

## 高額療養費の制度改正について【平成 29 年 8 月】

平成 29 年 8 月より **70 歳以上の方**の高額療養費が改正されましたのでお知らせいたします。

詳しくは、下記ページをご参照ください。

## 【補足資料】高額療養費の制度改正事項

### 平成29年8月 施行

#### 1 算定基準額の引き上げ（対象：70歳以上の者）

##### 1 70歳以上の外来における算定基準額の引き上げ

70歳以上の外来における算定基準額が、これまでの一般の区分で12,000円、現役並みの区分で44,400円だったものが、一般の区分で14,000円、現役並みの区分で57,600円に引き上げられます。

##### 2 70歳以上の入院及び高齢者世帯合算の算定基準額の引き上げ

70歳以上の入院及び高齢者世帯合算における算定基準額が、これまでの一般の区分で44,400円(多数回該当なし)だったものが、一般の区分で57,600円(多数回該当44,400円)に引き上げられます。

平成29年7月まで			平成29年8月から		
区分	算定基準額		区分	算定基準額	
	外来	入院(高齢者世帯合算)		外来	入院(高齢者世帯合算)
現役並み	44,400円	80,100円+1% <44,400円>	現役並み	57,600円	80,100円+1% <44,400円>
一般	12,000円	44,400円	一般	14,000円	57,600円 <44,400円>



◆ 一般区分の者についても、多数回該当が適用となります。

したがって、施行時に一般の区分の者については、平成28年9月から平成29年7月までの間に世帯において高額療養費の支給が3回以上ある場合、8月から多数回該当が適用することができます。

#### 2 70歳以上の外来（一般区分の者に限る）における年間上限額の設定（予定）

##### 1 趣旨

制度の趣旨は、健保令41条5項に定める外来診療した70歳以上の者（一般区分の者に限る）の算定基準額を12,000円から14,000円に引き上げることに伴い、当該者の経済的な負担を考慮した時限措置として年間の上限額（12,000円×12＝144,000円）を設定することです。

## 2 支給要件

70歳以上で外来療養した患者(7月31日時点で現役並み区分以外の者に限る)が、計算期間(8月1日から翌7月31日まで)の間(※1)に、一般及び低所得区分であった期間の自己負担額の通算額(※2)が、上限額144,000円を上回っていること。

### (※1)計算期間(8月1日から翌7月31日まで)の間

・計算期間内に保険者の異動があった場合は、自己負担額を通算することとなります。

### (※2)自己負担額の通算額

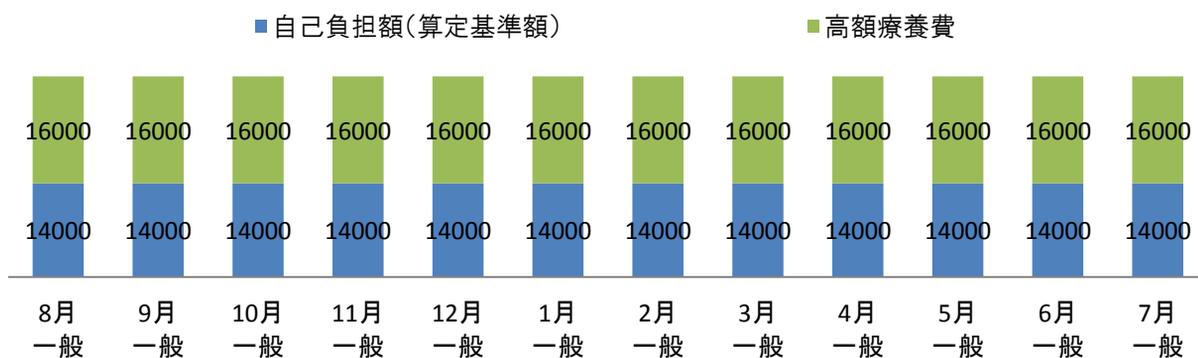
・通算される額は、70歳以上で外来療養した患者(一般及び低所得の者に限る)単位に自己負担額を通算します。なお、世帯合算の高額療養費が支給されている場合は、他の自己負担額との割合に応じて自己負担額を減じます。

## 3 支給額

70歳以上で外来療養した患者(7月31日時点で現役並み区分以外の者に限る)が、計算期間(8月1日から翌7月31日まで)の間に負担した算定基準額の通算額から、上限額を控除した額

### 【イメージ図】

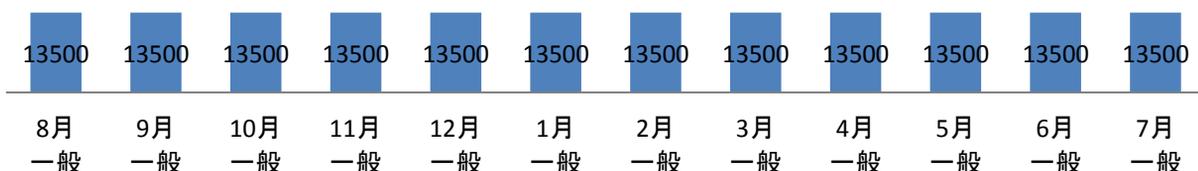
(事例1) 毎月外来で30,000円を負担(高額療養費の支給により実際は14,000円)した場合



上記事例の場合、年間上限により支給される額は  $14,000 \times 12 = 168,000$ 円から144,000円を控除した24,000円となります。

70歳以上の外来について、同一月に複数回通院したとしても、個人合算の高額療養費が支給されることから、月の算定基準額は、14,000円が限度となりますが、月途中で保険者に異動があった場合は、同一月に $14,000 \times 2$ の負担となります。

### (事例2) 外来に係る一部負担金が算定基準額を超えていない場合



上記事例の場合、年間上限により支給される額は  $13,500 \times 12 = 162,000$ 円から144,000円を控除した18,000円となります。

## 4 支給申請の時期

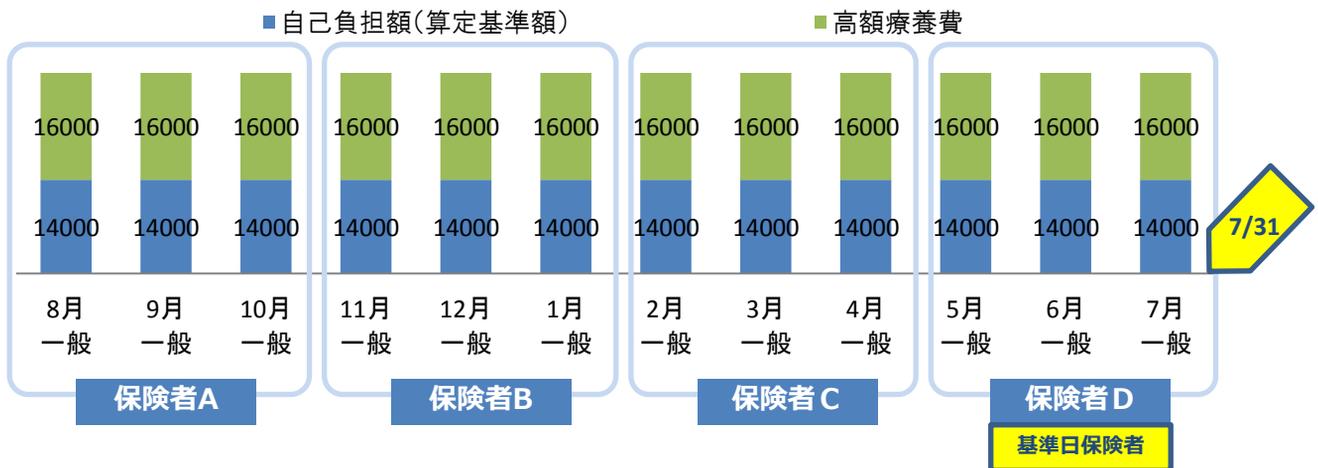
年間上限の高額療養費は、償還払いが原則であるため、被保険者が請求することにより支給することとなります。なお、その請求は、翌年8月以降に可能となりますが、支給は9月以降(7月のレセプトは9月にならないと確認できないため)となります。ただし、診療内容明細書等で事実確認が出来るのであれば、8月に支給しても差し支えありません。

なお、当該請求については、健康保険法施行規則第111条(保険給付に関する手続きの特例)に該当することから、保険者の判断により省略することも可能です。

## 5 支給

7月31日に被保険者が在籍する保険者(基準日保険者)へ、支給申請書を提出します。

当該年間上限額の取扱いは、高額介護合算の事務スキームと同様のイメージとされており、保険者の異動(被用者保険のみならず、国保・広域連合を含む)があった場合においては、各保険者が支給する金額は自己負担額に応じて按分計算等を行うこととなる予定です。



◎7月31日に被保険者が在籍する保険者(基準日保険者)である保険者Dが、支給申請を受理  
【支給合計金額】

$$14,000円 \times 12 - 144,000円 = 24,000円$$

$$\text{保険者A} \quad 24,000円 \times 42,000円 / 168,000円 = 6,000円$$

$$\text{保険者B} \quad 24,000円 \times 42,000円 / 168,000円 = 6,000円$$

$$\text{保険者C} \quad 24,000円 \times 42,000円 / 168,000円 = 6,000円$$

$$\text{保険者D} \quad 24,000円 \times 42,000円 / 168,000円 = 6,000円$$

## 6 計算期間内に患者が死亡した場合の取扱い

患者が計算期間中に死亡した場合、死亡日を計算期間の最終の日(7月31日)とみなして、144,000円を満たしていれば、年間上限の高額療養費が支給されます。

算定基準額の細分化及び引き上げ

1 現役並みの所得区分の細分化

70歳以上の現役並みの所得区分が3段階に細分化されます。(70歳未満の所得区分アイウと同様のイメージ。)

2 一般の所得区分における外来算定基準額の引き上げ

70歳以上の一般における外来算定基準額について、14,000円だったものが、18,000円に引き上げられます。

なお、年間上限額は引き続き144,000円となります。

平成30年7月まで		
区分	算定基準額	
	外来	入院(高齢者世帯合算)
現役並み	57,600円	80,100+1% <44,400円>
一般	14,000円	57,600円 <44,400円>



平成30年8月から		
区分	算定基準額	
	外来	入院(高齢者世帯合算)
標準報酬月額 83万円以上	252,600円+1% <140,100円>	
標準報酬月額 53~79万円	167,400円+1% <93,000円>	
標準報酬月額 28~50万円	80,100円+1% <44,400円>	
一般	18,000円	57,600円 <44,400円>



### 3. 平成 29 年 8 月施行分（年間上限について）

#### （1）総論

問 3.1.1 外来療養に係る年間の高額療養費について、世帯合算による高額療養費や高額介護合算療養費との関係はどのようになるのか。

（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（先に高齢世帯合算を計算）
- ③ 外来の年間上限を計算
- ④ 高額介護合算療養費を計算

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。

（答） お見込みのとおりです。

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。

（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 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 とその被扶養者である 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。

#### 【健保連補足】

上記下線部の金額の計算は次のとおり

◎ 高齢者世帯合算による高額療養費の算定

$$(14,000+60,000) - 57,600 = 16,400$$

外来と入院の負担額により高額療養費を按分計算する

$$16,400 \times 14,000 / 74,000 = 3,102.702702 \dots$$

$16,400 \times 60,000 / 74,000 = 13,297.297297 \dots$

◎端数処理

1 円未満の端数が生じた場合は、按分後の額が一番低い額となるもの以外の額については端数を切り捨て、按分後の額が一番低い額となるものの額に当該切り捨てられた額の合算額を加える想定

上記においては  $3,102.702702 \dots < 13,297.297297 \dots$  であるため

外来自己負担 14,000 円に係る高額療養費は 3,103 円、入院自己負担 60,000 円に係る高額療養費 13,297 円となる

◎実質的な負担額の算定

外来自己負担 14,000 円に係る高額療養費は 3,103 円であるため、外来に係る実質的な負担額は 14,000 円から 3,103 円を控除した 10,897 円 ( $=14,000-3,103$ ) となり、年間の高額療養費に係る算定においては当該実質的な負担額を算定することとなる

(2) 算定方法

問 3.2.1 外来療養に係る年間の高額療養費の算定開始日はいつか。

(答) 平成 29 年 8 月診療分からです。

(3) 保険者変更の場合

問 3.3.7 自己負担額証明書では何の額を証明するのか。

(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、外来療養に係る年間の高額療養費支給後に、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。

(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 申請者が基準日に属する保険者（以下この問において「基準日保険者」という。）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療養に係る年間の高額療養費を再計算し、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。