医療費が高額になったとき

医療費の自己負担が高額になったとき、限度額を超えた分が高額療養費として支給されます。外来・入院とも、個人単位で一医療機関の窓口での支払いは限度額（赤字は令和8年8月改正）までとなります。



●同じ都道府県内の市区町村間で住所を異動（同じ世帯が継続する場合）した月は、異動前と異動後の限度額がそれぞれ2分の1になります。また、異動前の高額療養費の支給も通算して支給回数に含めます。

限度額適用認定証※について

限度額は所得区分に応じて異なるため、「限度額適用認定証」を医療機関の窓口で提示（マイナ保険証の場合は不要）することで限度額までとなります。保険税を滞納していると、認定証が交付されない場合があります。

※住民税非課税世帯、低所得者Ⅰ・Ⅱの人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」。

●70歳以上75歳未満の現役並み所得者Ⅲ・一般の人は資格確認書で所得区分が確認できるため、認定証の交付申請は不要です。

70歳未満の人の自己負担限度額（月額）

所得区分	3回目まで	4回目以降★	年間上限
ア 所得901万円超	270,300円＋（総医療費－901,000円）×1%	140,100円	168万円
イ 所得600万円超901万円以下	179,100円＋（総医療費－597,000円）×1%	93,000円	111万円
ウ 所得210万円超600万円以下	85,800円＋（総医療費－286,000円）×1%	44,400円	53万円
エ 所得210万円以下	61,500円	44,400円	53万円※
オ 住民税非課税世帯	36,900円	24,600円	29万円

※年収約200万円までの区分と確認できた人は41万円（償還払い）。

●所得とは「基礎控除後の総所得金額等」のことです。所得の申告1がない場合は、所得区分**ア**とみなされます。

●1つの医療機関等での自己負担（院外処方を含む）では自己負担限度額を超えない場合でも、同じ月の別の医療機関等での自己負担（21,000円以上であることが必要）を合算することができます。

★過去12か月以内に限度額を超えた支給が4回以上あった場合の4回目以降の限度額。

70歳以上75歳未満の人の自己負担限度額（月額）

一般、低所得者Ⅰ・Ⅱ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。

所得区分	外来（個人単位）	外来+入院（世帯単位）	年間上限
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%〈4回目以降140,100円〉		168万円
現役並み所得者Ⅱ（課税所得380万円以上）	179,100円＋（総医療費－597,000円）×1%〈4回目以降93,000円〉		111万円
現役並み所得者Ⅰ（課税所得145万円以上）	85,800円＋（総医療費－286,000円）×1%〈4回目以降44,400円〉		53万円
一般（課税所得145万円未満等）	22,000円 外来年間上限は216,000円	61,500円〈4回目以降44,400円〉	53万円※
低所得者Ⅱ	11,000円 外来年間上限は96,000円	25,700円〈4回目以降24,600円〉	29万円
低所得者Ⅰ	8,000円	15,700円	18万円

※年収約200万円までの区分と確認できた人は41万円（償還払い）。

●4回目以降とは、過去12か月以内で限度額を超えた支給が4回以上あった場合の4回目以降の限度額。

●75歳到達月は、国保と後期高齢者医療制度の限度額がそれぞれ2分の1になります。

特定疾病で長期間高額な治療が続くとき

厚生労働大臣が指定す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）を医療機関の窓口で提示（マイナ保険証の場合、申請は必要ですが提示は不要）すれば、自己負担は1か月1万円（慢性腎不全で人工透析を要する70歳未満の所得区分ア・イの人は2万円）までとなります。

医療費が高額になった世帯に介護保険受給者がいるとき

医療費が高額になった世帯に介護保険受給者がいる場合、国保と介護保険の限度額をそれぞれ適用後に、自己負担の年額を合算して限度額を超えたときには、申請によりその超えた分が支給されます。