

# 医療費が高額になったとき（高額療養費）

長期入院などで医療費が高額になり、1ヵ月の自己負担額が自己負担限度額を超えた場合は、その超えた分を後日共済組合が負担します。これを高額療養費制度といいます。

なお、公費負担医療制度等に該当している場合、給付調整を行います。

自己負担限度額は、医療を受けた者の年齢や組合員の所得などによって変わります。

所得区分(標準報酬月額)		高額療養費算定基準額(自己負担限度額)
70歳未満	ア 83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% [多数回該当 140,100円]
	イ 53万円以上 83万円未満	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% [多数回該当 93,000円]
	ウ 28万円以上 53万円未満	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% [多数回該当 44,400円]
	エ 28万円未満	57,600円 [多数回該当 44,400円]
	オ 低所得者(市町村民税非課税者等)	35,400円 [多数回該当 24,600円]

所得区分(標準報酬月額)		外来(個人単位)	世帯単位(入院含む)
70歳以上	一定以上所得者		
	83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	[多数回該当 140,100円]
	53万円以上	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	[多数回該当 93,000円]
	28万円以上	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	[多数回該当 44,400円]
一般所得者		18,000円(年間14.4万円上限)	57,600円 [多数回該当44,400円]
低所得者Ⅱ	市町村民税非課税者	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ	所得が一定以下		15,000円

※低所得者Ⅱとは、被保険者が住民税非課税世帯の場合

※低所得者Ⅰとは、被保険者が住民税非課税世帯で年金収入80万円以下の場合

## <高額療養費の計算例① 医療費が自己負担限度額を超えた場合>

総医療費	100万円	所得区分が「ウ」に該当する場合、高額療養費は次のとおりです。 $80,100 + (1,000,000 - 267,000) \times 1\% = 87,430$ 円(自己負担限度額) $300,000 - 87,430 = 212,570$ 円(高額療養費)
自己負担	30万円	
共済負担	70万円	

※ただし、限度額適用認定証(p.178参照)を使用したか否かで支払いの有無が変わります。

限度額適用認定証を提示した場合	限度額適用認定証を提示しなかった場合
現物給付	償還給付
窓口での負担が自己負担限度額までに抑えられるため、本人への給付はありません。	窓口での負担が総医療費の3割となりますが、後日高額療養費が給付されます。

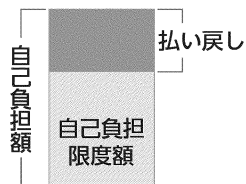
## 高額療養費給付のポイント

- ・高額療養費の支給申請は不要です。
- ・医療機関から診療報酬の請求があり次第、自動的に高額療養費が計算されます。
- ・高額療養費の支給は早くとも受診月から3ヵ月以上かかります。
- ・高額療養費の給付は毎月末の送金日に行われます。

こんなとき高額療養費が支払われます。

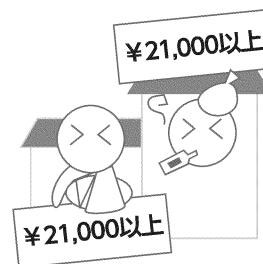
### 1 自己負担額が限度額を超えたとき

1人が1か月に、同じ医療機関に支払った自己負担額が限度額を超えた場合、その超えた分が支給されます。



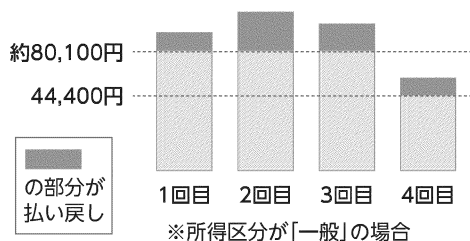
### 2 同じ世帯で合算した場合

同一世帯で、同じ月内に、21,000円以上の自己負担額を2回以上支払った場合、それらを合算して限度額を超えた分が支給されます。



### 3 限度額を超えた月が年4回以上あったとき

過去12か月間に、1つの世帯で高額療養費の支給が4回以上あった場合、4回目からは、4回目以降の限度額を超えた分が支給されます。



### 4 特定の疾病の場合

下記の疾病は、毎月の自己負担額が年齢や所得にかかわらず10,000円までとなります。

- (1) 血友病
  - (2) 人工透析が必要な慢性腎不全※
  - (3) 血液製剤に起因するHIV感染
- ※人工透析を要する70歳未満の上位所得者については、自己負担額が20,000円となります。

これらの疾病の患者さんは、「特定疾病療養受療証交付申請書」に当該疾病についての医師の証明を受けていただき、共済組合に提出してください。「特定疾病療養受療証」が交付されます。受診時、病院の窓口はこの受療証と組合員証等を提示します。

### 高額療養費の支給基準

- ・各月の1日から月末までを1か月として計算。
- ・2つ以上の医療機関にかかった場合は、それぞれが別計算。
- ・院外処方の場合、薬局の医療費は、処方箋を出した医療機関の医療費に合算されます。
- ・外来と入院は、同じ医療機関でも別計算。
- ・内科と歯科は、同じ医療機関でも別計算。
- ・差額ベッド代・入院時食事療養費・入院時生活療養費などは計算対象外。

## <高額療養費の計算例② 複数の医療費を合算する場合>

70歳未満の組合員世帯（所得区分「ウ」）が複数の医療機関を受診した場合。

組合員が受診		配偶者が受診		子が受診	
A病院		Bクリニック		C歯科	
総医療費	20万円	総医療費	2万円	総医療費	10万円
自己負担	6万円	自己負担	6,000円	自己負担	3万円
共済負担	14万円	共済負担	14,000円	共済負担	7万円
▼ 処方箋		▼ 処方箋			
A薬局		B薬局			
総医療費	5万円	総医療費	5,000円		
自己負担	15,000円	自己負担	1,500円		
共済負担	35,000円	共済負担	3,500円		

### 算定の基礎となる医療費合算のルール

- ① 院外処方の場合、薬局の医療費は処方箋を出した病院の医療費に合算します。
- ② 同一世帯で同一月に21,000円以上の自己負担が2回以上あった場合、それらを合算します。

上記①に基づきA病院とA薬局が合算でき、②に基づきC歯科も合算可能です。

ただし、BクリニックとB薬局を合算しても自己負担が21,000円に達しないため、これは合算不可です。

$$80,100 + (200,000 + 50,000 + 100,000 - 267,000) \times 1\% = 80,930 \text{円 (自己負担限度額)}$$

$$(60,000 + 15,000 + 30,000) - 80,930 = 24,070 \text{円 (高額療養費)}$$

## <高額療養費の計算例③ 複数の医療費を合算する場合>

70歳未満の組合員世帯（所得区分「ウ」）が複数の医療機関を受診した場合。

組合員が受診		配偶者が受診		子が受診	
A病院		Bクリニック		C歯科	
総医療費	100万円	総医療費	2万円	総医療費	10万円
自己負担	30万円	自己負担	6,000円	自己負担	3万円
共済負担	70万円	共済負担	14,000円	共済負担	7万円
窓口負担	87,430円	← $80,100 + (1,000,000 - 267,000) \times 1\%$			

限度額適用認定証を提示した

この事例の場合、A病院は自ら保有する情報のみで限度額を計算し、窓口で請求しますが実際はC歯科の医療費も合算して高額療養費を算定することとなります。

$$80,100 + (1,000,000 + 100,000 - 267,000) \times 1\% = 88,430 \text{円 (実際の自己負担限度額)}$$

$$(300,000 + 30,000) - 88,430 = 241,570 \text{円 (高額療養費)}$$

A病院自己負担 A病院窓口負担

$$300,000 - 87,430 = 212,570 \text{円 (現物給付)}$$

高額療養費総額 現物給付分

$$241,570 - 212,570 = 29,000 \text{円 (償還給付)}$$

- ・このように限度額適用認定証を提示した受診とそれ以外が混在する場合、高額療養費が現物給付と償還給付に分かれるケースがあります。

### <高額療養費の計算例④ 多数回該当>

過去12ヵ月間に1つの世帯で高額療養費の支給が3回以上あった場合、4回目以降は多数回該当として取り扱われ自己負担限度額が変わります。

70歳未満の組合員（所得区分「ウ」）が過去12ヵ月に3回以上高額療養費の給付を受けていた場合

診療月	R2.2	R2.3	R2.4	R2.5	R2.6	R2.7	R2.8	R2.9	R2.10	R2.11	R2.12	R3.1
高額該当	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	○	○

令和3年1月受診	
総医療費	100万円
自己負担	30万円
共済負担	70万円

通常の自己負担限度額算定式ではなく、以下のとおり計算します。  
 $300,000 - 44,400 = 255,600$ 円(高額療養費)

### <高額療養費の計算例⑤ 70歳以上の被扶養者を有する場合>

組合員が受診		70歳以上・一般所得者に該当する母が受診			
A病院		Bクリニック(外来)		C医科大学(入院)	
総医療費	30万円	総医療費	10万円	総医療費	200万円
自己負担	9万円	自己負担	2万円	自己負担	40万円
共済負担	21万円	共済負担	8万円	共済負担	160万円
▼ 処方箋		窓口負担額		窓口負担額	
A薬局		18,000円		57,600円	
総医療費	5万円	▼ 処方箋			
自己負担	15,000円	B薬局			
共済負担	35,000円	総医療費	5,000円	自己負担	1,000円
		共済負担	4,000円		

- 70歳以上の外来受診について計算します。  
 $(20,000 + 1,000) - 18,000 = 3,000$ 円(高額療養費)  
 $20,000 - 18,000 = 2,000$ 円(現物給付)  
 $\{(20,000 + 1,000) - 2,000\} - 18,000 = 1,000$ 円(償還給付)
- 70歳以上の入院について計算し、①で計算した自己負担限度額と合算します。  
 $400,000 - 57,600 = 342,400$ 円(現物給付)  
  
 $57,600 + 18,000 = 75,600$ 円(70歳以上の自己負担限度額合算額)  
 $75,600 - 57,600 = 18,000$ 円(償還給付)
- 組合員の受診分について計算します。  
 $80100 + (300,000 + 50,000 + 100,000 + 5,000 + 2,000,000 - 267,000) \times 1\%$   
 $= 101,980$ 円(自己負担限度額)  
 $(90,000 + 15,000 + 57,600) - 101,980 = 60,620$ 円(償還給付)
- ①～③で計算した高額療養費を合算します。  
 $2,000 + 342,400 = 344,400$ 円(現物給付)  
 $1,000 + 18,000 + 60,620 = 79,620$ 円(償還給付)

70歳以上の方の受診も合算する場合は計算の順序に注意が必要です。

# 本組合の附加給付及び一部負担金払戻金

自己負担額（入院時食事療養費・入院時生活療養費等を除く）から高額療養費として支給される額を控除したあとの額が1件25,000円以上（上位所得者<sup>(※)</sup>は1件50,000円）を超えるとき支給されます。

ただし公費負担医療制度等に該当し、実質の自己負担額が基準額に満たない場合は給付調整を行います。

$$\text{支給額} = \text{自己負担額} - \text{高額療養費} - 25,000\text{円} \text{ (上位所得者<sup>(※)</sup>は50,000円)}$$

(超える金額が1,000円以上となる場合に支給。100円未満の端数は切捨て)

(※)上位所得者とは、療養のあった月の標準報酬月額が530,000円以上の組合員とその被扶養者をいいます。

この給付は請求不要で、受診から3～4ヵ月後に組合員の届け出口座へ自動的に振り込まれます。

## <附加給付の計算例① 高額療養費と附加給付がある場合>

総医療費	100万円
自己負担	30万円
共済負担	70万円

所得区分が「ウ」に該当する場合、高額療養費は次のとおりです。  
 $80,100 + (1,000,000 - 267,000) \times 1\% = 87,430\text{円}$  (自己負担限度額)  
 $300,000 - 87,430 = 212,570\text{円}$  (高額療養費)  
 $87,430 - 25,000 = 62,430\text{円} \rightarrow 62,400\text{円}$  (端数処理後の附加給付額)

7割分		3割分	
療養の給付	700,000円	高額療養費	212,570円
		附加給付額	62,400円
		自己負担額	25,030円

## <附加給付の計算例② 高額療養費は発生せず附加給付のみある場合>

総医療費	20万円
自己負担	6万円
共済負担	14万円

所得区分が「ウ」に該当する場合、高額療養費は発生しません。  
 $60,000 - 25,000 = 35,000\text{円}$  (附加給付額)

7割分		3割分	
療養の給付	140,000円	附加給付額	35,000円
		自己負担額	25,000円

## <附加給付の計算例③ 公費負担医療制度等に該当する場合>

70歳未満の組合員世帯(所得区分「ウ」)が医療機関を受診した場合。

また受診した子が乳幼児医療費助成制度に該当する場合。

総医療費	50万円
自己負担	10万円
共済負担	40万円

$80,100 + (500,000 - 267,000) \times 1\% = 82,430\text{円}$  (自己負担限度額)  
 $100,000 - 82,430 = 17,570\text{円}$  (現物給付)  
 $82,430 - 25,000 = 57,400\text{円}$  (端数処理後の附加給付額)

ただし、公費負担医療制度等に該当するため附加給付は支給されません。

窓口負担	500円
------	------

限度額適用認定証を提示した
乳幼児医療証を提示した

8割分		2割分	
療養の給付	400,000円	高額療養費	17,570円
		公費負担	81,930円
		自己負担額	500円

公費負担医療制度等に該当した場合は給付調整が行われます。

## ◎世帯合算の場合

高額療養費の世帯合算に該当する場合、高額療養費が支給されても、なお残る自己負担額が50,000円(上位所得者及びその被扶養者にあつては100,000円)を超えたときはその超えた額が支給されます。

### <附加給付の計算例④ 世帯合算の場合>

70歳未満の組合員世帯(所得区分「ウ」)が複数の医療機関を受診した場合。

組合員が受診		配偶者が受診		子が受診	
A病院		Bクリニック		C 歯科	
総医療費	30万円	総医療費	2万円	総医療費	10万円
自己負担	9万円	自己負担	6,000円	自己負担	3万円
共済負担	21万円	共済負担	14,000円	共済負担	7万円
窓口負担	80,430円				
限度額適用認定証を提示した					

Bクリニック受診分は自己負担が6,000円のため、高額療養費の合算対象外となります。

$$80,100 + (300,000 + 100,000 - 267,000) \times 1\% = 81,430\text{円 (実際の自己負担限度額)}$$

$$(90,000 + 30,000) - 81,430 = 38,570\text{円 (高額療養費)}$$

$$81,430 - 50,000 = 31,430 \rightarrow 31,400\text{円 (端数調整後の附加給付額)}$$

7割分		3割分	
療養の給付	280,000円	高額療養費	38,570円
		附加給付額	31,400円
		自己負担額	50,030円

※ただし当該合算された施行令第23条の3の2第1項イからニまでに掲げる金額のうち25,000円(上位所得者に係るものにあつては、50,000円)以上のもの(以下「高額療養負担額」という。)が1件のみであり、かつ、高額療養負担額に合算された高額療養負担額以外の金額(以下「特定合算対象額」という。)が25,000円(上位所得者に係るものにあつては、50,000円)未満の場合にあつては、高額療養負担額と特定合算対象額からこれに係る高額療養費と特定合算対象額に25,000円(上位所得者に係るものにあつては、50,000円)を加えた額を控除して得た額に相当する額(100円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てる。)とする。

### <附加給付の計算例⑤ 上記事例に該当する場合>

70歳未満の組合員世帯(所得区分「ウ」)が複数の医療機関を受診した場合。

組合員が受診		配偶者が受診	
A病院		B 歯科	
総医療費	20万円	総医療費	8万円
自己負担	6万円	自己負担	24,000円
共済負担	14万円	共済負担	56,000円

この場合、高額療養負担額が1件のみであり、かつ特定合算対象額が25,000円未満であるため上記条件を満たす。

$$80,100 + (200,000 + 80,000 - 267,000) \times 1\% = 80,230\text{円 (自己負担限度額)}$$

$$(60,000 + 24,000) - 80,230 = 3,770\text{円 (高額療養費)}$$

高額療養負担額 + 特定合算対象額

$$84,000 - 3,770 - 24,000 - 25,000 = 31,230 \rightarrow 31,200\text{円 (端数調整後の附加給付額)}$$

高額療養費 特定合算対象額

7割分		3割分	
療養の給付	196,000円	高額療養費	3,770円
		附加給付額	31,200円
		自己負担額	49,030円