

事 務 連 絡
平成23年12月2日

全国健康保険協会 御中

厚生労働省保険局保険課

「高額療養費の外来現物給付化」に関するQ & Aについて

健康保険制度の運営につきましては、平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

高額療養費の外来現物給付化については、「健康保険法施行令等の一部を改正する政令の施行について」（平成23年10月21日保発第1021第1号）等の通知を出したところですが、これらの事務の実施に当たり、別添の通りQ & Aを作成いたしましたのでお送りします。運用に当たって、十分に留意の上、被保険者等へ適切に御対応いただくようお願い申し上げます。

※ 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が交付され、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を提示した上でその月に再度外来診療を受けた場合は、入院と同様、月の初めにさかのぼって適用されることとなります。そのため、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日以降の外来診療だけが現物給付化の対象となるわけではありません。
- 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。
- また、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の交付以前に自己負担限度額に達し、月の途中で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た場合、月の初めにさかのぼって適用されるため、すでに医療機関等の窓口で支払った額と自己負担限度額の差額が、原則として後日、保険者から払い戻されることとなります。
- 差額の払い戻しは、被保険者が保険者に申請のうえ払い戻されることとなりますが、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もありますので、医療機関等の窓口にご相談ください。なお、保険者に申請し、払い戻し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】

(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となるため、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) = $51,430 \text{ 円}$ でよいこととなります。

【ケース2】（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＞

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、自己負担限度額は、 $80,100円 + (300,000円 + 100,000円 - 267,000円) \times 0.01 = 81,430円$ となります。4月16日の窓口での支払いは、4月1日に90,000円を支払っているため必要ありません。なお、既に支払った分と自己負担額との差額、 $90,000円 - 81,430円 = 8,570円$ 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になります。

【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。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となります。

【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) = $51,430円$ でよいこととなります。

※ 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となります。

【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 円 - 267,000 円) × 0.01 = 81,430 円を支払い、外来でも自己負担限度額の 80,100 円 + (300,000 円 - 267,000 円) × 0.01 = 80,430 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となります。

【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
 $80,100円 + (300,000円 - 267,000円) \times 0.01 = 80,430円$ (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)
 $80,100円 + (400,000円 - 267,000円) \times 0.01 = 81,430円$ (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 $80,100円 + (300,000円 - 267,000円) \times 0.01 = 80,430円$ 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 $80,100円 + (400,000円 - 267,000円) \times 0.01 = 81,430円$ 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を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を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。

事 務 連 絡
平成23年12月2日

健康保険組合 御中

厚生労働省保険局保険課

「高額療養費の外来現物給付化」に関するQ & Aについて

健康保険制度の運営につきましては、平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

高額療養費の外来現物給付化については、「健康保険法施行令等の一部を改正する政令の施行について」（平成23年10月21日保発第1021第1号）等の通知を出したところですが、これらの事務の実施に当たり、別添の通りQ & Aを作成いたしましたのでお送りします。運用に当たって、十分に留意の上、被保険者等へ適切に御対応いただくようお願い申し上げます。

※ 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が交付され、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を提示した上でその月に再度外来診療を受けた場合は、入院と同様、月の初めにさかのぼって適用されることとなります。そのため、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日以降の外来診療だけが現物給付化の対象となるわけではありません。
- 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。
- また、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の交付以前に自己負担限度額に達し、月の途中で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た場合、月の初めにさかのぼって適用されるため、すでに医療機関等の窓口で支払った額と自己負担限度額の差額が、原則として後日、保険者から払い戻されることとなります。
- 差額の払い戻しは、被保険者が保険者に申請のうえ払い戻されることとなりますが、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もありますので、医療機関等の窓口にご相談ください。なお、保険者に申請し、払い戻し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】

(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となるため、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) = $51,430 \text{ 円}$ でよいこととなります。

【ケース2】（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＞

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、自己負担限度額は、 $80,100円 + (300,000円 + 100,000円 - 267,000円) \times 0.01 = 81,430円$ となります。4月16日の窓口での支払いは、4月1日に90,000円を支払っているため必要ありません。なお、既に支払った分と自己負担額との差額、 $90,000円 - 81,430円 = 8,570円$ 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になります。

【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。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となります。

【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、 $80,100 \text{円} + (100,000 \text{円} + 300,000 \text{円} - 267,000 \text{円}) \times 0.01 = 81,430 \text{円}$ となります。A病院の2回目の支払いは、 $81,430 \text{円} - 30,000 \text{円}$ (1回目支払い分) = $51,430 \text{円}$ でよいこととなります。

※ 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となります。

【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 円 - 267,000 円) × 0.01 = 81,430 円を支払い、外来でも自己負担限度額の 80,100 円 + (300,000 円 - 267,000 円) × 0.01 = 80,430 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となります。

【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を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を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。