

平成30年9月18日

事業主様

兵庫県建築健康保険組合

## 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 取扱いについて

平成29年8月1日より、健康保険法施行令等の一部を改正する政令（平成29年政令第213号）及び健康保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成29年厚生労働省令第86号）が施行され、外来療養に係る年間の高額療養費（以下「外来年間合算」といいます。）に関する制度が新設されました。平成29年8月1日から平成30年7月31日までの期間に係る高額療養費の支給より、外来年間合算の支給が開始されることとなることから、具体的な取扱いを下記のとおりお知らせしますので、よろしくお取り計らい願います。

### 記

#### 1 外来年間合算の創設の趣旨

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。

※ 外来特例 医療機関や金額を問わず、同一月・個人単位で外来の自己負担すべてを合算した額が、自己負担限度額を超えた分が高額療養費として支給される（11頁の参考を参照）。

#### 2 外来年間合算の概要

基準日（※1）時点で一般区分又は低所得区分である被保険者について、計算期間（※2）のうち一般区分又は低所得区分であった月の外来療養に係る額が14万4,000円を超える場合に、その超える分を支給します。

※1 基準日 計算期間の末日をいう。

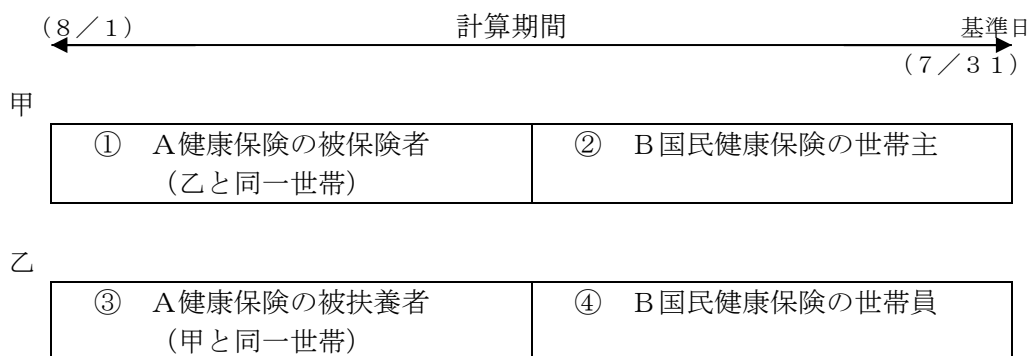
※2 計算期間 毎年8月1日から翌年7月31日（精算対象者においては、死亡等により医療保険の被保険者資格を喪失した日の前日）までの期間をいう。

#### 3 外来年間合算の支給額計算の要点

(1) 外来年間合算の支給額については、各被保険者等の計算期間中の自己負担額を個人単位で合算して計算します。被保険者が、計算期間中に保険者（健康保険組合・全国健康保険協会・市町村・国民健康保険組合等であり、以下同じです。）を変更している場合、基準日保険者が計算期間中のすべての保険者の支給額を計算します。

(2) 外来年間合算の支給額計算の基礎となる合算対象額は、基準日において、同一保険者の同一世帯に属しているか否かにより判断されます。

(例) 下記の事例の場合、基準日において、甲と乙が同一世帯であれば、③と④は合算できるが、甲と乙が別世帯であれば③と④は合算できない。基準日保険者であるB国民健康保険は、②・④部分の支給額を計算して支給するとともに、A健康保険の①・③部分の支給額を計算し、その結果をA健康保険に連絡する。



(3) 外来年間合算の支給申請については、別添様式1により、次のとおり取扱います。

- ① 健康保険においては、被扶養者に係る外来年間合算も被保険者に支給されることから、被保険者が被扶養者分を含めた世帯全体の支給申請を行う。
- ② 国民健康保険においては、世帯員に係る外来年間合算も世帯主に支給されることから、世帯主が世帯員分を含めた世帯全体の支給申請を行う。
- ③ 後期高齢者医療制度においては、各被保険者が個人単位で支給申請を行う。

(4) 外来年間合算の自己負担額証明書(別添様式2)については、健康保険制度及び国民健康保険制度においては、世帯単位で発行され、後期高齢者医療制度においては、個人単位で発行されます。

#### 4 問答形式による外来年間合算の具体的な取扱い等

(問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ですか。

(答1) 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(健康保険及び国民健康保険においては、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2) なぜ外来年間合算を創設するのですか。

(答2) 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) 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ですか。

(答3) 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

$=14,000 \text{円} \times 12 \text{か月} = 168,000 \text{円} \rightarrow$  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)

$=14,000 \text{円} \times 10 \text{か月} + 8,000 \text{円} \times 2 \text{か月} = 156,000 \text{円}$

(問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ですか。

(答4) 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、外来年間合算の支対象者とはなりません。

(問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、支給対象となるのですか。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ですか。

(答5) お見込みのとおりです。

(問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ですか。

(答6) 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7) 外来年間合算の算定開始日はいつですか。

(答7) 平成29年8月診療分からです。

(問8) 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ですか。

(答8) 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 9) 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りますか。

(答 9) 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、外来年間合算の対象となります。

(問 10) 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 円とするのですか。

(答 10) お見込みのとおりです。

(問 11) 健康保険及び国民健康保険において、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ですか。

(答 11) お見込みのとおりです。

(問 12) 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ですか。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ですか。

(答 12) 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 13) 加入月数に応じて上限額 144,000 円も按分するのですか。

(答 13) 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 14) 被保険者は基準日における保険者にのみ申請を行うのですか。

(答 14) 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 15) 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、自己負担額証明を持参し追加支給を求めてきた場合、追加支給は可能ですか。

(答 15) 追加支給することが可能です。

(問 16) 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りますか。

(答 16) お見込みのとおりです。

(問 17) 自己負担額証明書の交付に当たっては申請が必要ですか。

(答 17) お見込みのとおりです。

(問 18) 自己負担額証明書では何の額を証明するのですか。

(答 18) 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 19) 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。

(答 19) 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つては、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つては、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、支給を受けることとなります。

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となります。

(問 20) 外来年間合算の支給申請書を提出する際に、領収書の添付や提示の必要がありますか。

(答 20) 高額介護合算療養費の提出と同様に、領収書の添付や提示の必要はありません。

(問 21) 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りますか。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ですか。

(答 21) お見込みのとおりです。

(問 2 2) 外来年間合算の支給については現物給付ですか、償還払いですか。

(答 2 2) 支給は現物給付では行わず、償還払いで行います。

(問 2 3) 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しょうか。

(答 2 3) お見込みのとおりです。

(問 2 4) 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ろしいか。

(答 2 4) 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、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ます。

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。

(別添様式1)

健康保険 高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(保険者記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	平成 年度	計算期間の始期及び終期	年 月 日から	年 月 日まで	枚中	枚目
--------	-------	-------------	---------	---------	----	----

フリガナ			保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号	
申請者氏名			保険者加入歴※1	1	年 月 日から	年 月 日まで		
生年月日	年 月 日生	性別		2	年 月 日から	年 月 日まで		
被保険者証の記号・番号 又は個人番号				3	年 月 日から	年 月 日まで		
加入期間	年 月 日から		年 月 日まで		計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2			
支給方法	振込口座 記入欄	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
1. 窓口払い 2. 口座振込						1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		

フリガナ			保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名			保険者加入歴※3	1	年 月 日から	年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生	性別		2	年 月 日から	年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から			年 月 日まで			

フリガナ			保険者名		加入期間		添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名			保険者加入歴※3	1	年 月 日から	年 月 日まで	
生年月日	年 月 日生	性別		2	年 月 日から	年 月 日まで	
加入期間	年 月 日から			年 月 日まで			

備考							
----	--	--	--	--	--	--	--

申請年月日 年 月 日

{ 全国健康保険協会 支部長 殿  
健康保険組合理事長

- ① 外来年間合算の支給を申請します。
  - ② 自己負担額証明書の交付を申請します。
- ※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。  
外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号  
住所  
申請者氏名  
電話番号

印

## ご記入上の注意事項

### 1. 申請者に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、※1は記入不要です。※2について記入してください。
- (2) 外来年間合算の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合)は、※2は記入不要です。※1について次のとおり記入してください。
  - ・計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
  - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

### 2. 被扶養者に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、当該証明書の証明対象期間において被扶養者であった者について記入してください。なお、この場合は※3については記入不要です。
- (2) 外来年間合算の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請の場合)は、計算期間の末日において被扶養者であった者について記入してください。この場合については※3の記入が必要ですので、次のとおり記入してください。
  - ・計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
  - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

### 3. 備考欄について

備考欄については、申請者及びその被扶養者であった者の加入期間(それぞれの者について、「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間)における受診歴(受診した年月)を記入してください。(他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要です。)

∞

### 4. その他

申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄などが足りない場合は、2枚目以降に記入してください。その場合、右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。

#### \* 自己負担額証明書の添付について(計算期間の末日に加入する保険者への申請)

申請者及び計算期間の末日において被扶養者であった者について、それぞれ加入履歴に記入された期間に自己負担額がある場合には、これに係る自己負担額証明書の添付が必要です。ただし、次のことに注意してください。

- ・健康保険・船員保険・共済においては、被扶養者として受診した医療の自己負担は、その者を扶養する被保険者(組合員)が負担したものと取り扱われます。そのため、被扶養者として加入した期間については、当該被扶養者としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。
- ・国民健康保険においては、その世帯に属する者が受けた医療の自己負担は、その世帯主が負担したものと取り扱われます。そのため、世帯主以外の世帯員として国民健康保険に加入した期間については、当該世帯員としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。
- ・対象となる計算期間中に当協会(組合)の被保険者期間がある場合における当該期間に係る自己負担額証明書の添付は不要です。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付省略」と記入してください。(なお、当該期間の自己負担に係る申請は別途必要となりますのでご注意ください。)  
↑ 基準日被扶養者が基準日保険者の被保険者であった期間に係る自己負担額証明書について添付の省略を認める取扱いとする場合のみ記載



〒  
(申請者住所)

(申請者氏名) 様

健康保険 高額療養費 (外来年間合算) 自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ						
氏名						
生年月日					性別	
自己負担額証明書整理番号						
保険者番号				証明対象年度		
被保険者証記号				被保険者証番号		
対象となる計算期間	平成 年 月 日		～	平成 年 月 日		
計算期間において被保険者であった期間	平成 年 月 日		～	平成 年 月 日		
診療年月	氏名			氏名		
	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要
平成 年 8月分						
9月分						
10月分						
11月分						
12月分						
平成 年 1月分						
2月分						
3月分						
4月分						
5月分						
6月分						
7月分						
計						

平成 年 月 日

〒 (所在地)

{ 全国健康保険協会 支部長  
 健康保険組合理事長 } 印

【保険者連絡用】

(問い合わせ先)  
 〒 (所在地) (保険者名及び担当部署)

電話番号  
 (計算結果送付先)  
 〒 (所在地) (保険者名及び担当部署)

## 備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

## 記入上の注意事項

1. 「証明対象年度」欄には、「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載すること。
2. 「自己負担額証明書整理番号」は以下の番号体系にて採番した番号を記載すること。  
「証明対象年度西暦(4桁)+保険者番号(8桁)+保険者が付する通し番号(8桁)」  
なお、保険者が付する通し番号は、証明対象年度ごとに発行順に1から付番すること。
3. 「対象となる計算期間」中に、当該健康保険において複数の被保険者期間を有する等により被保険者証の記号・番号が複数ある場合は、次のいずれかにより記載すること。
  - ① すべての被保険者証記号・番号に係る被保険者期間を通算して記載する場合  
「被保険者証記号」欄及び「被保険者証番号」欄には基準日の直近に使用していたもののみを記載すること。  
また、被保険者期間に空白期間がある場合については、「計算期間において被保険者であった期間」欄の初日については、計算期間中の最初の資格取得日(計算期間の初日以前の資格取得の場合は計算期間の初日)を、同欄の末日については、計算期間中の最後の資格喪失日の前日を記載することとし、その間の資格取得日及び資格喪失日(空白期間に係るものに限る。)をそれぞれの日が属する月の「摘要」欄に記載すること。  
例. 4月1日に資格喪失し、5月1日に再度資格取得した場合  
4月分の摘要欄: 「4月1日資格喪失」      5月分の摘要欄: 「5月1日資格取得」
  - ② 被保険者証の記号・番号ごとに証明書を発行する場合  
「被保険者証記号」欄、「被保険者証番号」欄及び「計算期間において被保険者であった期間」欄には、当該証明書に記載する被保険者期間に係るものを記載すること。
4. 「氏名」欄には申請者の属する世帯における70歳以上の者全ての氏名を記載した上で、「自己負担額」欄に当該者に係る額を記載すること。
5. 「氏名」欄等が足りない場合は、2枚目以降に記入すること。その場合、右上の「枚中」欄及び「枚目」欄を記載すること。
6. 【保険者連絡用】の(問い合わせ先)については、自己負担額証明書の提出先の保険者からの照会に対応可能な連絡先を記載すること。
7. 【保険者連絡用】の(計算結果送付先)については、計算結果の送付先が(問い合わせ先)と異なる場合のみ記載すること。

## 70歳以上75歳未満の方の高額療養費の自己負担限度額

参考

平成29年7月診療分まで

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来特例(個人ごと)	外来・入院(世帯)
①現役並み所得者(負担割合が3割) (標準報酬月額28万円以上)(※3)		44,400円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% [多数回該当:44,400円]
②一般所得者(負担割合が2割・特例1割) (標準報酬月額26万円以下)		12,000円	44,400円
③低所得者	Ⅱ(※1)	8,000円	24,600円
	Ⅰ(※2)		15,000円

平成29年8月診療分から

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来特例(個人ごと)	外来・入院(世帯)
①現役並み所得者(負担割合が3割) (標準報酬月額28万円以上)(※3)		57,600円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% [多数回該当:44,400円]
②一般所得者(負担割合が2割・特例1割) (標準報酬月額26万円以下)		14,000円 (年間上限14,4万円) (※4)	57,600円 [多数回該当:44,400円]
③低所得者	Ⅱ(※1)	8,000円	24,600円
	Ⅰ(※2)		15,000円

平成30年8月診療分から

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来特例(個人ごと)	外来・入院(世帯)
①現役並み所得者	現役並みⅢ(負担割合が3割) (標準報酬月額83万円以上)	廃止	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% [多数回該当:140,100円]
	現役並みⅡ(負担割合が3割) (標準報酬月額53万円以上 79万円以下)		167,400円+(総医療費-558,000円)×1% [多数回該当:93,000円]
	現役並みⅠ(負担割合が3割) (標準報酬月額28万円以上 50万円以下)(※3)		80,100円+(総医療費-267,000円)×1% [多数回該当:44,400円]
②一般所得者(負担割合が2割・特例1割) (標準報酬月額26万円以下) (①及び③以外)		18,000円 (年間上限14,4万円) (※4)	57,600円 [多数回該当:44,400円]
③低所得者	Ⅱ(※1)	8,000円	24,600円
	Ⅰ(※2)		15,000円

※1 被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合です。

※2 被保険者とその扶養家族全ての方の収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がない場合です。

※3 標準報酬月額28万円以上の者であっても、被保険者及びその被扶養者の収入の額が520万円(当該被扶養者がいない者にあつては、383万円)未満等の場合は現役並み所得区分ではなく一般区分になる。

※4 1年間(8月～翌年7月)の外来の自己負担限度額の合計額の上限です。

(注) 現役並み所得者に該当する場合は、市区町村民税が非課税等であっても現役並み所得者となります。