

第14回 高額療養費制度の基礎知識

1. まずここだけ押さえる(結論サマリー)

- 月単位(毎月1日～末日)で自己負担額を集計し、所得区分ごとの上限額を超えた分が支給(払い戻し)される。
- 70歳未満と70～74歳でルールが一部異なる(外来の個人上限・世帯上限、年間上限など)。
- 世帯合算(同一保険者の同一世帯)や多数回該当(直近12か月で3回超→4回目以降上限引下げ)がある。
- 対象は保険診療分のみ(差額ベッド代・自由診療・食事負担等は原則対象外)。
- 限度額適用認定証を事前取得すれば窓口支払いを上限額までに抑制可。(マイナ保険証を使えば限度額適用認定証は自動摘要され手続きや申し出が不要になります。)
- 支給まで数か月かかることが多い(診療明細確定後に計算・支給)。

2. 認定の見取り図(判断フロー)

Step1:対象診療か

- 保険適用の診療か/同月内の入院・外来の支払かを確認(対象外費用は除外)。

Step2:集計単位の確認

- 月単位で本人・同一世帯(同一保険者)分を合算(70歳未満は1件21,000円未満は原則合算対象外)。

Step3:区分判定

- 年齢(70歳未満/70～74歳)と所得区分を確認(被用者保険は標準報酬月額ベース、国保は課税所得等)。

Step4:自己負担限度額の算定

- 区分の上限額(または計算式)を適用。多数回該当の有無も確認。

Step5:支給 or 事前抑制

- 支給:診療後に申請→超過分が払い戻し。
- 事前抑制:限度額適用認定証を提示→窓口支払いを上限額までに。

3. 事例で学ぶ「OK/NG」早見

A. 合算の考え方

- OK:同月に夫が入院、妻が外来受診(同一保険者・同一世帯)→世帯合算で上限適用。
- NG:別保険者(例:夫=健保、妻=国保)や後期高齢者制度の家族は世帯合算不可。

B. 70歳未満の少額外来

- OK:同月に複数科で自己負担各21,000円以上→合算可。



- NG:各支払いが21,000円未満のみ→**合算対象外**で上限に届かない。

C. 認定証の活用

- OK:入院や高額薬剤治療前に**限度額適用認定証**を取得・提示。
- NG:未取得のまま高額立替→キャッシュフロー逼迫。

D. 対象外費用

- OK:保険診療の自己負担分(医療費の1~3割等)。
- NG:差額ベッド代・食事療養費の標準負担・自由診療・先進医療費用(治療部分)など。

4. 他給付との関係・調整のキホン

- 民間医療保険:併用可(高額療養費の支給は民間給付と相殺されない)。
- 医療費控除:確定申告では、**高額療養費**で払い戻された額・**民間給付金**は支払医療費から差引。
- 傷病手当金等:所得補償系の給付(休業補償)は本制度の計算とは**別枠**。

5. 支給内容・計算のしかた(考え方)

自己負担限度額の基本

- 年齢区分(70歳未満/70~74歳)と**所得区分ごとの上限額(または式)**を使用。
- 直近12か月で**多数回該当**(3回超)→4回目以降の月は上限が引下げ。

計算例(イメージ)

- 例:70歳未満・区分ウで同月の**総医療費100万円**(10割)→窓口3割は30万円。
 上限式: $80,100 \text{円} + (\text{総医療費} - 267,000 \text{円}) \times 1\% \Rightarrow 80,100 + 7,330 = 87,430 \text{円}$
 → **支給額** = 30万円 - 87,430 = **212,570円**(後日払い戻し)
 ※ 区分・金額は年度改定あり。実務は**最新の保険者表**で確認。

70~74歳の外来上限

- 外来(個人)上限/外来+入院(世帯)上限の**二層構造**。外来のみでも上限超えで支給対象。

6. 請求フロー(様式と手順)

1. 想定時:入院・高額治療が見込まれる→**限度額適用認定証**を保険者へ申請・取得。
2. 受診・支払:認定証提示で窓口上限までの支払に抑制(未取得なら通常通り支払)。
3. 申請:診療月確定後、**高額療養費支給申請書**を保険者へ提出(保険者が自動案内する場合も)。
4. 支給:審査後に**超過分**が振込。目安は診療月から**2~3か月後**。
5. **多数回該当**:保険者側で通算管理。該当後は**4回目以降の上限**で計算。

7. よくある“つまずき”と回避策

- 月跨ぎ入院:月末~翌月の入院で**2か月分**の上限が適用→可能なら**日程調整**を検討(医師へ相

談)。

- 21,000 円ルール:70 歳未満の小口外来は**合算不可**→入院費と同月にまとめると上限到達の可能性。
- 別保険者の**家族**:世帯合算不可→加入先が同じか要確認。
- **認定証未取得**:高額立替が発生→**事前申請**を定着化。
- **対象外費用の誤解**:差額ベッド等は**自己負担**→病棟選択時に事前説明を受ける。

8. FAQ(現場でよく聞かれること)

Q1. 限度額適用認定証は会社経由で申請できますか？

A. 可能です(組合健保・協会けんぽ等)。社内窓口(人事・総務)で案内→保険者へ提出。

Q2. 限度額適用認定証は外来でも使えますか？

A. 使えます。高額薬剤治療など**高額外来**でも提示で窓口負担を抑制。

Q3. 民間保険と併用すると高額療養費は減りますか？

A. 減りません(相殺なし)。ただし**医療費控除**では支給・給付分を差引。

Q4. どれくらいで支給されますか？

A. 目安は 2~3 か月後。診療報酬明細確定後に保険者が計算・支給。

Q5. 75 歳以上は同じですか？

A. **後期高齢者医療制度**の区分・率が適用(参考:[千葉県後期高齢者医療広域連合](#))。

9. ミニチェックリスト

- 当月の**保険診療分**のみを集計しているか(対象外費用を除外)。
- 同一保険者・同一世帯での**世帯合算**を見落としていないか。
- 年齢・所得の**区分判定**は正しいか(最新の保険者表を参照)。
- **多数回該当**の回数カウントを把握しているか。
- 入院・高額治療前に**限度額適用認定証**を手配したか。
- 申請様式・締切(時効)・振込口座を確認したか。

10. 参考リンク(公式／社内)

- 各保険者の「高額療養費制度のご案内」ページ(上限額表／認定証申請／多数回該当の説明)
- 国税庁:医療費控除(高額療養費・民間給付との関係)