

高額療養費制度

病気やけがでお医者さんにかかり、医療費を同じ月内に一定額以上負担したとき、基準額（自己負担限度額）を超えた分が申請により支給されます。

これを『高額療養費制度』といいます。

高額療養費の自己負担限度額は、年齢や所得によって異なります。年齢では、「70歳未満の人」と「70歳以上75歳未満の人」で分けられています。

70歳未満の人の場合

限度額適用認定証等の交付

事前に市町村に申請し「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」）の交付を受ければ、窓口での支払いは自己負担限度額までとなります。（マイナ保険証を利用する場合は申請不要です（P19参照））

自己負担限度額（月額） ※令和8年8月から令和9年7月まで

所得区分		自己負担限度額（月額）
ア	基礎控除後の所得 901万円超	$270,300円 + (医療費 - 901,000円) \times 1\%$ [140,100円] ※1 【年間上限 1,680,000円】
イ	基礎控除後の所得 600万円超～901万円以下	$179,100円 + (医療費 - 597,000円) \times 1\%$ [93,000円] ※1 【年間上限 1,110,000円】
ウ	基礎控除後の所得 210万円超～600万円以下	$85,800円 + (医療費 - 286,000円) \times 1\%$ [44,400円] ※1 【年間上限 530,000円】
エ	基礎控除後の所得 210万円以下	61,500円 [44,400円] ※1 【年間上限 530,000円】 ※2
オ	住民税非課税世帯	36,900円 [24,600円] ※1 【年間上限 290,000円】

※1 [] 内の金額は多数該当（直近1年（12か月）の間に3回以上 高額療養費の支給を受け4回目以降の支給に該当）の場合。

※2 基礎控除後の所得が86万円未満の区分の場合、年間上限41万円が適用され、令和9年8月以降に償還払い。

高額療養費の計算例

例. 1回の受診での自己負担相当額（医療費の3割）が90,000円の場合

（医療費＝300,000円）入院 A病院 90,000円

★p12 別表「自己負担限度額(月額)」の式を利用します。

基礎控除後の所得901万円超（区分ア）の場合

基礎控除後の所得600万円超～901万円以下（区分イ）の場合

自己負担限度額を超えないため、医療費の3割である90,000円を医療機関窓口で負担します。

基礎控除後の所得210万円超～600万円以下（区分ウ）の場合

$85,800円 + (300,000円 - 286,000円) \times 1\% = 85,940円$

医療機関窓口では85,940円を負担します。

〔差額（90,000円－85,940円）4,060円は高額療養費から負担されます。〕

基礎控除後の所得210万円以下（区分エ）の場合

医療機関窓口では61,500円を負担します。

〔差額（90,000円－61,500円）28,500円は高額療養費から負担されます。〕

住民税非課税世帯（区分オ）の場合

医療機関窓口では36,900円を負担します。

〔差額（90,000円－36,900円）53,100円は高額療養費から負担されます。〕

世帯合算

1回分の窓口負担では上限額を超えない場合でも、**複数の受診や同じ世帯にいる他の国保被保険者の受診について、それぞれの自己負担額を1か月単位で合算することができます（ただし、合算対象となるのは21,000円以上の療養があるときに限る）**。合算した自己負担額が自己負担限度額を超えた場合、超えた部分が支給されます。

⇒計算例は次のページへ

世帯合算の計算例

例. 被保険者①と②の世帯

(所得区分エの世帯(自己負担限度額61,500円)の場合)

○被保険者①の1か月の自己負担額

- ・ A 病院(外来)で 15,000円…(1)
- ・ B 調剤薬局(A病院の処方箋による調剤) 9,000円…(2)
- ・ C 病院(外来)で 3,000円…(3)

○被保険者②の1か月の自己負担額

- ・ D 病院(入院)で 42,000円…(4)

 調剤薬局と処方箋発行元の病院はセットで考えます。

(1)と(2)はそれぞれでは21,000円を超えませんが、合わせると24,000円となり、合算の対象となります。

事例では、(3)以外が合算の対象です。

(1)15,000円 + (2)9,000円 + (4)42,000円 = 66,000円

自己負担限度額の61,500円を超えた部分は、
66,000円 - 61,500円 = 4,500円となり、**4,500円**が支給されます。

70歳以上75歳未満の人の場合

窓口での支払いは自己負担限度額までとなります。

限度額適用認定証等の交付

次の所得区分に該当する人は、事前に市町村に申請し「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けることで、窓口での支払いが自己負担限度額までとなります。

(マイナ保険証を利用する場合は申請不要です(P19参照))

現役並み所得者Ⅱ・Ⅰ

低所得者Ⅱ・Ⅰ

自己負担限度額（月額）

※令和8年8月から令和9年7月まで

所得区分			負担割合	自己負担限度額（月額）		年間上限
				外来（個人単位）	世帯単位（入院・外来）	
現役並み所得者	Ⅲ	課税所得690万円以上	3割	270,300円＋（医療費－901,000円）×1% [140,100円] ※1		1,680,000円
	Ⅱ	課税所得380万円～690万円未満	3割	179,100円＋（医療費－597,000円）×1% [93,000円] ※1		1,110,000円
	Ⅰ	課税所得145万円～380万円未満	3割	85,800円＋（医療費－286,000円）×1% [44,400円] ※1		530,000円
一般 （課税所得145万円未満等）			2割	22,000円 （外来年間上限： 216,000円）	61,500円 [44,400円] ※1	530,000円 ※2
低所得者	Ⅱ		2割	11,000円 （外来年間上限： 96,000円）	25,700円 [24,600円] ※1	290,000円
	Ⅰ		2割	8,000円	15,700円	180,000円

※1 [] 内の金額は多数該当（直近1年（12か月）の間に3回以上、高額療養費の支給を受け4回目以降の支給に該当）の場合。

※2 課税所得が28万円未満の区分の場合、年間上限41万円が適用され、令和9年8月以降に償還払い。

●現役並み所得者

課税所得が145万円以上の70歳～74歳の国保被保険者またはその人と同一世帯の他の70歳～74歳の国保被保険者

ただし、課税所得が145万円以上であっても収入の額が次のいずれかに該当する場合、申請により「一般」の区分となります。

①70歳～74歳の国保被保険者が2人以上の世帯

同一世帯の70歳～74歳の国保被保険者の収入の合計が「520万円未満」

②70歳～74歳の国保被保険者が1人の世帯

当該国保被保険者の収入が「383万円未満」

③70歳～74歳の国保被保険者が1人で、同一世帯に国保から後期高齢者医療制度に移行した人がある世帯

70歳～74歳の国保被保険者の収入が「383万円以上」で、同一世帯の後期高齢者医療制度に移行した人との収入の合計が「520万円未満」。また、70歳～74歳の国保被保険者であり、かつ同一世帯の70歳～74歳の国保被保険者を含む基礎控除後の所得の合計が「210万円以下」の場合についても『一般』の区分となります。

●低所得者Ⅱ

国保被保険者全員と世帯主が住民税非課税の世帯の人

●低所得者Ⅰ

国保被保険者全員と世帯主が住民税非課税かつ各種収入等から必要経費・控除(年金の所得は控除額を82.65万円として計算)を差し引いた所得が0円となる世帯の人です。

<75歳到達月の自己負担限度額の特例>

75歳到達月については、自己負担限度額の特例として、75歳誕生日前後の国保と後期高齢者医療制度で自己負担限度額がそれぞれ2分の1となります。

<高額療養費の計算例> ★P15 別表〔自己負担限度額(月額)〕を利用します

●現役並み所得者Ⅰの場合

【例】 1か月の自己負担相当額<医療費の3割>

- ・ 外来 A病院 30,000円 (医療費 100,000円) (1)
- ・ 入院 C病院 60,000円 (医療費 200,000円) (2)

1か月の自己負担額の合計 = 「90,000円」 (医療費の合計 = 「300,000円」)

事例における現役並み所得者Ⅰの自己負担限度額は

85,800円 + (300,000円 - 286,000円) × 1% = 85,940円

高額療養費として 90,000円 - 85,940円 = **4,060円** が支給されます。

●一般の場合

【例】 1か月の自己負担相当額<医療費の2割>

- ・ 外来 A病院 30,000円 (①窓口負担額 22,000円) (1)
- ・ 外来 B薬局 12,000円 (2)
- ・ 入院 C病院 65,000円 (②窓口負担額 61,500円) (3)

① 8,000円は高額療養費として支給されるため 窓口負担額は「22,000円」

② 3,500円は高額療養費として支給されるため 窓口負担額は「61,500円」

1か月の自己負担額の合計

(1)22,000円 + (2)12,000円 + (3)61,500円 = 95,500円 となり、

高額療養費として 95,500円 - 61,500円 = **34,000円※** が支給されます。

(「一般」の自己負担限度額(月額))

※すでに高額療養費として支給された分①8,000円、②3,500円は除きます。

●低所得者Ⅱの場合

【例】 1 か月の自己負担相当額（医療費の2割）

- ・ 外来 A 病院 20,000円（①窓口負担額 11,000円） ……(1)
- ・ 外来 B 薬局 12,000円（②窓口負担額 11,000円） ……(2)
- ・ 入院 C 病院 60,000円（③窓口負担額 25,700円） ……(3)

① 9,000円は高額療養費として支給されるため 窓口負担額は「11,000円」

② 1,000円は高額療養費として支給されるため 窓口負担額は「11,000円」

③ 34,300円は高額療養費として支給されるため 窓口負担額は「25,700円」

1か月の自己負担額を合算すると…

(1)11,000円 + (2)11,000円 + (3)25,700円 = 47,700円となり、

高額療養費として 47,700円 - 25,700円 = 22,000円※ が支給されます。

（低所得者Ⅱの自己負担限度額（月額））

※すでに高額療養費として支給された分①9,000円、②1,000円、③34,300円は除きます

世帯合算

例 父：同じ月内で外来自己負担額10,000円、入院自己負担額70,000円

母：同じ月内で外来自己負担額30,000円、入院自己負担額30,000円

●一般の場合 ※ P15別表〔自己負担限度額（月額）〕の式を参照

外来分 父：自己負担額（10,000円）が自己負担限度額以内

⇒高額療養費の支給なし

母：30,000円 - 22,000円 = 8,000円

⇒高額療養費として支給されます（窓口での支払額は22,000円）

入院分 父：70,000円 - 61,500円 = 8,500円

⇒高額療養費として支給されます（窓口での支払額は61,500円）

母：自己負担額（30,000円）が自己負担限度額以内

⇒高額療養費の支給なし

世帯合計

外来の自己負担合算額（すでに高額療養費として支給された分を除く）は、

父 10,000円 + 母 22,000円 = 32,000円

入院の自己負担合算額（すでに高額療養費として支給された分を除く）は、

父 61,500円 + 母 30,000円 = 91,500円

外来と入院の自己負担合算額は 32,000円 + 91,500円 = 123,500円

高額療養費として123,500円 - 61,500円 = 62,000円 が支給されます。

70歳未満と70歳以上75歳未満の人が同じ世帯の場合

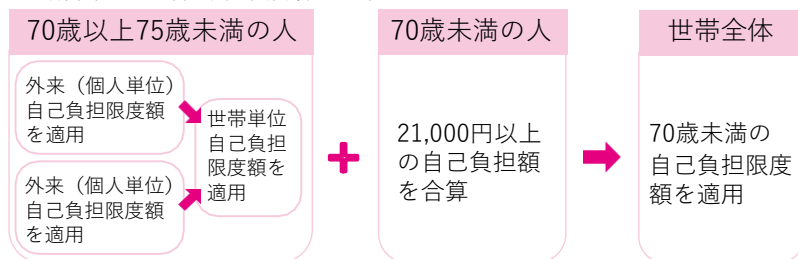
同じ月内で、70歳以上75歳未満の人の自己負担額と、同一世帯の70歳未満の人の21,000円以上の自己負担額との合算額が、自己負担限度額を超えた場合に支給されます。

< 計 算 方 法 >

- ①70歳以上75歳未満の人の外来の自己負担額を個人で合算して、70歳以上75歳未満の外来（個人単位）の自己負担限度額を適用
- ②70歳以上75歳未満の人のすべての自己負担額を世帯で合算して70歳以上75歳未満の世帯単位の自己負担限度額を適用
- ③これに同一世帯の70歳未満の人の21,000円以上の自己負担額を合算して、70歳未満の自己負担限度額を適用

※70歳以上75歳未満の人の自己負担限度額はP15参照

70歳未満の人の自己負担限度額はP12参照



厚生労働大臣が指定する特定疾病の場合

- ①先天性血液凝固因子障害の一部
- ②人工透析治療を行う必要のある、慢性腎不全
- ③血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症

①～③の治療を受ける場合、「特定疾病療養受療証」を医療機関の窓口に出呈すると1か月の自己負担限度額が10,000円となります。該当する人は市町村に申請して交付を受ける必要があります。

ただし、②人工透析が必要な70歳未満の所得区分ア、イ（P12参照）の人は、1か月の自己負担限度額が20,000円となります。

高額療養費の計算上の注意

①月の1日から末日までの1か月（暦月）ごとに計算します。

例. 8月20日から9月10日まで入院した場合

8月20日から8月31日までを8月分

9月1日から9月10日までを9月分として別々に計算。

②医療機関ごとに別々に計算します。

③同じ医療機関でも医科と歯科は別々に計算します。

また、入院と外来は別々に計算します。

④同一都道府県内の他の市町村に転居した月の自己負担限度額は、転居前と転居後でそれぞれ2分の1となります。

⑤「入院時の食事代」（P10参照）や差額ベッド代、歯科の自由診療等は高額療養費の対象外です。

ポイント

マイナ保険証を利用した場合「高齢受給者証」、「限度額適用認定証」、「限度額適用・標準負担額減額認定証」及び「特定疾病療養受療証」の医療機関の窓口での提示が省略される場合があります。

ただし、次に該当する場合は引き続き交付申請が必要です。

- マイナ保険証の利用ができない医療機関等にかかる場合
- 過去12か月の入院日数が90日を超える住民税非課税世帯の方（マイナ保険証を持っていても、別途申請手続きが必要です）

※ マイナナンバーカードの健康保険証利用についてはP2、3参照

高額医療・高額介護合算制度

同一世帯内で国保から医療、介護保険から介護サービスを受けることによって、1年間（8月～翌年7月）の医療と介護それぞれの自己負担額が高額となった場合に、申請により基準額（限度額）を超える分が支給されます。

これを『高額医療・高額介護合算制度』といいます。

医療と介護を合算した場合の限度額（年額）

● 70歳未満

所得区分		限度額（年額）
ア	基礎控除後の所得 901万円超	2,120,000円
イ	基礎控除後の所得 600 万円超～901万円以下	1,410,000円
ウ	基礎控除後の所得 210 万円超～600万円以下	670,000円
エ	基礎控除後の所得 210万円以下	600,000円
オ	住民税非課税世帯	340,000円

● 70歳以上75歳未満

所得区分		限度額（年額）
現役並み所得者	Ⅲ 課税所得 690 万円以上	2,120,000円
	Ⅱ 課税所得 380万円 ～690万円未満	1,410,000円
	Ⅰ 課税所得 145万円 ～380万円未満	670,000円
	一般 (課税所得145万円未満等)	560,000円
低所得者	Ⅱ	310,000円
	Ⅰ	190,000円※

※70歳以上75歳未満の低所得者Ⅰで、同一世帯内で複数の介護サービス利用者が合算対象となる場合は、国保の支給額は低所得者Ⅰの限度額19万円で支給額計算し、介護保険の支給額は低所得者Ⅱの限度額31万円で再計算して支給します。