

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 |
| 1 | 概要 | | 1 頁 |
| 2 | 公的医療保険の種類 | | 2 頁 |
| 第 2 | 高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法） | | 3 頁 |
| 1 | 老人保健法改正 | | 3 頁 |
| 2 | 主な条文構成 | | 3 頁 |
| 3 | 保険者による健康診査等の実施（特定健康診査・特定 保健指導） 保険料 | | 4 頁 |
| 4 | 前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整（前期高齢 者医療制度） | | 4 頁 |
| 第 3 | 後期高齢者医療制度 | | 4 頁 |
| 1 | 全般 | | 4 頁 |
| 2 | 保険料 | | 5 頁 |
| 3 | 自己負担 | | 7 頁 |
| 4 | 保険料・自己負担の減免等 | | 9 頁 |
| 5 | 給付 | | 9 頁 |
| | （1）給付の体系 | | 9 頁 |
| | （2）療養の給付 | | 10 頁 |
| | （3）入院時食事療養費 | | 10 頁 |
| | （4）入院時生活療養費の支給 | | 10 頁 |
| | （5）保険外併用療養費の支給 | | 11 頁 |
| | （6）療養費の支給 | | 11 頁 |
| | （7）訪問看護療養費の支給 | | 11 頁 |
| | （8）特別療養費の支給 | | 12 頁 |
| | （9）移送費の支給 | | 12 頁 |
| | （10）高額療養費の支給 | | 12 頁 |
| | （11）高額介護合算療養費の支給 | | 13 頁 |
| | （12）者医療広域連合の条例で定めて行う給付 | | 13 頁 |
| | （13）交通事故等にあったとき | | 13 頁 |

令和 6 年 3 月 2 8 日作成

迫 田 忠 明

第1 公的医療保険制度

1 概要

(1) 国民皆保険

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、自己負担は1割～3割で済む。

(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 |

(3) 財源構成

公的医療保険制度の財源構成は、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、拠出元の被用者保険の収支の悪化が近年懸念される状態になっている。

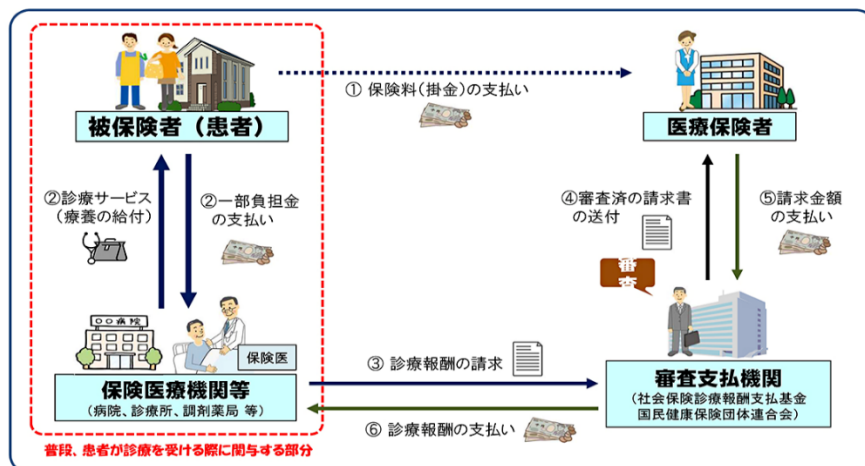
(4) 保険診療の流れ

保険医療機関にマイナンバーカード（マイナ保険証）を提示して診療を受ける。保険医療機関は1か月分の診療報酬明細書（レセプト）をまとめ、審査支払機関に診療費を請求する。

審査は、「社会保険支払基金（支払基金）」「国民健康保険団体連合会（国保連）」が担っており、レセプトが出されると、支払基金及び国保連合会において一次審査が行われ、支払いが済んだレセプトは、保険者に送付されて更に診療行為を二次審査し、その審査を経て月末に保険医療機関に診療報酬が振り込まれる。

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。



尚、被保険者証は、マイナンバーカードと一体化され、令和6年12月2日から発行されなくなる。

(5) 公的医療保険制度が適用されない費用

公的医療保険制度では、以下の費用は適用されない。公的医療保険の補完的備えとして、民間の医療保険加入も考慮しておく。

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 公的医療保険の種類

(1) 国民健康保険

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

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。

国家公務員の場合、各省各庁ごとに、その所属の職員及びその所管する行政執行法人の職員をもつて組織する国家公務員共済組合を設ける。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仕組みで、労使折半である。

(4) 船員保険

船員という特殊性に鑑み、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医療給付を行っている。

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

後述（第3）

第2 高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）

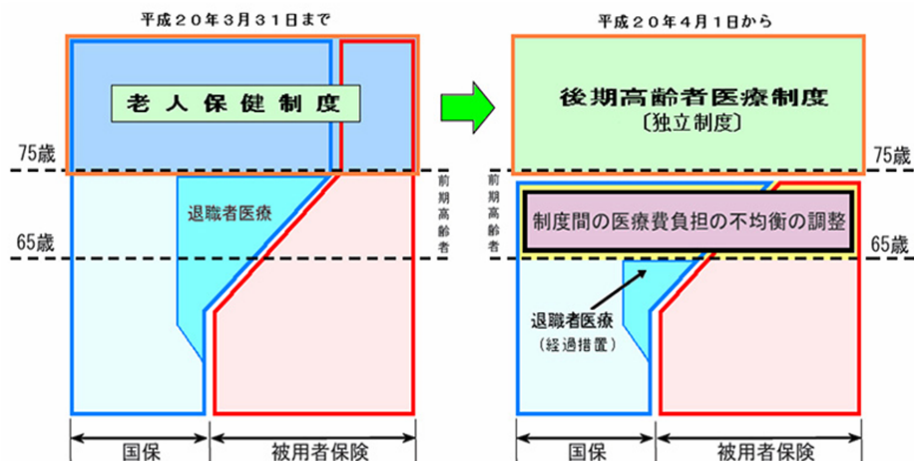
1 老人保健法改正

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た。

改正の狙いは、「医療の質の向上」と「国民皆保険の持続可能性の確保」の他、生活習慣病の予防対策と平均在院日数の短縮に着目した医療費適正化の枠組みが新しく導入された。

後期高齢者医療制度が創設され、安定した財政運営を行っていくため、保険者を市町村から都道府県単位の広域連合とし、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変わった。



2 主な条文構成

高齢者医療確保法は、高齢期における適切な医療の確保を図るため、

- ① 医療費の適正化を推進するための計画の作成（医療費適正化計画）
- ② 保険者による健康診査等の実施（特定健康診査・特定保健指導）
- ③ 前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整（前期高齢者医療制度）
- ④ 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（後期高齢者医療制度）等を規定している。

3 保険者による健康診査等の実施（特定健康診査・特定保健指導）

(1) 概要

特定健康診査・特定保健指導は、40歳～74歳の被用者保険（健康保険組合や全国健康保険協会など）や国民健康保険の加入者を対象として実施されている、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健診および保健指導である。

(2) 特定健康診査

特定健康診査は、医療保険者（健康保険組合や全国健康保険協会などの各被用者および国民健康保険）が実施主体となり、40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として行われる健診である。

腹囲の計測など、「メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）」の該当者や、その予備群を発見することを目的とした検査項目が導入されている。

(3) 特定保健指導

特定保健指導は、特定健診の結果から、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による効果が多く期待できると判定された人に対して行われる健康支援である。対象者は、健診結果に応じて「積極的支援」、「動機づけ支援」、「情報提供」の3つに区分され、一人一人の身体状況や生活環境などに合わせて、医師・保健師・管理栄養士などの専門家が、生活習慣を見直すためのサポートを行う。

4 前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整（前期高齢者医療制度）

(1) 概要

前期高齢者医療制度は、65歳～74歳の人を対象とした、被用者保険（健康保険組合等）、国民健康保険間の医療費負担を調整するための制度で、「制度間の医療費負担の不均衡の調整」を行うための枠組みで設けられた制度である。

被保険者が65歳に達し、前期高齢者になっても75歳に達するまでの間は現在加入している各医療保険者により、療養の給付や高額療養費等の給付、保健事業を従来どおり受ける。

(2) 前期高齢者交付金

前期高齢者加入率の全国平均を基準として、前期高齢者加入率が全保険者平均を下回る保険者は前期高齢者納付金を納付することになり、前期高齢者加入率が全保険者平均を上回る保険者は、前期高齢者交付金が交付される。

(3) 支払基金

支払基金は、保険者から毎月5日を納付期限として前期高齢者納付金等を徴収し、保険者に対して毎月15日に前期高齢者交付金を交付する業務を行う。

第3 後期高齢者医療制度

1 全般

(1) 保険者、被保険者

ア 保険者

都道府県単位で全市町村が加入する後期高齢者医療広域連合

イ 被保険者

① 75歳以上の人

② 65歳以上75歳未満の人で一定の障害があると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた人

ウ 被扶養者

健康保険の「被扶養者」に相当する制度は無い。

(2) 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 |

注：被保険者証はマイナンバーカードと一体化され、令和6年12月2日から発行されなくなる。

(3) 財源構成

後期高齢者の医療費の財源構は、医療機関での窓口負担を除いた医療費のうち、約5割は税金(公費負担分は国：県：市町村が、それぞれ4：1：1の割合で負担)、約4割は75歳未満の人が加入している医療保険からの支援金、約1割は後期高齢者医療制度に加入する被保険者からの保険料で賄われている。

2 保険料 (千葉県後期校訂者医療広域連合)

(1) 2年毎に見直し

保険料の額は、被保険者一人一人に均等に課せられる均等割額と、被保険者一人ひとりの所得に「所得料率」を乗ずることによって算出される所得割額の合計額である。

保険料率は、2年に1度見直しされ、令和6・7年度は、被保険者数や医療給付費の増加、現役世代の負担増を抑制するための国の制度改正等を要因としてアップし、その結果、均等割額は43,800円、所得割率は9.11%と決定された(千葉県後期高齢者医療広域連合)。

(2) 年間保険料額

ア 算定式

年間保険料額＝均等割額＋所得割額

均等割額＝43,800円(被保険者一人一人の額)

所得割額＝賦課のもととなる所得金額×所得割率9.11%

賦課のもととなる所得金額＝所得金額（収入金額－110万円）－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。

(3) 保険料の賦課上限額

均等割額＋所得割額の上限額＝令和6年度73万円、7年度80万円

(4) 所得の低い人の均等割額の軽減

ア 軽減判定所得基準

世帯内の被保険者及び世帯主の総所得金額の合計額が次の基準を下回る場合は、均等割額が軽減される。

| 軽減判定所得基準 (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 | 13,140円 |
| 43万円+(29.5万円×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 |
| 43万円+(54.5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 | 35,040円 |

注1 世帯内の被保険者と世帯主のうち、次のいずれかに該当する者が2人以上いる場合には、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55万円を超える者
- ② 65歳以上（前年の12月31日現在）で公的年金収入額－特別控除額15万円が110万円を超える者

注2 年金受給者の所得金額

所得金額＝公的年金収入額－110万円－特別控除額15万円

イ 計算例（年金収入220万円、単身世帯の場合）

(ア) 均等割額

所得金額＝220万円－110万円－特別控除額15万円＝95万円

軽減判定所得基準＝43万円＋54.5万円＝97.5万円

95万円は97.5万円以下⇒2割軽減

軽減後の均等割額＝35,040円（上記表）

(イ) 所得割額

賦課のもととなる所得金額＝220万円－110万円－43万円＝67万円

所得割額＝67万円×0.911%＝61,037円

(ウ) 年間保険料額

年間保険料額＝35,040円＋61,037円＝96,000円

ウ 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。

(5) 子ども・子育て支援金制度

子ども・子育て支援金制度とは、少子化対策の財源として公的医療保険料に上乗せして支援金を徴収する制度である。

後期高齢者医療制度の場合は、75歳以上の高齢者にも全体の8.3%の負担を求めるとして、1人当たり月額、令和8年度200円、9年度250円、10年度350円（以上試算結果）徴収される予定である（実際の額は所得等によって異なる）。政府は実質的な負担はゼロと説明するが分かりにくい。

3 自己負担

(1) 自己負担割合

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。

(2) 自己負担割合判定要領

ア 概要

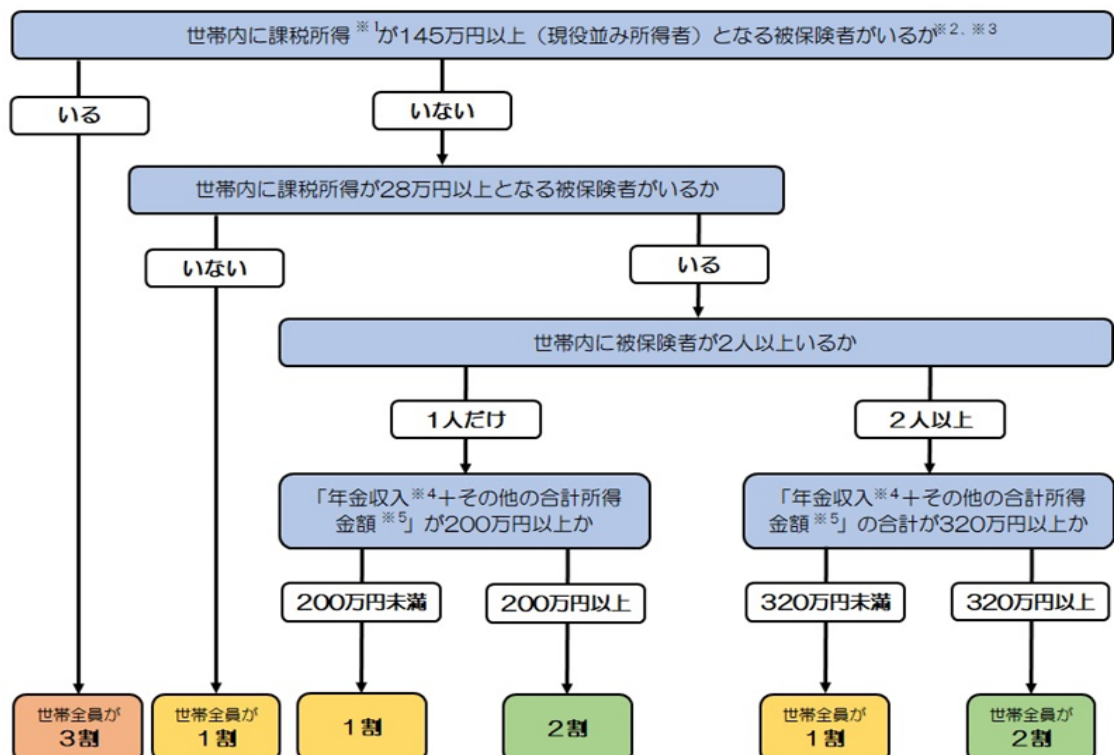
医療機関にかかるときは、マイナンバーカード（マイナー保険証）を提示し、かかった医療費の一部を医療機関に被保険者本人が支払う。

自己負担割合は、原則1割負担であるが、一定以上の所得のある被保険者及びその被保険者と同一世帯にいる被保険者は、現役並み所得者（3割負担）を除き、2割負担となる。

イ 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】



(注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。

(注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。

(注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

(注4) 年金収入には遺族年金や障害年金は含まない。

(注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

ウ 所得区分

医療機関等にかかったときの医療費の自己負担金の割合は、1割・2割・3割のいずれかであるが、同じ負担割合でも所得等により所得区分が区分される。自己負担割合と所得区分の関係は以下のとおりである。

(ア) 自己負担3割の所得区分

現役並みⅢ 課税標準額690万円以上の被保険者及びその世帯に属する被保険者

現役並みⅡ 課税標準額380万円以上の被保険者及びその世帯に属する被保険者

現役並みⅠ 課税標準額145万円以上の被保険者及びその世帯に属する被保険者

(イ) 自己負担2割の所得区分

一般Ⅱ 課税標準額が28万円以上145万円未満かつ「年金収入+その他の合計所得金額」が200万円以上（被保険者複数の世帯は合計して320万円以上）である被保険者及びその世帯に属する被保険者

(ウ) 自己負担1割の所得区分

一般Ⅰ 現役並み所得者、一般Ⅱ、低所得者Ⅱ、低所得者Ⅰ以外の人

区分Ⅱ 世帯全員が住民税非課税の人（低所得Ⅰ以外の人）

区分Ⅰ 世帯全員が住民税非課税の人で、かつ世帯全員の所得が0円の人
年金収入のみの方は80万円以下の人
年金と他の収入がある人は（年金収入－80万円）＋（年金以外の収入－必要経費）＝0円

(3) 基準収入額適用申請制度

3割と判定された場合でも、被保険者の属する世帯の収入状況が次のいずれかの条件を満たしているときは、広域連合に対して申請を行い、その認定を受けることで自己負担の割合が1割または2割に変わる。

原則申請が必要であるが市区町村で対象の人が下表の収入基準に該当することを確認できる場合は、申請不要。市区町村と住民税を課税する市区町村が異なる等で確認できない場合は、申請が必要となる。 世帯内の被保険者が1人の場合

| | | |
|-----------|-----------------|------|
| 被保険者の収入金額 | 年金収入+その他の合計所得金額 | 負担割合 |
|-----------|-----------------|------|

| | | |
|----------|----------|-----|
| 383 万円未満 | 200 万円未満 | 1 割 |
| | 200 万円以上 | 2 割 |

世帯内の被保険者が 2 人以上いる場合

| 被保険者の収入金額 | 年金収入+その他の合計所得金額 | 負担割合 |
|-----------|-----------------|------|
| 520 万円未満 | 320 万円以上 | 1 割 |
| | 320 万円以上 | 2 割 |

(4) 自己負担割合が 2 割になった世帯への自己負担増加の軽減措置（配慮措置）

令和 4 年 1 0 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, 0 0 0 円までとなる。

(5) 特定疾病の負担軽減

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。

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。

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（H I V 感染を含む、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）

4 保険料・自己負担の減免等

(1) 保険料の減免・徴収猶予

災害、所得の減少、拘禁の理由により保険料の支払いが困難な世帯について、保険料の減免制度がある。また、災害により後期高齢者医療保険料を納期までに納付できない場合、6 か月の期間に限り、徴収を猶予する制度がある。ただし、減免等の決定に当たっては、災害による被害状況、納付が困難となった理由等の審査がある。す

(2) 自己負担の減免等

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大きな損害を受けたとき、また、事業の休廃止などで所得が激減したことにより、病院などの窓口での一部負担金の支払いが困難な場合は、申請をすることで一部負担金の免除・減額または支払いの猶予を受けられる制度がある。ただし、減免等の決定に当たっては、一部負担金の支払いが困難となった理由等につき審査がある。

5 給付

(1) 給付の体系

- 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 高額療養費の支給
- ⑩ 高額介護合算療養費の支給
- 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
 - 葬祭費の支給
 - 傷病手当金の支給
 - その他の給付

(2) 療養の給付

被保険者は、疾病又は負傷に関して次の療養の給付を受ける。

- 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

持病があつて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う人でも、定められた負担割合で医療を受けることができる。

窓口で自己負担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。

(3) 入院時食事療養費の支給

療養病床以外に入院の場合、「食事療養標準負担額表」の「1食あたりの食費」を自己負担すれば、残りは入院時食事療養費として後期高齢者医療制度が負担する。

食事療養標準負担額表

| 所得区分 | | 1食あたりの食費 | 1日当たりの居住費 |
|---------|-------------------|----------|-----------|
| 現役並み所得者 | | 460円 | なし |
| 一般 | | | |
| 区分Ⅱ | 過去12か月の入院日数が90日以下 | 210円 | |
| 区分Ⅱ(注) | 過去12か月の入院日数が91日以上 | 160円 | |
| 区分Ⅰ | | 100円 | |

注：長期入院

療養病床に入院の場合、次の「入院時生活療養費の支給」の規定となる。尚、食事療養標準負担額は高額療養費の算定には入らない。

医療法において、病院の病床は5分類（一般病床・療養病床・精神病床・感染症病床・結核病床）に整備されており、療養病床は、主として長期にわたり療養を必要とする患者のための病床で、病床面積や談話室の設備が必須であり、医師・看護師・介護士の配置人数が定められている。

(4) 入院時生活療養費の支給

療養病床に入院の場合、「生活療養標準負担額表」の「1食あたりの食費（食材料費および調理コスト相当）」と「1日当たりの居住費（光熱水費相当）」を自己負担すれば、残りは入院時生活療

養費として後期高齢者医療制度が負担する。

生活療養標準負担額表

| 所得区分 | 1食当たりの食費 | 1日当たりの居住費 |
|-----------|----------|-----------|
| 現役並み所得者 | 460円 | 370円（注） |
| 一般 | | |
| 区分Ⅱ | | |
| 区分Ⅰ | 130円 | |
| 高齢福祉年金受給者 | 100円 | 0円 |

注：特定医療費（指定難病）受給者証を持っている人は0円

医療区分Ⅱ・Ⅲの人（人工呼吸器、静脈栄養が必要なかたや指定難病の人など入院の必要性が継続する人）や回復期リハビリテーション病棟に入院している人は、「療養病床以外の病床に入院するとき」と同額を負担する。尚、生活療養標準負担額は高額療養費の算定には入らない。

（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）療養費の支給

ア 特別な場合

保険医療機関の窓口マイナンバーカード（マイナ保険証）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。

イ 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）やむを得ずマイナンバーカード（マイナ保険証）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マイナンバーカード（マイナ保険証）を持参せず病院で受診したときは、一旦病院に医療の全額を支払う。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る。

（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。

ウ 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のみを訪問看護ステーションに支払う。尚、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を除いた額が特別療養費として支給される。

(9) 移送費

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。

(10) 高額療養費

ア 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。

イ 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）。尚、過去12カ月に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。

| 所得区分 | 自己負担限度額（月額） | |
|------|-----------------------------|------------------|
| | 外来〔個人単〕 | 外来+入院〔世帯単位〕 |
| 現役Ⅲ | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% | |
| 現役Ⅱ | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% | |
| 現役Ⅰ | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1% | |
| 一般Ⅱ | 18,000円 | 57,600円(44,400円) |
| 一般Ⅰ | | |
| 区分Ⅱ | 8,000円 | 24,600円 |
| 区分Ⅰ | | 15,000円 |

(イ) 課税所得（住民税の課税所得）

市町村住民税の税額計算のもとになる額で、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）を行った額である。

後期高齢者医療制度の保険料算定における所得割額計算の対象となる「前年の総所得金額等」とは異なる。

ウ 外来年間合算制度

平成29年8月1日より、年間を通して高額な外来診療を受けている人の負担が増えないよう配慮することから高額療養費（外来年間合算）に関する制度が開始された。

計算基準日（通常7月31日時点または死亡等により被保険者資格を喪失した日の前日）に負担区分が一般または低所得である被保険者について、計算期間（8月1日～7月31日）のうち負担区分が一般または低所得であった月の外来療養費に係る自己負担（高額療養費（月間）が支給されている場合はその額を除く）の合計が14万4千円を超える場合にその超える分が支給される。

(11) 高額介護合算療養費

後期高齢者医療制度と介護保険制度の両方の自己負担（計算期間：8月～翌年7月の年額）を合算した額が、以下の表に記載した自己負担限度額を超えた分について、申請により高額介護合算療養費を支給される。

保険が適用されない実費負担額（差額ベット代、食事代等）、高額療養費、高額介護（予防）サービス費として支給（予定）されたもの、同一世帯で後期高齢者医療制度以外の医療保険に加入している人の医療費の自己負担は対象外である。

自己負担限度額（年間）

| — | 所得区分 | 限度額 |
|---|----------|------------|
| 1 | 現役並み所得者3 | 2,120,000円 |
| 2 | 現役並み所得者2 | 1,410,000円 |
| 3 | 現役並み所得者1 | 670,000円 |
| 4 | 一般 | 560,000円 |
| 5 | 区分2 | 310,000円 |
| 6 | 区分1 | 190,000円 |

(注) 区分1に該当し、世帯内に介護保険の受給者が複数いる場合は、限度額の適用方法が異なる場合がある。また、限度額を超えた額が、500円以下の場合には支給の対象にならない。

(12) 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

(千葉県後期高齢者医療広域連合の場合)

ア 葬祭費の支給

被保険者が亡くなったときに、葬祭を行ったかたが、市(区)町村の担当窓口申請すると、葬祭費5万円が支給される（2年を経過すると時効）。

イ 傷病手当金雄支給

後期高齢者医療制度には、国民健康保険と同様に、傷病手当金に相当するような生活保障給付は無い。

(13) 交通事故等にあつたとき

交通事故など第三者（加害者）の行為によって、病気やケガをしたときは、その治療に必要な医療費は、相手が支払う損害賠償金の中で負担するのが原則である。

一時的に保険診療を受ける場合は、保険者へ被害の状況等を届け出ることとなっていて、後期高齢者医療広域連合で医療費を一時立て替え、後で第三者（加害者）に請求する。

ただし、第三者（加害者）から医療費を受け取ったり示談を済ませたりすると、後期高齢者医療制度で医療を受けられなくなることがある。