

高額療養費制度について

厚生労働省保険局

高額療養費の支給手続きの改善について

外来診療における現物給付化について

- 同一の医療機関等において同一月の外来診療の窓口負担が自己負担限度額を超える場合は（※1～3）、患者が高額療養費を事後に申請して受給する手続きに代えて、保険者から医療機関等に支給することで、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる取扱い（現物給付化）を導入したい。 → 別紙参照

（※1）入院では、高額療養費が現物給付化されている。

（※2）外来のうち、在宅又は特定施設に入所し通院困難な者に対して行われる「在宅時医学総合管理料」「在宅末期総合診療料」「特定施設入居時等医学総合管理料」を算定する診療（同一医療機関での他の診療を含む）は、現物給付化されている。

（※3）外来では、患者が複数の医療機関や薬局に受診する場合がありますが、ある医療機関で他医療機関での窓口負担を把握することができないので、同一の医療機関等で同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合に、現物給付化の対象とする。

支給申請手続きの簡素化について

- 被保険者番号、被保険者名、受診医療機関、支給予定額等の必要事項をあらかじめ記載した支給申請書を被保険者に送付・通知する（ターンアラウンド方式：被保険者は給付金の振込先等の記入・押印だけして返送）など、支給申請手続きの簡素化について、保険者において、引き続き、積極的に取り組んでいく。

（※4）協会けんぽでは、上記のターンアラウンド方式を導入している（平成22年2月から全支部で実施）。

（※5）健保組合では、7割強の保険者で被保険者からの申請を待つことなく対象者の抽出を行い、所定の口座に振り込みを行う支給手続き（自動払い）を行っており、15%の保険者で対象者に申請書を送付している（平成19年度実績）。

（※6）市町村国保では、9割の保険者で支給勧奨しており、このうち約4割の保険者で申請書を送付して高額療養費の申請を促している。（平成22年7月に、高額療養費に関する被保険者への周知や利便性の向上の積極的な取組について、国から国保保険者に再度依頼（9月8日医療保険部会参考資料））

診療月が暦月をまたがる場合について

- 入院等が暦月をまたがる場合に、複数月の窓口負担の合計額をもって自己負担限度額を超えているかどうかを判断することは、以下のような解決が困難な課題があり、引き続き、どのような方法が可能かを検討する。
 - ① 保険者は、現在、患者の窓口負担額をレセプトでのみ把握せざるを得ない。レセプトは現在、月単位で請求する仕組みとしていることから、高額療養費の支給額の決定も暦月単位で決定せざるを得ない。
 - ② 暦月をまたがる場合も計算する方法として、例えば2カ月や3カ月単位で自己負担限度額を新たに設定する方法も考えられるが、給付の公平を確保するためには、1カ月単位の自己負担限度額の2倍や3倍の水準で設定せざるを得ず、仕組みが複雑になるが給付の改善の余地がほとんどないと考えられる。

外来診療における高額療養費の現物給付化について（案）

外来診療において、同一医療機関等での同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合は、患者が高額療養費を事後に申請して受給する手続きに代えて、保険者から医療機関等に支給することで、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる取扱い（現物給付化）を導入したい。（※）入院は既に現物給付化している。

<主な手続き>

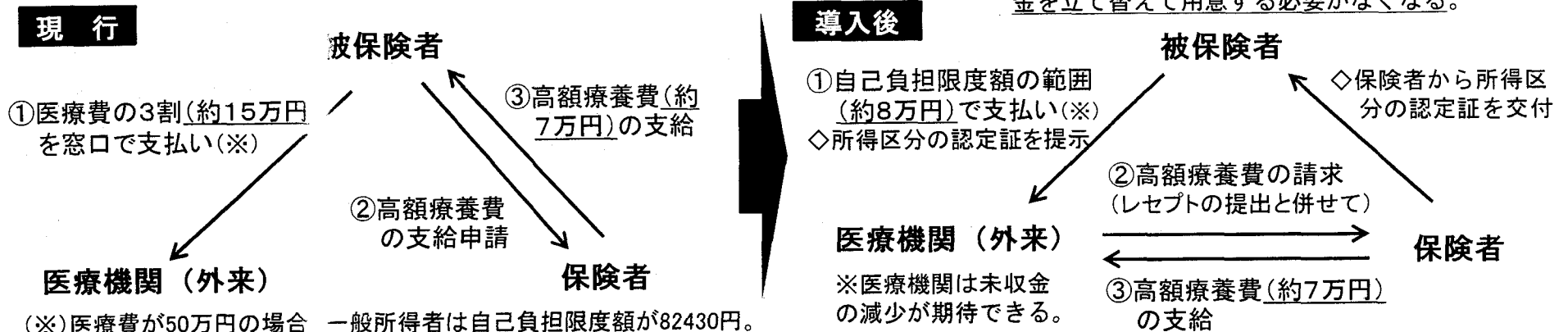
- すべての年齢の被保険者及び被扶養者について、同一の保険医療機関又は保険薬局において同一月の外来診療の窓口負担（定率一部負担金。同一月での複数回の受診を含む）が自己負担限度額を超える場合、窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる。
- 所得によって自己負担限度額が異なるため、被保険者等はあらかじめ保険者から「限度額適用認定証」の交付を受け、当該認定証を保険医療機関等の窓口で提示する。
- 多数該当になる被保険者等は、その旨を証明するものを保険者に申請し、これを保険医療機関等に提示する仕組みを検討（過去12ヶ月に3回以上同一の保険医療機関等で高額療養費に該当する場合、申請等を必要としない）。

<実施時期>

- 対応可能な保険者、保険医療機関及び保険薬局については、できるだけ平成23年度中の実施ができるよう準備（窓口での事務負担等を考慮し、対象保険医療機関等を逐次拡大）。平成24年度から全保険者での実施を目指す。

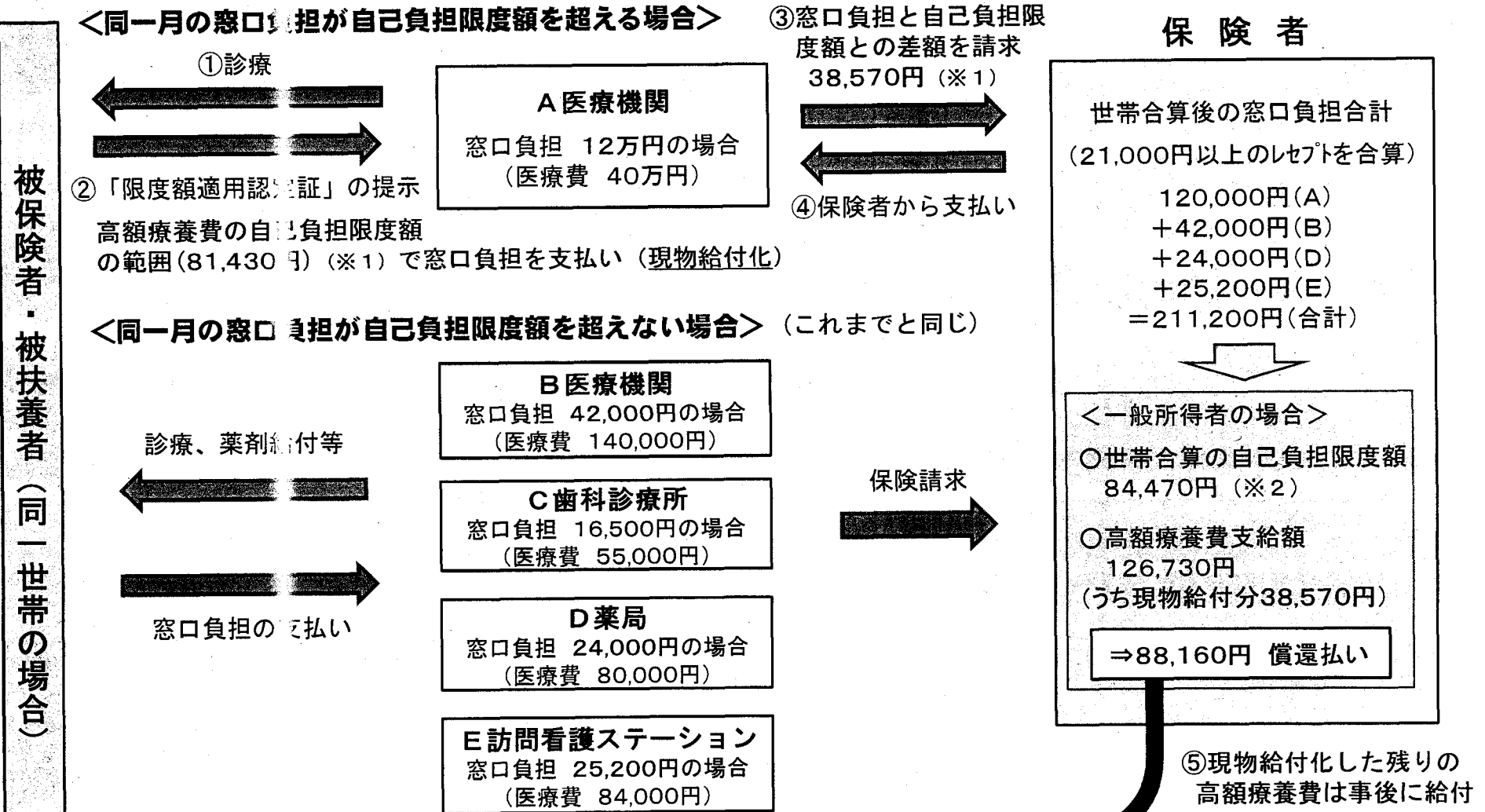
（例）通院で高額な医療費を支払った場合（医療費約50万円）
【同一医療機関での同一月の窓口負担が自己負担限度額を超える場合】

※被保険者は医療機関でいったん支払う窓口負担が自己負担限度額までですむ。一度に多額のお金を立て替えて用意する必要がなくなる。



外来診療での高額療養費の現物給付化の手続き（複数の医療機関等を受診した場合）

- 外来診療において同一月の患者の窓口負担が自己負担限度額を超える場合（下図A）、患者は自己負担限度額の範囲で窓口負担を支払い、医療機関等が窓口負担と自己負担限度額の差額を保険者に請求する（現物給付化）。
- 外来診療において同一月の患者の窓口負担が自己負担限度額を超えない場合（下図B～E）は、医療機関等における窓口の手続きはこれまでと同じ（高額療養費は、被保険者が事後に保険者に申請。保険者から給付される）。



(※1) 一般所得者の自己負担限度額 (A) = 80,100 + (40万円 - 267,000) × 1% = 81,430円 → 12万円 - 81,430円 = 38,570円
 (※2) 一般所得者の自己負担限度額 (A～E) = 80,100 + [(40万円 + 14万円 + 8万円 + 84,000円) - 267,000] × 1% = 84,470円
 (※3) C 歯科診療所の窓口負担は21,000円以下であるため、世帯合算の対象とならない。

高額療養費制度に関する改善の要望

(平成22年通常国会での質問・要望等があったもの(順不同))

- 70歳未満者の「一般区分」のうち、所得の低い層の自己負担上限額の引き下げ
- 世帯合算の合算対象基準額(現行70歳未満は21000円以上のレセプトが合算の対象)の引下げ、レセプト単位(医科・歯科・入院・外来別)で合算対象基準額を設定する取扱いの見直し
- 暦月をまたがる場合の月単位での高額療養費の支給
- 外来における高額療養費の現物給付化
- 高額療養費の自動支払化など支給申請の簡素化
- 高額長期疾病(自己負担1万円)の対象となっていないものの高額長期疾病への追加

(参考) 総理所信の代表質問における菅総理大臣答弁

「高額療養費制度については、患者負担に一定の歯止めをかけているが、患者負担の現状や医療保険財政への影響等を勘案しつつ、その在り方を検討」(平成22年6月14日)

高額療養費の自己負担限度額（現行）

[70歳未満]

〈 〉は多数該当（過去12カ月に3回以上高額療養費の支給を受け4回目に該当）の場合

	要件	自己負担限度額（1月当たり）
上位所得者	[被用者保険] 標準報酬月額（※1）53万円以上 [国保] 世帯の年間所得（旧ただし書き所得（※2））が600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% 〈多数該当 83,400円〉
一般	上位所得者、低所得者以外	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数該当 44,400円〉
低所得者	[被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税等	35,400円 〈多数該当 24,600円〉

[70歳以上]

	要件	外来（個人ごと）	自己負担限度額（1月当たり）
現役並み所得者	[後期・国保] 課税所得145万円以上（※3） [被用者保険] 標準報酬月額28万円以上（※3）	44,000円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% 〈多数該当44,400円〉
一般	現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱに該当しない者	12,000円	44,400円
低所得者	Ⅱ [後期] 世帯員全員が市町村民税非課税 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員が市町村民税非課税 [被用者保険] 被保険者が市町村民税非課税 等	8,000円	24,600円
	Ⅰ [後期] 世帯員全員の所得が一定以下 [国保] 世帯主及び世帯の被保険者全員の所得が一定以下（※4） [被用者保険] 被保険者及び被扶養者の所得が一定以下（※4） 等		15,000円

※1 「標準報酬月額」：4月から6月の給料・超勤手当・家族手当等の報酬の平均月額をあらかじめ決められた等級別の報酬月額に当てはめるもの。決定した標準報酬月額は、その年の9月から翌年8月まで使用する。

※2 「旧ただし書き所得」：収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除等を差し引いたものである総所得金額から、基礎控除（33万円）をさらに差し引いたもの

※3 70歳以上の高齢者が複数いる世帯の場合、収入の合計額が520万円未満（70歳以上の高齢者が一人の場合、383万円未満）を除く。

※4 地方税法の規定による市町村民税に係る所得（退職所得を除く）がない場合（年金収入のみの場合、年金受給額80万円以下）

70歳未満の月額療養費の所得区分別の範囲について（給与所得者の場合（※1））

<p>上位所得者</p>	<p>[被用者保険] 標準報酬53万円以上 ⇒ 給与年収ベースで約790万円以上（※2） ※「標準報酬53万円の下限（515千円）」×12月+「標準報酬50万円と標準報酬53万円の平成20年度の平均賞与額（1,014千円）」=785万円</p> <p>[国民健康保険] 旧たし書き所得600万円以上 ⇒ 給与年収ベースで約840万円以上 ※給与収入837万円の給与所得（837万円×0.9-120万円=633.3万円）-基礎控除33万円=約600万円</p>
<p>一般所得者</p>	<p>[被用者保険] 単身の場合：給与年収ベースで約100万円以上 3人世帯（夫婦、子1人）の場合：給与年収ベースで約210万円以上 ～ 約790万円まで</p> <p>[国民健康保険] 単身の場合：給与年収ベースで約100万円以上 3人世帯（夫婦、子1人）の場合：給与年収ベースで約210万円以上 ～ 約840万円まで</p>
<p>低所得者 （市町村民 税非課税）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 単身人世帯の場合（本人が給与所得者）：給与年収ベースで100万円まで ※給与所得控除(65万円)+35万円=100万円 ・ 夫婦人世帯の場合（夫が給与所得者）：給与年収ベースで156万円まで ※給与所得控除(65万円)+35万円×2人+21万円=156万円 ・ 3人世帯の場合（夫婦と子1人、夫は給与所得者）：給与年収ベースで206万円まで ※給与年収206万円の給与所得控除（79.8万円）+35万円×3人+21万円=206万円

（※1）給与収入のみの世帯を仮定して機械的に計算したものである。

（※2）被用者保険における高所得者の給与年収ベースは、平均額を用いて試算したものであり、個人別には実際の賞与額によって異なる。

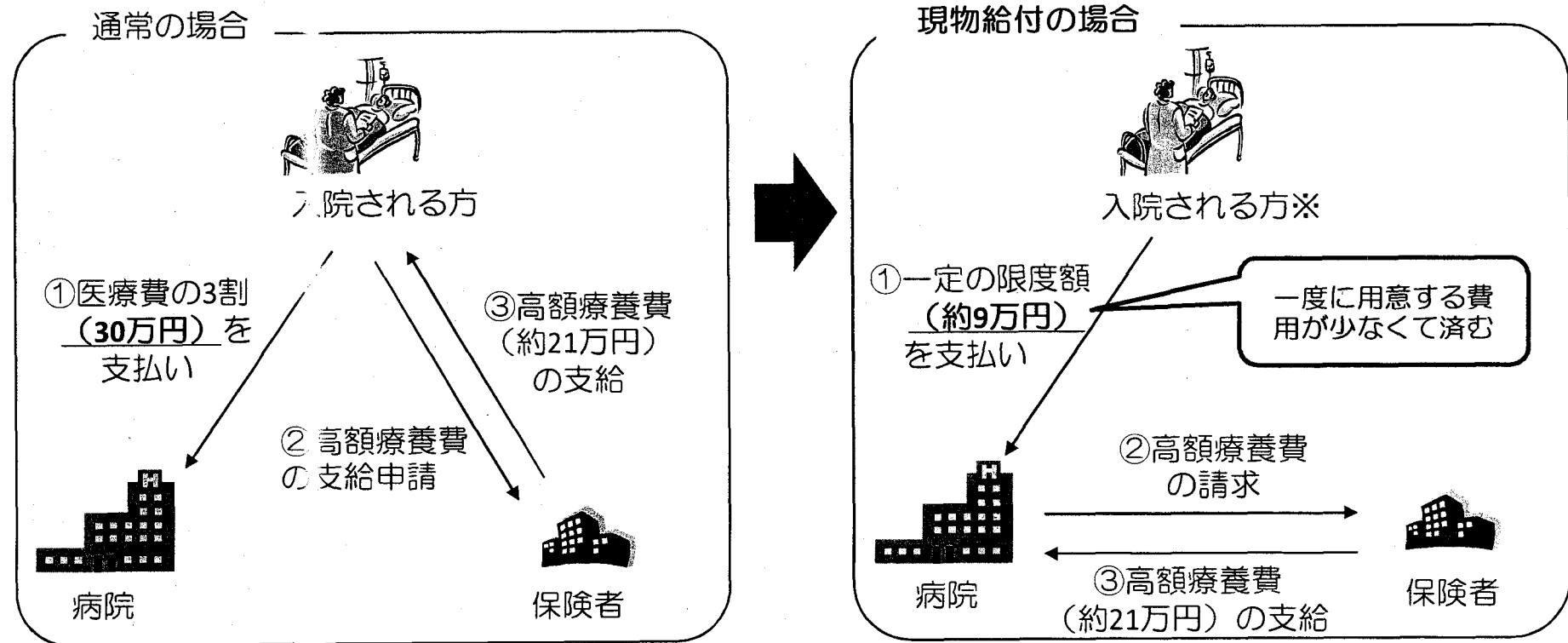
入院における高額療養費の現物給付の仕組み

入院される方については、事前に所得区分の認定証を保険者から発行してもらうことにより、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめることができる仕組みとしている。これにより、窓口で一度に用意する費用が少なくて済む。

※ 高額療養費は医療機関や薬局に直接支払われるため、事後に保険者に対して、高額療養費の支給申請をする手間が省ける。

※ 70歳以上の方は、所得区分の認定証がなくても、自動的に窓口での支払が負担の上限額までにとどめることができる（低所得者の区分の適用を受けるためには認定証が必要）。

<例>100万円の医療費で、窓口の負担（3割）が30万円かかる場合



※70歳以上の低所得者及び70歳未満の方は、事前に保険者の所得区分認定を受けておく必要がある

高額長期疾病（特定疾病）に係る高額療養費の特例について

1 特例の趣旨と経緯

高額療養費における高額長期疾病（以下「特定疾病」という。）の特例は、著しく高額な治療を長期（ほとんど一生の間）にわたって必要とする疾病にかかった患者について、自己負担限度額を通常の場合より引き下げ、1万円とすることにより、医療費の自己負担の軽減を図るものである。昭和59年の健康保険法改正で被保険者本人の定率負担（1割）が導入された際、国会審議を踏まえて創設された。

2 対象疾病

- 対象となる特定疾病は、法令上、以下の要件が定められている。
 - ① 費用が著しく高額な一定の治療として厚生労働大臣が定める治療を要すること、かつ、
 - ② ①の治療を著しく長期間にわたって継続しなければならないこと
 - この要件に基づき、現在、以下の3つの治療法と疾病が指定されている。
 - ① 人工腎臓を実施する慢性腎不全（昭和59年10月から対象）
 - ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（昭和59年10月から対象）
 - ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（※）（平成8年7月から対象）
- ※ 血液製剤の投与に起因するHIV感染者、2次・3次感染者等に限る。

3 自己負担額

自己負担限度額は月額1万円（※）。限度額を超える分は高額療養費が現物給付で支給される。
 ※ 慢性腎不全のうち70歳未満の上位所得者については2万円

<参考>

	疾病名	患者数	1月当たり総医療費
①	慢性腎不全（人工透析）	約30万人（※1）	約40万円（※2）
②	血友病A・血友病B	約5千人（※3）	約30万円（※4）
③	血液製剤に起因するHIV感染症	約100人（※5）	—（※6）

- ※1 「図説 我が国の慢性透析療法の現況（社）日本透析医学会」より、2009年末において慢性透析療法を実施している患者数。
 ※2 「第13回透析医療費実態調査報告」より、人工透析が含まれる外来レセプト（2009年6月診療分）の平均請求点数×10円。人工透析以外の治療に要した費用も含まれる。
 ※3 「平成21年度血液凝固依存性因子障害患者数全国調査」より、平成21年5月31日現在の血友病A及び血友病Bの患者数の合計。血漿分画製剤を投与していない患者数を含む。
 ※4 「平成21年度血液凝固因子障害患者数調査」に基づく必要量（20年度実績）に平成20年時の薬価を乗じて試算した、血液製剤の使用費用。入院や検査の費用等は含まれていない。
 ※5 平成20年度の先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の対象者のうち、血液製剤に起因するHIV感染症患者。
 ※6 多剤併用療法が普及する以前に「HIV感染症の医療費に関する研究（平成10年度）」によれば約20万円。

高額療養費の所得区分別の加入者数

[70歳未満]

※一定の仮定を置いた粗い推計

	協会けんぽ	健保組合	市町村国保
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上、旧 ただし書き所得600万円以上)	約300万人 (8.6%)	約780万人 (25.9%)	約170万人 (5.6%)
一般	約3,130万人 (90.9%)	約2,230万人 (74.0%)	約2,010万人 (65.1%)
低所得者 (市町村民税非課税)	約10万人 (0.4%)	約2万人 (0.1%)	約900万人 (29.3%)
計	約3,440万人 (100.0%)	約3,020万人 (100.0%)	約3,090万人 (100.0%)

[70歳以上]

	協会けんぽ (70～74歳)	健保組合 (70～74歳)	市町村国保 (70～74歳)	後期高齢者 (75歳以上)
現役並み所得者	約9万人 (15.0%)	約4万人 (14.6%)	約40万人 (8.5%)	約110万人 (8.1%)
一般	約50万人 (82.0%)	約20万人 (84.9%)	約300万人 (56.2%)	約740万人 (56.2%)
低所得者Ⅱ	約0.8万人 (1.4%)	約0.05万人 (0.2%)	約120万人 (21.9%)	約240万人 (18.3%)
低所得者Ⅰ	約1.0万人 (1.6%)	約0.1万人 (0.3%)	約70万人 (13.3%)	約230万人 (17.4%)
計	約60万人 (100.0%)	約30万人 (100.0%)	約530万人 (100.0%)	約1320万人 (100.0%)

(※1) 協会けんぽと健保組合は、標準報酬月額7.8万円以下(総報酬約100万円以下)の加入者を低所得区分(うち70歳以上については標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得者Ⅰ)と仮定して推計。

(※2) 市町村国保は、所得不詳の人数を除いた所得区分の割合から推計。

(※3) 各制度の人数は、平成20年度平均(保険局調べ)。ただし、後期高齢者については4月から翌年2月の平均である。

高額療養費の支給実績（平成19年度）

		支給件数	支給額	1件当たり支給額
医療保険		約1438万件	約1兆2177億円	84,657円
	政府 掌	約240万件	2704億円	112,462円
	健保 合	約158万件	1693億円	106,986円
	共済	約52万件	519億円	99,757円
	国保	約987万件	7248億円	73,465円
老人保健		約2327万件	約4056億円	17,433円
計		約3765万件	約1兆6234億円	43,115円

		支給件数	支給額	1件当たり支給額
現金給付		約2625万件 (69.7%)	約9142億円 (56.3%)	34,827円
現物給付		約1140万件 (30.3%)	約7092億円 (43.7%)	62,198円
計		約3765万件 (100%)	約1兆6234億円 (100%)	43,115円

(注) 国保の現物給付は「高額長期疾病（特定疾病）」分のみを計上している。

自己負担の軽減について要望がある疾病の例

疾病名	主な病状等	治療法等	1月当たり総医療費(※)	患者数
慢性骨髄性白血病 (CML)	病態の段階として慢性期・移行期・急性転化期の3段階がある。慢性期ではほとんど無症状であるが、軽度の疲労感や満腹感が伴う程度であるが、移行期では白血球数のコントロールが困難となり、貧血傾向、発熱等が現れることがある。その後、急性転化期に至ると、急性白血病と同様の症状となり、治療が困難となる。治療は慢性期から移行期への移行を防ぐための治療を慢性期において行うのが中心であり、その場合に用いられるのがグリベックの投薬を継続する手法である。	グリベック、タシグナ、スプリセルの投与(慢性期) ※なお、移行期までであれば骨髄移植、急性転化期であれば、急性白血病の治療	(慢性期の場合) グリベック：約33万円 タシグナ：約55万円 スプリセル：約55万円 ※高額療養費の支給対象となるが、治療が続くため月々の負担が重い	約1万2千人(平成20年患者調査)
消化管間質腫瘍 (GIST)	粘膜下腫瘍の一種で消化管壁に腫瘍が生じる。症状が現れにくいため、腫瘍が大きくなるまで発見されにくい。自覚症状としては、下血、腹痛、腹部のしこりなど。切除することが基本であるが、切除困難な場合にはグリベックやスーテントによる投薬治療となる。なお、グリベック等による投薬治療により、腫瘍の増殖は抑えられるものの、腫瘍が完全に消失することは少ない。	グリベック、スーテントの投与	グリベック：約33万円 スーテント：約48～96万円 ※高額療養費の支給対象となるが、治療が続くため月々の負担が重い	不明
関節リウマチ	破壊性非化膿性関節炎を主病変とし、関節の破壊、変形を来し、自己免疫疾患の一つとされる。進行性、全身性の炎症性疾患であり、全身倦怠感や微熱等、多彩な全身症状を呈する。合併症として間質性肺炎、心膜炎等が起こることがある。関節破壊が進行すれば、痛み・変形のため日常生活動作が不自由になる。	レミケード等の生物学的製剤の投与	約18万円(体重60kgの場合。2か月に1回投与) ※年齢・所得区分によっては高額療養費の支給水準にまで窓口負担が達しない	約33万6千人(平成20年患者調査)
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	気管支に慢性的な炎症を起こし、肺が次第に壊れていくため、呼吸困難となる病気。	抗コリン薬吸入、在宅酸素療法など	在宅酸素療法の場合、約10万円	約22.4万人(平成20年患者調査)

(※1) 7月14日の医療保険部会以降、9月13日に「発作性夜間ヘモグロビン尿症(PNH)」、10月25日に「生物学的製剤を使用しているリウマチ患者」についても自己負担軽減の要望があったところ。

(※2) 「1月当たり総医療費」は、医療用医薬品添付文書の用法・用量において患者の体重を60kgと仮定して推計したもの。

7月14日部会で要請があった自己負担限度額に関する粗い試算

- 前回(7月14日)の議論で、岡崎委員、小林委員、柴田委員から、高額療養費の自己負担限度額の設定については保険財政に影響が与えることから、検討に当たって財政影響を示して欲しい旨の要請があったことから、一般所得者の自己負担限度額について、一定の前提を置いて、機械的に試算したものである。
- なお、今回の試算に当たっては、前回指摘された「必要な財源の負担の在り方」や「制度を通じた所得再分配効果」については、考慮に入れていない(例えば、全体で保険財政に中立となるよう、自己負担限度額全体を設定)。

<試算の前提>

- 70歳未満の一般所得者のうち、所得が低い層(※1)の自己負担限度額を、以下のとおりとした場合。

現行：「80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>」

→ 「44,400円 + (医療費 - 148,000円) × 1% <多数該当 35,400円>」

(※1) 健保：標準報酬月額22万円以下(ボーナス含む年収で約300万円以下)

国保：旧ただし書き所得160万円以下(年収約300万円以下)

(※2) 前提との均衡確保のため、70歳以上の一般所得者についても、一部自己負担限度額の調整が必要となる。

<試算の結果>

給付費ベース 約2,000億円(うち保険料 約1,700億円、公費 約900億円)の新たな財源が必要となる。

[参考] 70歳未満の自己負担限度額

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円 <多数該当 24,600円>

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
健保 標報22万円以下 国保 旧ただし書き所得が160万円以下	44,400円 + (医療費 - 148,000円) × 1% <多数該当 35,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円 <多数該当 24,600円>

※70歳以上(一般所得)についても所要の調整が必要になる。

委員から要請があった自己負担限度額に関する粗い試算（追加の試算）

- 9月8日部会の議論で、高額療養費の給付改善を検討するに当たっては、保険財政への影響を考慮し、あわせて上位所得者などの自己負担限度額の見直しを検討すべきであり、その財政影響を示して欲しい旨の要請があったことから、一定の前提を置いて、機械的に試算したものである。

<試算の前提1>

- 70歳未満の上位所得者のうち、所得が高い層（※1）の自己負担限度額を、以下のとおりとした場合。
 現行：「150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% <多数該当83,400円>」
 → 「250,000円（※2） + (医療費 - 833,000円) × 1% <多数該当140,000円（※2）>」

- （※1） 健保：標準報酬月額68万円以上（ボーナス含む年収で約1000万円以上）
 国保：旧ただし書き所得770万円以上（年収約1000万円以上）

（参考）家計調査（平成21年）の勤労者世帯の10分位階級の上位第1分位の最低年収 1059万円

- （※2）自己負担限度額については、機械的に約10万円（多数該当は約5万円）高い水準に設定した。

<試算の結果>

見直しで見込まれる影響額 給付費ベース 約250億円（うち保険料 約200億円、公費 約50億円）

[参考] 70歳未満の自己負担限度額

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>

健保 標準報酬68万円以上 国保 旧ただし書き所得が 年間770万円以上	250,000円 + (医療費 - 833,000円) × 1% <多数該当140,000円>
上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が年間 600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円<多数該当 24,600円>

※70歳以上については、調整を加えていない。

<試算の前提2>

○ 70歳未満の上位所得者のうち、「試算の前提1」以外の者(※1)の自己負担限度額を、以下のとおりとした場合。

現行：「150,000円 + (医療費 - 500,000円) × 1% <多数該当 83,400円>」

→ 「180,000円(※2) + (医療費 - 600,000円) × 1% <多数該当 100,000円(※2)>」

(※1) 健保：標準報酬月額53万円～65万円（ボーナス含む年収で約790万円～約1000万円）
 国保：旧ただし書き所得600万円～770万円（年収約840万円～約1000万円）

(※2) 自己負担限度額については、年間の自己負担の合計が、その所得層のほぼ中間の年収900万円の月収2か月分(150万円)を超えないよう、機械的に約3万円（多数該当は約1.5万円）高い水準に設定した。

<試算の結果>

見直して見込まれる影響額 給付費ベース 約110億円（うち保険料 約100億円、公費 約10億円）

[参考] 70歳未満の自己負担限度額

上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間600万円以上	150,000円 + (医療費 - 500,000) × 1% <多数該当 83,400円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円 <多数該当 24,600円>



健保：標準報酬68万円以上 国保：旧ただし書き所得が 年間770万円以上	250,000円 + (医療費 - 833,000円) × 1% <多数該当 140,000円>
上位所得者 健保：標準報酬53万円以上 国保：旧ただし書き所得が年間 600万円以上	180,000円 + (医療費 - 600,000) × 1% <多数該当 100,000円>
一般所得者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% <多数該当 44,400円>
低所得者(住民税非課税)	35,400円 <多数該当 24,600円>

※70歳以上については、調整を加えていない。

	(イ) 一般所得者のうち年収300万円以下の自己負担限度額 (80100円→44400円)	(ロ) 上位所得者のうち年収1000万円以上の自己負担限度額 (15万円→25万円)	(ハ) 上位所得者のうち年収約800万円～1000万円の自己負担限度額 (15万円→18万円)	(イ)～(ハ)
①保険料負担への影響	約1700億円増	約200億円減	約100億円減	約1400億円増
協会けんぽ	約500億円増	約50億円減	約20億円減	約500億円増
健保組合	約300億円増	約80億円減	約50億円減	約200億円増
共済組合	約100億円増	約30億円減	約20億円減	約60億円増
国民健康保険	約700億円増	約50億円減	約10億円減	約600億円増
後期高齢者医療	約50億円増	—	—	約50億円増
②公費負担への影響	約900億円増	約50億円減	約10億円減	約800億円増
給付費への影響 (①+②)	約2600億円増	約250億円減	約110億円減	約2200億円増

(注) 100億円以下の数字は10億円単位で、100億円以上の数字は100億円単位で四捨五入しているため(ロ)及び(ハ)の「給付費への影響」を除く)、合計の数字が一致しない場合がある。