

医療費が高額になってしまったときどうすれば？【70歳未満】

① 病院に支払った医療費が限度額を超えると、“高額療養費支給申請書”が送付されます

該当する世帯には、受診月から約3か月後に申請書をお送りします（通知が届く前に事前の申請も可能です。）。

診療月の翌月1日から2年を過ぎると時効により、高額療養費が支給されませんのでご注意ください。

「高額療養費支給申請手続の簡素化該当世帯」の方は、申請により支給手続が簡素化され、原則2回目以降は指定口座への自動振込となります。



◇ 所得区分（自己負担限度額）の判定 年度ごとに所得区分を判定しております。当年8月～翌年7月を1年度とし、8月時点での前年の収入で判定されます。

診療期間	令和6年8月1日 ～ 令和7年7月31日 診療分	令和7年8月1日 ～ 令和8年7月31日 診療分	令和8年8月1日 ～ 令和9年7月31日 診療分
区分判定所得	令和5年中（2023年）の所得(令和6年度申告分)	令和6年中（2024年）の所得(令和7年度申告分)	令和7年中（2025年）の所得(令和8年度申告分)

◇ 自己負担額の計算条件

- 月の1日～末日ごとの計算 ● 同じ医療機関でも外来と入院は別計算（医科と歯科も別計算） ● 2つ以上の医療機関にかかった場合は別計算
- 2万1000円以上支払った医療機関が複数ある場合は合算 ● 院外処方薬の薬局分と処方元の医療機関分は合算 ● 入院時の差額ベッド代・食事代・保険外診療は対象外

② 入院などで事前に医療費が高額になると見込まれるときは？

「限度額適用認定証」（所得区分才の人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」）を医療機関の窓口に表示することで、外来・入院の支払いがそれぞれ下表の区分の限度額までとなります。複数の医療機関にかかる場合は、それぞれの医療機関で限度額までの支払いが必要です。※医療機関があらかじめ下表の自己負担限度額の所得区分を確認した場合は、1つの医療機関での支払いが外来・入院それぞれ限度額までとなります。

限度額適用認定証は申請月の1日から有効です。調剤薬局、訪問医療、訪問看護でもお使いいただけます。保険税に未納がある場合は発行できません。直近1か月以内に納付書等で納付した場合は収納状況の確認のため、領収書等をご持参ください。なお、毎年8月に所得区分が更新されることにより、継続して限度額適用認定証が必要な方は窓口で更新手続きが必要です。更新の時期については、ホームページ・広報そうかでお知らせいたします。

☆マイナ保険証を利用すると便利です☆
マイナンバーカードを健康保険証として利用できる医療機関で、患者本人が医療機関での情報提供に同意すると、「限度額適用認定証」等がなくても限度額を超える支払いが免除されるため、原則、申請手続不要です。



◇ 1か月の自己負担限度額と所得範囲

区分	1か月の自己負担限度額		所得範囲(基礎控除後)	
	3回目まで	4回目以降 (過去12か月以内)	右記以外の世帯	非自発的失業申請者のいる世帯 非自発的失業者の所得は100分の30で計算
ア	25万2600円＋（医療費の総額－84万2000円）×1%	14万100円	※1 基準総所得金額901万円超または未申告者（国保加入者のみの合計で計算 擬制世帯主は含めない）	
イ	16万7400円＋（医療費の総額－55万8000円）×1%	9万3000円	基準総所得金額600万円超～901万円以下（	）
ウ	8万100円＋（医療費の総額－26万7000円）×1%	4万4400円	基準総所得金額210万円超～600万円以下（	）
エ	5万7600円	4万4400円	基準総所得金額210万円以下（	）
オ	3万5400円	2万4600円	市民税・県民税均等割非課税 (擬制世帯主を含む国保加入者 全員が非課税)	合計所得が下記基準未満 43万円＋(国保加入者数＋後期高齢加入者数)×56万円未満 (対象：国保加入者・擬制世帯主・後期高齢加入者)

同一都道府県内の市区町村間で住所を異動した月は、異動前と異動後の限度額がそれぞれ2分の1となります。

※1 基準総所得金額＝総所得金額（給与所得控除や事業所得の経費を控除した額）、山林所得金額、土地の譲渡等による所得から、基礎控除額（43万円）を控除した額。