

後期高齢者医療制度の概要

目 次

第 1	公的医療保険制度	1 頁
第 2	高齢者の医療の確保に関する法律	4 頁
第 3	後期高齢者医療の保険料	7 頁
第 4	後期高齢者医療制度の自己負担額	9 頁
第 5	後期高齢者医療制度の医療給付	13 頁

令和 4 年 1 0 月 1 0 日作成

迫 田 忠 明

第1 公的医療保険制度

1 概要

(1) 日本国民全てに加入義務

公的医療保険制度は、日本国民全てに加入が義務づけられている医療保険制度のことである。病気や怪我で病院を受診するとき、一般的な治療であれば、どの医療機関を受診しても公的医療保険の保障対象となり、患者は自由に医療機関や医師を選ぶことができる。医療機関で治療を受ける場合、自己負担額は1割～3割で済む。

(2) 公的医療保険制度3つの特徴

ア 国民皆保険

国民皆保険制度とは、全ての人が公的医療保険に加入し、全員が保険料を支払うことでお互いの負担を軽減する制度をいう。

そのため持病があっても通院回数が多い人でも、入院や手術により医療費が高くなってしまっても、定められた負担割合で医療を受けることができる。

イ フリーアクセス

フリーアクセスとは、患者自身が医療機関を選び、好きな医師の治療を受けられ、どこの医療機関でもどの医師の医療でも受けられる制度をいう。

ウ 現物給付

現物給付とは、窓口で自己負担分の医療費を支払うことにより、診察や注射、手術や投薬などの医療行為を受けられることをいう。

(3) 公的保険が適用されない費用

ア 自由診療

医療機関で受けられる治療には、健康保険が適用される保険診療と健康保険が適用されない自由診療がある。厚生労働省が未承認の治療や薬を使う場合は自由診療となり、全額自己負担となる。保険診療と自由診療を一緒に行うことは原則禁止である。

イ 先進医療

先進医療の技術料は全額自己負担となる。ただし、先進医療を受けるときにかかる診察・検査・投薬・入院料等の費用には健康保険が適用される。

ウ 入院費用

入院にかかる費用には、食事、入院に必要な日用品の購入費、交通費、差額ベッド代などがあり、自己負担である。

エ 病気ではないもの、治療ではないもの

生活に支障のないレベルのニキビやアザ、ワキガなどの治療、美容整形、レーシック手術などは病気とはみなされない。正常な妊娠・出産、経済的な理由による人工妊娠中絶にも健康保険は適用されない。

健康診断や人間ドック、予防接種などは適用されない。しかし、再検査、精密検査の場合は適用される。

2 公的医療保険制度に関わる法律と対象とする保険

公的医療保険制度に関わる法律と対象とする保険は下記のとおりである。

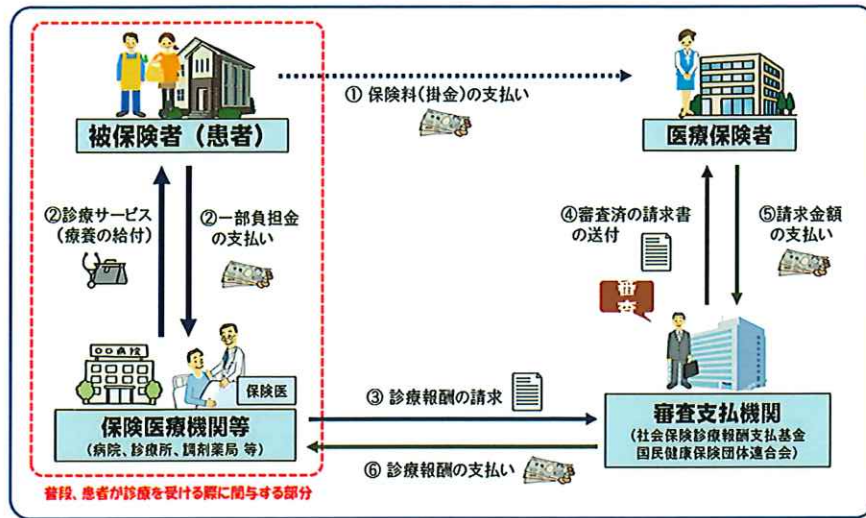
法律	対象とする保家
① 国民健康保険法	国民健康保険
② 健康保険法	健康保険（被用者保険）
③ 国家公務員共済組合法、地人公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法	各共済組合保険（被用者保険）
④ 船員保険法	船員保険（被用者保険）
⑤ 高齢者の医療の確保に関する法律	後期高齢者医療制度

4 保険診療の流れ

保険診療の流れは下図のとおりである。

保険診療の流れ

保険診療における全体の流れについては、以下のフローチャートのとおり。



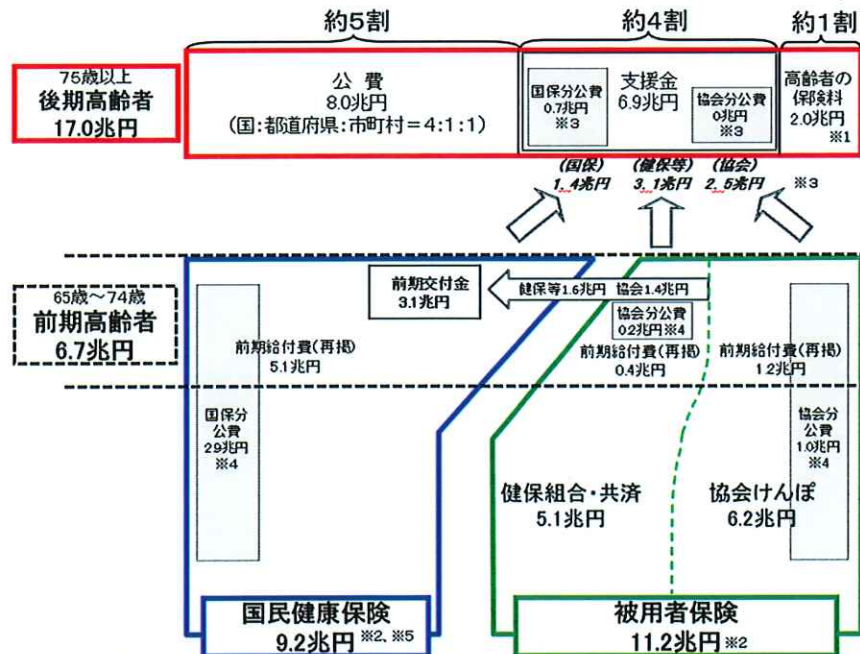
5 財源構成

公的医療保険制度の財源構成は下図のとおりである。

公費が約5割、国民健康保険と健康保険（被用者保険）の拠出金が約4割、高齢者の支払う保険料が約1割という構成になっており、公的医療保険制度の導入により国民全員が少ない負担で質の高い医療を受けられる仕組みになっている。

しかし、拠出金は、高齢者医療費の伸びに応じて増加する仕組みになっており、拠出元の被用者の収支の悪化が近年懸念される状態になっている。

医療保険制度の財源構成（医療給付費・令和四年度予算ベース）



※1 後期高齢者の保険料は、低所得者等に係る軽減分を考慮していない(保険料軽減措置や高額医療費の支援等の公費0.5兆円を含む)。
 ※2 国民健康保険(9.2兆円)及び被用者保険(11.2兆円)は、各年度の給付費を示しており、他制度への納付金や支援金を含まない。
 ※3 各医療保険者が負担する後期支援金及び当該支援金に係る公費は、後期支援金に係る前期賦課調整を含む。
 ※4 国民健康保険は、保険料軽減措置等に係る公費を除き、協会分公費は減額特例措置(▲611億円)を除く。
 ※5 上記の他、国民健康保険には経過措置である退職者医療に係る退職者交付金がある。

6 公的医療保険の内容

(1) 国民健康保険

国民健康保険法により律せられており、都道府県及び市町村（特別区を含む）が保険者となる国民健康保険と、業種や職種ごとに組織される国民健康保険組合から構成されている。

健康保険や共済保険、後期高齢者医療制度に入っている人、生活保護を受けている人以外は、国民健康保険に入らなければならない

国民健康保険は市区町村の地域によって加入し、国民健康保険組合は業種や職種によって加入する。

国民健康保険には「扶養」という概念がないため、例えば自営業者とその配偶者の場合、夫婦それぞれが加入者かつ被保険者になる。

(2) 健康保険

健康保険法により律せられており、特定の企業に属する従業員やその扶養家族が加入する。

大企業の従業員等が加入する健康保険組合や、健康保険組合が無い企業の従業員等が加入する協会けんぽ（全国健康保険協会管掌健康保険）がある。

保険料の全額が自己負担となる国民健康保険とは異なり、所属する事業主と被用者で折半する「労使折半」が適用される。

健康保険制度への加入は世帯単位となっており、年収が130万円未満で、主として被保険者に生計を維持されている3親等内の親族であれば、健康保険に加入して給付やサービスを受ける事ができる。

健康保険組合を設立し、事業所の実態に合った健康保険業務を運営する。健康保険組合が設立されていない事業所は、全国健康保険協会（協会けんぽ）が運営する健康保険に加入する。

(3) 共済組合保険

国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法により律せられており、国家公務員や地方公務員、教職員のそれぞれの組合員と生計を一にする扶養家族が加入し、短期給付事業（医療保険）として行っている。運営主体（保険者）は各組合である。

保険料は、健康保険同様、被保険者の標準報酬月額に一定の掛金率を乗じて算出するの仕組みで、労使折半である。

(4) 船員保険

船員保険は、船員保険法により律せられており、船員という特殊性にかんがみ、船員又はその被扶養者の職務外の事由による疾病、負傷若しくは死亡又は出産に関して保険給付を行っている。

運営主体（保険者）は全国健康保険協会、被保険者は船舶所有者に使用される船員である。

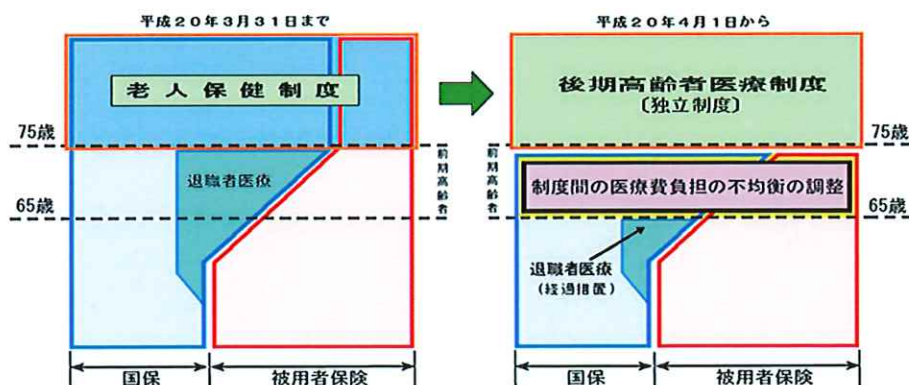
全国健康保険協会は本部と47都道府県支部で構成している。全国健康保険協会には船員保険協議会が設置され制度運営を行っている。独自給付として下船後の療養補償、行方不明手当金などがある。保険料は労使折半である。

(5) 後期高齢者医療制度

老人保健法は、平成18年6月21日に公布された健康保険法等の一部を改正する法律により、「高齢者の医療の確保に関する法律」（平成20年4月施行）へと全面的に改正され、後期高齢者医療制度が創設された。

75歳以上の後期高齢者のみを対象とした、国民健康保険や被用者保険から独立した医療制度となった。

老人保健法と後期高齢者医療制度の違いは下図のとおりであり、後期高齢者医療制度は、国民健康保険、被用者保険から完全に独立した制度にかわった。



第2 高齢者の医療の確保に関する法律

1 概要

(1) 目的 (第1条)

国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることを目的としている。

(2) 基本的理念 (第2条)

国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、高齢者の医療に要する費用を公平に負担するものとする。

国民は、年齢、心身の状況等に応じ、職域若しくは地域又は家庭において、高齢期における健康の保持を図るための適切な保健サービスを受ける機会を与えられるものとする。

2 前期高齢者医療制度 (第32条)

(1) 概要

ア 前期高齢者納付金

前期高齢者医療制度とは、65歳～74歳の人を対象とした、国民健康保険と被用者保険との間の医療費負担を調整するための制度である。

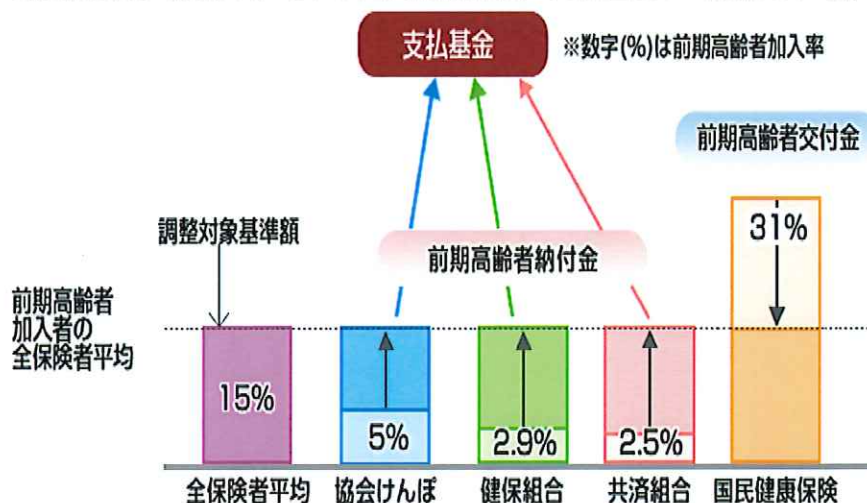
前期高齢者は、定年退職などで会社を退職した後に国民健康保険へ加入することが多く、国民健康保険における高齢者医療費負担は、他の医療保険者より大きくなる。

この医療保険者間の負担の不均衡を解消するため、各保険者の前期高齢者加入率に応じて負担を調整する仕組みが導入された。

被用者保険は、「前期高齢者納付金」という名目で前期高齢者の加入人数の多い国民健康保険の財政支援を行っている。

イ 医療費負担の調整

医療費負担の調整は、各保険者の前期高齢者の加入率と、全保険者の前期高齢者の平均加入率（調整対象基準額）を比較して行われ、前期高齢者加入率の低い被用者保険は「前期高齢者納付金」を支払基金へ納付し、それが国民健康保険へ交付金として交付される。



(2) 75歳に達するまでの間は国民健康保険や被用者保険に加入したまま

被保険者が65歳に達し前期高齢者になっても、下図のとおり、75歳に達するまでの間は、国民健康保険や被用者保険に加入したまま、それらの各医療保険者により療養の給付や高額療養費等の給付、保健事業を受ける。



3 後期高齢者医療制度

(1) 後期高齢者医療 (第47条)

後期高齢者医療は、高齢者の疾病、負傷又は死亡に関して必要な給付を行う。

(2) 後期高齢者医療広域連合の設立 (48条)

市町村は、後期高齢者医療の事務(括弧内省略)を処理するため、都道府県の区域ごとに当該区域内の全ての市町村が加入する後期高齢者医療広域連合を設ける。

後期高齢者医療制度の運営主体(保険者)は、後期高齢者医療広域連合である。

(3) 被保険者 (第50条)

ア 次のいずれかに該当する者を被保険者とする。

① 後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する75歳以上の者

② 同上区域内に住所を有する65歳以上75歳未満で一定の障害のある障害者

イ 適用除外 (第51条)

生活保護法による保護を受けている世帯に属する者は適用除外とする。

(4) 後期高齢者医療給付の種類 (第56条)

後期高齢者医療給付の種類は次のとおりである。

① 療養の給付

② 入院時食事療養費の支給

③ 入院時生活療養費の支給

④ 保険外併用療養費の支給

⑤ 療養費の支給

⑥ 訪問看護療養費の支給

⑦ 特別療養費の支給

⑧ 移送費

⑨ 高額療養費

⑩ 高額介護合算療養費

⑪ 後期高齢者医療広域連合の条例で定めるところにより行う給付

(5) 高齢者保健事業 (第125条)

後期高齢者医療広域連合は、高齢者の心身の特性に応じ、健康教育、健康相談、健康診査及び保健指導並びに健康管理及び疾病の予防に係る被保険者の自助努力についての支援その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な高齢者保健事業を行うように努めなければならない。

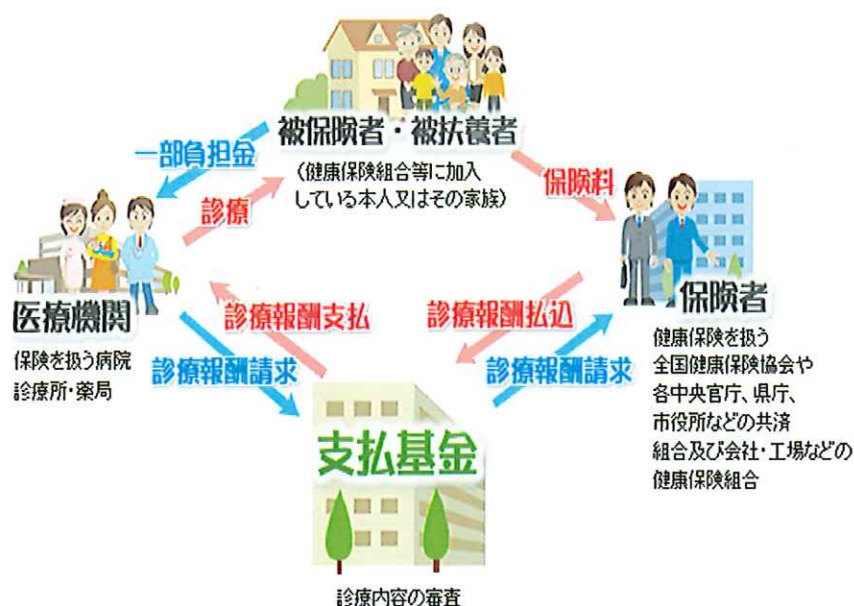
(6) 後期高齢者支援金等 (第118条)

支払基金は、保険者(国民健康保険にあつては都道府県)から、後期高齢者支援金及び後期高齢者関係事務費拠出金を徴収する。保険者は後期高齢者支援金等を納付する義務を負う。

(7) 支払基金

支払基金は、健康保険制度における診療報酬の「審査」及び「支払」について、運営主体（保険者）の委託を受けて実施する審査・支払の専門機関である。

保険医療機関（薬局）からの診療に係る医療費の請求が正しいか審査した上で、運営主体（保険者）に請求し、運営主体（保険者）から支払われた医療費を保険医療機関へ支払いをする。



(8) 市町村と後期高齢者医療広域連合との役割分担

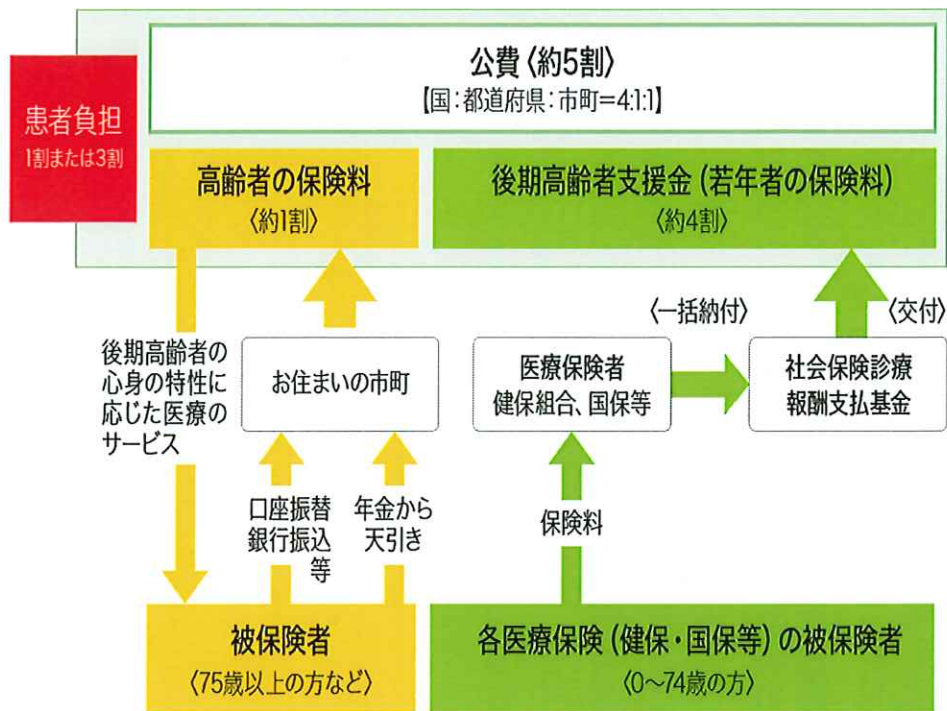
申請手続きや保険料の徴収等の窓口業務は市町村が行い、財政運営や資格認定等は広域連合が行う。

細部は下表のとおりである。

役 割 分 担	
市町村	広域連合
<ul style="list-style-type: none"> ・ 保険料の徴収 ・ 被保険者の資格等に関する申請の受付 ・ 被保険者証及び資格者証の引渡し・回収 ・ 医療給付に関する申請等の受付 ・ 証明書の交付 ・ 保険料に関する申請の受付 ・ 高齢者保健事業と介護予防等との一体的な実施に関する事務の実施 ・ その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 資格の認定等に関する管理 ・ 保険料の賦課に関する決定 ・ 被保険者証及び資格者証の交付 ・ 医療給付に関する決定 ・ 保健事業の実施 ・ 高齢者保健事業と介護予防等との一体的な実施に関する事務の市町村への委託 ・ その他

(9) 財源構成

後期高齢者医療制度は、原則として公費約5割、現役世代からの支援金約4割、被保険者の納める保険料約1割、窓口負担約1割で運営されている。



第3 後期高齢者医療の保険料

1 保険料

保険料は、被保険者全員が公平に負担する「均等割額」と所得に応じて負担する「所得割」とを合計した額をもって、対象年度1年間分（4月～翌年3月の12か月分）の保険料として、被保険者一人一人の保険料を決定（賦課）する（100円未満は切捨）。

2 均等割額、所得割額

(1) 均等割額

43,400円（被保険者一人一人の額）

(2) 所得割額

ア 所得割額＝賦課のもととなる所得金額×所得割率8.39%

所得金額＝収入金額－110万円

賦課のもととなる所得金額＝所得金額－43万円

イ 賦課のもととなる所得金額

賦課のもととなる所得金額となる前年の総所得金額及び山林所得金額並びに株式・長期（短期）譲渡所得金額等の合計から控除できる金額は、基礎控除額43万円だけで、所得税や市民税の課税所得金額のように、医療費控除や社会保険料控除、生命保険料控除、配偶者控除といった各種控除は適用されない。

賦課のもととなる所得金額には、退職所得、非課税所得（遺族年金・障害者年金・失業給付など）は含まれない。

ウ 計算方法の違い

上記の保険料の所得割額の計算と、「均等割額の軽減判定」、及び「医療機関などにかかるときの医療費の自己負担割合判定」とは、その計算方法に違いがある。

(3) 保険料の賦課限度額

均等割額＋所得割額の限度額＝66万円

3 所得の低い人の均等割額の軽減

(1) 軽減の基準

世帯内の被保険者と世帯主の総所得金額等の合計が下表に該当する場合は、被保険者全員の均等割額（43,800円）が軽減される。世帯単位で考えるとところに特徴がある。

「総所得金額等」とは、総所得金額及び山林所得金額並びに株式等の合計額である。

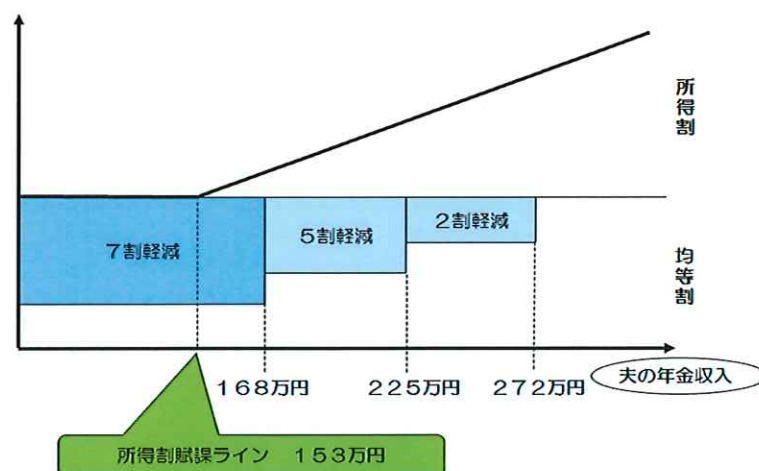
- (2) 65歳以上（1月1日時点）の年金受有者の所得金額
 所得金額（年金収入－110万円）から特別控除額15万円を差し引いた額で判定する。
- (3) 軽減判定基準

世帯内の被保険者と世帯主の総所得金額等の合計	軽減割合	軽減される額	軽減後の均等割額（年額）
43万円+10万円×(給与・年金所得者の数-1)以下	7割	30,660円	13,140円
43万円+ (28.5万円×世帯内の被保険者数) +10万円×(給与・年金所得者の数-1)以下	5割	21,900円	21,900円
43万円+ (52万円×世帯内の被保険者数) +10万円×(給与・年金所得者の数-1)以下	2割	8,760円	35,040円

注 世帯内の被保険者と世帯主のうち、以下のいずれかに該当する人が2人以上いる場合は、その人数から1を減じた数に10万円を乗じた金額を加える。

- ① 給与収入（専従者給与を除く）が55万円を超える。
- ② 65歳以上（前年の12月31日現在）で公的年金収入（特別控除額15万円を差し引いた額）が110万円を超える。
- ③ 65歳未満（前年の12月31日現在）で公的年金収入が60万円を超える。

- (4) 年金収入でみた軽減イメージ（夫婦世帯の例：妻の年金収入が125万円以下の場合）



例：

夫婦とも年金収入のみの世帯

夫75歳 年金収入：168万円

軽減判定の対象となる総所得金額

$$= \text{年金収入 } 168 \text{ 万円} - \text{公的年金等控除 } 110 \text{ 万円} - \text{特別控除 } 15 \text{ 万円} \\ = 43 \text{ 万円}$$

妻75歳 年金収入：79万円

軽減判定の対象となる総所得金額=0円

夫婦の総所得金額等=43万円+0円=43万円

判定=判定の対象となる世帯の総所得金額が43万円以下のため夫婦の均等割額が7割軽減される。

- (5) 申請の要否

軽減の判定は、被保険者や世帯主の所得により自動判定を行い軽減を適用するので、申請の必要はない。

第4 後期高齢者医療制度の自己負担額

1 自己負担割合

ア 令和4年10月1日から2割が追加

健康保険法等の一部改正により、令和4年10月1日から、医療機関等の窓口で支払う医療費の自己負担割合が、従来の1割または3割から、新たに2割が追加され、1割、2割、3割の3区分となり、一定以上所得のある人は、現役並み所得者（3割負担）を除き、自己負担割合が2割になった。

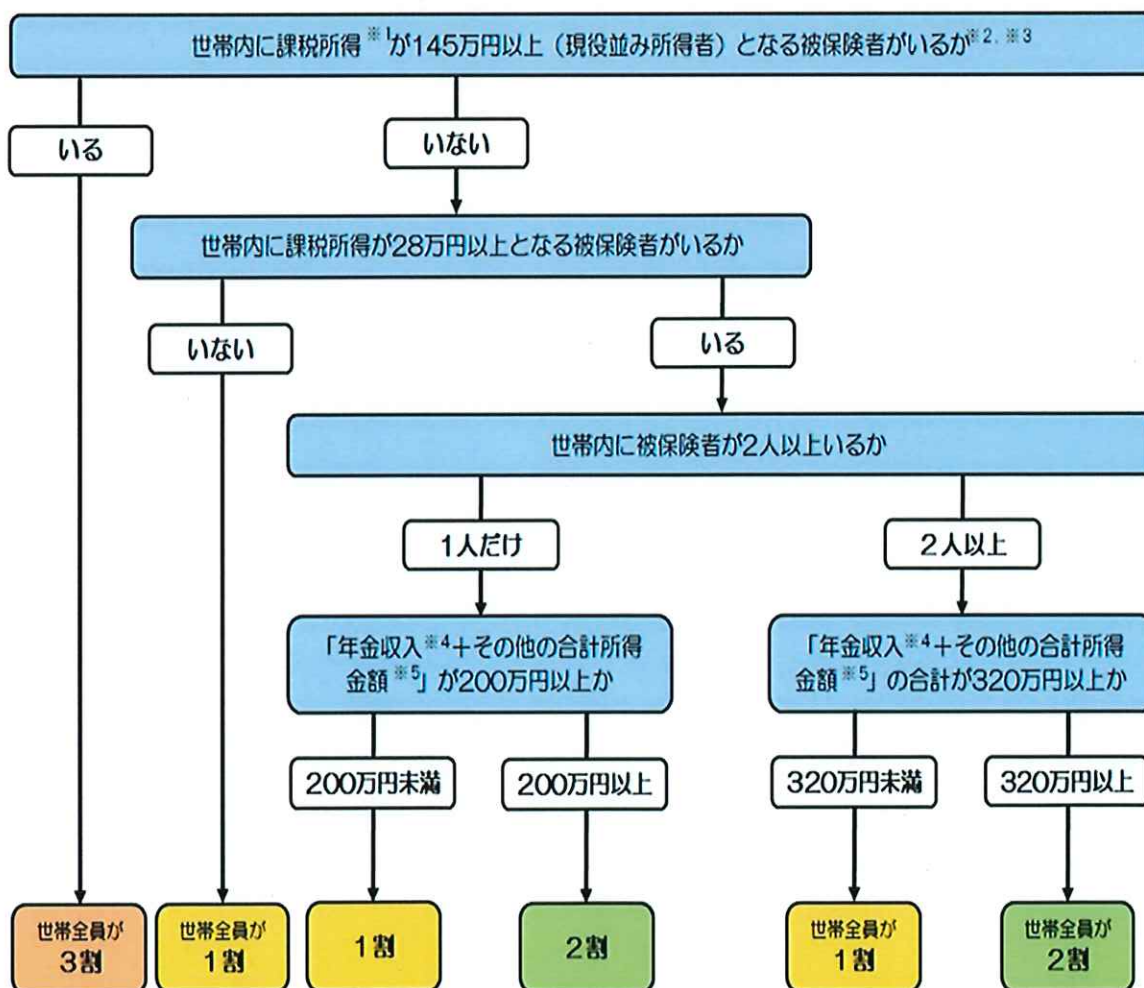
令和4年9月30日まで		令和4年10月1日から	
区分	自己負担割合	区分	自己負担割合
現役並み所得者*	3割	現役並み所得者*	3割
一般所得者等	1割	一定以上所得のある方	2割
		一般所得者等	1割

2 自己負担割合判定要領

(1) 自己負担割合判定フローチャート

自己負担割合は世帯ごとに下図のフローチャートで判定する（世帯内後期高齢者を対象）。

【負担割合判定チャート】



(2) 判定

ア 3割負担

世帯内に現役並み所得者（住民税課税標準額が145万円以上の人がいる場合、後期高齢者の世帯全員の人が3割負担となる。

イ 2割負担

以下の①、②の両方に該当する場合は、2割となる。

① 同じ世帯の人の中に住民税課税標準額が28万円以上の人がいる。

② 同じ世帯の人の年金収入+その他の合計金額が、世帯に1人の場合は200万円以上、世帯に2人以上の場合は合計320万円以上

ウ 1割負担

上記ア、イ以外及び住民税非課税世帯は1割負担である。

(3) フローチャート内の注釈説明

※1：課税所得とは、住民税納税通知書の「課税標準」の額（前年の収入から、給与所得控除や年金所得控除、所得控除（基礎控除や社会保険料控除等）を差し引いた後の金額である。

※2：昭和20年1月2日以降生まれの人及び同一世帯の人については、課税所得145万円以上であっても、「賦課のもととなる所得金額（総所得金額等から基礎控除額43万円を控除した額）」の合計額が210万円以下であれば、現役並み所得者の対象外となり、「いない」に進む。

※3：所得税法上の収入金額が以下の条件を満たす場合は、課税所得145万円以上であっても、後述の「基準収入額適用申請」により現役並み所得者の対象外となり、「いない」に進む。

① 後期高齢者が世帯に1人の場合は383万円未満（世帯内に70～74歳の世帯員がいる場合は収入合計額が520万円未満）

② 後期高齢者が世帯に複数の場合は収入合計額が520万円未満

※4：年金収入には遺族年金や障害年金は含まない。

※5：その他の合計所得金額とは、合計所得金額（給与所得は給与所得控除後さらに10万円を控除した額、長期（短期）譲渡所得は特別控除が受けられる場合は特別控除後の額）から公的年金等にかかる雑所得を差し引いた後の金額

(3) 基準収入額適用申請制度

世帯内に課税所得145万円以上の被保険者がいる場合は「現役並み所得者」の対象となるため負担割合は通常3割となるが、下表のいずれかに該当する場合は、「基準収入額適用申請」を行い認定されると、「現役並み所得者」の対象外となり、負担割合は「1割」または「2割」になる。

世帯被保険者数	「現役並み所得者」の対象外となる判定基準
世帯に1人	収入額が383万円未満である
世帯に1人	同じ世帯に70～74歳の世帯員がいる場合、その人との収入額の合計が520万円未満である
世帯に2人以上	収入額が520万円未満である

3 自己負担額増加の軽減措置（配慮措置）

(1) 自己負担割合が2割になった世帯

令和4年10月1日からの3年間、自己負担割合が「2割」となった世帯の、急激な自己負担額の増加を抑えるため、外来医療の負担増加額の上限が1か月あたり最大3,000円までとなる。

(2) 予め登録されている金融機関口座に後日払い戻し

3,000円の上限額を超えて支払った金額は高額療養費として、予め登録されている金融機関口座に後日払い戻しされる。

配慮措置の対象となる可能性のある被保険者（主に2割負担対象者のうち高額療養費の申請を行ったことがない人）には、広域連合より高額療養費の事前申請書（振込先口座事前登録）が送付されて来るので、申請する（敏子分：申請、忠明：登録済（市に確認））。

例

窓口負担割合1割のとき自己負担額＝ 5,000円
 窓口負担割合2割のとき自己負担額＝ 10,000円
 自己負担額増 ＝ 5,000円
 自己負担増の上限 ＝ 3,000円
 支給（払い戻し）額 ＝ 2,000円

4 高額療養費（75歳以上もしくは認定を受けた65歳以上の人）

(1) 自己負担限度額を超えた額が「高額療養費」として支給

1か月の医療費が高額になったときは、自己負担限度額を超えた分が払い戻される（入院時の食事代や保険の対象とならない差額ベッド料などは支給の対象外）。

同じ世帯内に後期高齢者医療制度の医療を受ける人が複数いる場合、一人でも入院した月においては、同じ世帯の被保険者の病院・診療所、調剤薬局などの区別なく合算して高額療養費を計算する。

事前に公的医療保険の窓口で「限度額適用認定証」を申請し病院等に提示しておけば、限度額を超える分は医療機関や薬局の窓口で支払わなくてよくなる。

また、平成24年4月より、入院だけでなく通院でも利用できるようになった。

(2) 住民税の課税所得

住民税の課税所得とは、所得（収入から必要経費等の収入ごとの法定控除を行った額）から地方税法上の各種控除（扶養控除など）を行った額のことである。

(3) 自己負担限度額表

ア 自己負担限度額表判定要領

自己負担限度額判定要領は下表のとおりである（令和4年10月から）。

区 分			自己負担限度額	
			外来〔個人単〕	外来＋入院〔世帯単位〕
現役並所得者	課税所得 690 万円以上	現役Ⅲ	252,600 円＋（医療費・842,000 円）×1%	
	課税所得 380 万円以上	現役Ⅱ	167,400 円＋（医療費・558,000 円）×1%	
	課税所得 145 万円以上	現役Ⅰ	80,100 円＋（医療費・267,000 円）×1%	
一定以上所得者		一般Ⅱ	18,000 円	57,600 円（44,400 円）
一般		一般Ⅰ		
住民税非課税世帯		区分Ⅱ	8,000 円	24,600 円
		区分Ⅰ		15,000 円

イ 上記表の説明

(ア) 過去12か月に3回以上高額療養費（外来＋入院）の支給を受けた場合は、4回目から多数該当となり、限度額が変更になる。

(イ) 現役Ⅲ：住民税の課税所得が690万円以上の被保険者および同じ世帯の被保険者

(ウ) 現役Ⅱ：住民税の課税所得が380万円以上690万円未満の被保険者および同じ世帯の被保険者

(エ) 現役Ⅰ：住民税の課税所得が145万円以上380万円未満の被保険者および同じ世帯

の被保険者

(オ) 一般Ⅱ：一定以上所得者：次の①、②をどちらも満たす被保険者および同じ世帯の被保険者

① 世帯に住民税の課税所得が28万円以上145万円未満の被保険者がいる。

② (世帯に被保険者が1人の場合) 被保険者の「年金収入+その他の合計所得金額」が200万円以上(世帯に被保険者が2人以上の場合) 世帯の被保険者の「年金収入+その他の合計所得金額」の合計が320万円以上

(カ) 一般Ⅰ：現役Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ、一般Ⅱ、区分Ⅱ、Ⅰに該当しない人

(キ) 区分Ⅱ：世帯員すべてが住民税非課税で、区分Ⅰ低所得者1を除いた人

(ク) 区分Ⅰ：同じ世帯の全員が住民税非課税で、世帯全員の所得が0円(年金の所得は控除額を80万円として計算。給与所得は10万円を控除)または高齢福祉年金受給者

(4) 年間の高額療養費(外来年間合算)制度

年間を通して外来診療による長期療養を受けている人の負担が増えないよう配慮する観点から創設された制度である。70歳以上の人のみ対象である。

制度前年の8月1日から7月31日までに、外来診療で支払った医療費が144,000円を超えた場合、超えた部分が年間の高額療養費として支給される。

(5) 長期入院該当

1割負担のうち上記表の「区分2」に該当する人で入院日数が、過去12か月で90日(他の健康保険加入期間も区分2相当の認定を受けていれば入院日数に通算できる)を超える場合は、申請により、入院時の食費が1食あたり210円から160円に減額される。

(6) 申請

高額療養費の支給の対象となった場合、診療月の2~3か月後に申請のご案内と申請書が送られて来るので、申請書に必要事項を記入、押印の上、市町村の担当窓口へ提出する。

一度申請すると、次回以降の申請は不要となり、高額療養費(外来年間合算を含む)は自動的に指定された口座に振り込まれる(毎回申請する必要はない)。

5 特定疾病の負担軽減

(1) 特定疾病療養受療証の提示

費用が著しく高額な治療を長期に渡って受ける必要があるものとして、厚生労働大臣が定める疾病(特定疾病)に係る療養を受けた場合、「特定疾病療養受療証」を提示すれば、1つの医療機関での1カ月の自己負担が1万円までとなる。

(2) 特定疾病

特定疾病の自己負担限度額の適用を受けるためには、「特定疾病特定疾病療養受療証」が必要になる。

(3) 特定疾病の対象となる疾病

ア 人工腎臓を実施している慢性腎不全

人工透析を行っている状態であることが条件である。

イ 血友病

血漿分画剤を投与している先天性血液凝固第8因子障害または先天性血液凝固第9因子障害

ウ 後天性免疫不全症候群

抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含む、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)

6 自己負担分及び保険料の減免等を受けられる場合

自己負担分及び保険料の減免等を受けられる場合がある。

① 震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財その他の財産について著しい損害を受けたとき

② 世帯主が死亡し、若しくは心身に重大な障害を受け、又は長期間入院したとき

③ 世帯主の収入が、事業又は業務の休廃止、失業等により著しく減少したとき

第5 後期高齢者医療制度の医療給付

1 概要

(1) 現物給付、現金給付

後期高齢者医療制度では、現物給付（医療サービスの提供）と現金給付（療養費の支給）を行う。

(2) 医療給付の種類

医療給付には、次の種類がある。なお、第2「自己負担額」で記載した高額療養費等は除く。

- ① 療養の給付
- ② 入院時食事療養費の支給
- ③ 入院時生活療養費の支給
- ④ 保険外併用療養費の支給
- ⑤ 療養費の支給
- ⑥ 訪問看護療養費の支給
- ⑦ 特別療養費の支給
- ⑧ 移送費の支給
- ⑨ 葬祭費の支給
- ⑩ 後期高齢者医療広域連合の条例で定めるところにより行う給付

2 療養の給付

(1) 被保険者（後期高齢者）が、後期高齢者医療広域連合の発行する被保険者証を保険医療機関等に提出して受け、自己負担金を保険医療機関等に支払う。

(2) 療養の給付

ア 療養の給付の種類

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 処置、手術その他の治療
- ④ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

イ 保険診療の給付対象外のもの

保険診療の対象にならないものは以下のとおりである。

- ① 保険外診療（先進医療や時間外診療など保険適用が認められていない治療）
- ② 差額ベッド代（1から4床の病室を利用する場合の費用）
- ③ 健康診断
- ④ 予防注射
- ⑤ 美容整形
- ⑥ 歯列矯

ウ 保険診療が制限されるもの

次のものは保険給付の一部または全部が制限されることがある。

- ① 被保険者が自己の故意の犯罪が原因で病気やけがをしたとき
- ② 被保険者が、けんか、泥酔などが原因で病気やけがをしたとき
- ③ 被保険者が、監獄等に拘禁されたとき

エ その他の場合

業務上の病気や怪我は、労災保険が適用されるか、労働基準法に従って雇主の負担となる。

3 入院時食事療養費の支給

療養病床以外に入院したときは、定められた1食当たりの食費を自己負担すれば、残りは入院時食事療養費として広域連合が負担する。

療養病床とは、病院又は診療所の病床のうち、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるものである。

4 入院時生活療養費の支給

療養病床に入院したときは、定められた1食当たりの食費と1日当たりの居住費を自己負担す

れば、残りは入院時生活療養費として広域連合が負担する。

5 保険外併用療養費の支給

保険が適用されない保険外診療があると、保険が適用される診療も含めて医療費の全額が自己負担となるが、保険外診療を受ける場合でも、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」については、保険診療との併用が認められており、通常の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料等）の費用は、一般の保険診療と同様に扱われ、その部分については一部負担金を支払うこととなり、残りの額は「保険外併用療養費」として広域連合から支給される。

6 療養費

(1) 特別な場合

健康保険では、保険医療機関の窓口で被保険者証を提示して診療を受ける現物給付が原則であるが、やむを得ない事情で、保険医療機関で保険診療を受けることができず、自費で受診したときなど特別な場合には、その費用について療養費が支給される。

(2) 支給される場合の例

ア ギプス・コルセットなどの治療用装具を購入したとき

医師が「治療上必要がある」と認めた、関節用装具、コルセットなどの治療用装具を購入した場合に対象となる。

イ やむを得ず被保険証を提示できずに診療を受けたとき

旅行中の急病やけがなどで被保険証を持参せず病院で受診したときは、いったん病院に医療の全額を支払います。このような場合、市町村の窓口へ申請し、やむを得ない事情があったと広域連合から認められると、自己負担分を除く金額が支給される。

ウ 医師が必要と認めた、あんま・はり・きゅう・マッサージなどを受けたとき

医師の同意を得て治療を受けた場合に認められます

エ 海外で診療を受けたとき

海外での旅行中に急病やけがなどで診療を受けたときは、日本の保険の適用範囲内に限り療養費が支給される。

(3) 療養費の額

保険者が健康保険の基準で計算した額（実際に支払った額を超える場合は、実際に支払った金額）から、その額に一部負担割合を乗じた額を差し引いた額が療養費として支給される。

7 訪問看護療養費の支給

難病患者や重度の障害のある人が、主治医の指示のもとで訪問看護を受けた場合は、被保険者は自己負担分のみを訪問看護ステーションに支払う。なお、訪問看護にかかった交通費は対象にはならない。

8 特別療養費の支給

被保険者が保険料を滞納し、1年を経過した後、災害等により保険料を支払えない特別の事情があると認められる場合を除き、被保険者証の代わりに広域連合から資格証明書が交付される。

この場合、医療機関の窓口で一旦かかった医療費の全額を支払い後に広域連合から支払った額のうち自己負担分を除いた額が特別療養費として支給される。

9 移送費の支給

負傷、疾病等により移動が困難な被保険者が、医師の指示により治療上必要であり、緊急でやむをえず別の病院に移送されたときなど、申請により、広域連合が内容を審査のうえ認めた場合、移送費として支給される。

11 葬祭費の支給

被保険者が亡くなったときは、葬祭を行った人に葬祭費3万円が支給される。

