

届け出・お問い合わせは、市(区)役所・町役場の
後期高齢者医療担当窓口へ

こんなときは必ず届け出を

こんなとき	届け出に必要なもの
県外から転入したとき	・負担区分証明書等
県外へ転出するとき	
静岡県内で住所が変わったとき 住所地特例における施設に変更があったとき	・現在お使いの「保険証」
生活保護を受けるようになったとき	
死亡したとき	・死亡した人の「保険証」 ・葬祭執行者の「認印」
一定の障害のある65歳以上75歳未満の人が この制度の適用を受けようとするとき	・これまでお使いの「保険証」 ・国民年金証書、身体障害者手帳等

※「限度額適用・標準負担額減額認定証」や「特定疾病療養受療証」が交付されている場合は、「保険証」と一緒に提出してください。
※認印が必要な場合もありますので、事前に市(区)役所・町役場の担当窓口にご確認ください。

保険証取り扱いの注意事項

75歳を迎えた人には、1人に1枚、保険証が交付されます。
また、保険証は毎年8月に切り替えを行うため、7月中に新しい保険証をお届けします。
この保険証には自己負担割合「1割」または「3割」が記載されています。

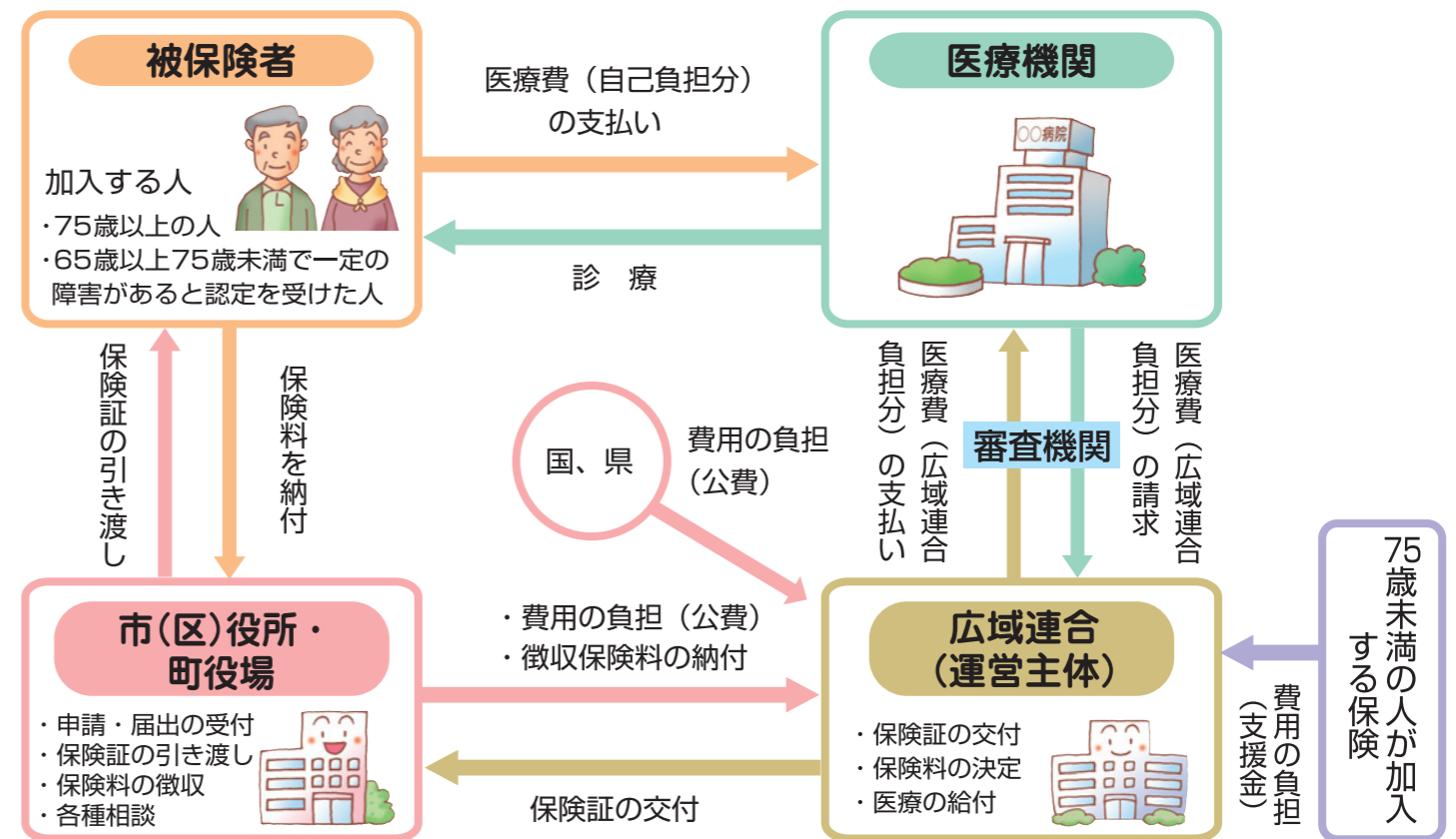
- 1 交付されたら記載内容を確認してください。
※間違いがあったら市(区)役所・町役場の担当窓口へ届け出てください。
- 2 いつでも使えるよう、必ず手元に保管してください。
- 3 診療を受ける際には医療機関の窓口へ必ず提示してください。
※コピーした保険証は使えません。
- 4 紛失したり破れて使えなくなったときは、市(区)役所・町役場の担当窓口へ届けて、再交付を受けてください。
- 5 資格がなくなったら直ちに返却してください。
- 6 保険料の滞納により、短期証や資格証明書の交付を受けたときは、納付相談や災害・病気等特別な事情の届け出などについて、市(区)役所・町役場の担当窓口にご相談ください。

届け出・お問い合わせ先

後期高齢者医療制度のしおり

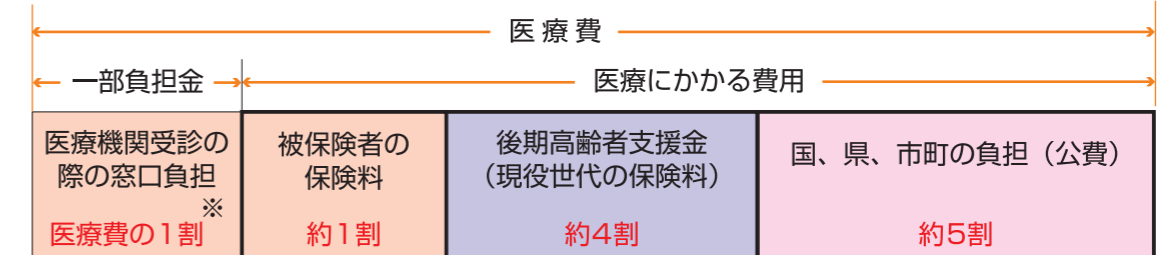
後期高齢者医療制度は県内に住む75歳以上の人と、一定の障害があると認定された65歳以上の人加入する医療制度です。県内すべての市町が加入する広域連合が主体となり、市町と協力して制度の運営を行います。

後期高齢者医療制度のしくみ



後期高齢者医療制度の財源

医療にかかる費用のうち、医療機関の窓口で支払う分を除き、公費(国・県・市町)が約5割、現役世代(75歳未満の人)が約4割を負担し、残り約1割を被保険者が保険料として負担します。



このしおりの内容は平成27年4月現在で作成しております。今後、内容が変更になる場合があります。

● 後期高齢者医療制度では

内容

ポイント

医療制度の運営

- ・ 県内の全市町が加入する後期高齢者医療広域連合が行います。

広域連合は保険料の決定、医療の給付を行います。
お住まいの市(区)役所・町役場は各種申請などの受付、保険証の引き渡し、保険料の徴収および各種相談などを行います。

対象となる人

- ・ 75歳以上の人

75歳の誕生日当日から後期高齢者医療制度の対象となります。

- ・ 一定の障害があると認定を受けた65歳以上75歳未満の人

後期高齢者医療制度に加入したいときは、申請をして広域連合から認定を受けることが必要です。
認定の日から後期高齢者医療制度の対象になります。
この申請は申請日以降いつでも撤回することができます。

医療機関で提示するもの

- ・ 後期高齢者医療被保険者証(保険証)

- * 低所得者Ⅱ・Ⅰの人が医療機関にかかる際には「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要になります。
- * 厚生労働大臣の指定する特定疾病に関する診療を受ける際には「特定疾病療養受療証」が必要になります。

保険証は毎年8月1日に新しくなります。これから75歳になる人には、75歳の誕生日までに、市(区)役所・町役場から一人1枚の保険証が届きます。
すでに75歳以上の人には、毎年7月中に市(区)役所・町役場から新しい保険証が届きます。

保険料

- ・ 加入する人全員が保険料を納めます。
- ・ 年金からの差し引き(特別徴収)や、市(区)役所・町役場から送られる納付書で納めてください。
- * 手続きすることにより口座振替で納めることもできます。

75歳になるまでは保険料の負担のなかった、会社の健康保険などの被用者保険の被扶養者だった人も新たに保険料を負担することになります。

医療費の負担

- ・ 費用の「1割分」(現役並み所得者は「3割分」)を医療機関の窓口で負担していただきます。

● お医者さんにかかるとき

医療機関での自己負担割合は、所得の区分によって決まります。所得の区分は、毎年8月に更新されます。

保険証には自己負担割合「1割」または「3割」が記載されています。お医者さんにかかるときは、忘れずに医療機関の窓口で保険証を提示してください。



所得の区分と自己負担割合

所得の区分	所得の基準	自己負担割合
現役並み所得者	同じ世帯に住民税の課税所得金額が145万円以上※ ある後期高齢者医療の被保険者のいる世帯 ただし、昭和20年1月2日以降に生まれた被保険者が世帯内におり、かつ世帯内の被保険者の旧ただし書所得(総所得金額等から33万円を引いた金額)の合計額が210万円以下となった場合は、「一般」となります。	3割
一般	同じ世帯に住民税を課税されている人が一人でもいる世帯(現役並み所得者、低所得者Ⅱ及び低所得者Ⅰ以外の世帯)	1割
低所得者Ⅱ	同じ世帯の人全員に住民税が課税されていない世帯(低所得者Ⅰ以外の世帯)	
低所得者Ⅰ	同じ世帯の人全員に住民税が課税されていない世帯で、世帯全員の所得が必要経費・控除(年金の所得のみの方は80万円として計算)を差し引いたときに0円になる世帯	

※ 前年(1月~7月は前々年)の12月31日時点で世帯主であって、同一世帯に下記の者(合計所得金額38万円以下の者に限る。)が存在する被保険者については、住民税の課税所得金額からそれぞれの金額を控除した金額が対象となります。
・ 0~15歳の者が存在する場合...0~15歳の者1人につき33万円
・ 16~18歳の者が存在する場合...16~18歳の者1人につき12万円
例: 同一世帯内に10歳の者が1人、15歳の者が1人、18歳の者が1人いた場合に控除される額
33万円×2人+12万円×1人=78万円

申請により3割負担から1割負担に変更できる場合があります

現役並み所得者でも、(1)~(3)のいずれかにあてはまる人は、市(区)役所・町役場の担当窓口へ申請することにより、所得の区分が「一般」となり、1割負担になります。

- (1) 同じ世帯にほかの後期高齢者医療制度の被保険者がいない人で、その人の収入額が383万円未満の人
- (2) 同じ世帯に後期高齢者医療制度の被保険者が二人以上おり、その人たちの収入合計額が520万円未満
- (3) 次のすべてにあてはまる人

- ① 同じ世帯にほかの後期高齢者医療制度の被保険者がいない
- ② 被保険者本人の収入額が383万円以上ある
- ③ 同じ世帯に70歳以上75歳未満の人がいる
- ④ 被保険者本人の収入と、同じ世帯の70歳から75歳未満の人の収入の合計が520万円未満



入院時の食事代

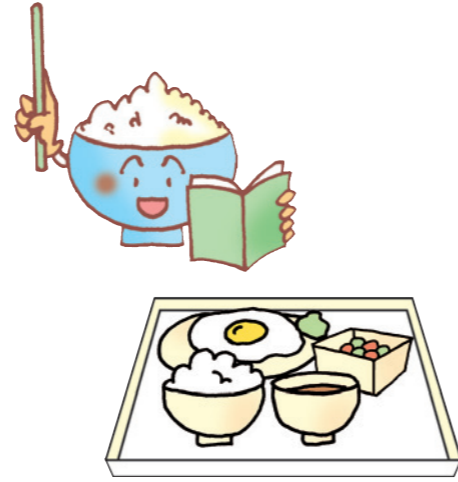
入院したときは一食当たり次の標準負担額を自己負担します。低所得者Ⅱ・低所得者Ⅰの人は入院の際に「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要になりますので、市(区)役所・町役場の担当窓口申請してください。

※認定証が交付されていないと、入院時の食事代の差額支給は受けられません。

※低所得者Ⅱの所得区分で、認定証の交付を受けている期間に90日を超える入院をされる場合は、改めて長期該当の申請が必要です。

●入院時の食事代の標準負担額

所得の区分		1食当たりの食費
現役並み所得者・一般		260円
低所得者Ⅱ	90日以内の入院 (申請日から過去12か月の入院日数)	210円
	90日を超える入院 (申請日から過去12か月の入院日数)	160円
低所得者Ⅰ		100円



●療養病床に入院したとき

療養病床に入院したときは、食費と居住費の一部を自己負担します。

※ただし、入院治療の必要性の高い状態が継続する人は、上記の入院時の食事代の標準負担額が適用されます。

所得の区分	1食当たりの食費	1日当たりの居住費
現役並み所得者・一般	460円※	320円
低所得者Ⅱ	210円	320円
低所得者Ⅰ	130円	320円
老齢福祉年金受給者	100円	0円



※保険医療機関の施設基準等により、420円の場合もあります。

交通事故にあったとき

—「第三者による傷病届」による届け出を—

交通事故など第三者の行為によってけがをした場合でも、後期高齢者医療制度で診療を受けることができます。

この場合、後期高齢者医療制度で医療費を立て替え、あとで加害者に請求します。

—示談の前に必ず担当窓口にご相談を—

加害者から治療費を受け取ったり、示談を済ませてしまうと、示談後の治療に後期高齢者医療制度が使えなくなることがありますので、示談の前に必ずご相談ください。



あとから医療費の払い戻しが受けられる場合

次のような場合、かかった医療費は本人が全額負担しますが、市(区)役所・町役場の担当窓口申請をして認められると、自己負担分以外(9割または7割分)があとから支給されます。

申請に必要なもの

- 1 保険証を使わずに診療を受けたり、保険診療を扱っていない医療機関で診療を受けたとき。

※やむを得ない事情があったと広域連合が認めた場合に限られます。



保険証/診療報酬明細書
支払った領収書/預金通帳(本人名義のもの)
認印(本人のもの)

- 2 海外旅行中に診療を受けたとき。

※治療目的の旅行は除きます。



保険証/診療内容明細書*
支払った領収書/預金通帳(本人名義のもの)
認印(本人のもの)
パスポート等、渡航の事実や渡航期間がわかるもの
海外の医療機関などに照会することへの同意書
※翻訳者の住所・氏名を記入した翻訳文が必要です。

- 3 医師が必要と認めたコルセットなどの補装具を購入したときや輸血の生血代など



保険証/医師の意見書
支払った領収書/預金通帳(本人名義のもの)
認印(本人のもの)

- 4 医師が必要と認めた、あんま・マッサージ・はり・きゅうなどを受けたとき。

※保険医の同意を得て治療を受けた場合に認められます。
※介護施設等に入所中の人は、施設の種別により、保険による施術が認められない場合がありますので、広域連合にご確認ください。



保険証/施術の明細書
支払った領収書/医師の同意書(意見書)
預金通帳(本人名義のもの)
認印(本人のもの)

- 5 骨折・脱臼などで、保険診療を扱っていない柔道整復師(接骨院・整骨院)の施術を受けたとき。



保険証/施術の明細書
支払った領収書/預金通帳(本人名義のもの)
認印(本人のもの)

医療費が高額になったとき

同じ月に病院や薬局等に支払った自己負担額が一定の金額(『自己負担限度額』といいます。)を上回った場合は、申請により自己負担限度額を超えた分を『高額療養費』として支給します。

自己負担限度額は世帯の所得の区分により4種類に分かれており、「外来のみ(個人単位)」は被保険者ごと、「外来+入院(世帯単位)」は同じ世帯ごとに計算します。

所得の区分	自己負担割合	自己負担限度額(月額)	
		外来のみ(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
現役並み所得者	3割	4万4,400円	8万100円+1% 【4万4,400円】
一般	1割	1万2,000円	4万4,400円
低所得者		8,000円	2万4,600円
			1万5,000円

- 自己負担限度額は法律の改正等により変更となることがあります。
- 入院時の食事代や保険の適用にならない差額ベッド料などは、支給の対象外となります。
- 「+1%」は、医療費が26万7,000円を超えた場合、超過額の1%を追加負担。
- 【 】内は、過去12か月以内に、「外来+入院(世帯単位)」の自己負担限度額を超えた支給が4回以上あった場合の4回目以降の金額です。
- 同じ月に一つの病院または薬局などの窓口で支払う自己負担額は上記の「外来のみ(個人単位)」の自己負担限度額が上限になります。

75歳到達月の自己負担限度額の特例について

75歳の誕生日を迎えた人は、誕生月に限り「誕生日以後の後期高齢者医療制度」と「誕生日前の医療保険」の2つの制度に加入することとなるため、誕生月に限り、それぞれの制度の限度額が半額になります。

所得の区分	自己負担割合	自己負担限度額(月額)		
		外来のみ(個人単位)	外来+入院(個人合算)	外来+入院(世帯合算)
現役並み所得者	3割	2万2,200円	4万500円+1% 【2万2,200円】	8万100円+1% 【4万4,400円】
一般	1割	6,000円	2万2,200円	4万4,400円
低所得者		4,000円	1万2,300円	2万4,600円
			7,500円	1万5,000円

- 自己負担限度額は法律の改正等により変更となることがあります。
- 個人合算は、個人ごとの入院と外来+入院の額です。
- 個人合算の1%は、医療費(10割)が13万3,500円を超えた場合、超過額の1%を追加負担。
- 世帯合算の1%は、医療費(10割)が26万7,000円を超えた場合、超過額の1%を追加負担。
- 【 】内は、過去12か月以内に、自己負担限度額を超えた支給が4回以上あった場合の4回目以降の額です。
- 75歳到達月の自己負担限度額の特例は、個人ごとに自己負担限度額を適用し、個人合算で計算を行います。なお残る自己負担限度額については、通常の世帯合算で計算を行います。
- 毎月1日生まれの人は、誕生月に加入している制度が後期高齢者医療制度のみとなり、対象外となります。
- 障害認定により後期高齢者医療の被保険者になった場合は、75歳到達月の自己負担限度額の特例の対象にはなりません。

高額療養費の計算例

「所得の区分」が一般で1か月に医療機関の窓口で支払った額(※1)が以下のような場合

(※1) 入院時の食費負担や差額ベッド代等(健康保険の対象外で自費払いのもの)は含みません。

A病院(外来) 10,000円	B病院(外来) 11,000円	C病院(入院) 44,400円(※2)	(※2) 44,400円を超えた分は、広域連合から直接医療機関に支払っています。
---------------------------	---------------------------	-------------------------------	--

1 まず、個人ごとに外来で医療機関の窓口で支払った額を合計します。「外来(個人ごと)の自己負担限度額」を超えた金額を計算します。

A病院 10,000円	+	B病院 11,000円	=	外来支払額合計 21,000円
外来支払額合計 21,000円	-	外来(個人ごと)自己負担限度額 12,000円	=	超えた金額 9,000円 (外来分で支給される額) ...①

2 次に世帯全体で、1の「外来(個人ごと)自己負担限度額」と入院で支払った金額を合計します。「外来+入院の自己負担限度額」を超えた金額を計算します。

外来(個人ごと)自己負担限度額 12,000円	+	C病院 44,400円	=	外来と入院の合計 56,400円
外来と入院の合計 56,400円	-	外来+入院の自己負担限度額 44,400円	=	超えた金額 12,000円 (外来+入院分で支給される額) ...②

支給される金額 ①9,000円+②12,000円=21,000円

- 低所得者II・Iの人は、受診の際に「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要になりますので、市(区)役所・町役場の担当窓口申請してください。
- 厚生労働大臣の指定する特定疾病に関する診療を受ける際の自己負担限度額は、同一の医療機関で入院・外来ごと1か月1万円(75歳到達時特例対象療養に係るものにあつては5千円)です。

高額医療・高額介護合算制度

世帯内の後期高齢者医療制度に加入している人が、後期高齢者医療・介護保険の両方の制度で自己負担額があり、1年間の自己負担を合算した金額が、右の自己負担限度額(毎年8月~翌年7月末までの年額)より500円を上回る場合、申請により、高額介護合算療養費が支給されます。

所得の区分	自己負担割合	後期高齢者医療制度+介護保険の自己負担限度額
現役並み所得者	3割	67万円
一般	1割	56万円
低所得者		31万円
		19万円

そのほかに費用の支給が受けられる場合

葬祭費

被保険者がお亡くなりになったときは、その人の葬祭を行った人に対し、申請に基づき葬祭費として5万円が支給されます。

移送費

移動が困難な重病人が緊急的に、やむを得ず、医師の指示により転院などの移送に費用がかかり、広域連合が必要と認めた場合は移送費が支給されます。

※以下のような場合は、移送費の支給が認められません。

- ・旅先で入院したが不便なので、家族の希望により近くの病院へ転院したい。
- ・症状が安定したので、リハビリのできる病院への転院を医師に勧められた。など

自己負担額の減免

災害等の特別な事情により、一時的に自己負担額の支払いが困難な場合、申請により自己負担額が減免、徴収猶予される場合があります。

※希望される場合は、お住まいの市(区)役所・町役場の担当窓口へご相談ください。

申請に必要なもの

保険証
葬祭執行者の預金通帳
葬祭執行者の認印
葬祭執行者のわかるもの
(葬儀一式の領収書、会葬礼状等)

保険証
医師の意見書
領収書
領収明細書
預金通帳(本人名義のもの)
認印(本人のもの)

保険料

後期高齢者医療制度では、被保険者全員が保険料を納めます。保険料は、被保険者全員が等しく負担する「均等割額」と、被保険者の所得に応じて負担する「所得割額」を合計して、個人単位で計算されます。

また、保険料率(均等割額と所得割率)は、各都道府県の広域連合ごとに決められます。



保険料の決め方

平成26・27年度の保険料率など(年額)



※保険料(年額)の100円未満の端数は切捨てになります。

※保険料は年度(4月から翌年3月までの12か月)で計算されます。

・年度途中で加入された場合は、加入された月の分から計算されます。

保険料の納め方

保険料の納付方法は、法令により原則として年金(年額18万円以上の人)からの差し引き(特別徴収)となります。

対象の年金額(注)が年額18万円未満の人や、介護保険料との合算額が年金額(注)の2分の1を超える人は、納付書や口座振替などによりお住まいの市町へ納めます。(普通徴収)

※年度途中で75歳になられたときや、他市町村から転入された場合等は、しばらくの間は普通徴収となります。

以下のすべてに該当する。

- ①年金額(注)が年額18万円以上
- ②介護保険料との合計が年金額(注)の2分の1以下

はい

特別徴収

年6回の公的年金支給日に
保険料が差し引かれます。

いいえ

口座振替に変更

普通徴収

納付書や口座振替などで市町へ納めます。

※1年間の保険料を、毎年度8月から3月までの8回に分けて納めます。

☆特別徴収に該当する人であっても、手続きにより
口座振替に変更することができます。



(注) 複数の年金を受給されている人は、優先される年金で判定されます。

健康診査(健診)について

後期高齢者医療制度の被保険者を対象として、疾病を早期に発見し、必要に応じて治療を受けていただくために年1回実施しています。各市町が実施主体となり実施方法や期間は市町によって異なっておりますので、詳しくは、お住まいの市(区)役所・町役場の担当窓口におたずねください。

次の方は、健康診査を受ける必要はありません

1. 病院又は診療所に6か月以上継続して入院している人
2. 障害者支援施設や老人ホーム、介護施設に入所している人
3. お勤め先の事業者健診を受診した(する)人*
4. 生活習慣病の治療の一環として、同様の検査を受けている人。ただし、生活習慣改善のために健康診査の受診を希望する人は受診していただくかまいません。
5. 刑事施設、労務場その他これらに準ずる施設に拘禁されている人

※労働基準法に基づく事業者健診、その他の法律の規定に基づく健診を受診している人も同様となります。

健康診査の基本項目

項目	内容	項目	内容
1. 問診	服薬歴、既往歴、喫煙歴、自覚症状等	5. 血中脂質検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール
2. 理学的検査	身体診察	6. 肝機能検査	GOT、GPT、γ-GTP
3. 身体計測	身長、体重、BMI(肥満度)	7. 血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c
4. 血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧	8. 尿検査	尿糖、尿蛋白

※腹囲の測定を除き、40歳から74歳までの内臓脂肪症候群対策を目的とする特定健康診査の基本項目と同じです。なお、お住まいの市町が独自に行う他の検査項目(腎機能検査、貧血検査、心電図検査等)を受診できる場合があります。

自己負担金

健康診査の費用として500円を自己負担していただきます。ただし、お住まいの市町によっては自己負担が異なる場合があります。

保険料の軽減措置

●所得の低い人の軽減措置

世帯の所得にあわせて、次のとおり軽減されます。

〈均等割額〉

世帯主およびすべての被保険者の総所得金額等の合計	軽減の割合
(33万円+47万円×世帯の被保険者数) 以下のとき	2割
(33万円+26万円×世帯の被保険者数) 以下のとき	5割
33万円以下のとき	8.5割 ※
かつ、同じ世帯の被保険者全員が年金収入80万円以下で、その他各種所得がない場合	9割 ※

※本来は7割ですが、特例措置により軽減の割合を拡大しています。

〈所得割額〉

(被保険者本人の所得－33万円)の額	軽減の割合
58万円以下※	5割

※該当する人の例

年金収入のみの場合、年金収入額が153万円から211万円以下の人。(ただし、年度途中で被保険者となった65歳の人、年金収入額が103万円からおおむね171万円以下)

●被用者保険の被扶養者であった人の軽減措置

被保険者の資格を取得した日の前日において、会社の健康保険などの被用者保険の被扶養者であった人は、均等割額が9割※軽減され、所得割額はかかりません。

※本来は5割(低所得者は7割)ですが、特例措置により軽減の割合を拡大しています。

保険料の減免制度

災害に見舞われた場合や失業・事業の不振等により収入が著しく減少した場合など、保険料の納付が著しく困難になった際には、申請により保険料の減免を受けられる場合があります。

〈申請期限〉

普通徴収の人：納期限の7日前まで

特別徴収の人：特別徴収対象年金の支払日の7日前まで

〈申請先〉

お住まいの市(区)役所・町役場の後期高齢者医療担当窓口

〈提出書類〉

・所定の申請書 ・申請理由を証明する書類等

保険料を滞納すると

特別の事情が無く保険料を滞納したときには、通常の保険証より有効期間の短い短期被保険者証が交付されることがあります。また特別の事情が無く滞納が1年以上続いた場合には、保険証を返還してもらい、被保険者資格証明書が交付されることにもなります。

(被保険者資格証明書の場合、医療費がいったん全額自己負担となります)

※災害・病気など、特別の事情で保険料が納められないときは市(区)役所・町役場の担当窓口へご相談ください。



保険料のめやす

※ここでの「年金収入額」には、遺族年金、障害年金等の住民税の課税対象とならない年金は含まれません。

年金収入のみの人は、1年間の年金額に相当する「年金収入額①」欄の保険料を参考にしてください。

年金以外の収入がある人は、確定申告などの所得の合計額に相当する「所得金額②」欄の保険料を参考にしてください。

※保険料(年額)の100円未満の端数は切捨てになります。

●一人世帯の場合の年金収入(所得)別保険料

年金収入額①(円)	所得金額②(円)	左記金額に対する保険料(円)	備考
800,000	0	3,800	所得割なし、均等割9割軽減
1,200,000	0	5,700	所得割なし、均等割8.5割軽減
1,530,000	330,000	5,700	
1,680,000	480,000	11,400	所得割5割軽減、均等割8.5割軽減
1,940,000	740,000	34,700	所得割5割軽減、均等割5割軽減
2,110,000	910,000	52,700	所得割5割軽減、均等割2割軽減
2,150,000	950,000	77,700	所得割軽減なし、均等割2割軽減
2,980,000	1,780,000	148,200	軽減なし
—	2,497,500	202,500	
—	3,200,000	255,700	
—	7,351,137	570,000	
被用者保険の被扶養者であった人		3,800	所得割なし、均等割9割軽減(被扶養者)

●夫婦とも被保険者の二人世帯で、配偶者の収入は基礎年金のみの場合の世帯主の年金収入(所得)別保険料

世帯主の		左記金額に対する世帯の保険料(円)			備考
年金収入額①(円)	所得金額②(円)	世帯主分	配偶者分		
800,000	0	7,600	3,800	3,800	所得割なし、均等割9割軽減
1,200,000	0	11,400	5,700	5,700	所得割なし、均等割8.5割軽減
1,530,000	330,000	11,400	5,700	5,700	
1,680,000	480,000	17,100	11,400	5,700	所得割5割軽減、均等割8.5割軽減
2,110,000	910,000	60,400	41,200	19,200	所得割5割軽減、均等割5割軽減
2,200,000	1,000,000	89,100	69,900	19,200	所得割軽減なし、均等割5割軽減
2,620,000	1,420,000	144,100	113,300	30,800	所得割軽減なし、均等割2割軽減
2,980,000	1,780,000	186,700	148,200	38,500	軽減なし
—	2,400,000	233,600	195,100	38,500	
—	2,955,000	275,700	237,200	38,500	
—	7,351,137	608,500	570,000	38,500	

※詳しくは、お住まいの市(区)役所・町役場の担当窓口にお問い合わせください。