

高額療養費の自己負担限度額が変わります

70歳未満の方の自己負担限度額

令和8年7月まで

区分	基礎控除後の総所得	自己負担限度額
ア	901万円超	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% < 4回目以降: 140,100 >
イ	600万円超～901万円以下	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% < 4回目以降: 93,000 >
ウ	210万円超～600万円以下	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% < 4回目以降: 44,400 >
エ	210万円以下	57,600円 < 4回目以降: 44,400 >
オ	住民税 非課税※1	35,400円 < 4回目以降: 24,600 >

令和8年8月から令和9年7月まで

区分	基礎控除後の総所得	自己負担限度額
ア	901万円超	270,300円 + (総医療費 - 901,000円) × 1% < 4回目以降: 140,100 > 年間上限: 1,680,000円
イ	600万円超～901万円以下	179,100円 + (総医療費 - 597,000円) × 1% < 4回目以降: 93,000 > 年間上限: 1,110,000円
ウ	210万円超～600万円以下	85,800円 + (総医療費 - 286,000円) × 1% < 4回目以降: 44,400 > 年間上限: 530,000円
エ	210万円以下	61,500円 < 4回目以降: 44,400 > 年間上限: 530,000円 (※)
オ	住民税 非課税※1	36,900円 < 4回目以降: 24,600 > 年間上限: 290,000円

※1…住民税非課税の世帯に属する方。

70歳以上の方の自己負担限度額

令和8年7月まで

区分	課税所得	自己負担限度額
現並Ⅲ	690万円以上	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% < 4回目以降: 140,100 >
現並Ⅱ	380万円以上 690万円未満	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% < 4回目以降: 93,000 >
現並Ⅰ	145万円以上 380万円未満	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% < 4回目以降: 44,400 >
一般	145万円未満	57,600円 < 4回目以降: 44,400 > 外来のみ: 18,000 外来年間上限: 144,000
低所得Ⅱ	住民税 非課税※2	24,600円 外来のみ: 8,000円
低所得Ⅰ	住民税 非課税※3	15,000円 外来のみ: 8,000円

令和8年8月から令和9年7月まで

区分	課税所得	自己負担限度額
現並Ⅲ	690万円以上	270,300円 + (総医療費 - 901,000円) × 1% < 4回目以降: 140,100 > 年間上限: 1,680,000円
現並Ⅱ	380万円以上 690万円未満	179,100円 + (総医療費 - 597,000円) × 1% < 4回目以降: 93,000 > 年間上限: 1,110,000円
現並Ⅰ	145万円以上 380万円未満	85,800円 + (総医療費 - 286,000円) × 1% < 4回目以降: 44,400 > 年間上限: 530,000円
一般	145万円未満	61,500円 < 4回目以降: 44,400 > 年間上限額: 530,000円 (※) 外来のみ: 22,000円 外来年間上限: 216,000円
低所得Ⅱ	住民税 非課税※2	25,700円 < 4回目以降: 24,600 > 年間上限: 290,000円 外来のみ: 11,000円 外来年間上限: 96,000円
低所得Ⅰ	住民税 非課税※3	15,700円 年間上限: 180,000円 外来のみ: 8,000円

※2…低所得者Ⅱとは、世帯主及び世帯全員が住民税非課税である方。

※3…低所得者Ⅰとは、住民税非課税の方で、かつ各種所得から必要経費・控除を引いた所得が0円の方（年金収入は807,600円以下）

(※)…「～約200万円」区分に該当することが確認できた方は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。

〔現役並所得者とは〕

課税標準額が145万円を超える70歳以上の人及びその人と同一世帯に属する70歳以上の人（70歳以上の人1人の場合総収入383万円以上、2人の場合520万円以上）

高額療養費の申請について

福岡県薬剤師国民健康保険組合

TEL 092-262-8931

医療機関に支払った窓口負担が高額療養費自己負担限度額を超えた分を高額療養費として支給する制度です。

「申請の注意点」

- ① 診療日からの1ヶ月ではなく、暦月の1日から末日までを1ヶ月とします。
- ② 病院や診療所で支払った窓口負担が、それぞれ21,000円以上あれば高額療養費の対象として合算できます。また70歳以上の方は、外来分は個人ごとに全額合算できます。
- ③ 総合病院などは診療科ごとに、また入院と外来、内科と歯科はそれぞれ別々に計算します。ただし、入院時に歯科以外で診療を受けたときは合算します。
- ④ 院外処方箋により薬剤の処方を受けた場合は、医療機関分と薬局分を合算できます。
- ⑤ 同世帯の方が同じ月に21,000円以上の窓口負担を2件以上支払った場合は、それらを合算して自己負担限度額を超えた額を支給します。
- ⑥ 入院時の食費や居住費(生活療養標準負担額)、差額ベッド代、歯科の自由診療などは高額療養費の対象になりません。また、保険診療以外の分も対象になりません。

「申請のしかた」

1. 高額療養費支給申請書に(記入例を参考に)記入し、組合に請求してください。
2. 病院や薬局の領収書の写し・個人番号(マイナンバー)カードの写しを添付してください。
3. 同一被保険者番号の世帯全員の所得を証明する書類。下記表のいずれかをご提出ください。

診療年月	R7年8月～R8年7月	R8年8月～R9年7月
① 市町村税・県民税特別徴収税額通知書の <u>総所得金額がわかる所の写し</u>	令和7年度証明書 (令和6年度分の所得)	令和8年度証明書 (令和7年度分の所得)
② 所得証明書(市町村発行) 所得の内訳欄記入のもの(原本)	令和7年度証明書 (令和6年度分の所得)	令和8年度証明書 (令和7年度分の所得)

※なお、所得の証明の添付がない場合は、上位所得者として取り扱われます。

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証の番号		診療年月	令和 年 月 診療分
個人番号（12桁のマイナンバー）			
療養を受けた者の氏名 生年月日	① 年 月 日	② 年 月 日	③ 年 月 日
医療機関等名称			
入院・外来の別	入院・外来	入院・外来	入院・外来
医療機関等で支払った金額	円	円	円
国保以外の他制度により自己負担相当額またはその一部を受けられますか	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円
	受けられない	受けられない	受けられない
療養を受けた者の氏名 生年月日	④ 年 月 日	⑤ 年 月 日	⑥ 年 月 日
医療機関等名称			
入院・外来の別	入院・外来	入院・外来	入院・外来
医療機関等で支払った金額	円	円	円
国保以外の他制度により自己負担相当額またはその一部を受けられますか	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円
	受けられない	受けられない	受けられない
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費支給を3回以上受けている場合は直近の診療月から記入してください。			
令和 年 月 診療分		令和 年 月 診療分	令和 年 月 診療分
振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（下記に口座情報をご記入ください） ※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単にご登録いただけます。		
	金融機関名	店 名	種 目
			普通預金
	口座番号		
名 義 人	フリガナ ----- -----		
福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長殿 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 _____ TEL (_____) _____ 申請者 自宅住所 (組合員) 氏 名 _____ _____ (印)			

◇診療月別に申請してください。

◇入院時の食事療養費の標準負担額や特別室・歯科材料などの差額料金は対象外です。

(記入例)

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証の番号		診療年月	令和5年2月診療分	
個人番号 (12桁のマイナンバー)				
療養を受けた者の氏名	① 国保 花子	② 国保 花子	③	
生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日	年 月 日	
医療機関等名称	〇〇〇〇〇〇〇〇病院	〇〇〇〇調剤薬局		
入院・外来の別	入院	外来	入院・外来	
医療機関等で支払った金額	円	円	円	
国保以外の他制度により自己負担相当額またはその一部を受けられますか	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円 受けられない	
療養を受けた者の氏名	④	⑤	⑥	
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
医療機関等名称				
入院・外来の別	入院・外来	入院・外来	入院・外来	
医療機関等で支払った金額	円	円	円	
国保以外の他制度により自己負担相当額またはその一部を受けられますか	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円 受けられない	受けられる制度名 費用徴収額 _____ 円 受けられない	
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費支給を3回以上受けている場合は直近の診療月から記入してください。				
	令和 年 月診療分	令和 年 月診療分	令和 年 月診療分	
振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要)			
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (下記に口座情報をご記入ください)			
	※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単にご登録いただけます。			
	金融機関名	店名	種目	口座番号
			普通預金	
フリガナ	フリガナ			
名義人	フリガナ			
福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長殿				
上記のとおり申請します。				
令和 年 月 日				
〒 () -				
申請者 (組合員)	自宅住所	氏名		
		⑥		

※記入する箇所は4ヶ所です。

①マイナンバーを記載して下さい。

②今回該当する傷病について他の制度(公費になる等)で自己負担相当額又は、その一部の助成がある場合は、その制度名、金額を記入してください。

他の制度から助成が無い場合は、「受けられない」に○を付けてください。

③受取方法
振り込みとなります。
振込方法(口座情報)について
ご記入ください。

④日付、住所、申請者名を記入の
うえ押印して下さい。

◇診療月別に申請してください。

◇入院時の食事療養費の標準負担額や特別室・歯科材料などの差額料金は対象外です。

必要箇所にご記入のうえ
医療機関の領収書のコピーを添付してください