

事 務 連 絡

平成 29 年 6 月 16 日

健康保険組合 御中

厚生労働省保険局保険課

高額療養費の見直しに伴う関係政令等の改正内容について
(平成 29 年 8 月施行分)

健康保険制度の円滑な運営につきましては、平素より格段の御協力、御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

高額療養費の見直しにつきましては、「高額療養費制度の見直し内容について」(平成 28 年 12 月 22 日付け厚生労働省保険局保険課事務連絡)においてその概要をお知らせし、その後、「高額療養費制度の見直しに係る意見照会について」(平成 29 年 3 月 31 日付け厚生労働省保険局保険課事務連絡)において、外来療養の年間上限、特定給付対象療養の算定基準額等及び現役並み所得者区分細分化後の表記について、意見照会を実施したところです。

これらを踏まえ、厚生労働省においては、今後、健康保険法施行令(大正 15 年勅令第 243 号。以下「健保令」という。)等の一部を改正した上で、追って改正の内容等を正式に通知する予定ですが、あらかじめ、今回の改正の趣旨及び内容について、下記のとおりお知らせしますので、その円滑な実施に配慮されるようお願いいたします。

また、意見照会においていただいた具体的な御意見への回答や事務取扱については、別にお知らせする予定です。

今後とも、健康保険制度の運営に御理解、御協力を賜りますよう、よろしく願いいたします。

記

第 1 改正の趣旨

今回の改正は、医療保険制度の持続可能性を高めるため、世代間・世代内の負担の公平や、負担能力に応じた負担を求める観点から、低所得者に配慮した上で、70 歳以上の高額療養費の算定基準額等を見直すものであること。

第2 健保令の改正の内容

1 70歳以上の高額療養費の算定基準額に関する事項

① 算定基準額については、次のとおりとすること。

所得区分	外来の上限額 (個人ごと)	外来+入院の上限額 (世帯ごと)
	現役並み所得 (標準報酬月額 28 万円以上)	44,400 円 →57,600 円
一般 (標準報酬月額 28 万円未満)	12,000 円 →14,000 円	44,400 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		15,000 円

② 75歳到達時に受けた療養に係る算定基準額については、①の額の半分の額とすること。

③ 特定給付対象療養（健保令第41条第7項に規定する特定疾病給付対象療養及び同条第9項に規定する長期特定疾病を除く。以下同じ。）に係る高額療養費については、現行は所得によらず一律に一般所得者と同じ算定基準額を適用して支給しているところであるが、今回の改正においても同様の取扱いとし、特定給付対象療養に係る高額療養費の算定基準額は、以下のとおりとすること。

- ・70歳以上の者（入院療養） 57,600 円
- ・70歳以上の者（外来療養） 14,000 円
(75歳到達時は2分の1を乗じた額)

④ 特定疾病給付対象療養に係る高額療養費については、現行は健保令第42条第1項から第5項までに規定する算定基準額に準じた額を適用して支給しているところであるが、今回の改正においても同様の取扱いとし、①及び②に準じて改正した額とすること。

2 外来療養に係る年間の高額療養費に関する事項

今回の見直しにおいて、一般所得者及び低所得者については、新たに70歳以上の外来療養に係る年間の高額療養費制度が創設されることに伴い、その支給要件及び支給額並びに算定基準額等について、次のとおり定めることとすること。

(1) 外来療養に係る年間の高額療養費の支給要件及び支給額
具体的な規定ぶりは、追ってお知らせすることとする。

(2) 外来療養に係る年間の高額療養費の算定基準額
外来療養に係る年間の高額療養費の算定基準額は、14 万 4 千円とすること。

(3) その他外来療養に係る年間の高額療養費の支給に関する事項
計算期間の途中で死亡した等により医療保険制度の加入者でなくなった被保険者については、当該加入者の資格を喪失した日の前日を基準日とみなして、外来療養に係る年間の高額療養費の規定を適用することとする。

第3 健康保険法施行規則（大正 15 年内務省令第 36 号）の改正の内容

1 基準日被保険者の保険者に対する外来療養に係る年間の高額療養費の支給申請手続きについて、次のとおりとすること。

① 外来療養に係る年間の高額療養費の支給を受けようとする基準日被保険者は、必要事項を記載した申請書に、当該基準日被保険者が計算期間において負担した外来療養に係る一部負担金等の額の証明書及び基準日における基準日被保険者の所得区分を証する書類を添付して、基準日に属する健康保険の保険者に提出すること。

② その他の取扱いについては、追ってお知らせすることとする。

2 計算期間において被保険者又は被扶養者であった者が加入していた健康保険の保険者（1 の保険者を除く。）に対する年間の高額療養費の支給申請手続きについて、次のとおりとすること。

① 年間の高額療養費の支給を受けようとする者（計算期間において保険者の被保険者又は被扶養者であった者に限る。）は、必要事項を記載した申請書（支給兼証明書交付申請書）を、計算期間において加入していた健康保険の保険者に提出すること。

② その他の取扱いについては、追ってお知らせすることとする。

第4 施行期日

今回の改正の施行日は、平成 29 年 8 月 1 日とすること。

事 務 連 絡
平成 29 年 6 月 16 日

健康保険組合 御中

厚生労働省保険局保険課

「高額療養費制度の見直しに関するQ&A」の送付について

医療保険制度の円滑な運営につきましては、平素より格段の御協力、御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、高額療養費制度の見直しにつきましては、その周知・広報の一環として、今般、別添のとおり「高額療養費制度の見直しに関するQ&A」を作成いたしましたので、ご活用いただきますようお願いいたします。

高額療養費制度の見直しに関するQ & A

目次

1. 総論	5
問 1. 1 なぜいま高額療養費制度の見直しを行うのか。高齢者に何かメリットはあるのか。なぜ二段階施行とするのか。	
2. 平成 29 年 8 月施行分（多数回該当について）	6
問 2. 1 平成 29 年 7 月までに年 3 回以上高額療養費（一般区分／世帯合算）に該当して いる場合、そのカウントは平成 29 年 8 月以降に引き継ぐのか。	
問 2. 2 多数回該当は、どの区分の高額療養費支給回数をカウントできるのか。	
3. 平成 29 年 8 月施行分（年間上限について）	7
(1) 総論	7
問 3. 1. 1 外来療養に係る年間の高額療養費について、世帯合算による高額療養費や 高額介護合算療養費との関係はどのようになるのか。	
問 3. 1. 2 なぜ外来療養に係る年間の高額療養費制度を創設するのか。	
問 3. 1. 3 なぜ、一般区分だけでなく低所得区分の個人の外来についても合算の対象 とするのか。	
問 3. 1. 4 なぜ、基準日に現役並み所得区分である場合は支給対象とならないのか。	
問 3. 1. 5 計算期間中に現役並み所得区分である期間があった場合でも、基準日時点で 一般区分又は低所得区分であれば、支給対象となるのか。逆に、計算期間 中は一般区分又は低所得区分であったが、基準日においては現役並み所得区 分であれば、支給対象とはならないのか。	
問 3. 1. 6 7 月中に世帯状況が変わり、翌月から区分が変更になる場合、高額介護合 算療養費と同様に、あくまで基準日時点の世帯構成で区分を判定するのか。	
問 3. 1. 7 世帯合算後になお残る個人の外来療養の自己負担額の積み上げをするの ではなく、月ごとの個人の外来療養の後の自己負担額を積み上げて年間上限 を計算することはできないか。	
問 3. 1. 8 年間上限を 144,000 円に固定するよりも、合算対象月数に応じて按分する	

方が被保険者にとってわかりやすいのではないか。

(2) 算定方法 9

- 問3.2.1 外来療養に係る年間の高額療養費の算定開始日はいつか。
- 問3.2.2 月々の自己負担額が月ごとの上限額を超えない場合、年間上限には該当するのか。
- 問3.2.3 調剤や治療用装具による自己負担額も、外来療養に係る年間の高額療養費の算定対象となるか。
- 問3.2.4 再審査等により請求が止まっているレセプトはどのように取り扱うのか。
- 問3.2.5 計算期間に75歳該当月を含んでいた場合でも年間上限を144,000円とするのか。
- 問3.2.6 69歳以下と世帯合算した高額療養費についても支給があったとみなして年間の高額療養費を算定するのか。

(3) 保険者変更の場合 10

- 問3.3.1 なぜ、保険者が変更された場合に外来療養に係る年間の高額療養費支給額を変更前後の保険者で按分支給するのか。多数回のカウントは保険者が変更されるとリセットされることを踏まえ、年間上限の適用についても、保険者ごとに自己負担の通算をリセットすべきではないか。
- 問3.3.2 加入月数に応じて上限額144,000円も按分するのか。
- 問3.3.3 被保険者は基準日における保険者にのみ申請を行うのか。
- 問3.3.4 前保険者による自己負担額証明書がなくとも基準日時点の保険者における自己負担分のみで支給可能な場合で、本人が自己負担額証明書なしで支給を受け、その後、自己負担証明を持参し追加支給を求めてきた場合、追加支給は可能か。
- 問3.3.5 年度内に複数の保険者の変更を伴う異動がある場合、高額介護合算療養費と同様に、前保険者・前々保険者がそれぞれ自己負担額証明書を発行する必要があるのか。
- 問3.3.6 自己負担額証明書の交付に当たっては申請が必要なのか。
- 問3.3.7 自己負担額証明書では何の額を証明するのか。
- 問3.3.8 保険者変更があった場合において、外来療養に係る年間の高額療養費支給後に、年間上限の高額療養費支給後に、資格喪失後受診等の不当利得が判明した場合や自己負担額が遡及変更となった場合の取扱いはどうするのか。

(4) 期中精算 11

- 問3.4.1 計算期間中に被保険者が死亡した場合は、年間上限額144,000円を生存月

数で按分するのか。

問 3. 4. 2 死亡月の前までは一般区分又は低所得区分であったが、死亡月（みなし基準日）に現役並み所得区分であれば、支給対象とはならないのか。

問 3. 4. 3 計算期間中に被保険者が死亡した場合は、死亡した被保険者のみを支給対象と捉え、同一世帯の他の被保険者については 7/31 時点で計算するのか。

(5) 事務取扱 12

(6) その他 12

問 3. 6. 1 年間上限を超える額は現物支給か、償還払いか。償還払いの場合、算定事務・支給事務はいつ頃行うのか。

問 3. 6. 2 複数の医療機関を受診した場合で年間上限額を超えた場合でも現物給付はしないということで良いか。

問 3. 6. 3 外来療養に係る年間の高額療養費が支給された場合、高額介護合算療養費の算定対象となる医療の自己負担額はどのように算出するのか。

問 3. 6. 4 高額介護合算療養費については、外来療養に係る年間の高額療養費を支給したものとして計算するのか。

問 3. 6. 5 年間上限を超える分を償還払いとする場合、医療費控除の適用を受ける際に申告する高額療養費支給額はどのように取り扱うのか。

4. 平成 29 年 8 月施行分（その他） 14

問 4. 1 見直し後の上限額が適用されるのは、8 月診療分からか、8 月計算分からか。

問 4. 2 見直し後の上限額の根拠は何か。

問 4. 3 75 歳到達月の上限額も併せて引き上げるのか。

問 4. 4 一般区分に多数回該当が新設されることにより、レセプトの特記事項はどのように変更されるのか。

5. 平成 30 年 8 月施行分 15

問 5. 1 現役並みの 3 区分は、被保険者証等への職権記載とするのか、限度額適用・標準負担額認定証を発行するのか。

問 5. 2 見直し後の上限額の根拠は何か。

問 5. 3 なぜ現役並み所得者の外来上限特例を撤廃するのか。

問 5. 4 上限額を超える部分は現物給付化で対応するのか。

問 5. 5 平成 30 年 8 月診療分からの現役並み所得区分 I について、平成 30 年 8 月ま

でに外来（個人）で過去 12 か月以内に 3 回以上、上限額に達している場合、平成 30 年 8 月以降に 4 回目の外来受診があれば、多数回該当となり、上限額（世帯）は 44,400 円となる理解でよいか。

問 5. 6 特定疾病給付対象療養の算定基準額の見直しに伴い、レセプトの特記事項はどのように変更されるのか。

6. その他 17

問 6. 1 高額療養費の見直しに伴い、70 歳以上の自己負担割合の判定基準についても見直すのか。また、今後、70 歳以上の自己負担割合についても見直すのか。

問 6. 2 今後、低所得区分の見直しや一般区分の外来特例撤廃についても検討が行われるのか。

1. 総論

問 1.1 なぜいま高額療養費制度の見直しを行うのか。高齢者に何かメリットはあるのか。なぜ二段階施行とするのか。

(答)

今回の見直しは、医療保険制度の持続可能性を高めるため、世代間・世代内の負担の公平を図り、負担能力に応じた負担を求める観点から行うものです。

見直しを行うに当たっては、負担が増える方に配慮し、激変緩和のために二段階施行としています。

2. 平成 29 年 8 月施行分（多数回該当について）

問 2. 1 平成 29 年 7 月までに年 3 回以上高額療養費（一般区分／世帯合算）に該当している場合、そのカウントは平成 29 年 8 月以降に引き継ぐのか。

（答）

お見込みのとおりです。

問 2. 2 多数回該当は、どの区分の高額療養費支給回数をカウントできるのか。

（答）

全区分の世帯合算による支給回数がカウント対象です。

（現役並み区分での支給、一般区分での支給及び低所得区分での支給を全てカウントして、現役並み区分と一般区分における多数回該当の判定を行うこととなります。）

3. 平成 29 年 8 月施行分（年間上限について）

（1）総論

問 3. 1. 1 外来療養に係る年間の高額療養費について、世帯合算による高額療養費や高額介護合算療養費との関係はどのようになるのか。

（答）

各制度の適用順序は次のとおりとしています。

- ① 個人の外来を計算
- ② 世帯合算を計算（先に高齢世帯合算を計算）
- ③ 外来の年間上限を計算
- ④ 高額介護合算療養費を計算

問 3. 1. 2 なぜ外来療養に係る年間の高額療養費制度を創設するのか。

（答）

外来療養に係る年間の高額療養費制度は、70 歳以上の高額療養費の上限額を見直すことに伴い、年間を通して外来特例に該当するような長期療養を受けている方の負担が増えないよう配慮する観点から、新たに創設するものです。

問 3. 1. 3 なぜ、一般区分だけでなく低所得区分の個人の外来についても合算の対象とするのか。

（答）

1 年間に一般区分の月と低所得区分の月がある場合は、年間通して一般区分である場合に比べて負担能力が低いにもかかわらず負担が重くなってしまいうケースがある（※）ため、所得の低い方に配慮し、7 月 31 日時点で低所得区分である被保険者も含め、1 年間のうち一般区分又は低所得区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、144,000 円の上限を設けることとしています。

※例（平成 29 年 8 月以降）

年間通して一般区分の場合の年間負担額

＝14,000 円×12 か月＝168,000 円 → 年間上限により 144,000 円

一般区分 10 か月、低所得区分 2 か月の場合の年間負担額（低所得区分を合算対象としない場合）

＝14,000 円×10 か月＋8,000 円×2 か月＝156,000 円

問 3. 1. 4 なぜ、基準日に現役並み所得区分である場合は支給対象とならないのか。

（答）

基準日に現役並み所得区分である方は、将来に向けて負担能力を有している方と考えられることから、外来療養に係る年間の高額療養費制度の支給対象者とはなりません。

問3.1.5 計算期間中に現役並み所得区分である期間があった場合でも、基準日時点で一般区分又は低所得区分であれば、支給対象となるのか。逆に、計算期間中は一般区分又は低所得区分であったが、基準日においては現役並み所得区分であれば、支給対象とはならないのか。

(答)

お見込みのとおりです。

問3.1.6 7月中に世帯状況が変わり、翌月から区分が変更になる場合、高額介護合算療養費と同様に、あくまで基準日時点の世帯構成で区分を判定するのか。

(答)

お見込みのとおりです。

7月に世帯状況が変わり、8月から所得区分が変更となる場合であっても、7月31日時点の所得区分及び世帯構成で判断します。

問3.1.7 世帯合算後になお残る個人の外来療養の自己負担額の積み上げをするのではなく、月ごとの個人の外来療養の後の自己負担額を積み上げて年間上限を計算することはできないか。

(答)

高額療養費制度は家計に対する医療費の負担が過重とならないよう支給するものであることから、二重給付とはならないようにするためにも、世帯合算後になお残る個人の外来療養の自己負担額を合算することが適当です。

※例 健康保険の同一世帯（一般区分）に70歳以上の被保険者であるAとその被扶養者であるBがいる場合（上限額は、世帯合算57,600円とする）

A…外来自己負担14,000円 → 世帯合算による高額療養費3,103円

B…入院自己負担60,000円 → 世帯合算による高額療養費13,297円

この場合、Aの外来療養に係る年間の高額療養費を算定するに当たって、外来自己負担額14,000円をそのまま用いると、世帯合算による高額療養費との二重給付となる可能性があります。そのため、合算対象は、10,897円(=14,000-3,103)とすることが適当です。

問3.1.8 年間上限を144,000円に固定するよりも、合算対象月数に応じて按分する方が被保険者にとってわかりやすいのではないか。

(答)

外来療養に係る年間の高額療養費制度は、長期療養されている方に配慮し、年間の負担額が見直し前後で変わらないようにするために設けられたものです。合算対象月数に応じて上限を按分することは、今般の見直しや、外来療養に係る年間の高額療養費制度の趣旨に反するため、上限額は144,000円に固定することとしています。

(2) 算定方法

問3.2.1 外来療養に係る年間の高額療養費の算定開始日はいつか。

(答)

平成29年8月診療分からです。

問3.2.2 月々の自己負担額が月ごとの上限額を超えない場合、年間上限には該当する
のか。

(答)

月々の自己負担額が月ごとの上限額を超えない場合でも、それらの自己負担額は、外来療養に係る年間の高額療養費の算定対象として合算します。

問3.2.3 調剤や治療用装具による自己負担額も、外来療養に係る年間の高額療養費の
算定対象となるか。

(答)

外来療養に係る年間の高額療養費制度の算定対象となる自己負担額は、月ごとの高額療養費制度や高額介護合算療養費制度の算定対象となる自己負担額と同じです。したがって、調剤や治療用装具による自己負担額についても、外来療養に係る年間の高額療養費の算定対象となります。

問3.2.4 再審査等により請求が止まっているレセプトはどのように取り扱うのか。

(答)

月ごとの高額療養費制度や高額介護合算療養費制度における取扱いと同様に、再審査結果が出た後に支給することとします。

問3.2.5 計算期間に75歳該当月を含んでいた場合でも年間上限を144,000円とする
のか。

(答)

お見込みのとおりです。

問3.2.6 69歳以下と世帯合算した高額療養費についても支給があったとみなして外
来療養に係る年間の高額療養費を算定するのか。

(答)

お見込みのとおりです。

(3) 保険者変更の場合

問3.3.1 なぜ、保険者が変更された場合に外来療養に係る年間の高額療養費支給額を変更前後の保険者で按分支給するのか。多数回のカウントは保険者が変更されるとリセットされることを踏まえ、年間上限の適用についても、保険者ごとに自己負担の通算をリセットすべきではないか。

(答)

外来療養に係る年間の高額療養費制度は、長期療養されている方に配慮し、年間の自己負担額が見直し前後で変わらないようにするために設けられたものであることを踏まえ、高額介護合算療養費と同様に、保険者が変更された場合には支給額を変更前後の保険者で按分して支給することとしています。

問3.3.2 加入月数に応じて上限額144,000円も按分するのか。

(答)

計算期間の途中で保険者が変更された場合であっても、各保険者の加入月数にかかわらず、年間上限額は144,000円です。

問3.3.3 被保険者は基準日における保険者にのみ申請を行うのか。

(答)

計算期間の途中で保険者が変更された場合、高額介護合算療養費と同様に、被保険者は、

- ・ 基準日に属する保険者に対して、外来療養に係る年間の高額療養費の支給申請
- ・ 基準日に属する保険者以外の保険者に対して、外来療養に係る年間の高額療養費の支給申請及び自己負担額証明書の交付申請

を、それぞれ行います。

問3.3.4 前保険者による自己負担額証明書がなくとも基準日時点の保険者における自己負担分のみで支給可能な場合で、本人が自己負担額証明書なしで支給を受け、その後、自己負担証明を持参し追加支給を求めてきた場合、追加支給は可能か。

(答)

追加支給することが可能です。

問3.3.5 年度内に複数の保険者の変更を伴う異動がある場合、高額介護合算療養費と同様に、前保険者・前々保険者がそれぞれ自己負担額証明書を発行する必要があるのか。

(答)

お見込みのとおりです。

問 3. 3. 6 自己負担額証明書は、申請に当たっては申請が必要なのか。

(答)

お見込みのとおりです。

問 3. 3. 7 自己負担額証明書では何の額を証明するのか。

(答)

自己負担額証明書では、申請者が計算期間において被保険者又は被扶養者（現役並み所得区分である場合を除く。）として受けた外来療養に係る一部負担金等の額から、当該者に係る月ごとの高額療養費支給額を控除した額を証明します。

問 3. 3. 8 保険者変更があった場合において、外来療養に係る年間の高額療養費支給後に、資格喪失後受診等の不当利得が判明した場合や自己負担額が遡及変更となった場合の取扱いはどうするのか。

(答)

高額介護合算療養費と同様に、次のように取り扱うこととします。

- ① 申請者が基準日に属する保険者（以下この問において「基準日保険者」という。）において自己負担額の変更が生じた場合は、基準日保険者において外来療養に係る年間の高額療養費を再計算し、その結果を被保険者及び基準日保険者以外の保険者（自己負担額証明書を発行した保険者）に通知した上で、申請者に対して追加支給又は返還請求する。
- ② 基準日保険者以外の保険者において自己負担額の変更が生じた場合には、申請者に対して自己負担額の修正があることを連絡するとともに、基準日保険者に対して修正した自己負担額証明書を送付し、再度計算を依頼する。基準日保険者における再計算後、申請者に対して追加支給又は返還請求する。

(4) 期中精算

問 3. 4. 1 計算期間中に被保険者が死亡した場合は、年間上限額 144,000 円を生存月数で按分するのか。

(答)

計算期間の途中で被保険者が死亡した場合であっても、生存月数にかかわらず、年間上限額は 144,000 円です。

問 3. 4. 2 死亡月の前までは一般区分又は低所得区分であったが、死亡月（みなし基準日）に現役並み所得区分であれば、支給対象とはならないのか。

(答)

お見込みのとおりです。

問3.4.3 計算期間中に被保険者が死亡した場合は、死亡した被保険者のみを支給対象と捉え、同一世帯の他の被保険者については7/31時点で計算するのか。

(答)

お見込みのとおりです。

(5) 事務取扱

追ってお知らせする予定です。

(6) その他

問3.6.1 年間上限を超える額は現物支給か、償還払いか。償還払いの場合、算定事務・支給事務はいつ頃行うのか。

(答)

外来療養に係る年間の高額療養費制度は、世帯合算後になお残る個人の外来療養に係る自己負担額について、年間で合算し、144,000円を超える分を支給することとなりますが、医療機関等において世帯合算後になお残る個人の外来療養に係る自己負担額を把握することが不可能であることから、支給の方法は償還払いとします。

事務スケジュールについては、現在、検討中です。

3.6.2 複数の医療機関を受診した場合で年間上限額を超えた場合でも現物給付はしないということで良いか。

(答)

お見込みのとおりです。

3.6.3 外来療養に係る年間の高額療養費が支給された場合、高額介護合算療養費の算定対象となる医療の自己負担額はどのように算出するのか。

(答)

高額介護合算療養費の算定においては、計算期間における一部負担金等の世帯合算額から、計算期間において支給された月ごとの高額療養費及び外来療養に係る年間の高額療養費の合算額を控除して得た額を、算定対象となる医療の自己負担額とします。

3.6.4 高額介護合算療養費については、外来療養に係る年間の高額療養費を支給したものと計算するのか。

(答)

外来療養に係る年間の高額療養費制度は高額療養費制度の一部であることから、高額介

護合算療養費に対する月ごとの高額療養費と同様の取扱とします。

問3.6.5 年間上限を超える分を償還払いとする場合、医療費控除の適用を受ける際に申告する高額療養費支給額はどのように取り扱うのか。

(答)

現在、検討中です。

4. 平成 29 年 8 月施行分（その他）

問 4. 1 見直し後の上限額が適用されるのは、8 月診療分からか、8 月計算分からか。

(答)

29 年 8 月診療分からです。

問 4. 2 見直し後の上限額の根拠は何か。

(答)

一般区分の世帯合算及び現役並み区分の外来の上限額は、69 歳以下の上限額と合わせて設定しています。

一般区分の外来 14,000 円は、12,000 円から 18,000 円への引上げ幅 6,000 円のうち、激変緩和のため、1/3 である 2,000 円を引き上げた額です。

年間上限額は、負担される額が見直し前の年間負担額を超えないよう、見直し前の一般区分の外来 12,000 円×12 か月となる額です。

問 4. 3 75 歳到達月の上限額も併せて引き上げるのか。

(答)

お見込みのとおりです。

問 4. 4 一般区分に多数回該当が新設されることにより、レセプトの特記事項はどのように変更されるのか。

(答)

70 歳以上の一般区分で、特定疾病給付対象療養高額療養費の多数回該当の場合には、レセプトの特記事項欄に「34 多エ」が記載される予定です。

5. 平成 30 年 8 月施行分

問 5. 1 現役並みの 3 区分は、被保険者証等への職権記載とするのか、限度額適用認定証を発行するのか。

(答)

現役並みの 3 区分は、限度額適用認定証に記載することとします。

問 5. 2 見直し後の上限額の根拠は何か。

(答)

一般区分の外来 18,000 円は、見直し前の 12,000 円を設定した水準（一人当たり医療費の上位 2～3%程度に当たる水準）を直近データに当てはめた額です。

現役並み区分の上限額は、69 歳以下の上限額と合わせて設定しています。

問 5. 3 なぜ現役並み所得者の外来上限特例を撤廃するのか。

(答)

社会全体が高齢化する中、制度の持続可能性を高めるためには、高齢者の方々にも、制度の支え手として年齢を問わず負担能力に応じて負担をいただくことが必要です。今般の見直しは、こうした観点から、負担能力に応じた負担を求めることとしたものです。

問 5. 4 上限額を超える部分は現物給付化で対応するのか。

(答)

お見込みのとおりです。

問 5. 5 平成 30 年 8 月診療分からの現役並み所得区分 I について、平成 30 年 8 月までに外来（個人）で過去 12 か月以内に 3 回以上、上限額に達している場合、平成 30 年 8 月以降に 4 回目の外来受診があれば、多数回該当となり、上限額（世帯）は 44,400 円となる理解でよいか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

平成 30 年 7 月までは、外来は多数回該当のカウント対象外であるため、平成 30 年 7 月までに外来で過去 12 か月以内に 3 回以上、上限額に達している場合でも、平成 30 年 8 月以降の 4 回目の外来受診においては、多数回該当とはなりません。

問 5. 6 特定疾病給付対象療養の算定基準額の見直しに伴い、レセプトの特記事項はどのように変更されるのか。[平成 29 年 6 月追加]

(答)

平成 30 年 8 月以降の診療分については、レセプトの特記事項欄の記載が次のように変

更される予定です。

平成 29 年 8 月から平成 30 年 7 月まで診療分

特記		所得区分（70 歳以上）
17	上位	現役並み所得
18	一般	一般
19	低所	低所得ⅡⅠ
22	多上	現役並み所得／多数回
34	多工	一般／多数回

※22 及び 34 は、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合に記載

平成 30 年 8 月以降診療分

特記		所得区分（70 歳未満）	所得区分（70 歳以上）
26	区ア	区分ア	現役並みⅢ
27	区イ	区分イ	現役並みⅡ
28	区ウ	区分ウ	現役並みⅠ
29	区エ	区分エ	一般
30	区オ	区分オ	低所得ⅡⅠ
31	多ア	区分ア／多数回	現役並みⅢ／多数回
32	多イ	区分イ／多数回	現役並みⅡ／多数回
33	多ウ	区分ウ／多数回	現役並みⅠ／多数回
34	多エ	区分エ／多数回	一般／多数回
35	多オ	区分オ／多数回	—

※17～22 は削除

※31～35 は、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合に記載

6. その他

問6.1 高額療養費の見直しに伴い、70歳以上の自己負担割合の判定基準についても見直すのか。また、今後、70歳以上の自己負担割合についても見直すのか。

(答)

今回の見直しに伴い、自己負担割合の判定基準は見直しません。

問6.2 今後、低所得区分の見直しや一般区分の外来特例撤廃についても検討が行われるのか。

(答)

ご指摘のような更なる高額療養費制度の見直しについては、現時点では予定はありません。