



健康保険の資格

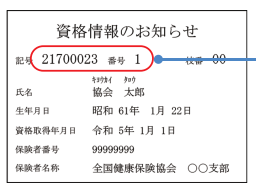
健康保険の資格を取得したとき

資格の取得までの流れ

- 1 日本年金機構の事務センターへ、資格取得届等を資格取得の事実があった日から5日以内に提出
- 2 事務センターでの審査・入力完了
- 3 協会けんぽで、「資格情報のお知らせ」の作成～発送まで平日2日程度
- 4 事業所に到着
例えば、月曜日に事務センターで審査・入力完了した場合、早ければ木曜日に「資格情報のお知らせ」が事業所に届きます。

2024年12月2日以降、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行しました。
なお、マイナンバーカードを健康保険証として利用登録していない方等については、新たに協会けんぽが発行する資格確認書を用いて医療機関等を受診することが可能です。

資格情報のお知らせ



記号・番号を各申請書の「記号および番号」欄にご記入ください。

資格情報のお知らせは、マイナンバーカードと併せて大切に保管してください！

- ①受け取った際に、記載内容の確認をしてください。
- ②資格情報のお知らせのみで医療機関等は受診できません。
※医療機関等の受診方法についてはP.5参照。
- ③き損・紛失したときは、再交付を受けてください。
※資格情報のお知らせの再交付についてはP.49参照。

※資格情報のお知らせは事業所宛に送付します。事業所が移転した場合は、日本年金機構で所在地変更のお手続きをしてください。



取得した健康保険はいつまで有効ですか？

被保険者が在職時の健康保険を使用できるのは「退職日（資格喪失日の前日）まで」です。また、ご家族（被扶養者）の方は、就職等により扶養から外れた日以降、健康保険は使用できません。

（例）被保険者が3月20日で退職したとき



協会けんぽに加入していた期間

（例）被扶養者が4月1日に就職したとき



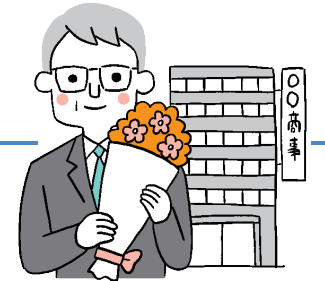
3月31日までは被扶養者としての健康保険を使用
4月1日以降は就職先の健康保険を使用

在職時の健康保険が使用できなくなる日

被保険者	被扶養者
<ul style="list-style-type: none"> ①退職日等の翌日（適用事業所に使用されなくなった日の翌日） ②75歳になった等の理由により、後期高齢者医療制度の被保険者になった日 ③死亡した日の翌日 	<ul style="list-style-type: none"> ①被保険者が資格喪失した場合はその同日 ②就職・婚姻等により扶養から外れた日 ③75歳になった等の理由により、後期高齢者医療制度の被保険者になった日 ④死亡した日の翌日



退職したとき



退職した場合の健康保険の扱いは？

- 被保険者の方が退職された場合は、ご本人・ご家族（被扶養者）すべての資格確認書等（お持ちの方のみ）をお勤め先に返却してください。
- 被扶養者の方が就職や結婚などで扶養から外れたときは、その方の資格確認書等（お持ちの方のみ）を被保険者のお勤め先に返却してください。
- 事業主の方は、資格確認書等（お持ちの方のみ）をすみやかに回収の上、資格喪失届・被扶養者異動届に添付して日本年金機構の事務センターへ提出してください。
- 資格喪失届・被扶養者異動届に添付できなかった資格確認書等（お持ちの方のみ）は、確実に回収の上、日本年金機構の事務センターまたは協会けんぽへすみやかに返却してください。

Check

資格のない健康保険を使用した場合は全額自己負担

資格喪失日以降、資格のない健康保険を使用して医療機関等にかかった場合、その医療費は、全額自己負担となるため、協会けんぽが負担した医療費は返還していただくことになります。

（例）資格喪失日以降、Aさんが医療費10,000円（10割）相当の診療や治療を受けた場合

- ①Aさん ▶ 医療機関で資格のない健康保険を使用して保険診療を受けた場合、3,000円（3割）を一部負担金として支払い。
- ②医療機関 ▶ 保険分として、7,000円を協会けんぽへ請求。
- ③協会けんぽ ▶ 医療機関に7,000円（7割）を支払い。
- ④協会けんぽ ▶ 医療機関に支払った7,000円（本来支払う必要のなかった費用）をAさんに返還請求。

協会けんぽが負担する必要のない医療費が発生しています。

退職などで健康保険の資格を失った方が、資格のない健康保険を使用して医療機関等を受診すると、本来、協会けんぽが負担する必要のない医療費を負担することとなるため、保険料率が余分に計上されることがあります。退職した方や扶養から外れた方が資格確認書等をお持ちの場合は、回収・ご返却をお願いいたします。

●事業主の皆さまへ

被扶養者資格の再確認を行います。

協会けんぽでは、年に1度、被扶養者となっている方が、現在もその状態にあるかの再確認をさせていただいております。この再確認は、保険給付の適正化につながる大変重要な事務ですので、皆さまのご理解とご協力をお願いいたします。
事業主の皆さまには、「被扶養者状況リスト」をお送りしますので、リストにある被扶養者が、現在も被扶養者の要件に該当しているかどうかの確認をお願いします。
削除される場合には、同封の「被扶養者調査兼異動届（解除用）」に所定の事項を記入し、資格確認書等（お持ちの方のみ）を添付のうえ、リストと併せて協会へ提出をお願いします。（削除の手続きを迅速に行うため、可能な限り電子申請により日本年金機構へ扶養解除手続きを行ってください。）

（参考）

2024年度再確認の実施結果
被扶養者から除かれた人

・・・全国で約6.3万人（2025年3月末時点）

前期高齢者納付金の負担軽減額 … 約11億円

▼被扶養者資格再確認の流れ

- 1 「被扶養者状況リスト」を事業所宛に送付
- 2 該当の方を確認し、「被扶養者状況リスト」に必要事項を記入
- 3 「被扶養者状況リスト」を協会けんぽへ返送（扶養解除となった方がいる場合）
「被扶養者調査兼異動届（解除用）」と「資格確認書等（お持ちの方のみ）」を提出



医療機関等の受診

病気やケガで医療機関等にかかるとき

健康保険の使用で何がかわる？

被保険者や被扶養者が仕事とは関係のない事由により病気やケガをしたときは、医療機関等でマイナ保険証等を利用すると、一部負担金を支払うことで診療や投薬などを受けることができます。一部負担金は、年齢などによって負担割合が区分され、入院した場合には、食事代として標準負担額も負担します。

※医療機関等の受診方法は、P.5参照



◎一部負担金の割合

義務教育就学前	2割負担	
義務教育就学以降70歳未満	3割負担	
70歳以上75歳未満 (後期高齢者医療の 対象者を除く)	一般	2割負担
	現役並み所得者※	3割負担

※ 現役並み所得者＝標準報酬月額28万円以上の被保険者とその被扶養者。ただし、高齢受給者の被保険者・被扶養者の年収合計額が520万円(被扶養者がいない場合は383万円)未満のときは、申請により一般に区分。

◎入院時の食事代の標準負担額

区分	1食あたり負担額	
	2026年5月31日以前	2026年6月1日以降
一般(下記に該当しない場合)	510円	550円
低所得者世帯※	90日までの入院	240円
	91日以降の入院	190円
住民税非課税世帯に属し、かつ所得が一定基準に満たない70歳以上の高齢受給者	110円	130円

※ 被保険者が住民税の非課税者等である場合



仕事が原因で病気やケガをした場合は？

業務災害や通勤途中の災害などが原因の病気やケガについては、原則として労災保険の適用となり、健康保険は使用できません。ただし、被保険者が5人未満の法人役員であって、一般従業員が従事する業務と同一である業務を遂行している場合、その業務に起因する病気、ケガなどは、健康保険の給付対象となります。労災保険に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定を行いますので、詳しくは労働基準監督署にお問い合わせください。

健康保険が使えないケース(例)

- 美容を目的とする整形手術
- 近視の手術
- 歯の矯正
- 予防注射
- 健康診断、人間ドック
- 正常な妊娠・出産
- 経済的理由による人工妊娠中絶
- 保険適用が認められていない治療法や薬(先進医療等)
- 健康保険の目的からはずれるような病気やケガをしたとき



保険との併用が認められる保険外診療について

健康保険では、保険が適用されない保険外診療があると保険が適用される診療も含めて、医療費の全額が自己負担となります。ただし、保険外診療を受ける場合でも、「評価療養」「患者申出療養」「選定療養」として認められている診療については、通常の治療と共通する部分(診察・検査・投薬・入院料など)は一般の保険診療と同様に扱われ、その部分の一部負担金を支払うことになり、残りの額は「保険外併用療養費」として健康保険から給付が行われます。

評価療養と選定療養の主なもの

- 先進医療
- 特別の療養環境の提供
- 予約診療・時間外診療
- 200床以上の病院の未紹介患者の初診
- 180日を超える入院
- 前歯部の材料差額



整骨院・接骨院等にかかるとき



医療機関等以外で健康保険は使えますか？

健康保険の対象となる範囲は限られますが、柔道整復師が施術を行う整骨院・接骨院や、はり・きゅう・マッサージ等で使用できる場合があります。これらの施設で健康保険を使用する場合、一旦全額を自己負担し、申請により給付を受けるのが原則ですが、登録した施術者が患者に代わり保険給付分を保険者に請求できる「受領委任制度」が認められています。そのため健康保険を使用することで、医療機関等にかかったときと同じように、一部負担金のみの支払いで施術を受けることができます。

整骨院・接骨院で健康保険が使えるケース

※肩こり、疲労回復が目的のマッサージ等には使えません。
※骨折・脱臼については医師の同意が必要です。(応急処置を除く)

負傷原因がはっきりしていて慢性に至っていないケガのうち次のもの

- 骨折、脱臼
- 打撲
- 捻挫
- 挫傷(肉離れ等)

鍼灸院やマッサージで健康保険が使えるケース

※医師の同意が必要です。

はり・きゅうの場合

- 主として
- 神経痛
 - リウマチ
 - 頸腕症候群
 - 五十肩
 - 腰痛症
 - 頸椎捻挫後遺症
- ※神経痛・リウマチなどと同一範疇と認められる慢性的な疼痛についても認められる場合があります。

マッサージの場合

筋麻痺や関節拘縮等の症状があり、医療上必要と認められているとき



Q & A

Q1 加入して間もなく、医療機関等で医療費を全額自己負担しましたがどうすればいいですか？

A1 医療費を全額自己負担した場合は療養費の請求を行うことにより、後日医療機関等に支払った金額のうち自己負担分以外の額が支給されます。

※保険適用部分に限ります。

Q2 マイナンバーカードでの受診はどうすればいいですか？

A2 マイナポータル等よりマイナンバーカードの保険証利用の登録を行い、オンライン資格確認対応の医療機関等窓口でマイナンバーカードを利用してください。

保 扶 事



資格情報のお知らせ、資格確認書の交付申請

マイナ保険証を利用した受診ができないとき

マイナ保険証を利用できない場合は？

マイナンバーカードを保有していない、マイナ保険証の利用登録をしていない、家族や介助者等が同行して資格確認を補助する必要がある場合は、「資格確認書交付申請書」を提出し、交付を受けます。



資格情報のお知らせの再交付が必要なとき

資格情報のお知らせの再交付が必要な場合は？

健康保険の資格の取得時に交付を受けた資格情報のお知らせをなくした（破損した）場合や、氏名変更等で新たな資格情報のお知らせが必要な場合は、「資格情報のお知らせ交付申請書」を提出し、交付を受けます。

保 扶 事



負傷原因届

負傷（ケガ）がもとで給付の申請をするとき

負傷（ケガ）したときに給付を受けるには？

負傷（ケガ）により各種給付の申請をする際には、「負傷原因届」を提出します。疾病・負傷（ケガ）が第三者の行為によるものであるときは、併せて「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。（P.50参照）

※仕事中（業務災害）や通勤途中の事故が原因となって起きた病気やケガについては、健康保険の給付対象となりません。



負傷（ケガ）により、次の支給申請をするときに、「負傷原因届」が必要です。

- 移送費
- 海外療養費

※ただし、上記以外の申請であっても、法人の役員が仕事中（または通勤途中）に負傷し、健康保険からの給付が行われる際は添付が必要となる場合がありますので、詳細は協会けんぽへご相談ください。

保 扶 事



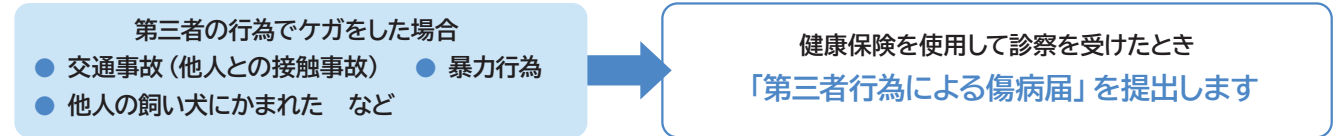
第三者行為による傷病届

交通事故等によりケガをしたとき



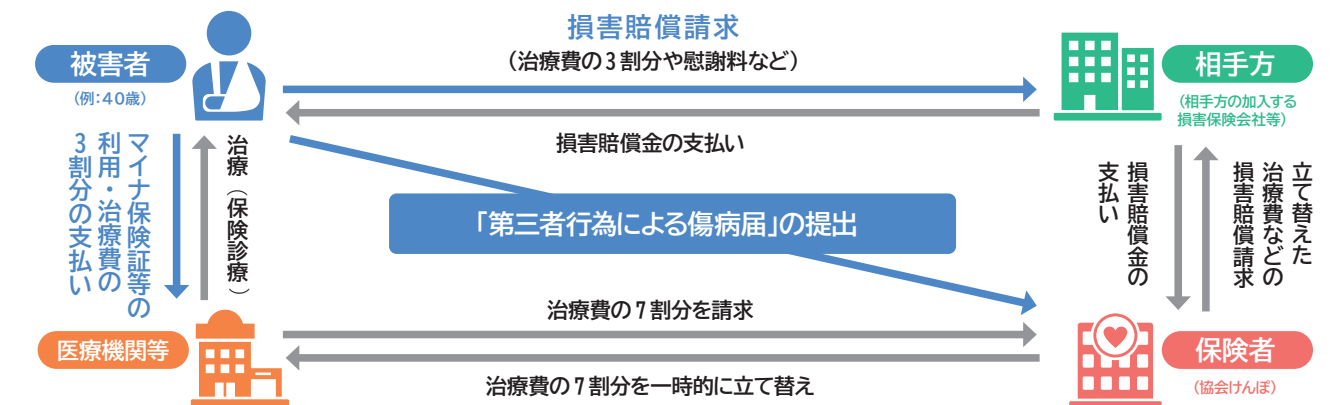
交通事故等でケガをした場合はどうなるの？

交通事故等、第三者の行為が原因でケガをした場合でも、仕事中（業務災害）や通勤途中の事故が原因でなければ、健康保険で診療を受けることができます。ただし、この場合には「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。



健康保険給付の流れは？

協会けんぽ（健康保険）は、本来、相手方（加害者）が支払うべき治療費を一時的に立て替えて支払い、その後相手方（加害者）に損害賠償請求することになります。そのため、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。



交通事故等の場合に必要書類

「第三者行為による傷病届」をはじめとした、以下の書類が必要となります。

- ①「第三者行為による傷病届」
基本的に被保険者等が記入することになりますが、相手方（損害保険会社等）に依頼できる場合は、相手方による記入も可能です。交通事故証明書を参考に記入してください。
- ②「事故発生状況報告書」
交通事故の場合、事故の状況や過失割合を判断する上で、重要な書類となりますので、できるだけ詳しく記入してください。
- ③「同意書」
協会けんぽが相手方の損害保険会社等へ損害賠償請求をする際、医療費の内訳（診療報酬明細書の写し等）を添付します。相手方へ個人情報を提供することになるため、ご本人の同意が必要となります。併せて、協会けんぽが損害賠償請求権を取得することの明確化と今後の示談進捗状況の報告をお願いする書類です。
- ④その他の提出書類
交通事故の場合、「交通事故証明書」（自動車安全運転センターが発行）を必ず添付してください。
※物損事故等の場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」も必要となります。

第三者行為による傷病届

電子申請対象

- 限度額適用認定申請書
- 限度額適用・標準負担額減額認定申請書
- 特定疾病療養受療証交付申請書

限度額適用認定証

入院等で医療費が高額になりそうなとき

限度額適用認定証とは？

健康保険には、高額な医療費を支払った場合に、後日、自己負担限度額（P.53参照）を超えた分について払い戻される「高額療養費制度」があります。（P.52参照）しかし、払い戻されるとはいえ、高額な医療費の支払いは、大きな負担となります。そこで、高額な窓口負担が発生する場合には、事前に申請して交付された「限度額適用認定証」を医療機関等窓口へ提示することで、医療機関ごと（1ヵ月単位）の窓口負担が法定の自己負担限度額までとなります。70歳以上75歳未満の方の場合、標準報酬月額が28万円から79万円までで、高齢受給者証の負担割合が3割の方は、限度額適用認定証の交付対象となっております。なお、マイナ保険証をご利用いただくことで、自己負担限度額までの支払いとなるため、原則限度額適用認定申請書の申請は不要となります。（被保険者の市区町村民税が非課税の方等は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請が必要です。）

マイナ保険証をご利用いただくことで、自己負担限度額までの支払いとなるため、限度額適用認定申請書の申請は不要となります。（被保険者の市区町村民税が非課税の方等は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請が必要です。）

限度額適用認定証申請から利用の流れ

- 1 事前に「限度額適用認定申請書」を提出
- 2 「限度額適用認定証」が交付される
- 3 2で交付された「限度額適用認定証」および「資格確認書等」を医療機関等に提示



有効期限

申請月（受付した月）の初日（健康保険に加入した月に受付した場合は資格取得日）から最長1年間となります。途中で70歳に到達される方、任意継続保険が期間満了される方はその期間までとなります。なお、被保険者の市区町村民税が非課税の方等が利用する「限度額適用・標準負担額減額認定証」は、申請月の初日から初めて到来する7月末日が有効期限となります。

高額療養費支給申請書も必要なケース

以下の場合には限度額適用認定証を提示しても、高額療養費支給申請書が必要です。（提示分も合わせてご記入ください）

- ① 1ヵ月に2ヵ所以上の医療機関等に通院・入院して高額負担となった場合
- ② 高額療養費の多数回該当となり4ヵ月目から自己負担限度額が軽減される場合でも、当該認定証の提示で、軽減前の自己負担限度額が適用された場合

※被保険者の市区町村民税が非課税の方等は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を申請してください。この場合は70歳以上75歳未満の方も必要です。

Check 長期間にわたる治療の場合は「特定疾病療養受療証」

透析や血友病など、長期間にわたって高額な医療費がかかる病気にかかった場合は、申請して交付された「特定疾病療養受療証」を窓口へ提示することで、1ヵ月の自己負担額が、医療機関等ごと（入院、通院、薬局ごと）に以下の自己負担限度額までとなります。「特定疾病療養受療証」の発効期日は、申請月の初日（健康保険の加入月に申請された場合は、資格取得日）となります。月を遡って発効ができないため、早めのお手続きをお願いします。

対象となる病気	自己負担限度額
① 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全	10,000円
② 血友病	（ただし、①については70歳未満で標準報酬月額53万円以上の方とその被扶養者は、20,000円）
③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

※本申請により、協会けんぽから特定疾病療養受療証の交付を受けていれば、マイナ保険証を利用することで医療機関等窓口での特定疾病療養受療証の提示が不要となり、認定を受けた疾病による保険診療の窓口負担が一定の自己負担限度額までとなります。

電子申請対象

- 高額療養費支給申請書
- 高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書
- 年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

高額療養費

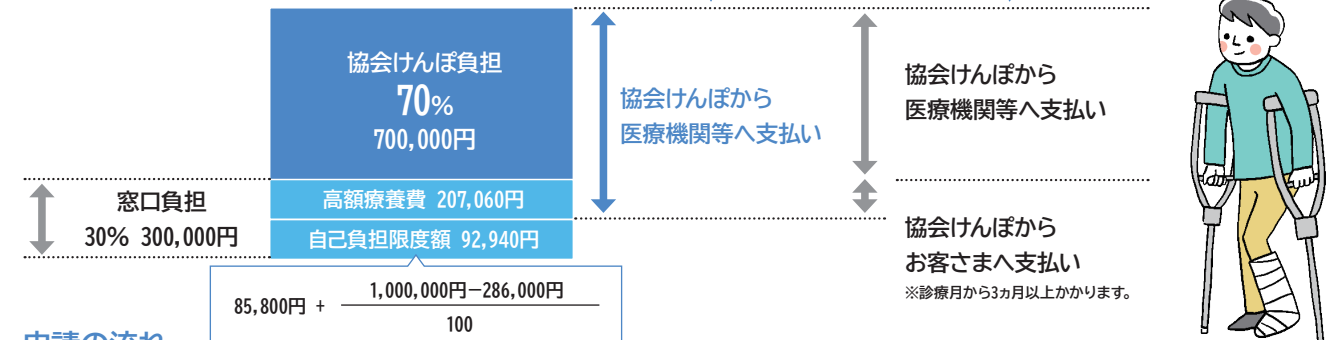
突然のケガや入院等で高額な医療費を支払ったとき

高額療養費とは？

同一の月に医療機関等で支払った一部負担（自己負担）額が高額になり、自己負担限度額を超えたときは、申請することで、その超えた分が後日「高額療養費」として払い戻されます。

医療費が高額になることが事前にわかっている場合には、マイナ保険証をご利用いただくか、限度額適用認定証（P.51参照）を医療機関等に提示する方法が便利です。

- 例：1つの医療機関で医療費が高額となり、総額1,000,000円かかった場合
（区分「ウ」・標準報酬月額28万～50万円の場合）
※金額は令和8年8月以降の場合



申請の流れ



※月をまたいだ場合は月ごとに申請が必要
例：1/15～2/15入院→1月と2月それぞれ申請が必要



自己負担額を計算する際の注意点は？

- 1ヵ月単位（1日から末日）で計算
例えば、1月10日から2月10日まで診療を受けた場合、1月10日～1月31日と2月1日～2月10日まででレセプトが2件となり、それぞれのレセプトごとに計算します。
- 受診者ごとに計算 ● 医療機関ごとに計算 ● 医科・歯科別で計算
- 入院と通院は分けて計算
同じ医療機関でも入院と通院は分けて計算します。通院にかかる院外調剤分は通院分に合計します。医療機関受診日と薬局での調剤日の月が異なる場合は分けて計算します。
- 保険適用分が対象
食事代、差額ベッド代等は対象外です。

複数の医療機関等での診療分、同一世帯の他の受診者分を合算する場合の計算

<70歳未満の方>
自己負担が21,000円以上の分のみ合算できます。

<70歳以上75歳未満の方>
すべて合算できます。

高額療養費の対象となる負担・対象とならない負担

対象となる負担	対象とならない負担
<ul style="list-style-type: none"> ● 療養の給付の一部負担金 ● 療養費の自己負担額相当額 	<ul style="list-style-type: none"> ● 入院時食事療養費標準負担額 ● 入院時生活療養費標準負担額
<ul style="list-style-type: none"> ● 保険外併用療養費の自己負担額相当額 ● 訪問看護療養費の基本利用料 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険外併用療養費に係る自費負担分 ● 訪問看護に係る保険外利用料

Check

自己負担限度額（払い戻しの基準額）について

① 年齢・被保険者の所得区分によって自己負担限度額は変わります

● 70歳未満の方（表Ⅰ）

（）内は多数回該当の場合

令和8年8月以降の場合

（）内は多数回該当の場合

被保険者の所得区分	自己負担限度額
ア 83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% (140,100円)
イ 53万~79万円	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% (93,000円)
ウ 28万~50万円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% (44,400円)
エ 26万円以下	57,600円 (44,400円)
オ 低所得者*	35,400円 (24,600円)

被保険者の所得区分	自己負担限度額
ア 83万円以上	270,300円+(総医療費-901,000円)×1% (140,100円)
イ 53万~79万円	179,100円+(総医療費-597,000円)×1% (93,000円)
ウ 28万~50万円	85,800円+(総医療費-286,000円)×1% (44,400円)
エ 26万円以下	61,500円 (44,400円)
オ 低所得者*	36,900円 (24,600円)

※被保険者が住民税の非課税者で、かつ、区分ア、イに該当しない方

● 70歳以上75歳未満の方（表Ⅱ）

（）内は多数回該当の場合

令和8年8月以降の場合

（）内は多数回該当の場合

被保険者の所得区分	自己負担限度額	
	個人ごと（通院）	世帯ごと（入院を含む）
ア 83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% (140,100円)	
イ 53万~79万円	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% (93,000円)	
ウ 28万~50万円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% (44,400円)	
エ 26万円以下	57,600円 (44,400円)	
オ 低所得者I ^{※1}	8,000円	24,600円
オ 低所得者I ^{※2}		15,000円

被保険者の所得区分	自己負担限度額	
	個人ごと（通院）	世帯ごと（入院を含む）
ア 83万円以上	270,300円+(総医療費-901,000円)×1% (140,100円)	
イ 53万~79万円	179,100円+(総医療費-597,000円)×1% (93,000円)	
ウ 28万~50万円	85,800円+(総医療費-286,000円)×1% (44,400円)	
エ 26万円以下	61,500円 (44,400円)	
オ 低所得者I ^{※1}	11,000円 (年間上限9.6万円)	25,700円 (24,600円)
オ 低所得者I ^{※2}	8,000円	15,700円

※1 被保険者が住民税の非課税者で、かつ、現役並み所得者に該当しない方

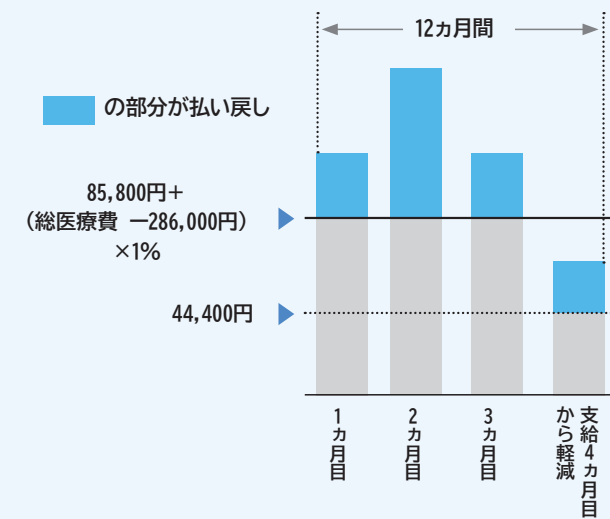
※2 被保険者とその扶養家族すべての方の収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がなく、かつ、現役並み所得者に該当しない方

② 「多数回該当」の場合は自己負担限度額が軽減

高額療養費の申請月以前の直近1年間に、同一世帯で高額療養費の支給を受けた月数の合計が3か月以上ある場合、4か月目からは自己負担限度額が軽減されます。

〈標準報酬月額28万~50万円の場合〉

※金額は令和8年8月以降の場合



③ 受診者に「70歳未満の方」と「70歳以上75歳未満の方」がいる世帯の場合

（以下の1、2、3を比べて支給額が一番高くなる金額で支給します）

- 70歳以上75歳未満の加入者の個人ごとの通院自己負担額について、表Ⅱの自己負担限度額を超えた分が払い戻されます。
- 70歳以上75歳未満の加入者について、通院と入院の自己負担額を合計し、表Ⅱの世帯ごとの自己負担限度額を超えた分が払い戻されます。
- 「2」の計算後なお残る70歳以上75歳未満の世帯ごとの自己負担額と「70歳未満の加入者の自己負担額※」を合計し、「表Ⅰの自己負担限度額」を超えた分が払い戻されます。

※自己負担額が、21,000円以上の分のみ

「高額介護合算療養費」とは？

健康保険の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、1年間（前年8月1日~7月31日まで）に負担した健康保険の一部負担金の額（高額療養費を除く）と介護保険の利用者負担額（高額介護サービス費を除く）を合算して、介護合算算定基準額を超えた分が払い戻される制度です。ただし、超えた金額が501円以上の場合に限りです。支給額は、世帯で医療・介護の自己負担額の年間合計額が、下表の基準額を超える場合に、その超えた金額を両制度の自己負担額の比率に応じて按分し、支給されます。

介護合算算定基準額

● 70歳から75歳未満の方

● 70歳未満の方

被保険者の所得区分	基準額
ア 83万円以上	212万円
イ 53万~79万円	141万円
ウ 28万~50万円	67万円
エ 26万円以下	60万円
オ 低所得者（住民税非課税）	34万円

被保険者の所得区分	基準額
標準報酬月額 83万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割（現役並みⅢ）	212万円
標準報酬月額 53万~79万円で高齢受給者証の負担割合が3割（現役並みⅡ）	141万円
標準報酬月額 28万~50万円で高齢受給者証の負担割合が3割（現役並みⅠ）	67万円
標準報酬月額 26万円以下（一般所得者）	56万円
住民税 低所得者Ⅱ	31万円
住民税 低所得者Ⅰ	19万円

「年間の高額療養費」とは？

70歳以上75歳未満の加入者の方で、所得区分が一般（2割負担）や低所得の方については、1年間（前年8月1日~7月31日）の通院の自己負担額の合計額に上限が設けられています。

基準日（毎年7月31日）時点の所得区分が一般または低所得に該当する場合は、計算期間（前年8月1日~7月31日）のうち、一般または低所得区分であった月の通院療養の自己負担額について上限を超えた額が「年間の高額療養費」として払い戻されます。

なお、年間の高額療養費は個人ごとに通院療養の自己負担額が年間上限を超えた分が支給されます。被保険者と被扶養者の自己負担額は合算されません。

また、70歳未満の方についても、令和8年8月診療分より、基準日（毎年7月31日）時点の所得区分に応じて、1年間（前年8月1日~7月31日）に負担した自己負担額の合計額に上限が設けられます。

※申請は令和9年8月以降の予定です。

