5 医療費が高額になったとき

高額療養費

1か月(月の1日から末日まで)の医療費の自己負担額が限度額を超えたとき、超えた額が高額療養費として支給されます。対象となる方には、診療月から概ね3~4か月後に申請のお知らせをお送りします。申請は初回のみ必要です。以降に発生した高額療養費については申請した口座へ自動的に振り込まれます。なお、入院したときの食事代や保険が適用されない差額のベッド代などは、支給の対象となりません。

◆1か月の自己負担限度額 (※5)

認定証	負担区分		負担割合	外来 〔個人単位〕	外来+入院 〔世帯単位〕
		現役Ⅲ	役 Ⅱ 3割	252,600円+(医療費-842,000円)×1% (*6) 【140,100円】(*7)	
限度額 適用 認定証	現役並み所得者	現役 Ⅱ		167,400円+(医療費-558,000円)×1% (*6) 【93,000円】(*7)	
		現役Ⅰ		80,100円+(医療費-267,000円)×1% (*6) 【44,400円】(*7)	
	一定以上所得者	一般 II	2割	18,000円 (※8)	57,600円 【44,400円】(*7)
	一般	—般 I	1割		
減額 認定証	住民税非課税世帯	区分 Ⅱ		8,000円 (※8)	24,600円
		区分 I			15,000円

- ※5 月の途中で75歳の誕生日を迎えることにより加入する方(障がい認定で加入する方は除く)は、加入した月の自己負担限度額が1/2に調整されます。
- ※6「1%」とは、一定の限度額を超えた医療費(医療費総額-267,000円、558,000円、842,000円)の1%です。
- ※7【 】内の金額は、過去12ヶ月以内に3回以上限度額に達した場合、4回目から「多数該当」となり限度額が引き下がります。
- ※8 1年間(8月1日から翌年7月31日まで)のうち1割または2割負担であった月の外来の自己負担額の合計が144,000円を超えた場合は、その超える分を高額療養費(外来年間合算)として申請のあった口座へ支給します。

窓口での医療費のお支払いが高額な場合

- ・保険証利用登録をしたマイナンバーカード(以下、「マイナ保険証」という。)を使用できる医療機関であれば、自身の区分を医療機関に情報提供することに同意すれば自己負担限度額が適用されます。
- ・マイナ保険証を使用できない医療機関の場合は、負担割合3割の方は「現役II」、2割と1割の方は「一般II・一般I」の自己負担限度額が適用され、後日、本来の自己負担限度額を超えて支払った額を広域連合から返還します。 受診時に本来の自己負担限度額を適用させたい場合は、事前にお住まいの市区町村窓口で「減額認定証」または「限度額適用認定証」を申請し、保険証と併せて医療機関窓口に提示してください(一般I・一般II・現役IIに該当する方は申請不要)。
- ・「減額認定証」または「限度額適用認定証」が廃止される令和6年12月2日以降に、負担区分を記載したものが必要な場合は、市区町村窓口への申請により、負担区分を記載した資格確認書を交付します。

特定疾病

厚生労働大臣が定める特定疾病(人工腎臓を実施する慢性腎不全など)の方は、「特定疾病療養受療証」が交付されます。同一月で同一医療機関の自己負担限度額が、外来・入院それぞれ1万円になります。お住まいの市区町村窓口へ申請が必要です。(※令和6年12月2日以降も、「特定疾病療養受療証」は継続して交付します)

窓口負担割合が2割の方には負担を抑える配慮措置があります

令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間は、1か月の外来医療の窓口負担額について、1割負担のときと比べた負担増加額を3,000円までに抑えます(入院の医療費は対象外です)。 配慮措置が適用となる場合は、後日、高額療養費として支給されます。

高額介護合算療養費

同じ世帯の被保険者が、1年間に支払った後期高齢者医療制度と介護保険の自己負担額の合計が限度額を超えたときは、その超えた額が後期高齢者医療制度および介護保険から支給されます。対象となる方には、3月~4月頃に申請のお知らせをお送りします。

◆自己負担限度額(年額:8月1日~翌年7月31日)

負担区分		自己負担額の合計の限度額	
	現役 Ⅲ	212万円	
現役並み所得者	現役 Ⅱ	141万円	
	現役I	67万円	
一定以上所得者	一般 Ⅱ	56万円	
一般	一般 I		
住民税非課税世帯	区分 Ⅱ	31万円	
	区分 I	19万円	