

事 務 連 絡

平成 2 3 年 1 2 月 2 日

日本訪問看護振興財団 御中

厚生労働省保険局国民健康保険課

厚生労働省保険局高齢者医療課

「高額療養費の外来現物給付化」に関するQ & Aについて

医療保険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。

外来療養における高額療養費の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3号）等により通知したところですが、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、被保険者への周知等、特段の御配慮をお願いいたします。

※ 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歳未満及び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、75歳以上で一般、現役並み所得の方は「被保険者証」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などは対象外です。)

【質問 3】

いつから外来診療を受けた場合の高額療養費の現物給付化が実施されるのか。

(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になります。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についてのみ高額療養費の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ができます。
- 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になります。
- 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になりますが、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。

(例 1) 70 歳未満で自己負担限度額の区分が一般の場合

※外来の自己負担限度額は $80,100 \text{ 円} + (\text{総医療費} - 267,000 \text{ 円}) \times 1\%$

【ケース 1】

- 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。したがって、4 月 16 日の窓口での支払は、 $81,430 \text{ 円} - 30,000 \text{ 円}$ (4 月 1 日支払分) $= 51,430 \text{ 円}$ になります。

【ケース2】（医療機関から払戻しを受けることができる場合）

- 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、 $80,100 \text{ 円} + (300,000 \text{ 円} + 100,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01 = 81,430 \text{ 円}$ となります。4月16日の窓口での支払は、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限度額との差額、 $90,000 \text{ 円} - 81,430 \text{ 円} = 8,570 \text{ 円}$ が医療機関から払い戻しされることになります。

（例2）70歳以上で自己負担限度額の区分が低所得Ⅰ又はⅡの場合

※ 外来の自己負担限度額は8,000円

【ケース3】

- 4月1日：A医療機関で外来診療
（総医療費 50,000 円、自己負担額 5,000 円）
4月15日：限度額適用・標準負担額減額認定証を交付
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り、自己負担限度額は8,000円です。4月16日の窓口での支払は、4月1日に5,000円を既に支払っていることから、 $8,000 \text{ 円} - 5,000 \text{ 円}（4月1日支払分） = 3,000 \text{ 円}$ となります。

【ケース4】（医療機関から払戻しを受けることができる場合）

- 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 10,000 円）
4月15日：限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受ける
4月16日：A医療機関で外来診療
（総医療費 50,000 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、自己負担限度額の8,000円に達します。4月16日の窓口での支払は、4月1日に10,000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限度額との差額、 $10,000 \text{ 円} - 8,000 \text{ 円} = 2,000 \text{ 円}$ 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 日からが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)

- 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については、翌年度の 7 月末日まで（当該認定を行った日の属する月が 4 月から 7 月までの場合には、当該年度の 7 月末日まで）となります。

【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 歳未満の上位所得及び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・外来を問わず、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及び一般の方は「高齢受給者証」、75 歳以上の方は「被保険者証」により所得区分が確認できるため、不要です。

＜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。なお、同一医療機関に併設された医科及び歯科については別々に高額療養費を算定することになります。

（例 1）70 歳未満で自己負担限度額の区分が一般の場合

【ケース 1】

A 病院（外来・医科）：自己負担額 30,000 円（総医療費 100,000 円）

B 薬局：自己負担額 60,000 円（総医療費 200,000 円）

C 病院（外来・医科）：自己負担額 30,000 円（総医療費 100,000 円）

複数の医療機関等同士では、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】

A 病院（外来・医科）：自己負担額 30,000 円（総医療費 100,000 円）

B 薬局：自己負担額 60,000 円（総医療費 200,000 円）

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

この場合、複数の医療機関同士では、合算することはできないため、B 薬局では 60,000 円を支払う必要があります。しかしながら、同一の医療機関では合算することが可能なため、A 病院での医療費は合算されます。そのため、自己負担限度額に達し、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。したがって、A 病院の 2 回目の支払は、 $81,430 \text{ 円} - 30,000 \text{ 円}$ （1 回目支払分） $= 51,430 \text{ 円}$ 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。

（例 2）70 歳以上で自己負担限度額の区分が低所得Ⅰ又はⅡの場合

【ケース 3】

A 病院（外来・医科）：自己負担額 5,000 円（総医療費 50,000 円）

B 薬局：自己負担額 3,000 円（総医療費 30,000 円）

C 病院（外来・医科）：自己負担額 5,000 円（総医療費 50,000 円）

複数の医療機関等同士では、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４】

A病院（外来・医科）：自己負担額 5,000 円（総医療費 50,000 円）

B薬局：自己負担額 3,000 円（総医療費 30,000 円）

A病院（２回目・外来・医科）：自己負担額 5,000 円（総医療費 50,000 円）

この場合、複数の医療機関同士では、合算することはできないため、B薬局では3,000円を支払う必要があります。ただし、同一の医療機関では合算することが可能なため、A病院での医療費は合算されます。そのため、A病院の２回目の支払は、8,000 円-5,000 円（１回目支払分）=3,000 円になります。

※ 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で受診した場合どうなるのか。

（回答）

○ 外来と入院は別々の取扱いとなります。

（例１）70歳未満で自己負担限度額の区分が一般の場合

※ 自己負担限度額は 80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1 %

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

A病院（外来）：自己負担額 90,000 円（総医療費 300,000 円）

この場合、外来と入院は別々に取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、合算の対象とはなるため、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。

(例2) 70歳以上で自己負担限度額の区分が一般の場合

※ 入院の自己負担限度額は 44,400 円

外来の自己負担限度額は 12,000 円

【ケース】

A病院（入院）：自己負担額 50,000 円（総医療費 500,000 円）

A病院（外来）：自己負担額 20,000 円（総医療費 200,000 円）

この場合、外来と入院は別々に取扱うことになるため、入院では自己負担限度額の 44,400 円を支払い、外来でも自己負担限度額の 12,000 円を支払うことになります。

※ この場合、合算の対象とはなるため、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、各被保険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 13】

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し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した場合の窓口負担はかかりません。ただし、70歳未満の上位所得及び一般の方は、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%加算分に係る追加分を窓口で支払います。

(例) 70歳未満の一般にあてはまる方

4月1日：A医療機関で外来診療 90,000 円（総医療費 300,000 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 30,000 円（総医療費 100,000 円）
（4月1日分と併せて再計算）
 $80,100 \text{ 円} + (400,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01 = 81,430 \text{ 円}$ （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 14】

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。

（例 1）70 歳未満で自己負担限度額の区分が一般の場合

4月1日から15日まで：A市国民健康保険

4月16日から30日まで：B市国民健康保険等

（75歳に到達し後期高齢者医療制度へ変更した場合を除く）

4月1日：α医療機関で外来診療を受ける。（総医療費 300,000 円）

窓口での支払は

$80,100 \text{ 円} + (300,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01 = 80,430 \text{ 円}$

4月20日：α医療機関で外来診療を受ける。（総医療費 400,000 円）

保険者変更していなければ、窓口の支払は総医療費の1%分に係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、窓口での支払は
 $80,100 \text{ 円} + (400,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01 = 81,430 \text{ 円}$ になります。

（例 2）74 歳低所得者Ⅰ又はⅡにあてはまる方が、75 歳に到達し後期高齢者医療制度に加入した場合

4月1日から15日まで：市町村国民健康保険

4月16日から30日まで：後期高齢者医療制度

4月1日：α医療機関で外来診療を受け、10,000 円を支払う必要がある場合、窓口での支払は自己負担限度額の 8,000 円に二分の一を乗じた額の 4,000 円になります。

4月20日：α医療機関で外来診療を受け、10,000 円を支払う必要がある場合、保険制度が変更になったことから、8,000 円に二分の一を乗じた額の 4,000 円の窓口負担になります。

<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、高額療養費の申請を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 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。