その資金を貸し付ける「高額医療費貸付制度」を保健事業として実施することができる。（健康保険法第150条第2項、国民健康保険法第82条第2項、高齢者の医療の確保に関する法律第125条第2項）

2. 貸付の流れ（協会けんぽの場合）

- 貸付申込者は、協会けんぽに対し、高額療養費の請求と併せて貸付を申し込む。
- 協会けんぽは、高額療養費の支給見込み額から貸付額（見込額の8割相当額）を決定し、貸し付ける（貸付金は無利子）。不相当と認めたときは、申込書類を返戻する。
- 協会けんぽは高額療養費の支給額を決定し、当該支給額が貸付額を上回るときは、その差額を本人に支給する。貸付額に満たないときは、差額を本人に請求する。

3. 実績

協会けんぽ	17,508件、17億1242万円（平成21年度）
健保組合	6億2010万円（平成19年度）
市町村国保	121,142件、164億5992万円（平成19年度）