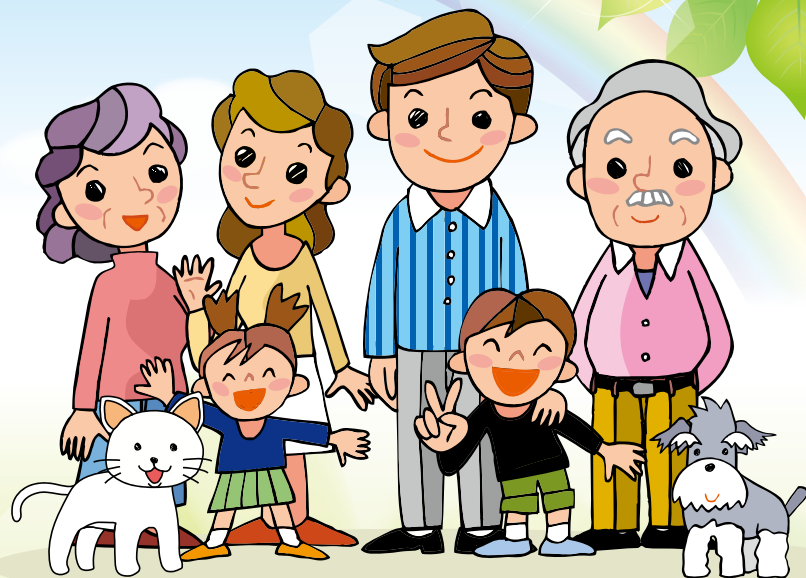


令和5年度版

75歳以上のすべての方が対象 後期高齢者医療制度の お知らせ

後期高齢者医療制度は、75歳以上の高齢者の方々に安心して必要な医療を受けていただくとともに将来にわたって国民皆保険を堅持するため、その医療費を国民全体で支える制度です。



後期高齢者医療制度の手続にはマイナンバー(個人番号)の記入が必要です

わからない
ときは…

「お問い合わせセンター」をご利用ください!

(保険料の支払方法や督促などお住まいの市(区)町村でなければ分からない場合があります)



受付時間 平日 朝8時30分～夕方5時30分
(土・日・祝日及び年末年始を除く)

電話 **092-651-3111**

間違い電話にご注意ください。(福岡市周辺地域以外の方は092を忘れずに!)

FAX **092-651-3901**

言語・聴覚などに障がいがある方はご利用ください。

ホームページ <https://www.fukuoka-kouki.jp/>

所在地 〒812-0044 **福岡市**博多区千代4丁目1番27号



福岡県後期高齢者医療広域連合

対象者(被保険者)

◆75歳以上の方(75歳の誕生日から対象)

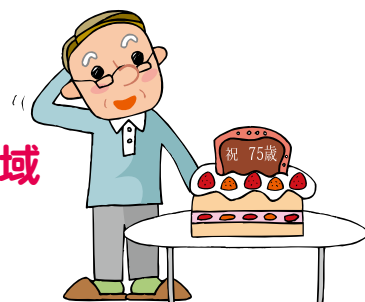
75歳到達による後期高齢者医療制度への加入手続は不要です。

◆65歳以上75歳未満で一定の障がい※¹について広域連合の認定を受けた方(認定を受けた日から対象)

※1 一定の障がいとは、次に該当する障がいをいいます。

- 身体障害者手帳1～3級及び4級の一部
- 精神障害者保健福祉手帳1・2級
- 療育手帳のA(重度)
- 国民年金法などの障害年金1・2級

一定の障がいに該当する方の加入(障害認定の申請)は任意です。障がいの認定は、75歳になるまではいつでも申請することができます。また、いつでも将来に向けて撤回することができます。

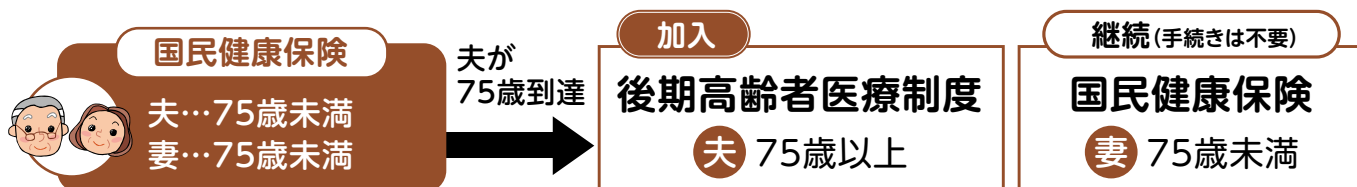


◆生活保護を受けている方など、対象にならない方がいます。

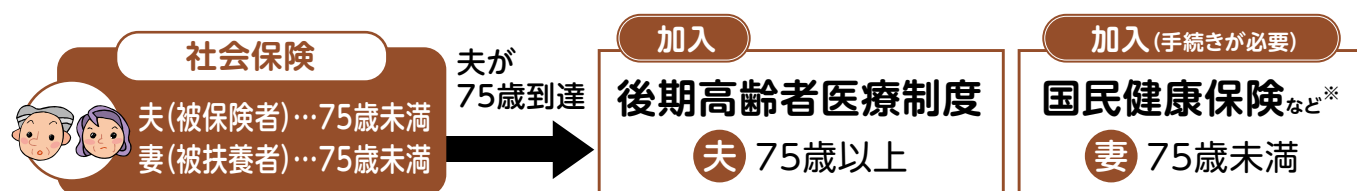
後期高齢者医療制度の被保険者になると、それまでの国民健康保険や社会保険※²の資格は喪失します。

※2 社会保険とは、協会けんぽ(全国健康保険協会管掌健康保険)、組管掌健康保険、船員保険、共済組合などの被用者保険のことです。

①夫婦で国民健康保険に加入していた場合

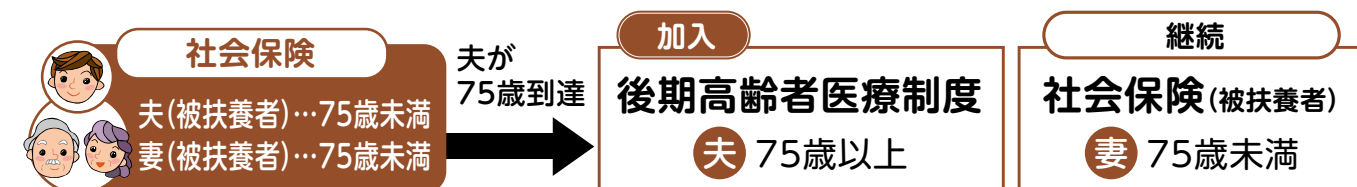


②夫が社会保険で、妻はその被扶養者の場合



※国民健康保険や他の親族の社会保険(被扶養者)へ加入する場合は、お住まいの市(区)町村や社会保険の窓口での手続が必要です。

③夫婦で親族(例えば子ども)の社会保険の被扶養者の場合



被保険者証

- ◆後期高齢者医療制度の被保険者証が1人に1枚交付されます。原則として、75歳になる月の前月にお届けし、毎年8月1日に更新されます。

次のようなときは後期高齢者医療制度の被保険者証が使用できません。

- 病気とみなされないもの……人間ドック、予防接種など
- 労災保険などが使えるとき……仕事上の病気やけが
- 保険給付の制限がされるとき……故意の犯罪行為や故意の事故、けんかや泥酔による傷病など

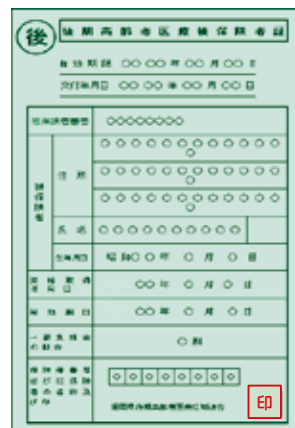
- ◆被保険者証の色は毎年かわります！

被保険者証は毎年8月1日の更新で色が変更されます。

令和5年8月からは、『**うす緑色**』になります。

新しい被保険者証が届いたら、8月1日からは古い被保険者証は処分して、新しい被保険者証を病院などの窓口に提示しましょう。

新しい被保険者証が届かないときは、お住まいの市(区)町村にお問い合わせください。



マイナンバーカードの被保険者証利用について

医療機関を受診するときに、マイナンバーカードを被保険者証として利用することができます(対応状況は、医療機関に直接ご確認ください)。利用には、健康保険証利用の申し込みが必要です。詳しくは、マイナンバー総合フリーダイヤルにお問い合わせください。



マイナンバー総合フリーダイヤル
マイ ナン バー

0120-95-0178

音声ガイダンスでご案内します
(ガイダンスの途中でも番号は押せます)。

- マイナンバーカードの交付申請について ⇒ 1 ▶ 1
- 健康保険証利用の申し込みについて ⇒ 4 ▶ 2 ▶ 2

の順にお進みください。

受付時間(年末年始を除く)

平 日：あさ9時30分～よる8時00分

土日祝：あさ9時30分～夕方5時30分



窓口負担割合

◆負担区分(自己負担については9～15ページをご覧ください。)

診療を受けた時、医療機関での窓口で総医療費の1割、2割または3割の窓口負担額をお支払いいただきます。窓口負担割合は、その年度(4月～7月は前年度)の住民税課税所得(各種控除後の所得)などによって判定されます。所得や世帯構成の変更などにより、判定が見直されることがあります(窓口負担割合の判定の流れについては、6～7ページをご覧ください)。

負担割合	負担区分	要 件
3割	現役並みⅢ	同一世帯に住民税課税所得が690万円以上の被保険者がいる方
	現役並みⅡ	同一世帯に住民税課税所得が380万円以上の被保険者がいる方
	現役並みⅠ	同一世帯に住民税課税所得が145万円以上の被保険者がいる方
	<基準収入額適用> 現役並みⅠ・Ⅱに該当する方のうち、下記のいずれかに該当する場合は、窓口負担割合が2割または1割になります。 申請が必要な方には、案内の通知をお送りします。	
	①同一世帯に被保険者が2人以上いる場合 被保険者全員の収入の合計額が520万円未満である。	②同一世帯に被保険者が本人しかいない場合 本人の収入が383万円未満であるか、本人の収入が383万円以上で同一世帯の70歳～74歳の方との収入合計額が520万円未満である。
2割	一般Ⅱ	同一世帯に住民税課税所得が28万円以上の被保険者がいる方で、下記①または②に該当する方 ①単身世帯で「年金収入+その他の合計所得金額」の合計額が200万円以上 ②複数世帯で被保険者全員の「年金収入+その他の合計所得金額」の合計額が320万円以上 ※3割負担の方は除く。

負担割合	負担区分	要 件
1割	一 般 I	「現役並みI・II・III」「一般II」「区分II」「区分I」以外の方
	区 分 II	世帯全員の住民税が非課税で「区分I」以外の方
	区 分 I	世帯全員が住民税非課税で世帯全員の所得が0円である世帯に属する方(公的年金等控除額は80万円として計算します)、または世帯全員が住民税非課税である世帯に属し、老齢福祉年金受給者である方

負担区分が「区分I」「区分II」に該当する方で、「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」の交付を受ける場合、また「現役並みI」「現役並みII」に該当する方で、「**限度額適用認定証**」の交付を受ける場合は、お住まいの市(区)町村に申請してください。申請月の初日から適用されます。

限度額適用・標準負担額減額認定証または限度額適用認定証の交付対象者については、8ページをご覧ください。

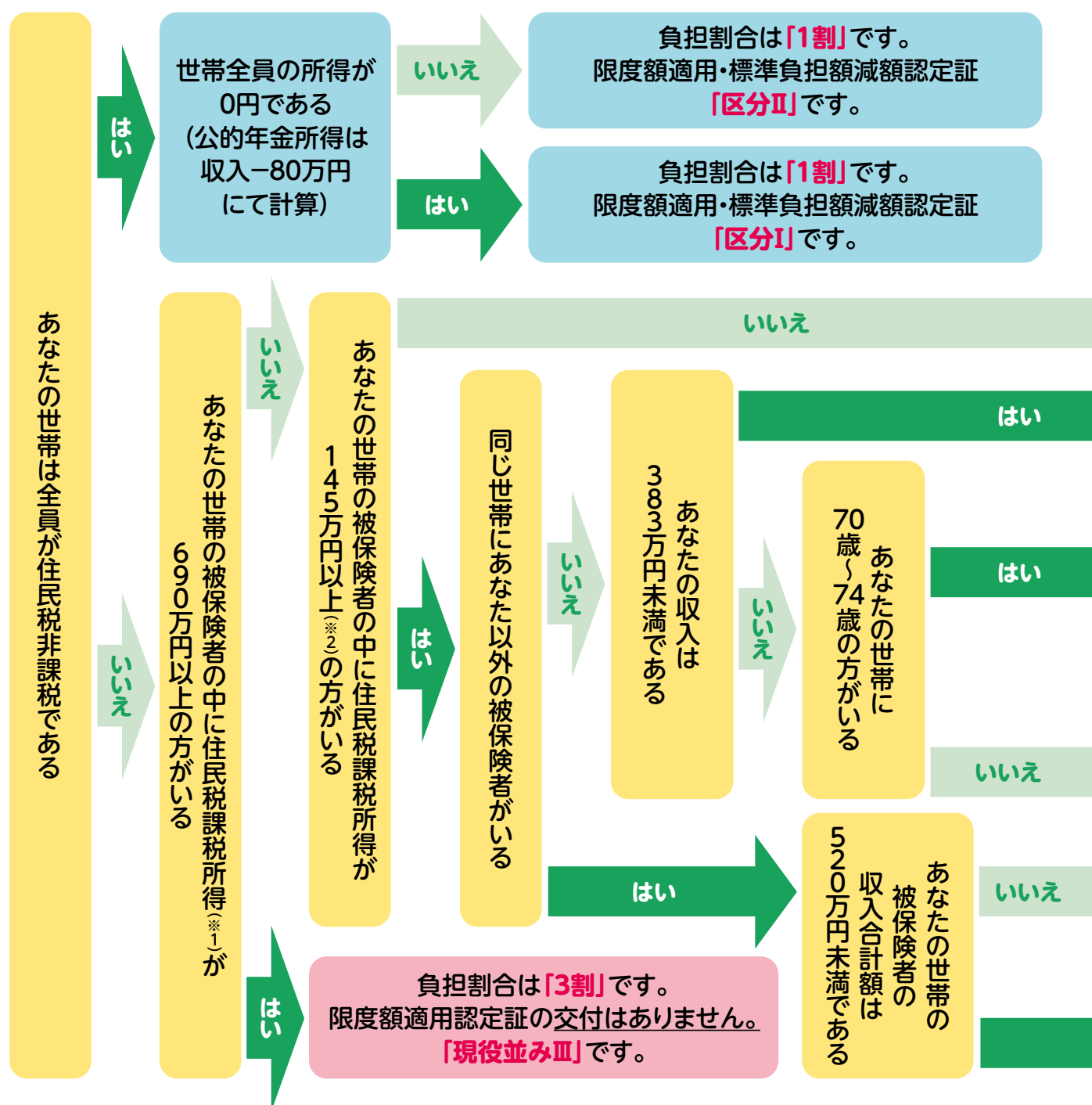
- ◎世帯構成が変わる、または世帯に新たに70歳または75歳の誕生日を迎えた方がいると、8月に限らず負担区分が変わることがあります。
- ◎8月以降に修正申告などで前年の住民税課税所得などが変更になると、さかのぼって負担区分が変わることがあります。負担区分が変わることにより自己負担割合も変わることがあります。
- ◎負担区分や負担割合の変更があった場合、お住まいの市(区)町村から新しい被保険者証などが届きますので、変更前の被保険者証などについては、お住まいの市(区)町村へ返還してください。変更前の被保険者証などを使用して医療機関を受診していた場合は、自己負担額の差額精算が必要となることがあります。



窓口負担割合判定フローチャート

診療を受けたとき、医療機関の窓口でお支払いいただく自己負担額は、その方の窓口負担割合によって異なります。窓口負担割合「1割」「2割」または「3割」は、その年度(4月～7月は前年度)の住民税課税所得(各種控除後の所得)などによって、以下のとおり判定します。窓口負担割合が2割と判定された方には、窓口負担を抑える措置があります。詳しくは、11ページをご覧ください。

なお、窓口負担割合判定フローチャートにおける被保険者とは、後期高齢者医療制度の被保険者資格が有効な方です。そのため、生活保護受給などの理由によって、後期高齢者医療制度の被保険者資格を喪失している方などについては含まれません。

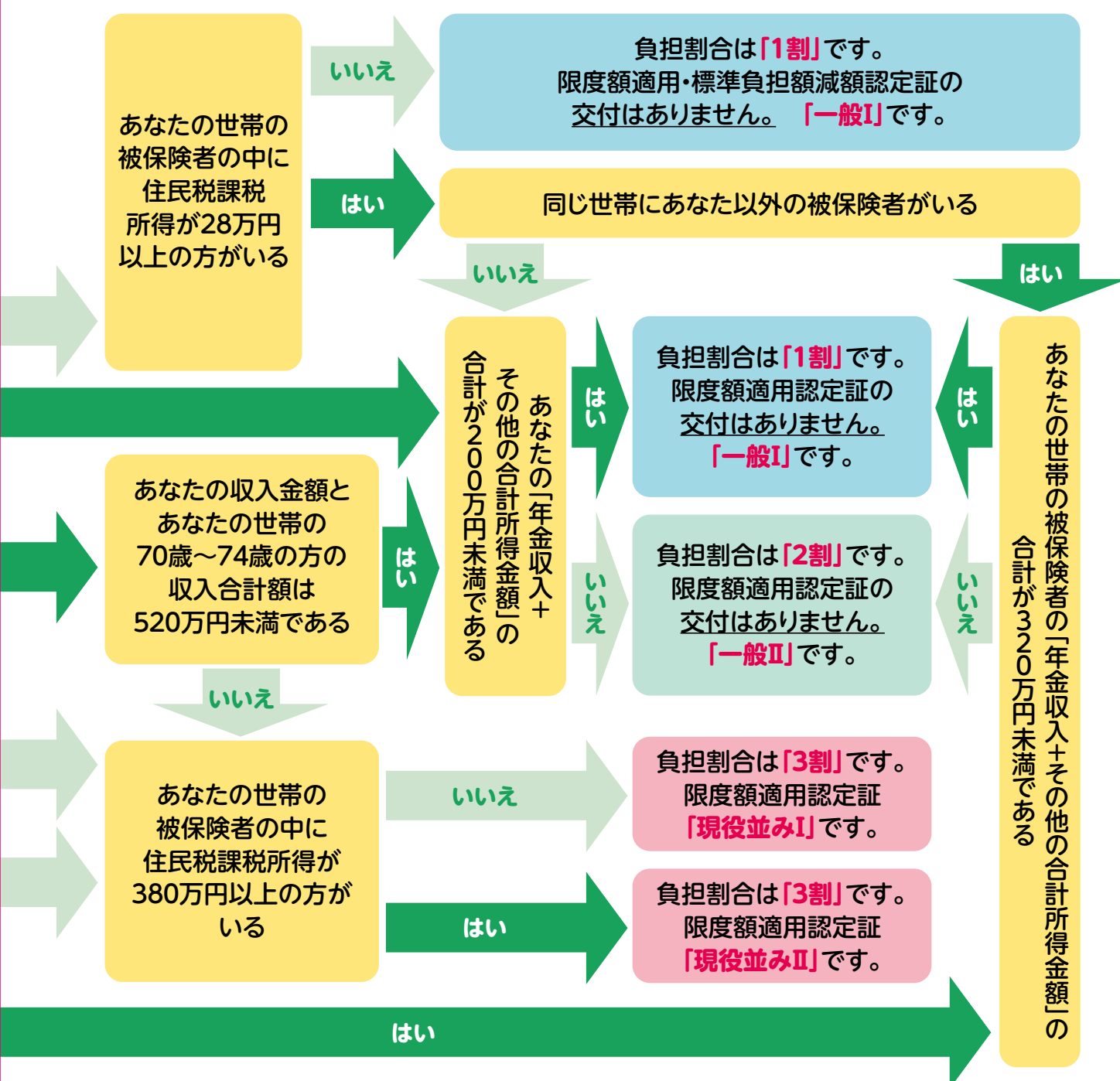


※1 「収入」とは、年金、給与、事業収入などの金額をいい、「所得」とは、収入から必要経費(公的年金等控除、給与所得控除など)を差し引いた金額をいいます。

「住民税課税所得」とは、所得から基礎控除、扶養控除、社会保険料控除などの所得控除を差し引いた金額です(所得税の課税所得とは異なります)。

ただし、「現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ」または「一般Ⅱ」となる世帯主の方で、前年12月31日現在に同一世帯に合計所得が38万円以下である19歳未満の世帯員がいるときは、16歳未満の人数に33万円、16歳以上19歳未満の人数に12万円を乗じた金額を「住民税課税所得」から控除して判定します。

※2 住民税課税所得が145万円以上の方がいる場合でも、昭和20年1月2日以降生まれの被保険者と、同一世帯内の被保険者の方に係る所得額の合計から43万円を控除した金額の合計額が210万円以下の場合には2割または1割負担となります(届出は不要です)。

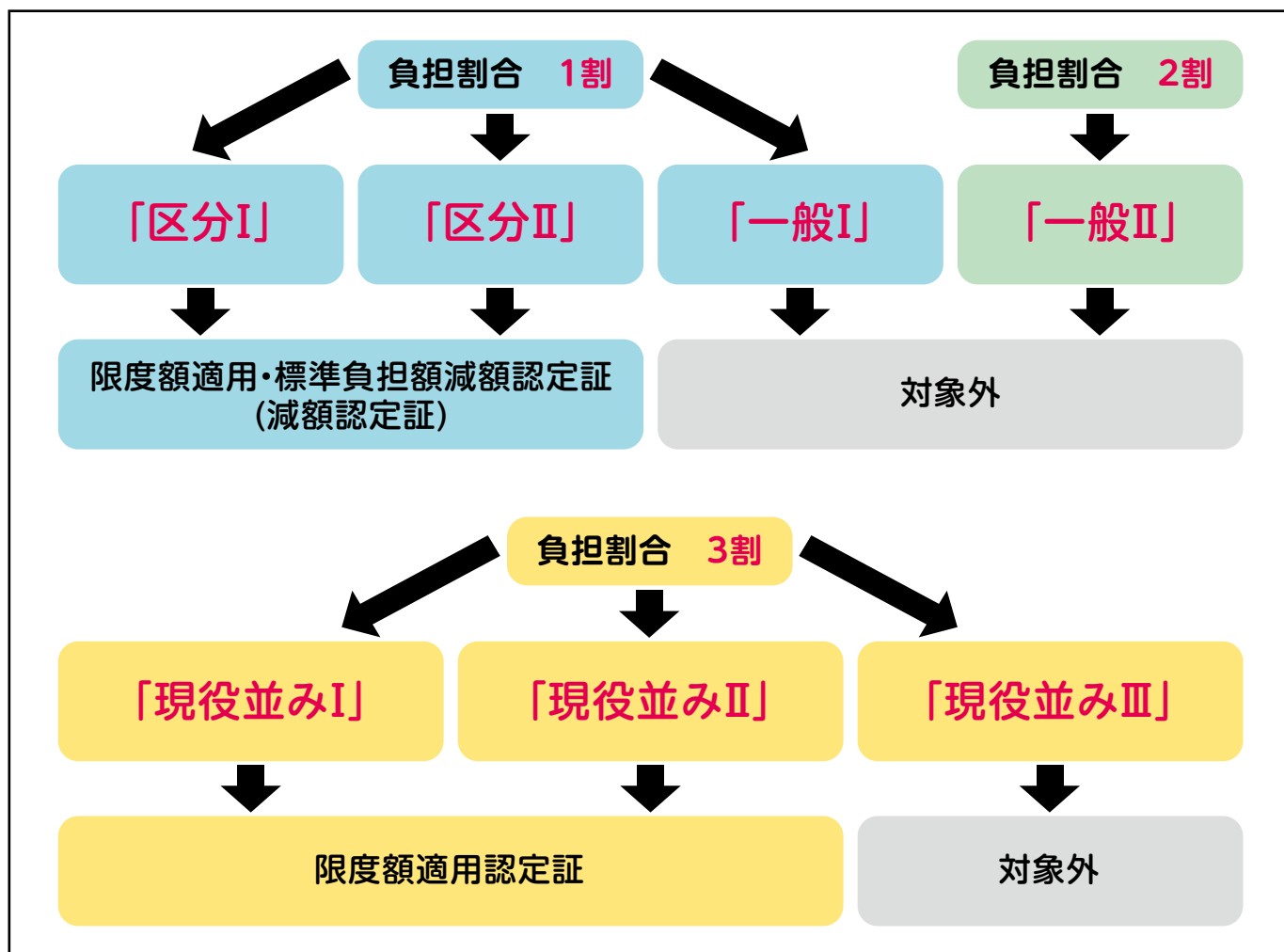


限度額適用・標準負担額減額認定証 (減額認定証) 及び限度額適用認定証

限度額適用・標準負担額減額認定証(減額認定証)は、負担区分が「区分Ⅰ」「区分Ⅱ」、限度額適用認定証は、負担区分が「現役並みⅠ」「現役並みⅡ」に該当する方が交付対象者です。認定証を医療機関の窓口に提示することにより、一つの医療機関の窓口での支払いがそれぞれの区分の自己負担限度額までとなります。なお、負担区分が「一般Ⅰ」「一般Ⅱ」「現役並みⅢ」に該当する方については、認定証の交付がありません。医療機関の窓口にて、被保険者証を提示することにより、一つの医療機関の窓口での支払いが、それぞれの区分の自己負担限度額までの支払いとなります。自己負担限度額については、9ページをご覧ください。

限度額適用・標準負担額減額認定証(減額認定証)または限度額適用認定証の交付を受ける場合は、お住まいの市(区)町村に交付申請が必要です。申請月の初日から適用されます。

●交付対象者早見表



※マイナンバーカードが被保険者証として利用できる医療機関等については、限度額適用・標準負担額減額認定証(減額認定証)または限度額適用認定証を持参していない場合でも、医療機関等の窓口における支払が限度額までになることがあります。

◆高額療養費

高額療養費とは、同じ月内に医療機関窓口で支払った医療費の合計額について、**自己負担限度額を超えた額を支給する**ものです。振込先口座の登録がない方には広域連合から申請案内をお送りしますので、お住まいの市(区)町村の窓口で申請してください。一度申請すると、**次回から登録口座に自動的に振り込みます。**

診療月の翌月1日から**2年以内に申請してください。**

【申請に必要なもの】被保険者証、預金通帳

●自己負担限度額(月額) (負担区分については4～5ページをご覧ください。)

負担割合	負担区分	外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
3割	現役並みⅢ	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% 〔過去12か月以内に世帯単位の高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降は、140,100円〕	
	現役並みⅡ	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% 〔過去12か月以内に世帯単位の高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降は、93,000円〕	
	現役並みⅠ	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% 〔過去12か月以内に世帯単位の高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降は、44,400円〕	
2割	一般Ⅱ	1割負担+3,000円※1 または18,000円の いずれか低い方 〔年間限度額144,000円※2〕	57,600円 〔過去12か月以内に世帯単位の高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降は、44,400円〕
1割	一般Ⅰ	18,000円 〔年間限度額144,000円※2〕	
	区分Ⅱ	8,000円	24,600円
	区分Ⅰ		15,000円

※1 自己負担額が6,000円を超える場合のみ適用されます。詳細については11ページ「2割負担の方への配慮措置(一般Ⅱ)」をご確認ください。

※2 毎年8月から翌年7月診療分の1年間が対象期間です。

●高額療養費の計算方法

- ①まず外来の高額療養費を計算します。月毎に個人単位で外来の自己負担額を合計し、自己負担限度額を差し引きます。
 - ②次に世帯単位の高額療養費を計算します。世帯内の被保険者の自己負担額を合計し、自己負担限度額を差し引きます。また、①で計算した外来の高額療養費があれば、その額も差し引きます(世帯合計の対象は、同じ住民票上の世帯に属する後期高齢者医療の被保険者です)。
 - ③現役並み区分の方は、世帯単位の高額療養費の計算のみを行います。
- ◎75歳到達月は、誕生日前の医療保険と後期高齢者医療の2つの制度をまたぐため、個人単位の自己負担限度額が2分の1になります(誕生日が月の初日である場合を除く)。
- ◎月の1日から末日まで、ひと月ごとの病院・診療所・歯科・薬局の自己負担額を区別なく合計します。ただし、入院中の食費や医療保険が使えない医療(差額ベッド代や美容整形、人間ドック、市販の医薬品の購入など)は計算の対象となりません。
- ◎高額療養費の支給は、診療を受けた月から**4か月後以降**となります。

●高額療養費の計算例

負担区分が「一般I」(自己負担割合1割)の方が、同じ月に以下の**A**病院と**B**病院で外来、**C**病院で入院の診療を受けたとき

	総医療費	1割	外来の自己負担限度額	自己負担額	
外来 A 病院	20,000円	2,000円	18,000円	2,000円	窓口でのお支払いは自己負担限度額までとなります。
外来 B 病院	200,000円	20,000円	18,000円	18,000円	
			外来の自己負担額計	20,000円	

$$\text{外来の自己負担額計} - \text{外来の自己負担限度額} \\ 20,000円 - 18,000円 = 2,000円 \cdots \text{外来の高額療養費(①)}$$

	総医療費	1割	入院を含む自己負担限度額	自己負担額
入院 C 病院	500,000円	50,000円	57,600円	50,000円
			入院の自己負担額計	50,000円

$$(\text{外来の自己負担額計} + \text{入院の自己負担額計}) - \text{入院を含む自己負担限度額} - \text{外来の高額療養費(①)} \\ (20,000円 + 50,000円) - 57,600円 - 2,000円(①) \\ = 10,400円 \cdots \text{入院を含む高額療養費(②)}$$

高額療養費支給額	= 外来の高額療養費(①) + 入院を含む高額療養費(②)
	= 2,000円(①) + 10,400円(②) = 12,400円

◆2割負担の方への配慮措置(一般Ⅱ)

令和4年10月から窓口負担割合に2割が導入されましたが、急激な負担の増加を抑え必要な受診の抑制を招かないよう、2割負担の方には、令和7年9月までの間、1か月あたりの外来受診の自己負担額を、**1割負担の場合と比べて3,000円の増加までに抑える配慮措置があります。**

※入院医療には適用されません。

●窓口負担について

<同一医療機関などの場合>

○2割負担による自己負担額が、1割負担の場合の自己負担額より3,000円を超えて増える場合、自己負担額は「1割負担+3,000円」となります。

○「1割負担+3,000円」の自己負担額を支払った医療機関などに、同月内に再度受診するときは、自己負担額を1割負担で計算します。

これにより、1割負担の場合と比べた負担の増加額を最大で3,000円までに抑えます。

○1か月の自己負担限度額は18,000円です。

<複数の医療機関などを受診した場合>

○複数の医療機関などでの自己負担額の合計が、「1割負担+3,000円」または18,000円を超えたときは、広域連合からその差額を高額療養費の口座に後日支給します。

●計算例:令和5年4月に、A病院とB病院で外来の診療を受けたとき

①病院ごとの自己負担額は次のように計算されます。

<A病院 外来>

病院に行った日	1割の場合の自己負担額	2割の場合の自己負担額		1割負担の場合と比べて増える額
		(配慮措置適用前)	(配慮措置適用後)	
R5.4.10	5,000円	10,000円	8,000円	3,000円
R5.4.24	5,000円	10,000円	5,000円 ^(※)	0円
計	10,000円	20,000円	13,000円	3,000円

<B病院 外来>

病院に行った日	1割の場合の自己負担額	2割の場合の自己負担額		1割負担の場合と比べて増える額
		(配慮措置適用前)	(配慮措置適用後)	
R5.4.14	4,000円	8,000円	7,000円	3,000円
R5.4.21	2,000円	4,000円	2,000円 ^(※)	0円
計	6,000円	12,000円	9,000円	3,000円

※同じ病院で同じ月に「1割負担+3,000円」をすでに支払済みのため、自己負担額は1割負担の場合と同じになります。

②後日、広域連合で各医療機関などでの1か月あたりの外来受診の自己負担額を合算し、その合計が1割負担の場合の自己負担額と比べて3,000円を超える差額があった場合、その差額を支給します。

	1割の場合の自己負担額	2割の場合の自己負担額 (配慮措置適用後)	1割負担の場合と比べて増える額
A病院	10,000円	13,000円	3,000円
B病院	6,000円	9,000円	3,000円
合 計	16,000円	22,000円	6,000円

◎この例の場合、支給額は3,000円(6,000円-3,000円=3,000円)となります。

◆高額療養費(外来年間合算)

年間を通した外来療養の負担を軽減する制度です。

毎年8月から翌年7月診療分の1年間が対象期間です。7月31日時点で一般I・IIまたは区分I・IIの被保険者であって、対象期間のうち一般I・IIまたは区分I・IIであった月の外来の自己負担額(月額の高額療養費の支給がある場合、月額の高額療養費の支給を差し引いてもなお残る自己負担額)の合計額が144,000円(年間限度額)以上の方が対象です。

年間限度額を超えて支払われた分を支給します。申請の必要な方には案内をお送りします。申請案内に記載された市(区)町村の窓口へ申請してください。基準日(7月31日)の翌日から**2年以内に申請してください**。

◆高額介護合算療養費

同じ世帯内に後期高齢者医療と介護保険の利用者がいる場合、世帯内の被保険者が1年間(毎年8月から翌年7月診療分)に支払った医療保険と介護保険の自己負担額を合計し、下記の限度額を超えた部分を高額介護合算療養費として支給します。

●高額介護合算療養費限度額(年額、世帯で合計)

負担区分	自己負担限度額 (算定基準額)
現役並みⅢ	212万円
現役並みⅡ	141万円
現役並みⅠ	67万円

負担区分	自己負担限度額 (算定基準額)
一般I・II	56万円
区分Ⅱ	31万円
区分Ⅰ	19万円※ ¹

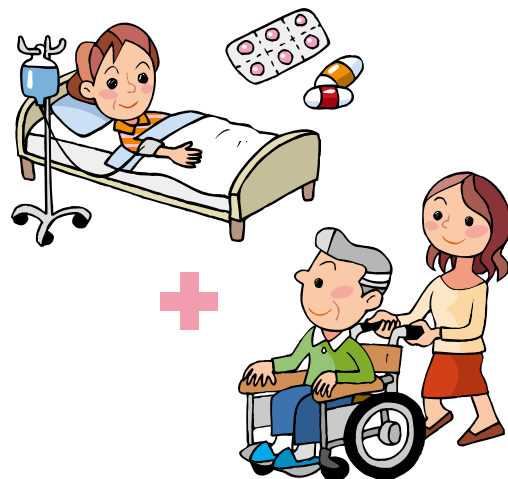
※1 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円。

支給が見込まれる方には、申請案内をお送りします。案内に記載された市(区)町村の窓口へ申請してください。基準日(7月31日)の翌日から**2年以内に申請してください**。

市(区)町村をまたいで転居された方は、基準日に住民票があった市(区)町村で申請してください。

【申請に必要なもの】

被保険者証、預金通帳、介護保険証



◆入院時食事(生活)療養費

「一般病床の食費」及び「療養病床の食費、居住費」の自己負担額は、下の**標準負担額**となります。負担区分が「区分Ⅰ」「区分Ⅱ」の方は、**限度額適用・標準負担額減額認定証**が必要です。ただし、マイナンバーカードを被保険者証として利用する場合(3ページ参照)は、限度額適用・標準負担額減額認定証の提示は不要です。

●標準負担額(食費(1食当たり)、居住費(1日当たり))

負担区分		一般 病床	療養病床※1			
			右に該当しない方		入院医療の 必要性の高い方	
		食 費	食 費	居住費	食 費	居住費
現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ 一般Ⅰ・Ⅱ		460円※2	460円※3	370円	460円※2 ※3	370円 (指定難病患者 を除く)
区分Ⅱ	90日までの 入院	210円	210円		210円	
	90日を超える 入院	160円※4			160円※4	
区分Ⅰ	老齢福祉年金 受給者等	100円	130円	100円	0円	
			100円			0円

※1 療養病床とは、急性期の治療を終え、長期の療養を必要とする方のための医療機関の病床で、疾患や状態によって、医療区分が分けられています。

※2 指定難病患者及び平成28年3月31日時点で1年以上継続して精神病床に入院していて、平成28年4月1日以降引き続き入院している方は260円です。

※3 一部医療機関では420円です。

※4 負担区分が「区分Ⅱ」の方で、限度額適用・標準負担額減額認定期間中に食費の減額申請をする日を含む月から過去12か月以内の入院期間(福岡県後期高齢者医療広域連合の医療制度に加入する前の公的医療保険での入院日数も含む。区分Ⅱ以外の期間は除く)が90日を超えた場合は、改めてお住まいの市(区)町村の窓口へ**食費の減額申請**をしてください。申請月の翌月から食費の標準負担額が減額されます。

【食費の減額申請に必要なもの】

被保険者証、入院期間が確認できるもの(入院期間が記載された領収書など)

◎申請月に支払った食事代は、お住まいの市(区)町村の窓口で差額請求申請することができます。

【差額請求申請に必要なもの】 領収書、被保険者証、預金通帳

※医療費を支払った日の翌日から**2年を過ぎると申請できません**。

◆特定疾病の治療

次の特定の疾病により長期間継続して高額な治療が必要になった場合は、お住まいの市(区)町村の窓口で特定疾病療養受療証の交付を申請して、医療機関の窓口で提示してください。医療費の自己負担額が、入院、外来別に医療機関ごとに1か月につき1万円までとなります。

- ①人工透析が必要な慢性腎不全
- ②血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病)
- ③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定めるものに限る)

【申請に必要なもの】

医師の意見書または他医療保険での特定疾病療養受療証などの写し、被保険者証

◆療養費(全額自己負担したとき)

次のような場合は、いったん全額を支払い、市(区)町村の窓口へ申請してください。審査の結果認められた基準額から、窓口負担割合に基づく負担分を除いた額を支給します。

療養費の種類	要 件	申請に必要なもの	
一般診療	事故や急病でやむを得ず被保険者証を持たずに診療を受けた	診療報酬明細書(レセプト)、領収書	被 保 険 証
海外療養費	海外渡航中に急病で診療を受けた(治療・入院を目的としたあらかじめ決まっている渡航は対象となりません)	現地の医師が記載した診療内容明細書と領収明細書、領収書、これらを日本語訳した書類、パスポート	
補装具	医師が治療上必要と認めたコルセットなどの補装具を義肢装具士に依頼して作った(同じ部分に耐用年数内に作るときは対象となりません)	医師の証明書、見積書、請求書、領収書 ※靴型装具の申請時は、別途靴型装具の写真・印刷画像など	
はり・きゅう、あんま・マッサージ	医師が治療上必要と認めたはり・きゅう、あんま・マッサージを受けた(単に疲労回復が目的の施術料や歩行困難でない方への往療料は対象となりません)	医師の同意書、明細が分かる領収書	
移送費	移動困難な患者が医師の指示により緊急その他やむを得ない必要があって移送された(計画的に転院する場合などは認められません)	医師の意見書、移送の領収書、治療の領収書	
			預 金 通 帳

全額を支払った日の翌日から2年を過ぎると申請できません。また、審査の結果、支給されない場合もあります。

海外療養費の審査には半年以上かかることがあります。

◆葬祭費

被保険者が亡くなったときは、**葬祭を行った方(喪主)**に3万円を支給します。

ただし、葬祭を行った日の翌日から**2年を過ぎると申請できません**。

【申請に必要なもの】

葬祭を行った方(喪主)と亡くなった被保険者が分かる書類(葬儀の領収書、埋葬・火葬許可証、葬祭礼状など)、(亡くなった被保険者の)被保険者証、申請者の預金通帳



柔道整復、はり・きゅう、あんま・マッサージの正しいかかり方

医療保険が使える場合と使えない場合があります。医療保険を正しく利用しましょう。

柔道整復で 医療保険が使える場合	はり・きゅうで 医療保険が使える場合	あんま・マッサージで 医療保険が使える場合
○骨折・脱臼 ○打撲 ※骨折・脱臼については、緊急の場合を除き、あらかじめ医師の同意を得ることが必要です。 ○捻挫 ○肉ばなれ など	○神経痛 ○リウマチ ○頸腕症候群 ○五十肩 ○腰痛症 ○頸椎捻挫後遺症 など、おもに慢性的な疼痛を主症とする疾患の治療を受けたとき	○筋麻痺・関節拘縮などであって、医療上マッサージを必要とする症例について施術を受けたとき
●あらかじめ医師の発行した同意書又は診断書が必要です。詳しくは施術所にお尋ねください。		

※単に疲労回復などに対する施術は保険の対象になりませんのでご注意ください。

災害などで医療機関への支払いが困難になったとき(窓口負担額の減免)

被保険者の属する世帯の世帯主が、おおむね過去1年以内に、災害など特別な事情による著しい収入減少や財産の損害を被ったことにより、医療機関への支払いが一時的に困難となった場合、申請により窓口負担額の減免や支払の猶予が認められることがあります。

減免・猶予期間は申請の日から最大で6か月以内です。住民税の減免・非課税や預貯金残高などの要件があります。詳しくはお住まいの市(区)町村へご相談ください。

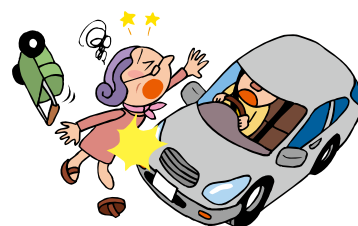
なお、大規模災害では異なる措置を採ることがあります。

交通事故や傷害事件などにあったとき(第三者行為)

交通事故など第三者(加害者)から傷害を受けた場合でも、被保険者証を提示して治療を受けることができます。

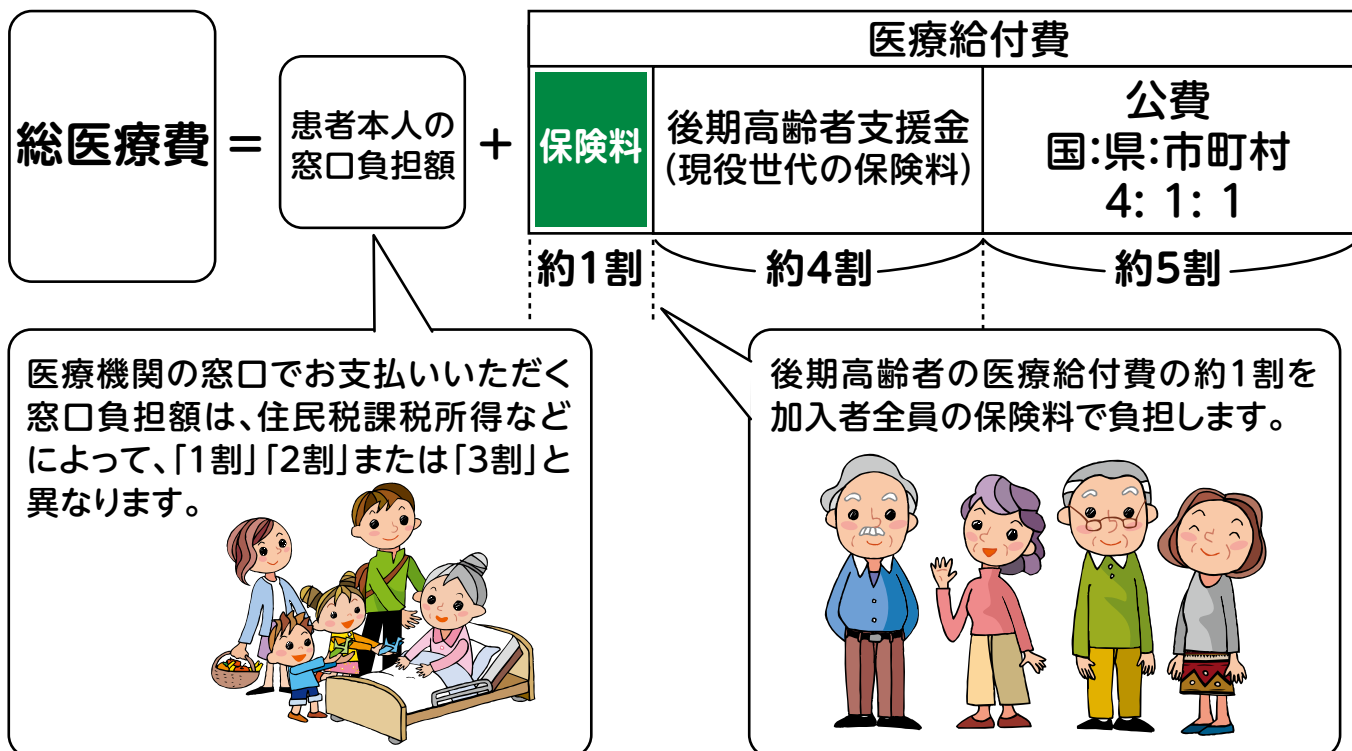
この場合、お早めにお住まいの市(区)町村の窓口へお届けください。広域連合が負担した医療費は、後日、広域連合が第三者(加害者)へ請求します。

お届けに必要なものは、お住まいの市(区)町村へお尋ねください。



医療費全体の負担の仕組み

医療費の総額から窓口負担額を除いた医療給付費のうち、約5割を公費で、約4割を後期高齢者支援金(現役世代の保険料)で負担し、残りの約1割を保険料で負担します。



よくある質問 Q&A

Q 保険料が年金から天引きされるのはいつからですか？

A 受けとる年金額が年間18万円以上で、介護保険料との合計額が年金額の2分の1を超えない場合は、後期高齢者医療制度へ加入後、半年から1年後に年金から保険料が天引きされます。お住まいの市(区)町村からのお知らせをご確認ください。ただし、対象となる年金には優先順位があるため、年金額が18万円以上でも対象とならない場合があります。

Q 保険料の決定通知書や納付書はいつ届きますか？

A 保険料額決定通知書や納付書は、7月にお住まいの市(区)町村から送付されます。7月以降に75歳となる方や県外から転入した方は、加入月の翌月となります。なお、口座振替による納付を希望する場合は、手続きが必要になります。手続きの方法などについては、お住まいの市(区)町村へお問い合わせください。

個人ごとの保険料の計算方法【令和5年度】

保険料(年額) 均等割額と所得割額の合計 最高限度額66万円、10円未満切り捨て	=	均等割額 (被保険者全員が均等に負担) 56,435円 世帯の所得に応じて軽減があります(18ページをご覧ください)。	+	所得割額 (所得に応じて負担) $\left[\begin{array}{l} \text{総所得金額等} \\ - \text{基礎控除額}^{※1} \end{array} \right] \times \text{所得割率 } 10.54\%$
--	---	--	---	---

※1 合計所得金額が2,400万円以下の場合43万円です。2,400万円を超える場合は異なります。

◆総所得金額等の計算方法

総所得金額等 ^{※2} 医療費控除など各種控除前の金額	=	公的年金等の所得 公的年金等収入 - 公的年金等控除額	+	給与所得 給与収入 - 給与所得控除額	+	その他の所得 その他の収入 ^{※3} - 必要経費
--	---	--	---	----------------------------------	---	---

※2 障害・遺族・老齢福祉年金などの非課税所得は、総所得金額等には含まれません。

※3 営業・不動産・株式などの収入

◆公的年金等の所得の計算方法

公的年金等の所得を除く合計所得金額が1,000万円以下の場合※4

年齢	公的年金等の収入金額の合計額(年額)	公的年金等の所得額の計算式
65歳以上 昭和33年1月1日以前に生まれた方	330万円未満	収入金額-110万円
	330万円以上410万円未満	収入金額×75%-27.5万円
	410万円以上770万円未満	収入金額×85%-68.5万円
	770万円以上1,000万円未満	収入金額×95%-145.5万円
	1,000万円以上	収入金額-195.5万円

※4 公的年金等の所得を除く合計所得金額が1,000万円を超える場合は、上記とは異なる計算式を用いますので、お住まいの市(区)町村へお問い合わせください。

保険料の軽減

◆社会保険の被扶養者であった方への保険料の軽減

後期高齢者医療制度に加入される前日に、社会保険^{※5}の被扶養者であった方は、所得割額はかかりません。また、均等割額56,435円は**制度加入後2年間に限り**5割軽減されます。

均等割額が7割軽減に該当する方は、7割軽減が優先となります。社会保険の被扶養者であったにもかかわらず、保険料の軽減が適用されていない場合は、広域連合またはお住まいの市(区)町村にご連絡ください。

※5 社会保険には、国民健康保険、国民健康保険組合は含まれません。

◆所得の低い方への軽減

世帯の所得状況に応じて、均等割額(年額56,435円)が軽減されます。

対象者の所得要件 同一世帯※ ¹ 内の被保険者及び 世帯主の軽減対象所得金額※ ² の合計額	均等割額
	56,435円
	軽減割合 (軽減後の均等割額の年額)
$\frac{43\text{万円(基礎控除額)} + 10\text{万円} \times (\text{給与所得者等の数} - 1) \times \text{※}^3}{\text{以下}}$	7割 (16,930円)
$\frac{43\text{万円(基礎控除額)} + 29\text{万円} \times \text{被保険者数} + 10\text{万円} \times (\text{給与所得者等の数} - 1) \times \text{※}^3}{\text{以下}}$	5割 (28,217円)
$\frac{43\text{万円(基礎控除額)} + 53.5\text{万円} \times \text{被保険者数} + 10\text{万円} \times (\text{給与所得者等の数} - 1) \times \text{※}^3}{\text{以下}}$	2割 (45,148円)

※¹ 「同一世帯」とは、4月1日時点(年度途中で75歳になる方、県外からの転入者、障害認定による加入者などはその時点)の世帯が基準となります。

※² 「軽減対象所得金額」とは、基本的に総所得金額等と同額ですが、満65歳以上の方の公的年金については、「公的年金等収入－公的年金等控除額－特別控除額15万円」となります。
また、事業専従者控除、分離譲渡所得の特別控除は適用されません。

※³ 下線部の計算式は、同一世帯内の被保険者または世帯主が、給与所得【給与収入55万円超】または公的年金等に係る所得【公的年金等収入60万円超(65歳未満)または125万円超(65歳以上)】を有する場合に適用されます。



- ・ 被保険者及び世帯主の方の所得が市(区)町村で分からない場合には、「簡易申告書(所得を申告する書類)」を送付しますので、必ずご回答ください。
- ・ 保険料の概算額をホームページで試算することができます。

個人ごとの保険料の納め方

保険料額決定通知書は、7月にお住まいの市(区)町村から送付します。7月以降に75歳になる方、県外からの転入者などは、加入月の翌月に送付し、その月から納付が始まります。

加入後は、普通徴収(納付書または口座振替での納付)になりますが、一定期間経過後は原則として特別徴収(年金天引き)になります。

特別徴収(年金からの天引き)

対象となる方

- 受けとる年金額が年間18万円以上である
- 介護保険料との合計額が年金額の2分の1を超えない

※条件により、特別徴収にならない場合があります。

詳しくは、次のページ「普通徴収の対象となる方」をご覧ください。

年金保険者による優先順位	年金の種類による優先順位
1.日本年金機構 2.国家公務員共済 3.日本年金機構(移行農林分) 4.日本私学振興・共済 5.地方公務員共済	1.老齢・退職年金 2.障害年金 3.遺族年金

納め方

- 年6回の年金受給日に、年金から保険料が天引きされます。
- 年金天引きへの手続きは不要です。
- 開始日は、加入日(誕生日や転入日)の半年後から1年後です。
お住まいの市(区)町村からのお知らせをご確認ください。

※後期高齢者医療制度への加入当初は、納付書で納めていただきます。

※特別徴収の方は、お申し込みにより口座振替に変更できる場合がありますので、お住まいの市(区)町村へお問い合わせください。

仮 徴 収			本 徴 収		
4月(1期)	6月(2期)	8月(3期)	10月(4期)	12月(5期)	2月(6期)
前年の所得が確定するまでは、仮計算された保険料額(前年度2月分と同額)が天引きされます。			前年の所得が確定した後は、年間保険料額から仮徴収分を差し引いた額が3期に分けて天引きされます。		

年金額が年額18万円未満の方や介護保険料との合計額が年金額の2分の1を超える方などは、普通徴収(納付書や口座振替)によりお住まいの市区町村に納めます。

普通徴収(納付書・口座振替)

対象となる方

- 新たに後期高齢者医療制度に加入した方
- 年金額が年額18万円未満の方
- 介護保険料との合計額が年金額の2分の1を超える方
- 介護保険料が年金天引きされていない方
- 転入・転出などの住所変更があった方
- 所得の変更があり、保険料が減額となった方
- 特別徴収の対象となる年金を複数受給している方で、特別徴収の優先順位が高い年金の年額が18万円未満の方

納め方

- 7月から翌3月までの年9回に分けて納付書または口座振替での納付になります。納付書が届いたら金融機関などで納めてください。
- 口座振替は手続きが必要になりますので、手続きの方法など詳しくは、お住まいの市(区)町村へお問い合わせください。
- 後期高齢者医療制度加入前に、国民健康保険料(税)を口座振替で納付していた方でも、保険者が変わるため、新たに口座振替の手続きが必要になります。

※納期限までに納められなかった場合は、お住まいの市(区)町村から督促状が届きます。

納 期 限								
7月末	8月末	9月末	10月末	11月末	12月末	1月末	2月末	3月末
納期限については、お住まいの市(区)町村で決定します。 月末が休日の場合、翌営業日が納期限となることがあります。								



●保険料の減免

災害や事業の休廃止などの特別な事情で保険料の納付が著しく困難になったときには、申請により保険料が減免される場合があります。詳しくは、お住まいの市(区)町村へご相談ください。

保険料の減免申請は、原則としてその年度内に行う必要があります。

種 類	減免基準
災 害	震災、風水害、火災などの災害により、被保険者等※ ¹ の財産に一定の損害を受けた場合
所得減少	被保険者等※ ¹ の所得が、事業の休廃止や失業などにより前年に比べ30%以上減少し、かつ、310万円以下である場合
生活保護	生活保護を受けるようになった場合
給付制限	刑事施設などに収監され給付を受けられない期間が月をまたいだ場合

※¹ 被保険者等には、被保険者と同一世帯の世帯主及び他の被保険者を含みます。

●保険料を滞納すると

保険料は納期限内にきちんとお納めください。納期限を過ぎると督促が行われ、延滞金などが徴収されることがあります。

納付が困難な場合など保険料の支払に関してお困りの時は、お住まいの市(区)町村へご相談ください。

保険料の滞納が続く場合、被保険者証の更新時に有効期間の短い被保険者証が交付される場合があります。また、納期限から1年6か月を過ぎると給付の全部または一部が差止めになる場合があります。

●社会保険料控除について

後期高齢者医療制度の保険料は、所得税及び住民税の申告の際に社会保険料控除の対象となります。

特別徴収(年金天引き)の場合は、支払者が明確なためその方本人が社会保険料控除の適用の対象となります。特別徴収(年金天引き)から普通徴収(口座振替)へ変更した場合、社会保険料控除の適用となる対象者が変わることによって、世帯全体の所得税及び住民税の負担額が減少する場合があります。

詳しくは、税務署、お住まいの市(区)町村の住民税担当窓口にお問い合わせください。

健康診査

健康長寿を目指して、健康診査を受けましょう!

健康でいきいきと過ごすためには、健康寿命を延ばすことが大切です。健康管理をすることで、老化を遅らせ、自立した生活を継続でき、病気を防いだり、進行を抑えたりすることもできます。

対象者	生活習慣病治療中の方を含む すべての被保険者の方 ただし、長期入院中および特別養護老人ホーム等の施設入所者の方は対象外です。
受診期間	令和5年4月から令和6年3月まで ただし、健診実施医療機関の休診日は除きます。
受診票 送付時期	令和5年4月末現在で被保険者の方…令和5年4月中旬～5月上旬 令和5年5月以降に75歳になる方……75歳になる誕生月の10日頃
受診の方法	受診票を郵送しますので、受診票が届いてから次の個別健診または 集団健診による健康診査を申し込んでください。 【個別健診】 健診実施医療機関に予約をしてください。 【集団健診】 受診票に同封している「後期高齢者健康診査のお知らせ」で 集団健診を実施している市(区)町村をご確認の上、記載の 市(区)町村担当窓口に予約してください。
必要なもの	保険者証(またはマイナンバーカード※1)、受診票、自己負担金(500円) ※1 マイナンバーカードは、 <u>健康保険証利用の申し込み</u> をすると被保険者証 として利用できます。(マイナンバーカードの被保険者証利用に対応する 医療機関に限ります。)

- 「がん検診」は、市(区)町村で実施されている検診です。お住いの市(区)町村の「がん検診」担当部署にお尋ねください。
- 新型コロナウイルス感染症の発生状況を踏まえ、医療機関にあらかじめ電話にてご相談の上、受診をご検討ください。

健康診査ココが聞きたい!

Q&A

Q 健康診査は必ず受けないといけないのですか?

A 「定期的に受診をしているから大丈夫!」と思っている方も多いと思いますが、健診は、病気やフレイル※2のリスクを早めにを見つける目的もあります。ぜひ受けていただき、自分の健康状態を確認して、日常生活を見直す良い機会としましょう。
※2 フレイルとは、加齢により心や身体が弱っている状態のことです。

Q 健診結果が悪かったら、何か指導があるのですか?

A 生活習慣病の悪化を防ぐことを目的に、健診結果に応じて、保健師や栄養士等による保健指導を行っています。個別の結果について不安がある時は、かかりつけの先生などに必ずご相談ください。



歯とお口の健康が、健康長寿につながります！



歯とお口の健康は、全身の健康と関係が深く、健康寿命の延伸に大きく影響します。かかりつけ歯科医院を持ち、定期的に歯とお口のチェックを受けましょう。広域連合では、本年度76歳～80歳になる方を対象に歯科健診を行い、お口の状態をチェックするだけでなく、生涯必要な口腔ケアを知っていただくことで、みなさまの歯とお口の健康づくりを守るお手伝いをしています。

対象者	昭和18年4月1日から昭和23年3月31日生まれの、 本年度76歳～80歳になる被保険者の方 ただし、長期入院中および特別養護老人ホーム等の施設入所者の方は対象外です。
受診期間	令和5年6月から12月まで ただし、歯科医院の休診日は除きます。
受診券 送付時期	令和5年5月下旬
受診の方法	受診券や受診できる歯科医院の一覧表を郵送しますので、 6月になってから歯科医院に予約をしてください。
必要なもの	被保険者証(またはマイナンバーカード※1)、受診券、自己負担金(300円) ※1 マイナンバーカードは、健康保険証利用の申し込みをすると被保険者証として利用できます。(マイナンバーカードの被保険者証利用に対応する医療機関に限ります。)

- 新型コロナウイルス感染症の発生状況を踏まえ、医療機関にあらかじめ電話にてご相談の上、受診をご検討ください。

歯科健診ココが聞きたい！

Q&A



Q 昨年、歯科健診を受けたのですが、もう一度受けることはできますか？

A 今年度、76歳から80歳までになる方であれば、もう一度受けることができます。

Q 虫歯がないので、歯科健診は必要ないと思いますが…。

A 歯科健診は、虫歯だけでなく歯周病、入れ歯の状態、飲み込む力など、お口全体の健康チェックを行うものです。虫歯がない方も、この機会を活用してお口の健康を見直す機会にしましょう。

「健診や歯科健診を実施している医療機関を知りたい」、「受診票(券)を紛失した」、「受診票(券)を送らないでほしい」などのご連絡はお問い合わせセンターへお電話ください。

お問い合わせセンター 電話092-651-3111

その他のお知らせ

新型コロナウイルス感染症に伴う傷病手当金について

給与や賃金の支払いを受けている被保険者が新型コロナウイルスに感染し、または発熱などの症状があり当該感染症の感染が疑われ、療養のために労務に服することができず、給与や賃金の全部または一部を受けることができなくなった場合に、傷病手当金を支給します。

●適用期間

令和2年1月1日～令和5年5月7日の間で療養のため就労することができない期間
※3日を経過した日から支給します。後遺症による療養期間は対象外です。
※就労不能であった日ごとに、その翌日から**2年を過ぎると申請できません**。

申請には医師の意見書(医療機関を受診した場合)および事業主の証明書が必要になります。詳細についてはお住まいの市(区)町村窓口までお問い合わせください。

お薬手帳を持ちましょう!

●お薬手帳は1人1冊

病院ごとにお薬手帳を複数持っていないか。お薬手帳は、他の病院で同じお薬が処方されていないか、飲み合わせは大丈夫か、などを確認するものです。1人1冊にまとめましょう。

●お薬の悩みは『かかりつけ薬局』へ

かかりつけ薬局を決めて、「薬がいつも余ってしまう。余った分をどうしたらいいかわからない」、「薬の副作用が気になる」などお薬についてのお悩みがあるときは、かかりつけ薬局に相談しましょう。

●ジェネリック医薬品を希望するとき

お薬代の軽減につながるジェネリック医薬品を希望されるときは、主治医や薬剤師へご相談ください。



医療費通知のご確認を

「医療費のお知らせ」は、被保険者の皆様に、医療費の実情や健康に対する認識を深めていただくことを目的として、年3回(7月・11月・2月)送付しています。受診年月・医療機関名称・受診日数など、記載内容をご確認ください。

『還付金詐欺(サギ)』にご注意ください!

広域連合や市(区)町村の職員がATM(現金自動預払機)の操作をお願いすることは絶対にありません!

「レターパックや宅配便で現金を送れ」は、すべて詐欺です。絶対に送らないようにしてください!!

