

高額療養費と限度額適用認定証について

令和8年8月更新

【高額療養費とは？】

業務外及び通勤外のケガや病気で、1か月の自己負担額（保険適用の総医療費の2または3割分等）が一定額（詳細は裏面＜高額療養費の自己負担限度額＞参照）を超えた場合、その超えた分を高額療養費として、後日、健保組合から支給されます（償還払い）。

※当組合では、原則手続き不要。支給には3か月以上の期間が必要となります。（詳細は次ページQ2参照）

【限度額適用認定証（以下「限度額証」）とは？】

入院や外来で医療費が高額になると見込まれる場合、**事前申請**により健保組合から交付された限度額証を医療機関等の窓口で提示すれば、支払いが高額療養費制度における自己負担限度額までとなる（現物給付）ものですが、**マイナ保険証を利用することにより事前申請は不要となり、限度額証が無くても自己負担限度額が適用されます。また、急な傷病時の入院等にも即時適用となりますので、マイナ保険証をご利用ください。**

なお、諸事情でマイナ保険証を利用できない者で、下表の限度額証欄が○の区分に該当する場合は、事前申請が必要です（郵送による手続きのため、限度額証交付にはおおよそ2週間程度かかります）。

【申請等について】

1. 申請書の入手方法⇒当組合ホームページ「申請書類一覧」の限度額証⇒健康保険限度額適用認定証の交付申請について⇒マイナ保険証の利用ができない場合の限度額適用認定証の事前申請について⇒申請書類から印刷可能です。

＜窓口で限度額証の提示が必要となる者（マイナ保険証利用中の者を除く）＞

年齢	所得区分：標準報酬月額	限度額証
70歳未満	すべての方（※非課税者除く）	○
70歳以上	現役並みⅢ：83万円以上 （高齢者受給者証の負担割合が3割）	不要
	現役並みⅠ・Ⅱ：28万～79万円 （高齢者受給者証の負担割合が3割）	○
	一般：26万円以下 （高齢者受給者証の負担割合が2割） （※非課税者除く）	不要

次のいずれかと一緒に限度額証を医療機関等窓口で提示してください

※限度額証不要の区分については、次のいずれかのみ提示

- ①マイナ保険証と資格情報のお知らせ
- ②マイナ保険証とマイナポータル（健康保険証に関する画面）
- ③資格確認書

※70歳以上の資格情報のお知らせ、資格確認書及びマイナポータルの健康保険証に関する画面には、高齢受給者の負担割合の表示があり、現役並みⅢ及び一般の区分については、その負担割合にて限度額を確認できるため限度額証の提示が不要となります

【注意】マイナ保険証利用中であっても、マイナ保険証による受付（以下「マイナ受付」）未対応の医療機関等では限度額証の提示が必要となるため、現物給付を希望する場合は、限度額証の事前申請をしてください。

2. 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定（以下「減額認定」、被保険者が非課税の場合）は、低所得者に該当するか確認が必要のため、マイナ保険証を使用しても事前申請は必須となります。
減額認定の申請書及び詳細は、当組合ホームページ「申請書類一覧」の限度額証⇒健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請についてをご覧ください。

事前に必ずご確認ください

勤務中・通退勤途中、業務に起因するもの	健康保険（限度額証等含む）は使用不可。 お勤め先の事務担当者様に報告のうえ、労働基準監督署にご確認ください。
上記以外の交通事故（自損事故含む）、第三者行為によるもの ※第三者行為とは、けんか（暴行）・食中毒・他人のペットに噛まれた・ゴルフプレー中やスキー衝突など。	当組合あてご連絡いただき、 届出が必要です。 （TEL 043-215-8205 医療給付課）

次ページ【よくあるご質問】等もご覧ください

【問合せ先】千葉県医業健康保険組合(医療給付課)

〒260-0013千葉県千葉市中央区中央3-10-4-8F TEL043-215-8205

高額療養費の自己負担限度額（令和8年8月～令和9年7月）								
70歳未満			70歳以上					
所得 区分	標準報酬 月額	月単位の上限額	負担 割合	所得 区分	標準報酬 月額	自己負担限度額		
						外来上限額 （個人毎）	外来＋入院の上限額 （世帯毎）	
ア	83万円以上	270,300円＋（総医療費－901,000円）×1% ＜4月目～：140,100円＞	3割	現役並みⅢ	83万円以上 <u>（限度額証は不要）</u>	270,300円＋（総医療費－901,000円）×1% ＜4月目～：140,100円＞		
イ	53万円～79万円	179,100円＋（総医療費－597,000円）×1% ＜4月目～：93,000円＞		現役並みⅡ	53万円～79万円	179,100円＋（総医療費－597,000円）×1% ＜4月目～：93,000円＞		
ウ	28万円～50万円	85,800円＋（総医療費－286,000円）×1% ＜4月目～：44,400円＞		現役並みⅠ	28万円～50万円	85,800円＋（総医療費－286,000円）×1% ＜4月目～：44,400円＞		
エ	26万円以下	61,500円 ＜4月目～：44,400円＞	2割	一般	26万円以下 <u>（限度額証は不要）</u>	22,000円	61,500円 ＜4月目～：44,400円＞	
オ	低所得者（住民税非課税）	36,900円 ＜4月目～：24,600円＞		低所得者	Ⅱ	住民税非課税	11,000円	25,700円 ＜4月目～：24,600円＞
					Ⅰ	住民税非課税所得が一定以下	8,000円	15,700円

※ 令和8年8月に、月単位の上限額が見直され、年間上限が新設されました（[年間上限の詳細はこちらをご確認ください。](#)）。

※ 令和9年8月に、高額療養費制度について見直しが予定されています。

※ 総医療費とは、保険適用される診療費用の総額（10割）です。入院時の食事代や差額ベッド代、先進医療費等は高額療養費の対象外です。

※「多数該当」とは、診療月以前の1年間に自己負担限度額に達した月が計3か月以上ある場合、4か月目から自己負担限度額が引下げになる制度であり、＜ ＞内は、多数回該当の場合の自己負担限度額となります。

【よくあるご質問】

Q1. マイナ保険証を利用しておらず、医療機関から限度額証の提示を求められましたが、限度額証の申請及び交付が医療機関の指定期日までに間に合いそうにありません。どうすればよいですか？

A1. 医療機関等によっては「限度額証」を提示出来るまで支払いを猶予してくれたり、支払後でも、後日「限度額証」を提示することにより、自己負担限度額を超えた一部負担金について窓口清算してもらえる場合がありますので、こちらも併せてご確認いただき、間に合いそうであれば「限度額証」の申請書を当組合宛てご提出ください。なお、マイナ受付未対応の医療機関等の場合も同様です。
※医療機関等で上記対応を受けられなかった方はQ2へ

Q2. 高額な医療費を窓口で支払いました。後日の払戻しを受けたいので、手続き方法を教えてください。

A2. **原則、お手続きは不要です**（自動払方式：当組合の高額療養費支給手続規程により、当組合が医療機関等からの診療報酬明細書等を受領し、高額療養費に該当する場合、各被保険者から高額療養費の請求があったものとみなし、支給手続き・通知を行います。なお、高額療養費に該当しない場合は、支給がないため通知はありません）。支給には、診療月から3か月以上かかります（医療機関等から診療報酬明細書が届くまで最短で2か月ですが、医療機関等の提出状況によりますので、これ以上時間を要することもあります）。
口座振込先と通知書送付先については、在職中の方は勤務先（事業主口座）宛て（受取方法等は勤務先の健康保険事務担当者様にご確認ください）、資格喪失された方と任意継続被保険者の方は、被保険者ご本人宛てとなります。
※ 資格喪失された方と任意継続被保険者の方で、銀行口座の把握がない場合、当組合から「高額療養費支給申請書」をお送りすることがございますので、当該申請書が届いたときは、銀行口座等ご記入のうえ当組合宛てご返送ください。

Q3. 同じ月に2つの医療機関で「限度額証」を提示し、それぞれ自己負担限度額に達する支払いをしました。2つの支払いを合計すると月単位の自己負担限度額を超えてしまいますが、高額療養費の払戻しはありますか？

A3. 自己負担限度額は月単位で計算されますが、医療機関等の窓口では一旦、窓口毎（入院・外来・薬局等）に、それぞれ自己負担限度額までのお支払いをしていただくこととなります。
当組合では、医療機関等から診療報酬明細書が届き次第、医療費の合算を行い、自己負担限度額を超えた分は「高額療養費」として支給します（A2のとおり）。
合算対象となる医療費は、70歳未満の方は一部負担金が21,000円以上あるもの、70歳以上の方は原則全ての受診分です。なお、70歳未満の方は、処方箋を交付された医療機関の医療費と院外処方された当該調剤代を併せて21,000円以上を合算対象としますが、処方箋が交付された月と調剤を受けた月が同月のものに限りまのでご注意ください。
（例）70歳未満、所得区分「エ」（自己負担限度額61,500円）、同月にA病院で入院と外来、B病院で外来を受診。
一部負担金：A病院（入院）61,500円 A病院（外来）3,000円 B病院（外来）61,500円
A病院（入院）61,500円 ＋ B病院（外来）61,500円 ＝ 一部負担金合計額 123,000円
一部負担金合計額123,000円 － 自己負担限度額61,500円 ＝ 高額療養費支給額 61,500円
※A病院の外来分は、一部負担金21,000円未満のため合算対象外

Q4. 直近1年間のうち、A病院で計5か月、その後B病院で計1か月、自己負担限度額に達する支払いがありました。A病院では、4か月目から支払いが「多数該当」の自己負担限度額に変わりましたが、B病院では、通常の自己負担限度額を請求されました。なぜですか？

A4. 各医療機関の窓口で「多数該当」の自己負担限度額が適用されるのは、その医療機関において、対象者が「多数該当」とであると確認が取れた場合に限られます。ご質問の場合、B病院においてA病院での支払状況が分からないため、B病院では通常の自己負担限度額の請求となります。ただし、このような場合は「多数該当」の自己負担限度額との差額を後日、当組合から「高額療養費」として支給いたします（A2のとおり）。