

高額医療・高額介護合算制度について

高額医療・高額介護合算制度は、医療と介護の両方のサービスを利用している世帯の負担を軽減するために設けられた制度です。毎年8月1日から翌年7月31日までの間の医療保険の一部負担金と介護保険の利用者負担額の合計が、下記の「自己負担限度額（算定基準額）」を超える場合、その超えた額が申請により支給されます。

なお、支給額の計算は医療保険制度ごとに行うことになっており、後期高齢者医療と国民健康保険の被保険者が混在している世帯は、それぞれの医療保険ごとに計算を行います。

◆高額医療・高額介護合算制度の自己負担限度額（算定基準額）

所得区分 (後期高齢者医療の負担割合)		(計算期間 12カ月) 毎年8月1日～翌年7月31日
現役並み所得者を 含む世帯(3割負担)	現役並みⅢ	212万円
	現役並みⅡ	141万円
	現役並みⅠ	67万円
一般課税世帯(2割負担)		56万円
一般課税世帯(1割負担)		56万円
住民税非課税世帯 (1割負担)	区分Ⅱ	31万円
	区分Ⅰ	19万円(個人)、31万円(複数人世帯介護分のみ)

◆支給額の計算方法について(例)：一人世帯(所得区分：区分Ⅰ)の場合

1. まず、世帯全体の支給額を計算します。

① 医療保険の自己負担額	48,000円	}	同一世帯に後期高齢者医療の被保険者が複数いる場合は自己負担額を合算できます。
② 介護保険の自己負担額	192,000円		
③ 自己負担額合計(①+②)	240,000円	}	この額を後期高齢者医療と介護保険の負担額に応じて按分し、 医療分は後期高齢者医療広域連合から、介護分は市町村(介護保険)から 払い戻します。
④ 基準額(自己負担限度額)	190,000円		
⑤ 世帯支給額(③-④)	50,000円		

2. 次に、世帯支給額を医療分と介護分に按分し、各保険からの支給額が決定されます。

⑤:50,000円 × (①:48,000円 ÷ ③:240,000円) = 10,000円(医療分)	⇒	後期高齢者医療広域連合から支払われます。
⑤:50,000円 × (②:192,000円 ÷ ③:240,000円) = 40,000円(介護分)	⇒	市町村の介護保険から支払われます。

注：区分Ⅰの世帯で対象者が複数人いる場合は、介護分については介護保険法の規定により基準額(自己負担限度額)が31万円になるので、介護分が減額または支給されない場合があります。

◆高額医療・高額介護合算制度の合算対象とならないもの

- 後期高齢者医療・・・入院中の食事代、差額ベッド代等の保険診療外の自己負担額 など
- 介護保険・・・福祉用具購入費、住宅改修費の自己負担分、施設利用に係る食費・居住費(滞在費)、その他日常生活費 など

上記以外に高額療養費、高額介護(予防)サービス費、その他各保険から還付があった場合は、その金額を自己負担額から差し引いて計算します。

※ 計算方法等、ご不明な点がございましたら、福島県後期高齢者医療広域連合までお問い合わせください。 福島県後期高齢者医療広域連合(電話024-528-9024)

申請書記入例

それ以外の箇所への記載は不要です。

■ 複合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度 令和 3 年度		申請区分 (1) 新規 (2) 変更 (3) 取下げ		支給申請書整理番号	
フリガナ コウキ タロウ		氏名 後期 太郎		生年月日 昭和 2 年 4 月 2 日生 性別 男	
加入期間		計算期間の始期及び終期 令和 3 年 8 月 1 日 ~ 令和 4 年 7 月 3 1 日			

国民健康保険資格情報					
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	
			1 世帯主 2 擬制世帯主 3 世帯員		

高齢者医療資格情報					
保険者名称					
福島県後期高齢者医療広域連合					
保険資格情報					
保険者名称					
〇〇市					

口座管理番号						金融機関コード						店舗コード						種目						口座番号						フリガナ											
1						振込口座記入欄						(記入例) 銀行 信用金庫 信用組合 ()						本店 支店 出張所						1 普通						1 2 3 4 5 6 7						後期 太郎					

※ 上記 計算期間中 (令和 3 年 8 月 1 日 ~ 令和 4 年 7 月 3 1 日)、市町村から重度心身障がい者医療費助成を受けていました。 (はい / いいえ) ☐ 公金口座を使用する

保険者名	加入期間	添付の自己負担額
1		
2		

申請者氏名は、被保険者本人 (代筆可) または後見人等の法定代理人のいずれかの方になります。

申請時に被保険者本人の運転免許証などの顔写真入りの証明書 1 点、または、後期高齢者医療被保険者証、介護保険証、年金証書などの公的機関が発行している証書等から 2 点をご持参ください。

ただし、被保険者本人がお亡くなりになられた場合は、申請書裏面の「申立・誓約書」に記載された申立者の方が申請者になります。

※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。
 高額介護合算療養費 (高額医療合算介護 (予防) サービス費) の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 福島県 〇〇〇 市 〇〇〇 町 1 2 3 番地
申請者氏名 後期 太郎
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

提出者等	氏名	住所	電話番号
<input type="checkbox"/> 本人	後期 次郎 (署名又は記名押印)	福島県 〇〇〇 市 〇〇〇 町 1 2 3 番地	
<input checked="" type="checkbox"/> 代理人 (子)			

(申請勧奨 1)