

医療費が高額になってしまったときどうすれば？【70歳～75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
- 外来は個人ごと、入院を含む場合は世帯で合算
- 医療機関の区別なく合算
- 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？

次の証書を医療機関の窓口に提示することで、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。

一般、現役並み所得者Ⅲの人	…	資格確認書等の提示
現役並み所得者Ⅰ・Ⅱの人	…	限度額適用認定証
低所得者Ⅰ・Ⅱ	…	限度額適用・標準負担額減額認定証

※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。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 (70歳以上の国保加入者の市民税・県民税課税所得)
	外来(個人単位)	外来＋入院(世帯単位)	※1 4回目以降 (過去12か月以内)	
現役並み所得者Ⅲ	25万2600円＋(医療費の総額－84万2000円)×1%	14万100円		※2 690万円以上
現役並み所得者Ⅱ	16万7400円＋(医療費の総額－55万8000円)×1%	9万3000円		※2 380万円以上690万円未満
現役並み所得者Ⅰ	8万100円＋(医療費の総額－26万7000円)×1%	4万4400円		※2 145万円以上380万円未満
一般	※3 1万8000円	5万7600円	4万4400円	145万円未満で低所得Ⅰ・Ⅱ以外または未申告者
低所得者Ⅱ	8000円	2万4600円		市民税・県民税均等割非課税で低所得Ⅰ以外 (擬制世帯主を含む国保加入者全員が非課税)
低所得者Ⅰ	8000円	1万5000円		※4 市民税・県民税均等割非課税で所得が必要経費・控除差引後0円 (擬制世帯主を含む国保加入者全員が非課税)

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となります。

※1 回数の計算は、外来のみの受診で高額療養費の支給となった月を除きます。

※2 70～74歳の国保加入者のいる世帯のうち、基準総所得金額(※2)の合計額が210万円以下の場合は区分「一般」となります。

※3 区分「一般」及び「低所得者Ⅰ・Ⅱ」の世帯については、外来の自己負担額に年間14万4000円の限度額が設けられています。

※4 年金収入は控除額を80万6700円として計算します。