

## ■高額療養費の支給（P.21）自己負担限度額（月額）

### ① 69歳までの方

所得区分（注2）	世帯の自己負担限度額（注1）	
	通常	多数回該当（注5）
所得 901万円超及び未申告	252,600円 + (医療費（注3） - 842,000円） × 1%	140,100円
所得 600万円超～901万円以下	167,400円 + (医療費（注3） - 558,000円） × 1%	93,000円
所得 210万円超～600万円以下	80,100円 + (医療費（注3） - 267,000円） × 1%	44,400円
所得 210万円以下	57,600円	
住民税非課税（注4）	35,400円	24,600円

注1：ひとりの方が、同じ月内で、医療機関ごと（同じ病院でも歯科は別となります）に、入院と外来は別計算で医療費の一部負担金の支払いが21,000円以上あったものが高額療養費の計算対象となり自己負担限度額を超えた場合に支給されます。

注2：所得とは、同一世帯の国保加入者全員の基礎控除後の総所得金額等の合計です。

注3：医療費とは、保険診療分の10割です。入院中の食事代や差額ベッド代、保険外診療分などは計算に含めません。

注4：世帯主および同一世帯の国保加入者全員が住民税非課税である世帯の方。

注5：過去12か月間に4回以上高額療養費の支給があった場合、4回目以降はこちらの自己負担限度額となります。

### ② 70歳～74歳の方

外来は、個人単位で1か月に医療機関などに支払った一部負担金を合算します。

外来と入院があった場合は、個人単位の外来の限度額（A）を適用後に、入院を含めて世帯の70歳～74歳の自己負担限度額（B）を適用します。

所得区分	自己負担割合	自己負担限度額	
		外来（個人単位）（A）	外来+入院（世帯単位）（B）
現役並み所得Ⅲ （課税所得690万円以上）（注1）	3割	252,600円 + (医療費（注5） - 842,000円） × 1% 多数回該当（注6）140,100円	
現役並み所得Ⅱ （課税所得380万円以上 690万円未満）（注1）		167,400円 + (医療費（注5） - 558,000円） × 1% 多数回該当（注6）93,000円	
現役並み所得Ⅰ （課税所得145万円以上 380万円未満）（注1）		80,100円 + (医療費（注5） - 267,000円） × 1% 多数回該当（注6）44,400円	
一般（注2）	2割	18,000円 （年間上限額は144,000円）	57,600円 多数回該当（注6）44,400円
低所得Ⅱ（注3）		8,000円	24,600円
低所得Ⅰ（注4）		8,000円	15,000円

注1：本人及び同じ世帯に、70～74歳の国民健康保険被保険者で課税所得が145万円以上の方がいる場合に、負担割合は3割になります。

うち、一部負担金の負担割合が3割の方で、申請により負担割合が2割になる方

◎70歳以上の国民健康保険被保険者が1人の世帯で、年間の収入が383万円未満の世帯の方

◎70歳以上の国民健康保険被保険者が2人以上の世帯で、年間の収入を合計して520万円未満の世帯の方

注2：新たに70歳となる方が属する世帯は、70～74歳の国保加入者全員の基礎控除後の総所得金額等の合計額が210万円以下の場合、「一般（住民税課税所得145万円未満）」となります。

注3：同一世帯の世帯主及び国民健康保険被保険者が住民税非課税の方（低所得Ⅰ以外の方）

注4：同一世帯の世帯主及び国民健康保険被保険者が住民税非課税で、その世帯の各所得が0円となる方（年金は控除額を80万円として計算。給与所得がある場合は、給与所得から10万円を控除）

注5：医療費とは、保険診療分の10割です。入院中の食事代や差額ベッド代、保険外診療分などは計算に含めません。

注6：過去12か月間に4回以上高額療養費の支給があった場合、4回目以降はこちらの自己負担限度額となります。

## ■ Provision of High Medical Care Benefit (pg 21) Ceiling of The Personally-Borne-amount (Monthly Basis)

### ① Members aged 69 or younger

Income Division <sup>(*)2</sup>	Ceiling of the Personally-Borne-amount for a household <sup>(*)1</sup>	
	General (Up to 3 times)	4 <sup>th</sup> and subsequent times <sup>(*)5</sup>
Income over 9.01 million yen and undeclared	252,600 yen + (Medical Expenses <sup>(*)3</sup> - 842,000 yen) × 1%	140,100 yen
Income over 6 million yen and 9.01 million yen or less	167,400 yen + (Medical Expenses <sup>(*)3</sup> - 558,000 yen) × 1%	93,000 yen
Income over 2.1 million yen and 6 million yen or less	80,100 yen + (Medical Expenses <sup>(*)3</sup> - 267,000 yen) × 1%	44,400 yen
Income 2.1 million yen or less	57,600 yen	
Exemption from Resident Tax <sup>(*)4</sup>	35,400 yen	24,600 yen

\*1 :Expensive medical charge will be subject to calculation for co-payment of medical charges that equals or exceeds 21,000 yen, which have been paid by an individual during the same month to one medical institution (for this purpose, dentistry is counted as another institution even if located within the same hospital) to the extent that such amount exceeds the applicable personally-borne-amount. Hospitalization and outpatient services are calculated separately.

\*2 :Income equals to the gross income, etc. after basic deductions from all subscribers of national health insurance in the same household.

\*3 :Medical Expenses means 100% of treatments covered by insurance, but excludes costs of meal or a bed incurring an extra charge, or treatments not covered by insurance.

\*4 :The head of the household and all the members of the household in National Health Insurance is exempted from resident tax.

\*5 :When a single household receives four times or more provision of High Medical Expenses in the past 12 months, ceiling of the personally-borne-amount after the 4th benefit is calculated as such.

### ② Members aged between 70 to 74

For outpatient care, sum up a part of co-payments as an individual unit per month.

When a person receives both outpatient and inpatient care after applying the ceiling amount for outpatients for an individual (A), the ceiling amount for co-payment for members aged between 70 to 74 in a household (B), is applied.

Income categories	Self-pay ratio	Out-of-pocket maximum	
		Outpatient (each individual) (A)	Outpatient + Hospitalization (each household) (B)
Type III income earner who has the comparable to the income on active service. (Taxable income : Over 6.9 million yen) <sup>(*)1</sup>	30%	252,600 yen + (medical expenses <sup>(*)5</sup> - 842,000 yen) × 1% Many applicable <sup>(*)6</sup> 140,100 yen	
Type II income earner who has the comparable to the income on active service. (Taxable income : More than 3.8 million yen and less than 6.9 million yen) <sup>(*)1</sup>		167,400 yen + (medical expenses <sup>(*)5</sup> - 558,000 yen) × 1% Many applicable <sup>(*)6</sup> 93,000 yen	
Type I income earner who has the comparable to the income on active service. (Taxable income : More than 1.45 million yen and less than 3.8 million yen) <sup>(*)1</sup>		80,100 yen + (medical expenses <sup>(*)5</sup> - 267,000 yen) × 1% Many applicable <sup>(*)6</sup> 44,400 yen	
General people <sup>(*)2</sup>	20%	18,000 yen (Annual maximum amount is 144,000 yen)	57,600 yen Many applicable <sup>(*)6</sup> 44,400 yen
Type II Low-income Earner <sup>(*)3</sup>		8,000 yen	24,600 yen
Type I Low-income Earner <sup>(*)4</sup>		8,000 yen	15,000 yen

\*1 :When the cardholder, or another NHI member aged between 70 to 74 in the same household, earns a taxable income of 1,450,000 yen or more, the co-payment ratio is 30%.

Part of the members whose copayment ratio is 30%, but will be 20% by applying:

◎ A household of one NHI member aged 70 or older with annual income of 3,830,000 yen or less.

◎ A household of two NHI members aged 70 or older with a total annual income of 5,200,000 yen or less.

\*2 :Households with members who have just turned 70 years old are classified as “General (resident tax taxable income of less than 1.45 million yen)” if the total gross income, etc. after basic deduction from all subscribers of NHI aged 70 to 74 years old total 2.1 million yen or less.

\*3 :The head of the household and NHI members in the same household who are exempt from resident tax (except Type I Low-income members).

\*4 :The head of the household and NHI members in the same household who are exempt from resident tax and each income of the household is 0 yen (For pensions, calculate by deducting 800,000 yen. If employment income is earned, deduct 100,000 yen from it.)

\*5 :Medical Expenses means 100% of treatments covered by insurance, but excludes costs of meal or a bed incurring an extra charge, or treatments not covered by insurance.

\*6 :When a single household receives four times or more provision of High Medical Expenses in the past 12 months, ceiling of the personally-borne-amount after the 4th benefit is calculated as such.

■ 高额疗养费的支付 (P22) 自负限额 (每月金额)

① 69 岁以下者 (包括 69 岁)

所得划分 <sup>(注2)</sup>	每户的个人承担限度额 <sup>(注1)</sup>	
	通常	符合多次条件 <sup>(注5)</sup>
所得 901 万日元以上及未申报 (9,010,001 日元~)	252,600 日元 + (医疗费 <sup>(注3)</sup> - 842,000 日元) × 1%	140,100 日元
所得 600 万日元以上 ~ 901 万日元 (6,000,001 日元 ~ 9,010,000 日元)	167,400 日元 + (医疗费 <sup>(注3)</sup> - 558,000 日元) × 1%	93,000 日元
所得 210 万日元 ~ 600 万日元 (2,100,001 日元 ~ 6,000,000 日元)	80,100 日元 + (医疗费 <sup>(注3)</sup> - 267,000 日元) × 1%	44,400 日元
所得 210 万日元以下 (0 日元 ~ 2,100,000 日元)	57,600 日元	
居民税非课税 <sup>(注4)</sup>	35,400 日元	24,600 日元

注 1：每个人在同一月内同一医疗机构（即使同家医院牙科也需另算）就诊的情况下，住院和转院分开计算时医疗费用的部分负担金额超过 21000 日元即为高额疗养费的计算对象，被支付超出自己负担额以外的费用。

注 2：所得指的是同一户全体国保参保人扣除基本免税额后的总所得金额等的合计。

注 3：医疗费为保险诊疗费用的 100%。不包括住院过程中产生的伙食费或差额床铺费、保险外诊疗费用等。

注 4：户主及同一户内全体国保参保人属于居民税非课税的家庭。

注 5：在过去 12 个月内，领取高额疗养费次数超过 4 次的，从第 4 次开始以此金额作为个人承担限度额。（包括第 4 次）

② 70 岁 ~ 74 岁者

门诊是以个人为单位合计一个月内向医疗机构等支付的部分负担金额。

有门诊和住院两项时，适用以个人为单位的门诊限额 (A) 后，再适用家庭中 70 岁 ~ 74 岁人员的自负限额 (B) (含住院)。

所得分类	自费承担比例	自费承担额度	
		外来患者 (个人) (A)	外来患者 + 住院 (家庭) (B)
在职所得 III (征收赋税所得 690 万日元以上) <sup>(注1)</sup>	3 成	252,600 日元 + (医疗费 <sup>(注5)</sup> - 842,000 日元) × 1% 符合多次条件 <sup>(注6)</sup> 140,100 日元	
在职所得 II (征收赋税所得 380 万日元以上 未满 690 万日元) <sup>(注1)</sup>		167,400 日元 + (医疗费 <sup>(注5)</sup> - 558,000 日元) × 1% 符合多次条件 <sup>(注6)</sup> 93,000 日元	
在职所得 I (征收赋税所得 145 万日元以上 未满 380 万日元足) <sup>(注1)</sup>		80,100 日元 + (医疗费 <sup>(注5)</sup> - 267,000 日元) × 1% 符合多次条件 <sup>(注6)</sup> 44,400 日元	
普通 <sup>(注2)</sup>	2 成	18,000 日元 (每年上限额度为 144,000 日元)	57,600 日元 符合多次条件 <sup>(注6)</sup> 44,400 日元
低收入 II <sup>(注3)</sup>		8,000 日元	24,600 日元
低收入 I <sup>(注4)</sup>		8,000 日元	15,000 日元

注 1：本人及该家庭中，有 70 ~ 74 岁的国民健康保险被保险人且课税收入为 145 万日元以上的人员时，负担比例为 30%。

其中，部分负担金额的负担比例为 30%，申请后负担比例变为 20% 的人员

◎ 70 岁以上国民健康保险被保险者的家庭只有 1 人、全年收入低于 383 万日元的人员 (不包括 383 万日元)

◎ 70 岁以上国民健康保险被保险者的家庭有 2 个人、全年总收入低于 520 万日元的人员 (不包括 520 万日元)

注 2：有成员新满 70 岁的户，户内 70-74 岁全体国保参保人扣除基本免税额后的总所得金额等的合计额低于 210 万日元的情况，属于“一般 (居民税课税所得未满 145 万日元)”。

注 3：该家庭的户主及国民健康保险被保险者为居民税非课税者 (非低收入 I 的人)

注 4：该家庭的户主及国民健康保险被保险者为居民税非课税者、其家庭成员各自的收入为 0 日元 (养老金按照扣除额 80 万元计算。如果存在薪资所得，则从薪资所得中扣除 10 万日元。)

注 5：医疗费为保险诊疗费用的 100%。不包括住院过程中产生的伙食费或差额床铺费、保险外诊疗费用等。

注 6：在过去的 12 个月内发生 4 次以上高额疗养费的给付时，从第 4 次开始以后为此处的自负限额。（包括第 4 次）

## ■ 고액 요양비 지급 (P22) 자기부담한도액 (월액)

### ① 69 세 이하인 분

소득구분 <sup>(주2)</sup>	세대의 자기부담 한도액 <sup>(주1)</sup>	
	통상	다수 해당 <sup>(주5)</sup>
소득 901 만엔 초과 및 미신고	252,600 엔 +( 의료비 <sup>(주3)</sup> -842,000 엔 )X1%	140,100 엔
소득 600 만엔 초과 ~901 만엔 이하	167,400 엔 +( 의료비 <sup>(주3)</sup> -558,000 엔 )X1%	93,000 엔
소득 210 만엔 초과 ~600 만엔 이하	80,100 엔 +( 의료비 <sup>(주3)</sup> -267,000 엔 )X1%	44,400 엔
소득 210 만엔 이하	57,600 엔	
주민세 비과세 <sup>(주4)</sup>	35,400 엔	24,600 엔

주 1 : 한 명이 같은 월내에 의료 기관 ( 같은 병원이라도 치과는 별도로 함 ) 별 입원과 외래를 별도로 계산한 의료비의 일부 부담금 지불이 21,000 엔 이상인 것이 고액 요양비의 계산 대상이며 , 자기 부담 한도액을 넘은 경우에 지급됩니다 .

주 2 : 소득이란 동일 세대의 국민건강보험 가입자 전원의 기초공제 후 총 소득금액 등의 합계입니다 .

주 3 : 의료비란 보험 진료분의 100%입니다 . 입원 중의 식사비나 차액 침대료 , 보험 외 진료분 등은 계산에 포함하지 않습니다 .

주 4 : 세대주 및 동일 세대의 국민건강보험 가입자 전원이 주민세 비과세 세대인 분

주 5 : 과거 12 개월 동안에 4 번 이상 고액 요양비 지급이 있었을 경우 , 4 번째 이후는 이쪽의 자기부담한도액이 됩니다 .

### ② 70 세 ~ 74 세인 분

외래는 개인단위로 1 개월에 의료기관 등에 지불한 일부 부담금을 합산합니다 .

외래와 입원이 있었을 경우는 개인 단위의 외래한도액 (A) 을 적용한 뒤 , 입원을 합쳐 세대의 70 세 ~74 세의 자기부담한도액 (B) 을 적용합니다 .

소득 구분	자기부담비율	자기부담 한도액	
		외래 ( 개인마다 ) (A)	외래 + 입원 ( 세대마다 ) (B)
현역 수준의 소득 III (과세 소득 690 만엔 이상) <sup>(주1)</sup>	30%	252,600 엔 +( 의료비 <sup>(주5)</sup> -842,000 엔 ) × 1% 다수 해당 <sup>(주6)</sup> 140,100 엔	
현역 수준의 소득 II (과세 소득 380 만엔 이상 690 만엔 미만) <sup>(주1)</sup>		167,400 엔 +( 의료비 <sup>(주5)</sup> -558,000 엔 ) × 1% 다수 해당 <sup>(주6)</sup> 93,000 엔	
현역 수준의 소득 I (과세 소득 145 만엔 이상 380 만엔 미만) <sup>(주1)</sup>		80,100 엔 +( 의료비 <sup>(주5)</sup> -267,000 엔 ) × 1% 다수 해당 <sup>(주6)</sup> 44,400 엔	
일반 <sup>(주2)</sup>	20%	18,000 엔 ( 연간 상한액은 144,000 엔 )	57,600 엔 다수 해당 <sup>(주6)</sup> 44,400 엔
소득 II <sup>(주3)</sup>		8,000 엔	24,600 엔
소득 I <sup>(주4)</sup>		8,000 엔	15,000 엔

주 1 : 본인 및 같은 세대에 70 ~ 74 세의 국민건강보험 피보험자로 과세소득이 145 만엔 이상인 분이 있을 경우 , 부담비율은 3 할입니다 .

이중 , 일부 부담금의 부담비율이 3 할인 분으로 신청에 따라 부담비율이 2 할이 되는 분

◎ 70 세 이상의 국민건강보험 피보험자가 1 명인 세대로 , 연간 수입이 383 만엔 미만인 분

◎ 70 세 이상의 국민건강보험 피보험자가 2 명 이상인 세대로 , 연간 수입을 합쳐 520 만엔 미만인 분

주 2 : 새로 70 세가 되는 분이 속한 세대는 70~74 세의 국민건강보험 가입자 전원의 기초공제 후 총 소득금액 등의 합계액이 210 만엔 이하인 경우에 ‘일반 ( 주민세 과세 소득 145 만엔 미만 )’ 이 됩니다 .

주 3 : 동일세대의 세대주 및 국민건강보험 피보험자가 주민세 비과세인 분 ( 저소득 I 이외인 분 )

주 4 : 동일세대의 세대주 및 국민건강보험 피보험자가 주민세 비과세로 , 그 세대의 각 소득이 0 엔인 분 ( 연금은 공제액을 80 만엔으로 계산 . 급여 소득이 있는 경우에는 급여 소득에서 10 만엔을 공제 )

주 5 : 의료비란 보험 진료분의 100%입니다 . 입원 중의 식사비나 차액 침대료 , 보험 외 진료분 등은 계산에 포함하지 않습니다 .

주 6 : 과거 12 개월 동안 4 번 이상 고액 요양비 지급이 있었을 경우 , 4 번째 이후는 이쪽의 자기부담 한도액이 됩니다 .