

保険診療 基本法令テキストブック

令和8年4月版

はじめに

医療保険制度は、わが国の医療提供を支える基盤であり、保険診療のしくみを理解することは、医療の実務に携わる上での出発点です。しかしながら、実際に学び始めると、法律・政令・省令・告示・通知等の多くのルールが重層的に成り立っており、全体像や相互の関係をつかみにくい面があります。

本書は、保険診療を理解する上で基礎となる法令等を整理し、制度の骨格が見えるように構成したものです。個々の規定を断片的に読むのではなく、それぞれがどのような役割を担い、どのようにつながっているのかを意識しながら学べるよう、できる限り平明な形でまとめました。学習の入口として用いることはもちろん、制度理解のよりどころとして、必要な場面で基本に立ち返るための一冊となることも意図しています。

近年の制度改正等においては、医療提供体制の見直し・医療 DX（デジタル・トランスフォーメーション）の推進・制度の持続可能性の確保等をめぐる課題が大きくなるなか、個別の改正内容を追うだけでなく、その基礎にある法令体系を正確に理解することの重要性は、ますます高まっています。

本書が、保険診療の基本的な考え方と法令の位置づけを理解するための確かな手引きとなり、今後の学習と実務に資する一冊となれば幸いです。

令和8年4月

編者

目次

第1章 医療保険制度の概要

1	医療保険制度	10
2	被用者保険	16
1	健康保険	16
2	船員保険	34
3	共済組合等	35
3	国民健康保険	37
4	後期高齢者医療	39
1	保険者と被保険者	39
2	保険給付	40
3	前期高齢者医療のあらまし	44
5	医療保険関係法規	45
1	健康保険法(抄)	47
2	国民健康保険法(抄)	73
3	高齢者の医療の確保に関する法律(抄)	89

第2章 公費負担医療制度の概要

1	公費負担医療制度	112
1	生活保護法	112
2	感染症法	114
3	精神保健福祉法	115
4	障害者総合支援法(精神通院医療、更生医療、育成医療)	116
5	難病法	117
2	その他の医療保障制度	122
1	労働者災害補償保険	122
2	自動車損害賠償保障法	122

第3章

保険医療機関と保険医

- 1 保険医療を行う医療機関と医師**—124
 - 1 二重指定制度 —124
 - 2 特定機能病院 —125
 - 3 地域医療支援病院 —126
 - 4 臨床研究中核病院 —127
 - 5 DPC 対象病院 —127
- 2 保険医療機関の指定と保険医の登録**—128
 - 1 保険医療機関の指定 —128
 - 2 保険医の登録 —128
 - 3 指定・登録の取消し —129
- 3 保険診療に係る施設基準等**—131
 - 1 施設基準等の通則 —131
 - 2 施設基準等の届出 —131

第4章

療養担当規則

- 1 保険診療の方針と診療録の作成**—134
 - 1 療養担当規則 —134
 - 2 保険医の診療方針等 —134
 - 3 診療録の記載から適正な請求まで —137
- 2 保険医療機関の責務**—144
 - 1 療養の給付の範囲 —144
 - 2 特定の保険薬局への誘導の禁止 —145
 - 3 オンライン資格確認のしくみ —145
 - 4 受給資格の確認 —146
 - 5 資格確認書の取扱い —150
 - 6 患者負担金の徴収 —150
 - 7 保険外併用療養費に係る療養の基準等(抄) —155
 - 8 証明書等の交付 —170
 - 9 診療録の記載・整備と帳簿の保存 —171
 - 10 地方厚生局長等への通知・報告 —171
- (参考)保険医療機関及び保険医療担当規則—175
- (参考)保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則—189
- (参考)高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準 —194

第5章

診療報酬請求と審査制度

1 保険診療のしくみ	218
2 診療報酬の請求	219
3 総括	225
1 総括の概要	225
2 総括に必要な帳票類	226
4 診療報酬の審査制度	240
1 審査委員会の構成	240
2 審査委員会の開催	241
3 レセプト審査・事務処理の流れ	242
4 査定・返戻	244
5 保険者の点検	244
6 レセプト電算処理システム による電子請求	244
7 医療 DX の推進による 診療報酬の請求	245

第6章

医療関係法規

1 医療法	252
2 医師法	261
3 薬剤師法	263
4 保健師助産師看護師法	264
5 診療放射線技師法	267
6 臨床検査技師等に関する法律	268
7 理学療法士及び作業療法士法	269
8 言語聴覚士法	270
9 あん摩マッサージ指圧師、はり師、 きゅう師等に関する法律	271
10 柔道整復師法	271
11 視能訓練士法	272
12 栄養士法	273
13 臨床工学技士法	273

〈参考〉

介護保険制度

- 1 介護保険制度の概要**—276
 - 1 保険者—276
 - 2 被保険者—276
 - 3 保険給付—276
- 2 医療機関と介護保険**—280
 - 1 医療機関が行う介護保険のサービス—280
 - 2 サービス提供の際の留意点—280
 - 3 介護報酬のあらまし—281
 - 4 医療保険との区分・調整—282
 - 5 介護報酬の請求—283

第 1 章

医療保険制度の概要

1 医療保険制度

私たちは病气やけがの際に、誰でも保険による診療を受けることができます。これは、すべての国民が何らかの医療保険に加入しているからです。

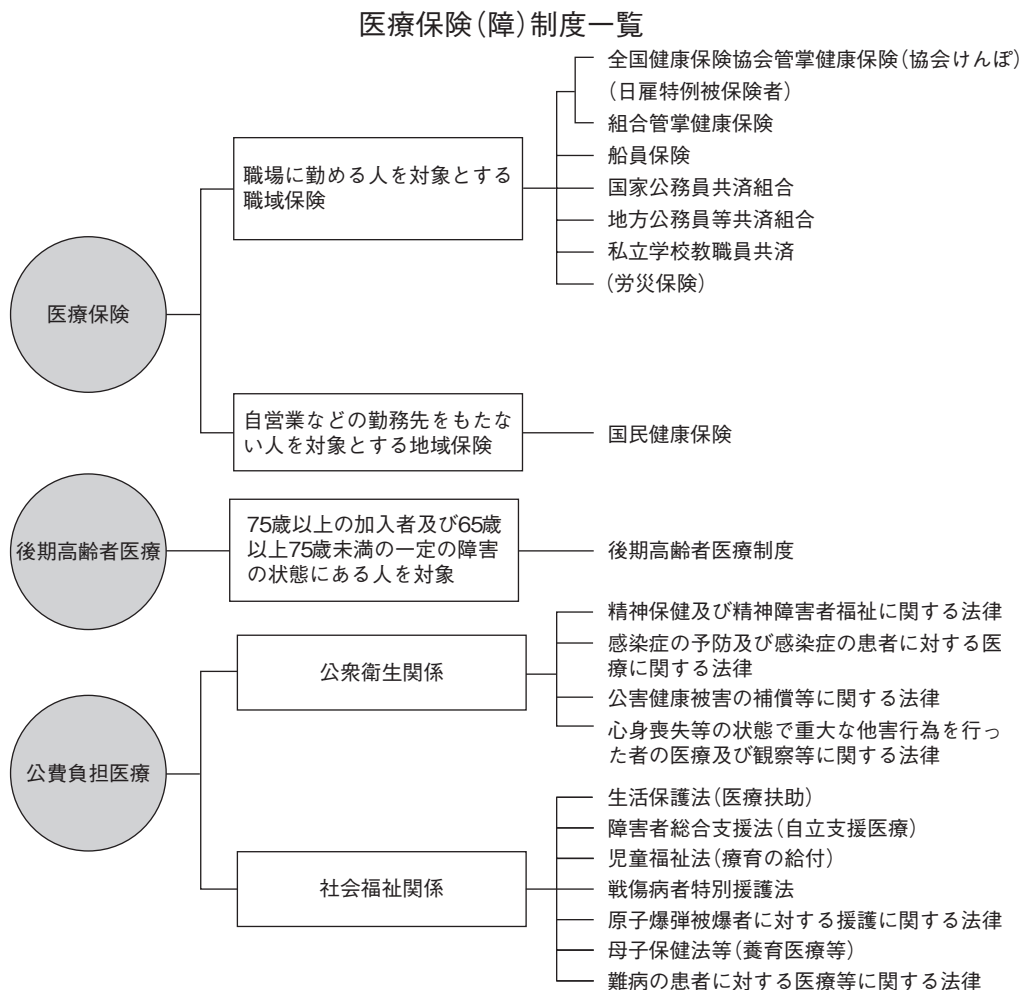
わが国で初の本格的な医療保険制度は、昭和2年に施行された健康保険法の規定に基づく制度であり、以後、順次医療保険各法が施行整備され、昭和36年の国民健康保険法の全面実施によって国民皆保険が実現し、現在に至っています。

このような医療保険制度については、国としても財政負担を行い、内容の充実を図り、その運営についても最終的な責任を負っています。

わが国の医療保障は、下図のように医療保険、後期高齢者医療、公費負担医療の三本の柱から構成されています。

参考

健康保険法は大正15年7月14日に施行されましたが、保険給付に関する規定は昭和2年1月1日に施行されました。



医療保険制度のあらまし

(その1)

		保 険 者	対 象 者	医 療 給 付				
				本人給付率		家族給付率		入院時食事・生活療養費
健 康 保 険	協 会 管 掌 健 康 保 険	全国健康保険協会	一般被用者及びその家族	70歳未満	7割	義務教育就学前 義務教育就学後 70歳未満	8割 7割	
	組 合 管 掌 健 康 保 険	各健康保険組合（特定健康保険組合）	一般被用者及びその家族（特例退職被保険者及びその家族）	70歳以上	8割（現役並み所得者7割）	70歳以上	8割（現役並み所得者の被扶養者7割）	
	日 雇 特 例 被 保 険 者 の 保 険	全 国 健 康 保 険 協 会	日 雇 労 働 者 及 び そ の 家 族	70歳未満	7割	義務教育就学前 義務教育就学後 70歳未満	8割 7割	
				70歳以上	8割（現役並み所得者の特別療養費は7割）	70歳以上	8割（現役並み所得者の被扶養者における特別療養費は7割）	
	船 員 保 険	全国健康保険協会	船員及びその家族	協会管掌健康保険に同じ				
	共 済 組 合 等	国 家 公 務 員 共 済 組 合	各省庁共済組合（特定共済組合）					国家公務員及びその家族（特例退職組合員及びその家族）
地 方 公 務 員 等 共 済 組 合		各地方公務員等共済組合（特定共済組合）	地方公務員及びその家族（特例退職組合員及びその家族）					
私 立 学 校 教 職 員 共 済		日本私立学校振興・共済事業団	私立学校の教職員及びその家族（特例退職加入者及びその家族）					
国 民 健 康 保 険	都 道 府 県 及 び 各 市 町 村 (特 別 区) 各 国 民 健 康 保 険 組 合	被 用 者 保 険 に 加 入 し て い な い 一 般 住 民	70歳未満	7割	義務教育就学前 義務教育就学後 70歳未満	8割 7割		
			70歳以上	8割（現役並み所得者7割）	70歳以上	8割（現役並み所得者7割）		
後 期 高 齢 者 医 療	各 後 期 高 齢 者 医 療 広 域 連 合	75歳以上の人及び65歳以上の一定の障害の状態にある人	9割（現役並み所得者7割）*					

備考 「義務教育就学前」とは、6歳到達日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日までが該当。
 「70歳以上」とは、70歳到達日（誕生日の前日）が属する月の翌月から該当し、後期高齢者医療の被保険者を除く。
 「75歳以上」とは、75歳の誕生日から該当し、「65歳以上の一定の障害の状態」とは、障害認定日から該当。
 ※ 令和4年10月1日から、9割給付該当者のうち一定所得以上の人は、8割給付。

		医		療
		一部負担金（自己負担額）		高額療養費 ^{*2}
健 康 保 険	協会管掌健康保険	70歳未満	医療費の3割（義務教育就学前は2割） 食事療養を受けた場合は食事療養標準負担額1食550円（510円 ^{*1} ）（難病患者等は330円（300円 ^{*1} ）、低所得者は直近12月以内の入院日数90日以内は1食270円（240円 ^{*1} ）、90日超は1食220円（190円 ^{*1} ） なお、65歳以上の人が療養病床に入院した場合は、上記の食事療養標準負担額に代えて、1日当たり光熱水費相当額＋1食当たり食費相当額の生活療養標準負担額（所得区分等により設定）を負担	自己負担額（標準負担額を除く）が1か月に所得区分に応じた自己負担限度額（高額療養費算定基準額）を超えた場合、超えた額を支給する。 ①世帯合算（70歳未満のみの世帯は21,000円以上の負担を合算し、70歳以上のみの世帯はすべての負担を合算して、それぞれの自己負担限度額を超えた場合に、超えた額を支給。70歳未満の人と70歳以上の人がある世帯の場合は、70歳未満の21,000円以上の負担と、70歳以上のすべての負担を合算し70歳未満の自己負担限度額を超えた場合、超えた額を支給） ②多数回該当世帯の負担軽減（以前12か月間に高額療養費の支給が3月以上あるときは、4月以降の自己負担限度額を軽減） ③70歳以上の高額療養費（外来のみですべての負担が個人単位で自己負担限度額を超えた場合、超えた額を支給（現役並み所得者を除く）） ④高額療養費の現物給付（同一保険医療機関での負担が、自己負担限度額を超えた場合、超えた分を現物給付） ⑤高額長期疾病の特例：特定疾病（人工腎臓を実施している慢性腎不全患者、血漿分画製剤を投与している血友病（先天性血液凝固因子障害）のうち第Ⅷ・Ⅸ因子障害、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群）の場合の自己負担限度額は10,000円（慢性腎不全患者のうち70歳未満の標準報酬月額53万円以上の人とその被扶養者は20,000円） 【高額医療・高額介護合算療養費】 毎年8月～翌年7月の12か月間に、医療保険または後期高齢者医療の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した額（高額療養費または高額介護サービス費等が支給される場合は、それを控除した額）が、自己負担限度額（介護合算算定基準額、医療合算算定基準額）を超えた場合、超えた額を支給する
	組合管掌健康保険	70歳以上	医療費の2割（現役並み所得者は3割） 食事療養標準負担額については、低所得者以外は1食550円（510円 ^{*1} ）、難病患者等は330円（300円 ^{*1} ）、低所得Ⅱは70歳未満の低所得者と同じ、低所得Ⅰは1食130円（110円 ^{*1} ） 生活療養標準負担額については、70歳未満と同じ	
	日雇特例被保険者の保険	70歳未満	協会管掌健康保険に同じ（ただし、特別療養費の場合は医療費の3割）	
		70歳以上	協会管掌健康保険に同じ（ただし、現役並み所得者の特別療養費の場合は医療費の3割）	
船員保険		協会管掌健康保険に同じ（ただし、下船後の療養補償に相当する療養の給付を受ける場合は不要）		
共 済 組 合 等	国家公務員共済組合	協会管掌健康保険に同じ（ただし、船員組合員の下船後の療養補償に相当する療養の給付を受ける場合は不要）		
	地方公務員等共済組合			
	私立学校教職員共済			
国民健康保険	70歳未満	医療費の3割（義務教育就学前は2割）（条例・規約により軽減） 標準負担額については協会管掌健康保険に同じ		
	70歳以上	医療費の2割（現役並み所得者は3割）（条例・規約により軽減） 標準負担額については協会管掌健康保険に同じ		
後期高齢者医療		医療費の1割（現役並み所得者は3割） ^{*3} 標準負担額については協会管掌健康保険に同じ		原則上記の70歳以上に同じ。ただし、後期高齢者医療の被保険者とそれ以外の人との世帯合算はない

* 令和5年4月から、保険医療機関・薬局はオンライン資格確認の導入が原則義務付けられています。なお、被保険者する仕組みに移行しています。

*1 令和8年5月までの食事療養標準負担額。

*2 高額療養費については令和8年8月からと、令和9年8月からの2段階で見直しが行われます。

*3 令和4年10月から、1割負担該当者のうち一定所得以上の人については、一部負担金の割合が2割になっています。

(その2)

給	付
医療給付の内容	給付期間
<p>業務上・通勤災害以外の病気・けが（マイナ保険証を利用しない場合）</p> <p>①療養の給付——健康保険を扱っている保険医療機関に資格確認書等を提示すれば、診察・治療・薬の支給・入院など必要な医療の給付が受けられる。70歳以上の人は高齢受給者証も併せて提示。提示しなかった場合は3割負担になる。</p> <p>②入院時食事療養費・入院時生活療養費——入院中の食事については、食事療養の費用額算定表に定める額から標準負担額を除いた部分が現物給付される。標準負担額が減額される人は、限度額適用・標準負担額減額認定証を資格確認書等とともに（70歳以上の人は高齢受給者証も）保険医療機関の窓口に表示する。なお、特別メニューの食事を希望した場合、特別料金は自費負担となる。また、65歳以上の患者が療養病床に入院した場合は、入院中の食事と生活環境の提供について、食事療養・生活療養の費用額算定表に定める額から、標準負担額を除いた部分が現物給付される。減額対象者の取扱い等は入院時食事療養費の場合と同様。</p> <p>③保険外併用療養費——＜選定療養＞4人部屋以下の特別室への入院（特別の療養環境）、入院の必要性が低い人の180日を超える入院、予約診察、希望による時間外診療などは、基礎部分は保険外併用療養費として現物給付、別に特別料金を自費負担。また、200床以上の病院での紹介なし初診や200床未満の保険医療機関に紹介されたのに200床以上の病院で再診を受けた場合も、特別料金を自費負担（特定機能病院や一般病床数200床以上の地域医療支援病院等は、特別料金の徴収は義務化）。＜評価療養＞先進医療を受けたときは、診察・投薬・入院料など厚生労働大臣の認める基礎部分は保険外併用療養費として現物給付、先進医療部分は自費負担。＜患者申出療養＞患者の申出に基づいて先進的な医療を受けたときは、基礎部分は保険外併用療養費として現物給付、患者申出療養独自の部分は自費負担。</p> <p>④療養費——やむを得ない事情で非保険医にかかったとき、国外で医療を受けたとき、あるいは輸血の生血代やコレセットの代金等は、保険者の承認を得ればあとで払い戻しを受けられる。</p> <p>⑤訪問看護療養費・家族訪問看護療養費——かかりつけ医の指示を受け訪問看護ステーションから派遣された看護師等から、在宅の末期がん患者・難病患者等が療養上の世話等を受けた場合は、その費用から基本利用料を控除した部分が現物給付される。なお、基本利用料は、一部負担金（自己負担額）と同様、年齢・所得の区分により費用の1割～3割。</p>	<p>治るまで。資格喪失後に日雇特例被保険者（被扶養者）になったときは資格喪失後6か月以内（特別療養給付）。</p> <p>①一般療養 給付を受け始めてから1年（結核性疾患は5年）以内。 ②特別療養費 被保険者手帳交付日の属する月の初日から3か月（交付日が月の初日の場合は2か月）。</p>
健康保険に同じ	協会管掌健康保険に同じ
健康保険に同じ	協会管掌健康保険に同じ
健康保険に同じ（ただし、職務上外・通勤災害の区別はない。）	治るまで。
原則、健康保険の70歳以上に同じ	

証については令和6年12月2日から、被保険者証としての利用登録を行ったマイナンバーカード（マイナ保険証）を利用

		現 金			
		傷病手当金	出産手当金*	休業手当金	出産育児一時金
健康保険	協会管掌健康保険	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の30分の1×2/3	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の30分の1×2/3 出産日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から出産日後56日まで	—	1児につき 500,000円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円）*1
	組合管掌健康保険	1.5年分	1日につき 最大月間標準賃金日額総額× $\frac{1}{45}$ 出産日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から出産日後56日まで		
	日雇特例被保険者の保険	1日につき 最大月間標準賃金日額総額× $\frac{1}{45}$ 6月（結核性1.5年）分	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の30分の1×2/3 出産日以前に職務に服さなかった期間分と出産日後56日まで		
船員保険		1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の30分の1×2/3 3年分	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の30分の1×2/3 出産日以前に職務に服さなかった期間分と出産日後56日まで	1日目から3日目まで標準報酬日額の全額 4日目以降4月以内標準報酬日額×0.4（療養開始日から起算して1.5年以降は別途規定あり）	
共済組合等	国家公務員共済組合	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬の月額平均額の22分の1×2/3 1.5年（結核性3年）分	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬の月額平均額の22分の1×2/3 出産日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から出産日後56日まで	1日につき 標準報酬の日額×0.5	1児につき 500,000円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円）
	地方公務員等共済組合	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬の月額平均額の22分の1×2/3 1.5年（結核性3年）分	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬の月額平均額の22分の1×2/3 出産日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から出産日後56日まで	1日につき 標準報酬の日額×0.5	1児につき 500,000円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円）
	私立学校教職員共済	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の22分の1×0.8 1.5年（結核性3年）分	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の22分の1×0.8 出産日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から出産日後56日まで	1日につき 標準報酬日額×0.6	1児につき 500,000円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円）
国民健康保険		（任意給付）	（任意給付）	—	条例・規約の定めるところによる。
後期高齢者医療		（任意給付）	—	—	—

* 出産（分べん）が予定日よりおくれた場合は出産予定日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から出産日後56日までとな

※1 令和5年4月から、支給額は420,000（408,000）円から500,000（488,000）円へ増額されています。

(その3)

給		付		備 考
家族出産育児一時金	移送費 (家族移送費)	埋葬料 (費)	家族埋葬料	
1 児につき 500,000円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円)		50,000円	50,000円	—
				付加給付あり
		50,000円		—
		50,000円	50,000円	付加給付あり
1 児につき 500,000円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円)	最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用に基づき算定した額の範囲内での実費	50,000円	50,000円	
1 児につき 500,000円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円)		50,000円	50,000円	
1 児につき 500,000円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円)		50,000円	50,000円	
1 児につき 500,000円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円)		50,000円	50,000円	
—		条例・規約の定めるところによる。	—	—
—		条例の定めるところによる。	—	—

り、出産がおくれた期間分も支給される。

2 被用者保険

医療保険は、被用者保険（職域保険ともいう）と地域保険の二つに大きく分けられます。被用者保険は、健康保険、船員保険及び各種共済組合からなり、地域保険は国民健康保険（国保）です。

医療保険関係者の中で被用者保険を「社保」（社会保険の略称）ということがあります。法令用語の社会保険と混同してはいけません。法令用語の社会保険は、保険的方法によって社会保障を行う制度を総称しています。この場合は、医療保険の被用者保険はもちろんのこと、厚生年金保険、雇用保険等とともに地域保険である国民健康保険もその中に含まれるので注意が必要です。

1 健康保険

1) 保険者

健康保険の保険者には、全国健康保険協会と健康保険組合があります（健康保険法第4条）。

(1) 全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）（法別番号 01）

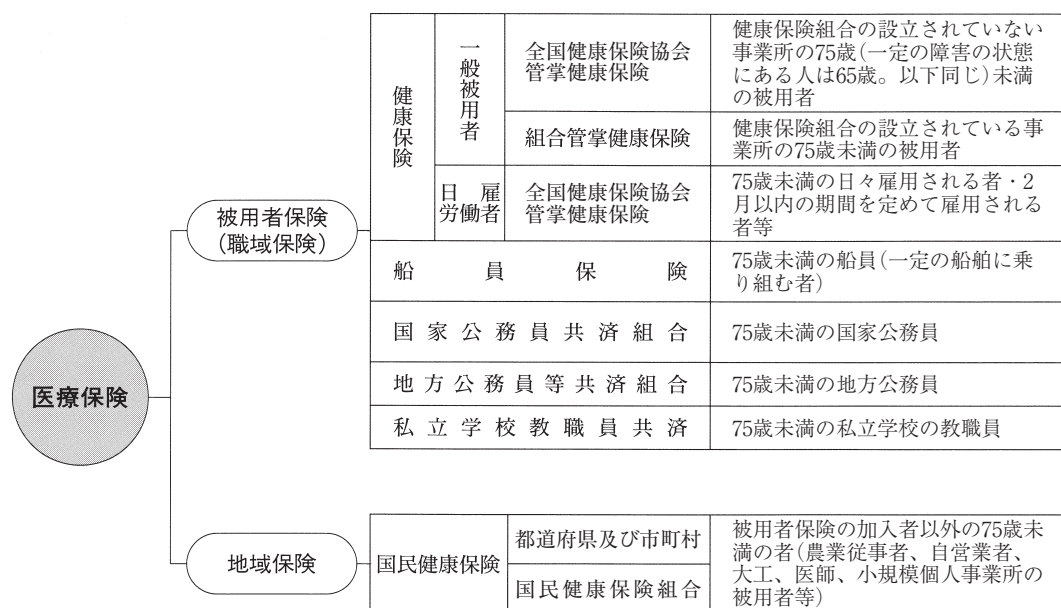
全国健康保険協会は、健康保険組合の設立されていない事業所で使用されている75歳（一定の障害の状態にある人は65歳。以下同じ）未満の従業員を被保険者として、健康保険事業の運営を行っています（健康保険法第3条第1項・第5条）。

参考

医療保険は、被用者保険（職域保険）と地域保険に分けられます。

参考

平成20年9月までは、政府（社会保険庁）が保険者の政府管掌健康保険として、全国一律の保険料率による健康保険の運営が行われていました。協会管掌健康保険では、各都道府県に支部が置かれ、平成21年9月から地域の医療費を反映した都道府県単位保険料率が設定されています。



なお、日々雇い入れられる者を対象とした日雇特例被保険者（健康保険法第3条第2項）（法別番号03）の保険も、全国健康保険協会が保険者となっています（健康保険法第123条）。

(2) 組保管掌健康保険（法別番号 06）

健康保険組合は、その組合を設立している事業所で使用されている75歳未満の従業員を被保険者として、健康保険事業の運営を行っています（健康保険法第3条第1項・第6条・第8条）。

健康保険組合には、単一組合と総合組合の2種類があります。

単一組合は1人の事業主が常時700人以上の被保険者を使用する場合に設立されるものであり、総合組合は2人以上の事業主が合わせて常時3,000人以上の被保険者を使用する場合に共同して設立されるものです（健康保険法第11条）。

なお、財政が窮迫している組合や小規模な組合について、都道府県内で再編・統合を促進するため、企業・業種を超えて組合の合併を行って設立する地域型健康保険組合が認められています。合併後も一定期間は合併前の組合ごとに保険料率を設定できることが特徴です。

2) 被保険者と被扶養者

●被保険者

(1) 強制被保険者

健康保険法に規定されている強制適用事業所に常時使用される75歳未満の従業員は、強制的に健康保険の被保険者になります（強制被保険者）。

強制適用事業所には、次のものが該当します（健康保険法第3条第3項）。

- ① すべての法人の事業所
- ② 常時5人以上の従業員を使用する個人事業所（農林水産業及びサービス業等の一部の業種の事業所を除く）

(2) 任意被保険者

健康保険法に規定されている強制適用事業所以外の事業所の事業主が、従業員の2分の1以上の同意を得て厚生労働大臣（実際には地方厚生局長若しくは地方厚生支局長）に健康保険適用事業所の申請を行い、その認可を受けると、その事業所（任意適用事業所という）の75歳未満の従業員全員が被保険者となります（健康保険法第31条）。

これらの被保険者を、任意被保険者といいます。

(3) 短時間労働者で被保険者となる場合

1週間の所定労働時間および1か月の所定労働日数が一般従業員の4分の3以上あるか、4分の3未満でも①1週間の所定労働時間が20時間以上、②月額賃金が88,000円以上、③勤務期間が2か月以上見込まれる、④学生ではない、⑤従業員51人以上の事業所（特定適用事業所）または50人以下

参考

令和11年10月より、業種に関係なく常時5人以上の従業員を使用する個人事業所は健康保険の適用事業所となります（既存事業所は当分の間、対象外とする経過措置あり）。

参考

任意加入認可の職権は、健康保険法施行規則により、健康保険組合の設立または解散を伴う場合を除き、地方厚生局長若しくは地方厚生支局長に委任されています。

参考

②の賃金要件は令和8年10月から撤廃される予定です。また⑤の事業所の規模要件も2035年10月までに段階的に

でも労使合意のある事業所（任意特定適用事業所）では、被保険者とされます（健康保険法第3条第1項第九号）。

(4) 任意継続被保険者

被保険者が退職等によって被保険者の資格を喪失した場合、喪失の日の前日まで継続して2か月以上被保険者であった場合は、本人の申出により、2年間（その間に75歳となるときは、75歳の誕生日の前日まで）に限り、同一保険者のもとで引き続いて被保険者になることができます（健康保険法第3条第4項）。

このような被保険者を任意継続被保険者といい、保険給付については（出産手当金、傷病手当金は支給されないことを除いて）一般の被保険者と同様ですが、保険料は自己負担分と合わせて事業主負担分も本人が支払わなければならないとされています。

(5) 日雇特例被保険者

健康保険の適用事業所に使用される75歳未満の日雇労働者は、使用される日ごとに日雇特例被保険者とされます（健康保険法第3条第2項）。

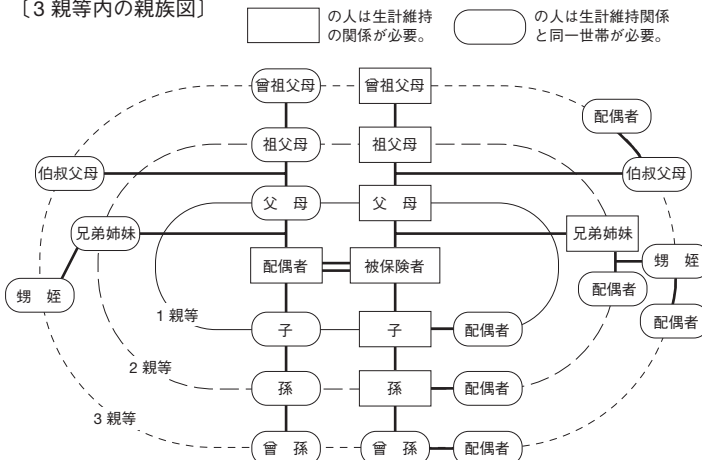
なお、引き続き2か月間に通算して26日以上使用される見込みのないとき、任意継続被保険者であるとき、またはその他特例の事由があるときは、厚生労働大臣（実際には年金事務所）の承認を受けて日雇特例被保険者とならないことができます。

●被扶養者

健康保険においては、被保険者の一定範囲の75歳未満の家族に対しても保険給付が行われます。この一定範囲の75歳未満の家族のことを「被扶養者」といい、その範囲は次のとおりです（健康保険法第3条第7項）。

- ① 被保険者の直系尊属、配偶者（内縁関係にあるものを含む）、子、孫及び兄弟姉妹で、主としてその被保険者により生計を維持する者。
- ② 被保険者の3親等内の親族（①以外）で、その被保険者と同一世帯

〔3親等内の親族図〕



縮小・撤廃されます。

参考

令和4年1月より任意継続被保険者の保険料の算定基礎の見直しが行われています。また、被保険者からの申出による資格喪失が可能となっています。

参考

日雇特例被保険者適用除外の承認の職権は、健康保険法第204条により、日本年金機構に委任されています。

参考

日雇特例被保険者の療養の給付については、その就労の特性から被保険者資格という形ではなく、一定の要件を満たしたときに、給付が受けられるとする受給資格という形で行われています。

参考

健康保険の被保険者が75歳になって後期高齢者医療の被保険者になったときには、その家族は健康保険の被扶養者でなくなりますので、75歳になるまで、原則として国民健康保険の被保険者になります（国民健康保険の被保険者になってから2年間は、国民健康保険料が軽減される措置が設けられています）。

に属し、主としてその被保険者により生計を維持する者。

- ③ 被保険者と内縁関係にある配偶者の父母及び子で、その被保険者と同一の世帯に属し、主としてその被保険者により生計を維持する者。
- ④ 被保険者と内縁関係にあった配偶者の父母及び子で、その配偶者の死亡後、引き続きその被保険者と同一世帯に属し、主として被保険者により生計を維持する者。

また、令和2年4月から被扶養者の要件について、以下の変更が行われています。

- 1) 被扶養者の要件に日本に住所を有する者であることを追加。
- 2) 留学生等、日本に住所を有しない者のうち、日本に生活の基礎があると認められる者は例外的に要件を満たす。
- 3) いわゆる「医療滞在ビザ」等で来日して国内に居住する者を被扶養者の対象から除外。

3) 保険給付

(1) 療養の給付

健康保険は医療保険ともいわれているように、保険給付の中心は療養の給付です。

健康保険の療養の給付は、被保険者の業務外の事由による疾病・負傷について、保険医療機関または保険薬局等から、直接医療を与える現物給付で行われています。

療養の給付（医療給付）については、健康保険法及び療養担当規則等によって下記のようにその範囲が定められており、業務上・通勤災害以外の傷病について必要な範囲で給付されます。

療養の給付の範囲（健康保険法第63条、療養担当規則第1条）

- (1) 診察
- (2) 薬剤または治療材料の支給
- (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) 病院また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

被保険者が保険医療機関等で療養の給付を受けたときは、70歳未満の者はかかった費用（医療費）の3割、70歳以上^{※1}は2割（現役並み所得者^{※2}は3割）を一部負担金として支払わなければなりません（健康保険法第74条）。

※1「70歳以上」の定義については11頁をご参照ください。

※2「現役並み所得者」の定義については27頁をご参照ください。

(2) 家族療養費

被扶養者が傷病のため保険医療機関等で医療や薬の支給を受けたときは、

参考

「療養の給付」という用語は、医療保険各法だけでなく、後期高齢者医療や公害健康被害補償法、労働者災害保険法などにも広く用いられています。

これに対して、原子爆弾被爆者援護法などでは「医療の給付」「医療の実施」という用語が用いられています。

健康保険法では保険という性格からその療養に要した費用について、義務教育就学前^{※1}は8割、義務教育就学後70歳未満は7割、70歳以上^{※1}は8割（現役並み所得者^{※2}の被扶養者は7割）が保険者から被保険者に支給されることになっています。

しかしながら、この家族療養費の支給に代えて現物給付ができることになっていますので、実際には被保険者と同様、現物給付が行われています（健康保険法第110条）。

※1「義務教育就学前」、「70歳以上」の定義については11頁をご参照ください。

※2「現役並み所得者」の定義については27頁をご参照ください。

(3) 入院時食事療養費

入院時に療養の給付と併せて食事の提供を受けたときは、食事療養の費用額から定額の食事療養標準負担額（患者が支払う金額）を除いた部分が「入院時食事療養費」として支給されます。なお、この入院時食事療養費も家族療養費と同様、現物給付で行われています（健康保険法第85条・第110条第2項）。

1食当たりの食事療養標準負担額は、被保険者・被扶養者ともに次のとおりです。また、1日の食事療養標準負担額は、3食に相当する額が限度になります。なお、令和8年6月から標準負担額が引き上げられます。

患者の区分		標準負担額	
A	一般（B、C、Dのいずれにも該当しない者）	1食550円（510円 [*] ）	
B	C、Dのいずれにも該当しない指定難病患者・小児慢性特定疾病児童等	1食330円（300円 [*] ）	
C	低所得者（70歳未満）	過去1年間の入院期間が90日以内	1食270円（240円 [*] ）
	低所得Ⅱ（70歳以上）	過去1年間の入院期間が90日超	1食220円（190円 [*] ）
D	低所得Ⅰ（70歳以上）		1食130円（110円 [*] ）

※ 令和8年5月までの食事療養標準負担額

* 平成28年3月31日において、すでに1年以上継続して精神病床に入院している患者であって、平成28年4月1日以後引き続き医療機関に入院する者の食事療養標準負担額については、当分の間、それ以前の額に据え置かれています。

なお、当該患者が平成28年4月1日以後、合併症等により一の医療機関を退院した日において他の医療機関に再入院する場合についても、この据え置きは継続します（再び同一日において他の医療機関に再々入院する場合も同様）。

* 後期高齢者の標準負担額は、70歳以上の高齢受給者と同じです。

* 70歳未満の低所得者及び70歳以上の低所得Ⅰ、Ⅱの定義については、24頁、28頁をご参照ください。

(4) 入院時生活療養費

療養病床に入院する65歳以上の患者に対しては、(3)の入院時食事療養費に代えて、入院時生活療養費が支給されます。これは、食費と居住費について、患者が負担する「生活療養標準負担額」を除いた額を支給するもの

参考

健康保険法施行規則では、この法律上の取扱いをさらに進め、被扶養者についても現物給付を行うことが規定されています。

参考

左表C・Dに該当する人は、次のような手続きが必要です。

①保険者（協会けんぽ等）に「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請を行う。

②オンライン資格確認（145頁参照）を利用しない場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」を保険医療機関に提示する。

※オンライン資格確認を利用している場合、減額対象であることが保険医療機関側で把握可能。

		一般（右記以外の患者）		厚生労働大臣が定める患者 （医療の必要性の高い者）		指定難病患者	
		食費 （1食当たり）	居住費 （1日当たり）	食費 （1食当たり）	居住費 （1日当たり）	食費 （1食当たり）	居住費 （1日当たり）
低所得以外		生活療養（Ⅰ） ^{※1} 550円（510円 ^{※2} ） 生活療養（Ⅱ） ^{※1} 510円（470円 ^{※2} ）	430円 （370円 ^{※2} ）	生活療養（Ⅰ） ^{※1} 550円（510円 ^{※2} ） 生活療養（Ⅱ） ^{※1} 510円（470円 ^{※2} ）	430円 （370円 ^{※2} ）	330円（300円 ^{※2} ）	0円
70歳未満	70歳以上						
低所得	低所得Ⅱ	270円（240円 ^{※2} ）	430円 （370円 ^{※2} ）	入院90日以内 270円（240円 ^{※2} ） 入院90日超 220円（190円 ^{※2} ）	430円 （370円 ^{※2} ）	入院90日以内 270円（240円 ^{※2} ） 入院90日超 220円（190円 ^{※2} ）	0円
	低所得Ⅰ	160円（140円 ^{※2} ）	430円 （370円 ^{※2} ）	130円（110円 ^{※2} ）	430円 （370円 ^{※2} ）	130円（110円 ^{※2} ）	0円
老齢福祉年金受給者 （後期高齢者医療制度 ^{※3} のみ）		130円（110円 ^{※2} ）	0円	130円（110円 ^{※2} ）	0円	130円（110円 ^{※2} ）	0円
境界層該当者 ^{※4}							

※1 生活療養（Ⅰ）は管理栄養士または栄養士等による適切な栄養量および適時・適温の食事の提供が行われている等の基準を満たす旨を地方厚生局に届け出た保険医療機関が該当し、生活療養（Ⅱ）はそれ以外の保険医療機関が該当。

※2 令和8年5月までの食事・居住費の負担額。

※3 後期高齢者医療制度については、39頁以降を参照。

※4 境界層該当者とは、食費・居住費（光熱水費）の負担が、1食130円（110円^{※2}）+0円に減額されれば、生活保護を必要としない状態となる者をいう。

* 70歳未満の低所得者及び70歳以上の低所得Ⅰ、Ⅱの定義については、24頁、28頁をご参照ください。

で、現物給付により行われます（健康保険法第85条の2・第110条第2項）。

生活療養標準負担額は、1日につき、1食当たり食費（食材料費+調理コスト）相当と居住費（光熱水費相当。1日当たり430円（令和8年5月までは370円）。ただし、低所得者の一部と重篤患者等は0円）の合計額で、食費については1日に3食を限度とします。なお、令和8年6月から食費及び一般の患者の居住費の額が引き上げられます。

(5) 保険外併用療養費

保険外併用療養費の対象は、先進医療や治験など、将来的に保険給付の対象として認めるかどうかについて評価が必要な療養（評価療養）と、保険導入を前提としない患者の選定による療養（選定療養）、そして平成28年4月創設の患者の申出に基づいて行われる先進医療等（患者申出療養）という3つの類型に分かれています。保険外併用療養費の基本的な考え方は、評価療養・選定療養・患者申出療養を含んだ療養については、療養全体にかかる費用のうち基礎的部分を保険給付し、評価療養・選定療養・患者申出療養部分は自費負担とすることによって患者の選択の幅を広げようとする

るものです（健康保険法第86条・第110条）。

保険外併用療養費の対象となる評価療養・選定療養の種類は、現在次のとおりとなっています。

【評価療養】

- ① 先進医療
- ② 医薬品医療機器等法で定める医薬品の治験の診療
- ③ 医薬品医療機器等法で定める医療機器の治験の診療
- ④ 医薬品医療機器等法で定める再生医療等製品の治験の診療
- ⑤ 医薬品医療機器等法承認医薬品の薬価基準収載前の投与
- ⑥ 医薬品医療機器等法承認医療機器又は体外診断用医薬品の保険適用前の使用等
- ⑦ 医薬品医療機器等法承認再生医療等製品の保険適用前の使用又は支給
- ⑧ 薬価基準収載医薬品の医薬品医療機器等法承認と異なる用法、用量、効能又は効果による投与
- ⑨ 医薬品医療機器等法承認・保険適用後の医療機器の医薬品医療機器等法承認と異なる使用目的、効能若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法による使用
- ⑩ 医薬品医療機器等法承認・保険適用後の再生医療等製品の医薬品医療機器等法承認と異なる用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能による使用又は支給
- ⑪ 医薬品医療機器等法承認プログラム医療機器の使用又は支給

【選定療養】

- ① 特別療養環境室（差額ベッド）への入院（4床以下で一定以上の広さ、プライバシー確保等の条件を満たす病室）
- ② 予約診察
- ③ 保険医療機関・薬局が表示する診療・開局時間外の診察等
- ④ 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金、白金加金の支給
- ⑤ 金属床総義歯の提供
- ⑥ 200床以上病院での文書による紹介なしの初診
- ⑦ 200床以上病院での自己の選択に係る再診
- ⑧ 患者側の事情による180日を超える長期入院
- ⑨ 医科点数表等に規定する制限回数を超えて受けた診療
- ⑩ むし歯治療後の継続的指導管理（16歳未満の小児）
- ⑪ 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給
- ⑫ 患者が操作等を行うプログラム医療機器で保険適用期間終了後に患者希望で使用が適当と認められるものの使用
- ⑬ 間歇スキャン式持続血糖測定器の使用

参考

⑥⑦に関しては、特定機能病院と一般病床数200床以上の地域医療支援病院について、紹介なしの初診や、他の医療機関に対して紹介の申出が行われたにもかかわらず患者の意思で再診を受ける場合には、患者から一定額を徴収することが義務化されています。

また、令和4年10月からは、徴収する一定額が、初診5,000円以上→7,000円以上、歯科の初診3,000円→5,000円以上、再診2,500円以上→3,000円以上、歯科の再診1,500円以上→1,900円以上で病院が定めた

- ⑭ 医療上必要があると認められない患者の都合による精子の凍結又は融解
- ⑮ 後発医薬品の上市後5年以上経過したもの又は後発医薬品の置換率が50%以上となった長期取載品
- ⑯ 近視の進行抑制を効能又は効果とし、医薬品医療機器等法承認を受けている医薬品の支給（令和8年6月から）

【患者申出療養の概要】

現在の保険外併用療養費制度の中の評価療養で実施されている先進医療を拡大し、患者の申出を起点とし、安全性・有効性を確認しつつ身近な医療機関で迅速に対応するもの

(6) 療養費

やむを得ない事情により、現物給付としての療養の給付が受けられずに保険医療機関等以外の医療機関で診療、薬剤の支給等を受けた場合や、柔道整復師による施術、はり、きゅう、あん摩及びマッサージ、あるいは輸血の生血代や治療用装具、治療用眼鏡（9歳未満）の代金等については、後日、保険者が認めたときに、その領収書等をもとに一定の療養費が支給されます（現金給付）（健康保険法第87条・第110条）。

(7) 高額療養費

保険診療に係る一部負担金等（入院時食事（生活）療養の標準負担額を除く）が、1か月（暦月）に、所得区分に応じた自己負担限度額を超えた場合は、申請すれば超えた額が高額療養費として支給されます（健康保険法第115条）。また、あらかじめ保険者から認定をうければ、ひとつの保険医療機関等あたりの窓口負担自体が自己負担限度額までとなります（現物給付）。

なお、高額療養費については令和8年8月からと、令和9年8月からの2段階で見直しが行われます（25頁以降参照）。

<70歳未満の人の高額療養費；～令和8年7月>

所得区分	自己負担限度額（高額療養費算定基準額）	多数回該当
ア 標報 [*] 83万円以上	252,600円＋（医療費－842,000円）×1%	140,100円
イ 標報53～79万円	167,400円＋（医療費－558,000円）×1%	93,000円
ウ 標報28～50万円	80,100円＋（医療費－267,000円）×1%	44,400円
エ 標報26万円以下	57,600円	44,400円
オ 低所得者	35,400円	24,600円

※ 所得区分の「標報」は標準報酬月額のことをいいます（以下同じ）。

【所得区分】

ア：標報83万円以上…被保険者・被扶養者が療養をうけた月の被保険者の

額に見直されています。

さらに、対象となる医療機関も広がり、紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）のうち一般病床200床以上の病院についても義務化されています（165頁等参照）。

標準報酬月額が83万円以上であるとき。

* 国民健康保険では、世帯に属するすべての被保険者について、療養をうけた月の前年（療養をうけた月が1月～7月の場合は前々年）の基準所得額の合計が901万円を超えるとき。

イ：標報53～79万円…被保険者の標準報酬月額が53万円以上79万円以下。

* 国保では基準所得額の合計が600万円を超え901万円以下。

ウ：標報28～50万円…被保険者の標準報酬月額が28万円以上50万円以下。

* 国保では基準所得額の合計が210万円を超え600万円以下。

エ：標報26万円以下…被保険者の標準報酬月額が26万円以下。

* 国保では基準所得額の合計が210万円以下。

オ：低所得者…次のいずれかに該当する人。

- ①市町村民税（特別区民税を含む）が課せられない被保険者または条例により免除された被保険者（市町村民税非課税者・免除者）及びその被扶養者。
- ②療養を受ける月に生活保護法による要保護者であって高額療養費の支給があれば、保護を要さなくなる被保険者及びその被扶養者。

① 世帯合算

同一世帯の70歳未満の人について、所得区分にかかわらず同一月に21,000円以上の一部負担金等が複数生じたときは、これらを合算した額が自己負担限度額を超えた場合、超えた額が払い戻しの対象となります。なお、③の現物給付が行われた場合は、支給額から現物給付額を引いた額が合算対象となります。

② 多数回該当世帯の負担軽減

その診療月以前12か月間に高額療養費の支給が3月以上あるときは、4月目以降の自己負担限度額は軽減され、軽減された自己負担限度額を超えた場合、超えた額が払い戻しの対象となります。

③ 高額療養費が現物給付される場合

同一医療機関における70歳未満の患者の一部負担金等が1か月の自己負担限度額を超えたときは、事前に保険者（協会けんぽ等）に患者（被保険者）が申請を行い、交付された「認定証」を保険医療機関に提示することにより超えた額が高額療養費として現物給付されます。

「認定証」を提示しない場合は、従来通り定率の一部負担金等を医療機関に支払った後に高額療養費の支給申請を行い、支払った額と限度額との差額が後日、保険者から支給されます。

参考

オンライン資格確認を利用しない場合、低所得者以外は「限度額適用認定証」を、低所得者は「限度額適用・標準負担額減額認定証」を保険医療機関の窓口で提示する必要があります。

なお、オンライン資格確認（145頁参照）の利用により、低所得者以外は保険者への申請が不要となります。また、低所得者は非課税区分の登録のため、保険者への申請が必要ですが、医療機関への認定証の提示は不要となります。

●自己負担限度額の引き上げ

令和8年8月からは、以下の通り月額限度額が引き上げられるほか、新たに年間（8月～翌年7月）の上限額が設定されます。なお、多数回該当については据え置きとなります。

<70歳未満の人の高額療養費；令和8年8月～令和9年7月>

所得区分		自己負担限度額（高額療養費算定基準額）	
		月額上限 < >内は多数回該当	年間上限
ア	標報83万円以上	270,300円+（医療費-901,000円）×1% <140,100円>	168万円
イ	標報53万円～79万円	179,100円+（医療費-597,000円）×1% <93,000円>	111万円
ウ	標報28万円～50万円	85,800円+（医療費-286,000円）×1% <44,400円>	53万円
エ	標報26万円以下	61,500円 <44,400円>	53万円*
オ	低所得者	36,900円 <24,600円>	29万円

※ 「エ」のうち、標準報酬月額15万円以下の区分に該当することが確認できた人は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に払い戻しが行われます。

参考

高額療養費の見直しについては、令和8年4月1日時点の情報に基づいて記載しています。

●所得区分の細分化

令和9年8月からは、所得区分が13段階に細分化され、限度額がきめ細かく設定されます。なお、多数回該当については据え置きとなります。

<70歳未満の人の高額療養費；令和9年8月～>

所得区分		自己負担限度額（高額療養費算定基準額）		
		月額上限 < >内は多数回該当	年間上限	
ア	健保：標報127万円以上	342,000円＋（医療費－1,140,000円）×1% <140,100円>	168万円	
	国保：課税所得1,107万円以上			
イ	健保：標報103万円～121万円	303,000円＋（医療費－1,010,000円）×1% <140,100円>		
	国保：課税所得900万円以上			
ウ	健保：標報83万円～98万円	270,300円＋（医療費－901,000円）×1% <140,100円>		
	国保：課税所得737万円以上			
エ	健保：標報71万円～79万円	209,400円＋（医療費－698,000円）×1% <93,000円>		111万円
	国保：課税所得614万円以上			
オ	健保：標報62万円～68万円	194,400円＋（医療費－648,000円）×1% <93,000円>		
	国保：課税所得504万円以上			
カ	健保：標報53万円～59万円	179,100円＋（医療費－597,000円）×1% <93,000円>		
	国保：課税所得389万円以上			
キ	健保：標報44万円～50万円	110,400円＋（医療費－368,000円）×1% <44,400円>		53万円
	国保：課税所得280万円以上			
ク	健保：標報36万円～41万円	98,100円＋（医療費－327,000円）×1% <44,400円>		
	国保：課税所得203万円以上			
ケ	健保：標報28万円～34万円	85,800円＋（医療費－286,000円）×1% <44,400円>		
	国保：課税所得145万円以上			
コ	健保：標報20万円～26万円	69,600円 <44,400円>	53万円	
	国保：課税所得57万円以上			
サ	健保：標報16万円～19万円	65,400円 <44,400円>		
	国保：課税所得28万円以上			
シ	健保：標報15万円以下	61,500円 <34,500円>	41万円	
	国保：課税所得28万円未満			
ス	低所得者	36,900円 <24,600円>	29万円	

70歳以上の人の高額療養費についても、令和8年8月からと、令和9年8月からの2段階で見直しが行われます（29頁以降参照）。

<70歳以上の人の高額療養費；～令和8年7月>

所得区分	自己負担限度額（高額療養費算定基準額）	
	個人単位（外来）	世帯単位
現役並み所得者Ⅲ	—	252,600円＋（医療費－842,000円）×1% <多数回該当：140,100円>
現役並み所得者Ⅱ	—	167,400円＋（医療費－558,000円）×1% <多数回該当：93,000円>
現役並み所得者Ⅰ	—	80,100円＋（医療費－267,000円）×1% <多数回該当：44,400円>
一般	18,000円 （8月～翌7月の 年間上限144,000円）	57,600円 <多数回該当：44,400円>
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ	8,000円	15,000円

※ 「現役並み所得者」について、平成30年8月からは、「個人単位（外来）」の限度額は撤廃され、「世帯単位」の限度額は所得区分により、Ⅲ～Ⅰの3段階に細分化されています（<70歳未満の人の高額療養費>の区分ア～区分ウ（23頁参照）と同様）。

70歳以上の人の高額療養費における「現役並み所得者」とは、一部負担金（自己負担額）が3割負担となる人です。

【所得区分】

現役並み…70歳以上で療養を受ける月の標準報酬月額が28万円以上の被保険者 険者及びその被扶養者で70歳以上の人。ただし、①70歳以上の被保険者及び70歳以上の被扶養者の収入合計額が520万円未満の場合、②70歳以上の被扶養者がいない場合は収入額が383万円（後期高齢者医療の被保険者となったため被扶養者でなくなった人がある場合は520万円）未満であれば、届出により現役並み所得者となりません。

* 国民健康保険では、70歳以上で課税所得（各種所得控除後の所得）が基準額（145万円）以上の被保険者と同一世帯の70歳以上の被保険者をいいます。ただし、①70歳以上の被保険者及びその被保険者と同一世帯の70歳以上の被保険者の収入合計額が520万円未満の場合、②同一世帯に70歳以上の被保険者が1人の場合は収入額が383万円（後期高齢者医療の被保険者となったため国民健康保険の被保険者でなくなった人がある場合は520万円）未満であれば、届出により現役並み所得者となりません。

参考

75歳に到達して後期高齢者医療制度に移行する人については、75歳到達月の自己負担限度額に特例が設けられています（41頁参照）。

また、基礎控除後の総所得金額等の合計額が210万円以下（昭和20年1月2日以後生まれの被保険者のみ）に該当する場合は、現役並み所得者とならず、この場合の届出は不要です。
現役並み所得者は、さらに以下のように区分されます。

区 分	健 保	国 保
現役並み所得者Ⅲ	標準報酬月額が83万円以上	課税所得が690万円以上
現役並み所得者Ⅱ	標準報酬月額が53万円以上79万円以下	課税所得が380万円以上690万円未満
現役並み所得者Ⅰ	標準報酬月額が28万円以上50万円以下	課税所得が145万円以上380万円未満

一 般…70歳以上の「現役並み所得者」、「低所得者Ⅱ・Ⅰ」非該当者。
低所得Ⅱ…70歳以上である以外は、70歳未満の「低所得者」にほぼ同じ。
低所得Ⅰ…70歳以上で市町村民税（特別区民税を含む）に係る総所得金額及び山林所得に係る各所得の金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額（判定基準所得）が0円の被保険者及びその被扶養者で70歳以上の人。

① 外来のみの場合（現役並み所得者は除く）

外来におけるすべての一部負担金等（医療機関、金額を問わず）が、1か月に個人単位の自己負担限度額を超えた場合、「高齢受給者証」を保険医療機関に提示することにより超えた額が高額療養費として現物給付されます。低所得者は、事前に保険者（協会けんぽ等）に申請を行い、交付される「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示すれば、低所得者の自己負担限度額が適用されます。

なお、オンライン資格確認（145頁参照）の利用により、患者は「限度額適用認定証」の保険者への申請が不要となる他、「高齢受給者証」の医療機関への提示も不要となります。また、低所得者Ⅱ・Ⅰの「限度額適用・標準負担額減額認定証」は、非課税区分の登録のため保険者への申請が必要ですが、医療機関への認定証の提示は不要となります。

「認定証」を提示しない低所得者は、高額療養費の支給申請を行えば、支払った額と限度額との差額が後日保険者から支給されます。

なお、年間でも限度額が設定されています。これは、基準日（7月31日）時点の所得区分が一般所得区分または低所得区分に該当する場合は、計算期間（前年8月1日～7月31日）のうち、一般所得区分又は低所得区分であった月の外来療養の自己負担額の合計が144,000円を超えた場合、超えた額が払い戻されるものです。

② 入院のみの場合

同一医療機関における一部負担金等（入院時食事（生活）療養の標準負

参考

オンライン資格確認を利用しない場合、

- ①低所得Ⅱ・Ⅰの限度額により現物給付を受けようとする人は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」を保険医療機関に提示しなければなりません。
- ②現役並み所得者のⅡ・Ⅰの限度額により現物給付を受けようとする人は、「限度額適用認定証」を保険医療機関に提示しなければなりません（Ⅲ及び一般は不要）。

担額を除く)が、1か月に入院の自己負担限度額を超えた場合、超えた額が高額療養費として現物給付されます。なお、現役並み所得者及び一般は、その診療月以前12か月間に高額療養費の支給が3月以上あるときは、4月日以降の自己負担限度額が軽減されます。

③ 世帯合算

1か月の同一世帯の70歳以上の一部負担金等をすべて合算して、世帯単位の自己負担限度額を超えた場合、超えた額が払い戻しの対象となります。ただし、外来分については個人単位の限度額を適用した後、なお残る額が合算対象となり、外来分・入院分とも現物給付が行われた場合は、支給額から現物給付額を引いた額が合算対象となります。また、現役並み所得者及び一般については、その療養を受けた月以前12か月間に高額療養費の支給が3月以上あるときは、4月日以降の自己負担限度額は軽減されますが、外来の自己負担限度額の適用のみにより支給を受けた月数は算入しません。

<70歳以上と70歳未満がいる世帯の高額療養費>

70歳未満の21,000円以上の一部負担金等と、70歳以上のすべての一部負担金等を合算し、70歳未満の自己負担限度額(多数回該当世帯の負担軽減を含む)を超えた場合、超えた額が払い戻しの対象となります。なお、70歳以上の世帯単位の自己負担限度額を適用した後に、なお残る額が合算の対象となります。また、多数回該当世帯の負担軽減の月数は、70歳以上の外来の自己負担限度額の適用のみにより支給を受けた月数に算入しません。

●自己負担限度額の引き上げ

令和8年8月からは、70歳以上の人においても、月額限度額や外来(個人ごと)の上限が引き上げられるほか、年間(8月~翌年7月)の上限額が設定されます。なお、多数回該当については据え置きとなります。

<70歳以上の人の高額療養費;令和8年8月~令和9年7月>

所得区分	自己負担限度額(高額療養費算定基準額)	
	月額上限 < >内は多数回該当	年間上限
現役並み所得者Ⅲ	270,300円+(医療費-901,000円)×1% <140,100円>	168万円
現役並み所得者Ⅱ	179,100円+(医療費-597,000円)×1% <93,000円>	111万円
現役並み所得者Ⅰ	85,800円+(医療費-286,000円)×1% <44,400円>	53万円
一 般	61,500円 <44,400円>	53万円*
	[外来(個人)22,000円]	[21万6千円]
低 所 得 Ⅱ	25,700円 <24,600円>	29万円
	[外来(個人)11,000円]	[9万6千円]
低 所 得 Ⅰ	15,700円	18万円
	[外来(個人)8,000円]	—

※「一般」のうち、標準報酬月額15万円以下の区分に該当することが確認できた人は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に払い戻しが行われます。

参考

70歳以上の人の高額療養費の見直しについても、令和8年4月1日時点の情報に基づいて記載しています。

●所得区分の細分化

令和9年8月からは、所得区分が14段階に細分化され、限度額がきめ細かく設定されます。なお、多数回該当については据え置きとなります。

<70歳以上の人の高額療養費；令和9年8月～>

所得区分		自己負担限度額（高額療養費算定基準額）	
		月額上限 < >内は多数回該当	年間上限
ア	健保：標報127万円以上	70歳未満の場合と同様（26頁参照）	
	国保：課税所得1,107万円以上		
イ	健保：標報103万円～121万円		
	国保：課税所得900万円以上		
ウ	健保：標報83万円～98万円		
	国保：課税所得737万円以上		
エ	健保：標報71万円～79万円		
	国保：課税所得614万円以上		
オ	健保：標報62万円～68万円		
	国保：課税所得504万円以上		
カ	健保：標報53万円～59万円		
	国保：課税所得389万円以上		
キ	健保：標報44万円～50万円		
	国保：課税所得280万円以上		
ク	健保：標報36万円～41万円		
	国保：課税所得203万円以上		
ケ	健保：標報28万円～34万円		
	国保：課税所得145万円以上		
コ	健保：標報20万円～26万円	69,600円 <44,400円>	53万円
	国保：課税所得57万円以上	[外来（個人）28,000円]	[21万6千円]
サ	健保：標報16万円～19万円	65,400円 <44,400円>	53万円
	国保：課税所得28万円以上	[外来（個人）28,000円]	[21万6千円]
シ	健保：標報15万円以下	61,500円 <34,500円>	41万円
	国保：課税所得28万円未満	[外来（個人）22,000円]	[21万6千円]
ス	低所得Ⅱ	25,700円 <24,600円>	29万円
		[外来（個人）13,000円]	[9万6千円]
セ	低所得Ⅰ	15,700円	18万円
		[外来（個人）8,000円]	—

<高額長期疾病患者の負担軽減>

人工腎臓を実施している慢性腎不全患者、血友病（先天性血液凝固因子障害）のうち血漿分画製剤を投与している第Ⅷ因子障害と第Ⅸ因子障害患者及び抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群患者（HIV 感染を含み、血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症に関する医療を受けている患者に限る）については、自己負担限度額は1か月10,000円（人工腎臓を実施している慢性腎不全患者のうち、70歳未満の標報53万円以上の人とその被扶養者については20,000円）となり、これを越えた額は高額療養費として現物給付されます。

なお、高額長期疾病患者に該当する人は特定疾病の登録のため保険者への申請が必要ですが、オンライン資格確認（145頁参照）の利用により、医療機関への受療証の提示は不要となります。

●高額長期疾病患者の自己負担限度額

人工腎臓を実施している慢性腎不全	70歳未満の標報53万円以上の人とその被扶養者	20,000円
	上記以外の患者	
血友病（先天性血液凝固因子障害）のうち血漿分画製剤を投与している第Ⅷ因子障害・第Ⅸ因子障害		10,000円
抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（一定の患者）		

(8) 高額医療・高額介護合算療養費

高額療養費の算定対象世帯に介護保険受給者がいる場合、毎年8月から翌年7月までの12か月間に、健康保険の一部負担金等と介護保険の利用者負担額（それぞれ高額療養費または高額介護サービス費等が支給される場合は、それを控除した額）を合計した額が、次表の自己負担限度額を超えると、超えた分が被保険者からの請求によって払い戻されます（健康保険では高額介護合算療養費、介護保険では高額医療合算介護サービス費）（健康保険法第115条の2）。なお、70歳以上の「現役並み所得者」について、平成30年8月からは、所得区分が3段階に細分化され、70歳未満の(ア)～(ウ)と同様となりました。

<高額医療・高額介護合算療養費の自己負担限度額>

自己負担限度額（介護合算算定基準額・医療合算算定基準額）			
70歳未満		70歳以上	
標報83万円以上（ア）	212万円	現役並み所得者Ⅲ	212万円
標報53～79万円（イ）	141万円	現役並み所得者Ⅱ	141万円
標報28～50万円（ウ）	67万円	現役並み所得者Ⅰ	67万円
標報26万円以下	60万円	一般	56万円
低所得者	34万円	低所得Ⅱ	31万円
		低所得Ⅰ	19万円*

※ 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

参考

オンライン資格確認を利用しない場合、高額長期疾病に該当する人が、10,000円（20,000円）の自己負担限度額により現物給付を受ける場合には、「特定疾病療養受療証」を保険医療機関に提示しなければなりません。

参考

高額医療・高額介護合算療養費の支払いは、健康保険と介護保険の双方から行われます。高額医療・高額介護合算療養費の支払いに要する費用は、健康保険と介護保険の双方で、自己負担した額に応じて負担し合います。