



福岡医発第 1382 号 (地)

平成 30 年 8 月 9 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の公布について

70 歳以上の高齢者に係る高額療養費制度に関しては、平成 29 年 8 月 1 日より算定基準額の見直しが段階的に実施されており、先般、平成 30 年 8 月 1 日からの見直しに係る健康保険法施行令等の一部改正等について、平成 30 年 8 月 1 日付け福岡医発第 1304 号 (地) によりご連絡申し上げたところです。

今般、健康保険法施行規則等の一部を改正する省令 (平成 30 年厚生労働省令第 97 号) が公布され、平成 30 年 8 月 1 日から施行される旨、日本医師会を通じて厚生労働省保険局より通知がありました。(別添別紙参照)

つきましては、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

<添付資料>

1. 健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の公布について
(平 30.7.30 保発 0730 第 20 号 厚生労働省保険局長)
2. 【参考】「高額療養費制度の見直しに関する Q & A」の更新について
(平 30.5.11 事務連絡 厚生労働省保険局保険課・国民健康保険課・高齢者医療課)

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 肥山淳一郎
会長 島田昇二郎

日医発第 515 号 (保 133)
平成 30 年 8 月 2 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長
横 倉 義 武

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の公布について

70 歳以上の高齢者に係る高額療養費制度に関しては、平成 29 年 8 月 1 日より算定基準額の見直しが段階的に実施されており、先般、平成 30 年 8 月 1 日からの見直しに係る健康保険法施行令等の一部改正等について、平成 30 年 7 月 24 日付日医発第 488 号 (保 117) により、都道府県医師会長あてにご案内申し上げたところであります。

今般、健康保険法施行規則等の一部を改正する省令 (平成 30 年厚生労働省令第 97 号) が公布され、平成 30 年 8 月 1 日から施行することされましたので連絡申し上げます。

以上につきまして、貴会会員への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

<添付資料>

1. 健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の公布について
(平 30. 7. 30 保発 0730 第 20 号 厚生労働省保険局長)
2. 【参考】「高額療養費制度の見直しに関する Q & A」の更新について
(平 30. 5. 11 事務連絡 厚生労働省保険局保険課・国民健康保険課・高齢者医療課)

保発 0730 第 20 号
平成 30 年 7 月 30 日

全国健康保険協会理事長	}	殿
健康保険組合理事長		
地方厚生（支）局長		
社会保険診療報酬支払基金理事長		
健康保険組合連合会長		
日本医師会長		
日本歯科医師会長		
日本薬剤師会長		

厚生労働省保険局長
（公 印 省 略）

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令の公布について

健康保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成 30 年厚生労働省令第 97 号）については本日公布され、平成 30 年 8 月 1 日から施行することとされたところです。改正の趣旨及び主な内容は下記のとおりですので、御了知の上、関係各位への周知徹底を図られるとともに、施行に向けて十分にご留意いただきますよう、お願いいたします。

なお、施行に当たっては、「高額療養費制度の見直しに関する Q & A」（平成 30 年 5 月 11 日付け厚生労働省保険局保険課、国民健康保険課及び高齢者医療課連名事務連絡）をご参照ください。

記

第 1 改正の趣旨

健康保険法施行令等の一部を改正する政令（平成 30 年政令第 210 号）の施行により、制度の持続可能性を高め、世代間・世代内の負担の公平や、負担能力に応じた負担を求める観点から、高額療養費の算定基準額等を見直すことに伴い、厚生労働省関係省令について、必要な規定の整備を行うものである。

第2 改正の内容

1 健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）の一部改正

① 限度額適用認定に係る手続

ア 平成30年7月以前において、70歳以上の現役並み所得区分の被保険者については、被保険者証又は高齢受給者証の提示により高額療養費の現物給付を受けられるところ、平成30年8月1日に健康保険法施行令等の一部を改正する政令が施行され、現行の現役並み所得区分が、現役並み所得区分Ⅰ、Ⅱ及びⅢに細分化されることに伴い、現役並み所得区分Ⅰ及びⅡの方は、それぞれ自己負担限度額を超える部分について現物給付を受けるに当たり、あらかじめ保険者に申請を行い、限度額適用認定証の交付を受けることが必要になること。

イ 保険者の認定を受けようとするときは、被保険者は、次に掲げる事項を記載した申請書を、保険者に提出しなければならないこと。

- ・ 被保険者証の記号及び番号又は個人番号
- ・ 認定を受けようとする者の氏名及び生年月日

ウ 保険者は、被保険者の申請に基づき認定を行ったときは、改正後の様式による限度額適用認定証を、有効期限を定めて交付しなければならないこと。

② その他所要の規定の整備を行うこと。

2 船員保険法施行規則（昭和15年厚生省令第5号）の一部改正

船員保険法施行規則についても、1の改正内容に準じた改正を行うこと。

3 国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号）の一部改正

① 国民健康保険法施行規則についても、1の改正内容に準じた改正を行うこと。

② 70歳以上の被保険者に係る国民健康保険の被保険者証について、高齢受給者証と一体となった被保険者証の様式を新設し、当該様式による被保険者証を交付した場合は、高齢受給者証の交付を不要とすること。

4 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成19年厚生労働省令第129号）の一部改正

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則についても、1の改正内容に準じた改正を行うこと。

第3 施行期日

平成30年8月1日から施行すること。

事 務 連 絡
平成 30 年 5 月 11 日

都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
後期高齢者医療主管課（部）
都道府県後期高齢者医療広域連合事務局
全国健康保険協会
健康保険組合

御中

厚生労働省保険局保険課
厚生労働省保険局国民健康保険課
厚生労働省保険局高齢者医療課

「高額療養費制度の見直しに関するQ&A」の更新について

医療保険制度の円滑な運営につきましては、平素より格段の御協力、御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、平成 30 年 1 月 26 日付け事務連絡「「高額療養費制度の見直しに関するQ&A」の更新について」の別添「高額療養費制度の見直しに関するQ&A」を更新いたしましたので、ご活用いただくとともに、管内市町村（特別区を含む。）への周知をお願いいたします。

（参考）

新規追加問

問 3. 2. 8、問 3. 2. 9、問 3. 3. 11、問 3. 3. 14、問 3. 3. 15、
問 3. 6. 8、問 3. 7. 9、問 3. 7. 10、問 5. 8～問 5. 10

修正問

問 3. 4. 1、問 3. 6. 1

※ 略称については、下記の平成 29 年 12 月 4 日付け通知の定義をご参照下さい。

「健康保険における外来療養に係る年間の高額療養費の支給等の事務の取扱いについて」

（平成 29 年 12 月 4 日付け保保発 1204 第 3 号）

「国民健康保険における外来療養に係る年間の高額療養費の支給等の事務の取扱いについて」

（平成 29 年 12 月 4 日付け保国発 1204 第 2 号）

「後期高齢者医療制度における外来療養に係る年間の高額療養費の支給等の事務の取扱いについて」

（平成 29 年 12 月 4 日付け保高発 1204 第 1 号）

高額療養費制度の見直しに関するQ & A

目次

1. 総論	8
問 1. 1 なぜいま高額療養費制度の見直しを行うのか。高齢者に何かメリットはあるのか。なぜ二段階施行とするのか。	
問 1. 2 高齢者自身は住民税非課税でも、同居する子が住民税課税であれば、高齢者は一般区分となる。一般区分を見直すことにより世帯分離が進むのではないか。	
問 1. 3 各保険者における制度見直しによる影響額や影響人数、その算出方法を教えてほしい。	
2. 平成 29 年 8 月施行分（多数回該当について）	9
問 2. 1 平成 29 年 7 月までに年 3 回以上高額療養費（一般／世帯合算）に該当している場合、そのカウントは平成 29 年 8 月以降に引き継ぐのか。	
問 2. 2 70 歳以上の療養に係る多数回該当は、どの区分の高額療養費支給回数をカウントできるのか。	
3. 平成 29 年 8 月施行分（外来年間合算について）	10
(1) 総論	10
問 3. 1. 1 外来年間合算について、月額世帯合算や高額介護合算療養費との関係はどのようになるのか。[平成 29 年 6 月追加]	
問 3. 1. 2 なぜ外来年間合算を創設するのか。[平成 29 年 6 月追加]	
問 3. 1. 3 なぜ、一般区分だけでなく低所得区分の個人の外来についても合算の対象とするのか。[平成 29 年 6 月追加]	
問 3. 1. 4 なぜ、基準日に現役並み所得区分である場合は支給対象とならないのか。[平成 29 年 6 月追加]	
問 3. 1. 5 計算期間中に現役並み所得区分である期間があつた場合でも、基準日時点で一般区分又は低所得区分であれば、支給対象となるのか。逆に、計算期間中は一般区分又は低所得区分であつたが、基準日においては現役並み所得区分であれば、支給対象とはならないのか。[平成 29 年 6 月追加]	

- 問 3. 1. 6 7 月中に世帯状況が変わり、翌月から区分が変更になる場合、高額介護合算療養費と同様に、あくまでも基準日時点の世帯構成で区分を判定するのか。
[平成 29 年 6 月追加]
- 問 3. 1. 7 世帯合算後になお残る個人の外来療養の自己負担額の積み上げをするのではなく、月ごとの個人の外来療養の後の自己負担額を積み上げて年間上限を計算することはできないか。[平成 29 年 6 月追加]
- 問 3. 1. 8 外来年間合算に係る上限額を 144,000 円に固定するよりも、合算対象月数に応じて按分する方が被保険者にとってわかりやすいのではないか。[平成 29 年 6 月追加]
- 問 3. 1. 9 高額介護合算療養費においては 500 円という支給基準額を設定しているが、外来年間合算においては、支給基準額を設定しないのか。[平成 29 年 12 月追加]
- 問 3. 1. 10 支給申請書・自己負担額証明書等の様式については、厚生労働省保険局保険課・国民健康保険課・高齢者医療課の通知により示された様式と異なる様式を各保険者において作成して使用してもよいのか。[平成 30 年 1 月追加]

(2) 算定方法..... 12

- 問 3. 2. 1 外来年間合算の算定開始日はいつか。
- 問 3. 2. 2 月々の自己負担額が月ごとの上限額を超えない場合、外来年間合算には該当するのか。[平成 29 年 6 月追加]
- 問 3. 2. 3 調剤や治療用装具による自己負担額も、外来年間合算の算定対象となるか。
[平成 29 年 6 月追加]
- 問 3. 2. 4 再審査等により請求が止まっているレセプトはどのように取り扱うのか。
[平成 29 年 6 月追加]
- 問 3. 2. 5 計算期間に 75 歳該当月を含んでいた場合でも外来年間合算に係る上限額を 144,000 円とするのか。[平成 29 年 6 月追加]
- 問 3. 2. 6 健保及び国保において、69 歳以下との月額世帯合算についても支給があったとみなして外来年間合算を算定するのか。[平成 29 年 6 月追加]
- 問 3. 2. 7 外来年間合算の支給額の算定に当たり、指定公費が支給されている場合には、どのように算定するのか。(健康保険・国民健康保険関係)[平成 30 年 1 月追加]
- 問 3. 2. 8 外来年間合算の支給額算定の基礎となる外来療養に係る額を算定するに当たっては、各月ごとに世帯単位で支給した月間の高額療養費の支給額を個人単位に按分することになるが、その月に世帯単位で支給した付加給付についてはどのように取り扱うべきか。(健康保険関係)[平成 30 年 5 月追加]

問 3. 2. 9 高額介護合算療養費の自己負担額証明書には外来年間合算の支給前の自己負担額が記載されとのことだが、高額介護合算療養費の支給額を算定するために、外来年間合算の支給額を月単位の支給額に計算し直す必要はあるのか。[平成 30 年 5 月追加]

(3) 保険者変更の場合 15

問 3. 3. 1 なぜ、保険者が変更された場合に外来療養に係る年間の高額療養費支給額を変更前後の保険者で按分支給するのか。多数回のカウントは保険者が変更されるとリセットされることを踏まえ、年間上限の適用についても、保険者ごとに自己負担の通算をリセットすべきではないか。[平成 29 年 6 月追加]

問 3. 3. 2 加入月数に応じて上限額 144, 000 円も按分するのか。[平成 29 年 6 月追加]

問 3. 3. 3 被保険者は基準日における保険者にのみ申請を行うのか。[平成 29 年 6 月追加]

問 3. 3. 4 前保険者による自己負担額証明書がなくとも基準日時点の保険における自己負担分のみで支給可能な場合で、本人が自己負担額証明書なしで支給を受け、その後、自己負担証明を持参し追加支給を求めてきた場合、追加支給は可能か。[平成 29 年 6 月追加]

問 3. 3. 5 年度内に複数の保険者の変更を伴う異動がある場合、高額介護合算療養費と同様に、前保険者・前々保険者がそれぞれ自己負担額証明書を発行する必要があるのか。[平成 29 年 6 月追加]

問 3. 3. 6 自己負担額証明書の交付に当たっては申請が必要なのか。[平成 29 年 6 月追加]

問 3. 3. 7 自己負担額証明書では何の額を証明するのか。[平成 29 年 6 月追加]

問 3. 3. 8 保険者変更があった場合において、外来年間合算支給後に、資格喪失後受診等の不当利得が判明した場合や自己負担額が遡及変更となった場合の取扱いはどうするのか。[平成 29 年 6 月追加]

問 3. 3. 9 外来年間合算における自己負担額証明書は個人単位で発行されるのか。また、申請を行うのは誰か。[平成 29 年 12 月追加]

問 3. 3. 10 高額介護合算療養費における自己負担額証明書に記載する自己負担額は、外来年間合算の支給前の金額を記載するのか。それとも、外来年間合算の支給後の金額を記載するのか。[平成 30 年 1 月追加]

問 3. 3. 11 高額介護合算療養費の自己負担額証明書には、外来年間合算の支給額を控除した額を記載されとのことだが、具体的にはどのように支給額を計算すればよいか。[平成 30 年 5 月追加]

- 問 3. 3. 12 平成 30 年度以降、同一都道府県内の市町村間の異動により給付主体（市町村）が変更になった場合、前市町村は自己負担額証明書を発行する必要があるのか。（国民健康保険関係）〔平成 30 年 1 月追加〕
- 問 3. 3. 13 自己負担額証明書には、現役並み所得者であった期間の自己負担金額を記載する必要はないのか。〔平成 30 年 1 月追加〕
- 問 3. 3. 14 高額介護合算療養費の支給申請において、自己負担額証明書の発行は 1 枚であるが、外来年間合算の自己負担額証明書については、複数枚発行されることがありうるのか。〔平成 30 年 5 月追加〕
- 問 3. 3. 15 A 健保組合の被保険者である甲（計算期間中、一貫して A 健保組合の被保険者）、基準日において甲の被扶養者である乙（計算期間中に B 国保の世帯主から甲の被扶養者となり、基準日をむかえたものとする）及び基準日において甲の被扶養者である丙（計算期間中に乙の世帯員から甲の被扶養者となり、基準日をむかえたものとする）のケースにおいて、丙の期間について、乙の世帯員であった期間は「元被扶養者合算額」の対象期間となり、甲の被扶養者であった期間は「基準日被扶養者合算額」の対象期間となるのか。（健康保険・国民健康保険関係）〔平成 30 年 5 月追加〕

（４）世帯変更の場合 20

- 問 3. 4. 1 国保において、計算期間中に世帯主変更があった場合は、基準日時点の世帯主に全額支給するのか。（国民健康保険関係）〔平成 30 年 5 月修正〕
- 問 3. 4. 2 国保について、計算期間中に世帯が変更となった場合は、高額介護合算療養費と同様に世帯主ごとで計算するのか。〔平成 29 年 6 月追加〕

（５）期中精算 21

- 問 3. 5. 1 計算期間中に被保険者が死亡した場合は、上限額 144,000 円を生存月数で按分するのか。〔平成 29 年 6 月追加〕
- 問 3. 5. 2 死亡月の前までは一般区分又は低所得区分であったが、死亡月（みなし基準日）に現役並み所得区分であれば、支給対象とはならないのか。〔平成 29 年 6 月追加〕
- 問 3. 5. 3 健保及び国保において、計算期間中に被保険者が死亡した場合は、死亡した被保険者のみを支給対象と捉え、同一世帯の他の被保険者については 7/31 時点で計算するのか。〔平成 29 年 6 月追加〕

（６）事務取扱 21

- 問 3. 6. 1 基準日保険者において、外来年間合算の支給を受けることができると判断できる被保険者に対しては、当該被保険者の申請を待たずに（省略して）支給して良いのか。〔平成 30 年 5 月修正〕

- 問 3. 6. 2 外来年間合算の支給の申請は個人単位で行うのか。[平成 29 年 12 月追加]
- 問 3. 6. 3 基準日保険者において、当該保険者の有する情報を踏まえ、外来年間合算の支給を受けることができると判断できる被保険者に対して、申請を勧奨する通知を行うことは可能か。[平成 29 年 12 月追加]
- 問 3. 6. 4 外来年間合算の支給の申請が行われていない被保険者から高額介護合算療養費の支給の申請が行われた場合に、高額介護合算療養費を外来年間合算よりも先に支給してよいか。[平成 29 年 12 月追加]
- 問 3. 6. 5 月間の高額療養費の支給の申請が行われていない被保険者から外来年間合算の支給の申請が行われた場合に、外来年間合算を月間の高額療養費よりも先に支給してよいか。[平成 29 年 12 月追加]
- 問 3. 6. 6 外来年間合算の支給申請書を受け付ける際に、領収書の添付や提示を求めることは必要か。[平成 29 年 12 月追加]
- 問 3. 6. 7 健康保険における被保険者又は国民健康保険における世帯主若しくは組合員が、70 歳未満の場合であっても、基準日被保険者又は基準日世帯主等となるのか。その場合、自己の受けた療養が外来年間合算の計算に含まれない被保険者又は世帯主若しくは組合員が支給申請や自己負担額証明書の交付申請を行うのか。(健康保険・国民健康保険関係) [平成 29 年 12 月追加]
- 問 3. 6. 8 自己負担額証明書の交付申請を行う際、基準日における被保険者であった者の所得区分を証する書類を添付するものとされているが、保険者が把握できる場合も添付が必要なのか。[平成 30 年 5 月追加]

(7) その他..... 24

- 問 3. 7. 1 外来年間合算の支給については現物給付か、償還払い。[平成 29 年 12 月修正]
- 問 3. 7. 2 複数の医療機関を受診した場合で外来年間合算に係る上限額を超えた場合でも現物給付はしないということで良いか。[平成 29 年 6 月追加]
- 問 3. 7. 3 外来年間合算が支給された場合、高額介護合算療養費の算定対象となる医療の自己負担額はどのように算出するのか。
- 問 3. 7. 4 高額介護合算療養費については、外来年間合算を支給したものとして計算するのか。[平成 29 年 12 月修正]
- 問 3. 7. 5 外来年間合算に係る上限額を超える分を償還払いとする場合、医療費控除の適用を受ける際に申告する高額療養費支給額はどのように取り扱うのか。

問 3. 7. 6 外来年間合算の支給は、どのようなスケジュールで実施すればよいか。また、外来年間合算が創設されたことに伴い、現在行っている高額介護合算療養費の支給のスケジュールも変わることになるのか。[平成 29 年 12 月追加]

問 3. 7. 7 月間の高額療養費における個人ごとの按分を行う際、按分額が同じ場合には、当該端数処理はどのように行えばよいか。(健康保険・国民健康保険関係) [平成 29 年 12 月追加]

問 3. 7. 8 外来年間合算の支給の申請が行われていない被保険者から高額介護合算療養費の支給の申請が行われた場合であって、当該申請者が計算期間において保険者を変更している等の理由で基準日保険者において、当該申請者の計算期間中の自己負担額のすべてを把握することができず、外来年間合算の支給額を算出することができないときは、どのように支給を行えば良いのか。[平成 30 年 1 月追加]

問 3. 7. 9 外来年間合算の支給においては、その被保険者から月間の高額療養費について申請がなされていなかったとしても、月間の高額療養費が支給されたものとみなして、支給額算定の基礎となる外来療養に係る額を算定することとしているが、高額療養費が支給されたものとみなすことは法令上の根拠によるものなのか。[平成 30 年 5 月追加]

問 3. 7. 10 外来年間合算の歳出予算科目は、高額介護合算療養費のように月間の高額療養費とは別に設定するのか。[平成 30 年 5 月追加]

4. 平成 29 年 8 月施行分（その他） 27

問 4. 1 見直し後の上限額が適用されるのは、8 月診療分からか、8 月計算分からか。

問 4. 2 見直し後の上限額の根拠は何か。

問 4. 3 75 歳到達月の上限額も併せて引き上げるのか。

問 4. 4 一般区分に多数回該当が新設されることにより、レセプトの特記事項はどのように変更されるのか。[平成 29 年 6 月追加]

5. 平成 30 年 8 月施行分 28

問 5. 1 現役並みの 3 区分は、被保険者証等への職権記載とするのか、限度額適用認定証を発行するのか。[平成 29 年 12 月修正]

問 5. 2 見直し後の上限額の根拠は何か。

問 5. 3 なぜ現役並み所得者の外来特例を撤廃するのか。

問 5. 4 上限額を超える部分は現物給付化で対応するのか。

- 問 5. 5 平成 30 年 8 月診療分からの現役並み所得区分Ⅰについて、平成 30 年 8 月までに外来（個人）で過去 12 か月以内に 3 回以上、上限額に達している場合、平成 30 年 8 月以降に 4 回目の外来受診があれば、多数回該当となり、上限額（世帯）は 44,400 円となる理解でよいのか。[平成 29 年 6 月追加]
- 問 5. 6 特定疾病給付対象療養の算定基準額の見直しに伴い、レセプトの特記事項はどのように変更されるのか。[平成 29 年 6 月追加]
- 問 5. 7 平成 30 年 8 月以降、現役並み区分の細分化に伴い新たに発行されることとなる現役並み区分の限度額適用認定証において、各区分はどのように記載される予定なのか。[平成 30 年 1 月追加]
- 問 5. 8 現役並み区分が細分化されるに当たり、現役並み所得区分Ⅰ・Ⅱの者が限度額適用認定証を持参せずに療養を受けた場合、現役並み所得区分Ⅲの算定基準額において現物給付を受けることができ、本来の算定基準額を超えた部分については償還払いを受けることができるのか。[平成 30 年 5 月追加]
- 問 5. 9 平成 30 年 8 月より、現行の現役並み所得区分が細分化され、新たに現役並み所得区分Ⅰ・Ⅱとなる者に限度額適用認定証の交付をすることになることから、当該者に対して限度額適用認定証の勧奨をするべきなのか。[平成 30 年 5 月追加]
- 問 5. 10 平成 30 年 8 月以降、新たに発行される現役並み所得区分の限度額適用認定証の様式はどのようなになるのか。（国民健康保険・後期高齢者医療関係）[平成 30 年 5 月追加]

6. その他 31

- 問 6. 1 高額療養費の見直しに伴い、自己負担割合の判定基準についても見直すのか。また、今後、自己負担割合についても見直すのか。
- 問 6. 2 今後、低所得区分の見直しや一般区分の外来特例撤廃についても検討が行われるのか。
- 問 6. 3 平成 30 年度以降も制度見直しによるリーフレットを被保険者に送るのか。
- 問 6. 4 後期高齢者医療制度の標準システムの改修はいつ行うのか。

1. 総論

問 1. 1 なぜいま高額療養費制度の見直しを行うのか。高齢者に何かメリットはあるのか。なぜ二段階施行とするのか。

(答)

今回の見直しは、医療保険制度の持続可能性を高めるため、世代間・世代内の負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から行うものです。

見直しを行うに当たっては、負担が増える方に配慮し、激変緩和のために二段階施行としています。

問 1. 2 高齢者自身は住民税非課税でも、同居する子が住民税課税であれば、高齢者は一般区分となる。一般区分を見直すことにより世帯分離が進むのではないか。

(答)

現役並み所得者の判定においては、家計が世帯単位で営まれている実態などを踏まえ、世帯間の負担の公平の観点から、負担能力のある高齢者と同居する高齢者については同一の取扱いとしています。

その上で、親子の同居や別居などの生活実態については、子どもの就労場所、家族形態、親や子の希望など様々な事情により決まるものであり、今回の仕組みが親子の別居を促進するとは考えていません。

問 1. 3 各保険者における制度見直しによる影響額や影響人数、その算出方法を教えてください。

(答)

制度見直しによる影響額や影響人数は全国のレセプトデータ等を基に算出しており、広域連合ごとに算出することは困難です。なお、高額療養費制度の見直しによる後期高齢者医療制度全体の給付費は、平成 29 年度に約 480 億円減としています。

2. 平成 29 年 8 月施行分（多数回該当について）

問 2. 1 平成 29 年 7 月までに年 3 回以上高額療養費（一般／世帯合算）に該当している場合、そのカウントは平成 29 年 8 月以降に引き継ぐのか。

（答）

お見込みのとおりです。

問 2. 2 70 歳以上の療養に係る多数回該当は、どの区分の高額療養費支給回数をカウントできるのか。

（答）

全区分の世帯合算による該当回数がカウント対象です。

（現役並み区分での支給、一般区分での支給及び低所得区分での支給を全てカウントして、現役並み区分と一般区分における多数回該当の判定を行うことになります。）

3. 平成 29 年 8 月施行分（外来年間合算について）

（1）総論

問 3. 1. 1 外来年間合算について、月額世帯合算や高額介護合算療養費との関係はどのようなになるのか。[平成 29 年 6 月追加]

（答）

各制度の適用順序は次のとおりとしています。

- ① 個人の外来を計算
- ② 世帯合算を計算（健保及び国保においては、先に高齢世帯合算を計算）
- ③ 外来年間合算を計算
- ④ 高額介護合算療養費を計算

問 3. 1. 2 なぜ外来年間合算を創設するのか。[平成 29 年 6 月追加]

（答）

外来年間合算は、70 歳以上の高額療養費の上限額を見直すことに伴い、年間を通して外来特例に該当するような長期療養を受けている方の負担が増えないよう配慮する観点から、新たに創設するものです。

問 3. 1. 3 なぜ、一般区分だけでなく低所得区分の個人の外来についても合算の対象とするのか。[平成 29 年 6 月追加]

（答）

1 年間に一般区分の月と低所得区分の月がある場合は、年間通して一般区分である場合に比べて負担能力が低いにもかかわらず負担が重くなってしまうケースがある（※）ため、所得の低い方に配慮し、7 月 31 日時点で低所得区分である被保険者も含め、1 年間のうち一般区分又は低所得区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、144,000 円の上限を設けることとしています。

※例（平成 29 年 8 月以降）

年間通して一般区分の場合の年間負担額

＝14,000 円×12 か月＝168,000 円 → 年間上限により 144,000 円

一般区分 10 か月、低所得区分 2 か月の場合の年間負担額（低所得区分を合算対象としない場合）

＝14,000 円×10 か月＋8,000 円×2 か月＝156,000 円

問 3. 1. 4 なぜ、基準日に現役並み所得区分である場合は支給対象とならないのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

基準日に現役並み所得区分である方は、将来に向けて負担能力を有している方と考えられることから、外来年間合算の支給対象者とはなりません。

問 3. 1. 5 計算期間中に現役並み所得区分である期間があった場合でも、基準日時点で一般区分又は低所得区分であれば、支給対象となるのか。逆に、計算期間中は一般区分又は低所得区分であったが、基準日においては現役並み所得区分であれば、支給対象とはならないのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

問 3. 1. 6 7 月中に世帯状況が変わり、翌月から区分が変更になる場合、高額介護合算療養費と同様に、あくまでも基準日時点の世帯構成で区分を判定するのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

7 月に世帯状況が変わり、8 月から所得区分が変更となる場合であっても、7 月 31 日時点の所得区分及び世帯構成で判断します。

問 3. 1. 7 世帯合算後になお残る個人の外来療養の自己負担額の積み上げをするのではなく、月ごとの個人の外来療養の後の自己負担額を積み上げて年間上限を計算することはできないか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

高額療養費制度は家計に対する医療費の負担が過重とならないよう支給するものであることから、二重給付とはならないようにするためにも、世帯合算後になお残る個人の外来療養の自己負担額を合算することが適当です。

※例 国民健康保険の同一世帯（一般区分）に 70 歳以上の被保険者である A と B がいる場合、または同一世帯（一般区分）に、同じ後期高齢者医療広域連合に属する A と B がいる場合（上限額は、世帯合算 57,600 円とする）

A…外来自己負担 14,000 円 → 世帯合算による高額療養費 3,103 円

B…入院自己負担 60,000 円 → 世帯合算による高額療養費 13,297 円

この場合、A の外来療養に係る年間の高額療養費を算定するに当たって、外来自己負担額 14,000 円をそのまま用いると、世帯合算による高額療養費との二重給付となる可能性があります。そのため、合算対象は、10,897 円（=14,000-3,103）とすることが適当です。

問3.1.8 外来年間合算に係る上限額を144,000円に固定するよりも、合算対象月数に応じて按分する方が被保険者にとってわかりやすいのではないか。[平成29年6月追加]

(答)

外来年間合算は、長期療養されている方に配慮し、年間の負担額が見直し前後で変わらないようにするために設けられたものです。合算対象月数に応じて上限を按分することは、今般の見直しや、外来年間合算の趣旨に反するため、上限額は144,000円に固定することとしています。

問3.1.9 高額介護合算療養費においては500円という支給基準額を設定しているが、外来年間合算においては、支給基準額を設定しないのか。[平成29年12月追加]

(答)

外来年間合算においては、支給基準額を設ける予定はありません。

問3.1.10 支給申請書・自己負担額証明書等の様式については、厚生労働省保険局保険課・国民健康保険課・高齢者医療課の通知により示された様式と異なる様式を各保険者において作成して使用してもよいのか。[平成30年1月追加]

(答)

必要な事項が記載されているのであれば、各保険者において作成した様式を使用しても差し支えありません。

(2) 算定方法

問3.2.1 外来年間合算の算定開始日はいつか。

(答)

平成29年8月診療分からです。

問3.2.2 月々の自己負担額が月ごとの上限額を超えない場合、外来年間合算には該当するのか。[平成29年6月追加]

(答)

月々の自己負担額が月ごとの上限額を超えない場合でも、それらの自己負担額は、外来年間合算の算定対象として合算します。

問 3. 2. 3 調剤や治療用装具による自己負担額も、外来年間合算の算定対象となるか。
[平成 29 年 6 月追加]

(答)

外来年間合算の算定対象となる自己負担額は、月間の高額療養費や高額介護合算療養費の算定対象となる自己負担額と同じです。したがって、調剤や治療用装具による自己負担額についても、外来年間合算の算定対象となります。

問 3. 2. 4 再審査等により請求が止まっているレセプトはどのように取り扱うのか。
[平成 29 年 6 月追加]

(答)

月間の高額療養費や高額介護合算療養費における取扱いと同様に、再審査結果が出た後に支給することとします。

問 3. 2. 5 計算期間に 75 歳該当月を含んでいた場合でも年間上限を 144,000 円とするのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

問 3. 2. 6 健保及び国保において、69 歳以下との月額世帯合算についても支給があったとみなして外来年間合算を算定するのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

(健康保険・国民健康保険関係)

問 3. 2. 7 外来年間合算の支給額の算定に当たり、指定公費が支給されている場合には、どのように算定するのか。[平成 30 年 1 月追加]

(答)

被保険者に指定公費が支給されている場合には、当該被保険者の外来療養に係る額（特定給付対象療養の場合には、当該者がなお負担すべき額）を合算した額（月間の高額療養費が支給される場合にあっては、当該者に係る支給額を控除した額とする。）は、当該指定公費の支給後になお残る自己負担額になります。

(健康保険関係)

問 3. 2. 8 外来年間合算の支給額算定の基礎となる外来療養に係る額を算定するに当たっては、各月ごとに世帯単位で支給した月間の高額療養費の支給額を個人単位に按分することになるが、その月に世帯単位で支給した付加給付についてはどのように取り扱うべきか。[平成 30 年 5 月追加]

(答)

保険者が、各被保険者等に対して、法定給付に加えて付加給付を支給した場合、世帯単位で支給した法定給付と付加給付を合算した額を個人ごとに按分して、当該被保険者等における外来年間合算の支給額算定の基礎となる外来療養に係る額を算定してください。

(例) ある月において、被保険者 A (70 歳、所得区分は一般区分) に係る外来の医療費が 14,000 円、その被扶養者 B (70 歳) に係る入院の医療費が 57,600 円で、高齢者世帯合算高額療養費における付加金による自己負担上限額が 25,000 円の場合

- ・ 高齢者世帯合算高額療養費として支給する額

$(14,000 \text{ 円} + 57,600 \text{ 円}) - 57,600 \text{ 円} = 14,000 \text{ 円}$

- ・ 付加金として支給する額

$57,600 \text{ 円} - 25,000 \text{ 円} = 32,600 \text{ 円}$

- ・ 被保険者 A に対する高齢者世帯合算高額療養費及び付加金の支給額

$(14,000 \text{ 円} + 32,600 \text{ 円}) \times 14,000 \text{ 円} / (14,000 \text{ 円} + 57,600 \text{ 円}) = 9111. \dots \text{円} \div 9,112 \text{ 円}$

※ B に対する支給額は 37,488. …円であるため、按分後の額がもっとも低い額となる A に B の端数を切り捨てた額を加える。

- ・ 被保険者 A における外来年間合算の支給額算定の基礎となる外来療養に係る額

$14,000 \text{ 円} - 9,112 \text{ 円} = 4,888 \text{ 円}$

問 3. 2. 9 高額介護合算療養費の自己負担額証明書には外来年間合算の支給前の自己負担額が記載されることがあるが、高額介護合算療養費の支給額を算定するために、外来年間合算の支給額を月単位の支給額に計算し直す必要はあるのか。[平成 30 年 5 月追加]

(答)

高額介護合算療養費の支給に当たっては、当該高額介護合算療養費の支給の対象となる 1 年間のなお残る自己負担額 (外来年間合算を除く高額療養費支給後のなお残る自己負担額) から、その年の外来年間合算の支給額を控除するため、外来年間合算の支給額を月間に計算し直す必要はありません。

(3) 保険者変更の場合

問 3. 3. 1 なぜ、保険者が変更された場合に外来年間合算支給額を変更前後の保険者で按分支給するのか。多数回のカウントは保険者が変更されるとリセットされることを踏まえ、外来年間合算の適用についても、保険者ごとに自己負担の通算をリセットすべきではないか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

外来年間合算は、長期療養されている方に配慮し、年間の自己負担額が見直し前後で変わらないようにするために設けられたものであることを踏まえ、高額介護合算療養費と同様に、保険者が変更された場合には支給額を変更前後の保険者で按分して支給することとしています。

問 3. 3. 2 加入月数に応じて上限額 144,000 円も按分するのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

計算期間の途中で保険者が変更された場合であっても、各保険者の加入月数にかかわらず、年間上限額は 144,000 円です。

問 3. 3. 3 被保険者は基準日における保険者にのみ申請を行うのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

計算期間の途中で保険者が変更された場合、高額介護合算療養費と同様に、被保険者は、

- ・ 基準日保険者に対して、外来年間合算の支給申請
- ・ 基準日保険者以外の保険者に対して、外来年間合算の支給申請及び自己負担額証明書の交付申請

を、それぞれ行います。

問 3. 3. 4 前保険者による自己負担額証明書がなくとも基準日時点の保険者における自己負担分のみで支給可能な場合で、本人が自己負担額証明書なしで支給を受け、その後、自己負担証明を持参し追加支給を求めてきた場合、追加支給は可能か。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

追加支給することが可能です。

問 3. 3. 5 年度内に複数の保険者の変更を伴う異動がある場合、高額介護合算療養費と同様に、前保険者・前々保険者がそれぞれ自己負担額証明書を発行する必要があるのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

問 3. 3. 6 自己負担額証明書の交付に当たっては申請が必要なのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

問 3. 3. 7 自己負担額証明書では何の額を証明するのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

自己負担額証明書では、申請者が計算期間において被保険者又は被扶養者（現役並み所得区分である場合を除く。）として受けた外来療養に係る一部負担金等の額から、当該者に係る月ごとの高額療養費支給額（付加給付を含む。）を控除した額を証明します。

問 3. 3. 8 保険者変更があった場合において、外来年間合算支給後に、資格喪失後受診等の不当利得が判明した場合や自己負担額が遡及変更となった場合の取扱いはどうするのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

高額介護合算療養費と同様に、次のように取り扱うこととします。

- ① 申請者が基準日保険者において自己負担額の変更が生じた場合は、基準日保険者において外来年間合算を再計算し、その結果を被保険者及び基準日保険者以外の保険者（自己負担額証明書を発行した保険者）に通知した上で、申請者に対して追加支給又は返還請求する。
- ② 基準日保険者以外の保険者において自己負担額の変更が生じた場合には、申請者に対して自己負担額の修正があることを連絡するとともに、基準日保険者に対して修正した自己負担額証明書を送付し、再度計算を依頼する。基準日保険者における再計算後、申請者に対して追加支給又は返還請求する。

問 3.3.9 外来年間合算における自己負担額証明書は個人単位で発行されるのですか。また、申請を行うのは誰ですか。[平成 29 年 12 月追加]

(答)

外来年間合算は、個人単位で 1 年間における外来療養に係る額（特定給付対象療養の場合には、当該者がなお負担すべき額）を合算した額（月間の高額療養費が支給される場合にあっては、当該者に係る支給額を控除した額とし、付加給付として負担を軽減するための金品が支給される場合にあっては、当該者に係る当該金品に相当する額を控除した額とする。）のうち自己負担限度額を超える額を支給する仕組みですが、

- ・ 健康保険制度においては、被扶養者に係る外来年間合算はその被保険者
 - ・ 国民健康保険制度においては、世帯員に係る外来年間合算はその世帯主
- が支給の申請を行うとともに、支給を受けることになります。

以上のことから、外来年間合算の支給の申請は、健康保険制度又は国民健康保険制度において受けた外来療養に係る外来年間合算は世帯単位で行われることになることから、自己負担額証明書については、

- ・ 健康保険制度においては、被保険者が申請を行い世帯単位で発行（個人ごとの内訳を記載）
 - ・ 国民健康保険制度においては、世帯主が申請を行い世帯単位で発行（個人ごとの内訳を記載）
 - ・ 後期高齢者医療制度においては、被保険者が申請を行い個人単位で発行
- されることになります。

問 3.3.10 高額介護合算療養費における自己負担額証明書に記載する自己負担額は、外来年間合算の支給前の金額を記載するのか。それとも、外来年間合算の支給後の金額を記載するのか。[平成 30 年 1 月追加]

(答)

外来年間合算については、計算期間中に複数の保険者の被保険者である場合等、各保険者において外来年間合算の支給後の金額を把握することができない場合があります。そこで、高額介護合算療養費における自己負担額証明書は外来年間合算の支給前の金額（外来年間合算を除く高額療養費支給後のなお残る自己負担額）を記載することとします。

問 3.3.11 高額介護合算療養費の自己負担額証明書には、外来年間合算の支給額を控除した額を記載するとのことだが、具体的にはどのように支給額を計算すればよいか。[平成 30 年 5 月追加]

(答)

高額介護合算療養費の自己負担額証明書には、外来年間合算支給前の額を記載します。

なお、高額介護合算療養費の計算に当たって、当該高額介護合算療養費の自己負担額証明書を受け取った基準日保険者は、その記載額から、外来年間合算の支給額を控除した上で、高額介護合算療養費の支給額を計算してください。

※ 高額介護合算療養費の自己負担額に関する情報については、平成 30 年 7 月からマイナンバーによる情報連携の本格運用が開始され、自己負担額の情報を保険者間でやりとりすることとなります。

(例) 8 月～1 月までは A 健保組合の被保険者であり、2～7 月までは B 広域連合の被保険者となり、基準日をむかえた被保険者が、計算期間の各月ごとに外来療養で 1 万 4000 円、入院療養で 3 万円、介護サービス費で 2 万円を自己負担した場合

	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月
甲	A 健保組合の被保険者（一般）						B 広域連合の被保険者（一般）					
	外来療養に係る自己負担額：84,000 円						外来療養に係る自己負担額：84,000 円					
	入院療養に係る自己負担額：180,000 円						入院療養に係る自己負担額：180,000 円					
	介護サービスに係る自己負担額：120,000 円						介護サービスに係る自己負担額：120,000 円					

A 健保組合は甲からの自己負担額証明書交付申請兼支給申請を受け、外来年間合算及び高額介護合算療養費の自己負担額証明書をそれぞれ発行し、

- ・ 外来年間合算の自己負担額証明書には、A 健保組合の被保険者として受けた外来療養に係る自己負担額として 84,000 円、
- ・ 高額介護合算療養費の自己負担額証明書には、A 健保組合の被保険者として受けた外来療養及び入院療養に係る自己負担額を合算した額として 264,000 円（＝84,000 円＋180,000 円）が記載されます。

A 健保組合における自己負担額証明書を受け取った B 広域連合は、その記載額から外来年間合算の支給額を控除し、

- ・ 外来年間合算の支給額：外来療養に係る自己負担額－外来年間合算の算定基準額

$$= (84,000 \text{ 円} + 84,000 \text{ 円}) - 144,000 \text{ 円}$$

$$= 24,000 \text{ 円}$$
- ・ 高額介護合算療養費の支給額：（外来療養及び入院療養に係る自己負担額＋介護サービスに係る自己負担額－外来年間合算の支給額）－高額介護合算療養費の算定基準額

$$= (84,000 \text{ 円} + 84,000 \text{ 円} + 180,000 \text{ 円} + 180,000 \text{ 円} + 120,000 \text{ 円} + 120,000 \text{ 円} - 24,000 \text{ 円}) - 560,000 \text{ 円}$$

$$= 184,000 \text{ 円（※）}$$

を高額介護合算療養費の支給額とします。

※ 支給額は、医療保険者及び介護保険者がそれぞれの自己負担額の比率に応じて按分して負担する。

(国民健康保険関係)

問 3. 3. 12 平成 30 年度以降、同一都道府県内の市町村間の異動により給付主体（市町村）が変更になった場合、前市町村は自己負担額証明書を発行する必要があるのか。[平成 30 年 1 月追加]

(答)

同一都道府県内の市町村間の異動により給付主体が変更となった場合においても、それぞれの給付主体における自己負担額を把握することが出来ないことから、自己負担額証明書を発行する必要があります。

問3.3.13 自己負担額証明書には、現役並み所得者であった期間の自己負担金額を記載する必要はないのか。[平成30年1月追加]

(答)

現役並み所得者であった期間の自己負担額については自己負担額証明書に現役並み区分である旨を記載していただくこととなります。

問3.3.14 高額介護合算療養費の支給申請において、自己負担額証明書の発行は1枚であるが、外来年間合算の自己負担額証明書については、複数枚発行されることがありうるのか。[平成30年5月追加]

(答)

自己負担額証明書については、例えば、下記のように健康保険組合の被保険者とその被扶養者が、計算期間の途中でともに後期高齢者医療の被保険者となった場合など、同内容の証明書が複数枚発行される場合が想定されます。

(例) 健康保険組合の被保険者(甲)とその被扶養者(乙)が、計算期間の途中でともに後期高齢者医療の被保険者となった場合

		計算期間(8月1日～7月31日)	
甲 乙	① A健保の被保険者	② B広域の被保険者	
	③ A健保の被扶養者	④ B広域の被保険者	

手続き内容	申請者	申請先	必要添付書類	支給額
甲の支給申請	甲	B広域	①と③が記載された自己負担額証明書	①+②のうち14.4万円を超える額の②相当額
甲、乙の自己負担額証明書交付申請兼支給申請	甲	A健保	なし	①+②のうち14.4万円を超える額の①相当額、及び、 ③+④のうち14.4万円を超える額の③相当額
乙の支給申請	乙	B広域	①と③が記載された自己負担額証明書	③+④のうち14.4万円を超える額の④相当額

→A健保は①と③が記載された自己負担額証明書を甲と乙に対して、2枚発行することが必要。

(健康保険・国民健康保険関係)

問 3.3.15 A 健保組合の被保険者である甲（計算期間中、一貫して A 健保組合の被保険者）、基準日において甲の被扶養者である乙（計算期間中に B 国保の世帯主から甲の被扶養者となり、基準日をむかえたものとする）及び基準日において甲の被扶養者である丙（計算期間中に乙の世帯員から甲の被扶養者となり、基準日をむかえたものとする）のケースにおいて、丙の期間について、乙の世帯員であった期間は「元被扶養者合算額」の対象期間となり、甲の被扶養者であった期間は「基準日被扶養者合算額」の対象期間となるのか。[平成 30 年 5 月追加]

(答)

ご指摘のケースにおいて丙については、乙の世帯員であった期間は「元被扶養者合算額」の対象期間となり、甲の被扶養者であった期間は「基準日被扶養者合算額」の対象期間となるため、両者は合算されません。

	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月
甲	A 健保組合 被保険者											
乙	B 国保 世帯主					A 健保組合 被扶養者						
丙	B 国保 世帯員					A 健保組合 被扶養者						

(4) 世帯変更の場合

(国民健康保険関係)

問 3.4.1 国保において、計算期間中に世帯主変更があった場合は、基準日時点の世帯主に全額支給するのか。[平成 30 年 5 月修正]

(答)

計算期間中に世帯主変更があった場合には、基準日世帯員が計算期間中に世帯主であった期間に係る部分は、当該基準日世帯員に支給されることとなります。

問 3.4.2 国保について、計算期間中に世帯が変更となった場合は、高額介護合算療養費と同様に世帯主ごとで計算するのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

(5) 期中精算

問 3. 5. 1 計算期間中に被保険者が死亡した場合は、上限額 144, 000 円を生存月数で按分するのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

計算期間の途中で被保険者が死亡した場合であっても、生存月数にかかわらず、年間上限額は 144, 000 円です。

問 3. 5. 2 死亡月の前までは一般区分又は低所得区分であったが、死亡月（みなし基準日）に現役並み所得区分であれば、支給対象とはならないのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

問 3. 5. 3 健保及び国保において、計算期間中に被保険者が死亡した場合は、死亡した被保険者のみを支給対象と捉え、同一世帯の他の被保険者については 7/31 時点で計算するのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

(6) 事務取扱

問 3. 6. 1 基準日保険者において、外来年間合算の支給を受けることができると判断できる被保険者に対しては、当該被保険者の申請を待たずに（省略して）支給して良いのか。[平成 30 年 1 月修正]

(答)

基準日保険者において、外来年間合算の支給を受けることができると判断できる被保険者については、

- ・ 当該被保険者が計算期間において保険者を変更しておらず、基準日保険者において計算期間の全てにおいて外来療養に係る額を把握することができるとともに、
- ・ 基準日保険者が、当該被保険者に月間の高額療養費等を支給したことがあり、高額療養費を振り込む口座番号等を把握している

場合には、当該被保険者の申請を待たずに（省略して）支給を行うことは差し支えありません。

問 3. 6. 2 外来年間合算の支給の申請は個人単位で行うのか。[平成 29 年 12 月追加]

(答)

外来年間合算は、個人単位で 1 年間における外来療養に係る額（特定給付対象療養の場合には、当該者がなお負担すべき額）を合算した額（月間の高額療養費が支給される場合にあっては、当該者に係る支給額を控除した額とし、付加給付として負担を軽減するための金品が支給される場合にあっては、当該者に係る当該金品に相当する額を控除した額とする。）のうち自己負担限度額を超える額を支給する仕組みですが、

- ・ 健康保険制度においては、被扶養者に係る外来年間合算はその被保険者
- ・ 国民健康保険制度においては、世帯員に係る外来年間合算はその世帯主

が支給の申請を行うとともに、支給を受けることになります。

以上のことから、外来年間合算の支給の申請は、

- ・ 健康保険制度において受けた外来療養については、世帯単位
- ・ 国民健康保険制度において受けた外来療養については、世帯単位
- ・ 後期高齢者医療制度において受けた外来療養については、個人単位

で行われることになります。

問 3. 6. 3 基準日保険者において、当該保険者の有する情報を踏まえ、外来年間合算の支給を受けることができるかと判断できる被保険者に対して、申請を勧奨する通知を行うことは可能か。[平成 29 年 12 月追加]

(答)

月間の高額療養費の支給と同様、外来年間合算の支給について、申請を勧奨する通知を行うことは差し支えありません。

問 3. 6. 4 外来年間合算の支給の申請が行われていない被保険者から高額介護合算療養費の支給の申請が行われた場合に、高額介護合算療養費を外来年間合算よりも先に支給してよいか。[平成 29 年 12 月追加]

(答)

高額介護合算療養費の支給額を算定するに当たり、外来年間合算を含めた高額療養費の支給後になお残る自己負担額を把握する必要があることから、外来年間合算の支給の申請が行われていない者から高額介護合算療養費の支給の申請が行われた場合には、外来年間合算についても支給の申請を行っていただくよう勧奨するとともに、先に外来年間合算の支給を行うようにしてください。なお、当該者が外来年間合算の支給を受けられないことが確実である場合には、外来年間合算を申請していただく必要はありません。

また、基準日保険者において、当該者の外来年間合算の支給額を正しく把握することができる場合には、外来年間合算の支給がなされたものとみなして高額介護合算療養費の支給を行って差し支えありません。

問 3. 6. 5 月間の高額療養費の支給の申請が行われていない被保険者から外来年間合算の支給の申請が行われた場合に、外来年間合算を月間の高額療養費よりも先に支給してよいか。[平成 29 年 12 月追加]

(答)

外来年間合算の支給額を算定するに当たり、月間の高額療養費の支給後になお残る自己負担額を把握する必要があることから、月間の高額療養費の支給の申請が行われていない者から外来年間合算の支給の申請が行われた場合には、月間の高額療養費についても支給の申請を行っていただくよう勧奨するとともに、先に月間の高額療養費の支給を行うようにしてください。

また、基準日保険者において、当該者の月間の高額療養費の支給額を正しく把握することができる場合には、月間の高額療養費の支給がなされたものとみなして外来年間合算の支給を行って差し支えありません。

問 3. 6. 6 外来年間合算の支給申請書を受け付ける際に、領収書の添付や提示を求めることは必要か。[平成 29 年 12 月追加]

(答)

高額介護合算療養費の受付と同様に、領収書の添付や提示等を求める必要はありません。

(健康保険・国民健康保険関係)

問 3. 6. 7 健康保険における被保険者又は国民健康保険における世帯主若しくは組合員が、70 歳未満の場合であっても、基準日被保険者又は基準日世帯主等となるのか。その場合、自己の受けた療養が外来年間合算の計算に含まれない被保険者又は世帯主若しくは組合員が支給申請や自己負担額証明書の交付申請を行うのか。[平成 29 年 12 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

問 3. 6. 8 自己負担額証明書の交付申請を行う際、基準日における被保険者であった者の所得区分を証する書類を添付するものとされているが、保険者が把握できる場合も添付が必要なのか。[平成 30 年 5 月追加]

(答)

保険者において申請者の所得区分を把握できる場合は、基準日における被保険者であった者の所得区分を証する書類の添付を求めないこととして差し支えありません。

(7) その他

問3.7.1 外来年間合算の支給については現物給付か、償還払いか。[平成29年12月修正]

(答)

外来年間合算は、1年間における外来療養に係る額（特定給付対象療養の場合には、当該者がなお負担すべき額）を合算した額（月間の高額療養費が支給される場合にあっては、当該者に係る支給額を控除した額とし、付加給付として負担を軽減するための金品が支給される場合にあっては、当該者に係る当該金品に相当する額を控除した額とする。）のうち自己負担限度額を超える額を支給する仕組みであり、計算期間が終わるまで支給額を把握することが困難であることから、支給は現物給付では行わず、償還払いで行います。

問3.7.2 複数の医療機関を受診した場合で外来年間合算に係る上限額を超えた場合でも現物給付はしないということで良いか。[平成29年6月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

問3.7.3 外来年間合算が支給された場合、高額介護合算療養費の算定対象となる医療の自己負担額はどのように算出するのか。[平成29年6月追加]

(答)

高額介護合算療養費の算定においては、計算期間における一部負担金等の世帯合算額から、計算期間において支給された月間の高額療養費及び外来年間合算の合算額を控除して得た額を、算定対象となる医療の自己負担額とします。

問3.7.4 高額介護合算療養費については、外来年間合算を支給したものとして計算するのか。[平成29年12月修正]

(答)

平成29年12月4日付け通知にてお示したとおり、被保険者が高額介護合算療養費の支給の申請を行うに当たっては、事前に外来年間合算の支給額の有無を確認し、支給額がある場合には、外来年間合算の申請を行っていることが必要となります。なお、高額介護合算療養費の支給を申請した者が、外来年間合算の支給を受けることができるにもかかわらず、当該支給の申請を行っていない場合には、当該支給の申請を受けた基準日保険者は、当該者に外来年間合算の申請を行うよう勧奨するとともに、外来年間合算の支給がなされたものとみなし、高額介護合算療養費の支給額を算出することとします。

問3.7.5 外来年間合算に係る上限額を超える分を償還払いとする場合、医療費控除の適用を受ける際に申告する高額療養費支給額はどのように取り扱うのか。

(答)

現在、検討中です。

問 3. 7. 6 外来年間合算の支給は、どのようなスケジュールで実施すればよいか。また、外来年間合算が創設されたことに伴い、現在行っている高額介護合算療養費の支給のスケジュールも変わるようになるのか。[平成 29 年 12 月追加]

(答)

外来年間合算の支給に当たっては、以下のようなスケジュールとなることを想定しています。

N 年	7 月 31 日	基準日
	11 月～12 月	外来年間合算の支給の申請の勧奨
N+1 年	1 月～2 月	高額介護合算療養費の支給の申請の勧奨
	2 月～3 月	外来年間合算の支給
	4 月～5 月	高額介護合算療養費の支給

(健康保険・国民健康保険関係)

問 3. 7. 7 月間の高額療養費における個人ごとの按分を行う際、按分額が同じ場合には、当該端数処理はどのように行えばよいか。[平成 29 年 12 月追加]

(答)

月間の高額療養費における個人ごとの按分を行うに当たり 1 円未満の端数が生じる場合は、平成 29 年 12 月 4 日付け通知でお示したとおり、按分後の支給額がもっとも低い額となるもの以外の支給額については当該端数を切り捨て、もっとも低い額となるものの支給額に、当該切り捨てた額の合算額を加えることとしているところです。

この按分に当たり、もっとも低い額となる支給額が複数生じる場合には、

- ・ 被保険者がもっとも低い額となる支給額の対象者であるときは、被保険者以外の者に係る支給額については当該端数を切り捨て、当該被保険者に係る支給額に、当該切り捨てた額の合算額を加える
- ・ それ以外のときは、もっとも低い額となる支給額の対象者のうち、生年月日がもっとも早い者以外の者に係る支給額については当該端数を切り捨て、生年月日がもっとも早い者に係る支給額に、当該切り捨てた額の合算額を加える

こととします。

例) A (入院による自己負担額 20,000 円。70 歳の被保険者。昭和 22 年 10 月 1 日生まれ。)、B (入院による自己負担額 20,000 円。70 歳の被扶養者。昭和 22 年 11 月 1 日生まれ。) 及び C (自己負担額 30,000 円。70 歳未満の被扶養者) の世帯である場合 (上限額は、世帯合算 57,600 円とする。)

A…自己負担額 20,000 円→世帯合算による高額療養費 3,542. …円

B…自己負担額 20,000 円→世帯合算による高額療養費 3,542. …円

C…自己負担額 30,000 円→世帯合算による高額療養費 5,314. …円

この場合、本来は按分後の支給額がもっとも低い額となるもの以外の支給額については当該端数を切り捨て、もっとも低い額となるものの支給額に、当該切り

捨てた額の合算額を加えることとしているところですが、A及びBにおける按分後の支給額が同じであるため、本件においては、1円未満の端数については、B及びCに係る支給額については当該端数を切り捨て、被保険者であるAに係る支給額に、当該切り捨てた額の合算額を加えることとします。

A…自己負担額 20,000 円→世帯合算による高額療養費 3,544 円

B…自己負担額 20,000 円→世帯合算による高額療養費 3,542 円

C…自己負担額 30,000 円→世帯合算による高額療養費 5,314 円

(その後、A及びBについては、個人ごとの外来自己負担分と入院自己負担分にさらに按分することとなる。)

問 3. 7. 8 外来年間合算の支給の申請が行われていない被保険者から高額介護合算療養費の支給の申請が行われた場合であって、当該申請者が計算期間において保険者を変更している等の理由で基準日保険者において、当該申請者の計算期間中の自己負担額のすべてを把握することができず、外来年間合算の支給額を算出することができないときは、どのように支給を行えば良いのか。[平成 30 年 1 月追加]

(答)

高額介護合算療養費の支給額を算出するに当たっては、外来年間合算の支給額を算出することが必要になります。外来年間合算の支給額がわかる前に高額介護合算療養費の支給を行うと、被保険者に対して誤った支給を行うおそれがあることから、外来年間合算の支給の申請が行われる前に高額介護合算療養費の支給を行うことは認められません。ただし、外来年間合算の支給額がないことが明らかである場合等、外来年間合算療養費の支給額が把握できる場合には外来年間合算療養費の支給があったものとみなして、高額介護合算療養費を支給して差し支えありません。

問 3. 7. 9 外来年間合算の支給においては、その被保険者から月間の高額療養費について申請がなされていなかったとしても、月間の高額療養費が支給されたものとみなして、支給額算定の基礎となる外来療養に係る額を算定することとしているが、高額療養費が支給されたものとみなすことは法令上の根拠によるものなのか。[平成 30 年 5 月追加]

(答)

外来年間合算の支給額の算定に当たって月間の高額療養費が支給されたものとみなすことは、法令上の根拠に基づいて行うものです。

健康保険法施行令第 41 条の 2 第 1 項第 1 号、国民健康保険法施行令第 29 条の 2 の 2 第 1 項第 1 号、高確法施行令第 14 条の 2 第 1 項第 1 号等において、各被保険者の外来年間合算の支給額算定の基礎となる外来療養に係る額は、月間の高額療養費が支給される場合にあっては、当該者に係る支給額を控除した額である旨が規定されています。

問 3. 7. 10 外来年間合算の歳出予算科目は、高額介護合算療養費のように月間の高額療養費とは別に設定するのか。[平成 30 年 5 月追加]

(答)

月間の高額療養費と外来年間合算は予算科目上区別できることが望ましいと考えます。

4. 平成 29 年 8 月施行分（その他）

問 4. 1 見直し後の上限額が適用されるのは、8 月診療分からか、8 月計算分からか。

(答)

平成 29 年 8 月診療分からです。

問 4. 2 見直し後の上限額の根拠は何か。

(答)

一般区分の世帯合算及び現役並み区分の外来の上限額は、69 歳以下の上限額と合わせて設定しています。

一般区分の外来 14,000 円は、12,000 円から 18,000 円への引上げ幅 6,000 円のうち、激変緩和のため、1/3 である 2,000 円を引き上げた額です。

年間上限額は、負担される額が見直し前の年間負担額を超えないよう、見直し前の一般区分の外来 12,000 円×12 か月となる額です。

問 4. 3 75 歳到達月の上限額も併せて引き上げるのか。

(答)

お見込みのとおりです。

問 4. 4 一般区分に多数回該当が新設されることにより、レセプトの特記事項はどのように変更されるのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

70 歳以上の一般区分で、特定疾病給付対象療養高額療養費の多数回該当の場合には、レセプトの特記事項欄に「34 多エ」が記載される予定です。

5. 平成 30 年 8 月施行分

問 5. 1 現役並みの 3 区分は、被保険者証等への職権記載とするのか、限度額適用認定証を発行するのか。[平成 29 年 12 月修正]

(答)

現役並みの 3 区分は、限度額適用認定証に記載することとし、現役並みの 3 区分のうち、下の 2 区分に限度額適用認定証を発行し、一番上の区分は限度額適用認定証の発行を受けずに現物給付を受けることができることとします。

問 5. 2 見直し後の上限額の根拠は何か。

(答)

一般区分の外来 18,000 円は、見直し前の 12,000 円を設定した水準（一人当たり医療費の上位 2～3%程度に当たる水準）を直近データに当てはめた額です。

現役並み区分の上限額は、69 歳以下の上限額と合わせて設定しています。

問 5. 3 なぜ現役並み所得者の外来特例を撤廃するのか。

(答)

社会全体が高齢化する中、制度の持続可能性を高めるためには、高齢者の方々にも、制度の支え手として年齢を問わず負担能力に応じて負担をいただくことが必要です。今般の見直しは、こうした観点から、負担能力に応じた負担を求めることとしたものです。

問 5. 4 上限額を超える部分は現物給付化で対応するのか。

(答)

お見込みのとおりです。

問 5. 5 平成 30 年 8 月診療分からの現役並み所得区分 I について、平成 30 年 8 月までに外来（個人）で過去 12 か月以内に 3 回以上、上限額に達している場合、平成 30 年 8 月以降に 4 回目の外来受診があれば、多数回該当となり、上限額（世帯）は 44,400 円となる理解でよいのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

平成 30 年 7 月までは、外来は多数回該当のカウント対象外であるため、平成 30 年 7 月までに外来で過去 12 か月以内に 3 回以上、上限額に達している場合でも、平成 30 年 8 月以降の 4 回目の外来受診においては、多数回該当とはなりません。

問 5. 6 特定疾病給付対象療養の算定基準額の見直しに伴い、レセプトの特記事項はどのように変更されるのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

平成 30 年 8 月以降の診療分については、レセプトの特記事項欄の記載が次のように変更される予定です。

平成 29 年 8 月から平成 30 年 7 月まで診療分

特記		所得区分（70 歳以上）
17	上位	現役並み所得
18	一般	一般
19	低所	低所得ⅡⅠ
22	多上	現役並み所得／多数回
34	多工	一般／多数回

※22 及び 34 は、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合に記載

平成 30 年 8 月以降診療分

特記		所得区分（70 歳未満）	所得区分（70 歳以上）
26	区ア	区分ア	現役並みⅢ
27	区イ	区分イ	現役並みⅡ
28	区ウ	区分ウ	現役並みⅠ
29	区エ	区分エ	一般
30	区オ	区分オ	低所得ⅡⅠ
31	多ア	区分ア／多数回	現役並みⅢ／多数回
32	多イ	区分イ／多数回	現役並みⅡ／多数回
33	多ウ	区分ウ／多数回	現役並みⅠ／多数回
34	多エ	区分エ／多数回	一般／多数回
35	多オ	区分オ／多数回	—

※17～22 は削除

※31～35 は、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合に記載

問５．７ 平成 30 年 8 月以降、現役並み区分の細分化に伴い新たに発行されることとなる現役並み区分の限度額適用認定証において、各区分はどのように記載される予定なのか。[平成 30 年 1 月追加]

(答)

平成 30 年 8 月以降、現役並み区分の細分化に伴い新たに発行されることとなる現役並み区分の限度額適用認定証においては、以下のとおり記載される予定です。

	健康保険制度・国民健康保険制度	後期高齢者医療制度
標準報酬 53～79 万円 課税所得 380 万円以上 690 万円未満	現役並みⅡ	現役Ⅱ
標準報酬 28～50 万円 課税所得 145 万円以上 380 万円未満	現役並みⅠ	現役Ⅰ

問５．８ 現役並み区分が細分化されるに当たり、現役並み所得区分Ⅰ・Ⅱの者が限度額適用認定証を持参せずに療養を受けた場合、現役並み所得区分Ⅲの算定基準額において現物給付を受けることができ、本来の算定基準額を超えた部分については償還払いを受けることができるのか。[平成 30 年 5 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

問５．９ 平成 30 年 8 月より、現行の現役並み所得区分が細分化され、新たに現役並み所得区分Ⅰ・Ⅱとなる者に限度額適用認定証の交付をすることになることから、当該者に対して限度額適用認定証の勧奨をするべきなのか。[平成 30 年 5 月追加]

(答)

お見込みのとおりです。

平成 30 年 8 月より、現行の現役並み所得区分が細分化されることに伴い、現役並み所得区分Ⅰ・Ⅱとなる者は、当該区分の限度額において現物給付を受けるには、限度額適用認定証の交付を受けることが必要となります。

そのため、各保険者においては、例えば、継続的に高額な療養を受けている被保険者等が、今般の改正に伴い、限度額適用認定証の申請を行っていないことを理由に、一時的に各区分の限度額における現物給付を受けることができなくなり、医療機関等における窓口負担が増加することとなることのないよう被保険者への周知・広報に努め、必要な被保険者が事前に限度額適用認定証の発行を受けることができるよう配慮してください。

周知・広報を実施するに当たっては、

- ・ 現役並み所得区分Ⅰ・Ⅱに該当することとなる被保険者全員に対して限度額適用認定証の申請を勧奨すること
- ・ 現役並み所得区分Ⅰ・Ⅱに該当することとなる被保険者のうち、昨年度、高額療養費の給付を受けていた者等に対して文書送付、電話連絡等により個別に申請を勧奨す

ること

- ・ 保険料額決定通知書、被保険者証等の送付時に別途、注意喚起に関する資料等を同封すること

といった方法の活用等を含め、各保険者にて有効な周知・広報の実施方法を検討してください。

(国民健康保険・後期高齢者医療関係)

問 5.10 平成 30 年 8 月以降、新たに発行される現役並み所得区分の限度額適用認定証の様式はどのようなになるのか。[平成 30 年 5 月追加]

(答)

様式については別紙のとおりです。

6. その他

問 6.1 高額療養費の見直しに伴い、自己負担割合の判定基準についても見直すのか。また、今後、自己負担割合についても見直すのか。

(答)

今回の見直しに伴い、自己負担割合の判定基準は見直しません。

また、自己負担割合については、改革工程表に基づき、医療保険部会等において検討することとしています。

問 6.2 今後、低所得区分の見直しや一般区分の外来特例撤廃についても検討が行われるのか。

(答)

ご指摘のような更なる高額療養費制度の見直しについては、現時点では予定はありません。

問 6.3 平成 30 年度以降も制度見直しによるリーフレットを被保険者に送るのか。

(答)

後期高齢者医療制度については、現在、検討中です。

国民健康保険については、30 年度に施行される国保改革と併せて広報を行う予定です。

問 6.4 後期高齢者医療制度の標準システムの改修はいつ行うのか。

(答)

現在、検討中です。

【別紙】

(裏面)

注 意 事 項

1. この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
2. 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき、記載された適用区分に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
4. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
5. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備 考

(表面)

〇〇都道府県国民健康保険
限度額適用認定証

有効期限 年 月 日
交付年月日 年 月 日

記 号		番 号									
世帯主	住 所										
	氏 名		男・女								
対適象 者用	氏 名		男・女								
	生年月日	年 月 日									
発効期日		年 月 日									
適用区分											
保険者番号並びに交付者の名称及び印		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									

※新たな様式による対応が難しい場合は、平成30年8月～平成31年7月の間に発行するものに限り、従前の様式（様式第一号の八(第二十七条の十四の二関係)）を使用することを可能とする。なお、その場合、従前の様式の注意事項3中、「高齢受給者証の交付を受けることができるに至ったとき、」及び「、又は世帯主が保険料を滞納したため組合が当該証の返還を求めたとき」の文言を、取消線等を用いて取り消した上で使用すること。

※国民健康保険組合における様式（様式第一号の八の二(第二十七条の十四の二関係)）についても、同様の取扱いとする。

【別紙】

(裏面)

注意事項

1. この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、医療機関等ごとに1箇月につき、別に定められた額を限度とします。
2. 療養を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき、記載された適用区分に該当しなくなったとき、又はこの証の有効期限に至ったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
4. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。
5. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備考

(表面)

後期高齢者医療限度額適用認定証

有 効 期 限 年 月 日
交付年月日 年 月 日

被 保 険 者 番 号											
被 保 険 者	住 所										
	氏 名				男・女						
	生年月日	年 月 日									
発 効 期 日		年 月 日									
適 用 区 分											
保 険 者 番 号 並 び の 名 称 及 び 印		<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									