

医療費が高額になったとき

1カ月に支払った医療費の一部負担金が自己負担限度額を超えたときは、申請により超えた分が「高額療養費」として支給されます。高額療養費に該当する場合は、市から支給申請書を通知します。(自動振込を希望している場合は、申請書は送付されません。)

① 70歳未満の人の場合

医療費が自己負担限度額を超えたとき

同じ人が、同じ月内に、同じ医療機関に支払った一部負担金が、下表の限度額を超えたとき

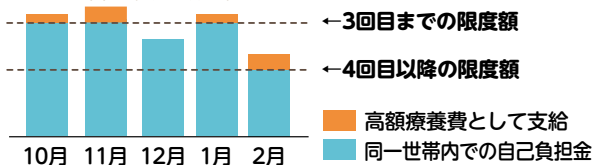
自己負担限度額(月額)【令和8年8月から】

区分	限度額	限度額 (年4回目以降)	年間上限 (R8.8から新設)
ア 年間所得 901万円超	270,300円+ (総医療費-901,000円)×1% [R8.7まで] 252,600円+ (総医療費-842,000円)×1%	140,100円	1,680,000円
イ 年間所得 600万円超～ 901万円以下	179,100円+ (総医療費-597,000円)×1% [R8.7まで] 167,400円+ (総医療費-558,000円)×1%	93,000円	1,110,000円
ウ 年間所得 210万円超～ 600万円以下	85,800円+ (総医療費-286,000円)×1% [R8.7まで] 80,100円+ (総医療費-267,000円)×1%	44,400円	530,000円
エ 年間所得 210万円以下 (住民税非課税世帯を除く)	61,500円 [R8.7まで] 57,600円	44,400円	530,000円 (※)
オ 住民税 非課税世帯	36,900円 [R8.7まで] 35,400円	24,600円	290,000円

※年収「～約200万円」区分に該当することが確認できた人は年間上限410,000円

●年4回目以降とは、過去12カ月にひとつの世帯で高額療養費の支給が4回以上あった場合の4回目以降の限度額のことです。

4回目以降の限度額の例



※他の市区町村へ転出しても、同じ都道府県内で住民票の世帯構成が同じ等の条件を満たしている場合は、高額療養費の支給回数が引き継がれます。

同じ世帯内で合算して限度額を超えたとき

同じ世帯で、1カ月に各医療機関に21,000円以上支払った場合が2回以上あり、それらの合計額が自己負担限度額を超えたとき



▼高額療養費の支給額の計算例〈所得区分ウの場合〉

【令和8年8月から】

病院の窓口で支払った一部負担金が90,000円になった場合

$$\begin{array}{l} \text{総医療費} \\ \text{(医療費の総額)} \end{array} = \begin{array}{l} 90,000\text{円} \\ \text{一部負担金} \end{array} \div \begin{array}{l} \frac{3}{10} \\ \text{負担割合3割} \end{array} = 300,000\text{円}$$

$$\begin{array}{l} \text{自己負担} \\ \text{限度額} \end{array} = 85,800\text{円} + \begin{array}{l} (300,000\text{円} \\ \text{総医療費} \end{array} - 286,000\text{円}) \times \begin{array}{l} 0.01 \\ 1\% \end{array} = 85,940\text{円}$$

$$\begin{array}{l} \text{支給額} \end{array} = \begin{array}{l} 90,000\text{円} \\ \text{一部負担金} \end{array} - \begin{array}{l} 85,940\text{円} \\ \text{自己負担限度額} \end{array} = 4,060\text{円}$$

マイナ保険証の利用で、事前の手続きなしで、窓口での支払いが限度額までになります

マイナ保険証を利用すれば、事前に申請して限度額適用認定証等を得なくても、医療機関の窓口での支払いは限度額までになります。(国保税を滞納していると限度額の確認はできません)

【マイナ保険証を利用しない場合】

70歳未満の人と70歳以上75歳未満で所得区分が低所得者Ⅱ・Ⅰおよび現役並み所得者Ⅱ・Ⅰの人は申請により限度額適用認定証等が交付されます。(国保税を滞納していると交付されない場合があります)

なお、オンライン資格確認の仕組みにより窓口での本人同意で、支払いを限度額までにすることができる場合があります。

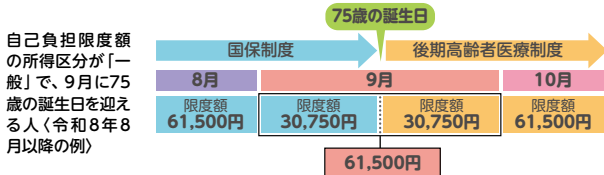
高額療養費の計算上の注意

- 各月の1日から末日までを1カ月として計算します。
 - 各医療機関ごとに別々に計算します。
 - 同一の医療機関でも、入院と外来は別々に計算します。(医科と歯科は別計算です)
 - 途中で保険の種類が変更になった場合は別計算です。
 - 入院時の差額ベッド代、食事代、および保険外診療は対象外です。
- ※70歳以上75歳未満の人は、病院・診療所・歯科の区別なく合算します。

もっと
知りたい

75歳になる月の自己負担限度額について

75歳に到達する月は、誕生日前の国保制度と誕生日後の後期高齢者医療制度における自己負担限度額が、それぞれ本来の額の2分の1になります。



② 70歳以上75歳未満の人の場合

70歳以上75歳未満の人は、外来(個人単位)の限度額を適用後に、外来+入院(世帯単位)の限度額を適用します。

自己負担限度額(月額)【令和8年8月から】

区分	限度額			年間上限 ^{*1} (R8.8から新設)
	外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)	年4回目以降	
現役並み所得者Ⅲ 課税所得 690万円以上	270,300円+ (総医療費-901,000円)×1% 【R8.7まで】252,600円+ (総医療費-842,000円)×1%		140,100円	1,680,000円
現役並み所得者Ⅱ 課税所得 380万円以上 690万円未満	179,100円+ (総医療費-597,000円)×1% 【R8.7まで】167,400円+ (総医療費-558,000円)×1%		93,000円	1,110,000円
現役並み所得者Ⅰ 課税所得 145万円以上 380万円未満	85,800円+ (総医療費-286,000円)×1% 【R8.7まで】80,100円+ (総医療費-267,000円)×1%		44,400円	530,000円
一般 課税所得 145万円未満等	22,000円 (外来年間上限 ^{*1} 216,000円)	61,500円	44,400円	530,000円 (※2)
	【R8.7まで】 18,000円 (外来年間上限 ^{*1} 144,000円)	【R8.7まで】 57,600円		
低所得者Ⅱ	11,000円 (外来年間上限 ^{*1} 96,000円)	25,700円	24,600円	290,000円
	【R8.7まで】 8,000円 (外来年間上限なし)	【R8.7まで】 24,600円	【R8.7まで】 -	
低所得者Ⅰ	8,000円	15,700円	-	180,000円
		【R8.7まで】 15,000円		

※1 年間上限とは、1年間(8月～翌7月)の限度額

※2 年収「～約200万円」区分に該当することが確認できた人は年間上限410,000円

③ 70歳未満の人と70歳以上75歳未満の人が同じ世帯にいる場合

70歳未満の人と70歳以上75歳未満の人が同じ世帯の場合でも、合算することができます。

- 1 70歳以上75歳未満の人の支給額を計算
(P.20の表を適用)

- 2 70歳未満の人の21,000円以上の自己負担額を
1で適用した限度額に加算し、支給額を計算
(P.17の表を適用)

- 3 1 2の支給額を合算

④ 厚生労働大臣が指定する特定疾病の場合

高額な治療を長期間継続して行う必要がある先天性血液凝固因子障害の一部・人工透析が必要な慢性腎不全・血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の人は、「特定疾病療養受療証」(申請により交付)を病院などの窓口に掲示すれば(マイナ保険証を利用する場合は不要)、自己負担額は年齢にかかわらず1カ月1万円までとなります。

※70歳未満で人工透析が必要な慢性腎不全の人のうち、基準総所得額が600万円を超える人は2万円までになります。

⑤高額医療・高額介護合算療養費制度

医療費が高額になった世帯内に介護保険の受給者がいる場合、国保と介護保険の限度額をそれぞれ適用後、年額を合算して限度額を超えた場合、その超えた分が申請によりあとから支給されます。対象の世帯には、市から支給申請書を送付します。

医療と介護の自己負担合算後の限度額（年額：毎年8月から翌年7月）

● 70歳未満の人の限度額

		所得区分	
ア	総所得額 *1 基準	901万円超	212万円
イ		600万円超～901万円以下	141万円
ウ		210万円超～600万円以下	67万円
エ		210万円以下	60万円
オ	住民税非課税世帯		34万円

● 70歳以上75歳未満の人の限度額

所得区分★	
現役並み所得者Ⅲ (課税所得690万円以上)	212万円
現役並み所得者Ⅱ (課税所得380万円以上)	141万円
現役並み所得者Ⅰ (課税所得145万円以上)	67万円
一般	56万円
低所得者Ⅱ	31万円
低所得者Ⅰ	19万円*2



※自己負担限度額を超える額が500円以下の場合には支給されません。

*1 基準総所得額とは、基礎控除後の総所得金額等のことです。所得の申告がない場合は、「ア」とみなされます。

*2 低所得者Ⅰで介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合、限度額は31万円になります。

★9ページをご参照ください。