医療費が高額になったとき

高額療養費の支給

1か月（同じ月内）の医療費の自己負担額が、定められた限度額（➡11ページ）を超えた場合は、その超えた額が高額療養費として支給されます。

支給対象となるかたには、受診月の概ね3か月後に市（区）町村から支給申請案内（初回のみ）を送付します。

申請に必要なもの	①申請書（市（区）町村から送付されます）　②本人名義の預金通帳 ③保険証　④個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）⑤印かん

！ 高額療養費の振り込み先として、国（デジタル庁）に登録済みの公金受取口座（公的給付支給等口座）を指定する場合は、本人名義の預金通帳は不要となります。

！ 2回目以降の申請手続きは不要です

2回目以降は、初回に指定していただいた口座へ振り込みます。
ただし、口座を変更する場合や解約をした場合は、再度申請が必要になります。

高額療養費の計算例：所得区分が「一般Ⅰ」の場合

夫（78歳）の自己負担額

外　来	外　来
A内科 18,000円※	B歯科 5,000円

※外来の場合、窓口の負担は個人の自己負担限度額までの支払いとなります。

妻（75歳）の自己負担額

外　来	入　院
C眼科 3,000円	D病院 57,600円※

※入院の場合、窓口の負担は世帯の自己負担限度額までの支払いとなります。

はじめに

個人ごとに外来分を計算

外来の限度額 18,000円

自己負担額の合計23,000円

自己負担額合計　限度額

23,000円－18,000円＝　外来の支給額 5,000円①

外来の限度額を超えた分を支給

自己負担額 3,000円

外来の自己負担額が18,000円を超えていないので、支給されません。

つぎに

世帯全体で外来分と入院分を合わせて計算

世帯の限度額 57,600円

最終的な夫の外来の自己負担額 18,000円

妻の外来の自己負担額 3,000円

妻の入院の自己負担額 57,600円

夫と妻の自己負担額を合計　世帯の限度額

（18,000円＋3,000円＋57,600円）－57,600円＝　外来＋入院の支給額 21,000円②

世帯の限度額を超えた分を支給

高額療養費の支給額は、①の5,000円は、夫に対して支払われます。
②の21,000円は、かかった費用に応じて夫と妻に支払われます。

外来に係る年間の高額療養費（外来年間合算）

1年間（8月1日から翌年7月31日）のうち所得区分が一般または市町村民税非課税世帯であった月の外来（個人単位）の自己負担額の合計が144,000円を超えた場合、超えた額が支給されます。
支給対象となる可能性が高いかたには、広域連合からご案内を送付します。

※月の高額療養費の支給がある場合、支給された額は自己負担額には含みません。
※所得区分は基準日（7月31日または資格喪失した日の前日）の所得区分を適用します。

申請に必要なもの	①申請書（広域連合から送付されます）　②本人名義の預金通帳 ③保険証　④個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）⑤印かん

！ 外来に係る年間の高額療養費の振り込み先として、国（デジタル庁）に登録済みの公金受取口座（公的給付支給等口座）を指定する場合は、本人名義の預金通帳は不要となります。

限度額適用・標準負担額減額認定証 オンライン資格確認対応（➡10ページ）

市町村民税非課税世帯のかたが「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関や薬局などへ提示すると、窓口で医療費の支払いが自己負担限度額（➡11ページ）までになるとともに、入院時の食事代（➡12ページ）が減額されます。市(区)町村の窓口に申請してください。

対象者 世帯の全員が市町村民税非課税のかた（区分Ⅰ、区分Ⅱ）

申請に必要なもの	①保険証　②個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）

所得区分が「区分Ⅱ」のかたで入院日数が91日以上になった場合

区分Ⅱのかたの入院日数が、過去12か月において合計91日以上となったときは、「区分Ⅱ（長期入院該当）」（➡12ページ）の申請をすることができます。
なお、他の健康保険（区分Ⅱ）における入院日数も含めることができます。
食事代の減額は、申請した翌月から有効となりますので、申請日からその月末までの差額は後日支給します。（別途申請が必要になります。）

申請に必要なもの	①保険証　②入院日数がわかる領収書など ③個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）

限度額適用認定証 オンライン資格確認対応（➡10ページ）

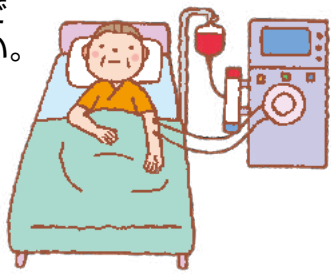
下記対象者が、「限度額適用認定証」を医療機関や薬局などへ提示すると、窓口で医療費の支払いが自己負担限度額（➡11ページ）まで抑えられます。市（区）町村の窓口に申請してください。

対象者 現役並み所得者Ⅰ、Ⅱのかた

申請に必要なもの	①保険証　②個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）

特定疾病療養受療証 オンライン資格確認対応（➡10ページ）

人工透析など高度な治療が長期間必要となるかたは、申請いただくことで「特定疾病療養受療証」を交付します。市（区）町村の窓口に申請してください。



対象
- 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部
- 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限ります。）

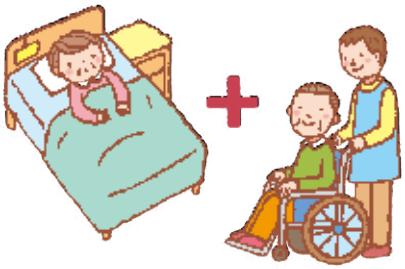
自己負担限度額 １医療機関（入院・外来別）につき月額10,000円
（月の途中で75歳の誕生日を迎え被保険者となるときは、その月に限り5,000円）

申請に必要なもの	①保険証　②特定疾病に関する医師の意見書、他の保険で交付された特定疾病療養受療証など　③個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）

！「限度額適用・標準負担額減額認定証」、「限度額適用認定証」、「特定疾病療養受療証」が他の保険で交付されていた場合でも、千葉県の後期高齢者医療制度に加入したときには申請が必要です。

医療費と介護保険サービス利用料が高額になったとき（高額介護合算療養費）

1年間の医療費と介護保険サービス利用料の自己負担額を合計した金額が、定められた限度額を超えた場合は、その超えた額が高額介護合算療養費として支給されます。
支給対象となる可能性が高いかたには、広域連合から支給申請の案内を送付します。



★高額介護合算療養費は、支払った自己負担額の割合で、後期高齢者医療制度と介護保険制度、それぞれの保険者から支払われます。
★対象期間は、毎年8月1日から翌年7月31日までの1年間です。
★対象期間に千葉県外から転入したかた、他の健康保険から後期高齢者医療制度に加入したかた・県外の介護保険を利用しているかたについては、支給申請の案内が届かない場合がありますので、お住まいの市（区）町村の窓口にお問い合わせください。

申請に必要なもの	①申請書（広域連合から送付されます） ②本人名義の預金通帳 ③保険証 ④介護保険証 ⑤個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照） ⑥自己負担額証明書〈対象期間中に転居等により、医療（介護）保険者の変更があった場合〉 ⑦印かん

！高額介護合算療養費の振り込み先として、国（デジタル庁）に登録済みの公金受取口座（公的給付支給等口座）を指定する場合は、本人名義の預金通帳は不要となります。