

高額療養費制度

重篤な疾患により入院・手術ともなれば、その期間が長期に及ぶことは一般的ではないかと思えます。そして、その間に負担することになる医療費がどれほどになるのか心配になるかもしれません。そのような時に、健康保険(協会けんぽなどの被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療保険)では手続きをすることで、「高額療養費制度」というものが適用され、1か月に支払う医療費は自己負担限度額(高額療養費算定基準額)までとなり、当該額を超えて支払った医療費については、「高額療養費」として払戻し(償還)してもらえるわけです。ただし、入院時にかかる食事代(「入院時食事療養費の食事療養標準負担額」と言います)や生活療養費(「入院時生活療養費(特定長期入院被保険者(療養病床に入院する65歳以上の者)が受ける生活療養費)の生活療養標準負担額」と言います)、先進医療などの評価療養、その評価療養の対象となっていない療養を患者自身が希望し、当該療養を受けたい旨申し出た場合の患者申出療養及び差額ベッド代などの選定療養といった「保険外併用療養費の自己負担分」は含まれません。

なお、高額療養費の支給申請期限は、診療月の翌月の初日から2年を経過するまでです。

<70歳未満の自己負担限度額(高額療養費算定基準額)について>

【平成27年1月診療分から】70歳未満の場合⇒70歳以上75歳未満の場合(平成30年8月診療分から)はこちら([PDF※1](#))(厚生労働省ホームページより引用)からどうぞ

適用(所得)区分	自己負担限度額	多数回該当※5
<区分ア> ・ 健保：標準報酬月額※2 830,000円以上 (報酬月額810,000円以上) ・ 国保：年間所得※3 901万円超	252,600円+ (総医療費※4－ 842,000円)×1%	140,100円
<区分イ> ・ 健保：標準報酬月額530,000円～790,000円 (報酬月額515,000円以上810,000円未満) ・ 国保：年間所得600万円超901万円以下	167,400円+ (総医療費－558,000 円)×1%	93,000円
<区分ウ> ・ 健保：標準報酬月額280,000円～500,000円 (報酬月額270,000円以上515,000円未満) ・ 国保：年間所得210万円超600万円以下	80,100円+ (総医療費－267,000 円)×1%	44,400円
<区分エ> ・ 健保：標準報酬月額260,000円以下 (報酬月額270,000円未満) ・ 国保：年間所得210万円以下	57,600円	44,400円
<区分オ>(健保:低所得者)(国保:市民(住民)税非課税世帯) ・ 健保：被保険者が市区町村民(住民)税非課税者等 ・ 国保：世帯主および国保加入者全員が市民税非課税の世帯	35,400円	24,600円

※3 「国保(国民健康保険)」の「年間所得」とは

世帯の中で国保に加入している個人毎に暦年のすべての収入（診療月が1月から7月までの場合では前々年、8月から12月までの場合では前年）から必要経費の額と基礎控除の額(合計所得金額2,400万円以下の場合430,000円)を差し引いた金額を算出し、全員分を合計した金額です。

求め方としては、「確定申告書」においては「所得金額等の合計」から、「源泉徴収票」においては「給与所得控除後の金額」から、それぞれ基礎控除(合計所得金額2,400万円以下の場合430,000円)を差し引いた金額を算出し、国保加入者全員分を合計した金額になります。

※4 総医療費とは

※ 黒塗りは個人情報の部分

この事例で「総医療費(入院の場合)」は、合計点数 $119,947 \times 10 \text{円/点} = 1,199,470 \text{円}$ となります。そして、本来であれば、そのうちの30%の部分($1,199,470 \text{円} \times 0.3 = 359,841 \text{円}$ (医療機関等の窓口で実際に負担する額は1円単位を四捨五入して359,840円となります)が自己負担額となりますが、この事例では「多数回該当※5」というものが適用されて、医療機関等の窓口での実際の自己負担額としては44,400円(「多数回該当」の適用がなければ57,600円)となっています。この事例の患者(被保険者)で言えば、自己負担限度額(高額療養費算定基準額)表の<区分エ(一般所得者)>に当てはまっています。このように、医療機関等の窓口での実際の自己負担額が「自己負担限度額(この事例では57,600円 or 44,400円)」までとなるのは、事前に「健康保険限度額適用認定証」の交付申請を行っているからです。当該認定証の交付がなされていない場合には、医療機関等の窓口では上記しましたように一旦359,840円という高額の支払いを行い、後に「健康保険高額療養費支給申請書(住民税非課税者といった低所得者の場合には、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」)」を提出し認定されることで、359,840円(実際には、1円単位となる354,841円)-57,600円=302,240円(302,241円)が払い戻されることになるわけです。

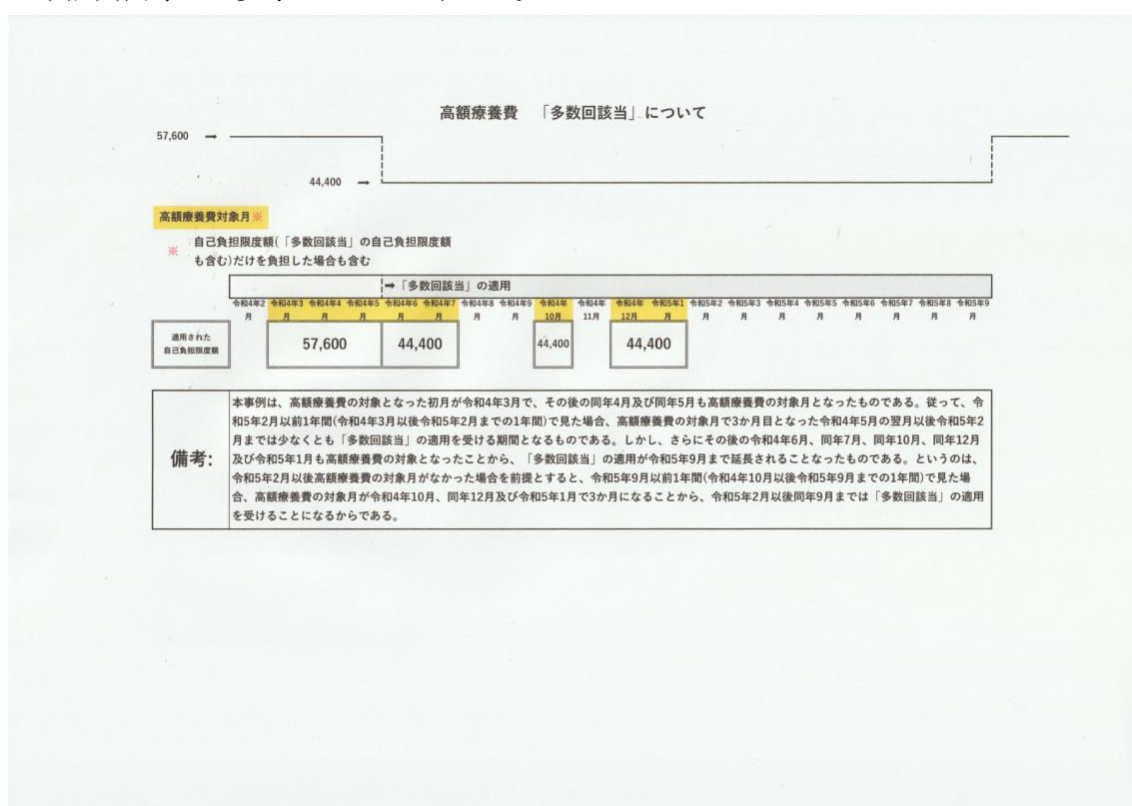
なお、参考までに、「食事療養」は高額療養費の対象外のひとつで、8,960円となるのは、「食事療養に要する平均的な費用の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定し

た額」である 640 円×食事回数 14 から導き出されています。そのうち「入院時食事療養標準負担額(食事自己負担額)」としては、一般の方の場合は 460 円となり、460 円×食事回数 14=6,440 円となっています。また、「保険外負担」欄にある室料差額(いわゆる差額ベッド代)も高額療養費の対象外のひとつで、前述しました「選定療養」と言われるものです。

※5 多数回該当とは

療養を受けた月以前の 1 年間に、3 回以上の高額療養費の支給を受けた(「健康保険限度額適用認定証」の交付を受けて使用し、自己負担限度額だけを負担した場合も含む) 場合には、4 か月目から「多数回該当」となり、自己負担限度額がさらに軽減(当該事例で言えば、57,600 円→44,400 円)されることになります。

下記図表等もご参考になさって下さい。



<高額療養費の対象となる 70 歳未満の自己負担額について>

70 歳未満の者が医療機関等の窓口で支払った自己負担額を次の①から⑦の項目ごとに区分し、1つの区分でその額が **21,000 円以上** になった場合にその対象となります。

- ① 受診月ごと
- ② 受診者ごと
- ③ 医療機関ごと
- ④ 医科ごと
- ⑤ 歯科ごと
- ⑥ 入院ごと
- ⑦ 外来(医療機関の外来で処方された薬を調剤した薬局での自己負担額が含まれます)ご

と

※4 総医療費のところで掲載しました「医療費領収書」に係る患者(被保険者)が令和4年2月から令和5年1月までの1年間に負担してきた医療費等の実例を基に当てはめてみたいと思います。なお、この実例は、当該被保険者自身に高額療養費について理解を深めてもらうに当たって資料の提供等を受けて表にまとめたものです。各画像にPDFを添付しましたので、PDFをご覧ください。また、Excelもご用意しています。

<No.1>

<No.2>

高額療養費算出表(診療収入額を含む)及び病院から処方された薬を算出した薬のみが高額療養費の対象となります)

高額療養費算出表(診療収入額を含む)及び病院から処方された薬を算出した薬のみが高額療養費の対象となります)

<No.3>

<No.4>

高額療養費算出表(診療収入額を含む)及び病院から処方された薬を算出した薬のみが高額療養費の対象となります)

高額療養費算出表(診療収入額を含む)及び病院から処方された薬を算出した薬のみが高額療養費の対象となります)

● 令和4年2月分

- 1 H病院⇒外来 21,000円未満につき、世帯合算の対象外
- 2 M乳腺外科クリニック⇒外来+外来調剤(M薬局) 21,000円未満につき、世帯合算の対象外

いずれも世帯合算の対象外につき、当月分は高額療養費の対象外

● 令和4年3月分

- 3 H病院⇒外来 21,000円以上かつ自己負担限度額(57,600円)超につき、高額療養費の対象

ただし、「健康保険限度額認定証」の交付申請の遅れにより、当該交付が令和4年4月1日(ただし、発効は同年3月1日に遡及)付となり、「健康保険高額療養費支給申請」対応と

なったもの。結果として、139,332 円-57,600 円=81,732 円が払い戻されました。

● 令和 4 年 4 月分

4 H 病院→外来+外来調剤(H 薬局 M 店) 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

5 H 病院→入院 自己負担限度額 57,600 円のみ支払い

7 J 内科クリニック→外来+外来調剤(R 調剤薬局) 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

8 Y 歯科医院→外来 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

5 のみが高額療養費の対象で、「健康保険限度額認定証」の提示により、自己負担限度額 57,600 円のみ支払い。結果として、払い戻しはなし。

● 令和 4 年 5 月分

9 H 病院→外来+外来調剤(H 薬局 M 店) 当該病院の外来の支払いでは自己負担限度額 57,600 円のみ支払いとなるものの、外来調剤(H 薬局 M 店)では一旦、自己負担額 1,810 円を支払っています。

10 J 内科クリニック→外来+外来調剤(R 調剤薬局) 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

11 Y 歯科医院→外来 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

9 のみが高額療養費の対象です。「健康保険限度額認定証」の提示により、当該病院の外来の自己負担限度額が 57,600 円となりましたが、当該外来には当該病院から処方された薬を調剤した薬局の自己負担額も含めることになるため、それらの合計額としては 57,600 円 +1,810 円=59,410 円となり、当該薬局の自己負担額は自己負担限度額を超える額になることから、1,810 円(実際には 1,809 円の払い戻しになります)のみが「健康保険高額療養費支給申請」対応になります。結果として、1,809 円が払い戻されました。

● 令和 4 年 6 月分

12 H 病院→外来+外来調剤(S 薬局 S 駅前店及び H 薬局 M 店) 当該病院の外来の支払いでは自己負担限度額 57,600 円のみ支払いとなるものの、外来調剤(S 薬局 S 駅前店及び H 薬局 M 店)では一旦、自己負担額 3,620 円+930 円を支払っています。

13 J 内科クリニック→外来+外来調剤(R 調剤薬局) 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

12 のみが高額療養費の対象です。「健康保険限度額認定証」の提示により、当該病院の外来の自己負担限度額が 57,600 円となりました。しかし、「健康保険限度額認定証」の交付申請の遅れにより、当該交付が令和 4 年 4 月 1 日(ただし、発効は同年 3 月 1 日に遡及)付となったことから、同年 3 月分が「健康保険高額療養費支給申請」対応となり、結果として、同月分は高額療養費の対象となった初月となったわけですが、そして、続いて同年 4 月分と同年 5 月分もやはり高額療養費の対象となったことで、同年 6 月の診療月以前過去 1 年においては既に 3 回以上高額療養費の適用があったこととなります。従って、同年 6 月分においては「多数回該当」が適用され、同月分の自己負担限度額としては 44,400 円になり、57,600 円-44,400 円=13,200 円が「健康保険高額療養費支給申請」対応となりました。また、

当該外来には当該病院から処方された薬を調剤した薬局(S 薬局 S 駅前店及び H 薬局 M 店)の自己負担額も含めることになるため、それらの合計額としては 3,620 円+930 円=4,550 円となります。最終的には、当該外来の自己負担限度額の差額調整分 13,200 円と当該外来調剤の合計額 4,550 円(実際には 3,612 円+933 円=4,545 円の払い戻しになります)とが「健康保険高額療養費支給申請」対応になります。結果として、17,745 円が払い戻されました。

● 令和 4 年 7 月分

14 H 病院→入院 自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)のみの支払い

14 のみが高額療養費の対象で、「健康保険限度額認定証」の提示により、自己負担限度額 44,400 円のみ支払い。結果として、払い戻しはなし。

● 令和 4 年 8 月分

16 H 病院→外来+外来調剤(H 薬局 M 店) 当該病院の外来の支払いでは 21,000 円以上となるものの、自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)に達しない額である 34,970 円の支払いとなったことから、世帯合算の対象外

17 J 内科クリニック→外来+外来調剤(R 調剤薬局) 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

いずれも世帯合算の対象外につき、当月分は高額療養費の対象外

● 令和 4 年 9 月分

18 H 病院→外来+外来調剤(H 薬局 M 店) 当該病院の外来の支払いでは 21,000 円未満、かつ自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)に達しない額である 19,010 円の支払いとなったことから、世帯合算の対象外

19 J 内科クリニック→外来+外来調剤(R 調剤薬局) 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

20 O 皮膚科→外来 21,000 円未満につき、世帯合算の対象外

いずれも世帯合算の対象外につき、当月分は高額療養費の対象外

● 令和 4 年 10 月分

21 H 病院→外来+外来調剤(K 薬局 H 店) 当該病院の外来の支払いでは自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)のみの支払いとなるものの、外来調剤(K 薬局 H 店)では一旦、自己負担額 640 円を支払っています。

22 H 病院→入院 自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)のみの支払い

当月分では、同じ医療機関ではあるものの、外来と入院では全く別のものと捉えることから、いずれも自己負担限度額 44,400 円(「多数回該当」の適用)の支払いとなっています。また、当該外来には当該病院から処方された薬を調剤した薬局の自己負担額も含めることになるため、それらの合計額としては 44,400 円+640 円=45,040 円となり、当該薬局の自己負担額は自己負担限度額を超える額になっています。従って、外来 44,400 円+外来調剤 640 円(実際には 639 円の払い戻しになります)+入院 44,400 円-自己負担限度額 44,400 円=45,040 円が「健康保険高額療養費支給申請」対応になります。結果として、45,039 円が払い戻されました。

● 令和4年11月分

24 H病院→外来+外来調剤(H薬局M店) 当該病院の外来の支払いでは21,000円未満、かつ自己負担限度額44,400円(「多数回該当」の適用)に達しない額である4,730円の支払いとなったことから、世帯合算の対象外

世帯合算の対象外につき、当月分は高額療養費の対象外

● 令和4年12月分

25 H病院→外来+外来調剤(H薬局M店) 当該病院の外来の支払いでは自己負担限度額44,400円(「多数回該当」の適用)のみの支払いとなるものの、外来調剤(H薬局M店)では一旦、自己負担額440円を支払っています。

当該外来には当該病院から処方された薬を調剤した薬局の自己負担額も含めることになるため、それらの合計額としては44,400円+440円=44,840円となり、当該薬局の自己負担額は自己負担限度額を超える額になっています。従って、外来44,400円+外来調剤440円(実際には438円の払い戻しになります)-自己負担限度額44,400円=440円が「健康保険高額療養費支給申請」対応になります。結果として、438円が払い戻されました。

● 令和5年1月分

26 H病院→外来+外来調剤(H薬局M店及びH薬局M駅前店) 当該病院の外来の支払いでは自己負担限度額44,400円(「多数回該当」の適用)のみの支払いとなるものの、外来調剤(H薬局M店及びH薬局M駅前店)では一旦、自己負担額7,430円を支払っています。

当該外来には当該病院から処方された薬を調剤した薬局の自己負担額も含めることになるため、それらの合計額としては44,400円+7,430円=51,830円となり、当該薬局の自己負担額は自己負担限度額を超える額になっています。従って、外来44,400円+外来調剤7,430円(実際には7,422円の払い戻しになります)-自己負担限度額44,400円=7,430円が「健康保険高額療養費支給申請」対応になります。結果として、7,422円が払い戻されました。

<70歳以上の自己負担限度(高額療養費算定基準額)について>⇒70歳以上75歳未満の場合(平成30年8月診療分からはこちら([PDF※1](#))(厚生労働省ホームページより引用)からどうぞ

適用(所得)区分	自己負担限度額		多数回該当 ※5	
	外来のみ (個人)	外来・入院 (世帯)		
<現役並みⅢ> ・健保：標準報酬月額※2 830,000円以上で高齢受給者証の負担割合が3割※6 (報酬月額810,000円以上) ・国保：年間所得※3 690万円以上	$252,600円 + (総医療費※4 - 842,000円) \times 1\%$		140,100円	
<現役並みⅡ> ・健保：標準報酬月額530,000円～790,000円で高齢受給者証の負担割合が3割 (報酬月額515,000円以上810,000円未満) ・国保：年間所得380万円以上690万円未満	$167,400円 + (総医療費 - 558,000円) \times 1\%$		93,000円	
<現役並みⅠ> ・健保：標準報酬月額280,000円～500,000円で高齢受給者証の負担割合が3割 (報酬月額270,000円以上515,000円未満) ・国保：年間所得145万円以上380万円未満	$80,100円 + (総医療費 - 267,000円) \times 1\%$		44,400円	
<一般> ・健保：標準報酬月額260,000円以下 (報酬月額270,000円未満) ・国保：年間所得145万円未満	18,000円 【年間(前年8/1から7/31の上 限144,000円)】	57,600円	44,400円	
<低所得>(住民税非課税)	Ⅱ	8,000円	24,600円	多数回該当の適用はなし
	Ⅰ	【年間(前年8/1から7/31の上 限144,000円)】	15,000円	

※6 高齢受給者とは、協会けんぽに加入の70歳以上の被保険者で後期高齢者医療保険に該当にならない者のことです。このように、適用(所得)区分で<現役並み>に該当する場合は医療費の窓口負担割合が3割になります。ただ、<一般>以下の場合では、それが1割又は2割になっています(平成26年4月1日施行)([PDF](#)ご参照下さい)(厚生労働省ホームページより引用)。

・1割負担の該当者⇒誕生日が昭和19年4月1日以前生まれの者(「一部負担金等の軽減特例措置」によるもの)

- ・2割負担の該当者→誕生日が昭和19年4月2日以後生まれの者
- ・2割となる時期→70歳の誕生月の翌月(ただし、各月1日が誕生日の場合はその月)から
(例)平成26年4月2日～同年5月1日に70歳の誕生日を迎える場合は、同年5月の診療から2割負担になります。

【事例】 70歳未満と70歳以上がいる世帯とします

70歳以上の世帯全員の「適用(所得)区分」は「一般」、70歳未満及び70歳以上世帯全員の「適用(所得)区分」は「ウ」とします。

<70歳未満>

- 世帯主(被保険者)48歳→T病院入院 自己負担額 30万円 総医療費 100万円(3割負担)
- 妻(被保険者)45歳→H病院入院 自己負担額 30万円 総医療費 100万円(3割負担)
H病院外来 自己負担額 1万2千円 総医療費 4万円(3割負担)※7
※7 21,000円未満なので、高額療養費の対象外

<70歳以上※8>

- 父74歳→D病院入院 自己負担額 4万円 総医療費 20万円(2割負担)
D病院外来 自己負担額 1万円 総医療費 5万円(2割負担)
- 母70歳→E病院外来 自己負担額 5万円 総医療費 25万円(2割負担)

※8 70歳以上については、70歳未満の場合のように自己負担額が21,000円以上でなければならぬといった制約はありません。すべての自己負担額が金額の多寡にかかわらず高額療養費の対象になります。上記の父D病院外来は高額療養費①において一旦高額療養費の対象外となるものの、高額療養費②においては、高額療養費①によってもなお残る自己負担額として高額療養費の対象とされています。

本事例の場合には、70歳から74歳の外来の個人ごとの自己負担額に<70歳以上の自己負担限度額(高額療養費算定基準額)>表にある<一般>の「外来のみ(個人)」の自己負担限度額を適用し、高額療養費①を計算します。次に、70歳から74歳の入院の自己負担額の世帯の合計額+高額療養費①によってもなお残る自己負担額の世帯の合計額に<70歳以上の自己負担限度額(高額療養費算定基準額)>表にある<一般>の「外来・入院(世帯)」の自己負担限度額を適用し、高額療養費②を計算します。最後に、70歳未満の自己負担額(21,000円以上に限る)の世帯の合計額+70歳から74歳の高額療養費②によってもなお残る自己負担額の世帯の合計額に<70歳未満の自己負担限度額(高額療養費算定基準額)>表にある<区分ウ>の自己負担限度額を適用し、高額療養費③を計算します。そして、①と②と③を合計した額が世帯の高額療養費になります。

(高額療養費①)

- 70歳から74歳の外来の個人ごとの自己負担額

・父 D 病院外来の自己負担額 10,000 円 < 自己負担限度額 18,000 円 という結果となり、高額療養費①においては高額療養費の対象外となります。

・母 E 病院外来の自己負担額 50,000 円 > 自己負担限度額 18,000 円 という結果となり、**高額療養費として 32,000 円が算定**されます。

(高額療養費②)

●70 歳から 74 歳の外来・入院(世帯)の自己負担額+高額療養費①によってもなお残る自己負担額の世帯の合計額

・父 D 病院入院の自己負担額 40,000 円+高額療養費①によってもなお残る、父の自己負担額として 10,000 円+同じく母の自己負担額として 18,000 円 > 自己負担限度額 57,600 円 という結果となり、**高額療養費として 10,400 円が算定**されます。

(高額療養費③)

●70 歳未満の自己負担額の世帯の合計額+高額療養費②によってもなお残る自己負担額の世帯の合計額

・世帯主 T 病院入院の自己負担額 300,000 円+妻 H 病院入院の自己負担額 300,000 円+高額療養費②によってもなお残る、70 歳から 74 歳の自己負担額 57,600 円 > 自己負担限度額 80,100 円-(総医療費(1,000,000 円+1,000,000 円+200,000 円+50,000 円+250,000 円=2,500,000 円)-267,000 円)×1%=102,430 円 という結果となり、**高額療養費として 555,170 円が算定**されます。

最終的には、**全体の高額療養費として算定**されるのは、高額療養費①32,000 円+高額療養費②10,400 円+高額療養費③555,170 円=**597,750 円**となります。

<75歳以上(後期高齢者医療保険)の自己負担限度(高額療養費算定基準額)について>

兵庫県後期高齢者医療広域連合ホームページに即して、<事例(PDF添付)>を基に解説しています。ご参照下さい。

以下は、PDF添付の事例に基づき、令和7年度(令和7年12月分)の高額療養費計算表と、令和8年度(令和8年10月1日)までの自己負担限度(高額療養費算定基準額)の計算表を示します。

医療機関等名	診療科	支払日	医療費	2割負担額 (2割負担)	実際に負担した額 (2割負担額+自己負担額) (2割負担)
大南院	内科(入院)	令和7.12.2	200,420	20,042	20,042
大南院	内科	令和7.12.3	4,120	412	412
北多摩クリニック	内科	令和7.12.4	7,830	783	783
北多摩クリニック	精神科	令和7.12.9	4,730	473	473
大南院	精神科	令和7.12.11	21,310	2,131	2,131
大南院	腎臓内科	令和7.12.11	2,790	279	279
北多摩クリニック	腎臓内科	令和7.12.11	21,810	2,181	2,181
北多摩クリニック	内科	令和7.12.14	3,330	333	333
大南院	内科(入院)	令和7.12.18	200,420	20,042	4,008
大南院	内科	令和7.12.17	4,120	412	412
北多摩クリニック	内科	令和7.12.18	7,830	783	783
北多摩クリニック	整形外科	令和7.12.18	1,090	109	1,700
北多摩クリニック	内科	令和7.12.24	6,310	631	930
大南院	腎臓内科	令和7.12.25	3,990	399	200
北多摩クリニック	腎臓内科	令和7.12.25	2,790	279	200
北多摩クリニック	内科	令和7.12.28	3,580	358	390
合計			512,720	51,272	33,000

※ ① これらについては、入院への入院日(令和7.12.2)に、後期高齢者医療保険、標準負担額減額措置を適用することで、対象者の自己負担限度額である24,000円(月のみの支払い)となっています。即ち、令和7.12.18の入院については、自己負担限度額24,000円(令和7.12.2)の適用が適用され、4,000円のみを支払っています。

※ ② これらは、再診となる医療機関とその医療機関で処方された薬を調剤した薬局との組み合わせを示しています。

同じ医療機関での再診	7,640
その医療機関で処方された薬を調剤した薬局を含む)での 1割負担額合計額	2,632
合計	11,188

再診(医療機関で処方された薬を調剤した薬局を含む)における すべての医療機関等の窓口での支払合計額(3割負担)	11,188
再診における「高額療養費」として算定された額(3割負担)※	46,800
再診における「高額療養費」として算定された額(3割負担)※	9,180

再診における「高額療養費」として算定された額(3割負担)	8,000
入院における自己負担額の合計額	24,000
「再診」+「入院」における自己負担限度額(再診)	46,800
「再診」+「入院」における「高額療養費」として算定される額(再診)	8,000
最終的に支払われる「高額療養費」の合計額(3割負担)※A+B	11,188

令和8年度(令和8年10月1日)までの自己負担限度(高額療養費算定基準額)

所得区分	所得区分	自己負担限度(再診)	自己負担限度(入院)
3割	一般II	24,000円(再診)※	46,800円(入院)※
3割	一般I	24,000円(再診)※	46,800円(入院)※
1割	一般II	8,000円(再診)※	24,000円(入院)※
1割	一般I	8,000円(再診)※	24,000円(入院)※

※ ① 多額負担とは、診療日から起算して過去12か月以内に標準以上高額療養費が支給されている場合、病院に限り入院又は療養費の自己負担限度額が適用された月のみカウントします。また、他の医療保険での支払額は含まれません。

※ ② 再診・入院とは、1割負担の場合、1年(令和7年10月1日)までの再診の自己負担額の合計額に限り46,800円の上限が設けられます。

※ 高額療養費制度は兵庫県後期高齢者医療広域連合ホームページをご覧ください

基本的には、70歳以上75歳未満のものと同じです。ただ、後期高齢者医療保険制度において、令和4年10月1日から医療費の窓口負担割合に新たに2割が加わり、それに伴い「配慮措置(令和7年9月30日まで)」が施されることになり、70歳以上75歳未満の自己負担限度額表の適用(所得)区分にある<一般>が<一般II>と<一般I>に細分され、<一般II>が医療費の窓口負担割合2割に当てはまることになりましたので、その部分での自己負担限度額の算定式が新たに加えられています。医療費の窓口負担割合2割の新設や「配慮措置」など詳細については、[当ホームページのトップページ](#)に掲載しています。また、兵庫県後期高齢者医療広域連合ホームページには、下記の3事例が掲載されており、合わせてご参照下さい。

- [\(例1\)](#) 所得区分が『一般I』世帯の場合で、夫婦でそれぞれ外来受診がある場合
- [\(例2\)](#) 所得区分が『一般I』世帯の場合で、夫婦で外来と入院がある場合
- [\(例3\)](#) 所得区分が『一般II』世帯の場合で、夫婦でそれぞれ外来受診がある場合(令和7年9月30日までの「配慮措置」を用いた計算をしています)