

後期高齢者医療制度の限度証等や高額療養費について

河内長野市 保険医療課 R6.3 作成

●所得区分ごとの自己負担割合・自己負担限度額（月額）について

所得区分 同一世帯の方の 課税状況に基づく		自己 負担 割合	自己負担限度額		限度 証等 交付
			外来（個人単位）	外来＋入院（世帯単位）	
現役 並み 所得者	Ⅲ 課税所得 690万円以上	3 割	252,600円 (医療費が842,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算) <4回目以降140,100円>		不 要
	Ⅱ 課税所得 380万円以上		167,400円 (医療費が558,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算) <4回目以降93,000円>		
	Ⅰ 課税所得 145万円以上		80,100円 (医療費が267,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算) <4回目以降44,400円>		
一 般		1～2 割	18,000円 (年間上限144,000円)	57,600円 <4回目以降44,400円>	不 要
市民税 非課税 世帯	低所得者Ⅱ	1 割	8,000円	24,600円	要
	低所得者Ⅰ (年金収入80万 円以下等)			15,000円	

●自己負担限度額（月額）の注意点

- * 「市民税非課税世帯（低所得者Ⅰ・Ⅱ）」は、同一世帯の方全員が、市民税非課税の人。
- * 限度額適用認定証（市民税非課税世帯は「限度額適用・標準負担額減額認定証」。以下、まとめて「限度証等」）を提示することで、レセプト（診療報酬等の明細書）単位で医療機関等での自己負担額が、自己負担限度額までとなります。レセプト単位とは、「受診者別、医療機関等別、入院・外来別、医科・歯科別、受診月別」です。2つ以上の医療機関等にかかった場合、レセプトが異なるので、別々に計算します。同じ医療機関でも、医科と歯科は別計算、入院と外来も別計算です。
- * 受診月ごと（1日から末日まで）に計算します。
- * 入院時の食事代や保険がきかない差額ベッド代は、高額療養費の計算対象外となります。
- * 同一世帯の後期高齢者医療制度（以下、「後期」）加入者でレセプトが同じ診療月に複数ある場合、自己負担額を合算し、自己負担限度額を超えていれば、大阪府後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」）から、超えた額が高額療養費として支給します。該当する場合、広域連合から案内が届くので、口座の登録をお願いします。口座の登録後は、自動的に登録口座に振り込まれます。
- * 区分が「現役並み所得者Ⅲ」「一般」の人は、被保険者証提示で限度額が適用されるため、限度証等は申請不要です。

- * 表中の「4 回目以降」とは、1 年間で 4 回以上自己負担限度額（区分「一般、低所得者 I・II」の外来個人単位は除く）に達した場合です。
- * 75 歳に到達して後期に加入した月は、特例として、後期における誕生日月の自己負担限度額が、通常月の 2 分の 1 になります（1 日生まれの人は除く）。後期加入前の健康保険（国民健康保険、社会保険等）の誕生日月の自己負担限度額も、通常月の 2 分の 1 です。

●入院時の食事代について

所得区分	負担額（1 食あたり）R6.5 まで	負担額（1 食あたり）R6.6 から
課税世帯（現役並み I～III、一般）	460 円	490 円
低所得者 II（90 日まで）	210 円	230 円
低所得者 II（90 日超）	160 円	180 円
低所得者 I	100 円	110 円

- * 区分が「低所得者 II」の人は、過去 1 年間の「低所得者 II」の期間に合計 90 日超の入院（個人単位）をすると、長期入院該当の申請をすることができます。
 〈申請に必要なもの〉・対象者の被保険者証 ・90 日超の入院が確認できる領収書の原本
 ・振込先口座が分かる通帳等
- * 長期入院に該当しなくても、「非課税世帯（低所得者 I・II）」で限度証等を提示せずに入院して 1 食 460 円（R6.6 以降は 490 円）を払っている場合、食事差額の申請可。
 〈申請に必要なもの〉・対象者の被保険者証 ・入院領収書の原本
 ・振込先口座が分かる通帳等
- * 難病や療養病床での入院の場合、上記の金額と異なる場合があります。

マイナ保険証を対応医療機関で提示して限度額情報の提供に同意すれば、限度額適用認定証を事前申請しなくても、医療費の限度額が適用されます（長期入院は申請が必要）。
 マイナ保険証のご利用をぜひご検討ください。

●窓口負担が 2 割となる人への負担を抑える配慮措置

令和 4 年 10 月 1 日から、区分「一般」で一定の所得がある人の負担割合が、1 割から 2 割になりました。それに伴い、令和 4 年 10 月 1 日から令和 7 年 9 月 30 日までの間は、2 割負担となる人について、1 ヶ月の外来医療の窓口負担割合の引き上げによる負担額が 3,000 円までに抑えられます（入院の医療費は対象外）。

同一の医療機関等（医科・歯科別）での受診では、配慮措置適用後の自己負担額となります。複数の医療機関等を受診した場合は、1 ヶ月の負担増を 3,000 円までに抑えるための差額が、高額療養費として登録の口座に広域連合から後日支給されます。

<配慮措置の適用例> 1 ヶ月の外来受診の総医療費（10 割）が 50,000 円の場合

①	窓口負担 1 割のとき	5,000 円
②	窓口負担 2 割のとき	10,000 円
③	負担増（②－①）	5,000 円
④	窓口負担増の上限（固定）	3,000 円
⑤	広域からの支給額（③－④）	2,000 円

●入院等の高額な治療中、月途中で世帯分離等の住民異動をする場合は、要注意！

1日付以外の月途中で世帯分離等をする、その月の自己負担額が2倍になる恐れがあります。詳細は本市ホームページ「[注意]入院や高額な治療を継続している人が、月途中で世帯異動や保険異動をする場合の注意点」を参照ください。入院中に世帯分離や転入・転出等の住民異動を検討中の場合は、市民窓口課での手続き前に保険医療課にご相談を。

●高額療養費について

<高額療養費に係るよくある質問と回答>

(質問①) 広域連合から高額療養費が支給されたが、計算されていない医療機関がある。

(回答①) 当該医療機関の審査機関への請求が遅れている可能性があります。広域連合にデータが届くのも遅れるため、高額療養費の口座登録をしていれば、後ほど広域連合から支給されます。

(質問②) 区分「一般」で限度証等を提示して入院。57,600円の自己負担額を超えて、10万円近く負担した。

(回答②) 限度額の57,600円とは別に食事代、病衣料や差額ベッド料、文書料、保険適用外の治療料等がかかることがあります。高額療養費の計算対象外です。

(質問③) 高額療養費の計算が、医療機関で支払った金額と異なる。

(回答③) 高額療養費計算の根拠となるレセプト上の自己負担額は1円単位ですが、医療機関窓口では10円未満を四捨五入して支払うため、10円未満の端数は一致しません。また、10円以上異なる場合は、医療機関のレセプトの一部が審査機関で認められなかった等で、減点されている可能性があります。その場合、後期加入者が医療機関に支払いすぎている可能性があるため、医療機関にご確認ください。

(質問④) 「年間上限144,000円」とは何ですか。

(回答④) 「現役並み所得者」ではない人が、8月から翌年7月における計算期間(1年間)中の外来自己負担額(月の高額療養費による支給分は除く)が144,000円を超えた場合、超えた分を外来年間合算として支給します。計算期間中、ずっと「低所得者Ⅰ・Ⅱ」だった人は、自己負担額が最高でも96,000円(8,000円×12ヵ月)のため、外来年間合算は発生しません。対象となる人には、例年11~12月頃に広域連合から案内を送付します。ただし、計算期間中に他の健康保険(本市・他市の国民健康保険や、他市の後期高齢者医療制度を含む)の期間が含まれる場合、案内が送られなかったり、本来より低い支給額で計算されたりするので、該当する可能性がある人はお問い合わせを。

(質問⑤) 区分「現役並みⅠ~Ⅲ」の自己負担限度額における1%加算とは何ですか。

(回答⑤) 総医療費によって、自己負担限度額が変動します。区分「現役並みⅠ」で総医療費が100万円の場合、「80,100円+(1,000,000-267,000円)×1%」で、自己負担限度額は87,430円になります。

<高額療養費の計算例> 80歳の夫婦（区分「低所得者Ⅱ」）2人世帯の場合

*世帯の高額療養費は、かかった費用に応じて夫と妻に振り分けられます。

・ケース①

夫の自己負担額「A病院（外来）：8,000円、B薬局：4,000円」

妻の自己負担額「A病院（外来）：5,000円、C歯科（外来）：2,000円」

→ 外来自己負担額（個人単位）が8,000円のため、夫は「自己負担額（8,000円+4,000円）－外来限度額（8,000円）」により、支給額4,000円。一方、妻は外来自己負担額が限度額8,000円に満たない（合計7,000円）ため、外来自己負担額（個人単位）による支給は発生しません。この世帯の高額療養費は4,000円です。

夫の外来自己負担額12,000円(8,000円+4,000円)

高額療養費支給額4,000円

外来の自己負担限度額(個人単位)8,000円

・ケース②

夫の自己負担額「A病院（外来）：8,000円、B薬局：4,000円」

妻の自己負担額「A病院（入院）：24,600円」

→ まずは「外来」の自己負担額（個人単位）で考えます。夫は「自己負担額（8,000円+4,000円）－限度額（8,000円）」により、支給額4,000円（支給①）。妻は外来受診がないため、支給は発生しません。

次に「外来+入院」の自己負担額（世帯単位）で考えます。自己負担額（世帯単位）は、「支給①を除いた夫の自己負担額8,000円+妻の入院自己負担額24,600円」で、32,600円。そこから世帯限度額（24,600円）を引いて、支給額8,000円（支給②）となります。したがって、この世帯の高額療養費は、支給①・②の合計額12,000円です。

夫の外来自己負担額12,000円(8,000円+4,000円)

高額療養費支給額4,000円:支給①

外来の自己負担限度額(個人単位)8,000円

世帯の自己負担額32,600円(支給①を除いた夫の自己負担額8,000円+妻の入院自己負担額24,600円)

高額療養費支給額8,000円:支給②

外来+入院の自己負担限度額(世帯単位)24,600円

（問い合わせ先）

〒540-0028 大阪府中央区常磐町1丁目3番8号（中央大通FNビル8F）

大阪府後期高齢者医療広域連合 給付課

TEL：06-4790-2031（給付課代表） FAX：06-4790-2030

<https://www.kouikirengo-osaka.jp/union/index.html>

〒586-8501 河内長野市原町一丁目1番1号

河内長野市役所 保険医療課

TEL：0721-53-1111（市役所代表） FAX：0721-55-1435 mail：hokennenkin@city.kawachinagano.lg.jp