

高額療養費制度の見直しに関するQ & A

目次

1. 総論	1
問1 今回の高額療養費制度の見直しの趣旨は。	1
2. 年間上限の新設について	1
(1) 総論	1
問2-1-1 なぜ年間上限を新設するのか。	1
問2-1-2 年間上限について、月間の高額療養費や、外来年間上限、高額介護合算療養費との関係はどのようになるのか。	2
問2-1-3 年間上限は個人単位の適用か、世帯単位の適用か。	2
問2-1-4 年間上限該当者であっても、現物給付されるのは月間上限までとなるのか。	3
(2) 算定方法	3
問2-2-1 年間上限の算定開始日はいつか。	3
問2-2-2 計算期間は、外来年間上限や高額介護合算と同じく、毎年8月1日から翌年7月31日か。	3
問2-2-3 計算期間の途中で所得区分が変わった場合、年間上限はどの区分での適用となるのか。	3
問2-2-4 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。	4
問2-2-5 月間の高額療養費と同じく、70歳未満の場合は自己負担額 21,000 円（75歳到達時特例対象療養に係るものである場合は 10,500 円）以上のレセプトのみ合算対象となるのか。	4
問2-2-6 調剤や治療用装具による自己負担額も、年間上限の算定対象となるのか。	4
問2-2-7 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。	4
問2-2-8 年収 200 万円未満（標報 15 万円以下）の被保険者については、令和8年8月～令和9年7月についても年間上限額は 41 万円が適用されるのか。	4
問2-2-9 別紙「患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（令和8年8月～令和9年7月）」には、注書きとして、「※6 「年収換算～約 200 万円（健保：15 万円以下、国保・後期：28 万円未満）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限 41 万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。」と記載されているが、この「～約 200 万円（標報：～15 万円）」区分に該当することが確認できた者とは、一時的にこの報酬に該当しても「確認できた者」の対象となるのか。	5

問 2-2-10	指定公費が支給されている場合には、どのように算定するのか。	5
問 2-2-11	付加給付が支給されている場合には、どのように算定するのか。	5
(3) 保険者変更の場合		5
問 2-3-1	保険者が変更された場合、年間上限の支給額を変更前後の保険者で按分支給するのか。	5
問 2-3-2	保険者変更や被保険者の死亡により、計算期間の途中で資格を喪失した場合、加入月数に応じて上限額が変わるのか。	6
問 2-3-3	保険者が変更された場合、被保険者はどの保険者に申請を行うのか。	6
問 2-3-4	外来年間上限や高額介護合算療養費のように、被保険者が保険者異動をした場合の自己負担額証明書の発行は不要ということか。	6
(4) 事務取扱		6
問 2-4-1	外来年間上限と同様に、年間上限の支給を受けることができる被保険者に対して、申請を勧奨する通知を行うことは可能か。	6
問 2-4-2	月間の高額療養費と同様に、被保険者本人からの申請を不要とする「自動給付」の形で給付することは保険者判断によることとしてよいのか。	6
問 2-4-3	外来年間上限と同様に、原則として保険者が保有するレセプト情報により確認可能であるため、年間上限に係る支給申請に際して、領収書の添付は不要か。	7
(5) その他		7
<多数回該当関連>		7
問 2-5-1	70 歳以上の非課税世帯（低所得Ⅱ区分）について、令和 8 年 8 月から多数回該当が新設されるが、多数回該当のカウントは令和 8 年 8 月診療分から対象となるのか。	7
<高額介護合算療養費関連>		7
問 2-5-2	高額介護合算療養費については、年間上限を含む年間の高額療養費を支給したものとして計算するのか。	7
問 2-5-3	年間上限を含む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。	7
問 2-5-4	高額介護合算療養費の基準額については、令和 8 年 8 月以降も据え置きか。	8
<その他>		8
問 2-5-5	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。	8
問 2-5-6	年間上限は、計算期間（毎年 8 月～翌年 7 月）終了後、翌年 8 月以降に償還払いすることとなるか。保険者変更や被保険者の死亡により、計算期間の途	

中で資格を喪失した場合でも、翌年8月を待たなければならないか。.....	8
問2-5-7 年間上限に係る高額療養費の消滅時効について、起算日は基準日（基準日とみなされる日を含む。）の翌日か。.....	8
3. 令和9年8月施行分（所得区分の細分化）について.....	9
問3-1 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。.....	9
問3-2 75歳到達月の上限額も併せて引き上げるのか。.....	9
問3-3 資格確認書及び限度額適用（・標準負担額減額）認定証の記載を変更する必要があるか。.....	9
問3-4 レセプトの特記事項はどのように変更されるのか。.....	9
問3-5 特定給付対象療養の場合、算定基準額は一律「区分ウ/一般」の限度額が適用されていたが、令和9年8月以降（細分化後）はどの区分が適用されるのか。.....	10
問3-6 高額長期疾病（特定疾病）について、所得区分や算定基準額は変更ないか。.....	11
問3-7 基準収入額該当者及びその被扶養者については、細分化前は一般区分（標準26万円以下）に含まれるが、細分化後はどの区分に含まれるか。.....	11

1. 総論

問1 今回の高額療養費制度の見直しの趣旨は。

(答)

今回の高額療養費制度の見直しは、高齢化の進展や高額薬剤の開発・普及等により、医療費が年々増大していく中において、「制度の持続可能性の確保」と「長期療養者や低所得者へのセーフティネット機能の強化」を行う観点から行うこととしております。具体的には、制度全体の持続可能性の確保の観点から、低所得の方の負担に配慮しつつ、主に療養期間が短期の方に対して、一人当たり医療費の伸びに応じた追加のご負担をお願いする一方で、「多数回該当」の金額を維持した上で、新たに「年間上限」を設けるとともに、年収 200 万円未満の方の「多数回該当」の金額を引き下げるなど、長期療養者や低所得者へのセーフティネット機能を強化しています。

2. 年間上限の新設について

(1) 総論

問2-1-1 なぜ年間上限を新設するのか。

(答)

長期療養者の経済的負担への配慮の観点から、長期にわたり治療を継続されている方がご不安に感じる「将来の医療費負担」に見通しを立てやすくなるよう、「年間上限」を新設することとしています。

「年間上限」の新設により、高額療養費の上限に毎月該当している方の負担が下がるとともに、例えば、月額医療費が高額療養費の上限に達しないような方（高額療養費に該当しなかった方）や、年1～2回しか高額療養費に該当しない場合でも非常に高額な医療にかかる方の自己負担も軽減されるケースがあります。

高額療養費の年間上限の新設

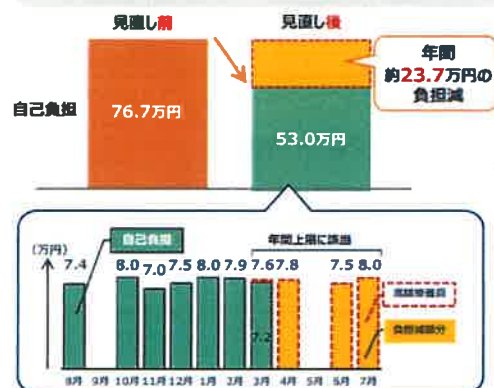


長期にわたり治療が必要な方のセーフティネット機能の強化

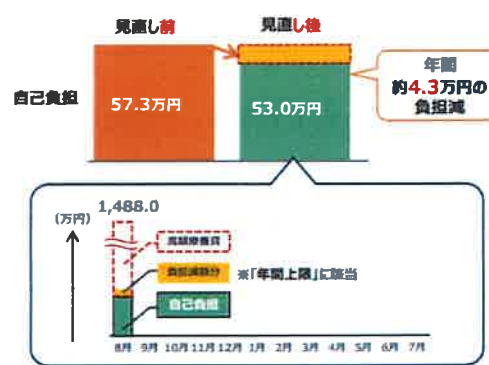
高額療養費の月単位の自己負担は、将来にわたり制度を維持するため、医療費の伸びや所得に応じて負担いただきますが、医療費の自己負担について、新たに年単位の上限額（年間上限）を設けます。月ごとの自己負担額が積み上がっても、年間上限額に達した後は、それ以上の医療費の支払いは不要となります。

今回の見直しにより、例えば、以下の方は医療費負担が軽くなる場合があります。

これまで多数回該当（※）に該当しなかった方の場合



極めて高額な医療を受けた方の場合



問2-1-2 年間上限について、月間の高額療養費や、外来年間上限、高額介護合算療養費との関係はどのようなになるのか。

(答)

各制度の適用順序は次のとおりとします。

- ① 月間の高額療養費のうち、個人の外来特例を計算
- ② 月間の高額療養費について、世帯合算を計算（先に高齢世帯合算を計算）
- ③ 外来年間上限を計算
- ④ 年間上限を計算
- ⑤ 高額介護合算療養費を計算

問2-1-3 年間上限は個人単位の適用か、世帯単位の適用か。

(答)

世帯単位の適用となります。

問 2-1-4 年間上限該当者であっても、現物給付されるのは年間上限までとなるのか。

(答)

お見込みのとおりです。例えば、導入初年度（令和 8 年 8 月診療分～令和 9 年 7 月診療分）においては、月額上限までは医療機関の窓口での支払いとなり、令和 9 年 8 月以降に償還払いとなります。

(2) 算定方法

問 2-2-1 年間上限の算定開始日はいつか。

(答)

令和 8 年 8 月 1 日です（令和 8 年 8 月診療分から算定対象）。

問 2-2-2 計算期間は、外来年間上限や高額介護合算と同じく、毎年 8 月 1 日から翌年 7 月 31 日か。

(答)

お見込みのとおりです（毎年 8 月診療分から翌年 7 月診療分までが算定対象）。

問 2-2-3 計算期間の途中で所得区分が変わった場合、年間上限はどの区分での適用となるのか。

(答)

年間上限額は、原則として基準日（7 月 31 日）の所得区分に応じて定まります（計算期間の途中で当該資格を喪失した場合は、資格を喪失した日の前日を基準日とみなします）。

例えば、令和 8 年 8 月～令和 9 年 3 月の標準報酬月額が 53 万円であり、令和 9 年 4 月～7 月の標準報酬月額が 34 万円のとき、

月間の高額療養費は、

- ・ 令和 8 年 8 月診療分～令和 9 年 3 月診療分の月額上限は 179,100＋医療費×1％（多数回該当の場合 93,000 円）、
- ・ 令和 9 年 4 月診療分～令和 9 年 7 月診療分の月額上限は 85,800＋医療費×1％（多数回該当の場合 44,400 円）、

として支払われた上で、

令和 8 年 8 月診療分～令和 9 年 7 月診療分の年間上限は 53 万円（標準報酬月額は 34 万円として計算）として、令和 9 年 8 月以降に 1 年分の償還払いをすることとなります。

問 2-2-4 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、年間上限の算定対象として合算します。(月額の高額療養費の支給がない場合であっても、年間上限の対象となり得ます)。

問 2-2-5 月間の高額療養費と同じく、70 歳未満の場合は自己負担額 21,000 円 (75 歳到達時特例対象療養に係るものである場合は 10,500 円) 以上のレセプトのみ合算対象となるのか。

(答)

お見込みのとおりです。

問 2-2-6 調剤や治療用装具による自己負担額も、年間上限の算定対象となるか。

(答)

お見込みのとおりです。年間上限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。

問 2-2-7 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)

再審査後に計算し、その結果、年間上限の対象となれば支給してください。

問 2-2-8 年収 200 万円未満 (標報 15 万円以下) の被保険者については、令和 8 年 8 月～令和 9 年 7 月についても年間上限額は 41 万円が適用されるのか。

(答)

当該計算期間の基準日 (令和 9 年 7 月 31 日) 時点の所得区分が「～約 200 万円 (標報: ～15 万円)」区分に該当することが確認できた場合、年間上限額を 41 万円として適用してください。

なお、令和 9 年 8 月以降の診療分については、年収 200 万円未満 (標報 15 万円以下) の被保険者の年間上限額は、一律 41 万円となります。

問 2-2-9 別紙「患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（令和 8 年 8 月～令和 9 年 7 月）」には、注書きとして、「※ 6 「年収換算～約 200 万円（健保：15 万円以下、国保・後期：28 万円未満）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限 41 万円を適用し、令和 9 年 8 月以降に償還払い。」と記載されているが、この「～約 200 万円（標報：～15 万円）」区分に該当することが確認できた者とは、一時的にこの報酬に該当しても「確認できた者」の対象となるのか。

（答）

基準日（7 月 31 日）の所得区分に応じて判定してください。

問 2-2-10 指定公費が支給されている場合には、どのように算定するのか。

（答）

当該指定公費の支給後になお残る自己負担額が算定の対象になります。

問 2-2-11 付加給付が支給されている場合には、どのように算定するのか。

（答）

付加給付の支給後になお残る自己負担額が算定の対象になります。

（3）保険者変更の場合

問 2-3-1 保険者が変更された場合、年間上限の支給額を変更前後の保険者で按分支給するのか。

（答）

保険者が変更された場合、按分支給という形ではなく、それぞれの保険者に加入している間に受けた療養分について、年間上限をそれぞれ適用し、支給することとなります。

なお、同一の保険者の加入であっても、被保険者の資格が変わった場合については、それぞれの資格の期間ごとに、年間上限をそれぞれ適用することとなります。例えば、同一の保険者の被保険者（甲）の被扶養者（乙）が、当該保険者の被保険者となった場合は、乙が甲の被扶養者としての加入期間中に受けた療養分は甲に支給される年間上限の対象として、乙が被保険者としての加入期間中に受けた療養分は乙に支給される年間上限の対象として、それぞれ上限額を適用することとなります。

問 2－3－2 保険者変更や被保険者の死亡により、計算期間の途中で資格を喪失した場合、加入月数に応じて上限額が変わるのか。

(答)

計算期間の途中で資格を喪失した場合であっても、各保険者の加入月数にかかわらず、年間上限額は一律です。年間上限額は、原則として基準日の所得区分に応じて定まりますが、計算期間の途中で当該資格を喪失した場合は、資格を喪失した日の前日の所得区分に応じて定まります。

問 2－3－3 保険者が変更された場合、被保険者はどの保険者に申請を行うのか。

(答)

保険者が変更された場合、按分支給という形ではなく、それぞれの保険者に加入している間に受けた療養分について、年間上限をそれぞれ適用することになります。そのため、それぞれの保険者に加入している期間に支払った自己負担額を計算し、当該自己負担額が年間上限を超えた場合には、当該超えた時点で加入していた保険者に支給申請を行うこととなります。

問 2－3－4 外来年間上限や高額介護合算療養費のように、被保険者が保険者異動をした場合の自己負担額証明書の発行は不要ということか。

(答)

お見込みのとおりです。

(4) 事務取扱

問 2－4－1 外来年間上限と同様に、年間上限の支給を受けることができる被保険者に対して、申請を勧奨する通知を行うことは可能か。

(答)

お見込みのとおりです。

問 2－4－2 月間の高額療養費と同様に、被保険者本人からの申請を不要とする「自動給付」の形で給付することは保険者判断によることとしてよいのか。

(答)

健康保険法施行規則第 111 条に基づき、別段の定めを設け、いわゆる自動払方式をとって差し支えございません。

問 2－4－3 外来年間上限と同様に、原則として保険者が保有するレセプト情報により確認可能であるため、年間上限に係る支給申請に際して、領収書の添付は不要か。

(答)

お見込みのとおりです。

(5) その他

<多数回該当関連>

問 2－5－1 70 歳以上の非課税世帯（低所得Ⅱ区分）について、令和 8 年 8 月から多数回該当が新設されるが、多数回該当のカウントは令和 8 年 8 月診療分から対象となるのか。

(答)

令和 8 年 8 月からの 70 歳以上の非課税世帯（低所得Ⅱ区分）の多数回該当についても、「直近 12 ヶ月のうち、月間の高額療養費（※）が支給された月が 3 ヶ月以上」というカウント方法には変更はありませんので、令和 8 年 7 月以前の診療分もカウントの対象になります。

（※）健保令第 41 条第 1 項～第 4 項に規定する高額療養費に限る。外来特例のみの場合は含まない。

<高額介護合算療養費関連>

問 2－5－2 高額介護合算療養費については、年間上限を含む年間の高額療養費を支給したものとして計算するのか。

(答)

お見込みのとおりです。

問 2－5－3 年間上限を含む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額の高額療養費及び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。

問 2－5－4 高額介護合算療養費の基準額については、令和 8 年 8 月以降も据え置きか。

(答)

お見込みのとおりです。

<その他>

問 2－5－5 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)

確定申告の際に、償還払いとして支給を受ける額を申告する必要があります。

問 2－5－6 年間上限は、計算期間（毎年 8 月～翌年 7 月）終了後、翌年 8 月以降に償還払いすることとなるか。保険者変更や被保険者の死亡により、計算期間の途中で資格を喪失した場合でも、翌年 8 月を待たなければならないか。

(答)

お見込みのとおり、年間上限は計算期間（毎年 8 月～翌年 7 月）終了後、翌年 8 月以降に償還払いすることとなります。保険者変更で資格を喪失した場合であっても、計算期間中の加入期間が確定するのは計算期間終了後である（計算期間中に資格を再取得する可能性もある）ため、翌年 8 月以降に償還払いすることになります。

なお、被保険者の死亡により、計算期間の途中で資格を喪失した場合は、死亡時点で計算期間中の加入期間が確定するため、翌年 8 月を待たずに償還払いをして差し支えありません。

問 2－5－7 年間上限に係る高額療養費の消滅時効について、起算日は基準日（基準日とみなされる日を含む。）の翌日か。

(答)

お見込みのとおりです。ただし、死亡以外の理由計算期間の途中で資格を喪失した場合は、計算期間の終了をもって基準日とみなされる日が確定し、請求書の受付が開始されるものであることから、請求権の消滅時効についても計算期間の末日の翌日から起算することになります。

3. 令和9年8月施行分（所得区分の細分化）について

問3-1 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)

令和9年8月診療分からです。

問3-2 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。現行通り、月間の高額療養費の算定基準額の2分の1の額となります。

問3-3 資格確認書及び限度額適用（・標準負担額減額）認定証の記載を変更する必要があるか。

(答)

お見込みのとおりです。

問3-4 レセプトの特記事項はどのように変更されるのか。

(答)

令和9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。

特記	所得区分（70歳未満）	所得区分（70歳以上）
45 ア1	ア1	現役並みⅢA
46 ア2	ア2	現役並みⅢB
47 ア3	ア3	現役並みⅢC
48 イ1	イ1	現役並みⅡA
49 イ2	イ2	現役並みⅡB
50 イ3	イ3	現役並みⅡC
51 ウ1	ウ1	現役並みⅠA
52 ウ2	ウ2	現役並みⅠB
53 ウ3	ウ3	現役並みⅠC
54 エ1	エ1	一般A
55 エ2	エ2	一般B

56	エ 3	エ 3	一般 C
30	区オ	オ	低所得 I ・ II
57	ア A	ア 1 / 多数回	現役並み III A / 多数回
58	ア B	ア 2 / 多数回	現役並み III B / 多数回
59	ア C	ア 3 / 多数回	現役並み III C / 多数回
60	イ A	イ 1 / 多数回	現役並み II A / 多数回
61	イ B	イ 2 / 多数回	現役並み II B / 多数回
62	イ C	イ 3 / 多数回	現役並み II C / 多数回
63	ウ A	ウ 1 / 多数回	現役並み I A / 多数回
64	ウ B	ウ 2 / 多数回	現役並み I B / 多数回
65	ウ C	ウ 3 / 多数回	現役並み I C / 多数回
66	エ A	エ 1 / 多数回	一般 A / 多数回
67	エ B	エ 2 / 多数回	一般 B / 多数回
68	エ C	エ 3 / 多数回	一般 C / 多数回
35	多オ	オ / 多数回	低所得 II / 多数回
69	カ 1	—	一般 II A
70	カ 2	—	一般 II B
71	カ A	—	一般 II A / 多数回
72	カ B	—	一般 II B / 多数回

※35 のみ令和 8 年 8 月診療分より変更（70 歳以上の非課税世帯（低所得 II 区分）の多数回該当新設に伴う変更）

※35、57～68 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

※69～72 は後期のみ

問 3－5 特定給付対象療養の場合、算定基準額は一律「区分ウ/一般」の限度額が適用されていたが、令和 9 年 8 月以降（細分化後）はどの区分が適用されるのか。

（答）

70 歳未満の者の場合は年収約 370 万円～約 510 万円（標準報酬月額 28 万円～34 万円/旧ただし書所得 210 万円～313 万円）の者と同じ「区分ウ 3」を、70 歳以上の者の場合は年収約 200 万円未満（標準報酬月額 15 万円以下/課税所得 28 万円未満）の者と同じ「一般 3」を適用することとします。

問 3－6 高額長期疾病（特定疾病）について、所得区分や算定基準額は変更
ないか。

（答）

お見込みのとおりです。

問 3－7 基準収入額該当者及びその被扶養者については、細分化前は一般区
分（標報 26 万円以下）に含まれるが、細分化後はどの区分に含まれる
か。

（答）

「一般区分 1」（年収約 260 万円～約 370 万円の区分）に含まれます。

※ 「基準収入額該当者」とは、収入が以下の基準を満たす者（標準報酬月額
が 28 万円以上であるが、一部負担金が「2 割」となる者として、高齢受給
者基準収入額適用を受けている者）のことを指します。

- ・ 70 歳以上の被扶養者を有する場合、被扶養者の収入とあわせて 520 万円
未満
- ・ 70 歳以上の被扶養者を有しない場合、383 万円未満
- ・ 被保険者の収入が 383 万円以上の方のうち旧被扶養者（後期高齢者医療
制度の被保険者となったことにより、被扶養者でなくなった者）を有す
る場合、旧被扶養者の収入とあわせて 520 万円未満

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（令和8年8月～令和9年7月）

所得区分		負担割合	月単位の上限額（円）		年単位の上限額（円）
年収換算	健保（標準報酬月額） 国保（旧ただし書き所得）		多数回該当		
約1,160万円 ～	83万円以上	3割 (※1)	270,300 + (医療費－901,000) × 1%	<140,100>	1,680,000
約770万円 ～ 約1,160万円	53万円 ～ 79万円		179,100 + (医療費－597,000) × 1%	<93,000>	1,110,000
約370万円 ～ 約770万円	28万円 ～ 50万円		85,800 + (医療費－286,000) × 1%	<44,400>	530,000
～ 約370万円	26万円以下		210万円以下		530,000 (※5)
住民税非課税				36,900	<24,600>

70歳未満

70歳以上	所得区分		負担割合	月単位の上限額（円）		年単位の上限額（円）
	年収換算	健保（標準報酬月額） 国保・後期（課税所得）		外来（個人ごと）	多数回該当	
70歳以上	約1,160万円～	83万円以上	3割	270,300 + (医療費－901,000) × 1%	<140,100>	1,680,000
	約770万円～約1,160万円	53万円～79万円		179,100 + (医療費－597,000) × 1%	<93,000>	1,110,000
	約370万円～約770万円	28万円～50万円		85,800 + (医療費－286,000) × 1%	<44,400>	530,000
	～約370万円	26万円以下 (※2)		22,000 (年間上限216,000)		530,000 (※6)
		住民税非課税	70～74歳 2割 75歳以上 1割 (※4)	11,000 (年間上限96,000)	<24,600>	290,000
		住民税非課税（所得が一定以下）		8,000	15,700	180,000

※1 療養費新制度の者については2割。
 ※2 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。
 ※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
 ※4 課税所得が28万円以上かつ年々収入+その他の合計所得金額が200万円以上（課税世帯の場合は320万円以上）の者については2割。
 ※5 「年収換算 約200万円（健保：15万円以下、国保：86万円以下）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。
 ※6 「年収換算 約200万円（健保：15万円以下、国保・後期：28万円未満）」区分に該当することが確認できた者は、年間上限41万円を適用し、令和9年8月以降に償還払い。

別紙

患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（令和9年8月～）

70歳未満	所得区分		負担割合	月単位の上乗額（円）		多数回該当	年単位の上乗額（円）
	年収換算	健保（標準報酬月額） 127万円以上		国保（旧ただし書き所得） 1,356万円超			
70歳未満	約1,650万円～	127万円以上	3割 (※1)		342,000 + (医療費－1,140,000) × 1%		
	約1,410万円～約1,650万円	103万円～121万円			303,000 + (医療費－1,010,000) × 1%	<140,100>	1,680,000
	約1,160万円～約1,410万円	83万円～98万円			270,300 + (医療費－901,000) × 1%		
	約1,040万円～約1,160万円	71万円～79万円			209,400 + (医療費－698,000) × 1%		
	約950万円～約1,040万円	62万円～68万円			194,400 + (医療費－648,000) × 1%	<93,000>	1,110,000
	約770万円～約950万円	53万円～59万円			179,100 + (医療費－597,000) × 1%		
	約650万円～約770万円	44万円～50万円			110,400 + (医療費－368,000) × 1%		
	約510万円～約650万円	36万円～41万円			98,100 + (医療費－327,000) × 1%		
	約370万円～約510万円	28万円～34万円			85,800 + (医療費－286,000) × 1%	<44,400>	530,000
	約260万円～約370万円	20万円～26万円					
	約200万円～約260万円	16万円～19万円			69,600		
	～約200万円	15万円以下			65,400		
	住民税非課税				61,500	<34,500>	410,000
					36,900	<24,600>	290,000

70歳以上	所得区分			負担割合	月単位の上乗額（円）		多額回該当	年単位の上乗額（円）
	年収換算	健康（標準報酬月額）	国保・後期（課税所得）		外来（個人ごと）			
70歳以上	約1,650万円～	127万円以上	1,107万円以上	3割	342,000 + (医療費－1,140,000) × 1%	<140,100>	1,680,000	
	約1,410万円～約1,650万円	103万円～121万円	900万円以上		303,000 + (医療費－1,010,000) × 1%			
	約1,160万円～約1,410万円	83万円～98万円	690万円以上		270,300 + (医療費－901,000) × 1%			
	約1,040万円～約1,160万円	71万円～79万円	614万円以上		209,400 + (医療費－698,000) × 1%			
	約950万円～約1,040万円	62万円～68万円	504万円以上		194,400 + (医療費－648,000) × 1%			
	約770万円～約950万円	53万円～59万円	380万円以上		179,100 + (医療費－597,000) × 1%			
	約650万円～約770万円	44万円～50万円	280万円以上		110,400 + (医療費－368,000) × 1%			
	約510万円～約650万円	36万円～41万円	203万円以上		98,100 + (医療費－327,000) × 1%			
	約370万円～約510万円	28万円～34万円	145万円以上		85,800 + (医療費－286,000) × 1%			
	約260万円～約370万円	20万円～26万円	57万円以上		28,000			
	約200万円～約260万円	16万円～19万円	28万円以上	(年間上乗216,000)	69,600			
	～約200万円	15万円以下	28万円未満		65,400			
	住民税非課税			70～74歳	22,000	61,500	<34,500>	410,000
	住民税非課税（所得が一定以下）			2割	13,000	25,700	<24,600>	290,000
				75歳以上	(年間上乗96,000)	8,000	15,700	180,000
				1割				

※1 義務教育就学前の者については2割。
 ※2 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。
 ※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
 ※4 後期については、年金収入+その他の合計所得金額が320万円未満（複数世帯の場合は320万円以上）の者については2割。
 ※5 課税所得が28万円以上かつ年金収入+その他の合計所得金額が200万円以上（複数世帯の場合は320万円以上）の者については2割。