

≪第2版平成24年2月16日：問4一部修正≫

※ 回答で記載している「高額療養費の現物給付化」とは、「医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめることができる仕組み」をいいます。

＜外来の高額療養費の現物給付化の基本事項＞

**【質問1】**

今回の改正により、何が変更となるのか。

(回答)

- 限度額適用認定証等（※）を提示し、患者が外来の診療を受けた場合についても、入院した場合と同様に、医療機関等の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめることができる仕組みが導入されます。

※ 「限度額適用認定証」の提示については、70歳未満の一般、上位所得の方、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示については70歳未満、70歳以上ともに低所得にあてはまる方が必要となります。70歳以上75歳未満で一般、現役並み所得の方は「高齢受給者証」を提示することになります。

**【質問2】**

対象となる医療機関等はどこになるのか。

(回答)

- 保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者などで受けた保険診療が対象となります。（柔道整復、鍼灸、あん摩マッサージの施術は対象外です）

**【質問3】**

外来診療を受けた場合の高額療養費の現物給付化は、いつから実施されるのか。

(回答)

- 平成24年4月1日です。

<限度額適用認定証関係>

【質問4】

月途中に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が交付された場合、外来の高額療養費の現物給付化はどの時点から実施されることになるのか。

(回答)

- 月途中に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受け、医療機関に提示した場合、
  - (1) 認定証の提示の前に、その月の窓口負担の合計額が自己負担限度額を超えていない場合は、提示した以降に受診した窓口負担を含めて、その月のその医療機関での窓口負担の全ての合計額と自己負担限度額との差額が現物給付化の対象となります。【ケース1】
  - (2) 認定証の提示の前に、その月の窓口負担の合計額が自己負担限度額を超えている場合は、その月の窓口負担は現物給付化の対象とはせず、翌月以降、現物給付化が適用されます。このため、その月の高額療養費は、後日、保険者に申請してください。【ケース2-1】
  - (3) ただし、(2)の場合に、認定証の提示の前の窓口負担と自己負担限度額との差額を、患者からの相談に応じて、医療機関が払い戻す場合もあります。この場合は、自己負担限度額に達する前に認定証を提示したものとみなして、(1)と同様の取扱いとします。【ケース2-2】
- なお、月途中に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が交付されても、医療機関等への提示が翌月となった場合は現物給付化を行わずに、保険者に後日、高額療養費の申請を行うことにより当月分の高額療養費の支給を受けることとします。
- このように、高額療養費の外来現物給付化を受けるためには、医療機関等での支払いの前に認定証を提示していただくことが重要ですので、保険者におかれましては、被保険者等に、高額療養費に該当しそうな場合は、あらかじめ、認定証を申請するよう周知をお願いいたします。
- 被保険者が、保険者に申請を行うことにより、高額療養費を受ける場合の申請方法は、保険者にご相談ください。

【ケース1】 (限度額適用認定証提示前に自己負担限度額に達していない場合)

(70歳未満・一般所得にあてはまる方)

4月1日 : A医療機関で外来診療

＜総医療費 100,000 円、自己負担額 30,000 円＞

4 月 15 日：限度額適用認定証が交付

4 月 16 日：A 医療機関で外来診療

＜総医療費 300,000 円＞

この場合、月の初めにさかのぼって適用されることになるため、自己負担限度額に達し、自己負担限度額が  $80,100 \text{ 円} + (100,000 \text{ 円} + 300,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01 = 81,430 \text{ 円}$  となります。したがって、4 月 16 日の窓口での支払いは、 $81,430 \text{ 円} - 30,000 \text{ 円}$ （4 月 1 日支払い分） $= 51,430 \text{ 円}$ でよいことになります。

【ケース 2－1】（限度額適用認定証提示前に自己負担限度額に達した場合）  
（70 歳未満・一般所得にあてはまる方）

4 月 1 日：A 医療機関で外来診療

＜総医療費 300,000 円、自己負担額 90,000 円＞

4 月 15 日：限度額適用認定証が交付

この場合、既に A 医療機関で支払った額と自己負担限度額の差額（90,000 円－80,430 円＝9,570 円）については、後日、被保険者が保険者に申請することにより、保険者から高額療養費として払い戻しされます。

また、このケースで、4 月 16 日以降、A 医療機関で外来診療を受けた場合は、ケース 2－2 のように医療機関から払い戻しを受けることができる場合を除き、医療機関の窓口では、定率の自己負担額をお支払いいただくことになります。1 日と 16 日以降に A 医療機関で支払った額の合計額と自己負担限度額の差額については、後日、被保険者が保険者に申請することにより、保険者から高額療養費として払い戻しされます。

※個々のケースにより医療機関等での払い戻しが可能な場合があります。

【ケース 2－2】（限度額適用認定証提示前に自己負担限度額に達したが、医療機関から払い戻しを受けることができる場合）

（70 歳未満・一般所得にあてはまる方）

4 月 1 日：A 医療機関で外来診療

＜総医療費 300,000 円、自己負担額 90,000 円＞

4 月 15 日：限度額適用認定証が交付

4 月 16 日：A 医療機関で外来診療

＜総医療費 100,000 円、自己負担額 0 円、払い戻し 8,570 円＞

医療機関から払い戻しを受けることができる場合、4 月 16 日の外来診療では自己負担を支払う必要はありません。既に支払った分と自己負担額との差額、 $90,000 \text{ 円} - 81,430 \text{ 円} = 8,570 \text{ 円}$ が医療機関から払い戻しされることになります。

**【質問５】**

平成２４年３月３１日以前に交付された限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証でも外来診療で高額療養費の現物給付を受けることが可能なのか。

(回答)

- 経過措置を設けており、平成２４年３月３１日以前に交付された限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証についても記載されている有効期限までは使用することが可能です。

**【質問６】**

平成２４年４月１日から外来診療における高額療養費の現物給付を受けたい場合、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証はどうすればよいのか。

(回答)

- 平成２４年３月３１日以前に交付された限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証であっても有効期限までは使用することが可能なため、平成２４年３月３１日以前に各保険者に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請をしてください。
- なお、交付される限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証については、平成２４年４月１日からは新様式での交付になりますが、平成２４年３月３１日までは改正前の旧様式で交付されることとなります。

**【質問７】**

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の有効期限は。

(回答)

- これまでの限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証と同様に、原則として発効日の属する月から最長１年以内の月の末日までとなり、少なくとも１年ごとに更新が必要です。

**【質問８】**

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証はどのような人が必要となるのか。

(回答)

- ７０歳未満の上位所得、一般の被保険者で高額療養費の現物給付化を希望される方は、入院・外来に問わず、所得区分を確認するため、全員、「限度額適用認定証」が必要となります。
- ７０歳未満、７０歳以上ともに低所得にあてはまる方で高額療養費の現物給付化を希望される方は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必

要となります。

- 70歳以上75歳未満の現役並み所得、一般の方は「高齢受給者証」により所得区分が確認できるため、不要となります。

<外来現物給付化における高額療養費の算出関係>

【質問9】

同一の月に複数の医療機関等を受診した場合どうなるか。医科・歯科別はどうなるか。

(回答)

- 複数の医療機関等を受診した場合は、それぞれの医療機関等ごとに外来の高額療養費の算定をすることになります。また、同一医療機関に併設された医科・歯科についても別々に高額療養費を算定することになります。

【ケース1】

(70歳未満・一般所得にあてはまる方)

A病院(外来・医科)：総医療費100,000円、自己負担額30,000円

B薬局：総医療費200,000円、自己負担額60,000円

C病院(外来・医科)：総医療費100,000円、自己負担額30,000円

複数の医療機関等同一の医療費を医療機関の窓口で合算することはできないため、高額療養費の現物給付化の対象とはなりません。

※ この場合、高額療養費の現物給付化の対象とはなりませんが、被保険者は後日、保険者に高額療養費の申請を行うことにより高額療養費の支給を受けることになります。

【ケース2】

(70歳未満・一般所得にあてはまる方)

A病院(外来・医科)：総医療費100,000円、自己負担額30,000円

B薬局：総医療費200,000円、自己負担額60,000円

A病院(2回目・外来・医科)：総医療費300,000円、自己負担額90,000円

この場合、複数の医療機関同一の医療費を医療機関の窓口で合算することはできないため、B薬局では60,000円を支払う必要はあります。ただし、同一の医療機関では合算することが可能なため、自己負担限度額に達し、A病院の医療費は合算され、A病院の外来にかかる自己負担限度額は、 $80,100円 + (100,000円 + 300,000円 - 267,000円) \times 0.01 = 81,430円$ となります。A病院の2回目の支払いは、 $81,430円 - 30,000円$ (1回目支払い分)  $= 51,430円$ でよいことになります。

※ この場合、被保険者は、別途、保険者に高額療養費の申請を行うことにより、B薬局での一部負担金を含めた高額療養費の支給を受けることになります。

**【質問 10】**

一つの薬局で複数の医療機関の処方せんがある場合はどうするのか。

(回答)

- 一つの薬局の場合、同一の医療機関から発行された処方せんで調剤された費用についてのみ合算されます。

**【質問 11】**

同一月に同一の医療機関で外来と入院を受診した場合どうなるのか。

(回答)

- 外来と入院は別々の扱いとなります。

**【ケース】**

(70歳未満・一般所得にあてはまる方)

A病院(入院)：総医療費 400,000 円、自己負担額 120,000 円

A病院(外来)：総医療費 300,000 円、自己負担額 90,000 円

この場合、外来と入院は別々に扱うことになるため、入院では自己負担限度額の 80,100 円 +  $(400,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01 = 81,430 \text{ 円}$ を支払い、外来でも自己負担限度額の 80,100 円 +  $(300,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01 = 80,430 \text{ 円}$ を支払うことになります。

※ この場合、合算の対象となるため、被保険者は後日、高額療養費の申請を保険者に行うことにより差額分の高額療養費の支給を受けることになります。

**【質問 12】**

同一月に同一の医療機関に同一の世帯で複数人、受診した場合であって、合算してはじめて高額療養費の対象となる場合はどうするのか。

(回答)

- 入院の時と同様、高額療養費の現物給付化については、個人単位で計算しますので、各患者が各々自己負担限度額に達しない場合には、高額療養費の現物給付化の対象とはなりません。
- ただし、同一の世帯で合算し、高額療養費の対象となる場合には、後日、保険者に高額療養費の申請を行うことにより高額療養費の支給を受けることになります。

**【質問 1 3】**

同一月に自己負担限度額を超えた後、その月に同じ医療機関で再診を受けた場合はどうなるのか。

(回答)

- 自己負担限度額を超えた後、その月に同一医療機関で再診を受けた場合の窓口負担はかかりません。ただし、70歳未満の上位所得、一般の方は、多数回該当にならない場合（当初3か月間）は自己負担限度額に総医療費の1%の加算があるので、その1%加算分にかかる追加分を窓口で支払います。

**【ケース】**

(70歳未満・一般所得にあてはまる方)

4月1日：A医療機関で外来診療 総医療費 300,000 円、自己負担額 90,000 円  
80,100 円+ (300,000 円-267,000 円) × 0.01=80,430 円 (自己負担限度額)  
窓口での支払額：80,430 円

4月16日：A医療機関で外来診療 総医療費 100,000 円、自己負担額 30,000 円  
(4月1日分と併せて再計算)

80,100 円+ (400,000 円-267,000 円) × 0.01=81,430 円 (自己負担限度額)  
窓口での支払額：81,430 円-80,430 円 (4月1日支払分) =1,000 円

**【質問 1 4】**

月途中で保険者が変更になった場合、高額療養費の現物給付化はどのような扱いとなるのか。

(回答)

- 月途中で保険者が変更になった場合、高額療養費の現物給付化は保険者ごと（限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証もそれぞれの保険者のものが必要）の算出となります。

**【ケース】**

(4月1日から15日まで：A健康保険組合、4月16日から30日まで：B健康保険組合の場合)

(70歳未満・一般所得にあてはまる方)

4月1日：A医療機関で外来診療 総医療費 300,000 円、自己負担額 90,000 円  
窓口での支払いは 80,100 円+ (300,000 円-267,000 円) × 0.01=80,430 円になります。

4月20日：A医療機関で外来診療 総医療費 400,000 円

保険者変更していなければ、窓口の支払いは総医療費1%分にかかる追加分のみとなりますが、保険者が変更になったことから、窓口での支払いは 80,100 円+ (400,000 円-267,000 円) × 0.01=81,430 円になります。

< 多数回該当関係 >

【質問 15】

平成 24 年 4 月の施行段階で多数回該当に該当している場合は引き続き外来でも多数回該当となるのか。

(回答)

- 平成 24 年 4 月の施行段階で多数回該当に該当しており、医療機関等で多数回該当にあたることが確認できている場合に限り、多数回該当の限度額により高額療養費の現物給付化が行われます。
- 医療機関等で多数回該当にあてはまることについて確認できない場合には、被保険者は後日、保険者に高額療養費の申請を行うことにより多数回該当の限度額との差額分が、高額療養費として支給されます。

【質問 16】

多数回該当にあたるかどうか確認するときは、外来と入院で区別されるのか。

(回答)

- 区別されません。70 歳未満は外来と入院で区別せず、1 回でカウントすることになります。70 歳以上の現役並み所得の方は、外来療養のみによる高額療養費の支給を受けた場合はカウントしません。
- なお、多数回該当の場合の取扱いについては、医療機関等において、被保険者又は被扶養者が多数回該当にあてはまることが確認できた場合に限り、医療機関等の窓口での対応が可能となります。