

警惕还付款欺诈!



- ▲广域联合或市(区)町村的职员绝对不会请您操作ATM(自动取款机)。
- ▲「用letterpack或宅配便把现金寄来」等都是欺诈行为。绝对不要寄。

查询

所住的市(区)町村的窗口
或

福冈县后期高龄者医疗广域联合

[所在地] 812-0044 福冈市博多区千代4丁目1番27号

[网站] <http://www.fukuoka-kouki.jp/>

受理时间

平日 早上8点30分~傍晚5点30分
(星期六、星期日、节假日休息)

电话

092651-3111

*打错电话的情况有所增多,请确认号码。

传真

092651-3901

*传真供有语言、听力等残障人士使用。

<保险费的支付方法和催促等有时只有市(区)町村知道。>

2018年度 后期高龄者 医疗制度

的指南



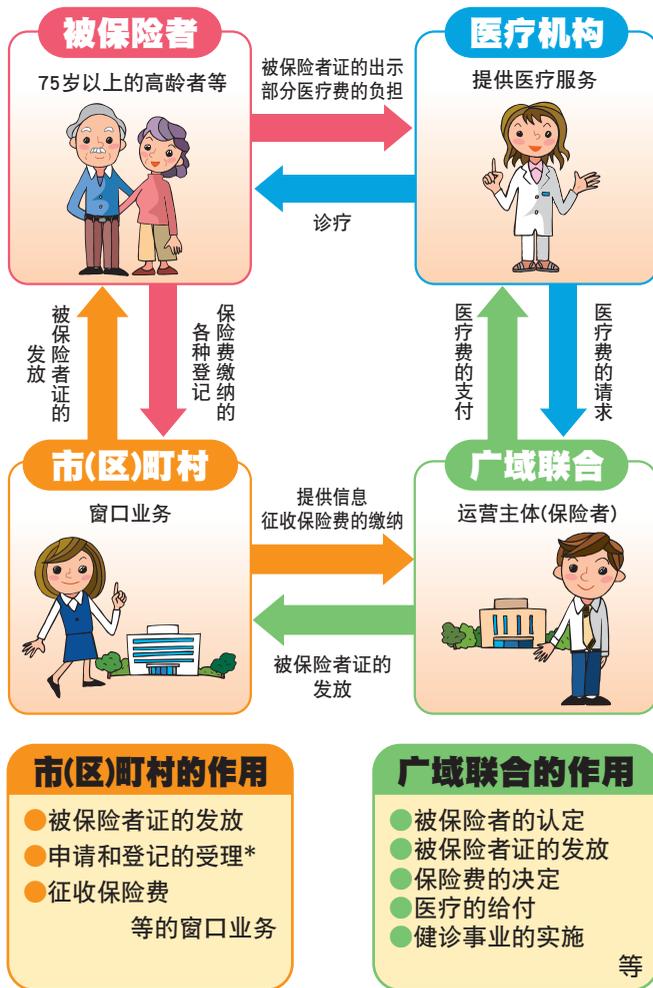
福冈县后期高龄者医疗广域联合

后期高龄者医疗制度由以都道府县为单位，所有市町村加入的「福冈县后期高龄者医疗广域联合」运营。

目录

后期高龄者医疗制度的规定	2
保险对象	3
被保险人证	4
保险费和医疗费负担的规定	5
看医生时	9
住院时的伙食费	11
医疗费高额时	12
高额医疗·高额护理合计制度	15
过后发放费用时	17
被保险人去世时	18
因灾害等难以支付给医疗机构时	18
遇到交通事故时	19
特定疾病疗养受疗证	20
请每年接受一次健康诊查	21
您知道后发医药品 (Generic医药品)吗?	22

后期高龄者医疗制度的规定



*从2016年1月起，办理后期高龄者医疗制度的手续，需要填写个人号码。

保险对象

- 75岁以上的人
从75岁生日起为对象。
- 65岁以上75岁未満有一定残障*的人、且经申请得到广域联合认定的人
从得到广域联合认定之日起为对象。

*一定的残障是指符合以下残障的人。

残障的程度	
身体障碍者手册	● 1级、2级、3级 ● 4级的一部分
精神障碍者保健福祉手册	● 1级、2级
疗育手册	● A(重度)
国民年金法等障碍年金	● 1级、2级

将来，随时可以撤回申请。

保险对象，将从之前接受医疗的国保等过渡到后期高龄者医疗制度。

但是，被加入后期高龄者医疗制度的人抚养的人，需要重新办理加入国保等医疗制度的手续。

被保险者证

后期高龄者医疗制度向每个人发放被保险者证。遗失或破损时、或未送到时，请去您所在的市(区)町村的担当窗口，办理重新发放的手续。

- 每年8月1日更新。
- 在75岁的前一个月寄送给您。



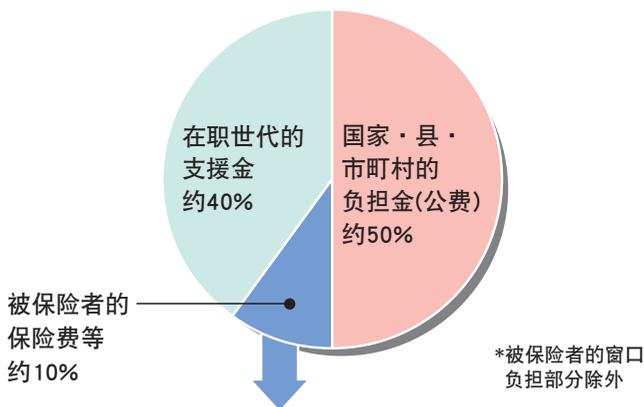
以下情况不能使用被保险者证

- 不是生病时---短期住院作全面检查・预防接种等
- 可使用其他保险时---因工作生病或受伤(为劳灾保险的对象时)
- 保险支付受到限制时---故意的犯罪行为或故意的事故・因吵架或泥醉引起的伤病或拒绝回答广域联合的提问时等

保险费和医疗费负担的规定

在从总医疗费总额除去自己负担后的医疗费给付中，约50%由公费(税金)负担，约40%由后期高龄者支援金(在职世代的保险费)负担，剩下的10%由保险费等负担。

后期高龄者医疗制度中医疗费负担结构



按个人的保险费的计算方法

(2018·19年度)



低收入者的减轻措施

均等割额

根据家庭的收入情况减轻。

减轻比率	减轻后的均等割额(年额)	同一家庭内的被保险者及户主的减轻对象收入金额*的合计金额
90%	5,608日元	[33万日元(基础扣除金额)]以下、且被保险者全员年收入为80万日元以下(无其他各种收入)]
85%	8,412日元	[33万日元(基础扣除金额)]以下
50%	28,042日元	[33万日元(基础扣除金额)+27.5万日元×被保险者人数]以下
20%	44,868日元	[33万日元(基础扣除金额)+50万日元×被保险者人数]以下

*减轻对象收入金额基本上与总收入金额等相同，计算方法有部分例外。

对曾为被抚养者的减轻措施

取得被保险者资格之日的前一天为社会保险(协会健保、健保组合、船员组合、共济组合等)的被抚养者的人为对象。

*国民健康保险、国民健康保险组合不为对象。

均等割额 减轻50% 减轻后的保险费金额(年额)为28,042日元

所得割额 不负担

*在上述表中，符合减轻90%、减轻85%的人，以减轻90%、减轻85%为优先。

■ 保险费的缴纳方法

保险费的缴纳方法，原则上从养老金(年额18万日元以上的人)中支付(特别征收)。

年度中途新加入的人或地址有变动的人，暂时进行普通征收。

从年金中扣除 特别征收

对 象

- 年金金额为年额18万日元以上的人(与护理保险费的合计金额不超过年金金额的2分之1时)

*由于为特别征收的对象的金年有优先顺序，年金年额18万以上的人也可能不能成为对象。

缴纳方法

发放年金时，保险费从年金中扣除。

暂时征收			正式征收		
4月 (1期)	6月 (2期)	8月 (3期)	10月 (4期)	12月 (5期)	2月 (6期)
在前一年的所得确定以前，扣除暂时算定的保险费(原则上，扣除与2月扣除的金额相同的金额)。			前一年的收入确定后，从年间保险费金额扣除了暂时征收部分后的金额，分3期扣除。		

*根据申请，可以变更为从银行帐号转帐。
希望的人，请向所住的市(区)町村的担当窗口查询。

年金金额的年额未满18万日元的人或与护理保险费的合计金额超过年金金额的2分之1的人等，通过缴纳书或银行帐号转帐，个别向所住的市町村缴纳(普通征收)。

通过缴纳书·银行帐号转帐 普通征收

对 象

- 年金金额的年额未满18万日元的人
- 与护理保险费的合计金额超过年金金额的2分之1的人
- 护理保险费未从年金扣除的人
- 年度中途新加入的人或地址有变动的人

缴纳方法

用市町村寄来的缴纳书，于缴纳期内在指定的金融机构缴纳。此外，还可以通过银行帐号转帐缴纳，请向市(区)町村的担当窗口查询。

已利用银行帐号转帐缴纳国民健康保险费(税)的人，必须再次进行申请。

■ 滞纳保险费时

无特别理由滞纳保险费时，可能会将通常的被保险者证更换成有效期更短的被保险者证或资格证明书，或采取支付的暂时停止等措施。

因灾害等难以缴纳保险费时，请向市(区)町村的担当窗口查询。

■ 保险费的减免

因以下原因难以缴纳保险费时，经申请可能会减免保险费。

详情请向所住的市（区）町村的窗口查询。
（保险费的减免申请，原则上必须在此年度内进行。）

种类	减免基准
灾害	因震灾、风灾与水灾、火灾等灾害，被保险人等*的财产受到25%以上的损失时
收入减少	被保险人等*的收入，因事业的停止废止或失业等，比前一年减少30%以上、且为300万元以下时
生活保护	成为受生活保护适用对象时
补助限制	因刑事原因等被收监，无法接受补助的期间跨月时

*在被保险者中，包括被保险者和同一家庭的户主及其他被保险者。

看医生时

自己负担比率，根据收入区分会有所差异。

收入区分根据此年度(4～7月为上一年度)的住民税课税收入(各种扣除后的收入)等作出判断。由于收入更正或家庭结构的变更等，对判断有时作出修改。

自己负担比率	收入区分		
30%	收入相当于在职人员者		
	住民税课税收入为145万日元以上*的被保险者和与此人为同一家庭的被保险者。		
	但是，符合以下情况时，向所住的市（区）町村的担当窗口申请后，自己负担将被定为10%。		
	<ul style="list-style-type: none"> • 在同一家庭内被保险者为1人、且收入未滿383万日元 • 在同一家庭内被保险者为复数、且收入的合计金额未滿520万日元 • 在同一家庭内被保险者为1人、且虽收入为383万日元以上，有70岁以上未滿75岁的人时，与此人的收入加起来未滿520万日元 		
●自2018年8月起，如下进行区分。			
	相当于在职人员Ⅲ	被保险者或同一家庭的被保险者的住民税课税收入符合右边所述情况时	690万日元以上
	相当于在职人员Ⅱ		380万日元以上 690万日元未滿
	相当于在职人员Ⅰ		145万日元以上 380万日元未滿
10%	一般		收入相当于在职人员者、区分Ⅱ、区分Ⅰ以外的人
	区分Ⅱ		家庭全员为住民税非课税的人[区分Ⅰ以外的人]
	区分Ⅰ		家庭全员为住民税非课税、且从此家庭的各种收入减去必要经费·扣除后的收入为0日元的人(年金的扣除金额以80万日元来计算)

*住民课税收入虽为145万日元以上，1945年1月2日以后出生的被保险者和，同一家庭的被保险者的「从总收入金额等减去33万日元的金额」的合计金额为210万日元以下时，自己负担比率为10%。

住院时的伙食费

以下标准负担金额为自己负担。

■住院时伙食费的标准负担金额

负担区分(参照P10)		每餐
负担30%的人、一般		460日元*
区分II	住院不到90天	210日元
	过去1年住院超过90天 *属于长期住院	160日元
区分I		100日元

*一部分有260日元的情况。

- 区分I・II的人，需要「限度额适用·标准负担额减额认定证」，请向市(区)町村的担当窗口申请。
- *需要另行申请。为长期住院对象的住院天数，有时会包括后期高龄者医疗制度以外的医疗保险的天数，详情请向市(区)町村的担当窗口查询。

住院在疗养病房时

■伙食费·居住费的标准负担金额

负担区分 (参照P10)	每餐的 伙食费	每天的 居住费
负担30%的人、 一般	460日元 (部分医疗机构为 420日元)	370日元
区分II	210日元	370日元
区分I	130日元	370日元
老龄福祉年金领取者	100日元	0日元

- 需要持续住院治疗的患者和住院于恢复期康复病房的患者，与住院时伙食费的标准负担金额相同。居住费为370日元，但指定难病患者为0日元。

医疗费高额时

关于同一个月内支付给医疗机构的医疗费的金总额，超过自己负担限度额(P13)的金额，将作为高额疗养费支付给您。

住院时的窗口负担，到门诊+住院(以家庭为单位)的限度额为止。(另行需要伙食费等。)

门诊诊疗的窗口负担，到各医疗机构等的门诊(以个人为单位)的限度额为止。

- 区分I・II的人需要“限度额适用·标准负担额减额认定书”。2018年8月以后，除了区分I・II的人以外，相当于在职人员I・II的人也需要“限度额适用认定书”。请向您所在的市区町村的担当窗口咨询。



自己负担限度额(月額)

I. 2018年7月以前

负担区分	门诊 (以个人为单位)	门诊+住院 (以家庭为单位)
收入相当于 在职人员者	57,600日元	80,100日元+1%*2 (属于多次*3) 44,400日元
一般	14,000日元 (年间限度额*1) 144,000日元	57,600日元 (属于多次*3) 44,400日元
区分II	8,000日元	24,600日元
区分I		15,000日元

II. 自2018年8月起

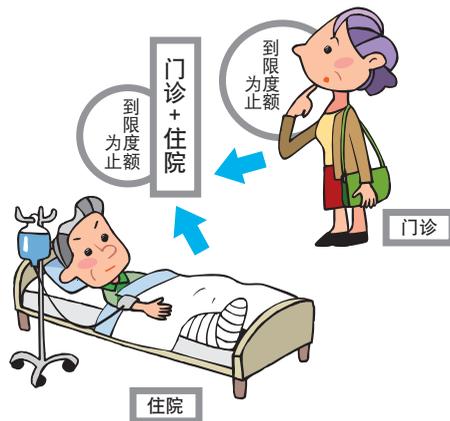
负担区分	门诊 (以个人为单位)	门诊+住院 (以家庭为单位)
相当于在职 人员III	252,600日元+1%*4 (属于多次*3 140,100日元)	
相当于在职 人员II	167,400日元+1%*5 (属于多次*3 93,000日元)	
相当于在职 人员I	80,100日元+1%*2 (属于多次*3 44,400日元)	
一般	18,000日元 (年间限度额*6) 144,000日元	57,600日元 (属于多次*3) 44,400日元
区分II	8,000日元	24,600日元
区分I	8,000日元	15,000日元

- *1 以从2017年8月到2018年7月的诊疗部分为对象。
- *2 总医疗费超过267,000日元时，加算超过部分的1%。
- *3 在过去12个月内以家庭为单位接受过高额疗养费的支付时，为第4次以后的限度额。
- *4 总医疗费超过842,000日元时，加算超过部分的1%。
- *5 总医疗费超过558,000日元时，加算超过部分的1%。
- *6 以从2018年8月到第2年7月的诊疗部分为对象。

● 75岁的人的生日月份(生日为1日的人除外)，在此之前的医疗保险和后期高龄者医疗制度的自己负担限度额，各为2分之一。

高额疗养费的计算方法

- 在同一家庭内复数后期高龄者接受医疗时，可不分医院、诊疗所、诊疗科进行合计。
- 限度额适用门诊(以个人为单位)后，适用门诊+住院(以家庭为单位)。
- 住院时的伙食费和差额床位费等不属于计算对象。



高额医疗·高额护理 合计制度

在医疗费为高额的家庭中，合计医疗保险和护理保险的自己负担，超过以下限度额时，申请后超过部分将作为高额护理合计疗养费支付给您。

■ 合计时的限度额(年额)

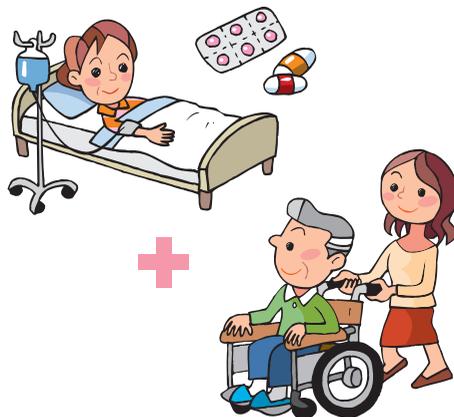
(从每年8月起到第二年7月为止的期间为对象。)

I. 2018年7月以前

负担区分 (参照P10)	限度额
收入相当于在职人员者	670,000日元
一般	560,000日元
区分II	310,000日元
区分I	190,000日元

II. 自2018年8月起

负担区分 (参照P10)	限度额
相当于在职人员III	2,120,000日元
相当于在职人员II	1,410,000日元
相当于在职人员I	670,000日元
一般	560,000日元
区分II	310,000日元
区分I	190,000日元



费用过后支付时

以下情况时，暂且全额自己负担，向市（区）町村的担当窗口申请并得到批准后，将过后支付给您除去自己负担部分后的金额。

*申请所需材料，请事前查询。

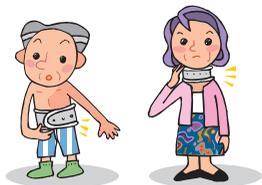
- 因不得已的理由未带被保险者证接受诊断时、或去不办理保险诊疗的医疗机构看病时



- 在海外时因急病接受治疗时(去海外治疗的除外)



- 医生认为因治疗必须制作整形矫正服等辅助用具时



- 医生认为必须接受针灸、按摩等治疗时



*移动困难的人根据医生的指示，因紧急等不得已的理由转送至医疗机构时，将支付给您转送费。

被保险者去世时

被保险者去世时，对负责丧葬的人员发放丧葬费3万日元。

*申请时需要必须材料。请事先咨询。

因灾害等难以支付给医疗机构时

(自己负担金额的减免)

属于被保险者的户主在大致过去1年内，因灾害等特别事由收入显著减少，一时难以支付给医疗机构时，经申请可减免自己负担金额、或延期支付。

但减免申请存在市町村民税的减免及银行存折余额等必要条件。

减免期间在6个月以内。

请向所住的市（区）町村的担当窗口咨询。

遇到交通事故时

因交通事故等第三方的行为受伤或生病时，经申请也能以后期高龄者医疗接受医疗。

这种情况时，后期高龄者医疗先垫付医疗费，过后向加害者请求费用。但是，从加害者那里取得治疗费、或通过调停解决的话，可能不得使用后期高龄者医疗，调停前请务必咨询。



务必向担当窗口提出申请

请携带被保险人证、印鉴、交通事故证明书，在市（区）町村的担当窗口办理「第三者行为伤病届」的手续。

特定疾病疗养受疗证

厚生劳动大臣所指定的特定疾病（先天性凝血因子障碍的一部分、需要人工透析的慢性肾功能衰竭、已在使用抗病毒剂的后天性免疫全症候群）时的自己负担额（月額），在各医疗机构（按住院、门诊）到1日元为止。

需要“特定疾病疗养受疗证”，请向市（区）町村的担当窗口申请。



请每年接受一次 健康诊查!!

实施健康诊查，以预防生活习惯病、早期发现、早期治疗来保持和促进身体健康。受诊方法等请参阅寄送给您的受诊卡。

受诊卡遗失时，将重新发行，请向广域联合查询。

◆因生活习惯病正在接受诊断的人不属于对象(生活习惯病是指，糖尿病、高血压、脂质异常症等起因于内脏脂肪积蓄等的疾病)。

◆健康诊查的主要项目为身体测量、血压测定、血中脂质检查、肝功能检查、血糖检查等。

◆请向实施健诊的医疗机构电话预约后，接受诊断。不清楚健诊实施医疗机构时，请向广域联合查询。

◆有的市(区)町村实施集体健诊，预约和详情等，请参照市(区)町村的健诊指南等。

◆癌症诊查，请向市(区)町村的担当窗口查询。

◆受诊票每年4月下旬一起发送。(到75岁的人在生日月份的10日左右发送)



受诊携带 物品

被保险者证、受诊卡、自己负担金500日元、上一年的健诊结果(有的话)

您知道后发医药品 (Generic医药品)吗?

- Generic医药品是新药的专利过期后开发的与新药有着相同有效成分、效果的医药品，且经过国家批准。
- 以严格的标准，保证着其安全性和品质。
- 此外，由于抑制了开发所需要的时间和经费，与新药相比价格要便宜。
- 利用后，可以减轻患者的医药费。这样的话，也对保险财政(公费、在职世代的支援金)做出贡献。

*首先，请咨询医生或药剂师。

