

【全国健康保険協会 千葉支部】

第 2 1 回 健康保険委員研修会

「高額療養費」と 「限度額適用認定証」 について

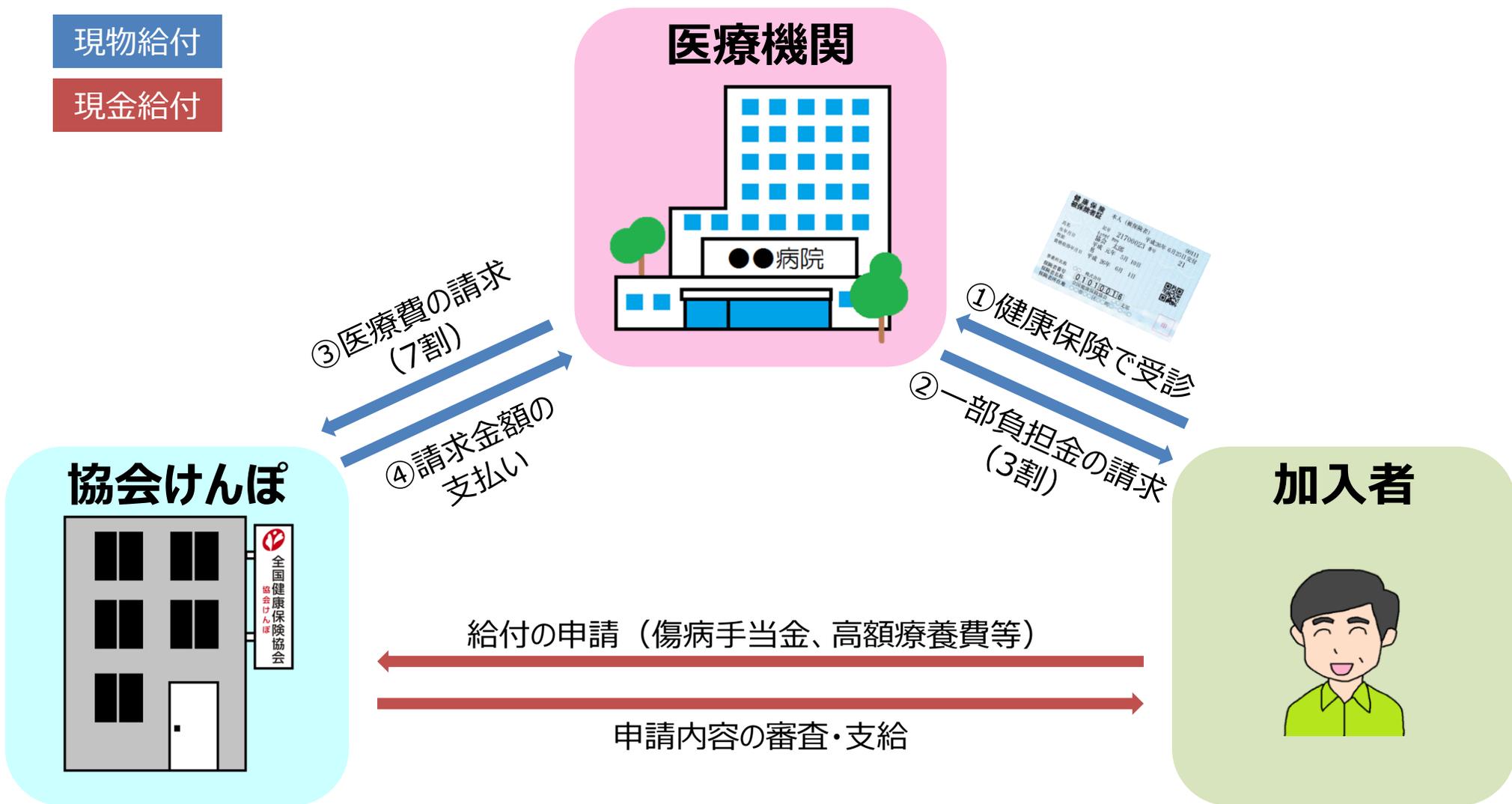
R1.9. 4 (水) 成田国際文化会館
R1.9.2 5 (水) 千葉商工会議所

◆保険給付の流れ	.....	2 P
◆高額療養費	.....	5 P
・高額療養費とは	.....	6 P
・自己負担限度額について	.....	8 P
・低所得者について	.....	10 P
・高額療養費が支給されるまで	.....	12 P
・高額療養費の計算	.....	13 P
・高額療養費応用編「世帯合算」について	.....	14 P
・高額療養費応用編「世帯合算」の計算	.....	17 P
・高額療養費応用編「多数該当」について	.....	19 P
・申請書の記入について（高額療養費）	.....	22 P
◆限度額適用認定証	.....	25 P
・限度額適用認定証について	.....	26 P
・申請書の記入について（限度額適用認定証）	.....	30 P
・申請書の記入について（限度額適用・標準負担額減額認定証）	.....	31 P
◆付録 高額療養費の計算例題集	.....	34 P

保険給付の流れ①

現物給付

現金給付



«P.2の ②「一部負担金」について»

一部負担金とは、健康保険証を提示して、保険医療機関で診療を受けた時や、薬が出された時に、窓口で支払う必要がある医療費の一部のこと※です。この一部負担金の医療費割合は、本人・家族、入院・外来にかかわらず年齢等によって区分されます。

※ 健康保険が適用されないもの（入院時の差額ベット代など）については、別途自己負担となります。



年齢		一部負担金の割合	
義務教育就学前		2割	
義務教育就学以後～70歳未満		3割	
70歳以上75歳未満	一般	昭和19年4月1日以前生まれ	1割
		昭和19年4月2日以降生まれ	2割
	現役並み所得者※		3割

※ 現役並み所得者…70歳以上75歳未満で、標準報酬月額が28万円以上の被保険者。

※ 現役並み所得者に70歳以上75歳未満の被扶養者がいる場合は、被扶養者も3割となります。

保険給付の流れ③

入院して手術を受けることになって…



処方される薬が高額で、
診療費と合わせるとかなりの金額に…



一部負担金の支払いが高額になったときに、
健康保険で利用できる制度はないのかしら？



そんなときには「**高額療養費**」という
制度をご利用ください！

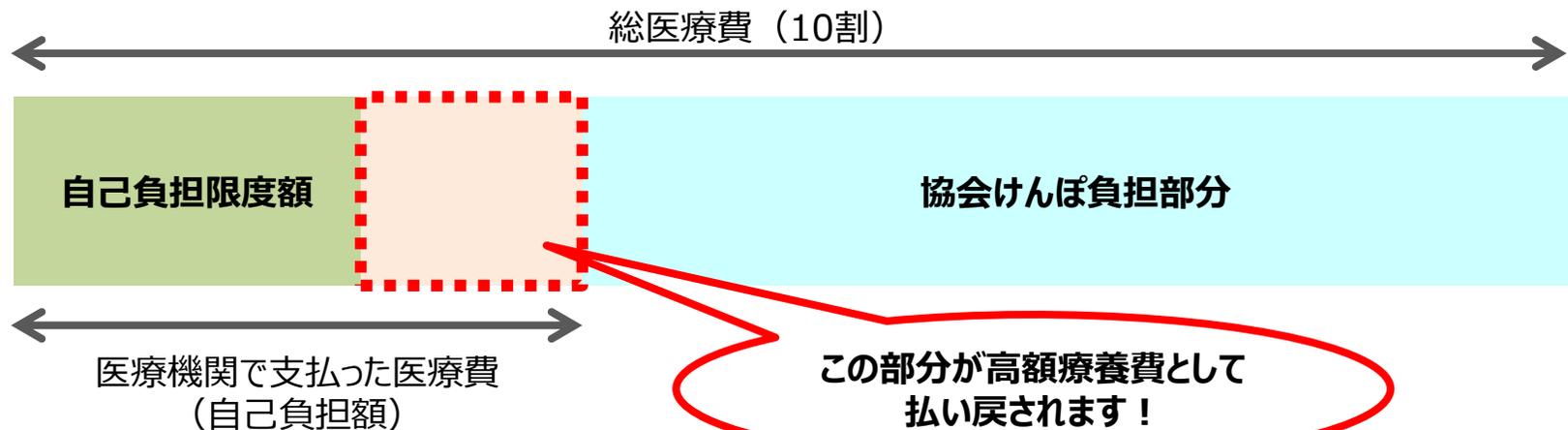


高額療養費

高額療養費制度

保険医療機関で健康保険証を使用すれば、1割～3割負担になりますが、それでも医療費の負担が高額になる場合があるため、一月の上限を定めている制度です。1か月（1日から末日）に保険医療機関で支払った一部負担金の額（自己負担額）が一定額（**自己負担限度額**）を超えた場合、その超えた額が払い戻されます。

《イメージ》

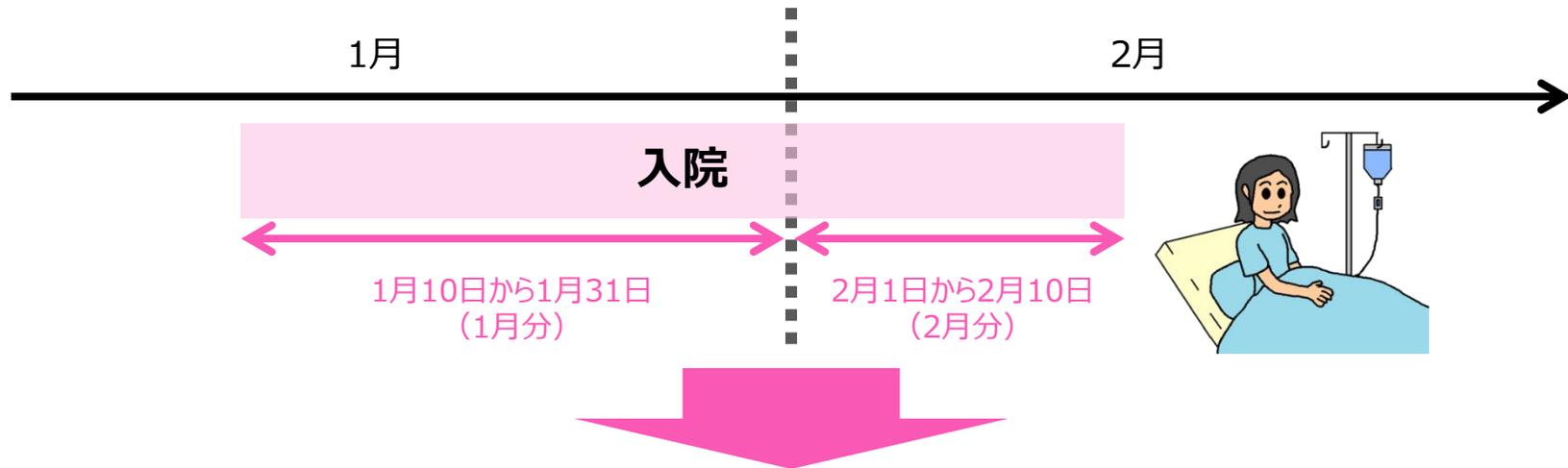


高額療養費とは②

ポイント

高額療養費は、**1か月単位で計算**されます。月をまたいで入院をする場合はご注意ください。

《例》 1月10日から2月10日まで入院した場合



1か月単位で計算するため、**高額療養費は1月分と2月分で2回に分けて請求**します。

※医療機関から発行される領収書も2枚（1月分と2月分）発行されます。

月をまたいで入院は高額療養費が2回発生する可能性があることから、自己負担額も大きく変わります。



自己負担限度額について①

ポイント

年齢及び被保険者の所得によって自己負担限度額（払い戻しの基準額）は異なります。

◆ 70歳未満の自己負担限度額 【平成27年1月診療分から】

被保険者の所得区分 (標準報酬月額※1)		自己負担限度額	多数該当
ア	83万円以上	252,600円 + (総医療費※2 - 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※3 (住民税非課税者等)	35,400円	24,600円

※1 被保険者が事業主から受ける毎月の報酬（給料等）の月額を区切りのよい幅で区分したもので、第1級の5万8千円から第50級の139万円に区分されています。

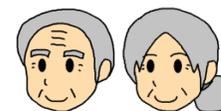
※2 総医療費とは、保険適用分で支払った医療費が10割負担だった場合にいくら？という金額です。あくまでも保険適用分のみのため、入院時食事代や差額ベッド代等は除いて計算します。

※3 区分アまたは区分イに該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、区分オの該当にはなりません。

自己負担限度額について②

◆70歳以上75歳未満の自己負担限度額

【平成30年8月診療分以降】



区分	個人ごと	世帯ごと
	(通院)	(入院を含む)
現役並みⅢ (標準報酬月額83万円以上)	252,600円 + (総医療費 - 842,000) × 1% 〈140,100円〉	
現役並みⅡ (標準報酬月額53~79万円)	167,400円 + (総医療費 - 558,000) × 1% 〈93,000円〉	
現役並みⅠ (標準報酬月額28~50万円)	80,100円 + (総医療費 - 267,000) × 1% 〈44,400円〉	
一般所得者 (標準報酬月額26万円以下)	18,100円 (年間上限14.4万円)	57,600円 〈44,400円〉
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ (所得が一定基準以下)		15,000円

被保険者が70歳未満、被扶養者が70歳以上の場合は、赤枠で計算します。

※現役並所得Ⅱ及びⅠの方は医療費が高額になる場合、「限度額適用認定証」の申請が必要です。
低所得の方は医療費が高額になる場合、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請が必要です。

低所得者について①

ポイント

被保険者（保険料を納めている方）の市区町村民税が非課税であれば、所得区分は「オ 低所得者」（70歳以上75歳未満の方は「低所得者Ⅱ」）に該当します。

※ただし、70歳未満の標準報酬月額53万円以上の場合や、70歳以上現役並み所得者に該当する場合を除く。

療養を受ける方が被扶養者の場合でも、被保険者の所得で所得区分が低所得か否か判断されます。



「イメージ」

私は市区町村民税が非課税です



被扶養者
(70歳未満)

私も非課税です



被保険者
70歳未満
標準報酬月額28万円

所得区分は
「オ」

私は非課税ではありません



被保険者
70歳未満
標準報酬月額28万円

所得区分は
「ウ」

低所得者について②

低所得者に該当する場合は、申請の際に被保険者の「**非課税証明書**」等の添付が必要になります。

非課税証明書の年度に注意！

毎年 **8月** が基準です

◆平成30年8月～令和元年7月の受診：平成**30**年度の証明（平成29年1月～12月分の所得）

◆令和元年8月～令和2年7月の受診：令和**元**年度の証明（平成30年1月～12月分の所得）

＜診療月が平成29年8月以降の場合＞

**マイナンバーをご記入いただくことで、
非課税証明書等の添付が不要となります**

申請書のマイナンバー記載欄に被保険者のマイナンバーを記入のうえ、本人確認書類を「本人確認書類貼付台紙 マイナンバーによる課税情報等の確認申出書」に貼付し、申請書に添付してください。

本人確認書類貼付台紙 マイナンバーによる課税情報等の確認申出書

本人確認書類貼付台紙
マイナンバーによる課税情報等の確認申出書

本人確認書類貼付台紙
マイナンバーによる課税情報等の確認申出書

高額療養費が支給されるまで

《高額療養費支給までの流れ》

加入者



②-2 高額療養費支給申請書の提出

③ 高額療養費の支給

① 一部負担金の支払い

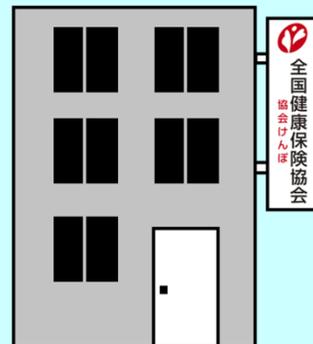
医療機関



②-1 レセプトの提出

保険者へ医療費の7割分（自己負担3割の場合）を請求する際に、医療機関から保険者へ提出されます。社会保険診療報酬支払基金での審査を経るため、協会けんぽに到着するまで約3か月かかります。

協会けんぽ



高額療養費は、レセプトが協会けんぽに届いてからの審査となりますので、支給されるのは診療した月から早くても約3～4か月後になります。



高額療養費の計算

実際に高額療養費を計算してみましょう！

例題

70歳未満の被保険者（所得区分：ウ※）が、同一月にA病院で入院し、窓口で900,000円支払った（総医療費は3,000,000円）。この場合、高額療養費でどのように請求できるか？

※ P.8参照

計算方法

所得区分ウの計算式に当てはめると・・・

$$\begin{aligned} \text{ウの計算式} &\rightarrow 80,100\text{円} + (\text{総医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\% = \text{自己負担限度額} \\ &80,100\text{円} + (3,000,000\text{円} - 267,000\text{円}) \times 1\% = 107,430\text{円} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{窓口支払い分 (自己負担額)} - \text{自己負担限度額} &= \text{高額療養費支給額} \quad \text{のため、} \\ 900,000\text{円} - 107,430\text{円} &= \underline{\underline{792,570\text{円}}} \end{aligned}$$

高額療養費として支給

世帯合算

世帯※で複数の方が同じ月に病気やけがをして医療機関で受診した場合や、おひとりが複数の医療機関で受診したり、一つの医療機関で入院と外来で受診した場合は、一部負担金の額（自己負担額）は世帯で合算することができ、その**合算した額が自己負担限度額を超えた場合は、超えた額が払い戻されます。**

※ここでいう世帯とは、協会けんぽに加入している被保険者とその被扶養者です。

合算対象	
70歳未満	70～75歳未満
下記要件を満たす 21,000円以上 の自己負担額	全ての自己負担額

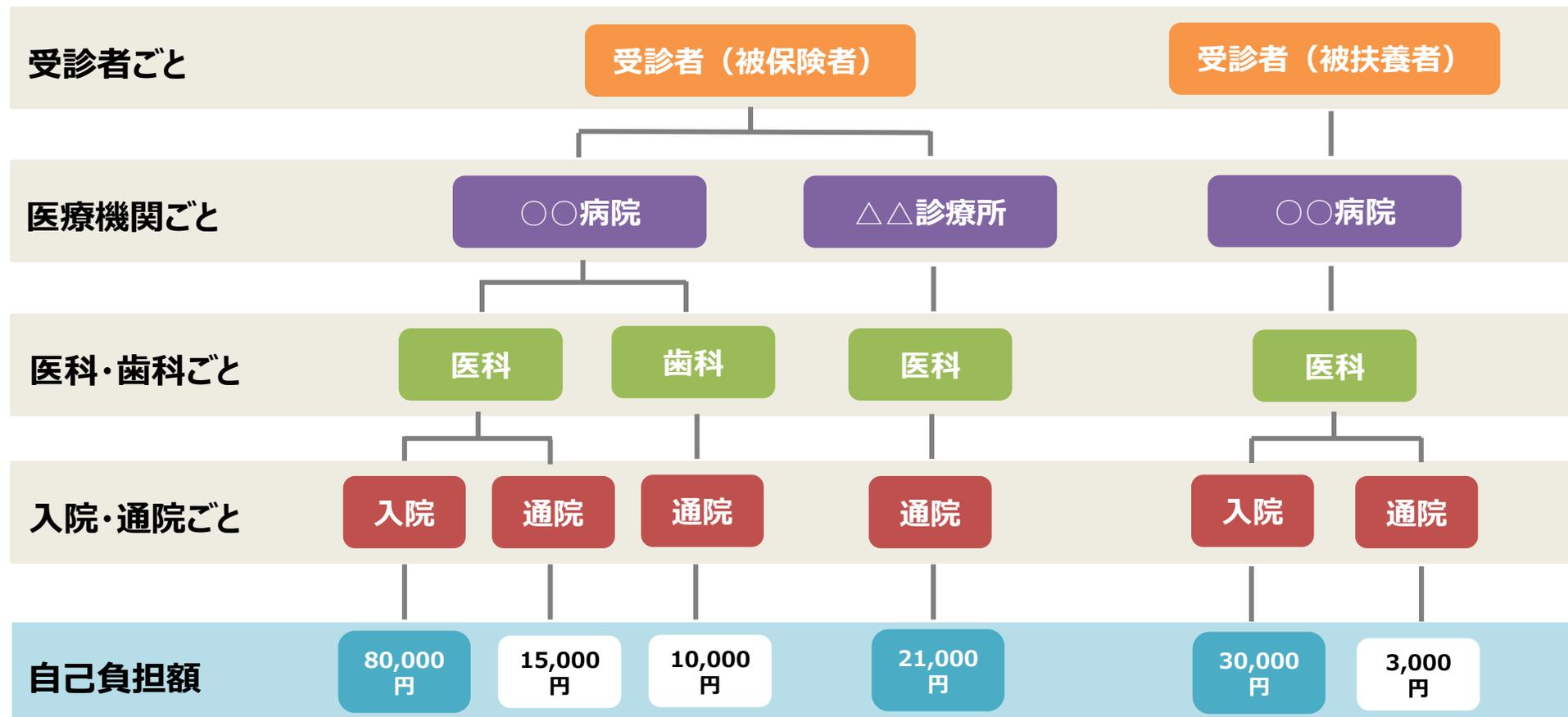
◆計算するときは、下記①～⑦の項目ごとに区分し、ひとつの区分で**21,000円以上**のものが合算対象となります。

①1か月ごと ②受診者ごと ③医療機関ごと ④医科 ⑤歯科 ⑥入院 ⑦通院（外来）

◆医療機関から交付された処方箋により調剤薬局で調剤を受けた場合、薬局で支払った自己負担額は、処方箋交付元の医療機関で支払った自己負担額に含めて計算します。

（処方箋は月をまたぐと、診療を受けた月の申請には合算できませんので、ご注意ください！）

《世帯合算の例（70歳未満の世帯の場合）》

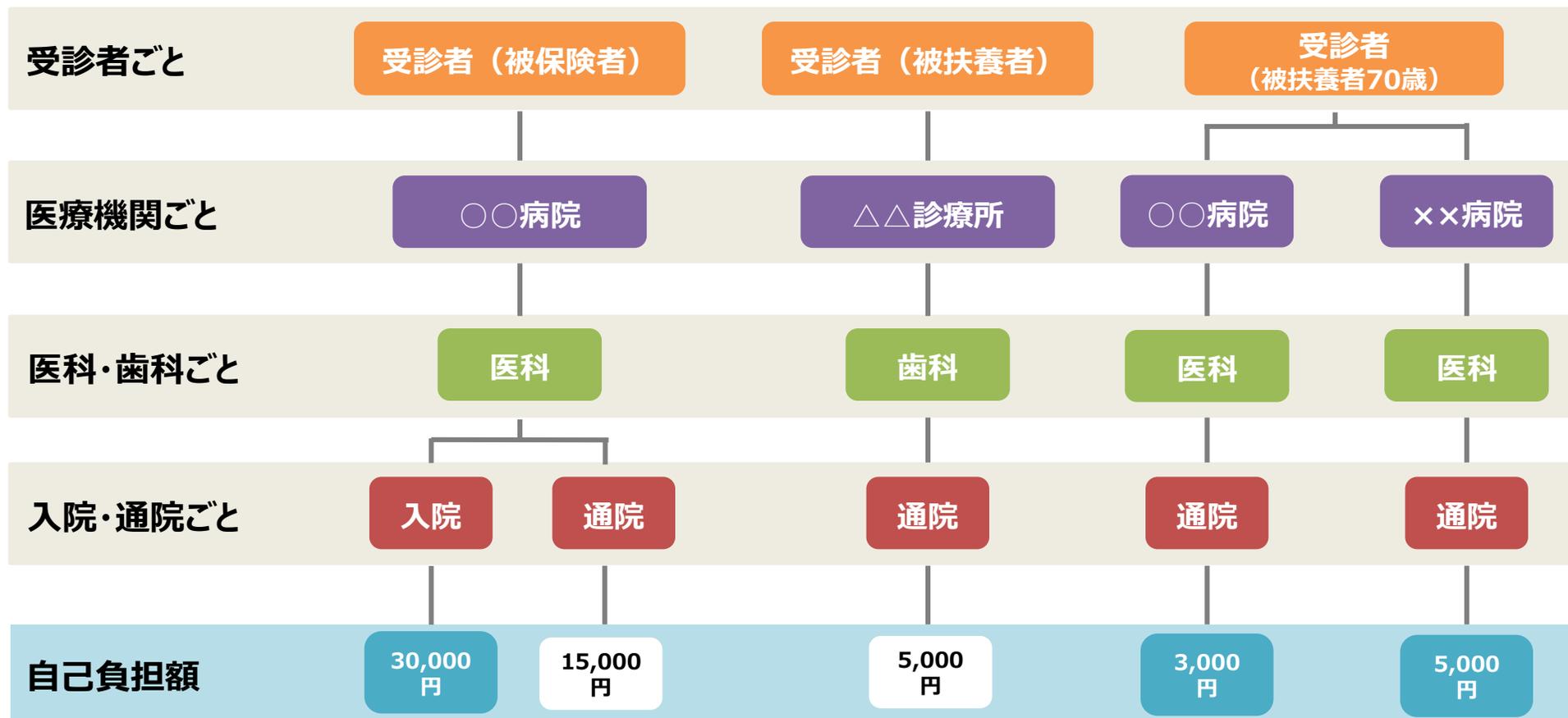


上記の例では、 中の数字が世帯合算の対象となります。



高額療養費応用編「世帯合算」について③

《世帯合算の例（70歳以上を含む世帯の場合）》



上記の例では、**■**の中の数字が世帯合算の対象となります。
70歳以上の方は、金額にかかわらず全ての負担分が合算対象となることに
注意してください。



高額療養費応用編「世帯合算」の計算①

実際に世帯合算がある高額療養費を計算してみましょう！

例題

平成30年8月に、70歳未満の被保険者A（所得区分：ウ※）は、甲病院の外来で45,000円支払い（総医療費は150,000円）、70歳未満の被扶養者Bは乙診療所に入院して60,000円支払った（総医療費は200,000円）。また、同一月に、被扶養者Bは乙診療所に通院もして、20,000円支払った（総医療費は60,000円）。この場合、高額療養費でどのように請求できるか？

※ P.8参照

計算方法

①まずは、世帯合算できるものを探しましょう！

→被保険者、被扶養者ともに70歳未満のため、**合算対象となるのは21,000円以上の自己負担額のもの。**

被保険者A
甲病院 外来
自己負担額：45,000円
(総医療費：150,000円)

被扶養者B
乙診療所 入院
自己負担額：60,000円
(総医療費：200,000円)

被扶養者B
乙診療所 外来
自己負担額：20,000円
(総医療費：60,000円)

合算できる

合算できない

②所得区分ウの計算式に当てはめると・・・

$$\begin{aligned} \text{ウの計算式} &\rightarrow 80,100\text{円} + (\text{総医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\% = \text{自己負担限度額} \\ &80,100\text{円} + (150,000\text{円} + 200,000\text{円} - 267,000\text{円}) \times 1\% = 80,930\text{円} \end{aligned}$$

$$105,000\text{円} (45,000\text{円} + 60,000\text{円}) - 80,930\text{円} = \underline{\underline{24,070\text{円}}}$$

高額療養費として支給

高額療養費応用編「世帯合算」の計算②

次は70歳以上の方を含んだ計算をしてみましょう！

例題

平成30年8月に、73歳の被保険者A（所得区分：標準報酬月額28万～50万円※）は、甲病院の外来で30,000円支払い（総医療費は100,000円）、さらに乙診療所の外来で6,000円支払った（総医療費は20,000円）。また、同一月に68歳の被扶養者Bは乙診療所に入院して300,000円支払った（総医療費は1,000,000円）。この場合、高額療養費でどのように請求できるか？

※ P.8～9参照

計算方法

①まずは、世帯合算できるものを探しましょう！

→被保険者Aは70歳以上のため、**合算対象となるのはすべて。**

被扶養者Bは70歳未満のため、**合算対象となるのは21,000円以上の自己負担額のもの。**

被保険者A（70歳以上）
甲病院 外来
自己負担額：30,000円
(総医療費：100,000円)

被保険者A（70歳以上）
乙診療所 外来
自己負担額：6,000円
(総医療費：20,000円)

被扶養者B（70歳未満）
乙診療所 入院
自己負担額：300,000円
(総医療費：1,000,000円)

合算できる

②70歳未満を含んだ世帯合算なので、8ページの自己負担限度額の表を見る。所得区分ウの計算式に当てはめると・・・

ウの計算式 → $80,100円 + (\text{総医療費} - 267,000円) \times 1\% = \text{自己負担限度額}$
 $80,100円 + (100,000円 + 20,000円 + 1,000,000円 - 267,000円) \times 1\% = 88,630円$

$336,000円 (30,000円 + 6,000円 + 300,000円) - 88,630円 = \underline{\underline{247,370円}}$

高額療養費として支給

多数該当

受診した月以前1年間（直近11カ月）に、同一世帯で3か月以上の高額療養費の支給を受けた場合は、4か月目から「多数該当」となり、自己負担限度額が軽減されます。

◆8ページの自己負担限度額の表を参考に

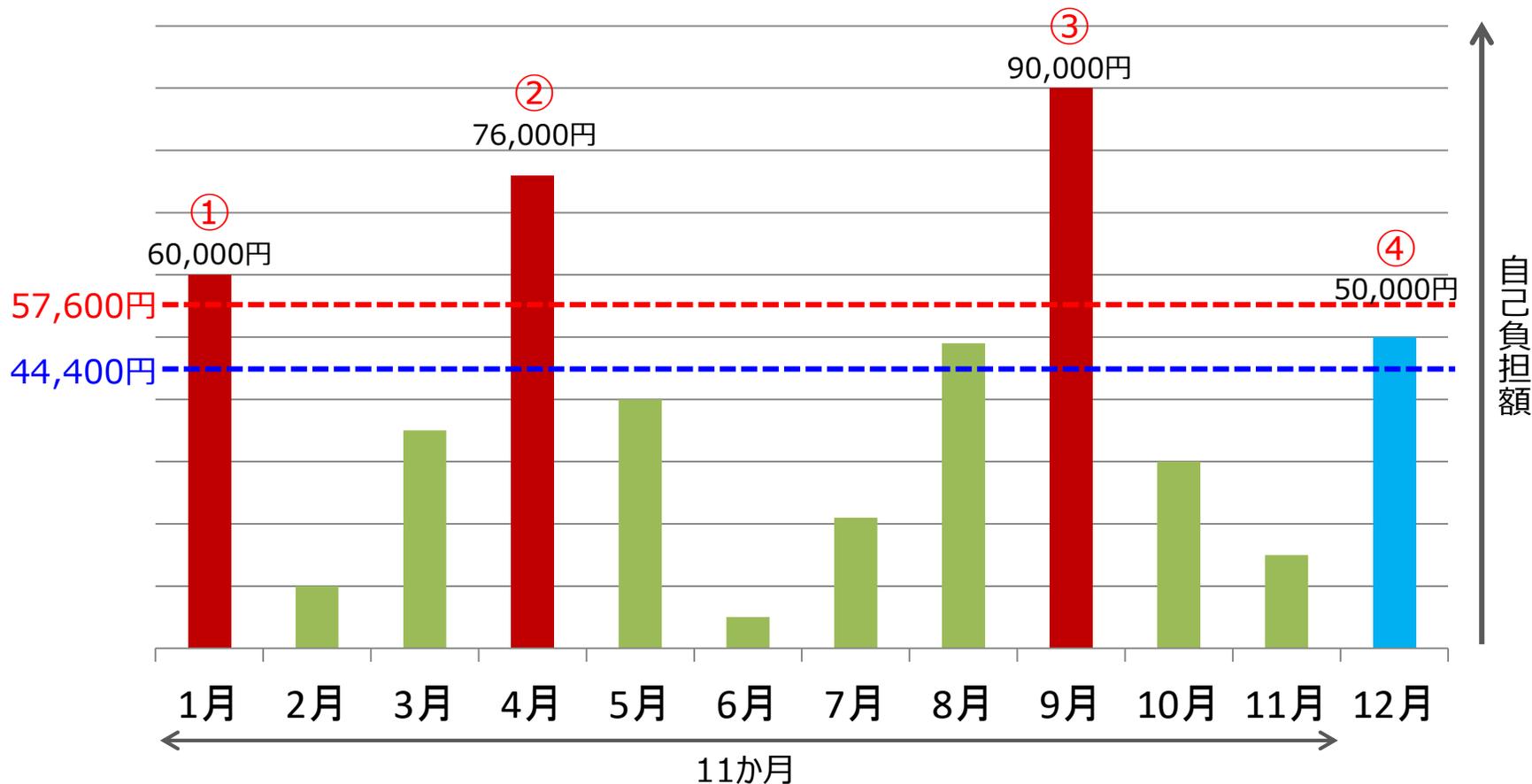
被保険者の所得区分 (標準報酬月額)		自己負担限度額	多数該当
ア	83万円以上	252,600円 + (総医療費-842,000円) × 1%	140,100円
イ	53万～79万円	167,400円 + (総医療費-558,000円) × 1%	93,000円
ウ	28万～50万円	80,100円 + (総医療費-267,000円) × 1%	44,400円
エ	26万円以下	57,600円	44,400円
オ	低所得者 (住民税非課税者等)	35,400円	24,600円

4か月目からは自己負担限度額が多数該当の金額までになります。

高額療養費応用編「多数該当」について②

《多数該当となる月の数え方》

例：70歳未満の被保険者で所得区分がエ（自己負担限度額57,600円）の場合



上記のように、12月（④）の自己負担額は57,600円以上ではありませんが、12月の直近11か月（1月～11月）で高額療養費に3回該当すれば**多数該当**となり、自己負担限度額が軽減され、高額療養費が支給されるという仕組みになっています。



ポイント

多数該当は同一保険者・同一被保険者での適用となります。



同一保険者？同一被保険者？

健康保険は、加入している保険によって組織が変わります。例えば、社会保険と国民健康保険では、協会けんぽと市区町村で管轄が変わりますよね？これを管轄している組織を「**保険者**」と言います。被保険者は、健康保険に加入している本人のことです。



じゃあ、例えば、**社会保険から国民健康保険に保険を切り替えた場合は、同じ保険者ではなくなるから、多数該当が適用されなくなるってこと？**

その通りです。その場合は、多数該当の高額療養費該当月のカウントがリセットされ、保険者を切り替えた月から、高額療養費の該当月をカウントして多数該当を定めます。被保険者の場合も同じで、被保険者が別人になった場合等もカウントがリセットされます。



<多数該当のカウントを継続できる例>

協会けんぽ千葉支部 → 協会けんぽ東京支部
協会けんぽの被保険者 → 協会けんぽの被保険者 など協会けんぽ同士 (協会けんぽは単一保険者のため)

申請書の記入について①(高額療養費)

1/2ページ 被保険者(申請者)記入

1

被保険者情報

健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書

1 2 ページ 被保険者記入用 高

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、楷书で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者証の(左づめ) 記号 番号 生年月日 年 月 日

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

協会 太郎

〒 000 - 1234 千葉 市 〇〇市〇〇1-2-3

TEL 043 (00) 0000

2

振込先指定口座

金融機関名称 ××

預金種別 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知

口座番号 1 2 3 4 5 6 7

口座名義 ケンポ ハナコ

口座名義の区分 2 1. 被保険者 2. 代理人

3

要取代理人の欄

被保険者 協会 太郎

代理人(口座名義人) 健保 花子

関係 姉

- 被保険者情報を記入してください。
氏名が自署の場合、押印は省略できます。

被保険者がお亡くなりになり、相続人が申請される場合は相続人の名前や住所を記入してください。
(ただし、記号番号と生年月日は被保険者の情報を記入してください。)
- ゆうちょ銀行の口座へお振込を希望される場合は、振込専用の三桁の漢数字の支店名、預金種別・口座番号を記入してください。
- 被保険者(申請者)名義以外の口座にお振込を希望される場合、記入・押印が必要です。代理人の印は、被保険者(申請者)と別の印で押印してください。

申請書の記入について② (高額療養費)

2/2ページ 被保険者 (申請者) 記入

被保険者 健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書 世帯合算

1 2 ページ 被保険者記入用

被保険者氏名 協会 太郎

1 診療月 平成 30 年 2 月 [左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院別等)にご記入ください。]

2 受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
	氏名 協会 一郎	協会 一郎	協会 一郎
3 療養を受けた医療機関・薬局の名称	〇〇総合病院	〇〇総合病院	△△薬局
	所在地 〇〇市〇〇1-2	〇〇市〇〇1-2	〇〇市××5-6
4 病名・ケガの別	1. 病名(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷)	1. 病名(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷)	1. 病名(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷)
	療養を受けた期間 300202 から 15 まで	300213 から 13 まで	300213 から 13 まで
5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	200,000 円	15,000 円	10,000 円
	自己負担額が不明の場合は支払った総額		
6 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	2. はい	2. はい	2. はい
	助成を受けた制度の名称		
7 限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無	2. 無	2. 無	2. 無
	自己負担分の助成の内容		

8 診療月 1 平成 年 月 2 平成 年 月 3 平成 年 月

市区町村長が証明する欄

641210

全国健康保険協会 協会けんぽ

2/2

- ④ 申請する月を記入してください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。
- ⑤ 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けて記入してください。療養期間は申請診療月内の期間を記入してください。医療機関が複数に分かれたり、世帯合算等で使用する枠が足りない場合は、このページ(2/2ページ)を複数使用して記入してください。
- ⑥ 医療機関で支払った額のうち、保険診療分の金額(差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などを引いた額)を記入してください。保険診療分の金額が明確ではないときは、医療機関等の窓口で支払った金額を下段に記入してください。
- ⑦ 被保険者の該当年度の市区町村民税が非課税の場合に、市区町村長から証明を受けてください。(詳しくはP.24をご覧ください)

申請書の記入について③（高額療養費）

添付書類等について

以下の場合には「高額療養費支給申請書」のほかに添付書類等が必要となります。

《被保険者の該当年度の市区町村民税が非課税の場合》

- ・被保険者の「非課税証明書（原本）」（該当年度のもの）
- ・P.23⑦の箇所に市区町村長から証明を受ける
- ・申請書のマイナンバー記載欄に被保険者のマイナンバーを記入
+
「本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書」

いずれか1つ

《公的制度から医療費の助成を受け、窓口負担が軽減されている場合》

- ・医療機関の領収書（コピー）

《被保険者本人が亡くなっており、相続人が請求する場合》

- ・被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本（原本）」等

《ケガでの診療が含まれている場合》

- ・「負傷原因届」
※ 第三者による傷病の場合は「第三者行為による傷病届」

申請前
ご確認ください！



限度額適用認定証

限度額適用認定証について①

《高額療養費の問題点》

- ① 該当の都度、申請が必要（自己申告する必要がある）
- ② 払い戻しがあるとはいえ、一時的に大きな出費が必要
- ③ 払い戻しまで時間がかかる（診療月から早くても3～4か月後）



限度額適用認定証の利用をお勧めしています



限度額適用認定証

「**限度額適用認定証**」と健康保険証を併せて医療機関等の窓口※1に提示すると、1か月（1日から月末）の支払いが自己負担限度額まで※2となり高額療養費の申請が原則不要※3となります。

※1 保険医療機関（入院・外来別）、保険薬局等それぞれでの取り扱いとなります。

※2 保険外負担分（部屋代、ベッド代等）や食事負担分は対象外となります。

※3 世帯合算や多数該当の場合、または医療機関を複数受診されている場合等は、別途高額療養費の申請も必要になることがあります。

限度額適用認定証について②

《13Pを例にすると…》

	限度額適用認定証を 提示しない場合	限度額適用認定証を 提示した場合
医療機関窓口での自己負担額	900,000円	107,430円
高額療養費の申請	要	不要
申請から支給されるまでの期間	診療した月から早くても 約3～4か月後	
高額療養費の支給額	792,570円	
最終的な自己負担額	107,430円	107,430円

《限度額適用認定証の利用対象者》

1. 70歳未満の協会けんぽ加入者
2. 70歳以上75歳未満の被保険者で標準報酬月額が「28万～50万円」または「53万～79万円」の方
または上記被保険者の被扶養者であり70歳以上75歳未満の方

※ 70歳以上75歳未満の方で、上記2に挙げた標準報酬月額以外の方は、「高齢受給者証」を健康保険証と併せて提示することで窓口での支払いが自己負担限度額までとなります。（P.9の所得区分：低所得者の方を除く）

《申請方法》

「健康保険限度額適用認定申請書※」を加入先の協会けんぽ支部にご提出ください。

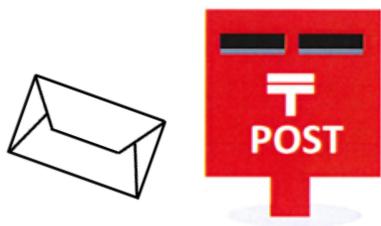
※ 被保険者の市区町村民税が非課税の場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をご提出ください。

限度額適用認定証について③

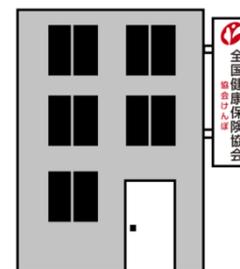
ポイント

入院の予定がある場合など、事前に高額な医療費の支払いが予想される場合は、早めに限度額適用認定証の申請をしていただき、ご準備をお願いいたします！

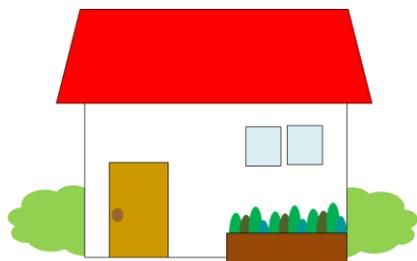
≪限度額適用認定証発行までの流れ≫



- ① 限度額適用認定証申請書を
加入先の協会けんぽ支部へ郵送
※申請書は協会けんぽHPからダウンロードできます



- ② 限度額適用認定証を発行



- ③ 送付希望先へ送付
(①の約1週間～10日後)



- ④ 医療機関へ健康保険証と
併せて提示

限度額適用認定証があれば、高額療養費の申請は必要ないのですか？



限度額適用認定証があれば、医療機関等の窓口での支払いが自己負担限度額までになるのよね。じゃあ、高額療養費の申請は必要ないのかしら？

高額療養費は、P.14の世帯合算や、P.19の多数該当等の特殊なケースがあります。医療機関では、そのような場合の把握ができないので**高額療養費の申請が必要になります**。例えば、医療機関と調剤薬局は別々の箇所にあることが多いですよね。医療機関で自己負担限度額分を支払って、処方箋を持って調剤薬局で薬を出してもらったら自己負担額は0円になるのが高額療養費の考え方ですけど、実際は調剤薬局でも薬代を払いますよね？



そうそう！何で、医療機関で自己負担限度額分まで払っているのに、薬局でもお金がかかるの？限度額適用認定証の意味が無いと思うのだけれど……

それは、医療機関と調剤薬局では会計が別になっているからなんです。医療機関では、「この人は今月、自己負担限度額分まで支払っている」ことを知っているけれど、調剤薬局は別会計のため、そのことが分からないんです。医療機関が違って同じことが言えます。A病院で自己負担限度額分払っていても、同一月にB病院で受診するとそちらでも窓口での支払いがあります。その場合は、高額療養費を利用させていただくことになるのです。



申請書の記入について（限度額適用認定証）

1 / 1ページ 被保険者（申請者）記入

健康保険 限度額適用認定 申請書 被保険者記入用 限

記入方法については、「健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、概書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 01123456789アイウ

1 被保険者情報欄

記号	番号	生年月日
被保険者証の (左づめ)	12345678 910	年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6111022
氏名・印 (フリガナ)	キョウカイ タロウ 協会 太郎	自署の場合は押印を省略できます。
住所 (〒 000 - 1234)	千葉 市 ○○市○○1-2-3	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 043 (00) 0000	

2 療養を受ける方欄

療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要がありません。)	氏名	生年月日
	協会 一郎	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 15 年 1 月 1 日
療養予定期間 (申請期間)	平成 30 年 9 月 ~ 平成 30 年 11 月	申請月の初日から最長で1年間となります。

3 上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住所 (〒 111 - 2222)	東京 区 △△区△△5-6-7
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (0000) 0000
宛名	○○病院

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

氏名・印	印	被保険者との関係
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	<input type="checkbox"/> 被保険者本人が入居中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他
		申請代行の理由 ()

※限度額適用認定証の送付先または、申請書を送戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。
※申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の
提出代行書記載欄

印

受付日付印

230117 1

全国健康保険協会 協会けんぽ 1 / 1

- 被保険者情報を記入してください。氏名が自署の場合、押印は省略できます。
- ◆「療養を受ける方」
限度額適用認定証の発行を希望する方が被扶養者の場合は氏名、生年月日を記入してください。

◆「療養予定期間（申請期間）」
限度額適用認定証を利用する期間を記入してください。
予定年月が不明の場合は、空欄にさせていただくことで、申請書を受け付けた月の1日から最長1年間有効な認定証を作成します。

※ 原則、申請書を受け付けた月の前月以前に遡及しての発行はできません。

- ①の「被保険者情報」欄に記入した住所以外に送付を希望する場合に記入してください。
申請書を不備等でお返すする場合も、こちらの住所に送付します。

※入院先の病院に直接送付を希望する場合は、申請をする前に病院に「直接送付して受け取ることは可能か」を必ずご確認ください！

申請書の記入について①（限度額適用・標準負担額減額認定証）（市区町村民税非課税者用）

1/2ページ 被保険者（申請者）記入

- ① 市区町村民税が非課税の方で、申請月以前1年間で90日以上入院されている場合、「はい」に☑を入れてください。（入院時の食事療養標準負担額が減額されるため）

この場合、限度額適用・標準負担額認定証は申請書の受け付けた月の翌月1日から有効なものを発行します。

<参考>
入院時の食事療養標準負担額が減額されます。

入院時食事負担額（平成30年4月～）

所得区分	入院時食事負担額
一般の方	1食につき460円
住民税非課税世帯の方	1食につき210円
住民税非課税世帯の方で過去1年間の入院日数が90日を超えている場合	1食につき160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	1食につき100円

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税などの低所得者用

1 2 ページ 減

記入方法および添付書類等については、「健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、楷书で特内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者証の (左詰め)	記号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0	番号 9 1 0	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 6 1 1 0 2 2
氏名・印	(フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 協和 <input type="checkbox"/> 平成 協会の場合は印を省略できます。
住所	(〒 000 - 1234) 千葉 〇〇市〇〇1-2-3		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 043 (00) 0000		

療養を受ける方	氏名	生年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
療養予定期間(申請期間)	平成 30 年 9 月 ~ 平成 30 年 11 月	
療養する方は、長期入院されましたか？ <small>※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることですが、ただし、市区町村民税が課税されていない期間の入院期間に限りです。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」と答えた場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入ください。	

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住所	(〒 -) 都 道 府 県
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()
宛名	

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

氏名・印	被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他
電話番号 (日中の連絡先)	申請代行の理由 ()

※限度額適用・標準負担額減額認定証の送付先または、申請書を送戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。
※申請書受付日より前の月の限度額適用・標準負担額減額認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

被保険者のマイナンバー記載欄
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人健康保険証を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号 協会使用欄

2 3 0 1 1 7 1

全国健康保険協会
協会けんぽ

1/2

1

Copyright © Japan Health Insurance Association. All right reserved.

31

全国健康保険協会 千葉支部
協会けんぽ

申請書の記入について②（限度額適用・標準負担額減額認定証）

2/2ページ 被保険者（申請者）記入

1

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書		市区町村民税 非課税などの 低所得者用	1	2	ページ
長期入院 申請を行った月以前 1年間の入院日数合計		91		日数	
①	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成 30 年 4 月 1 日 から 平成 30 年 4 月 30 日まで	30 日数		
入院した 保険医療機関等		名称	〇〇総合病院		
		所在地	〇〇市〇〇1-2		
②	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成 30 年 6 月 1 日 から 平成 30 年 7 月 31 日まで	61 日数		
入院した 保険医療機関等		名称	××附属病院		
		所在地	△△市△△5-6		
③	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	日数		
入院した 保険医療機関等		名称			
		所在地			
④	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	日数		
入院した 保険医療機関等		名称			
		所在地			
⑤	申請を行った月以前 1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	日数		
入院した 保険医療機関等		名称			
		所在地			

2

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。

当該被保険者(氏名)は平成()年度の市区町村民税が課税されないことを証明する。

市区町村長名 印

※4月～7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年年度の課税に関する証明が必要となります。

様式番号

230216

全国健康保険協会
協会けんぽ

2/2

- ① 申請を行った月以前1年間で、市区町村民税が非課税であった期間中の入院期間が90日を超える場合は、その入院期間を記入してください。また、入院期間を証明する書類（領収書等）の添付が必要です。

入院先が6機関以上に渡る場合は、このページ（2/2ページ）を複数使用し、記入してください。

- ② 市区町村長から証明を受けてください。または、下記添付書類をお付けください。

添付書類について

- ① 被保険者の「非課税証明書（原本）」（該当年度のもの）
- ② 申請書のマイナンバー記載欄に被保険者のマイナンバーを記入
+
「本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書」

①もしくは②のいずれかが必要です。

本人確認書類貼付台紙 マイナンバーによる課税情報等の確認申出書

1 2 ページ

本人確認書類貼付台紙 マイナンバーによる課税情報等の確認申出書

下記の申請時に、マイナンバーを記入される場合は、「番号確認書類」と「身元確認書類」の両方のコピーをこの台紙に貼り付け、申請書と一緒に提出してください。協会けんぽにて、課税情報等を確認いたします。※1

※1 行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

＜マイナンバーでの情報確認により、住民税(非)課税証明書や所得証明書等の添付を省略できます＞

対象申請の種類

マイナンバーを記入し、この台紙(本人確認書類の貼付済)を添付して提出した場合、当協会にて課税情報を確認いたします。

- 高額療養費の申請
- 食事及び生活療養費標準負担額の減額申請
- 限度額適用・標準負担額減額認定申請

マイナンバーを記入し、この台紙(本人確認書類の貼付済)を添付して提出した場合、当協会にて収入情報を確認いたします。(70歳以上の被保険者および被扶養者、すべての方の書類添付が必要です。台紙が不足する場合は、コピーをご使用ください)

- 基準収入額適用の申請

マイナンバーを記入し、この台紙(本人確認書類の貼付済)を添付して提出した場合、当協会にて課税情報の確認及び自己負担額の確認を行います。

- 高額介護合算療養費の申請

マイナンバーカード(個人番号カード)をお持ちの場合

マイナンバーカードの裏面が「身元確認書類」、裏面が「番号確認書類」となります。両面(表裏)のコピーを貼り付けてください。

マイナンバーカードをお持ちでない場合

番号確認書類

- ① ● 個人番号通知のコピー
- 住民票(マイナンバーの記載のあるもの)
- 住民票記載事項証明書(マイナンバーの記載のあるもの)

のうち、どれか一つ

身元確認書類

- ② ● 運転免許証のコピー
- パスポートのコピー
- その他官公署が発行する写真つき身分証明書のコピー

のうち、どれか一つ

①から1つ、②から1つ、合計2つを貼り付けてください。

■2ページ目が貼り付け場所です。

被保険者情報欄をご記入ください。
申請にあたり、マイナンバーによる課税情報等の確認を利用します。

被保険者情報	被保険者証の(左づめ)	記号	番号
	住民票上の住所 ※2	〒	
	氏名	(フリガナ)	

※2 …… 下記を確認のうえ、住民票上の住所をご記入ください。

- ・平成29年8月診療～平成30年7月診療分は、平成29年1月1日の住所
- ・平成30年8月診療～平成31年7月診療分は、平成30年1月1日の住所

注：
基準収入額適用申請書の場合のみ、以下の住民票上の住所をご記入ください。(被扶養者の住所も同様です。)

- ・1月～7月の申請の場合 → 前年1月1日の住所
- ・8月～12月の申請の場合 → 去年1月1日の住所

基準収入額適用の申請をする場合は、被扶養者(旧被扶養者)情報をご記入ください。
申請にあたり、マイナンバーによる課税情報等の確認を利用します。

被扶養者情報	住民票上の住所 ※2	〒	
	氏名	(フリガナ)	

1 2 ページ

本人確認書類貼付台紙 マイナンバーによる課税情報等の確認申出書

※①と②、両方の貼付が必要です

①※ のりしろ

番号確認書類

②※ のりしろ

身元確認書類

のりしろで貼りきれない大きな添付書類の端をここに貼ってください。

付録

高額療養費の計算例題集

高額療養費の実践①

例題

被保険者Aは、〇〇病院で平成30年8月2日から8月20日まで入院した。また、退院後、同月30日に〇〇病院に通院した。

また、被扶養者Bは同月5日に××診療所に通院し、処方箋が交付され△△薬局で薬をもらった。

(それぞれの自己負担額、総医療費は下記領収書のとおり)

この場合、高額療養費でどのように請求できるか？

《登場人物》

 被保険者A (28歳、標準報酬月額41万→所得区分「ウ」)

 被扶養者B (34歳)

領収書 A様

8/2~8/20 入院分
総医療費：500,000円
自己負担額：150,000円

〇〇病院

領収書 A様

8/30 外来分
総医療費：10,000円
自己負担額：3,000円

〇〇病院

領収書 B様

8/5 外来分
総医療費：30,000円
自己負担額：9,000円

××診療所

領収書 B様

8/5 調剤分
総医療費：50,000円
自己負担額：15,000円

△△薬局

ポイント

①世帯で複数の人が同じ月にかかっているのが、世帯合算となる。

→合算対象となるもの・ならないものが混ざっているので注意！

②医療機関から交付された処方箋により、薬局で調剤を受けている。

→薬局で支払った自己負担額は、処方箋交付元の医療機関で支払った自己負担額に含めて計算する！

次のページで実際に
計算してみましょう！

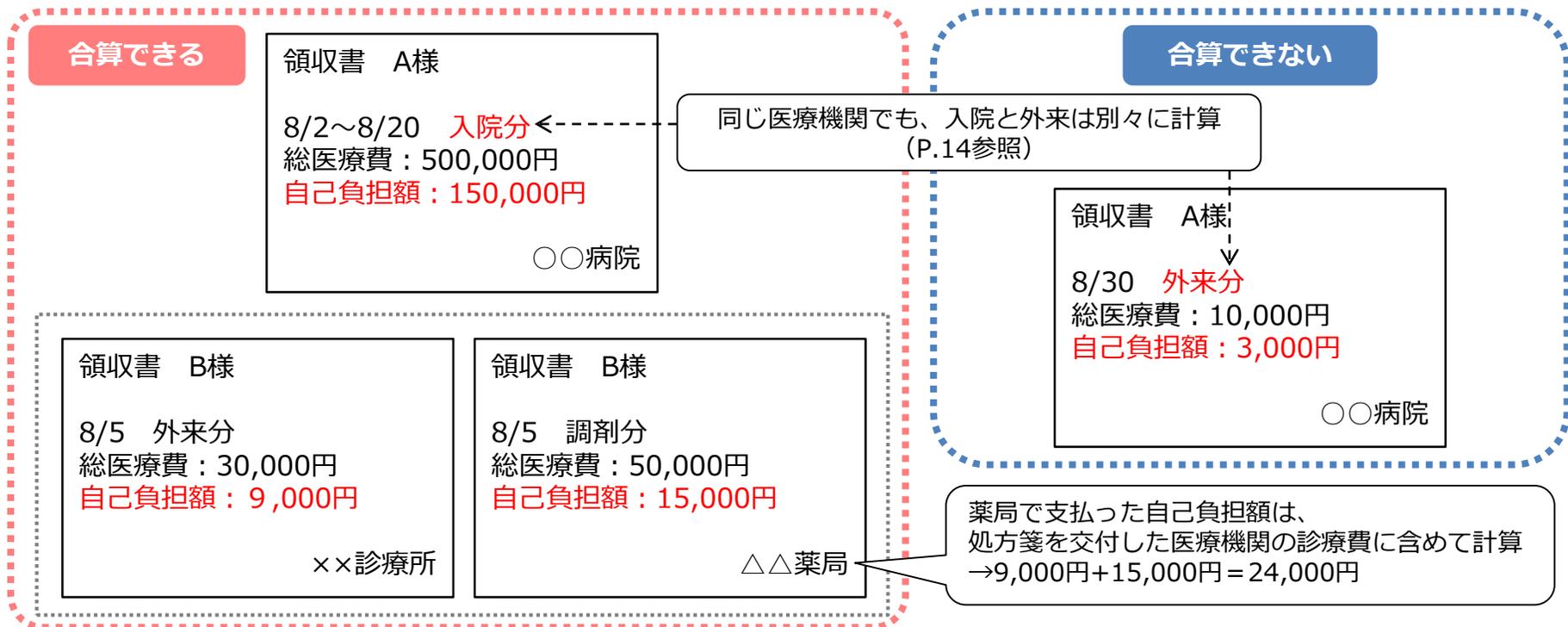


高額療養費の実践②

計算方法

①まずは、世帯合算できるものを探しましょう！

→被保険者、被扶養者ともに70歳未満のため、**合算対象となるのは21,000円以上の自己負担額のもの**



② 所得区分ウの計算式に当てはめると・・・

$$\begin{aligned} \text{ウの計算式} &\rightarrow 80,100\text{円} + \left(\begin{array}{l} \text{総医療費} \\ 500,000\text{円} + 30,000\text{円} + 50,000\text{円} \end{array} - 267,000\text{円} \right) \times 1\% = \text{自己負担限度額} \\ &80,100\text{円} + \left(500,000\text{円} + 30,000\text{円} + 50,000\text{円} - 267,000\text{円} \right) \times 1\% = 83,230\text{円} \end{aligned}$$

$$174,000\text{円} (150,000\text{円} + 9,000\text{円} + 15,000\text{円}) - 83,230\text{円} = \underline{\underline{90,770\text{円}}}$$

高額療養費として支給

高額療養費の実践③

例題

被保険者Aは、〇〇病院で平成30年8月20日から9月20日まで入院した。

また、被扶養者Bは平成30年9月10日に××歯科に通院し、さらに同月15日に△△病院に通院した。

(それぞれの総医療費、自己負担額は下記領収書のとおり)

この場合、高額療養費でどのように請求できるか？

《登場人物》

 被保険者A (28歳、標準報酬月額26万→所得区分「工」)

 被扶養者B (71歳、負担割合：2割)

領収書 A様

8/20～8/31入院分
総医療費160,000円
自己負担額48,000円

〇〇病院

領収書 A様

9/1～9/20入院分
総医療費200,000円
自己負担額60,000円

〇〇病院



領収書 B様

9/10通院分
総医療費10,000円
自己負担額2,000円

××歯科

領収書 B様

9/15通院分
総医療費8,000円
自己負担額1,600円

△△病院



ポイント

①高額療養費の算定は1か月ごとに行う。

→月をまたいでいる場合は月ごとに分けて計算する。

②世帯で複数の方が同じ月にかかっているので、世帯合算となる。

→70歳以上の方は全ての自己負担額が合算対象となることに注意！

次のページで実際に
計算してみましょう！



計算方法

①診療月ごとに整理します。

8月

領収書 A様

8/20~8/31入院分
総医療費160,000円
自己負担額48,000円

〇〇病院

9月

合算できる

領収書 A様

9/1~9/20入院分
総医療費200,000円
自己負担額60,000円

〇〇病院

領収書 B様

9/15通院分
総医療費8,000円
自己負担額1,600円

△△病院

領収書 B様

9/10通院分
総医療費10,000円
自己負担額2,000円

××歯科

②70歳未満を含んだ世帯合算なので、8ページの自己負担限度額の表を見る。
所得区分は「工」なので、自己負担限度額は57,600円

◆8月：57,600円 > 48,000円（自己負担額）⇒支給対象外

◆9月：60,000円+1,600円+2,000円=63,600円（自己負担額）

63,600円 - 57,600円 = 6,000円

高額療養費として支給

MEMO