

国保の届け出

こんなときは、必ず14日以内に世帯主が市区町村の窓口へ届け出をしましょう

※下記のほかに、「世帯主」と「手続きの対象となる人」のマイナンバー、窓口に来た人の本人確認ができるものがが必要です。

	こんなとき	届け出に必要なもの
国保に入るとき	他の都道府県から転入してきたとき	他の都道府県の転出証明書
	職場の健康保険などをやめたとき	職場の健康保険をやめた証明書
	職場の健康保険などの被扶養者でなくなったとき	被扶養者でなくなった証明書
	子どもが生まれたとき	保険証、母子健康手帳
	生活保護を受けなくなったとき	保護廃止決定通知書
	外国籍の人が加入するとき	在留カード、パスポート
国保をやめるとき	他の都道府県に転出するとき	保険証
	職場の健康保険などに加入したとき	国保と職場の健康保険の両方の保険証(後者が未交付のときは加入したことを証明するもの)
	職場の健康保険などの被扶養者になったとき	
	国保の被保険者が死亡したとき	保険証、葬祭執行者であることがわかるもの
	生活保護を受けるようになったとき	保険証、保護開始決定通知書
	外国籍の人がやめるとき	保険証、在留カード
その他	同じ都道府県内で他の市区町村に転入してきたとき	他の市区町村の転出証明書
	同じ都道府県内で他の市区町村に転出するとき	
	市区町村内で住所が変わったとき	保険証
	世帯主や氏名が変わったとき	
	世帯が分かれたりいっしょになったりしたとき	
	修学のため別に住所を定めるとき	保険証、在学証明書、他市区町村住民票
	保険証をなくしたとき(あるいは汚れて使えなくなったとき)	身分を証明するもの

※市区町村によって届け出に必要なものが異なる場合があります。

くらしのみかた

令和5年度版

国保ガイドブック



長門市国民健康保険

TEL.0837-23-1130 (保険管理担当)

TEL.0837-23-1129 (医療給付担当)

TEL.0837-23-1246 (保険料徴収担当)

● 令和5年度の主な変更ポイント ●

● 保険料の賦課限度額の引き上げ(→8ページ)

保険料負担の公平性の観点から、賦課限度額が令和5年4月1日から変更になります。

	令和4年度	→	令和5年度
医療保険分	65万円		65万円 ※変更なし
後期高齢者支援金分	20万円		22万円
介護保険分	17万円		17万円 ※変更なし

● 保険料の5割・2割軽減対象の拡大(→9ページ)

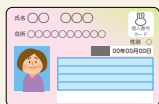
低所得者の保険料の軽減基準が、令和5年4月1日から変更になります。

軽減割合	軽減対象となる所得の基準(基準以下の場合が対象)	
	令和4年度	→ 令和5年度
7割	33万円	33万円 ※変更なし
5割	33万円+ (28.5万円×国保加入者数)	33万円+ (29万円×国保加入者数)
2割	33万円+ (52万円×国保加入者数)	33万円+ (53.5万円×国保加入者数)

マイナンバーカードが保険証として利用できます

マイナンバーカードを作り、保険証利用の申込みを行うと、保険証の代わりに使えます。

※令和6年秋より、紙の保険証の新規発行が廃止され、保険証と一体化したマイナンバーカードに切り替わる予定です。



利用できる医療機関等は順次増えていきます

専用カードリーダーを設置している(オンラインでの資格確認を導入している)医療機関・薬局では、保険証として利用できます。それ以外の医療機関等では、従来通り保険証を提示してください。

【保険証として利用するには】

① マイナポータル等で保険証利用の申込み



マイナポータル

マイナポータル(<https://myna.go.jp>)や、セブンイレブンにあるセブン銀行ATMなどです。
※マイナポータルとは、政府が運営するオンラインサービス。特定健診情報や薬剤情報の閲覧、オンライン申請などができる自分専用のサイトです。

マイナンバーについてのお問い合わせ

マイナンバー総合フリーダイヤル ☎0120-95-0178

もくじ

国保とはなに？

国保のしくみ	4
国保に加入する人	5
国保に加入するとき	6
国保をやめるとき	7

保険料について

保険料の決まり方	8
保険料の内訳と納め方	9
保険料が軽減される時	11
保険料を納めない時	12

国保の給付

国保で受けられる給付

① 病気やけがで受診したとき	14
② いったん全額自己負担したとき(療養費の支給)	16
③ 出産したとき	17
④ 亡くなったとき	18
⑤ 移送の費用がかかったとき	18
⑥ 訪問看護ステーションなどを利用したとき	18
国保(保険証)が使えないとき	19

高額療養費

医療費が高額になったとき

① 70歳未満の人の場合	20
② 70歳以上75歳未満の人の場合	22
③ 70歳未満の人と70歳以上75歳未満の人が同じ世帯にいる場合	23
④ 厚生労働大臣が指定する特定疾病の場合	24
⑤ 高額医療・高額介護合算療養費制度	25

その他の制度

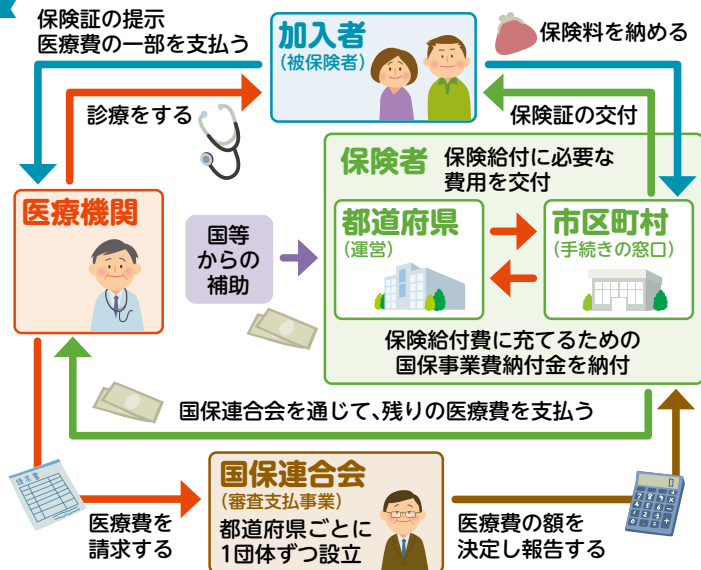
後期高齢者医療制度	26
-----------	----

医療費節約のために

特定健診・特定保健指導	27
医療費は節約できます	28
ジェネリック医薬品	30
接骨院・整骨院などのかかり方	31

国保のしくみ

国保(国民健康保険)は、病気やけがをしても安心してお医者さんにかかるよう、加入者みんなで日ごろからお金を出し合い医療費に備える制度です。



保険証は大切に

- 交付されたら、記載内容を必ず確認してください。間違いがあった場合は、国保の窓口へ届け出ましょう。勝手に書き直すと無効になります。
- 貸し借りは、絶対にしないでください。法律で罰せられます。
- 医療機関に行くときは、必ず持って行きましょう。
- コピーしたものや有効期限が切れたものは、使えません。

注意 修学や施設入所で転出する場合は届け出を届け出をしないと国保の資格を失い、保険証が使えなくなります。また、修学や施設入所を終えたらその旨の届け出が必要です。

国保に加入する人

国保に入るのはこんな人



外国籍の人も国民健康保険に加入しなければなりません。

People with foreign nationality also are required to participate in National Health Insurance through their local governments.

居住在日本の外国人也必须加入国民健康保険。

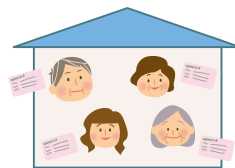
居住在日本の外国人也必须加入國民健康保險。

외국 국적을 가지신 분도 반드시 가입하셔야 합니다.

Người có quốc tịch nước ngoài cũng bắt buộc phải tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc dân.

加入は世帯ごと、一人ひとりが被保険者

国保の加入は世帯ごとで、届け出や保険料の納付などは世帯主が行いますが、家族の一人ひとりが被保険者となります。



もっと
知りたい

保険証をなくしてしまったら どうすればいいの？

保険証は再発行ができます。なくしてしまったときは、本人であることが確認できるものを持って、国保の窓口で再発行の手続きをしてください。

保険証は、国保に加入している証明書です。大切に保管しましょう。

国保に加入するとき

国保に加入するときは、**14日以内**に届け出が必要です。

※届け出に必要なものは裏表紙をご参照ください。

国保に加入するとき(国保の資格を得る日)

- 他の都道府県から転入してきたとき(転入してきた日)
- 職場の健康保険などをやめたとき(退職日の翌日)
- 子どもが生まれたとき(生まれた日)
- 生活保護を受けなくなったとき(受けなくなった日)

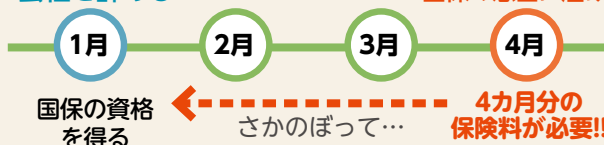
加入の届け出が遅れると...

- 保険料は、届け出をした月の分からではなく、国保の資格を得た月の分から納めます。届け出が遅れると、その時点までさかのぼって納める必要があります(遡及賦課〈さきゅうふか〉)。

例えば1月に会社を辞めたのに、届け出を4月に行った場合...

会社を辞める

国保の窓口へ届け出



- 届け出をしない間は保険証がないため、その間にかかった医療費はやむを得ない場合を除き全額自己負担になってしまいます。

マイナンバー制度について

国保の申請や届け出には、**マイナンバー(個人番号)**が必要です

窓口でマイナンバーの確認と本人確認を行います。

◆マイナンバーの確認には次のいずれが必要

(「世帯主」および「手続きの対象となる人」のものが必要)

- マイナンバーカード
- マイナンバーが記載された住民票
- 通知カード(住所、氏名等が住民票と一致している場合に限り)等

◆窓口に来た人の本人確認には次のいずれが必要

- マイナンバーカード
- 運転免許証
- パスポート 等

※写真がない身分証明書の場合は、2種類以上必要です。

国保をやめるとき

国保をやめるときは、**14日以内**に届け出が必要です。

※届け出に必要なものは裏表紙をご参照ください。

国保をやめるとき(国保の資格を失う日)

- 他の都道府県へ転出したとき(転出した日)
- 職場の健康保険などへ加入したとき(加入日の翌日)
- 死亡したとき(死亡した日の翌日)
- 生活保護を受け始めたとき(受け始めた日)

やめる届け出が遅れると...

- 国保の資格がないのに手元に保険証があると、うっかりそれを使ってお医者さんにかかってしまいがちです。国保が負担した医療費をあてて返還しなければならなくなります。
- 届け出をしないと国保に加入し続けていることになり、保険料は請求されます。知らないうちに二重に納めてしまうこともあります。



同じ都道府県内の他市区町村に転居する場合も届け出は必要です

国保の資格は継続しますが、それまでの保険証は使えなくなり、転入した市区町村で保険証が交付されますので、届け出が必要です。

もっと知りたい

医療費の返還は高額になる？

国保の資格がなくなってから国保の保険証を使用して医療を受けた場合、保険者が医療機関へ支払った医療費を返還しなければなりません。返還額は数十万円に及ぶ場合もあります。

保険料の決まり方

保険料は、国保加入者の所得や人数などに応じて世帯単位で決まります。

	医療保険分	後期高齢者支援金分	介護保険分
所得割	加入者全員の 基準総所得額 ^{※1} に応じて計算	加入者全員の 基準総所得額 に応じて計算	40～64歳の人の 基準総所得額 に応じて計算
+			
均等割	加入者一人につき いくらと計算	加入者一人につき いくらと計算	40～64歳の人 一人につき いくらと計算
+			
平等割	一世帯につき いくらと計算	一世帯につき いくらと計算	一世帯につき いくらと計算

世帯の保険料

※1 基準総所得額＝前年の総所得金額等^{※2}－基礎控除額（43万円 ※合計所得金額が2,400万円を超える人は、基礎控除額が変わります。）

※2 総所得金額等とは、総所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等、土地・建物等に係る長期・短期譲渡所得（特別控除後）、株式等に係る譲渡所得等、先物取引に係る雑所得の合計金額となります。退職所得は含みません。

医療保険分、後期高齢者支援金分、介護保険分のそれぞれに賦課限度額が設けられており、限度額を超えて納める必要はありません。

医療保険分 限度額65万円	後期高齢者支援金分 限度額22万円	介護保険分 限度額17万円
-------------------------	-----------------------------	-------------------------

みなさんの納める保険料は、国保制度を支えるための大切な財源になります。納め忘れなどがないようご協力をお願いします。

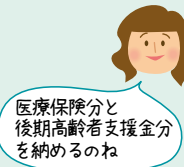
保険料の内訳と納め方

保険料の内訳は、年齢によって異なります。

40歳未満の人

$$\text{保険料} = \text{医療保険分} + \text{後期高齢者支援金分}$$

医療保険分と後期高齢者支援金分を国保の保険料として納めます。



年度途中で40歳になる人は…

40歳になる月（誕生日が1日の人はその前月）の分から、介護保険分を納めます。

40歳以上65歳未満の人

$$\text{保険料} = \text{医療保険分} + \text{後期高齢者支援金分} + \text{介護保険分}$$

医療保険分と後期高齢者支援金分と介護保険分を国保の保険料として納めます。



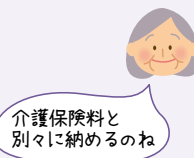
年度途中で65歳になる人は…

65歳になる月の前月（誕生日が1日の人はその前々月）までの介護保険分を年度の始めに計算し、医療保険分、後期高齢者支援金分と合計した額を年間の保険料として納めます。

65歳以上75歳未満の人

$$\text{保険料} = \text{医療保険分} + \text{後期高齢者支援金分}$$

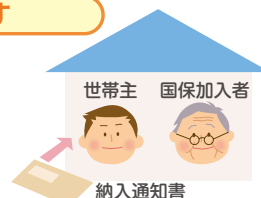
$$\text{介護保険料} = \text{介護保険分}$$



- 医療保険分と後期高齢者支援金分を国保の保険料として納めます。
- 介護保険料は国保の保険料とは別に納めます。

保険料は世帯主が納めます

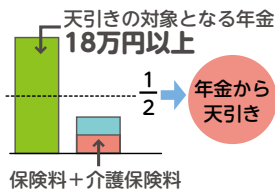
世帯主本人が国保の加入者でなくても、世帯の中に一人でも国保の加入者がいれば、納付の義務者は世帯主となります。



●年金から天引きされる人(特別徴収)

【対象者】以下の条件をすべて満たす世帯の世帯主

- ①世帯主が国保加入者である。
- ②世帯内の国保の加入者全員が65歳以上75歳未満である。
- ③世帯主の介護保険料が年金から天引きされている。
- ④天引きの対象となる年金が18万円以上、保険料と介護保険料の合計が年金額の2分の1を超えていない。



【納め方】

年6回の年金支給日に、受給額からあらかじめ徴収されます。

●納付書で各自納める人(普通徴収)

【対象者】

年金から天引きされる人(特別徴収)以外すべて。

【納め方】

市区町村から送られてくる納付書で、指定された金融機関にて、納期限までに納めます。

(コンビニエンスストアなどで使用できる場合もあります。)

口座振替が便利です

市区町村の取り扱い金融機関で手続きしてください。

【手続きに必要なもの】

- ☐
- 納入通知書
- ☐
- 通帳
- ☐
- 通帳の届出印

- 年金から天引き(特別徴収)の対象になる人でも、納付が確実であると見込まれる場合は口座振替による納付が可能です。

納付が困難なときはお早めにご相談ください

災害などで損害を受けたときや、病気・失業などにより納付がきわめて困難なときは、保険料の減免や猶予が受けられる場合があります。困ったときは、お早めに担当窓口にご相談ください。

保険料が軽減されるとき

世帯の所得が少ない場合

申請
不要

【対象者】

世帯主(世帯主が国保加入者でない場合も含む)およびその世帯の国保加入者の前年の総所得金額等の合計が、下の表の基準に該当する世帯。

※前年の所得の申告をしていないと軽減を受けることはできません。所得のない人も「所得なし」という申告が必要です。

【軽減内容】

均等割額・平等割額が軽減されます。

軽減対象となる所得の基準	軽減割合	未就学児の軽減割合 ^{※3}
基礎控除額(43万円) +10万円×(給与所得者等 ^{※1} の数-1) 以下	7割	8.5割
基礎控除額(43万円)+29万円×国保加入者数 ^{※2} +10万円×(給与所得者等の数-1) 以下	5割	7.5割
基礎控除額(43万円)+53.5万円×国保加入者数 +10万円×(給与所得者等の数-1) 以下	2割	6割

※1 一定の給与所得者と公的年金等の支給を受ける人。

※2 同じ世帯の中で国保から後期高齢者医療制度に移行した人を含む。

※3 未就学児の保険料の均等割額に関する軽減割合。

未就学児がいる場合

申請
不要

【対象者】

未就学児(小学校入学前)の国保加入者。



【軽減内容】

均等割額が5割軽減されます。「世帯の所得が少ない場合」の対象となる未就学児は、上表の通り軽減されます。

倒産や解雇、雇い止めなどにより離職した場合

申請
必要

【対象者】以下の条件すべてにあてはまる人が対象

- ①離職日の時点で65歳未満の人
- ②非自発的な理由で離職した人(雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の離職理由に書かれている番号が11、12、21、22、23、31、32、33、34の人)

【軽減内容】

対象となる人の前年の給与所得を30/100とみなして、保険料を算定します。所得区分も軽減された所得で判定されます。

離職日の翌日の属する月から、その月の属する年度の翌年度末までの間、適用されます。



●このほかにも軽減となる場合があります。

保険料を納めないと

保険料を滞納すると、以下のような措置がとられることがありますのでご注意ください。

納期を過ぎると……

1 とくそく 督促が行われます

延滞金などを加算される場合もあります。

▼ それでも納めないでいると…

2 短期被保険者証が交付されます

短期被保険者証とは

通常の保険証より有効期間の短い保険証です。
ひんぱんに窓口での更新手続きが必要になります。

▼ 納期限から1年を過ぎると…

3 資格証明書が交付されます

資格証明書とは

国保の被保険者であることを証明するものです。保険証は窓口に戻さなければなりません。お医者さんにかかったときは、医療費はいったん全額自己負担となります。

※資格証明書の交付世帯に属する高校生世代以下の人には、6カ月の短期被保険者証を交付します。

▼ 納期限から1年6カ月を過ぎると…

4 国保の給付の全部 または一部が差し止められます

▼ それでも納めないでいると…

5 差し止められた保険給付額から滞納分が 差し引かれます

※上記の滞納措置のほか、財産差し押さえなどの処分を受ける場合があります。

※40歳～64歳の人、介護保険についても制限を受ける場合があります。
以上の措置がとられても、その間の保険料納付の義務はなくなりません。

★ 所得区分について

70歳未満の人

基準総所得額

前年の総所得金額等－基礎控除額*

※基礎控除額は、合計所得金額によって下の表のように変わります。

前年の合計所得金額	基礎控除額
2,400万円以下	43万円
2,400万円超 2,450万円以下	29万円
2,450万円超 2,500万円以下	15万円
2,500万円超	0円

住民税非課税世帯

同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税の人。

70歳以上75歳未満の人

現役並み所得者

同一世帯に住民税課税所得145万円以上の70歳以上75歳未満の国保被保険者がいる人。

ただし、下記の条件①～④のいずれかを満たす場合は「一般」区分と同様になります(①～③は申請が必要な場合があります)。

条件①	70歳以上の被保険者が1人で、被保険者の収入金額が383万円未満。
条件②	70歳以上の被保険者が2人以上で、被保険者の収入金額の合計が520万円未満。
条件③	70歳以上の被保険者が1人で、同一世帯に国保から後期高齢者医療制度に移行した人がおり、その移行した人と合計した収入金額が520万円未満。
条件④	70歳以上の被保険者がいる世帯で、70歳以上75歳未満の人の基準総所得額(前年の総所得金額等－基礎控除額)の合計額が210万円以下。

現役並み所得者は、さらにⅠ・Ⅱ・Ⅲの3つの所得区分に分かれます。

● 一般

現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱ以外の人。

● 低所得者Ⅱ

70歳以上75歳未満で、同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税の人(低所得者Ⅰ以外の人)。

● 低所得者Ⅰ

70歳以上75歳未満で、同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税で、その世帯の各所得が必要経費・控除(年金収入は80万円、給与所得は10万円を控除)を差し引いたときに0円となる人。

国保で受けられる給付

国保に加入していると、お医者さんにかかったときの医療費をはじめ、さまざまな給付が受けられます。

①病気やけがで受診したとき

医療機関の窓口で保険証を提示すれば、一定の自己負担額で医療を受けることができます。

国保で受けられる医療

- 診察・検査
- 病気やけがの治療
- 薬や注射などの処置
- 入院および看護
- 在宅療養(かかりつけ医による訪問診療)
- 訪問看護(医師の指示あり)

自己負担の割合

自己負担割合は年齢と所得で異なります。

年齢	自己負担割合	保険証の種類
小学校入学前 	2割	保険証
小学校入学後 ～69歳 	3割	
70歳以上 75歳未満 	2割 (現役並み 所得者★3割)	保険証兼高齢受給者証 保険証と高齢受給者証の機能が 一体化したものです。自己負担 割合が記載されています。

※75歳の誕生日当日からは、後期高齢者医療制度(26ページ)の保険証になります。

★所得区分については13ページをご参照ください。

入院したときの食費・居住費

入院したときは、診療や薬にかかる費用とは別に食費や居住費がかかります。下表の金額を自己負担し、残りは国保が負担します。

※住民税非課税世帯と低所得者Ⅰ、Ⅱの人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要となりますので、担当窓口申請してください。

オンライン資格確認を導入している医療機関に入院する場合は、担当窓口での認定証の交付申請は不要です。
住民税非課税世帯、低所得者Ⅱの人で、入院が90日を超える場合は、担当窓口に減額するための申請が必要です。



●入院したときの食費

所得区分★	食費 (1食につき)
下記以外の人	460円※
●住民税非課税世帯 ●低所得者Ⅱ	90日までの入院 210円 90日を超える入院 (過去12カ月の入院日数) 160円
低所得者Ⅰ	100円

※指定難病患者は260円です。

★所得区分については13ページをご参照ください。

●65歳以上の人療養病床に入院したときの食費・居住費

所得区分★	食費(1食につき)			居住費(1日につき)	
	右記 以外の人	入院医療の 必要性が高い人	指定 難病患者	右記 以外の人	指定 難病患者
下記以外の人	460円※ ¹	460円※ ¹	260円		
●住民税 非課税世帯 ●低所得者Ⅱ	210円	210円※ ²	210円※ ²	370円	0円
低所得者Ⅰ	130円	100円	100円		

※¹ 一部医療機関では420円です。

※² 90日を超える入院(過去12カ月の入院日数)の場合は160円です。

★所得区分については13ページをご参照ください。

②いったん全額自己負担したとき (療養費の支給)

次のような場合は、いったん全額を支払っても国保に申請して審査で決定すれば、自己負担分を除いた額があとから払い戻されます。

こんなとき①

急病など、やむを得ない理由で
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

こんなとき②

国外で診療を受けたとき(海外療養費)※治療目的の渡航は除く



- 申請に必要なもの
- ☐ 診療明細書(和訳が必要)
 - ☐ 領収明細書(和訳が必要)
 - ☐ 領収書
 - ☐ 保険証
 - ☐ パスポート
 - ☐ 調査に関わる同意書

こんなとき③

コルセットなどの補装具を購入したとき
※医師が治療上必要と認めた場合



- 申請に必要なもの
- ☐ 補装具を必要とした医師の証明書
 - ☐ 内訳書
 - ☐ 領収書
 - ☐ 保険証

こんなとき④

マッサージやはり・きゅうなどの
施術を受けたとき ※医師の同意が必要



- 申請に必要なもの
- ☐ 施術内容と費用の明細が分かる領収書等
 - ☐ 医師の同意書
 - ☐ 保険証

※このほかに、「世帯主」と「手続きの対象となる人」のマイナンバー、窓口に来た人の本人確認ができるものが必要です。

こんなとき⑤

骨折やねんざなどで国保を扱っていない
柔道整復師の施術を受けたとき



- 申請に必要なもの
- ☐ 施術内容と費用の明細が分かる領収書等
 - ☐ 保険証

こんなとき⑥

輸血のための生血の費用を負担したとき
※医師が治療上必要と認めた場合



- 申請に必要なもの
- ☐ 医師の理由書が診断書
 - ☐ 輸血用生血液受領証明書
 - ☐ 血液提供者の領収書
 - ☐ 保険証

③出産したとき

被保険者が出産したときは「出産育児一時金」
が支給されます。妊娠13週以降であれば、死産・
流産でも支給されます。



「出産育児一時金」が国保から医療機関へ直接支払われる制度(直接支払制度)があります。これにより、窓口では実際にかかった費用と「出産育児一時金」との差額を支払うことで済みます。(対応していない医療機関もありますので、詳しくは医療機関におたずねください。)

- 申請に必要なもの
- ☐ 医師の証明書(死産・流産の場合)
 - ☐ 保険証

直接支払制度を利用した場合

- 申請に必要なもの
- ☐ 領収書・明細書(産科医療補償制度加入医療機関印のあるもの)
 - ☐ 直接支払制度利用合意書

※このほかに、「世帯主」と「手続きの対象となる人」のマイナンバー、窓口に来た人の本人確認ができるものが必要です。

④亡くなったとき

被保険者が亡くなったとき、葬儀を行った人(喪主)に「葬祭費」が支給されます。



申請に必要なもの

- ☐ 葬祭執行者であることがわかるもの
- ☐ 亡くなった人の保険証

⑤移送の費用がかかったとき

医師の指示により、やむを得ず入院や転院時に車などを利用した場合、申請して認められればその費用が支給されます。



申請に必要なもの

- ☐ 移送を必要とした医師の意見書
- ☐ 保険証

⑥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

次のような場合は、保険証が使えないのでご注意ください。

病気とみなされないもの

- 単なる疲労や倦怠
- 健康診断・人間ドック
- 正常な妊娠・出産
- 歯列矯正
- 経済上の理由による妊娠中絶
- 予防注射
- 軽度のシミ・アザ・わきがなど
- 美容整形

他の保険が使えるとき

- 業務上(仕事、通勤途上)の病気やけが
→[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

次のような場合は、国保の給付が制限されます。

- けんか、泥酔などによるけがや病気
- 故意の事故や犯罪によるけがや病気
- 医師や国保保険者の指示に従わなかったとき



もっと知りたい

交通事故にあったときはどうすればいいの？

交通事故など第三者の行為でけがをした場合でも、国保でお医者さんにかかることができます。その際には必ず国保に届け出をしてください。



示談の前に相談を

国保へ届け出る前に示談が成立していたり相手側から治療費を受け取っていたりすると、国保では治療が受けられませんのでご注意ください。

その他の第三者行為(国保に届け出てください)

- スキー・スノーボードなどの衝突・接触事故
- 他人の動物にかまれた
- 工事現場からの落下物などによるけが など



医療費が高額になったとき

1 カ月に支払った医療費の一部負担金が一定額を超えたときは、申請により超えた分が「高額療養費」として支給されます。限度額は、70 歳未満の人と 70 歳以上 75 歳未満の人では異なり、また、所得区分によっても異なります。

① 70 歳未満の人の場合

高額療養費が支給されるのは、次のときです。

医療費が自己負担限度額を超えたとき

同じ人が同じ月内に同じ医療機関に支払った一部負担金が、下表の限度額を超えたとき、超えた分が支給されます。



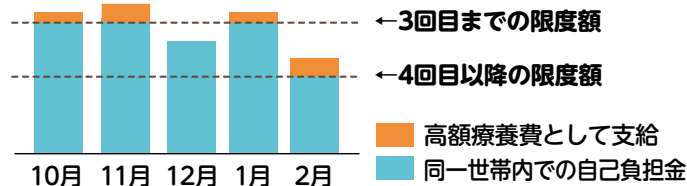
自己負担限度額(月額)

所得区分		年3回目まで	年4回目以降
ア	901万円超	252,600円 (総医療費が842,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算)	140,100円
イ	600万円超～901万円以下	167,400円 (総医療費が558,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算)	93,000円
ウ	210万円超～600万円以下	80,100円 (総医療費が267,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算)	44,400円
エ	210万円以下	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税世帯★	35,400円	24,600円

★ 所得区分については13ページをご参照ください。

● 過去 12 カ月間にひとつの世帯で高額療養費の支給が 4 回以上あった場合、4 回目以降は限度額が上記のとおりになります。

4 回目以降の限度額の例



※他の市区町村へ転居しても、同じ都道府県内で住民票の世帯構成が同じ等の条件を満たしている場合は、高額療養費の支給回数が引き継がれます。

例 多数回該当のカウント方法

自己負担限度額を超えた月を「●」としています

10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
●	●	—	●	●	●	●	●
1回目	2回目		3回目	4回目	5回目	6回目	7回目

ここで他市区町村に転居(同一都道府県内) ↑ ↑ ここから多数回該当に

同じ世帯内で合算して限度額を超えたとき

同じ世帯で 1 カ月に各医療機関に 21,000 円以上支払った場合が 2 回以上あり、それらの合計額が自己負担限度額を超えたとき、超えた分が支給されます。



▼ 高額療養費の支給額の計算例〈所得区分ウの場合〉

病院の窓口で支払った一部負担金が 90,000 円になった場合

$$\text{総医療費 (医療費の総額)} = 90,000 \text{ 円} \div \frac{3}{10} = 300,000 \text{ 円}$$

一部負担金 負担割合3割

$$\text{自己負担限度額} = 80,100 \text{ 円} + (300,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01 = 80,430 \text{ 円}$$

総医療費 1%

$$\text{支給額} = 90,000 \text{ 円} - 80,430 \text{ 円} = 9,570 \text{ 円}$$

一部負担金 自己負担限度額

② 70 歳以上 75 歳未満の人の場合

70 歳以上 75 歳未満の人は、外来（個人単位）の限度額を適用後に、外来＋入院（世帯単位）の限度額を適用します。

自己負担限度額（月額）

所得区分★	外来 （個人単位）	外来＋入院 （世帯単位）	年4回目以降
現役並み所得者Ⅲ （課税所得 690万円以上）	252,600 円 （総医療費が 842,000 円 を超えた場合は、その超 えた分の 1%を加算）		140,100 円
現役並み所得者Ⅱ （課税所得 380万円以上）	167,400 円 （総医療費が 558,000 円 を超えた場合は、その超 えた分の 1%を加算）		93,000 円
現役並み所得者Ⅰ （課税所得 145万円以上）	80,100 円 （総医療費が 267,000 円 を超えた場合は、その超 えた分の 1%を加算）		44,400 円
一般	18,000 円 （年間上限* 144,000 円）	57,600 円	44,400 円
低所得者Ⅱ	8,000 円	24,600 円	—
低所得者Ⅰ	8,000 円	15,000 円	—

※1年間（8月～翌年7月）の限度額

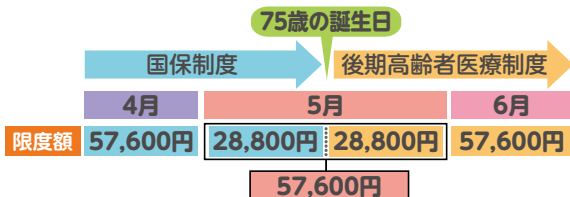
★所得区分については13ページをご参照ください。

もっと
知りたい

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。

例) 自己負担限度額の所得区分が「一般」で、
5 月に 75 歳の誕生日を迎える人



③ 70 歳未満の人と 70 歳以上 75 歳未満の人が同じ世帯にいる場合

70 歳未満の人と 70 歳以上 75 歳未満の人が同じ世帯の場合でも、合算することができます。

1 70歳以上75歳未満の人の支給額を計算
（22ページの表を適用）

2 70歳未満の人の21,000円以上の自己負担額を
1で適用した限度額に加算し、支給額を計算
（20ページの表を適用）

3 **1****2**の支給額を合算

高額療養費の計算上の注意

- 各月の1日から末日までを1カ月として計算します。
- 各医療機関ごとに別々に計算します。
- 同一の医療機関でも、入院と外来は別々に計算します。（医科と歯科は別計算です）
- 途中で保険の種類が変更になった場合は別計算です。
- 入院時の差額ベッド代、食事代、および保険外診療は対象外です。

※70歳以上75歳未満の人は、病院・診療所・歯科の区別なく合算します。

高額療養費を受けるには申請が必要です

該当する人は、必ず申請してください。医療機関への支払いから2年を過ぎると、支給されません。

支給申請について、手続きを簡素化することが可能となりました。

対象世帯には申請書を送付しますので、郵送または窓口で申請してください。

後期高齢者医療制度へ移行した場合には別途、手続きが必要となります。



「限度額適用認定証」で、窓口での支払いが限度額までになります

医療費が高額になるときは、入院・外来、どちらの場合でも「限度額適用認定証」等を提示すれば、医療機関の窓口での支払いは限度額までになります。あらかじめ担当窓口にて認定証の交付を申請してください。保険料を滞納していると交付されない場合があります。

オンライン資格確認を導入している医療機関を受診する場合は、担当窓口での認定証の交付申請は不要です。

対象者	所得区分★	認定証の種類
70歳未満の人	ア～エ	限度額適用認定証
	オ	限度額適用・標準負担額減額認定証
70歳以上75歳未満の人	現役並み所得者Ⅲ (課税所得690万円以上)	※交付申請は不要です
	現役並み所得者Ⅱ (課税所得380万円以上)	限度額適用認定証
	現役並み所得者Ⅰ (課税所得145万円以上)	
	一般	
	低所得者Ⅱ	限度額適用・標準負担額減額認定証
	低所得者Ⅰ	

★所得区分については13・20ページをご参照ください。

④厚生労働大臣が指定する特定疾病の場合

高額な治療を長期間継続して行う必要がある先天性血液凝固因子障害の一部・人工透析が必要な慢性腎不全・血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の人は、「特定疾病療養受療証」(申請により交付)を病院などの窓口にて提示すれば、自己負担額は年齢にかかわらず1カ月1万円までとなります。

※70歳未満で人工透析が必要な慢性腎不全の人のうち、基準総所得額が600万円を超える人は2万円までになります。

⑤高額医療・高額介護合算療養費制度

医療費が高額になった世帯内に介護保険の受給者がいる場合、国保と介護保険の限度額を適用後、年額を合算して限度額を超えた場合、その超えた分が支給されます。

医療と介護の自己負担合算後の限度額

(年額:毎年8月から翌年7月)

●70歳未満の人の限度額

所得区分		
ア	★901万円超	212万円
イ	基準総所得額 600万円超～901万円以下	141万円
ウ	210万円超～600万円以下	67万円
エ	210万円以下	60万円
オ	住民税非課税世帯★	34万円

●70歳以上75歳未満の人の限度額

所得区分★	
現役並み所得者Ⅲ (課税所得690万円以上)	212万円
現役並み所得者Ⅱ (課税所得380万円以上)	141万円
現役並み所得者Ⅰ (課税所得145万円以上)	67万円
一般	56万円
低所得者Ⅱ	31万円
低所得者Ⅰ	19万円



※自己負担限度額を超える額が500円以下の場合には支給されません。

★所得区分については13ページをご参照ください。

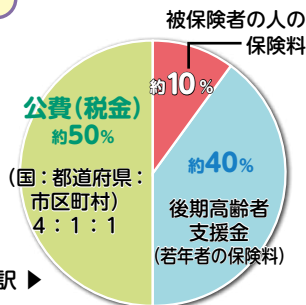
後期高齢者医療制度

75 歳以上の人および 65 歳以上で一定の障害があると広域連合から認定された人は、「後期高齢者医療制度」で医療を受けることになります。

制度のしくみ

後期高齢者医療制度の運営は、都道府県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」が行います。ただし、保険料の徴収など窓口業務は市区町村が行います。

後期高齢者医療制度の財源の内訳 ▶



対象となる人

- 75 歳以上の人全員
- 一定の障害がある 65 歳以上 75 歳未満の人 (広域連合から認定を受けた人)



お医者さんにかかるとき

一人に 1 枚ずつ「後期高齢者医療制度」の保険証が交付されますので、医療機関の窓口で忘れずに提示してください。医療費の自己負担割合は所得に応じて 1 割から 3 割の間で判定されます。

保険料について

被保険者となる人全員が保険料を納めます。これまで保険料負担のなかった職場の健康保険などの被扶養者だった人も納めることになりますが、申し出により保険料は軽減されます。また、所得の低い人にも軽減措置があります。

特定健診・特定保健指導

高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病が増えています。これらの原因である内臓脂肪の蓄積の早期発見と早期改善に着目した「特定健診」「特定保健指導」が行われます。

特定健診の対象者

令和 5 年 4 月 1 日以前に国保に加入している 40 歳以上 75 歳未満の人が対象となります。(年度内に 75 歳に達する人も対象に入ります。)

特定健診の検査内容

- 腹囲測定を含む身体計測
- 血圧、血糖、脂質、肝機能検査、尿検査

特定保健指導

特定健診の結果に基づいて生活習慣病のリスクの高い順から「積極的支援」、「動機付け支援」、「情報提供」の 3 つに分け、それぞれに適した保健指導を行います。

メタボによる生活習慣病のリスクが重なっている人

メタボによる生活習慣病のリスクが出現し始めている人

今のところメタボによる生活習慣病のリスクがない人

全員に生活習慣病予防・改善のための情報を提供〈情報提供〉

〈積極的支援〉

専門家と面接を行い、3カ月以上継続して実践的な支援を受けます。

〈動機付け支援〉

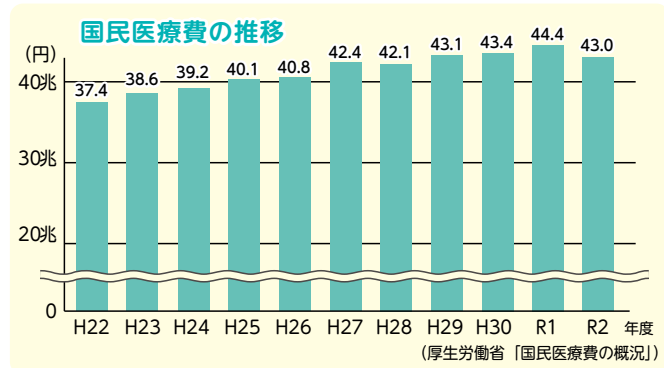
はじめに専門家から個別の指導を受けて、健康づくりについての支援を受けます。



医療費節約のために

医療費は節約できます

国民医療費は高い値で推移しています。私たち一人ひとりが生活習慣を見直し、医療費の無駄遣いをやめて、大切に使うように努めていきましょう。



医療費が増加する理由

- ① 高齢社会の進行によって、お医者さんにかかる機会の多いお年寄りが増えたこと。
- ② 医療技術の進歩に伴って新しい医療機器の導入で費用がかかり、治療費に反映されていること。
- ③ 生活習慣病が増えて、医療費がかさんでいること。

など

医療費と保険料は深くかかわっています

医療費が増えると、国保の財政が圧迫され、保険料の引き上げを招くことがあります。保険料は、年間に必要とされる医療費をもとに決まるので、医療費が増加すると、私たちが納める保険料も増加してしまうのです。

医療費を大切にするために心がけたいこと

1 「はしご受診」や「重複受診」はやめる

医療費の無駄遣いになるだけでなく、薬の重複使用等で体にも悪影響をおよぼします。



2 時間外受診は避ける

緊急時以外は、診療時間内にお医者さんにかかるようにしましょう。



3 治療は途中でやめない

一度中断して、再度受診をするとまた新たに初診料がかかってしまうことがあります。



4 領収書・明細書は保管しておく

領収書や明細書があれば、治療内容がわかり、医療費の請求間違いなどにも気がつきやすくなります。



5 ジェネリック医薬品を利用する

患者さんの自己負担も軽減されます。医師または薬剤師に相談し、納得した上で選びましょう。



6 セルフメディケーションに取り組む

定期健診の受診などを通して、日頃から自分の健康に関心を持ち、自己管理をして、軽い不調には市販薬で対処するなど、自分の健康を守る意識を持ちましょう。



ジェネリック医薬品

「ジェネリック医薬品」は新薬の特許期間が過ぎたあと新薬と同じ有効成分で製造した薬のことです。新薬に比べて開発費を抑えられるため、被保険者の負担が減り、医療費全体も抑えられることから、ジェネリック医薬品の利用がすすめられています。



品質と安全性

「ジェネリック医薬品」は新薬と同じ有効成分で製造されており、厚生労働省により、新薬と同等の効果と安全性をもつと認められた上で販売されています。

ジェネリック医薬品は価格が抑えられています

ジェネリック医薬品の価格は、新薬の2～7割程のものが多くなっています。ジェネリック医薬品を選ぶことは、ご自身の負担を減らすだけでなく、国の医療費を減らすことにつながります。

ジェネリック医薬品を希望する場合

ジェネリック医薬品を利用したいときは、医療機関や薬局の窓口でジェネリック医薬品を希望する旨を伝えましょう。

★こんな人には特におすすめ★

高血圧や糖尿病などで継続的に服薬している人や、複数の薬を服用している人は、薬代を減らす効果が特に大きくなります。

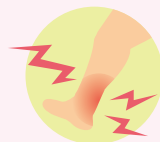


接骨院・整骨院などのかかり方

接骨院・整骨院(柔道整復師)の施術は、一定の要件を満たした場合に限り、国保が利用できます。

国保が使える場合

- ねんざ・打撲・肉離れの施術
- 医師の同意がある骨折・脱臼の施術
- 応急処置で行う骨折・脱臼の施術
(応急処置後の施術には、医師の同意が必要です)



国保が使えない場合

- 単なる肩こり、筋肉痛
(日常生活やスポーツによる慢性的な疲労など)
- 疲労回復やリラクゼーションのための施術
- 加齢による痛み(負傷によるものではないもの)
- 脳疾患後遺症や神経痛、リウマチなどの慢性病からくる痛みやしびれ
- 症状の改善が見られない長期かつ漫然とした施術
- 業務上(工作中、通勤途上)のけが
→〔労災保険の対象になります〕



- ◆ ケガの原因を正しく伝えましょう。
- ◆ 領収書は必ず受け取り、保管をしてください。後日、施術内容を照会する場合があります。
- ◆ 同じ傷病について、同時期に保険医療機関で治療を受けている場合、柔道整復師の施術は全額自己負担になります。
- ◆ 「療養費支給申請書」について

受領委任制度*を利用するために必要な「療養費支給申請書」は、内容に誤りがないかをよく確認して、必ず自分で署名してください。

※国保が使える施術を受けた場合、窓口での支払いが自己負担分のみになる制度。