

一定以上の所得のある方の 医療費の窓口負担割合が変わります

- 令和4年（2022年）10月1日から、75歳以上の方等で一定以上の所得がある方は医療費の窓口負担割合が2割になります。
- この資料は、医療機関・薬局等の窓口での事務に特に関連する内容についてご説明するものです。別途ご案内しているポスター・リーフレットとあわせて、ご参照ください。

I. 被保険者証の自己負担割合・有効期限にご注意ください

- 被保険者の方ご自身の窓口負担割合が2割となるかについては、後期高齢者医療広域連合において判定を行った上で、令和4年9月頃に後期高齢者医療広域連合または市区町村から、令和4年10月1日以降の窓口負担割合の記載がある被保険者証を交付します。

詳細はp 3をご確認ください。

II. 窓口負担割合が2割となる方には、負担を抑える配慮措置があります

- 令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間は、2割負担となる方について、1か月の外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う負担増加額を3,000円までに抑えます（入院の医療費は対象外です）。
※同一の医療機関での受診については、上限額以上窓口で支払わなくてよい取扱い。
そうでない場合では、1か月の負担増を3,000円までに抑えるための差額を後日高額療養費として払い戻し。
- 配慮措置の適用で払い戻しとなる方には、高額療養費として、事前に登録されている高額療養費の口座へ後日自動的に払い戻します。

詳細はp 4をご確認ください。

後期高齢者医療における窓口負担割合の見直し（全体）

- 令和4年（2022年）10月1日から、75歳以上の方等※¹で一定以上の所得がある方※²は医療費の窓口負担割合が2割になります。

※1 65歳～74歳で一定の障害の状態にあると広域連合から認定を受けた方を含みます。

※2 現役並み所得者の方は、10月1日以降も引き続き3割です。

[① 2割負担の所得基準]

- 課税所得が28万円以上かつ「年金収入+その他の合計所得金額」が200万円以上※の方々が2割負担の対象

※ 単身世帯の場合。複数世帯の場合は、320万円以上。

※ 対象者は約370万人。被保険者全体（約1,815万人）に占める割合は、20%。

[② 配慮措置] 詳細は、4ページ以降をご覧ください。

- 長期頻回受診患者等への配慮措置として、2割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後3年間、1割負担の場合と比べたときの1か月当たりの負担増を、最大でも3,000円に抑えるような措置を導入。

- 2割負担となる方で、高額療養費の口座が登録されていない方には、施行に際して各都道府県の広域連合や市区町村から申請書を郵送。

※ 同一の医療機関での受診については、現物給付化（上限額以上窓口で支払わなくてよい取扱い）。

※ 別の医療機関や薬局、同一の医療機関であっても医科・歯科別の場合は現物給付の対象とならないが、申請によりこれらを合算した1か月分の負担増加額は最大でも3,000円となり、超える分は4か月後を目処に、高額療養費として、事前に登録されている口座へ後日償還される。

2022年9月30日まで		2022年10月1日から	
区分	医療費負担割合	区分	医療費負担割合
現役並み所得者	3割	現役並み所得者	3割
一般所得者等※	1割	一定以上所得のある方	2割
		一般所得者等※	1割

被保険者全体の約20%

※住民税非課税世帯の方は1割負担となります。

I . 被保険者証の自己負担割合・有効期限にご注意ください

- 被保険者の方ご自身の窓口負担割合が2割となるかについては、後期高齢者医療広域連合において判定を行った上で、**令和4年9月頃**に後期高齢者医療広域連合または市区町村から、**令和4年10月1日以降の窓口負担割合の記載がある**被保険者証を交付します。
- 医療機関や薬局などでは、被保険者の方から提示を受けた被保険者証の「**自己負担割合**」・「**有効期限**」を必ず確認してください。

《令和4年度における被保険者証の取扱い》

① 令和4年7月頃に交付された被保険者証は、令和4年9月30日まで使えます。

② 令和4年10月1日からの負担割合の記載のある被保険者証は、9月頃に交付します。
新しい被保険者証は 令和5年7月31日まで使えます。

※通常、被保険者証の有効期間は1年間ですが、一部の広域連合では、被保険者証の有効期間を2年間としている等により、広域連合によって、部分的に取扱いが異なることがあります。

※仮に有効期限切れの被保険者証を持参した被保険者であっても、オンライン資格確認による対応が可能である場合は、オンライン資格確認により、現時点の窓口負担割合を確認することができます。

Ⅱ. 窓口負担割合が2割となる方には、負担を抑える配慮措置があります

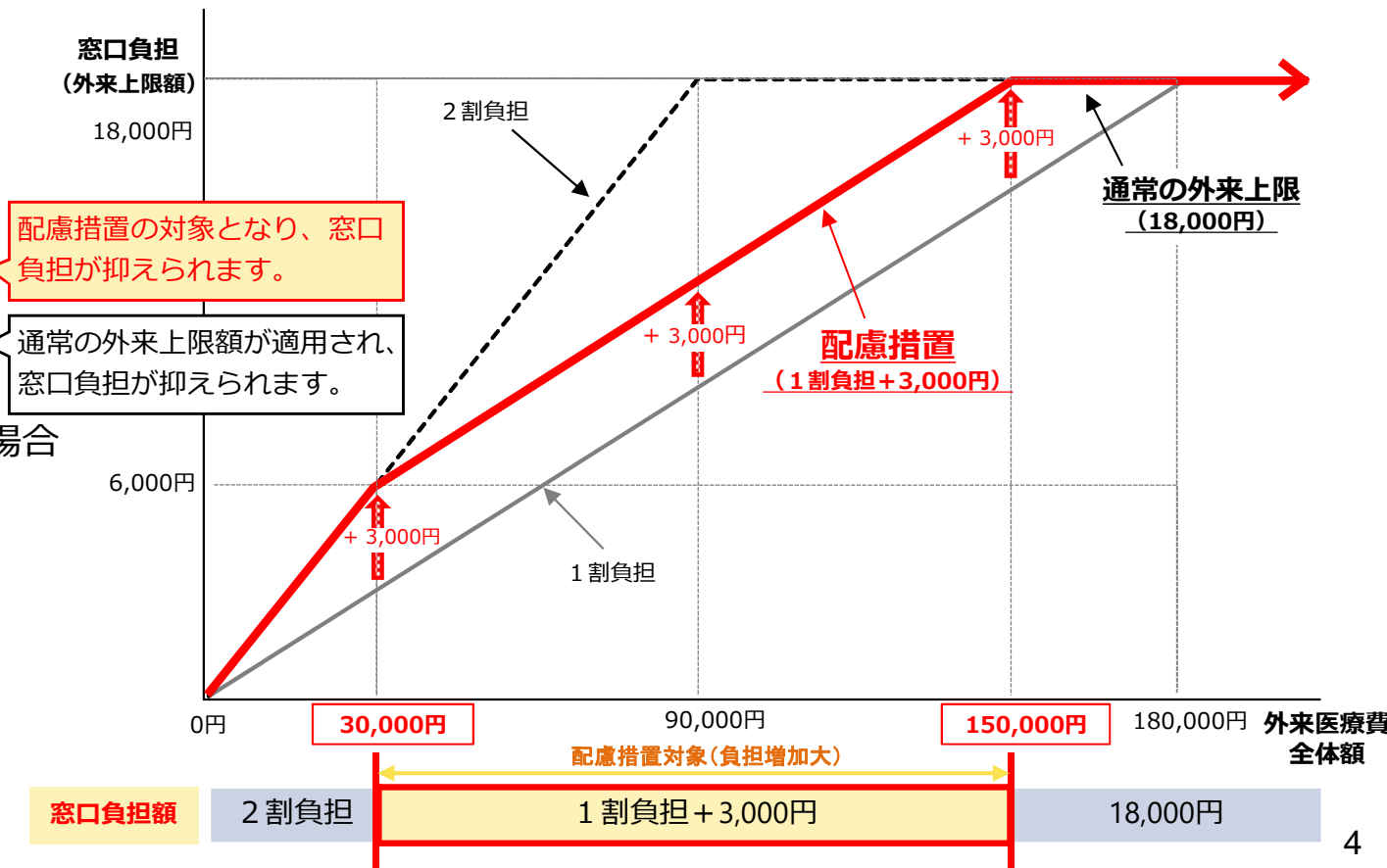
配慮措置の概要

- 令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間は、2割負担となる方について、1か月の外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う負担増加額を3,000円までに抑えます（入院の医療費は対象外です）。
- 具体的には、1割負担の場合と比べたときの1か月分の負担増が最大3,000円となるように、窓口負担上限額を「1割負担+3,000円」※1又は「18,000円」※2のいずれか低い額とします。

※1 6,000円+（医療費-30,000円）×0.1

※2 通常の高額療養費制度における2割負担対象者の外来医療での自己負担上限額（通常の外来上限）

外来医療費全体額	1ヶ月の外来の診療報酬点数(合計)	窓口負担額(合計)
～3万円	～3,000点	2割負担
3万円～15万円	3,000～15,000点	1割負担+3,000円
15万円～	15,000点～	18,000円



例：1か月の外来医療費全体額が50,000円の場合

窓口負担割合1割のとき ①	5,000円
窓口負担割合2割のとき ②	10,000円
負担増 ③ (②-①)	5,000円
窓口負担増の上限 ④	3,000円
払い戻し等 (③-④)	2,000円

Ⅱ. 窓口負担割合が2割となる方には、負担を抑える配慮措置があります

計算方法（その①）

- 配慮措置は、高額療養費の仕組みで行われます。
- 従って、同一の医療機関での受診※¹で、配慮措置による窓口負担の上限額に達した場合には、**上限額以上、患者の方から窓口負担をお支払いいただくことはできません※²**。
- 後期高齢者医療においては、窓口負担割合が2割の方で、1か月の外来の診療報酬点数が3,000点～15,000点の方は、配慮措置の対象になりますので、窓口負担額をお間違えにならないよう、注意してください。

外来医療費 全体額	1ヶ月の外来の 診療報酬点数 (合計)	窓口負担額 (合計)
～3万円	～3,000点	2割負担
3万円 ～15万円	3,000 ～15,000点	1割負担 + 3,000円
15万円～	15,000点～	18,000円

※1 同一の医療機関の受診について（p 8参照）

- 通常の高額療養費同様、同一の医療機関でも、内科と歯科は別の算定。薬局の場合、同一の医療機関から発行された処方箋で調剤された費用についてのみ合算。
- 別の医療機関や薬局、同一の医療機関であっても内科・歯科別の場合等は、通常の高額療養費同様、窓口での配慮措置（上限額以上支払わなくてよい取扱い）の対象となりませんが、保険者において一か月の外来での自己負担額を合算し、後日、1か月の負担増を3,000円までに抑えるための差額を払い戻します。

※2 公費負担医療等を受けた場合の取扱いについて

- 公費負担医療及び特定疾病療養（マル長）については、既に制度毎に別の上限等が設けられていることから、同一の医療機関の受診であっても、窓口での配慮措置の対象とはなりません。同じ月に公費負担医療等と保険単独医療の両方を受けた場合、保険単独医療について、窓口での配慮措置の対象となります。
- 公費負担医療等については、窓口での配慮措置の対象にはなりませんが、この場合も、保険者において一か月の外来での自己負担額を合算し、後日、1か月の負担増を3,000円までに抑えるための差額を払い戻します（ただし、通常の外來上限（18,000円）に係る計算においては、通常通り公費負担医療等の自己負担額も計算に含めてください）。
- なお、公費負担医療等と保険単独医療の両方を受けた場合や、75歳到達月における取扱いを含め、厚生労働省HPに計算事例集を掲載していますので、確認ください（地方単独事業として行われる公費負担医療を受けた場合の計算の詳細については、実施主体の地方自治体にご確認ください）。

Ⅱ. 窓口負担割合が2割となる方には、負担を抑える配慮措置があります

計算方法（その②）

- 配慮措置の適用については、診療日ごとに計算をお願いします。
- 具体的には、2割負担の方については、診療日ごとに
 - ① その月の外来の診療報酬点数の合計を計算し
 - ② 配慮措置の対象になる場合（1か月の外来の診療報酬点数の合計が3,000点～15,000点）、配慮措置によるその月の窓口負担上限額（1割負担+3,000円）を計算した上で
 - ③ 前回の診療までの窓口負担額の合計と②の差額が、その日に徴収する窓口負担額になります。

レセコンを導入している医療機関・薬局等では、レセコンで対応されるので、改修については、ベンダ（業者）に確認してください。

具体的な計算イメージは次ページを参照

医療機関・薬局等での計算イメージ

計算方法（再掲）

2割負担の方については、診療日ごとに

- ① その月の外来の診療報酬点数の合計を計算し
- ② 配慮措置の対象になる場合（1か月の外来の診療報酬点数の合計が3,000点～15,000点）、配慮措置によるその月の窓口負担上限額（1割負担+3,000円）を計算した上で
- ③ 前回の診療までの窓口負担額の合計と②の差額が、その日に徴収する窓口負担額になります

外来医療費全体額	1ヶ月の外来の診療報酬点数(合計)	窓口負担額(合計)
～3万円	～3,000点	2割負担
3万円～15万円	3,000～15,000点	1割負担+3,000円
15万円～	15,000点～	18,000円

《診療日ごとに必ず計算してください》

○月	その日の診療	①○月の外来の診療報酬点数(合計)	②○月の窓口負担の上限額	③その日に徴収する窓口負担額
A日	2,500点 (25,000円)	2,500点 (25,000円)	—	5,000円
B日	1,000点 (10,000円)	3,500点 (35,000円)	6,500円 ※配慮措置 1割負担+3,000円	1,500円
C日	1,000点 (10,000円)	4,500点 (45,000円)	7,500円 ※配慮措置 1割負担+3,000円	1,000円
D日	11,000点 (110,000円)	15,500点 (155,000円)	18,000円 ※外来上限額	10,500円

B日の計算方法

- ①同日時点のその月の外来の診療報酬点数は、2,500点+1,000点= **3,500点**
- ②配慮措置対象なので、配慮措置による上限額は、1割負担(3,500円)+3,000円= **6,500円**
- ③その日に徴収する窓口負担額は、6,500円-5,000円= **1,500円**

C日の計算方法

- ①同日時点のその月の外来の診療報酬点数は、3,500点+1,000点= **4,500点**
- ②配慮措置対象なので、配慮措置による上限額は、1割負担(4,500円)+3,000円= **7,500円**
- ③その日に徴収する窓口負担額は、7,500円-6,500円= **1,000円**

※配慮措置の適用がある場合を含め、窓口負担額の計算は1円単位です。

窓口負担額の計算イメージ（外来の診療報酬点数（合計）ごとの早見表）

計算方法

2割負担の方については、診療日ごとに

- ① その月の外来の診療報酬点数の合計を計算し
- ② 配慮措置の対象になる場合、配慮措置によるその月の窓口負担上限額（1割負担+3,000円）を計算し
た上で
- ③ 前回の診療までの窓口負担額の合計と②の差額が、その日に徴収する窓口負担額になります。

【計算例】

- ① 今日までの今月の外来の診療報酬点数合計 = 6,000点
- ② 配慮措置の窓口上限額 = $60,000 \times 0.1 + 3,000 = 9,000$ 円
- ③ 前回診療までの窓口負担額合計 = 4,000円、であれば、今日の窓口負担額は $9,000$ 円 - $4,000$ 円 = $5,000$ 円

※配慮措置の適用がある場合を含め、窓口負担額の計算は1円単位です。

※ 公費負担医療等について

- ・ 窓口において配慮措置の対象となるのは、保険単独医療のみ。公費負担医療及び特定疾病療養（マル長）については、窓口における配慮措置の対象外となります。
- ・ そのため、上記の公費負担医療等については、各制度の窓口負担上限額の範囲内で支払を受けてください。
- ・ ただし、通常の外来上限（18,000円）に係る計算においては、通常通り公費負担医療等の自己負担額も計算に含めてください。
- ・ なお、公費負担医療等についても、後日、保険者において一か月の外来での自己負担額を合算し、配慮措置の対象となる場合は差額を払い戻します。

（注）公費負担医療等と保険単独医療の両方を受けた場合や、75歳到達月における取扱いを含め、厚生労働省HPに計算事例集を掲載しています。また、地方単独事業として行われる公費負担医療を受けた場合の計算の詳細については、実施主体の地方自治体にご確認ください。

①月の外来の診療報酬 点数（合計）	②窓口負担上限額
2,000点（20,000円）	4,000円
3,000点（30,000円）	6,000円
4,000点（40,000円）	7,000円
5,000点（50,000円）	8,000円
6,000点（60,000円）	9,000円
7,000点（70,000円）	10,000円
8,000点（80,000円）	11,000円
9,000点（90,000円）	12,000円
10,000点（100,000円）	13,000円
11,000点（110,000円）	14,000円
12,000点（120,000円）	15,000円
13,000点（130,000円）	16,000円
14,000点（140,000円）	17,000円
15,000点（150,000円）	18,000円
16,000点（160,000円）	18,000円
17,000点（170,000円）	18,000円

2割負担

配慮措置対象
1割+3,000円

（令和4年10月1日から
令和7年9月30日までの
経過措置）

通常の
外来上限額

(参考) 今回の配慮措置の仕組み

- 配慮措置は高額療養費の仕組みで行われます。配慮措置の適用で「払い戻し」となる方は、高額療養費として、事前に登録されている高額療養費の口座へ後日自動的に払い戻します。
- 2割負担となる方で、高額療養費の口座が登録されていない方には、各都道府県の広域連合や市区町村から申請書を郵送します。

通常の高額療養費の仕組み

①同一の医療機関での受診

同一の医療機関での受診※¹について、窓口負担が一定の限度額に達した場合、窓口負担がその限度額に収まるよう、それ以上窓口で払わなくてよい取り扱いとする。(いわゆる「現物給付」)

②別の医療機関での受診

別の医療機関や薬局、同一の医療機関であっても医科・歯科別の場合は現物給付の対象とならないが、申請※²によりこれらを合算した窓口負担が一定の限度額を超えた場合、超える分は4ヶ月後※⁴を目処に後日払い戻される。(いわゆる「償還払い」)

今回の配慮措置の仕組み

①同一の医療機関での受診

同一の医療機関での受診※¹について、外来受診での窓口負担の増加が3,000円に達した場合は、**窓口負担の増加が3,000円に収まるよう、それ以上窓口で払わなくてよい取り扱いとする。**

②別の医療機関での受診

別の医療機関や薬局、同一の医療機関であっても医科・歯科別の場合は現物給付の対象とならないが、申請※³により**これらを合算した1か月当たりの負担増加額は最大でも3,000円となり、超える分は4ヶ月後※⁴を目処に、高額療養費として、事前に登録されている口座へ後日払い戻される。**

窓口での事務に混乱が生じないよう、厚生労働省において、レセコンベンダ等とも調整を進めています。
各医療機関において、レセコンベンダと連携し、施行に向けて適切に改修を進めるよう取り組みをお願いします。

- ※¹ 同一の医療機関でも、医科と歯科は別の算定となる。また、薬局の場合、同一の医療機関から発行された処方箋で調剤された費用についてのみ合算。
- ※² 初回は申請が必要。2回目以降は自動的に償還される。
- ※³ 高額療養費の口座が登録されていない方には、施行に際して各都道府県の広域連合や市区町村から申請書を郵送。
- ※⁴ 地域や個別の事例によって異なる場合がある。

(参考) 今回の配慮措置の仕組み



診療所 (医科)



病院



薬局



診療所 (歯科)



訪問看護

合計 (月額)

償還払い

医療費

10,000円

40,000円

5,000円

5,000円

20,000円

80,000円

1割負担

1,000円

4,000円

500円

500円

2,000円

8,000円

① 窓口負担上限額
(1割+3,000円)

11,000円

+1,000円

+4,000円

+500円

+500円

+2,000円

+8,000円

2割負担

2,000円

8,000円

1,000円

1,000円

4,000円

16,000円

変化なし

▲1,000円

変化なし

変化なし

変化なし

▲1,000円

2割負担

(各窓口において配慮措置を適用後)

2,000円

7,000円

1,000円

1,000円

4,000円

15,000円

② 差額
(窓口負担-負担上限)

4,000円

現物給付
(同一医療機関)



後期高齢者医療広域連合

申請 (事前登録)

(2回目以降は自動的に償還)

4,000円を償還



被保険者 (患者)

償還払い
(複数医療機関)

事務連絡
令和4年8月25日

都道府県後期高齢者医療広域連合事務局

御中

厚生労働省保険局高齢者医療課

配慮措置の導入に伴う診療報酬明細書の取扱い等について

後期高齢者医療制度の運営につきましては、平素より格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

後期高齢者医療制度については、現役世代の負担上昇をできるだけ抑え、全世代型社会保障を推進する観点から、令和4年10月1日より、一定以上の所得を有する方の医療費の窓口負担割合を2割とするとともに、2割負担への変更により影響が大きい外来療養（訪問看護を含む。）を受けた方について、施行後3年間、高額療養費の枠組みを利用して、1ヶ月分の負担増が最大でも3,000円に収まるような配慮措置を導入することとしました。

こうした窓口負担割合の見直しや配慮措置の導入に関しては、「後期高齢者医療における窓口負担割合の見直しに伴う診療報酬請求書等の記載要領の一部改正等について」（令和4年3月31日付け厚生労働省保険局高齢者医療課事務連絡）により、医療機関等に対して計算事例の提供等を行っています。

後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）は、保険医療機関等から療養の給付に関する費用の請求があったときは、審査を行った上で、支払いを行うこととされており、また、広域連合は、当該審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会（以下「審査支払機関」という。）に委託することができることとされているところ、診療報酬の請求が適切かつ円滑に行われるよう、貴広域連合においても、下記の取組を行っていただくようお願いします。

なお、本事務連絡については、国民健康保険中央会と協議済みであり、同会を通じて国民健康保険団体連合会宛にも周知する予定であることを申し添えます。

記

1. 審査支払機関への要請について

適切かつ円滑な診療報酬の請求に資するため、広域連合から審査支払機関に対して、以下の事項について要請すること。

- (1) 診療報酬明細書等の作成に係る保険医療機関等からの相談について

診療報酬明細書等の作成に当たって、医療機関等から照会を受けた場合は、積極的にこれに応じるように努めること。

(2) 配慮措置に係る計算が誤った診療報酬明細書の取扱いについて

配慮措置に係る計算が誤った診療報酬明細書について、審査支払機関から医療機関等に返戻を行うことが考えられるが、審査支払機関において診療報酬明細書を修正する取扱いとする場合、保険医療機関等における負担が軽減され、また、返戻処理と比べて、保険医療機関等への支払も迅速に済むという利点が考えられることから、可能な限り審査支払機関において診療報酬明細書を修正する取扱いとする等、保険医療機関等における事務負担を踏まえつつ、柔軟に取り扱うようにすること。

なお、診療報酬明細書を修正した場合には、当該修正内容を増減点連絡書により医療機関等に通知するなど、その内容が医療機関等にも伝達されるようにすること。加えて、修正に当たっては、医療機関等に修正の理由等を説明することにより、配慮措置に係る計算の誤りが可能な限り再度発生しないようにすることが考えられること。

2. 広域連合における取組について

1の(1)と同様に、広域連合においても、医療機関等から診療報酬明細書等の作成方法等について相談があった場合は、審査支払機関への案内をはじめ、審査支払機関と連携し、積極的に応じるよう努めること。