

医療給付

◆高額療養費

高額療養費とは、同じ月内に医療機関窓口で支払った医療費の合計額について、**自己負担限度額を超えた額を支給する**ものです。振込先口座の登録がない方には広域連合から申請案内をお送りしますので、申請案内に記載された市(区)町村の窓口で申請してください。一度申請すると、**次回から登録口座に自動的に振り込みます。**

診療月の翌月1日から**2年以内に申請してください。**

【申請に必要なもの】マイナ保険証または資格確認書等、預金通帳

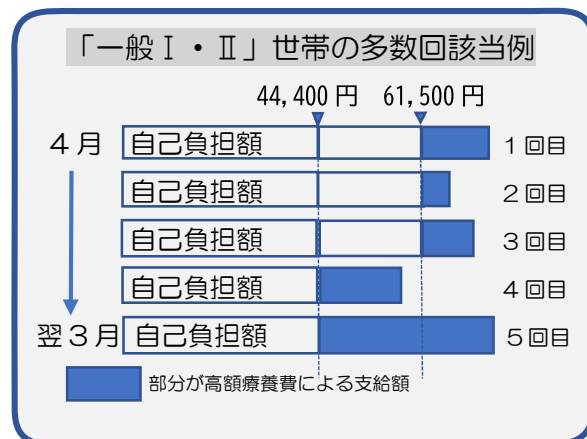
●自己負担限度額(月額) (負担区分については8～9ページをご覧ください)

〔令和8年8月から令和9年7月まで〕

負担割合	負担区分	外来（個人単位）	外来＋入院（世帯単位）	年間上限※2
3割	現役並みⅢ	270,300円＋（総医療費－901,000円）×1％ 〔多数回該当※1 140,100円〕		168万円
	現役並みⅡ	179,100円 ＋（総医療費－597,000円）×1％ 〔多数回該当※1 93,000円〕		111万円
	現役並みⅠ	85,800円 ＋（総医療費－286,000円）×1％ 〔多数回該当※1 44,400円〕		53万円
2割	一般Ⅱ	22,000円	61,500円	53万円
1割	一般Ⅰ	〔年間限度額 216,000円※2〕	〔多数回該当※1 44,400円〕	41万円
	区分Ⅱ	11,000円 〔年間限度額 96,000円※2〕	25,700円 〔多数回該当※1 24,600円〕	29万円
	区分Ⅰ	8,000円	15,700円	18万円

※1 過去12ヶ月以内に「外来＋入院（世帯単位）」の自己負担限度額による高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降から適用される自己負担限度額です。

※2 毎年8月から翌年7月診療分の1年間が対象期間です。



●高額療養費の計算方法

- ①まず外来の高額療養費を計算します。月毎に個人単位で外来の自己負担額を合計し、自己負担限度額を差し引きます。
- ②次に世帯単位の高額療養費を計算します。世帯内の被保険者の自己負担額を合計し、自己負担限度額を差し引きます。また、①で計算した外来の高額療養費があれば、その額も差し引きます(世帯合計の対象は、同じ住民票上の世帯に属する後期高齢者医療の被保険者です)。
- ③現役並み区分の方は、世帯単位の高額療養費の計算のみを行います。

◎75歳到達月は、誕生日前の医療保険と後期高齢者医療の2つの制度をまたぐため、個人単位の自己負担限度額が2分の1になります(誕生日が月の初日である場合を除く)。

◎月の1日から末日まで、ひと月ごとの病院・診療所・歯科・薬局の自己負担額を区別なく合計します。

◎入院中の食費や医療保険が使えない医療(差額ベッド代や美容整形、人間ドック、市販の医薬品の購入など)は計算の対象となりません。

◎高額療養費の支給は、診療を受けた月から4か月後以降となります。

●高額療養費の計算例

負担区分が「一般Ⅰ」(負担割合1割)の方が、同じ月に医療機関の窓口で支払った額が以下のような場合

※ 入院中の食費や医療保険対象外の医療は含みません。

A 病院 (外来)
6,000 円

B 病院 (外来)
18,000 円

C 病院 (入院)
50,000 円

1. まず、「外来(個人単位)」の自己負担額を超える額を計算し、外来の高額療養費を計算します。

A 病院 (外来)
6,000 円

+

B 病院 (外来)
18,000 円

=

外来支払額合計
24,000 円

外来支払額合計
24,000 円

-

外来(個人単位)自己負担限度額
22,000 円

=

外来の高額療養費
2,000 円

2. 次に、「外来+入院(世帯単位)」の自己負担額を超える額を計算し、1で算出した外来の高額療養費を差し引き、入院の高額療養費を計算します。

外来支払額合計
24,000 円

+

C 病院 (入院)
50,000 円

=

入院を含む支払額合計
74,000 円

入院を含む
支払額合計
74,000 円

-

外来+入院(世帯単位)
自己負担限度額
61,500 円

-

外来の
高額療養費
2,000 円

=

入院の
高額療養費
10,500 円

◎高額療養費支給額を計算します。

外来の高額療養費
2,000 円

+

入院の高額療養費
10,500 円

=

高額療養費支給額
12,500 円

※負担区分が「現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ」の方は、外来+入院(世帯単位)の計算のみで、高額療養費を算出します。

◆高額療養費(外来年間合算)

年間を通した外来療養の負担を軽減する制度です。

毎年8月から翌年7月診療分の1年間が対象期間です。7月31日時点で自己負担割合が1割または2割の方の外来の自己負担額(月額の高額療養費の支給がある場合、月額の高額療養費の支給を差し引いてもなお残る自己負担額)の合計額が216,000円※(区分Ⅱの被保険者は96,000円※)を超える方が対象です。

過去に高額療養費(1か月ごと)や外来年間合算(1年ごと)の支給申請をしたことがある方は、原則、申請不要です。申請案内に記載された市(区)町村の窓口へ申請してください。基準日(7月31日)の翌日から**2年以内に申請してください**。

※ 金額は令和8年8月診療分以降のものです。

◆高額介護合算療養費

同じ世帯内に後期高齢者医療と介護保険の利用者がいる場合、世帯内の被保険者が1年間(毎年8月から翌年7月診療分)に支払った医療保険と介護保険の自己負担額を合計し、下記の限度額を超えた部分を高額介護合算療養費として支給します。

●高額介護合算療養費限度額(年額、世帯で合計)

負担区分	自己負担限度額 (算定基準額)
現役並みⅢ	212万円
現役並みⅡ	141万円
現役並みⅠ	67万円

負担区分	自己負担限度額 (算定基準額)
一般Ⅰ・Ⅱ	56万円
区分Ⅱ	31万円
区分Ⅰ	19万円※ ¹

※¹ 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

支給が見込まれる方には、申請案内をお送りします。案内に記載された市(区)町村の窓口へ申請してください。基準日(7月31日)の翌日から**2年以内に申請してください**。介護保険に関しては、各介護保険者までお問い合わせください。

市(区)町村をまたいで転居された方は、基準日に住民票があった市(区)町村で申請してください。

【申請に必要なもの】

マイナ保険証または資格確認書等、預金通帳、介護保険証

