

正しく知ろう

国保

ガイドブック



ジェネリック医薬品 / かかりつけ薬剤師
を活用しましょう! つき

保険証は大切にしましょう!

鎌ヶ谷市国民健康保険

令和6年度

もくじ

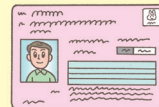
● 国保のしくみ	2
● マイナンバーカードと保険証の一体化が予定されています	3
● 国保に加入する人	4
● 国保に加入するとき・やめるとき	5
● 保険証	6
● 70歳以上の人の医療	7
● 病気やケガをしたとき	8
● 入院したときの食事代	9
● いったん全額自己負担したとき	10
● 出産・死亡・移送	11
● 交通事故にあったとき	12
● 訪問看護ステーションなどを利用したとき	12
● 国保が使えないとき	13
● 医療費が高額になったとき	14
● 厚生労働大臣が指定する特定疾病の場合	19
● 70歳から74歳の人の所得区分	20
● 後期高齢者医療制度	21
● 保険料	22
● 特定健診・特定保健指導	26
● 人間ドック等助成事業	27
● こくほ35歳からの集団健康診査	27
● 臓器提供の意思表示について	27
● 医療費適正化にご協力ください	28
● リフィル処方せんについて	29
● 柔道整復師にかかるときの注意	30
● ジェネリック医薬品希望カード	31

国保のしくみ

国保（国民健康保険）とは、社会保障制度のひとつで病気やケガをしたとき、安心してお医者さんにかかるように、事前に加入者（被保険者）がお金（保険料）を出し合っ、必要な時に必要な医療を保険を使って受けることができるしくみです。国保の運営は、みなさんが住む都道府県と市区町村（保険者）が行っています。

マイナンバーカードと保険証の一体化が予定されています

2024年12月2日以降は新規の保険証の発行を取りやめ、マイナンバーカードと一体化される予定です。



※2024年12月2日の時点で、お手持にある有効期限が切れていない保険証は、その時点から最長1年間（有効期限が2025年12月1日より前に切れる場合はその有効期限まで）は有効なものとして医療機関等で使用することができます。

保険証廃止後に、マイナ保険証がない場合

2024年12月2日以降は、マイナ保険証の保有をしていない人やカードを紛失・更新中などでお手持にカードがない人については、被保険者資格の情報が記載された「資格確認書」が無償で交付される予定です。

《保険証として利用するメリット》

- 過去に処方された薬や特定健診結果が医師や薬剤師と共有され、より良い医療が受けられる。
- 就職や転職、引っ越しをしても、マイナンバーカードを健康保険証として使うことができる。
※市区町村への届け出は必要
- 限度額適用認定証の事前申請が不要となり、高額療養費制度における限度額を超える窓口での支払が免除される。
※ 保険料を滞納されている場合等、支払いが免除されないことがあります。
- ※ 申請月以前12ヵ月に入院日数が90日を超える市民税非課税世帯、区分Ⅱの人で、食事療養費が減額の対象になる場合は、申請手続きが必要です。

詳しくは
マイナンバー総合フリーダイヤル
TEL 0120-95-0178



▲デジタル庁HP

ジェネリック医薬品

を活用しましょう! ジェネリック医薬品とは?

先に研究開発された薬（新薬・先発医薬品）の独占販売期間が終了したあとに販売が許可される医療用医薬品です。

国保に加入する人(被保険者になる人)

職場の健康保険(健康保険組合、共済組合など)に加入している人、後期高齢者医療制度の対象となる人、生活保護を受けている人以外は、すべての人が国保の加入者(被保険者)となります。

国保に加入する人

- ◆ お店などを経営している自営業の人



- ◆ 農業、漁業などにたずさわっている人



- ◆ 退職して職場の健康保険などをやめた人とその家族



- ◆ パート、アルバイトなどをしていて、職場の健康保険などに加入していない人



外国籍で、職場の健康保険などに加入せず、3ヵ月を超えて日本に滞在する人

◎外国籍の人も加入しなければなりません

People with foreign nationality are also required to participate in the National Health Insurance.

外籍人士也必须加入国民健康保险。

외국 국적을 가진 사람도 국민건강보험에 가입해야 합니다.

* 加入は世帯ごと

国保では、大人や子どもの区別なく一人ひとりが被保険者ですが、加入は世帯ごとで行い、世帯主がその届け出をします。

国保に加入するとき・やめるとき

国保に加入したり、やめるときには、**14日以内**に国保の窓口へ届け出てください。

* 国保に 加入するとき *

- 職場の健康保険などをやめたとき(退職日の翌日)
- ほかの市区町村から転入したとき
- 子どもが生まれたとき
- 生活保護を受けなくなったとき



届け出が遅れると

- ▶ 保険料は届け出をした日からではなく、資格を得た月までさかのぼって支払うことになります。
【遡及賦課(そきゅうふか)】
- ▶ 保険証がない期間の医療費の支払いは、やむを得ない場合を除いて全額自己負担になります。

* 国保を やめるとき *

- 職場の健康保険などに加入したとき
- ほかの市区町村へ転出したとき
- 死亡したとき
- 生活保護を受け始めたとき
- 後期高齢者医療制度の対象となったとき
(75歳に到達し対象となったときは届け出は不要です)



届け出が遅れると

- ▶ 資格のない保険証で診療を受けた場合、国保が負担した医療費はあとで返還していただけます。
- ▶ ほかの健康保険などに加入すると、保険料が二重払いになってしまうことがあります。

保険証 (国民健康保険被保険者証)

保険証は国保に加入しているという証明書で、お医者さんにかかるときの受診券でもありません。大切に取り扱い、紛失しないようにしましょう。



※2024年12月2日以降は、健康保険証の廃止に伴い、交付されなくなる予定です。
マイナンバーカードと保険証の一体化についてはP3をご覧ください。

こんなことに注意してください

- 1 交付されたときに、記載内容を確認しましょう。
- 2 病院に預けたりせず、いつでも使えるよう手元に保管をしておきましょう。
- 3 コピーや有効期限が過ぎた保険証は使えません。資格がなくなったら、すぐ国保に返却しましょう。
※暦月の途中でも、診療時に新しい保険証を提出してください。
- 4 紛失したり破れて使えなくなったりしたら、国保の窓口で再交付を受けてください。
※来庁者の本人確認できるものが必要です (別世帯の人が申請する場合は、委任状が必要です)。
- 5 被保険者に異動があったときなどは国保の窓口へ。
※氏名等を勝手に直すと無効となります。
- 6 保険証の貸し借りはできません。不正使用すると法律で罰せられます。

70歳以上の人の医療

国保に加入している人が70歳になると、「高齢受給者証を兼ねた保険証」が交付されますので、お医者さんにかかるときは窓口で提示してください。

また、75歳になると後期高齢者医療制度で医療を受けることになります。

※ただし一定の障がいがある人は、65歳を過ぎると後期高齢者医療制度に加入の申請ができます。この場合、後期高齢者医療広域連合から認定を受ける必要があります。

70歳になるとき

70歳の誕生日の翌月から (誕生日が1日の人はその月から) 高齢受給者証を兼ねた保険証を提示して医療を受けます。

高齢受給者証を兼ねた保険証

なお、自己負担割合や自己負担限度額が見直されます (P8、20参照)。



75歳になったら

75歳の誕生日当日から、後期高齢者医療制度で医療を受けることになります。「後期高齢者医療被保険者証」が交付されます。

※2024年12月2日以降は、健康保険証の廃止に伴い、交付されなくなる予定です。

マイナンバーカードと保険証の一体化についてはP3をご覧ください。

◆ 高齢受給者証を兼ねた保険証について ◆

高齢受給者証を兼ねた保険証は、70歳から74歳までの人に交付されます。所得に応じた医療費の自己負担割合が記載されていますので、大切に保管をし、お医者さんにかかるときには窓口で提示するようにしましょう。

新薬と有効主成分やその含有量が同じなので効果はほとんど変わりません。

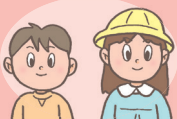


病気やケガをしたとき(療養の給付)

自己負担割合(一部負担金)

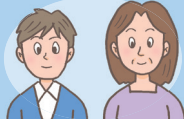
義務教育
就学前

2割



義務教育就学
以上70歳未満

3割



70歳から
74歳まで

2割



現役並み所得者は3割
(P20参照)

病気やケガをしたときは、医療機関や保険薬局で保険証を提示すれば、上記の一部負担金を支払うだけで、次のような医療を受けられます。

- 診察
- 在宅療養・看護
- 入院・看護
- 薬や治療材料の支給
- 医療処置・手術などの治療
- 訪問看護

※状況によっては、国保が使えない場合があります。(P13参照)

◆75歳以上の人は後期高齢者医療制度で医療を受けます。

❖ 医療費一部負担金減免制度 ❖

災害や失業などの特別な理由により著しく収入が減少し、医療機関などで医療費を支払うことが困難な場合、一部負担金の徴収猶予または免除を受けられる場合があります。

入院したときの食事代

入院したときは、診療や薬にかかる費用とは別に食費の一部を負担していただきます。残りは国保が負担します。



「入院したときの食事代」の1食あたりの標準負担額

一般(下記以外の人)		1食460円
市民税非課税世帯	過去1年間の入院が90日以内	1食210円
区分Ⅱ(P20参照)	過去1年間の入院が91日以上	1食160円
区分Ⅰ(P20参照)		1食100円

◆市民税非課税世帯、区分Ⅱ・Ⅰの人が、減額された標準負担額で食事療養を受けるためには、事前に医療機関の窓口で「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示が必要です。(原則、過去の期間は対象となりません。)

◆マイナンバーカードを健康保険証として利用している市民税非課税世帯、区分Ⅱの人が減額された標準負担額で食事療養を受けるためには申請が必要です。

◆指定難病、小児慢性特定疾病患者、平成28年4月1日時点で既に1年を超えて精神病床に入院している人の負担額は260円に据え置き。

※2024年6月から1食につき10～30円引き上げ予定です。

療養病床に入院する場合の食費・居住費

65歳以上の高齢者が療養病床に入院する場合は、食費・居住費を自己負担します。標準負担額は、次のとおりです。

	食費(1食につき)	居住費(1日につき)
一般(下記以外の人)	460円*	370円
市民税非課税世帯・区分Ⅱ(P20参照)	210円	370円
区分Ⅰ(P20参照)	130円	370円

◆入院時に負担した食事代は高額療養費の対象外です。

◆指定難病患者の居住費は0円に据え置き。

*保険医療機関の施設基準等により、420円となる場合もあります。

※2024年6月から1食につき10～30円引き上げ予定です。

いったん全額自己負担したとき (療養費の支給)

次の場合はいったん全額自己負担となりますが、国保の窓口へ申請し、審査決定すれば、自己負担分を除いた額が払い戻されます。

医療の内容

急病などやむを得ない事情で、国保を扱っていない医療機関にかかったときや、保険証を持たずに治療を受けたとき

申請に必要なもの

- 診療報酬明細書(レセプト)
- 領収書 ● 保険証
- 世帯主の口座番号がわかるもの

- ◆ 治療用装具 (コルセット、ギプス、義足など) を購入したとき



- 治療用装具製作指示装着証明書
- 領収書 (内訳記載のもの)
- 保険証
- 世帯主の口座番号がわかるもの

国保を扱っていない柔道整復師の施術代 (骨折、脱臼、捻挫など)



- 医師の同意書
- 施術の内容がわかるもの
- 領収書 (内訳記載のもの)
- 保険証
- 世帯主の口座番号がわかるもの

- ◆ 輸血のための生血代 (病院を通じて購入した場合)



- 医師の診断書と輸血証明書
- 領収書 ● 保険証
- 世帯主の口座番号がわかるもの

- ◆ 医師から指示された、はり・きゅう・マッサージ代



- 医師の同意書
- 施術の内容がわかるもの
- 領収書 ● 保険証
- 世帯主の口座番号がわかるもの

海外渡航中に急病でやむを得ず医療機関にかかったとき (海外療養費)



- 診療内容の明細書と領収明細書 (翻訳を添えて)
- 保険証 ● パスポート
- 世帯主の口座番号がわかるもの
- 調査に関わる同意書

- ◆ は医師が認めた場合に適用

※医療処置が適切であったか審査を行いますので、申請から支給まで2~3ヵ月かかります。審査の結果、減額または支給されない場合があります。

出産・死亡・移送

子どもが生まれたとき (出産育児一時金)

国保の加入者が出産したときに支給されます。妊娠85日以上であれば、死産・流産でも支給されます。

原則として、出産費用を、国保から医療機関に直接支払う「直接支払制度」が導入されています。また、産科医療補償制度に加入している分娩機関で出産した場合には、上乗せして支給されます。

※他の医療保険から出産育児一時金が支給される人(社会保険の加入期間が1年以上あり、本人が退職後半年以内に出産された場合)は、いずれか一方を加入者が選択してください。

申請に必要なもの

- 母子健康手帳 ● 出産した人の保険証
- 世帯主の印かん
- 出産費用の領収書
- および産科医療補償制度登録証 (制度対象の分娩とわかるもの)
- 世帯主の口座番号がわかるもの

※死産・流産の場合は「医師の証明書」



死亡したとき (葬祭費)

被保険者が亡くなったときに、葬祭を行った人に支給されます。



申請に必要なもの

- 喪主であることがわかるもの (葬儀の領収書や会葬礼状など) ● 亡くなられた人の保険証
- 喪主の印かん ● 喪主の口座番号がわかるもの
- 申請する人の身分証明書

移送の費用がかかったとき (移送費)

医師の指示で緊急その他やむを得ない理由で移送された場合に申請し、国保が必要と認めた額が支給されます。通院など一時的、緊急的とは認められない場合は、対象となりません。



申請に必要なもの

- 医師の意見書 ● 保険証
- 領収書 (移送区間、距離、方法のわかるもの)
- 搬送業者発行の移送報告書
- 世帯主の口座番号がわかるもの

交通事故にあったとき (第三者行為による病気やケガ)

交通事故など、第三者の行為によって傷病を受けた場合も国保で治療を受けられます。本来、治療費は加害者が支払うもの(自賠責保険など)ですが、一時的に国保が立て替え払いをし、あとから加害者に請求します。示談の前に必ず国保に連絡し、届け出をしてください。



※「事故証明書」「保険証」を持参し、国保の窓口で「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

※傷病の状況、相手の保険の状況などを記入します。

※示談を結んでしまうと、給付を停止、返納していただくこともあります。

 示談の前に必ず国保にご相談ください。

訪問看護ステーションなどを利用したとき

【訪問看護療養費】

在宅で医療を受ける必要があると医師が認め、訪問看護ステーションなどを利用した場合、費用の一部を利用料として支払うだけで、残りは国保が負担します。保険証を訪問看護ステーションなどに提出してください。



国保(保険証)が使えないとき

次の場合には、国保(保険証)が使えません。

病気とみなされないもの

- ◆ 単なる疲労や倦怠けんたい
- ◆ 健康診断・人間ドック (P26・27参照)
- ◆ 正常な妊娠・出産 (P11参照)
- ◆ 経済上の理由による妊娠中絶 (P11参照)
- ◆ 軽度のシミ・アザ・わきがなど
- ◆ 予防注射
- ◆ 美容整形
- ◆ 歯列矯正しれつきようせい



他の保険が使えるとき

- ◆ 業務上(仕事、通勤途上)の病気やケガ
→ 労災保険の対象になります
- ◆ 以前勤めていた職場の保険が使えるとき



国保の保険給付の制限

- ◆ けんか、泥酔など著しい不行跡によるケガや病気
- ◆ 故意の事故や犯罪によるケガや病気
- ◆ 医師や国保の指示に従わなかったとき



医療費が高額になったとき (高額療養費)

同じ月内の医療費の自己負担額が高額になったとき、申請して認められると、限度額を超えた分が高額療養費としてあとから支給されます。

1 70歳未満の人の場合

下記の自己負担限度額を超えた分が支給されます。

自己負担限度額 (月額)

区分	限度額 (3回目まで)	限度額 (4回目以降)
旧ただし書所得 901万円超 (ア)	252,600円 医療費が842,000円を超えた場合 $252,600円 + (\text{医療費} - 842,000円) \times 1\%$	140,100円
旧ただし書所得 600万円超 901万円以下 (イ)	167,400円 医療費が558,000円を超えた場合 $167,400円 + (\text{医療費} - 558,000円) \times 1\%$	93,000円
旧ただし書所得 210万円超 600万円以下 (ウ)	80,100円 医療費が267,000円を超えた場合 $80,100円 + (\text{医療費} - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
旧ただし書所得 210万円以下 (エ)	57,600円	44,400円
市民税非課税世帯 (オ)	35,400円	24,600円

※旧ただし書所得＝総所得金額等から基礎控除額を差し引いた額。

※医療費は、保険診療にかかる費用の総額 (10割) をさします。

※限度額 (4回目以降) とは、過去12ヵ月間で高額療養費該当月が4回目以降の場合をさします。

自己負担額の計算の条件

- ① 暦月ごとの計算 (月の1日～末日まで)
- ② 同じ医療機関でも医科と歯科は別計算
- ③ 同じ医療機関でも入院と外来は別計算
- ④ 2つ以上の医療機関の場合は別計算
- ⑤ 差額ベッド代、食事代、保険適用でない医療行為は対象外
- ⑥ 旧総合病院の場合でも、診療科ごとではなく病院単位で計算



※窓口での負担を自己負担限度額までにするには課税世帯 (区分ア・イ・ウ・エ) の人は「限度額適用認定証」が必要です。非課税世帯 (区分オ) の人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要です。国保の窓口で申請してください。

保険料に未納があると交付できない場合があります。貸付制度もありますのでご相談ください。

※医療機関等でオンライン資格確認ができる場合は提示が不要です。
※標準負担額減額認定証は、入院時の食事代 (P9参照) が減額されます。

計算例 所得区分: 210万円超600万円以下 (自己負担3割)

●医療費が400,000円かった場合

- ▶ 自己負担額は、3割負担のため $400,000円 \times 30\% = 120,000円$ となります。
- ▶ 自己負担限度額は **80,100円** ですが、総医療費が267,000円を超えているため、加算分があります。

〈加算分〉

$(400,000円 - 267,000円) \times 1\% = 1,330円$

〈自己負担限度額〉

$80,100円 + 1,330円 = 81,430円$

「限度額適用認定証」を提示した場合

→ 医療機関の窓口で、**81,430円**を支払います。

「限度額適用認定証」を提示しない場合

→ 医療機関の窓口で、**120,000円**を支払います。
国保の窓口で申請をすると、限度額を超えた金額 $120,000円 - 81,430円 = 38,570円$ が、あとから支給されます。

◆世帯の医療費を合算して限度額を超えたとき

同一世帯で1ヵ月につき21,000円以上の自己負担額が複数あった場合、それらを合算して自己負担限度額を超えた分があとから支給されます。



まずは、医療機関を受診時、医師にジェネリック医薬品の利用希望の意思を伝えましょう。



2 70歳から74歳までの人の場合

70歳から74歳までの人は外来（個人単位）と外来＋入院（世帯単位）を別々に考えます。



自己負担限度額（月額）

区分 (P20参照)	外来(個人単位) の限度額	外来+入院(世帯単位) の限度額	限度額 (4回目以降)
現役並みⅢ (課税所得 690万円以上)	252,600円		140,100円
	医療費が842,000円を超えた場合 252,600円+ (医療費-842,000円)×1%		
現役並みⅡ (課税所得 380万円以上 690万円未満)	167,400円		93,000円
	医療費が558,000円を超えた場合 167,400円+ (医療費-558,000円)×1%		
現役並みⅠ (課税所得 145万円以上 380万円未満)	80,100円		44,400円
	医療費が267,000円を超えた場合 80,100円+ (医療費-267,000円)×1%		
一般	18,000円 (年間上限 144,000円)	57,600円	44,400円
区分Ⅱ	8,000円	24,600円	
区分Ⅰ	8,000円	15,000円	

※医療費は、保険診療にかかる費用の総額(10割)をさします。
 ※限度額(4回目以降)とは、過去12ヵ月間で高額療養費該当月が4月目以降の場合をさします。
 ※年間上限額は、8月から翌年7月までの累計額に対して適用されます。

自己負担額の計算の条件

- ① 暦月ごとの計算(月の1日～末日まで)
- ② 外来は個人単位でまとめ、入院を含む自己負担限度額は世帯単位で合算
- ③ 病院・診療所、歯科の区別なく合算
- ④ 差額ベッド代、食事代、保険適用でない医療行為は対象外

*窓口での負担を自己負担限度額までにするには

区分が現役並みⅡ・Ⅰの人は「限度額適用認定証」が必要です。区分Ⅱ・Ⅰの人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要です。国保の窓口で申請してください。区分が現役並みⅢ・一般の人は「高齢受給者証を兼ねた保険証」の提示で、限度額までの負担となります。

※医療機関等でオンライン資格確認ができる場合は提示が不要です。
 ※標準負担額減額認定証は、入院時の食事代(P9参照)が減額されます。

◆75歳になる月の自己負担限度額について

75歳に到達する月は、誕生日前の国保制度と、誕生日後の後期高齢者医療制度における自己負担限度額がそれぞれ本来の額の2分の1になります。

3 70歳未満と70歳から74歳までの人が同一世帯の場合

70歳未満と70歳から74歳までの人が同一世帯の場合は、合算することができます。



- 1 まず70歳から74歳までの人について払い戻し額を計算し、70歳から74歳までの人の世帯単位の自己負担限度額内の自己負担額を算出します。
- 2 そして、70歳未満の人の21,000円以上の自己負担額とそれぞれ合算し、70歳未満の人の所得区分の自己負担額を超えた額を計算します。

処方せんに利用不可の印や医師の署名がなければ変更可能です。薬剤師と相談の上、選択します。



4 高額療養費の支給を年4回以上受けたとき

過去12ヵ月間に、同一世帯で高額療養費の支給が4回以上あった場合(多数回該当)は、「4回目以降の限度額」を超えた分が、申請によりあとから支給されます。

*同一都道府県内なら多数回該当を通算……

同一都道府県内での市区町村間の住所異動で、世帯構成が変わらない場合は、高額療養費の該当回数が通算されます。

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
A県	P市	①	②	③						
	Q市				④	⑤	⑥	⑦		

P市からQ市へ転居

ここから該当

また、高額療養費の自己負担限度額は、異動前後の市町村でそれぞれ本来の限度額の2分の1になります。

5 介護保険の受給者がいる場合

[高額医療・高額介護合算制度]

年間の医療費が高額になった世帯に介護保険の受給者がいる場合、医療保険と介護保険の両方の自己負担を合算し年度の限度額を超えた場合は、申請により超えた分が高額介護合算療養費としてあとから支給されます。

自己負担限度額(年額:8月~翌年7月)

《70歳未満の人》

	区分	限度額
ア	旧ただし書所得901万円超	212万円
イ	旧ただし書所得600万円超901万円以下	141万円
ウ	旧ただし書所得210万円超600万円以下	67万円
エ	旧ただし書所得210万円以下	60万円
オ	市民税非課税世帯	34万円

※旧ただし書所得=総所得金額等から基礎控除額を差し引いた額。

《70歳から74歳までの人》

		区分(P20参照)	限度額
現役並み 所得者	Ⅲ	課税所得690万円以上	212万円
	Ⅱ	課税所得380万円以上 690万円未満	141万円
	Ⅰ	課税所得145万円以上 380万円未満	67万円
		一般	56万円
		区分Ⅱ	31万円
		区分Ⅰ	19万円

厚生労働大臣が指定する特定疾病の場合

長期間にわたって高額な治療を必要とする特定疾病の人は、自己負担額が1医療機関につき、1ヵ月10,000円までとなります。「特定疾病療養受療証」を発行しますので、国保の窓口で申請してください。

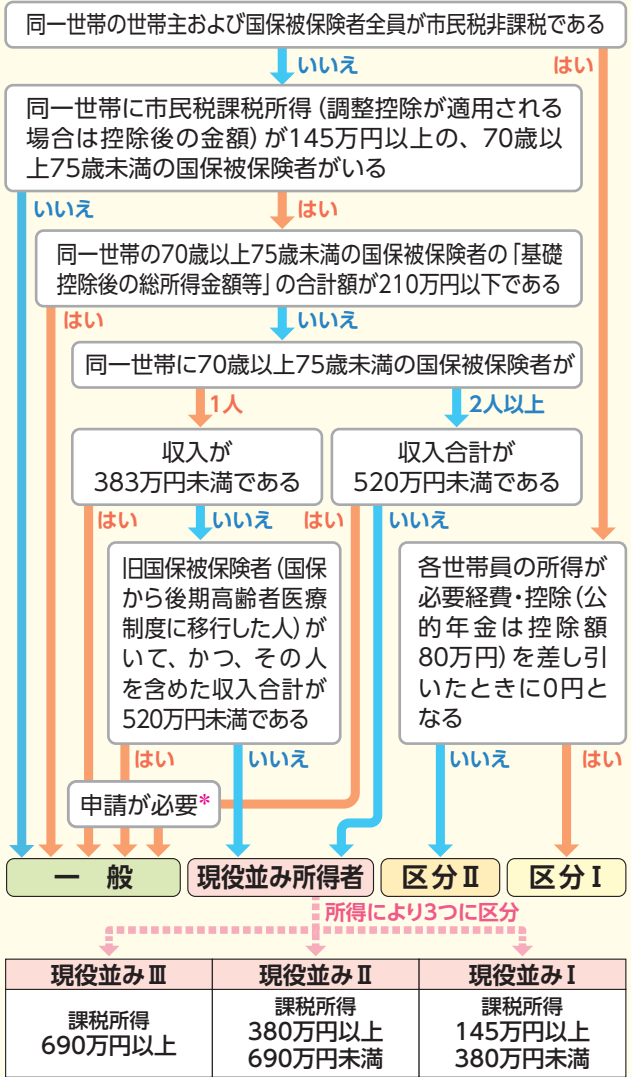
※医療機関等でオンライン資格確認ができる場合は提示が不要です。

❖ 厚生労働大臣指定の特定疾病 ❖

- 人工透析を必要とする慢性腎不全
※70歳未満の旧ただし書所得600万円超の人の自己負担額は1ヵ月20,000円までとなります。
- 先天性血液凝固因子障害の一部
- 抗ウイルス剤の投与に起因するHIV感染症

すべての新薬に対し製造販売されているわけではありません。治療内容によっては適さない場合もあります。

70歳から74歳までの人の所得区分



*国保で収入を把握できる場合、申請は不要です。

後期高齢者医療制度

75歳(一定の障がいがあるときは65歳)以上の人は、後期高齢者医療制度で医療を受けることになります。

後期高齢者医療制度のしくみ

都道府県の区域ごとにすべての市区町村が加入する「後期高齢者医療広域連合」が運営します。ただし、保険料の徴収や窓口業務などは市区町村が行います。

医療にかかる費用は、患者本人の自己負担分を除き、公費で約5割、現役世代からの支援(若年層の保険料)で約4割がまかなわれます。残りの約1割を、被保険者のみなさんが納める保険料から負担します。

対象となる人

- 75歳以上の人
- 65歳以上75歳未満で、一定の障がいがあると広域連合から認定された人



診療を受けるとき

新しい保険証が一人に1枚交付されます。医療を受ける場合は、病院などの窓口で提示しましょう。

※2024年12月2日以降は、健康保険証の廃止に伴い、交付されなくなる予定です。
マイナンバーカードと保険証の一体化についてはP3をご覧ください。

保険料の納め方

後期高齢者医療制度の対象(被保険者)となる人全員が、一人ひとり保険料を納めます。75歳(一定の障がいがある人は65歳)以上であれば、これまで保険料を負担していなかった被用者保険の被扶養者だった人も保険料を納めます。

※所得の低い人や、被用者保険の被扶養者だった人(国民健康保険と国民健康保険組合の被保険者だった人を除く)は、保険料が軽減されます。また、制度が変更になる場合があります。



保険料

保険料は、みなさんの医療費にあてられる国保の大切な財源です。必ず納期内に納めましょう。



保険料額の決め方

保険料の総額を次の項目に割り振り、それらを組み合わせて世帯ごとの保険料額が決まります。

40歳以上65歳未満の人は、国保の医療分と後期高齢者支援金分、介護納付金分を合わせて納めます。

所得割	世帯の被保険者の所得に応じて計算
均等割	世帯の被保険者数に応じて計算
平等割	一世帯にいくらと計算

※市区町村により割り振り項目の組み合わせは異なります。

◆解雇や倒産・雇い止めなど非自発的失業者（離職日の年齢が65歳未満の方）の保険料を算定するときは、離職した翌日から翌年度末まで、前年の給与所得を30/100とみなして行う軽減措置があります。

◆被保険者が出産する場合、産前産後期間相当(4ヵ月)の保険料(均等割額・所得割額)が免除されます。(令和6年1月分から)

保険料は社会保険料控除の対象

1月1日から12月31日までの期間に納めた保険料は、その年分の確定申告・年末調整および市民税の申告の際に社会保険料控除の対象となります。翌年の1月下旬に納付済額の確認書を世帯主宛にお送りします。

保険料の納め方

保険料の納め方は年齢によって異なります。

◆40歳未満の人

医療分と後期高齢者支援金分を納めます。

$$\text{国民健康保険料} = \text{医療分} + \text{後期高齢者支援金分}$$

◆40歳以上65歳未満の人(介護保険の第2号被保険者)

医療分と後期高齢者支援金分に介護納付金分を合わせて、一つの国保の保険料として納めます。

$$\text{国民健康保険料} = \text{医療分} + \text{後期高齢者支援金分} + \text{介護納付金分}$$

※年度の途中で40歳になる人は、40歳になる月(誕生日が1日の場合はその前月)の分から、年度の途中で65歳になる人は、65歳になる月の前月(誕生日が1日の場合はその前々月)までの分の介護納付金分を国民健康保険料として納めます。

◆65歳以上75歳未満の人(介護保険の第1号被保険者)

医療分と後期高齢者支援金分を市区町村に納め、介護保険料は別に納めます。介護保険料は原則として年金から差し引かれます。

ただし、世帯内の国保被保険者全員が65歳以上75歳未満の世帯の場合は、医療分と後期高齢者支援金分についても、介護保険料と同様に年金から差し引かれます(特別徴収)。なお、希望により口座振替により納付することも可能ですので、ご相談ください。

※基礎年金等の年額が18万円未満の人や、国民健康保険料と介護保険料とを合わせた額が基礎年金等の年額の2分の1を超える場合には、国民健康保険料は今までどおり市区町村に個別に納めます(普通徴収)。

$$\text{国民健康保険料} = \text{医療分} + \text{後期高齢者支援金分}$$

介護保険料

保険料は世帯主が納めます

国保の保険料は、世帯主が納める決まりになっています。したがって、世帯主が職場の健康保険などに加入している場合でも、ほかの家族が国保に加入していれば、世帯主に納入通知書が送付されます。

忘れずに所得の申告をしましょう

保険料の決定や減額、入院時の食事代、高額療養費の算出にあたっては世帯の所得の申告が必要です。確定申告や市民税の申告などをしていない人がいる世帯は必ず申告してください。世帯の所得合計額が一定基準以下のときには、保険料が軽減される場合があります。

保険料の納付は“口座振替”が原則です!!

“つい”“うっかり”保険料を納め忘れてしまわないために、簡単で便利な口座振替・自動払込が原則となります。一度手続きをすると、翌年度以降も自動的に振替が更新され、継続されます。

📄 申し込み方法は…

用意
するもの

- 納入通知書または保険証
- 預(貯)金通帳
- 印かん
(通帳の届け出印)
- キャッシュカード
(口座名義人による手続きが必要)

これらを持って、市役所または市区町村指定の金融機関へ直接お申し込みください。

国民健康保険料はコンビニエンスストア・クレジットカードやLINE Pay、PayPay、d払い、auPAY、J-Coinなどでも納付ができます。お仕事などの都合で金融機関に行けないときなど、ご利用ください。

保険料を滞納すると…

特別な理由がないのに保険料を滞納すると、次のような措置がとられることとなりますので、ご注意ください。

- 1 納期限を過ぎると、国保から督促状や催告書が送付されます。延滞金が増加される場合もあります。
- 2 それでも納めないまましていると、通常の保険証に代わり「短期保険証」が発行されます。その場合、原則国保の窓口での交付となります。
※高校生世代以下の子には、有効期間が1年の保険証が交付されます。
- 3 督促状が送付されてから、一定期間経過しますと、財産調査の上、差押等の滞納処分となります。
- 4 納期限から1年を過ぎると、国保の給付が全部または一部差し止められることがあります。



保険料の納付が困難なときは お早めにご相談ください

やむを得ない事情により、保険料の納付が難しい場合は、申請により分割納付が認められることがあります。お早めに国保の窓口にご相談ください。



特定健診・特定保健指導

特定健診は40歳から74歳までの人を対象に毎年実施されています。対象者には国保から案内が届きますので、必ず受診してください。

◆特定健診の受け方

通知 届いた案内を確認し、健診機関を選びます。



受診 受診当日は保険証と受診券を忘れずに。

主な検査項目

- 問診
 - 身体計測 (身長・体重・腹囲)
 - 血圧・血液検査 (脂質・肝機能・血糖・腎機能・尿酸)
 - 尿検査 (尿糖・尿たんぱく) など
- ※必要に応じて詳細な検査が行われる場合があります。(貧血・心電図・眼底検査)



結果 健診結果の通知とともに、健康づくりに役立つ「情報提供」が行われます。また、生活習慣病のリスクに応じて**特定保健指導**が行われます。

◆健診データの管理・活用

健診結果のデータ管理は、国保などの医療保険者に義務づけられ、匿名化され国へ実績結果として報告されます。また、過去の健診データと比較・分析のうえ、医療情報(診療報酬明細書)を確認し、効果的な保健指導を実施しています。また、ご本人はマイナポータルにて健診履歴を確認できます。

※医療保険の異動の際に、健診データが引き継がれます。引き継ぎを希望しない場合はお申し出ください。

かかりつけ薬剤師

を活用しましょう! かかりつけ薬剤師のメリットは? ③

人間ドック等助成事業

特定健診の代わりに人間ドック等を受検する場合、自己負担額の一部を助成します。

希望する場合は、受検する前に確認が必要となりますので、事前に保険年金課にご連絡ください。

※令和6年6月1日～12月31日に受検した人間ドックが対象です。



こくほ35歳からの集団健康診査

健康に対する意識を高め、生活習慣病を予防・早期発見するために、35歳から39歳までの人に集団健診を実施しています。検査項目は、特定健診と同様です(眼底検査を除く)。対象者には個別通知をしますので、希望者はお申込みください。



臓器提供の意思表示について

臓器移植法により、ご本人の臓器提供の意思が不明な場合も、ご家族の承諾があれば臓器提供でき、15歳未満の人(脳死の場合)からの臓器提供も可能です。

保険証の裏面や臓器提供意思表示カード等に記入することで臓器提供の意思表示ができます。



服薬後の経過も継続してチェックしてくれるので、薬の効果や体調の変化をみて、必要に応じて医療機関へ連絡してくれます。



医療費適正化にご協力ください

かかりつけ医を持ちましょう

日頃から、自分や家族の病気の治療や、医療の相談に乗ってもらえる「かかりつけ医」を持つようにしましょう。紹介状を持たずに、最初から大きな病院を受診すると、費用が余計にかかってしまいます。



休日や夜間の受診は控えましょう

休日や夜間に開いている救急医療機関は、緊急性の高い患者さん向けのもので、医療費も高く設定されています。緊急時以外は、平日の時間内に受診することを心がけましょう。



重複受診は避けましょう

同じ病気で複数の医療機関にかかる「重複受診」は避けましょう。病院を変えるごとに初診料や検査費用がかかり、医療費増加の原因になるだけでなく、検査や薬の重複が体に悪影響を与える危険性もあります。

ジェネリック医薬品を活用しましょう

医療機関等で処方される薬をジェネリック医薬品（後発医薬品）に変えることで、医療費は節約できます。ジェネリック医薬品とは、新薬（先発医薬品）と同じ有効主成分で製造されており、国の安全基準を満たした信頼できる薬です。ジェネリック医薬品の利用が可能な場合には、積極的に利用してみましょう。



リフィル処方せんについて

「リフィル処方せん」とは、症状が安定している患者さんに対して、医師の判断により発行される処方せんで、その都度診察を受けなくても、同じ処方せんで最大3回まで繰り返し薬をもらうことができます。患者さんの通院負担の軽減や医療費の節約につながります。

ポイント

- 長期にわたり処方内容に変更がなく、症状が安定していると医師が判断した場合に発行されます。
- 投与量に制限がある薬（向精神薬や新薬、湿布薬など）は対象外です。

リフィル処方せんの使い方

- 処方せんの、「リフィル可」欄に医師のチェックが入っていれば利用できます。（省略イメージ）

処方せん	
保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名	〇〇〇〇
生年月日	〇〇〇〇〇〇
変更不可	〇〇〇〇〇〇
リフィル可	<input checked="" type="checkbox"/> (3 回)
保険医署名	〇〇〇〇

チェックが入っていれば利用できます

- リフィル処方せんは、同じ処方せんを最大3回使用します*。2回目以降に薬を受け取る際にも必要なため、なくさないようにしっかり保管しておきましょう（コピー不可・原本のみ）。
* 医師の判断により2回になる場合があります。



柔道整復師にかかるときの注意

柔道整復師(接骨院・整骨院など)の施術に国保が使えるのは、一定の条件を満たす場合に限りていますので、ご注意ください。

国保が 使える 場合

※外傷性が明らかかな場合

- 打撲およびねんざ等
(いわゆる肉離れを含む)
- 骨折・脱臼
(緊急時以外は医師の同意が必要)



国保が 使えない 場合

※全額自己負担となります

- 単なる(疲労性・慢性的な要因からくる)肩こりや筋肉疲労
- 脳疾患後遺症などの慢性病や症状の改善の見られない長期の施術
- 工作中や通勤途上での負傷(→労災保険の対象となります)



医療機関との重複受診はできません

同一の負傷について、同時期に柔道整復師と医師に重複してかかることはできません。ただし、負傷の状態を確認するために定期的に医師の検査を受けることはできます。

「療養費支給申請書」の内容を確認しましょう

国保を扱っている柔道整復師の施術を受ける場合、窓口で保険証を提示し、一部負担金を支払うとともに、「療養費支給申請書」に署名が必要です。施術内容に誤りがないか、きちんと確認してから署名するようにしましょう。

ジェネリック医薬品希望カード

ジェネリック医薬品の処方希望しているも、その意思を伝えにくい場合には、医療機関窓口等にこのカードを提示して意思表示をしてください。



▲点線で切り離してご利用ください。

医療従事者様

ジェネリック医薬品を 希望します

- 治療に支障がなければジェネリック医薬品（後発医薬品）の処方をお願いします。
- カードは保険証などといっしょにご返却ください。

氏名●

医療従事者様

ジェネリック医薬品を 希望します

- 治療に支障がなければジェネリック医薬品（後発医薬品）の処方をお願いします。
- カードは保険証などといっしょにご返却ください。

氏名●

医療従事者様

ジェネリック医薬品を 希望します

- 治療に支障がなければジェネリック医薬品（後発医薬品）の処方をお願いします。
- カードは保険証などといっしょにご返却ください。

氏名●

◀点線で切り離してご利用ください。



植物油インキを使用しています
K10003 ②

UD FONT

禁無断転載
© ライズファクトリー (2024.3)