

# 高額療養費

## 70歳未満の人

マイナ保険証を利用している人は高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されるため、限度額適用認定証の申請は不要です。

**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」

マイナ保険証を利用していない人で医療費が高額(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、医療機関の窓口にて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。

ただし、保険料の滞納がある場合は交付できません。また、マイナ保険証でも適用されません。

交付申請に必要なもの

●本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)

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: 認定証の期限が切れたあとも認定証が必要な場合は、更新の申請が必要です。

## 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)                         | 令和8年7月診療まで   | 令和8年8月診療から<br>令和9年7月診療まで  |
|----------------------|----------------------------------|--|---|
|                      |                                  | 自己負担限度額(月額)  | 自己負担限度額(月額)   |
| 上位<br>所得者            | ア 基礎控除後の所得<br>901万円超             | 252,600円+<br>(総医療費-842,000円)×1%<br>(多数該当:140,100円)※4 | 270,300円+(総医療費-901,000円)<br>×1%(多数該当:140,100円)※4<br>年間上限:1,680,000円 |
|                      | イ 基礎控除後の所得<br>600万円超~<br>901万円以下 | 167,400円+<br>(総医療費-558,000円)×1%<br>(多数該当:93,000円)※4  | 179,100円+(総医療費-597,000円)<br>×1%(多数該当:93,000円)※4<br>年間上限:1,110,000円  |
| 一般                   | ウ 基礎控除後の所得<br>210万円超~<br>600万円以下 | 80,100円+<br>(総医療費-267,000円)×1%<br>(多数該当:44,400円)※4   | 85,800円+(総医療費-286,000円)<br>×1%(多数該当:44,400円)※4<br>年間上限:530,000円     |
|                      | エ 基礎控除後の所得<br>210万円以下            | 57,600円<br>(多数該当:44,400円)※4                          | 61,500円<br>(多数該当:44,400円)※4<br>年間上限:530,000円(※5)                    |
| 住民税<br>非課税世帯<br>(※3) | オ 住民税非課税                         | 35,400円<br>(多数該当:24,600円)※4                          | 36,900円<br>(多数該当:24,600円)※4<br>年間上限:290,000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 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のオとみなされます。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 4ヶ月以内の金額は多数該当(過去1年間に同一世帯で、高額療養費が3か月以上該当した場合の4か月以降)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で通算されます。

※5 1~約200万円区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払いされます。

### 世帯の継続性を認める例

国民健康保険制度上の世帯において①世帯構成員は同じで住所を変更した場合 ②擬制世帯主から国民健康保険加入者に世帯主を変更した場合 ③世帯構成員が増加した場合(出生や職場の健康保険等をやめたなど) ④世帯構成員が減少した場合(死亡や職場の健康保険等への加入など)

## 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P14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り(P14の「世帯の継続性を認める例」参照))。

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(P16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」に該当し、マイナ保険証を利用していない人は限度額適用認定証の申請が必要です。マイナ保険証を利用している人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I・IIの人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」

医療費が高額(P16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、医療機関の窓口にて認定証を提示してください。

交付申請に必要なもの

●本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証など)

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: 認定証の期限が切れたあとも認定証が必要な場合は、更新の申請が必要です。

「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(P18参照)。

## 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<br>(※1)           | 割合 | 令和8年7月診療まで  |  | 令和8年8月診療から<br>令和9年7月診療まで   |  |
|----------------------|----|---|--|--|--|
|                      |    | 外来(個人単位)<br>の限度額(月額)                              | 入院があった場合<br>(個人単位)の<br>限度額(月額)また<br>は、世帯単位<br>の限度額(月額) | 外来(個人単位)<br>の限度額(月額)   | 入院があった場合<br>(個人単位)の<br>限度額(月額)また<br>は、世帯単位<br>の限度額(月額) |
| 現役並み<br>所得者Ⅲ<br>(※2) | 3割 | 252,600円+<br>(総医療費-842,000円)×1%<br>[140,100円](※7) |  | 270,300円+<br>(総医療費-901,000円)×1%<br>[140,100円](※7)<br>年間上限:1,680,000円 |  |
| 現役並み<br>所得者Ⅱ<br>(※3) |    | 167,400円+<br>(総医療費-558,000円)×1%<br>[93,000円](※7)  |  | 179,100円+<br>(総医療費-597,000円)×1%<br>[93,000円](※7)<br>年間上限:1,110,000円  |  |
| 現役並み<br>所得者Ⅰ<br>(※4) |    | 80,100円+<br>(総医療費-267,000円)×1%<br>[44,400円](※7)   |  | 85,800円+<br>(総医療費-286,000円)×1%<br>[44,400円](※7)<br>年間上限:530,000円     |  |
| 一般                   | 2割 | 18,000円<br>(年間14.4万円上限)                           | 57,600円<br>(44,400円)(※7)                               | 22,000円<br>(外来年間上限<br>216,000円)                                      | 61,500円<br>(44,400円)(※7)<br>年間上限:<br>530,000円(※8)      |
| 低所得Ⅱ<br>(※5)         |    | 8,000円  | 24,600円  | 11,000円<br>(外来年間上限<br>96,000円)                                       | 25,700円<br>(24,600円)(※7)<br>年間上限:<br>290,000円          |
| 低所得Ⅰ<br>(※6)         |    | 8,000円  | 15,000円  | 8,000円   | 15,700円<br>年間上限:<br>180,000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、区分は「一般」になる場合があります(P9「※1 70歳以上74歳以下の人の一部負担金割合判定方法」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、区分は「一般」になる場合があります(P9「※1 70歳以上74歳以下の人の一部負担金割合判定方法」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、80万6,700円)として計算②給与所得の場合は〔給与収入一給与所得控除一10万円〕として計算)が0円になる世帯に属する人。
- ※7 P14 ※4 参照
- ※8 「～約200万円」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払いされます。

## 自己負担額の計算

- 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。
- 1か月分(各月の1日～末日まで)で計算します。
- 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P16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・低所得Ⅱ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外来年間上限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歳の誕生月に入院などで高額の医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、75歳の誕生月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(P14の「世帯の継続性を認める例」参照))。

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。