

1. 健康保険の基本的なしくみ

Q1 健康保険とは
どのような制度なのですか

A 保険料を出し合い、いざというときに医療や給付金を受けます

民間企業で働く人たちが収入に応じて保険料を出し合い、また会社（事業主）も保険料を払って、病気やけがをしたときには軽い負担で医療を受けられるしくみが健康保険です。また、出産や死亡の際には給付金が受けられます。

つまり健康保険は、病気やけが、出産や死亡の際の不意の出費に備えた公的医療保険のひとつで、これにより幅広い人々の生活の安定を図ることができます。

A 協会けんぽと健康保険組合が運営しています

健康保険を運営している組織（保険者といいます）は大きく「協会けんぽ」と健康保険組合に分かれます。

協会けんぽは、全国健康保険協会が都道府県単位で運営しています（旧政府管掌健康保険）。協会けんぽ

の健康保険の対象となるのは、健康保険組合に加入していない会社（事業所）に勤務する人です。

健康保険組合は、企業や業界・地域単位で設立され、加入事業所（会社）に勤務する人が対象です。

Q2 健康保険の給付はだれを対象とするのですか

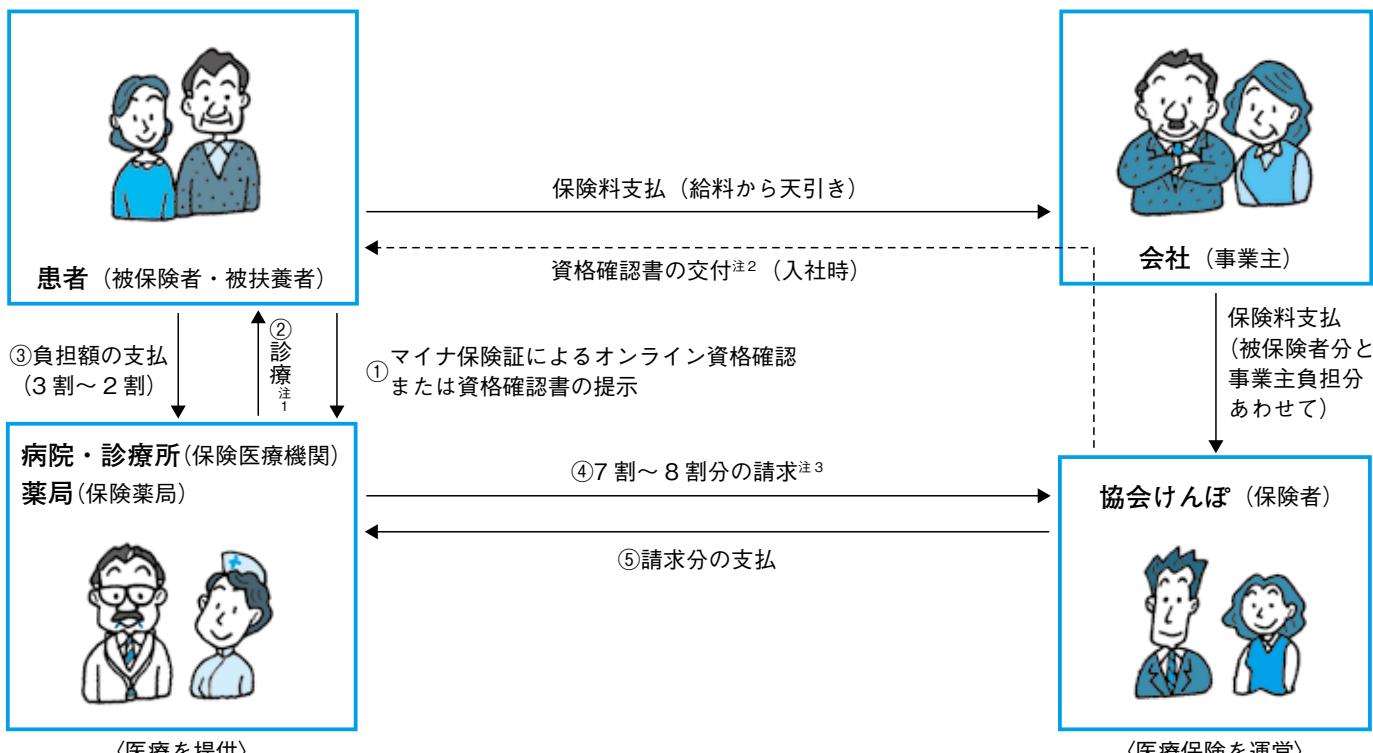
A 従業員（被保険者）とその家族（被扶養者）です

健康保険に加入している会社（適用事業所）に勤務し、医療や手当金の給付を受けられる人を被保険者といいます。また、被保険者の扶養家族のうち、一定の基準にあてはまる人を被扶養者といい、被扶養者の病気・けがや出産・死亡に対しても給付が行われます。

ただし、75歳以上（および障害認定を受けた65歳以上）の人は会社勤務の人を含め、すべて後期高齢者医療制度の医療を受けますので、健康保険には加入しません。

※令和2年4月から健康保険の被扶養者は国内居住者（日本国内に住民票がある人）に限定されています。ただし、海外在住者であっても、例外的に被扶養者要件を満たす場合があります。

■健康保険による医療（保険医療）の流れ



注1 業務上や通勤災害によるけがや病気は健康保険の対象とならず、労災保険から給付が行われます。

注2 資格取得届等による本人からの申請に基づき、マイナ保険証を持っていない人等に交付されます。

注3 数多くの医療機関等と保険者を仲立ちするため、実際には両者の間に審査支払機関が存在します。

2. 医療の給付

Q1 医療の給付は
どのように行われるのですか

A 必要な医療を原則3割の自己負担で給付
します

病気やけがをしたときは、健康保険を扱っている病院・診療所（保険医療機関）や薬局（保険薬局）の窓口で被保険者資格情報が確認されれば、必要な医療を受けられます。このとき、かかった費用のうち、患者は3割（年齢により2割）だけを負担します。残りの費用は健康保険から保険医療機関・保険薬局に支払われます。つまり、医療が現物で給付されます。



A 入院時の食費は別に定額の標準負担額を
負担します

入院中の食事代も健康保険から給付されます。ただし、患者負担分は3割などの定率ではなく、1食あたり510円（1日3食まで）の定額です（標準負担額）。

■定率負担と入院時の食費負担

2

- ①小学校就学前の被扶養者
- ②小学校就学後～70歳未満の被保険者・被扶養者
- ③70歳以上の被保険者・被扶養者（高齢受給者）
- ④③のうち現役並み所得者（月収28万円相当以上）

定率の窓口負担		健康保険から現物給付 被保険者・療養の給付／被扶養者・家族療養費
2割		8割
3割		7割
2割		8割
3割		7割

①～④共通	定額の食費負担※1 食事療養標準負担額 1食510円※2	健康保険から現物給付 入院時食事療養費（家族療養費） 食事療養の費用－食事療養標準負担額

※1 療養病床に入院中の65歳以上の患者は、光熱水費相当（370円/日）と食材料費・調理費相当（510円/食または470円/食）を負担（生活療養標準負担額）。所得や患者の状態により減額

※2 低所得者や患者の状態により減額→13頁

■公的医療保険

	民間企業に勤める人	生計を維持されている家族		公務員、私学教職員とその家族	自営業、農業、無職など
		本人	配偶者		
75歳未満	健康保険※1の被保険者〔協会けんぽ／健康保険組合〕		健康保険※1の被扶養者	共済組合等の組合員、被扶養者	国民健康保険〔市町村／国民健康保険組合〕
75歳以上※2	後期高齢者医療（各都道府県の広域連合が運営主体）				

※1 このほかに船員保険などがある

※2 65歳以上の障害認定を受けた人を含む

Q2 保険外負担とは どういうものですか

A 特別なサービスは全額自費、共通部分は定率負担です

前述のとおり、必要な医療は健康保険で給付されますが、そのうえで、医療ニーズの多様化に対応し、患者の選択の幅を広げるための特別なサービスが提供されることがあります。

このようなときは、一般の医療と共通の部分は3割などの定率負担となり、特別なサービスの費用（特別料金）は患者が全額自費で負担（保険外負担）します。

特別なサービス・特別料金としては、次のようなものがあります。

- ①個室などの特別な療養環境（いわゆる差額ベッド）
- ②大病院に紹介状を持たずに受診したときの特別料金
- ③患者の希望による予約診察・時間外診察
- ④歯科の材料差額

■特別なサービスや先進医療を受けたとき

特別料金（自費負担）	
定率の窓口負担	健康保険から現物給付 (保険外併用療養費・家族療養費)

⑤入院の際の特別メニューの食事 等

Q3 先進医療とは何ですか。 保険がききますか

A 先進医療は全額自費、基礎的な部分は定率負担です

先進医療とは、まだ保険の対象とはなっておらず、一定の基準を満たした医療機関に限り実施できる先進的な医療技術です。先進医療については、その基礎的な医療の部分は健康保険で給付され、そのうえで先進医療部分の費用を患者が全額自費負担します。

また、国内未承認の医薬品等を迅速に使用したいという患者の思いに応えるため、患者からの申出を起点とした、患者申出療養のしくみがあります。患者申出療養は、その基礎的な医療の部分は健康保険で給付され、そのうえで患者申出療養部分の費用を患者が全額自費負担します。

健康保険で受けられないもの

○業務上（仕事中）の災害・通勤災害

勤務先の仕事（業務上）が原因となって起きたけが・病気や、通勤途上の事故が原因となって起きたけが・病気は、健康保険の対象とはならず、労働者災害補償保険（労災保険）による療養が行われます（→8頁）。

○病気とみなされないもの

病気とみなされない次のようなもの（例示）は、健康保険の対象となりません。

- ①美容を目的とする整形手術
- ②近視の手術など
- ③予防注射
- ④健康診断、人間ドック
- ⑤正常な妊娠・出産
- ⑥経済的理由による人工妊娠中絶

ただし、例外的に健康保険が使えるケースもあります。以下はその例示です。

- ①斜視等で労務に支障をきたす場合、生まれつきの口唇裂の手術、けがの処置のための整形手術、他人に著しい不快感を与えるワキガの手術など

②妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）などによる異常分娩の場合

③母体に危険が迫った場合に母体を保護するための人工妊娠中絶

○給付の制限

次のような場合は、健康保険の給付が全部または一部制限されることになっています。

- ①犯罪行為や故意に事故（けが・病気・死亡など）を起こしたとき
- ②けんか、酒酔いなどでけがや病気をしたとき
- ③正当な理由もないのに医師（病院）の指示に従わなかつたとき
- ④詐欺、その他不正に保険給付を受けたり、受けようとしたとき
- ⑤保険者の指示する質問や診断を拒んだとき
- ⑥少年院や刑事施設などにいるとき（健康保険給付を行うことが事実上不可能なため、支給されません。ただし、埋葬料と被扶養者への支給は行われます）

3. 自己負担が高額になったときの給付

Q1 3割などの定率分は際限なく負担するのですか

A 月間で限度額を超れば高額療養費として払い戻されます

3割（2割）負担ですむとはいっても、大手術などで自己負担額が際限なく高額になると、家計が圧迫されてしまします。そこで健康保険には、1ヶ月（月の1日～末日）間の自己負担額が「自己負担限度額」を超えた場合は、申請により超えた額が「高額療養費」として払い戻されるしくみがあります。

自己負担限度額は、所得・年齢により異なりますが、一般的なケースで自己負担額（3割）が30万円だったとすると、8万8千円ほどです。払い戻される高額療養費は21万2千円程度となります。

Q2 いたんは高額の負担を窓口で支払うのですか

A 事前に申請すれば入院・外来とも窓口の負担額自体が自己負担限度額までです

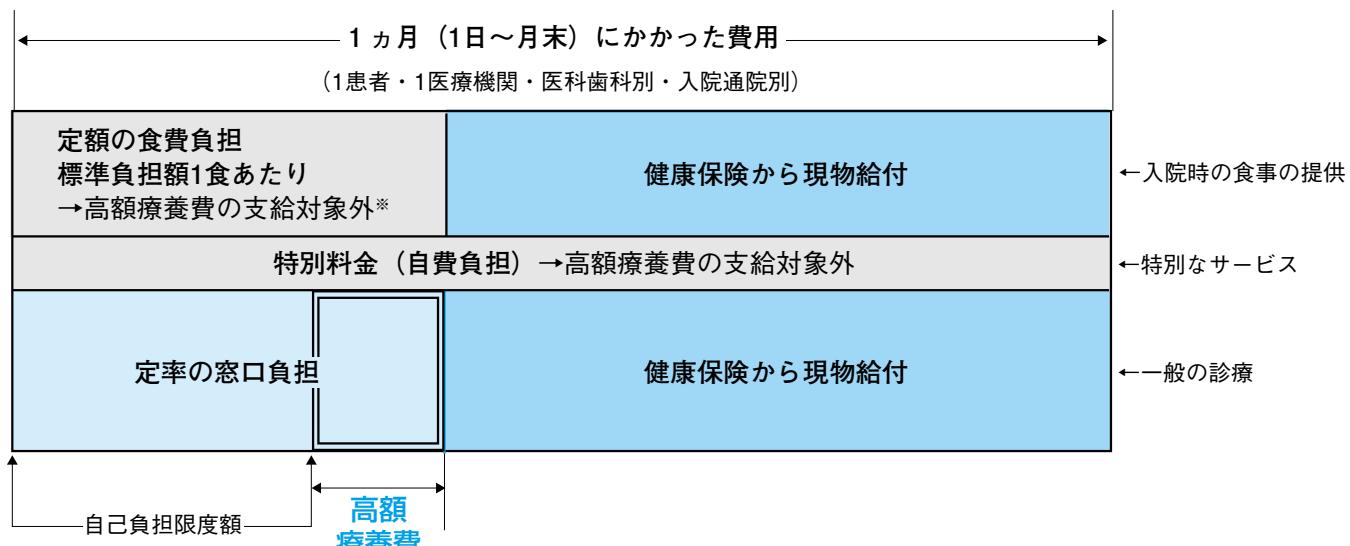
協会けんぽに事前に申請することにより、「限度額適用認定証」が交付され、医療機関の窓口での負担額自体を自己負担限度額までにとどめることができます。先の例では、30万円ではなく、8万8千円ほどを窓口で支払えばよいことになります。

あわせて、所得の少ない方は、食事療養・生活療養の標準負担額も減額されます。

また、マイナ保険証を利用することで、自己負担限度額までの支払いとなるため、「限度額適用認定申請書」による事前申請が不要になります（低所得者の人の「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」による事前申請は必要ですが、医療機関の窓口での「認定証」の提示は不要となります）。

■高額療養費のしくみのあらまし

4



自己負担限度額を超えた分は健康保険から払い戻し（高額療養費）

あらかじめ申請し、認定を受けければ窓口負担が自己負担限度額までとなる（高額療養費の現物給付化）

※低所得者は申請により、高額療養費の現物給付化とあわせて標準負担額が減額



4. 立て替え払いをしたときの給付

Q1 就職直後で手続の都合により
自費になりましたが…

A やむを得ない事情があれば払い戻されます

マイナ保険証や資格確認書などの被保険者の資格情報は、健康保険における身分証明書の役割を果たしています。それがないと保険医療機関ではどの保険者に費用を請求してよいのかわからず、結局全額を患者に請求することになってしまいます。

しかしあるケースでは、やむを得ない事情によるものと認められますので、協会けんぽに申請を行えば払い戻しを受けられます。

このように、いったん患者が全額支払ったものを、後で健康保険から払い戻しを受けるしくみを「療養費の支給」といいます。



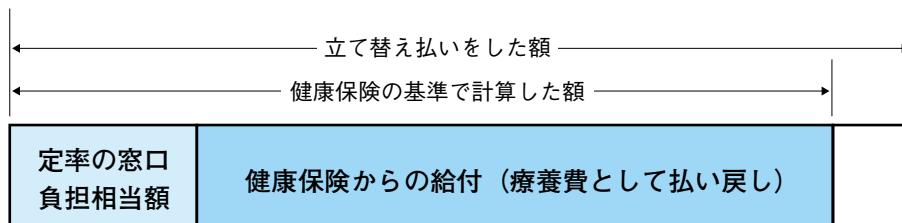
Q2 コルセットやサポーターの代金は自費ですか

A 治療用装具は標準料金を基準として払い戻されます

医師の指示により、治療のため必要な装具を購入、装着したときは、購入の際は代金全額を支払いますが、後で健康保険で定めた標準料金の7割（8割）の払い戻しが受けられます。

5

■療養費のしくみのあらまし



柔道整復についての療養費（実質的には定率負担）

整骨院や接骨院で骨折、脱臼、打撲および捻挫（いわゆる肉ばなれを含む）に対する施術を受けた場合は療養費の支給対象になります（骨折および脱臼については、緊急の場合を除き、あらかじめ医師の同意が必要）。

療養費は、患者が全額を支払った後、自ら協会けんぽに申請して受け取ることが原則ですが、柔道整復は患者が3割（2割）のみを支払い、残りを柔道整復師が協会けんぽに請求する方法（受領委任）が認められています。

施術者が患者に代わり療養費を請求する場合は、患者が療養費支給申請書の内容をよく確認することが必要となります。

はり・きゅう・マッサージの施術と療養費

神経痛、リウマチなど、慢性的な疼痛を主症とする疾患に対してはり・きゅうの施術を受けたときは療養費の支給対象となります（医師の同意書または診断書が必要）。また、筋痙攣や関節拘縮等で、医療上マッサージを必要とする症例について施術を受けたときは、療養費の支給対象となります（医師の同意書または診断書が必要）。

平成31年1月施術分より、受領委任の契約を行った、はり・きゅう・マッサージの施術者から受けた施術について、患者が3割または2割のみを支払い、残りを施術者が協会けんぽに請求する方法が認められています。

5. 手当金や一時金の給付

Q1 病気休職で無給になってしましましたが…

A 連続3日を含む4日以上の休みで傷病手当金が出ます

療養のため仕事につけず、休職し無給となった被保険者には、休職4日目から傷病手当金が支給され、1ヵ月では月給のおおよそ3分の2が補てんされます。休んだ期間について給料を受けても傷病手当金の額よりも少ないときは、差額が支給されます。支給期間は通算で1年6ヵ月です。

Q2 子どもが生まれたときも給付があるのですか

A 1児ごとに50万円の出産育児一時金が支給されます

被保険者や被扶養者が出産したときは、原則として50万円（双子以上は人数分）が支給されます。



Q3 亡くなったときにも給付がありますか

A 被保険者の死亡には埋葬料または埋葬費が支給されます

被保険者が亡くなった場合は、被保険者により生計を維持されていた方に5万円の埋葬料が支給されます。この埋葬料の支給対象者がいないときは、実際に埋葬を行った方に、5万円の範囲内で埋葬に要した実費が埋葬費として支給されます。

A 被扶養者の死亡には5万円の家族埋葬料が支給されます

被扶養者が亡くなった場合は、被保険者に家族埋葬料として5万円が支給されます。

A 一時金の直接支払制度で負担が軽減されます

出産前に医療機関等と契約を結ぶと、出産費用を協会けんぽが医療機関等に直接支払います（一時金を充当）ので、まとまったお金を用意しなくてもすみます。



A 被保険者の産休中は出産手当金が支給されます

産休のため無給となった被保険者には、出産手当金が支給され、1ヵ月では月給のおおよそ3分の2が補てんされます。休んだ期間について給料を受けても出産手当金の額よりも少ないときは、差額が支給されます。

移送費の支給

病気・けがで移動困難な患者が、保険医療を受けるため、医師の指示で一時的・緊急的に移送され、その費用を立て替え払いした場合は、協会けんぽが認めれば移送費（家族移送費）として払い戻されます。

支給額は、最も経済的な通常の経路・方法により移送

された場合の交通費の範囲内の実費です。

移送費（家族移送費）の支給を受けるためには、移送費・家族移送費支給申請書に医師の意見書と交通費の領収証を添えて、協会けんぽ都道府県支部に提出します。

6. 退職後の給付と健保加入

Q1 退職すると給付はすべて打ち切られるのですか

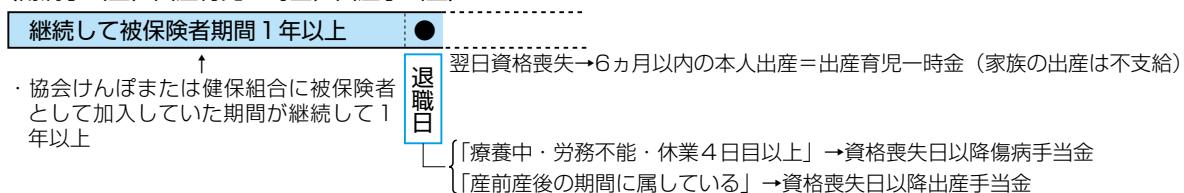
A 一時金や手当金の給付は退職後も受けられる場合があります

退職などにより被保険者の資格を失った場合でも、図のような要件のもとで傷病手当金などの現金給付を受けられます。

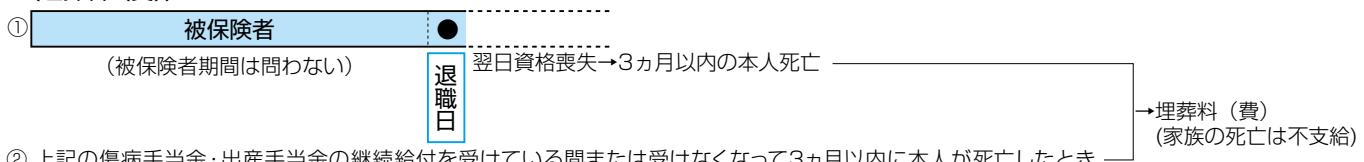
医療の給付については、治療中のものでも、退職後に加入する公的医療保険が行います。

■退職後の給付のあらまし

〈傷病手当金、出産育児一時金、出産手当金〉



〈埋葬料 (費)〉



Q2 退職した場合、
健康保険はどうなるのですか

**A 選択肢のひとつとして2年間の任意継続
に加入できます**

退職すると健康保険の被保険者の資格を失い、保険証も返納します。

退職後すぐに新しい会社に勤め、その健康保険に加入するのでなければ、次の3つの中から選択し、加入の手続を行います。

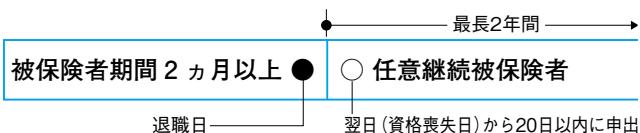
①今までの健康保険に任意継続被保険者として加入する（退職日までに2ヵ月以上の被保険者期間が必要）

②市町村の国民健康保険に加入する

③家族が加入している健康保険の被扶養者になる

選択の際は、保険料の額やご自身の状況（収入等の条件によっては、③の被扶養者にはなれない可能性もあります）などを勘案することになります。

なお、任意継続の加入期間は最長で2年間です。



Q3 任意継続では
保険料などはどうなるのですか

A 保険料は全額自己負担です

在職中は会社との折半負担だった保険料は、全額任意継続被保険者の負担となります。

保険料の額は退職時の標準報酬月額（上限32万円）×保険料率で計算されます。

なお、前納により保険料が割引されます。

A 傷病手当金、出産手当金以外は一般と同様の給付です

一部負担金の扱いを含め、在職中の被保険者・被扶養者と同様の給付を受けられます。ただし、傷病手当金と出産手当金は支給されません。

※退職後の継続給付として手当金が支給される場合がありますが、これは任意継続の資格とは関係なく給付されるものです。

7. 交通事故や労災の場合

Q1 休日ドライブで
追突されましたが…

A 健康保険を使えますがすぐに連絡を

交通事故などの第三者（加害者）の行為によってけが・病気をしたときも健康保険で診療を受けられます。この費用は本来、加害者が負担すべきものですが、すぐに協会けんぽにその旨を連絡し、できるだけ早く必要な書類を提出します。

A 示談交渉は慎重に

示談の内容によっては、健康保険の給付が行われなくなることがあります。示談交渉は慎重に行い、事前に協会けんぽにも相談するようにしてください。



Q2 業務上のけがでは
健康保険は使えないのですか

**A 業務上・通勤災害は労災保険による給付
です**

健康保険では、業務上または通勤災害によるけが・病気に対して保険給付は行いません。この場合は、労災保険の給付の対象となります。

なお、けがや病気の状況によっては「業務災害」や「通勤災害」になるのか、判断が難しい場合がありますので、管轄の労働基準監督署にご相談ください。

訪問看護ステーションからの訪問看護

自宅で療養している人が、主治医の指示に基づき、訪問看護ステーションから訪問看護を受けた場合は、その費用が訪問看護療養費（家族訪問看護療養費）として現物給付されます。ただし、基本利用料として訪問看護を受けるつど、費用の3割（2割）を患者が負担します。

基本利用料は高額療養費の対象となります。このほか、交通費等の実費を負担します。

なお、要介護者・要支援者に対する訪問看護は、介護保険からの給付が原則です（場合により健康保険から給付）。

目次(申請書類の記載例)

オンライン資格確認とマイナ保険証……………10

各書類に共通する記入の際のポイント……………11

A 高額療養費……………12

- ①負担が高額になるのを事前に軽減したいとき 限度額適用認定申請書
- ②負担が高額になるのを事前に軽減したいとき(低所得の方) 限度額適用・標準負担額減額認定申請書
- ③高額になった負担の払い戻しを受けるとき 高額療養費支給申請書
- ④慢性腎不全などの月々の負担を軽くしたいとき 特定疾病療養受療証交付申請書

B 療養費……………19

- ①全額自費の治療代の払い戻しを受けるとき 療養費支給申請書(立替払)
- ②治療用装具の購入費用の払い戻しを受けるとき 療養費支給申請書(治療用装具)

C 傷病手当金……………23

- 療養中で仕事につけず給料の補てんを受けるとき 傷病手当金支給申請書

D 出産育児一時金……………27

- ①出産費用を健康保険が払い、差額を受けるとき 出産育児一時金 内払金支払依頼書
 - ②退職前の健保に出産費用を支払ってもらうとき 被保険者資格喪失等証明書交付申請書
 - ③出産したため健康保険から一時金を受けるとき 出産育児一時金支給申請書
- 参考 医療機関等が受取代理人となる場合 出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

9

E 出産手当金……………33

- 出産前後で仕事を休み給料の補てんを受けるとき 出産手当金支給申請書

F 埋葬料……………36

- ①被保険者本人が亡くなられたとき 埋葬料(費)支給申請書
- ②被扶養者である家族が亡くなられたとき 家族埋葬料支給申請書

G 負傷原因届と第三者行為による傷病届……………40

- けが(負傷)がもとで各種の給付を受けようとするとき 負傷原因届
- 自動車事故などで他人にけがを負わされたとき 第三者行為による傷病届

H 任意継続被保険者……………43

- ①退職後も引き続き今の健康保険に加入するとき 任意継続被保険者 資格取得申出書
- ②加入途中で扶養家族の増減があったとき 任意継続被保険者 被扶養者(異動)届
- ③別の健康保険や後期高齢者医療に加入するとき 任意継続被保険者 資格喪失申出書

付録 資格情報のお知らせと資格確認書……………48

- マイナ保険証を利用した受診ができないとき 資格情報のお知らせ交付申請書/資格確認書交付申請書

オンライン資格確認とマイナ保険証

■オンライン資格確認の義務化

被保険者としての資格確認は、医療機関・薬局で健康保険による診療・調剤を受けるためには必須です。

令和5年4月1日から、原則として医療機関等へのオンライン資格確認の導入が義務化されています。医療機関等の窓口でマイナンバーカードに被保険者証としての利用登録を行った「マイナ保険証」をカードリーダーに置いて電子証明書を読み取り、顔認証または4桁の暗証番号を入力すること等により本人確認が行われます。マイナ保険証を利用したオンライン資格確認のメリットとしては主に下記の事項が挙げられます。

- ・特定健診・診療・薬剤情報等の共有*
- ・旅行先や災害時における薬剤情報等の連携*
- ・高額療養費の「限度額適用認定申請書」の事前申請が不要
- ・高齢受給者証の持参が不要
- ・医療費控除の確定申告が簡単

*本人が同意した場合のみ

10

■マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行

令和6年12月2日に従来の被保険者証の新規の発行は終了しており、マイナ保険証の利用を基本とする仕組みへ移行しています。

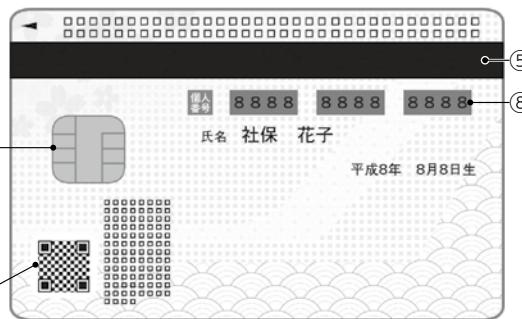
なお、発行済みの被保険者証は、最長令和7年12月

●マイナンバーカードの見本



(表)

- ①基本情報（氏名、住所、生年月日、性別）
- ②本人の顔写真
- ③有効期限
- ④臓器提供意思表示



(裏)

- ⑤磁気ストライプ
- ⑥ICチップ（基本情報の記録とともに電子証明書を搭載）
- ⑦QRコード（マイナンバーを記録）
- ⑧マイナンバー

※表面は顔写真付きのため対面での身分証明書として、裏面はICチップを利用したオンラインでの身分証明書として利用することができます。また、医療機関・薬局でマイナ保険証として利用する場合は、マイナンバーではなくマイナンバーカードのICチップ内の利用者証明用電子証明書を利用します。

各書類に共通する記入の際のポイント

■被保険者の方ご自身が記入してください

被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者として記入してください。

この場合、申請者と被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付書類として併せて提出してください。

■楷書で枠内に丁寧に記入してください

生年月日、日付が1桁の場合は、左のマスを0で埋めてください。

■記入された事項を訂正したいときは…

訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。

■押印廃止の取り扱い

行政手続における書面・押印・対面の見直しにともない、押印廃止に向けた政府の取り組み要請等をふまえて、協会けんぽでは、提出する各種申請書への押印は、原則不要となりました。ただし、以下のものについては、引き続き押印が必要となります。

- ①任意継続被保険者の保険料に係る保険料預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書の、「金融機関お届出印」及び「金融機関使用欄（ゆうちょ銀行を除く）」
 - ②高額療養費支給申請書、限度額適用・標準負担額減額認定申請書及び出産育児一時金の市区町村長が証明する欄

■協会けんぽへの各種申請におけるマイナンバーの取り扱いについて

各種申請におけるマイナンバーの取り扱いについて、主な共通事項は以下の通りです。

どんなときにマイナンバーを利用しますか？

高額療養費などの一部の申請において、(非)課税証明書等の証明書の添付が必要となる場合に、マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合は添付書類の省略が可能です(該当する主な申請を本書に収載)。

被保険者のマイナンバー記入欄について

被保険者のマイナンバーは、被保険者の記号・番号が不明の場合のみ記入してください。

なお、被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。本人確認書類貼付台紙に、⑦⑧の両方を貼付のうえ、申請書に添付してください。

⑦身元確認を行うための書類（いずれか1点）

- ・被保険者のマイナンバーカード（表面）のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

①番号確認を行うための書類（いずれか1点）

- ・被保険者のマイナンバーカード（裏面）のコピー、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書

被保険者の記号・番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

任意継続被保険者の方へのお願い

被扶養者になる場合の届出をする際には、被扶養者のマイナンバーの届出が必要となっていますので、申請書への記入をお願いします。なお、被扶養者でなくなる場合の届出については、記入不要です。



高額療養費

■月単位で自己負担額に限度を設定

1ヵ月（月の1日～末日）の自己負担額（3割・2割）には「自己負担限度額」が設定されています。

(1)定率負担分が対象、特別料金・標準負担額は対象外

「自己負担額」とは、窓口で支払う定率負担分に限られます。差額ベッド等の特別料金や、入院時の食事の標準負担額等はここでいう自己負担額に含まれません。

(2)「自己負担限度額」は年齢別・所得別に設定

70歳未満の方と70歳以上の方それぞれに所得区分別に表のように定められています。

〈70歳未満の方の自己負担限度額〉

所得区分		自己負担限度額 < >内は多数回該当 ^{※2}
標準報酬月額	区分ア 83万円以上	252,600円+ (総医療費 ^{※1} －842,000円) × 1% <140,100円>
	区分イ 53万～79万円	167,400円+ (総医療費 ^{※1} －558,000円) × 1% <93,000円>
	区分ウ 28万～50万円	80,100円+ (総医療費 ^{※1} －267,000円) × 1% <44,400円>
	区分工 26万円以下	57,600円 <44,400円>
	区分才 低所得者	35,400円 <24,600円>

標準報酬月額＝月給に相当する額

※「区分ア」または「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での「区分ア」または「区分イ」の該当となります。

〈70歳以上の方の自己負担限度額〉

所得区分		外来＋入院（世帯単位）	
		外来（個人単位）	
現役並み標準報酬月額	III 83万円以上	252,600円+ (総医療費 ^{※1} －842,000円) × 1% <多数回該当 140,100円>	
	II 53万～79万円	167,400円+ (総医療費 ^{※1} －558,000円) × 1% <多数回該当 93,000円>	
	I 28万～50万円	80,100円+ (総医療費 ^{※1} －267,000円) × 1% <多数回該当 44,400円>	
	26万円以下	18,000円 ^{※3} (8月～翌7月の年間 上限144,000円)	57,600円 ^{※3} <多数回該当 44,400円>
低所得者II		8,000円	24,600円
低所得者I			15,000円

★ 平成30年8月からは、「外来（個人単位）」の限度額は撤廃、「外来＋入院（世帯単位）」の限度額は所得区分により細分化され、(70歳未満の方の自己負担限度額)の区分ア～区分ウと同様となっています。

※1 総医療費…医療機関の窓口で支払った額ではなく、保険が適用される診察や治療に要した費用の全額をいいます。

※2 多数回該当…診療月以前1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた（受けられる）場合は、4回目から自己負担限度額がく）内の額に軽減されます。

※3 定率負担（→2頁）の2割の別にかかわらず自己負担限度額は同額です。

※現役並み所得者に該当する場合は、市区町村民税が非課税等であっても現役並み所得者となります。

■「認定証」を提示するなど3つのケースで窓口での負担額が限度額までに軽減(高額療養費の現物給付化)

(1)事前申請で交付された「認定証」を提示したとき

入院・通院を問わず、高額な治療が続くと見込まれたときは、協会けんぽに申請ができます。申請受理後、交付された「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」を窓口に提示すれば、患者ごと・医療機関や薬局ごとの1ヵ月の窓口負担額が自己負担限度額までにとどめられます。

※平成30年8月から70歳以上の方について、所得区分が細分化されたことによる（70歳未満と同様）、事前の申請のしくみが取り入れられており、

- ・現役並み所得II・Iの限度額により現物給付を受ける場合は「限度額適用認定証」（Ⅲおよび一般は不要）

- ・低所得II・Iの限度額により現物給付を受ける場合は「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示が必要です。

	70歳未満	70歳以上
低所得者以外	「限度額適用認定申請書」により申請	現役並み所得II・Iの場合「限度額適用認定申請書」により申請（Ⅲおよび一般は不要）
低所得者	「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」により申請	

※マイナ保険証を利用することで、自己負担限度額までの支払いとなるため、「限度額適用認定申請書」による事前申請は不要となります（低所得者の方の「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」による事前申請は必要ですが、医療機関等の窓口での「認

A 高額療養費

定証」の提示は不要となります)。

低所得者の方はこの減額認定により、食事療養標準負担額が下表のように減額されます。

※申請が間に合わず減額されなかったときは、事後申請により療養費（→21頁）として払い戻されます。なお、療養病床に入院中の65歳以上の患者が負担する生活療養標準負担額も減額されます。

	食事療養標準負担額	
	(1食)	長期入院 ^{*1}
(減額前の額)	510円・300円 ^{*2}	—
70歳未満	240円	190円
Ⅱ (70歳以上)	240円	190円
I (70歳以上)	110円	—

※1 申請を行った月以前の1年間で、90日を超えて入院していた場合

※2 指定難病患者、小児慢性特定疾患の対象患者等の場合

(2)慢性腎不全などの特定疾患に該当するとき

長期にわたり高額な医療費が必要となる次の疾患の患者は、窓口の自己負担限度額が10,000円（前頁「区分イ」以上で②該当者は20,000円）となります。

①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V因子障害または第IX因子障害

②人工腎臓（透析）を実施している慢性腎不全

③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含む一定の人）

この取扱いを受けるには、「特定疾病療養受療証交付申請書」を協会けんぽ支部に提出します。

申請の受理後、「特定疾病療養受療証」が交付されますので、医療機関に提示します。

※「特定疾病療養受療交付申請書」による事前申請は必要ですが、マイナ保険証を利用することで、上記の自己負担限度額までの支払いとなるため、医療機関等の窓口での「受療証」の提示は不要となります。

(3)他の公的制度により自己負担額が軽減されるとき

原爆被爆者援護法による一般疾病医療費の支給などにより自己負担額が軽減もしくは不要となります。

■窓口で軽減されなくても後日の払い戻しで負担軽減

前述の要件にあてはまらないときは、窓口ではいつたん定率負担分を支払い、後日、協会けんぽに自己負担限度額との差額（高額療養費）の支給申請を行うことにより、負担を軽減することができます。

(1)世帯で合算して自己負担額を算出

負担の軽減は、世帯単位でも行うことができます。

同一世帯（被保険者とその被扶養者）で同一月に複数の自己負担額がある場合に、世帯で合算して自己負担限度額を超えたときは、超えた額が高額療養費として支給されます。

具体的には、受診者別、医療機関別、医科・歯科別、入院・通院（通院の場合は調剤薬局分との合算）別にそれぞれ自己負担額を算出します。そのうち21,000円以上のもの（70歳以上は金額を問わず全ての自己負担額）を合算してトータルの自己負担額とします。

※認定証等で窓口での自己負担額の軽減を受けたケースでも、この世帯合算のしくみにより、さらに高額療養費の払い戻しを受けられる場合があります。

(2)支給申請は月ごとに

高額療養費の支給を受けるには、月ごとに、世帯（被保険者と被扶養者）の医療費の自己負担額をまとめた申請書を協会けんぽの支部に提出します。

〈高額療養費の計算例〉

設例

70歳未満の被保険者で標準報酬月額が28万～50万円、70歳未満の被扶養者がいる場合で、

被保険者 入院医療費①20万円（自己負担額②6万円）

被扶養者 通院（歯科）医療費③10万円

（自己負担額④3万円）

通院（眼科）医療費⑤5万円

（自己負担額⑥1万5千円）



高額療養費の計算

9万円（②+④）【自己負担額】

- [80,100円 + (医療費30万円（①+③）- 267,000円) × 1%]

【自己負担限度額】

= 9,570円【高額療養費の支給額】

※被扶養者の方の通院（眼科）は、自己負担額⑥が21,000円未満のため、合算の対象になりません。

<参考1 高額医療費貸付制度>

払い戻しの高額療養費は支給決定までに診療月後3ヵ月以上かかることから、その間の家計負担の軽減を目的として、無利子の貸付制度があります。

<参考2 高額医療・介護合算制度>

同一世帯の被保険者・被扶養者において、医療保険と介護保険の両方に自己負担額がある場合に、1年間（8月～翌年7月）に支払った額が自己負担限度額（年額56万円を基本に、きめ細かく設定）を超えたときは、超えた額が払い戻されます。なお、ここでいう自己負担額は、高額療養費や介護保険での高額サービス費を差し引いた後にお残る負担額をいいます。

A 高額療養費

①負担が高額になるのを事前に軽減したいとき 限度額適用認定申請書

健康保険 限度額適用認定 申請書

限

記号・番号	15290414123	番号(左づめ)	生年月日
氏名(カタカナ)	ケンホウ タロウ		
氏名	健保 太郎		
郵便番号(ハイフン除く)	1650000	電話番号(左づめハイフン除く)	03000000000
住所	東京 都道府県 ○○区△△○-○-○		

氏名(カタカナ)	ケンホウ タロウ
生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 49年10月22日

上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。			
郵便番号(ハイフン除く)	1020000	電話番号(左づめハイフン除く)	03000000000
住所	東京 都道府県 ○○区△△○-○-○		
宛名	株社保産業		

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。	
5 氏名	被保険者との関係
電話番号(左づめハイフン除く)	申請代行の理由
備考	

被保険者の記号・番号が不明な場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。 (記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。) ▶				
社会保険労務士の提出代行者名記入欄				
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。				
MN確認(被保険者) 230111101	同時申請 1. 起入有(※有り) 2. 起入有(※有なし) 3. 記入無(添付あり)	1. 資格取得 2. その他(理由)	1. 被扶養者貢献度 2. その他(理由)	1. 被保険者変更正 2. 枚数
		受付日付印 (2024.12)		

全国健康保険協会
協会けんぽ

1/1

記入の方法



1 資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号を左づめで記入してください。枝番は記入不要です。

2 被保険者の氏名を記入してください。機械(OCR)処理をするので、必ず氏名(カタカナ)も記入してください。姓と名の間は1マス空けて記入してください。濁点(‘)、半濁点(‘)は1字として記入してください。

3 療養する方の氏名(カタカナ)、生年月日を記入してください。

4 入院され自宅で認定証の受け取りができない場合などに、その送付先を記入してください。なお、記入の不備等により書類をお返しする場合もこの送付先にお送りしますので、十分注意してください。

5 被保険者以外の方が申請する場合に記入してください。なお、申請を代行された場合でも、認定証は上の欄に記入された送付先にお送りしますので、十分注意してください。

添付書類

添付書類はありません。

◆マイナ保険証を利用してことで、自己負担限度額までの支払いとなるため、「限度額適用認定申請書」による事前申請は不要となります。

※平成30年8月から70歳以上の方について、所得区分が細分化されたことによる(70歳未満と同様)事前の申請のしくみが取り入れられており、マイナ保険証を利用しない場合に、現役並み所得Ⅱ・Ⅰの限度額により現物給付を受けるときは、「限度額適用認定証」の提示が必要です(Ⅲおよび一般は不要)。

※低所得者の方が窓口での負担の軽減を受けようとする場合は、年齢にかかわらず、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(次頁)により事前申請します。

※「限度額適用認定証」による保険医療機関・保険薬局の窓口での負担軽減は、保険医療機関・保険薬局ごとの取扱いになります。同一月で複数の保険医療機関で入院されたり、外来で診察を受けたことによりそれぞれ21,000円以上の自己負担額があった場合には、「高額療養費支給申請書」(16頁)を提出してください。

※診療月以前1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、多数回該当となり4回目から自己負担限度額が軽減されますが、「限度額適用認定証」による保険医療機関・保険薬局の窓口での負担は、軽減前の自己負担限度額が適用される場合があります。この場合には「高額療養費支給申請書」(16頁)を提出してください。

②負担が高額になるのを事前に軽減したいとき(低所得の方)

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

限度額適用・ 健康保険 標準負担額減額認定 申請書

1

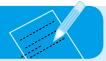
2

ページ

減

低所得(住民税非課税等)に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

記入の方法



1 資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号を左づめで記入してください。枝番は記入不要です。

2 療養する方の氏名(カタカナ)、生年月日を記入してください。

3 申請を行った月以前1年間で、市区町村民税が課されていない期間中の入院期間が90日を超える場合には、「1. はい」と回答して、2ページの長期入院欄に記入します。

4 入院され自宅で認定証の受け取りができる場合などに、その送付先を記入してください。不備等により書類をお返しする場合もこの送付先にお送りします。

5 被保険者以外の方が申請する場合に記入してください。申請を代行された場合でも、減額認定証は上の欄に記入された送付先にお送りします。

6 マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合は郵便番号を記入してください。申請する月によって記入する郵便番号が異なります。

(例) 令和6年8月～令和7年7月診療分
→令和6年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

令和7年8月～令和8年7月診療分
→令和7年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

7 マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、を入れ、(1)市区町村民税が非課税の方は、(非)課税証明書を添付してください。(2)被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない方は、被保険者および被扶養者の(非)課税証明書を添付してください。

(例) 令和6年8月～令和7年7月診療分
→令和6年度(令和5年中収入)の(非)課税証明書

令和7年8月～令和8年7月診療分
→令和7年度(令和6年中収入)の(非)課税証明書

8 2ページ目は、1ページ目の認定対象者欄の質問に対し、「1. はい」と回答した場合のみ記入してください。

15

被保険者情報	記号・番号	36243805123	番号(左づめ)	1	2	ページ	3	
	姓と名の間に「マス」を記入してください。(例点「）、半角点「。」は1字として記入ください。							
	氏名(カタカナ)	ケンホウ タロウ						
	氏名	健保 太郎						
	郵便番号(ハイフン除く)	17300000	電話番号(左づめハイフン除く)	03000000000				
	住所	東京 都道府県△△区××○○○						
認定対象者欄	氏名(カタカナ)	2ケンホウ タロウ						
	姓と名の間に「マス」を記入してください。(例点「）、半角点「。」は1字として記入ください。							
	生年月日	2 1.昭和 2.平成 3.令和 04 年 04 月 20 日	3	1	1. はい 「1. はい」の場合、2ページ「長期入院欄」に申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入いただき、証明書類を添付してください。 ※長期入院とは、申請を行った月以前1年間で90日を超えて入院されていることです。 ただし、保険者に住所等でご認められた期間は除くことになります。			
送付希望先欄	上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合に記入ください。	4 1200000 東京 都道府県 千代田区△△1-1						
	宛名	株けんぼ商会 〇〇〇〇						
申請代行者欄	被保険者以外の方が申請する場合に記入ください。	5 氏名	被保険者との関係					
	電話番号(左づめハイフン除く)	6 希望しない						
情報照会欄	被保険者郵便番号	17300000	申請代行の理由	7 マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。 希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。				

1ページ目の認定対象者欄「認定対象者は、長期入院されましたか。」の質問に対し、「1. はい」と回答された方のみご記入ください。

被保険者氏名 健保 太郎

8	申請月以前1年間の入院日数合計	92	※申請を行った月以前1年間の入院期間をご記入いただき、証明書類を添付してください。 ただし、保険者に低所得者として認められた期間には記入しないでください。
	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日	52
①	① 入院した医療機関等	名称 ○○総合病院	所在地 東京都□□区△△1-1
	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日	40
②	② 入院した医療機関等	名称 ○○総合病院	所在地 東京都□□区△△1-1

◆低所得の方が窓口で負担の軽減を受ける場合、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」による事前申請が必要ですが、マイナ保険証を利用することで自己負担額までの支払いとなるため、医療機関等の窓口での「認定証」の提示は不要となります。

※申請月の初日(健康保険加入月に申請した場合は資格取得日)から初めて到来する7月末日が有効期間となります。

添付書類

- (1)低所得の適用により生活保護を必要としない人⇒「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載の保護申請却下通知書または保護廃止決定通知書等
- (2)長期入院に該当する人⇒入院期間を証明する書類

申請を行った月以前1年間で、市区町村民税が課されていない期間中の入院期間が90日を超える場合には、その入院期間を記入してください。この場合は、入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収証など)を添付してください。