

後期高齢者 医療制度の ご案内



静岡県後期高齢者医療広域連合

この冊子の内容は **令和6年8月現在** で作成しています。
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のご案内

もくじ

後期高齢者医療制度について	1
後期高齢者医療制度の対象となる人	2
後期高齢者医療制度の財源	3
被保険者証(保険証)について	4
臓器提供意思表示欄について	6
お医者さんにかかるとき	8
医療費の自己負担額の割合	8
自己負担割合の判定の流れ	10
入院時の食事代等	12
あとから費用が支給される場合	13
医療費が高額になったとき	14
はり・きゅう、あんま・マッサージにかかるとき	16
柔道整復にかかるとき	16
適正な施術を受けるためには	17
その他の給付	18
交通事故など第三者の行為によってけがをしたとき	18
高額介護合算療養費	19
健康診査(健診)について	20
歯科健診・医療機関の適正受診について	21
保険料について	22
保険料の決めかた	22
保険料の納めかた	23
保険料の軽減措置	25
保険料の減免について	26
保険料を滞納したとき	27
お問い合わせ一覧	28

後期高齢者医療制度について

静岡県内に住む75歳以上の人と、一定の障がいがあると認定された65歳以上75歳未満の人が加入する医療制度です。

広域連合と市(区)町の事務分担

静岡県内すべての市町が加入する広域連合が主体となり、後期高齢者医療に関する事務を分担して行います。

広域連合

運営主体です。

- 保険証・資格確認書等の発行
- 保険料の決定
- 医療を受けたときの給付などの業務を行います。

市(区)町

- 申請や届出の受付
 - 保険証・資格確認書等の引き渡し
 - 保険料の徴収
 - 各種相談
- などの窓口業務を行います。



後期高齢者医療制度の対象(被保険者)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。

これまで、国民健康保険・会社の健康保険組合などの被保険者、会社の健康保険組合・共済組合・船員保険の被扶養者だった人は、75歳から後期高齢者医療制度の被保険者となります。

一定の障がいがあると認定を受けた
65歳以上75歳未満の人

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となります。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。ただし、日をさかのぼっての撤回はできません。会社の健康保険組合などに戻るためには、まず市(区)町の担当窓口にて認定の撤回を申し出てください。

一定の障がいとは主に次の基準に
該当する状態です。

- 国民年金法等における障害年金 1・2級
- 身体障害者手帳 1・2・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 A

後期高齢者医療制度の被保険者となった場合、今まで加入していた医療保険は脱退することになります。脱退手続きについては、加入していた医療保険担当部署へご確認ください。

詳しくは市(区)町の担当窓口までお問い合わせください。

| 住所地特例 |

静岡県内に居住する被保険者が、県外の病院や介護保険施設などに入院・入所(転出届をされた場合)をした場合は、引き続き静岡県後期高齢者医療広域連合の被保険者となります。

また、県外の病院や介護保険施設に入院・入所をしている静岡県の国民健康保険の被保険者が、75歳になったときまたは一定の障がいがあると広域連合の認定を受けた場合は、静岡県後期高齢者医療広域連合の被保険者になります。

後期高齢者医療制度の財源

後期高齢者医療制度の医療にかかる費用のうち、医療機関の窓口で支払う自己負担額を除いた分について約5割を公費で負担、約4割を現役世代(75歳未満の人)が負担し、残り約1割を被保険者が負担します。

医療にかかる費用

||

自己負担額

+

被保険者の保険料

約1割

後期高齢者支援金

(現役世代の保険料)

約4割

公費

約5割

国:都道府県:市区町村

=4:1:1

被保険者証(保険証)について

被保険者には、保険証が1人に1枚交付されます。

保険証はなくさないように大切に保管してください。なくしたり破れたりしたときは再交付できませんので、市(区)町の担当窓口へ届け出てください。*

後期高齢者医療制度の被保険者となった場合、今まで加入していた医療保険の保険証は使えなくなります。

※従来の保険証の再交付は令和6年12月1日までです。

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限 交付年月日	
被保険者番号	
被 保 者 氏 名	
生年月日	
資格取得年月日	
発 行 期 間	
担当組合 の 印 鑑	
保険者番号 並びに被保 者の名義及 び印	
静岡県後期高齢者医療広域連合 見本	

- 保険証の大きさは、たて128ミリ、よこ91ミリです。
- 保険証の色は毎年変わり、令和7年7月31日までは緑色です。
- 75歳の誕生日から被保険者となる人の保険証は、誕生月の前月中に市町から届きます。(令和6年12月1日まで)
- 有効期限を過ぎた保険証は使用できませんのでご注意ください。

注意

- 交付されたら記載内容を確認してください。間違いがあれば届け出てください。
- 他人との貸し借りは絶対にしないでください。法律により罰せられます。
- コピーした保険証は使えません。

マイナンバーカードの 保険証利用について

令和6年12月2日に従来の保険証は廃止し、発行されなくなります。保険証として利用登録をしたマイナンバーカード(マイナ保険証)をご利用ください。

廃止日時点で有効な保険証をお持ちの人

お持ちの保険証は、引き続き有効期限まで使用できます。捨ててしまわないようご注意ください。

廃止日以降に有効な保険証をお持ちでない人

廃止日以降に75歳になる等により被保険者になる人、転居等により保険証記載内容が変わる人、保険証を紛失した人など、有効な保険証をお持ちでない人へ、保険証に代わるものを交付します。

マイナ保険証の利用登録をしている人

「資格情報のお知らせ」を交付します。資格情報の確認にご活用ください。このお知らせでは医療機関等を受診できません。マイナ保険証をご利用ください。

マイナ保険証の利用登録をしていない人

「資格確認書」を交付します。医療機関等で提示することで従来どおり医療を受けることができます。

- マイナンバーカードに関するお問い合わせは
マイナンバー総合フリーダイヤル
電話 0120-95-0178 (9:30 ~ 20:00 (土日祝は 17:30))

臓器提供意思表示欄について

臓器移植に関する法律の改正により、すべての医療保険の保険証に「臓器提供意思表示欄」が設けられています。

意思表示について

年齢や健康状態にかかわらず、どなたでもご本人の保険証により意思表示ができます。

この意思表示は、強制ではありません。



グリーンリボン
は
移植医療の
シンボルです。

臓器提供意思表示欄の記入方法

備 考	
1 意思の選択	<p>※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。</p> <p>1 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>2 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>3 私は、臓器を提供しません。</p> <p>(1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。)</p>
2 提供したくない臓器の選択	<p>【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】</p>
3 特記欄への記載	<p>(特記欄：)</p>
4 署名など	<p>署名年月日： 年 月 日</p> <p>本人署名(自筆)：</p> <p>家族署名(自筆)：</p>

※各項目の説明は次ページをご覧ください。
 ※意思表示した内容について、医療機関等に知られたくないという人は、「意思表示欄保護シール」をご使用ください。
 ※「意思表示欄保護シール」は、お住まいの市(区)町の担当窓口にて設置してあります。

1 自分の意思に合う番号にひとつだけ「○」をつける。

脳死後及び心臓が停止した死後に臓器を提供しても構わない。

→1に「○」

脳死後での臓器提供はしたくないが、心臓が停止した死後は臓器を提供しても構わない。

→2に「○」

臓器を提供したくない。

→3に「○」

2 提供したくない臓器があれば「×」をつける。

●提供できる臓器

脳死後:心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球
心臓が停止した死後:腎臓・膵臓・眼球

3 特記事項があれば記入する。

●組織の提供

皮膚、心臓弁、血管、骨などの組織も提供して構わなければ「すべて」あるいは「皮膚」「心臓弁」「血管」「骨」などと記入できる。

●親族優先の意思表示

親族に優先して臓器提供をしたい場合「親族優先」と記入できる。

4 署名年月日及び本人署名を自筆で記入する。

※署名がない場合、意思確認ができないものとし、無効となります。
 ※可能であれば、この意思表示があることを知っている家族の署名をもらってください。

親族への優先提供について

親族への臓器の優先提供をすることができますが、以下の3つの要件をすべて満たす必要があります。

- 本人が臓器を提供する意思表示に併せて、親族への優先提供の意思を書面により表示している。
- 臓器提供の際、親族(配偶者^(※1)、子ども^(※2)、父母^(※2))が移植希望登録をしている。
- 医学的な条件(適合条件)を満たしている。

(※1) 婚姻届を出している人。いわゆる事実婚の人は含みません。

(※2) 実の親子のほか、特別養子縁組による養子及び養父母を含みます。

■臓器提供に関するご質問お問い合わせは

(公社)日本臓器移植ネットワーク

電話 0120-78-1069 (平日 9:00 ~ 17:30)

ホームページ <https://www.jotnw.or.jp>

お医者さんにかかるとき

医療費の自己負担額の割合

お医者さんにかかるときは、保険証または資格確認書、マイナ保険証の提示により、医療費の自己負担額が1割・2割・3割のいずれかになります。

※医療費の自己負担割合は下の所得区分によって決まります。

所得の区分	自己負担割合	所得の基準
現役並みⅢ	3割	住民税の課税所得金額が690万円以上(※)の被保険者とその世帯員
現役並みⅡ		住民税の課税所得金額が380万円以上(※)の被保険者とその世帯員
現役並みⅠ		住民税の課税所得金額が145万円以上(※)の被保険者とその世帯員
一般Ⅱ	2割	〈世帯内の被保険者が1名の場合〉 住民税課税所得金額が28万円以上(※)で、[年金収入+その他の合計所得金額]が200万円以上の被保険者 〈世帯内の被保険者が2名以上いる場合〉 住民税課税所得金額が28万円以上(※)で、世帯内の被保険者の「年金収入+その他の合計所得金額」が320万円以上の被保険者とその世帯員
一般Ⅰ	1割	他の所得区分に該当しない世帯
低所得者Ⅱ		世帯全員が住民税非課税の被保険者(低所得者Ⅰ以外)
低所得者Ⅰ		世帯全員が住民税非課税で、世帯全員の所得(年金収入は控除額80万円、給与収入は給与控除後さらに10万円を控除して計算)が0円となる被保険者

(※)令和5年12月31日時点で世帯主であって、同一世帯に下記の人(合計所得金額(給与所得が含まれている場合は、給与所得については10万円を控除した金額(0円を下回る場合には0円とする)によるものとする)が38万円以下の人に限る。)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歳の人が存在する場合… 0～15歳の人1人につき33万円
 ・16～18歳の人が存在する場合… 16～18歳の人1人につき12万円
 例:同一世帯内に10歳の人が1人、15歳の人が1人、18歳の人が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

「3割負担」と判定された場合でも、被保険者の令和5年收入合計額が、下記を満たす場合、市(区)町の担当窓口で申請することで「1割または2割負担」となります。

同じ世帯にいる被保険者の人数が

- 1人のみで383万円未満の場合
- 2人以上で520万円未満の場合
- 1人のみで383万円以上であって世帯内に70歳以上75歳未満の人がいる場合、その人の収入も含め520万円未満となる場合

窓口負担割合が2割となる人には負担を抑える配慮措置があります

- ・令和4年10月1日の施行後3年間(令和7年9月30日まで)は、2割負担となる人について、1か月の外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う負担増加額を3,000円までに抑えます(入院の医療費は対象外)。

※同一の医療機関での受診については、上限額以上窓口で支払わなくてよい取扱いとなります。そうでない場合では、1か月の負担増を3,000円までに抑えるための差額を払い戻します。

- ・配慮措置が適用され払い戻しとなる人は、高額療養費として、事前に登録されている高額療養費の口座へ後日払い戻します。

【配慮措置が適用される場合の計算方法】

例:1か月の医療費全体額が50,000円の場合

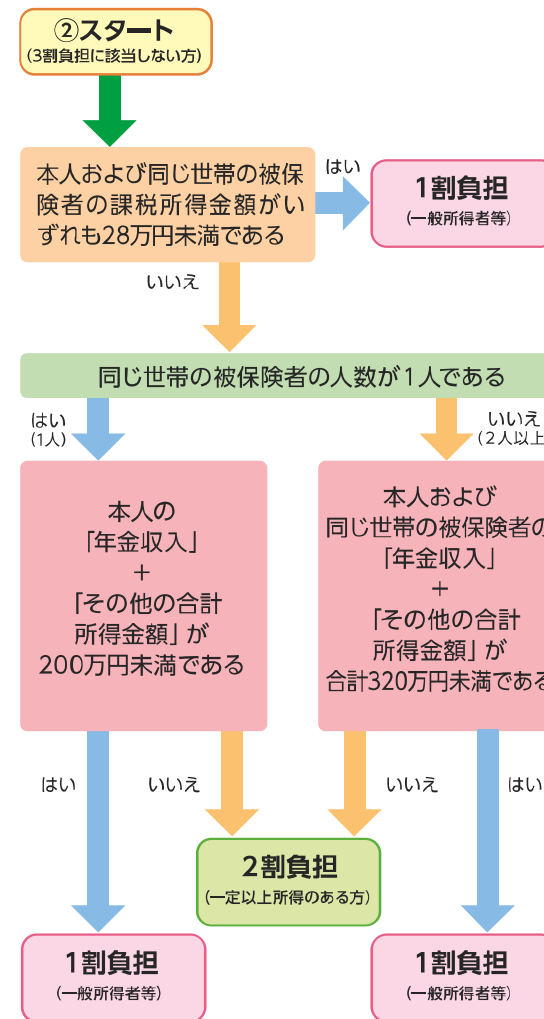
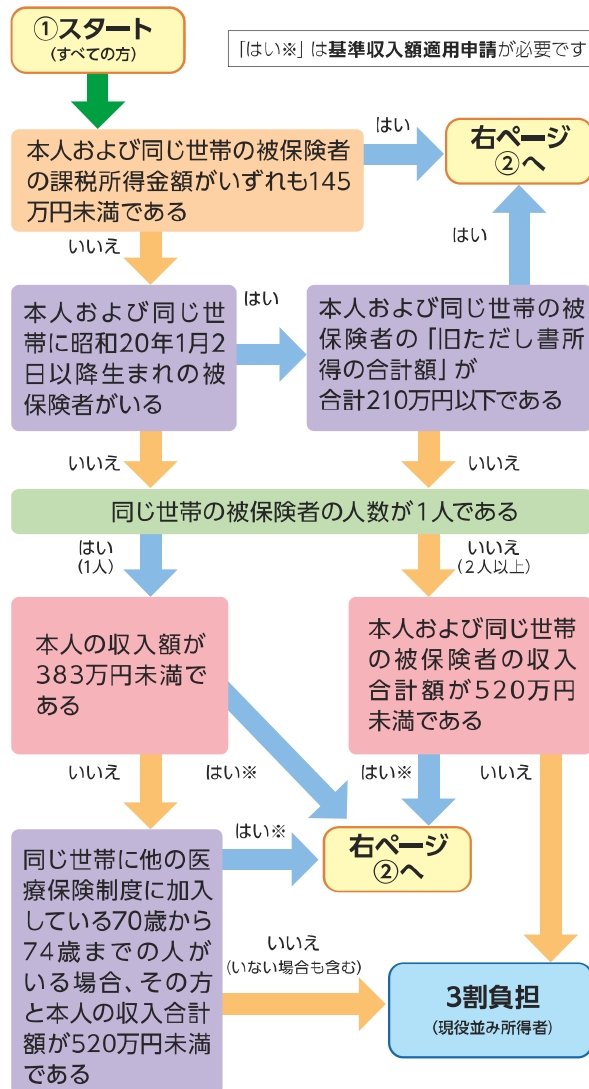
窓口負担割合1割のとき①	5,000円
窓口負担割合2割のとき②	10,000円
負担増③(②-①)	5,000円
窓口負担増の上限④	3,000円
払い戻し等(③-④)	2,000円
実質負担額	8,000円

配慮措置

1か月5,000円の負担増を3,000円までに抑えます。

自己負担割合の判定の流れ

自己負担割合は、①「3割負担に該当するか」を判定した後に、②「1割負担または2割負担のどちらになるか」を判定します。



- ・住民税非課税世帯の人は、1割負担となります。
- ・被保険者とは、後期高齢者医療制度の被保険者です。
- ・令和6年8月から翌年7月までの自己負担割合は、令和6年度住民税の課税所得(令和5年中の所得)金額によって判定します。
- ・旧ただし書所得とは、前年の総所得金額等から43万円を控除した額です。

入院時の食事代等

入院したときの食事代等は、入院した人の世帯の所得区分によって負担額（標準負担額）が決まります。**低所得者Ⅱ・Ⅰの人がオンライン資格確認に対応していない医療機関に入院する場合、13 ページ「注意」のとおり、減額認定証の申請が必要です。**

入院時食事代の標準負担額

所得の区分		自己負担割合
現役並みⅢ・Ⅱ・Ⅰ	一般Ⅱ・Ⅰ	490円
低所得者Ⅰ、低所得者Ⅱに該当しない 指定難病患者等（※1）		280円
低所得者Ⅱ	90日までの入院	230円
	90日を超える入院（※2）	180円
低所得者Ⅰ		110円

療養病床に入院する場合

療養病床に入院する人は、食事代の他に居住費が必要になります。

食費・居住費の標準負担額

所得の区分	医療の必要性の 低い人(A)	医療の必要性の 高い人(B)		指定難病患者(C)			
		食費(1食)	居住費(1日)	食費(1食)	居住費(1日)	食費(1食)	居住費(1日)
現役並み Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ	一般 Ⅱ・Ⅰ	生活療養費 (Ⅰ)490円 生活療養費 (Ⅱ)450円	370円	生活療養費 (Ⅰ)490円 生活療養費 (Ⅱ)450円	370円	280円	0円
低所得者Ⅱ	230円	370円	230円 (90日を超えて 180円)（※2）	370円	230円 (90日を超えて 180円)（※2）	0円	0円
低所得者Ⅰ	140円	370円	110円	370円	110円	0円	0円
高齢福祉年金受給者 境界層該当者	110円	0円	110円	0円	110円	0円	0円

（※1）平成28年4月1日において、既に1年を超えて精神病床に入院している患者を含む。（平成28年4月1日以後、合併症等により同日内に他病院への転院・他病床への移動をした場合も対象になります。）

（※2）過去12か月間で、低所得者Ⅱの期間に90日を超える入院をした場合です。長期該当の減額認定証（令和6年12月2日以降は資格確認書の交付申請をし、その交付を受けなければ180円には減額されませんので、入院日数が90日を超えたら早めに手続きをしてください。長期該当は申請月の翌月から適用となります。）

注 意

低所得者Ⅱ・Ⅰに該当する人は交付申請が必要です。

オンライン資格確認に対応していない医療機関において所得区分が「低所得者Ⅱ」、「低所得者Ⅰ」に該当する人が、入院時食事代等の標準負担額の減額を受けるためには、「限度額適用・標準負担額減額認定証」（減額認定証）が必要になります。減額認定証が交付されていないと、入院時の食事代等の標準負担額が減額されません。

該当する人は、市（区）町の担当窓口へ申請し、交付されたら医療機関に提示してください。

※令和6年12月2日に従来の保険証が廃止された後、マイナ保険証をご利用の場合、上記交付申請の必要はありません。マイナ保険証の利用登録をしていない人は、減額認定証にかわり、「資格確認書」の交付申請及び提示が必要になります。

医療機関がオンライン資格確認に対応しておらず、やむを得ない事情で減額認定証の提示ができなかったため、通常のコストを支払った場合は、差額の申請をして認められると減額された標準負担額との差額が支給されます。

〔所得区分に関しては、P.8を参照してください。〕

あとから費用が支給される場合

次のような場合で、医療費の全額を支払ったときは、お住まいの市（区）町の担当窓口へ申請して認められると、支払った費用の一部が支給されます。

- 1 急病などのやむを得ない理由で保険証を提示せ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
- 2 海外で診療を受けたとき（診療目的の渡航は対象外。ただし、臓器移植の一部を除く。）
- 3 医師が必要と認めた、コルセットなどの治療用装具を購入したとき

※保険給付を受ける権利は、2年を経過したとき時効によって消滅します。

医療費が高額になったとき… 高額療養費制度

同じ月に受診した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区分により7種類に分かれており、さらに「外来のみ」の場合と「外来+入院」の場合に分かれています。「外来のみ」は被保険者ごと、「外来+入院」は同じ世帯ごとに計算します。

初めて高額療養費の対象になった人には、お住まいの市（区）町から申請書が送付されますので、市（区）町の担当窓口へ申請してください。

一度申請されると、それからは高額療養費の対象になるごとに、申請時に登録された口座へ支給します。

自己負担限度額(月額)【表A】

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Ⅲ	3割	252,600円+(医療費-842,000円)×1%	140,100円
現役並みⅡ		167,400円+(医療費-558,000円)×1%	93,000円
現役並みⅠ		80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
一般Ⅱ	2割	18,000円または、6,000円+(医療費-30,000円)×10%の低い方を適用(年間上限144,000円)※医療費が30,000円未満の場合は、30,000円として計算する。	57,600円(44,400円)
一般Ⅰ		18,000円(年間上限額144,000円)	57,600円(44,400円)
低所得者Ⅱ	1割	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ		8,000円	15,000円

【所得区分に関しては、P.8を参照してください。】

※過去12か月以内に「外来+入院」の自己負担限度額を超えた分の支給が4回以上あった場合、4回目以降から限度額が()内の金額となります。

※年間上限額とは、8月1日から翌年7月31日までの1年間の上限額です。

- 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、外来・入院それぞれで【表A】の自己負担限度額が上限になります(入院は「外来+入院」の限度額までになります。)
- オンライン資格確認に対応していない医療機関において低所得者Ⅱ・Ⅰの人が受診の際に上記の区分の請求になるためには「減額認定証」が必要になります。市(区)町の担当窓口へ申請してください。
- オンライン資格確認に対応していない医療機関において現役並みⅡ・Ⅰの人が受診の際に上記の区分の請求になるためには「限度額適用認定証」が必要になります。市(区)町の担当窓口へ申請してください。
- 「限度額適用認定証」等が医療機関に提示されない場合、医療機関での支払い額が自己負担限度額を超えて高額になる場合があります。(ただし、その場合でも、自己負担限度額を超えて支払われた額を後日払い戻すよう申請することができます。)

高額療養費の計算のしかた

- 同じ世帯内に後期高齢者医療制度の被保険者が2人以上いる場合は自己負担額を合算できます。まず、個人ごとに外来の自己負担限度額を適用し、高額療養費を算出します。次に、外来と入院の自己負担額を世帯で合算し、世帯単位の自己負担限度額を適用し高額療養費を算出します。
- 入院時の食事代や保険がきかない差額ベッド料などは支給の対象外です。

また、月の途中で75歳になり、後期高齢者医療制度の被保険者になった人は、その月のみ自己負担限度額が以下のとおりとなります。

75歳になった月の自己負担限度額(本人のみ・月額)【表B】

所得の区分	自己負担割合	自己負担限度額(月額)	
		外来のみ	外来+入院
現役並みⅢ	3割	126,300円+(医療費-421,000円)×1%	
現役並みⅡ		83,700円+(医療費-279,000円)×1%	
現役並みⅠ		40,050円+(医療費-133,500円)×1%	
一般Ⅱ	2割	9,000円または、6,000円+(医療費-30,000円)×10%の低い方を適用※医療費が30,000円未満の場合は、30,000円として計算する。	28,800円
一般Ⅰ		9,000円	28,800円
低所得者Ⅱ	1割	4,000円	12,300円
低所得者Ⅰ		4,000円	7,500円

【所得区分に関しては、P.8を参照してください。】

- ほかの被保険者と合算する場合は、【表B】で本人分の高額療養費を計算し、その後でほかの被保険者を含めて【表A】の「外来+入院」を計算します。
- 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ですので、【表B】の対象ではありません(【表A】で計算します。)
- 障害認定により、後期高齢者医療の被保険者になった人は、75歳になった月の自己負担限度額【表B】の適用の対象にはなりません。

特定疾病の場合

厚生労働省が指定する特定疾病(人二透析を実施している慢性腎不全、先天性血液凝固因子障害の一部、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症)に関する診療を受ける場合は、同一の保険医療機関等ごとに1か月につき、自己負担額が入院・外来ともに10,000円までになります。(低所得者Ⅱ・Ⅰの人については、外来は8,000円までになります。)ただしオンライン資格確認に対応していない医療機関で受診した場合、「減額認定証」が必要となります。(P.14参照)

※「特定疾病療養受療証」が必要になりますので、市(区)町の担当窓口へ交付申請をしてください。

はり・きゅう、あんま・マッサージにかかるとき

保険医の診察を受け、治療上施術が必要で、同意書又は診断書が交付された場合、保険を適用することができます。なお、施術を継続して受ける場合も、定期的に医師の診察と再同意が必要です。

保険の適用となるもの

はり・きゅう

- ◆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

※疲労回復や慰安目的、疾病予防のための施術は適用されません。
※同一疾病に対して、病院等で医師による治療を受けている場合は対象外です。

あんま・マッサージ

- ◆筋麻痺 ◆関節拘縮

※疲労回復や慰安目的、疾病予防のための施術は適用されません。

●施術を受ける場所にご注意ください。

往療料(自宅で施術を受けた際に算定される料金)は、病气やけがが原因で外出が出来ない場合等に限り、保険の対象になります。施術所に通うのが面倒、交通手段が無いなどの理由は保険対象外(自己負担)になりますのでご注意ください。

柔道整復にかかるとき

保険を使って接骨院や整骨院で柔道整復の施術を受ける場合は、要件を満たしたものに限られます。

保険の適用となるもの

- ◆打撲・捻挫 ◆挫傷(肉離れなど)
- ◆骨折・脱臼(緊急時の応急処置以外は医師の同意が必要)

※同一の負傷に対して、病院等で医師による治療を受けている場合は対象外です。(負傷の状態確認のための検査は受けられます)

保険の適用とならないもの

- ✕ 仕事や通勤中に起きた負傷
- ✕ 脳疾患後遺症などの慢性病
- ✕ 単なる肩こりや筋肉疲労
- ✕ 症状が改善しない長期の施術

適正な施術を受けるためには

はり・きゅう、あんま・マッサージ、柔道整復の施術でかかる療養費は、みなさまが納めた保険料等から支払われています。

適正に施術を受けていただくため、以下のことをご確認ください。

●傷病の原因や症状を施術所に正しく伝えましょう。

保険の適用とならない費用は、自己負担となります。負傷原因(いつ・どこで・何をして)や病院での治療の状況(処方されている薬)は、施術を受ける前に正確に伝えてください。

●療養費支給申請書の内容をよく確認して署名しましょう。

療養費は償還払い(患者が全額を支払った後、保険者に費用を請求すること)が原則ですが、はり・きゅう、あんま・マッサージ、柔道整復については、受領委任(患者が一部負担金を支払った後、施術者等が患者に代わって保険者に費用を請求すること)が認められています。申請書の確認をしないで署名し、実際の施術と申請の内容が異なってしまうと、正しく給付を受けられないことがあります。受領委任で療養費を請求する場合は、申請書に書かれた施術の日数や金額をよく確認してから、署名してください。

●領収書は必ずもらって保管しましょう。

施術所に支払った金額は領収書で確認し、保管しておきましょう。領収書は医療費控除を受ける際に必要になります。

●長期の施術で症状が改善しないときは、医師の診察を受けましょう。

柔道整復の施術に長くかかっても症状が改善しない場合は、内科的な要因も考えられますので、病院で医師の診察を受けてください。

●施術日や施術内容について、照会させていただくことがあります。

療養費の適正な支出のために、受けた施術の内容をお尋ねすることがあります。領収書等は保管しておき、ご自身で回答できるよう、ご協力お願いします。

その他の給付

葬祭費

被保険者が死亡したとき、葬祭を行った人に対し、申請に基づき5万円が支給されます。

移送費

移動が困難で、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。

※リハビリテーション、検査目的、本人の希望・家族の都合とみられるもの、自宅からの移送、退院時の移送、通常のタクシーを使用した場合などは対象外です。

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)町の担当窓口へご相談ください。

交通事故など第三者の行為によってけがをしたとき

交通事故や他家の飼い犬にかまれたとき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治療することができます。

この場合、後期高齢者医療制度で医療費を立て替え、あとで加害者に費用を請求しますので届出が必要です。

なお、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、治療に後期高齢者医療制度を使えなくなることがあります。必ず示談の前にご相談ください。

必ず担当窓口へ届け出を

保険証・資格確認書等を持って、市(区)町の担当窓口で「第三者行為による傷病届」の手続きについて、ご相談ください。

高額介護
合算療養費

被保険者の世帯で、後期高齢者医療制度・介護保険制度の両方で自己負担額を支払っており、1年間(毎年8月1日から翌年7月31日まで)の自己負担額の合計が下表の限度額より500円を超える場合、申請により高額介護合算療養費が後日支給されます。

- 高額療養費が支給されている場合は、自己負担額から差し引いて計算します。
- 同じ世帯の人であっても後期高齢者医療制度の被保険者以外の人の自己負担額は合算されません。

高額介護合算療養費の自己負担限度額(年額)

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(年額)
現役並みⅢ		212万円
現役並みⅡ	3割	141万円
現役並みⅠ		67万円
一般Ⅱ	2割	56万円
一般Ⅰ		56万円
低所得者Ⅱ	1割	31万円
低所得者Ⅰ		19万円

【所得区分に関しては、P.8を参照してください。】

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に、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各市町が年1回実施しています。実施方法や期間は市町によって異なりますので、詳細については、市(区)町の担当窓口におたずねください。

健康診査の基本項目

項目	内容
問診	健康状態、生活習慣、自覚症状等
理学的検査	身体診察
身体計測	身長、体重、BMI(肥満度)
血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧
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
肝機能検査	AST、ALT、γ-GT
血糖検査	空腹時血糖またはHbA1c、やむを得ない場合は随時血糖
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

健康診査の費用のうち500円は自己負担となります。ただし、お住まいの市町によっては自己負担金額が異なることがあります。

次の人は、健康診査を受ける必要はありません

- 病院又は診療所に6か月以上継続して入院している人
 - 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
 - 勤務先の事業者健診を受診した(する)人(※)
 - 刑事施設、労役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。

歯科健診について

歯・歯肉状態や口腔の衛生状態を確認し、口腔機能低下と、肺炎等の疾病を予防する目的として実施しています。

対象者

4月1日時点で75歳及び80歳の後期高齢者医療制度の被保険者

※対象者へ受診券、健診実施機関一覧表を6月下旬に送付予定です。

実施期間

7月～2月

自己負担金

無料

※ただし、歯科健診後、治療を行った場合は別途費用が必要となります。

医療機関の適正受診について

近年、軽い症状にも関わらず休日や夜間に病院の救急外来を訪れる「コンビニ受診」が増え、緊急性の高い重症の患者さんの治療に支障をきたすケースも発生しています。

必要な人が安心して医療を受けられるように、医療機関の適正受診を心掛けましょう。

- 休日・夜間に医療機関を受診しようとする際には、平日の診療時間内に受診できないか、今一度考えてみましょう。
- 同じ病気で複数のお医者さんに同時期にかかる、重複する検査や投薬により、かえって体に悪影響を及ぼすおそれがあります。
- 信頼できる「かかりつけ医」を持ち、気になることがあれば、「かかりつけ医」に相談しましょう。

保険料について

後期高齢者医療制度では、対象となる被保険者全員が、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が2年ごとに算定します。

◆令和6年度の保険料について

令和6年4月から全ての世代で、医療保険制度を公平に支え合う新制度が始まりました。

- 現役世代の負担上昇を抑制するため、後期高齢者医療における高齢者の保険料負担割合の見直し
 - 出産育児一時金の費用を後期高齢者も支えていく仕組みの導入
- 新制度は、現役世代の負担を抑え、国民皆保険を未来につないでいくために行われます。

令和6年度の保険料について、制度改正による保険料の増額を抑えるため、所得の低い人等に対する軽減措置を講じています。

保険料の決めかた

◆年間保険料率など(令和6年度・令和7年度)

所得割率	9.49% (※1)
均等割額	47,000円 (※1)
賦課限度額	80万円 (※2)

(※1) 令和6年度の保険料について、所得の低い人に対する軽減措置があります。詳細は25ページを参照してください。

(※2) 令和6年度の賦課限度額について、次のいずれかに該当する人は、73万円となります。

- ・昭和24年3月31日以前に生まれた人
 - ・令和7年3月31日以前に高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の認定(障害認定)により被保険者の資格を有している人
- ただし、昭和24年4月1日から昭和25年3月31日までに生まれた人で75歳に達した後に、当該認定を受けた広域連合の区域内に住所を有しなくなった人を除きます。

◆年間保険料の計算方法(令和6年度)

年間保険料	所得割額	均等割額
	$\left(\frac{\text{前年の総所得金}}{\text{額等} - 43 \text{万円}} \right) \times 9.49\% + 47,000 \text{円}$ <p>(旧ただし書所得)</p>	

- ※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。
- ※年間保険料の上限である賦課限度額は80万円です。(※2)

保険料の納めかた

年金を受給している人は、法令により年金からの差し引きとなる「特別徴収」での納付が原則となっています。

ただし、次に該当する人は納付書または口座振替による「普通徴収」での納付となります。

- 特別徴収の対象となる年金額が年額18万円未満の場合
- 介護保険料と後期高齢者医療保険料の合計額が、介護保険料が引かれている基礎年金等の額の半分以上を超える場合
- 介護保険料が普通徴収の場合
- 希望により口座振替に変更した場合

※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などは、しばらくの間は普通徴収となります。
※年度途中で保険料額が変更となった場合や他市町村へ転出された場合など、特別徴収から普通徴収へ変更となる場合があります。

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。

仮徴収

4月 [1期] 6月 [2期] 8月 [3期]

前年の所得が確定していないため、仮算定された保険料額を納めます。

本徴収

10月 [4期] 12月 [5期] 2月 [6期]

確定した年間保険料額から仮徴収額を差し引いた額を、3回に分けて納めます。

普通徴収

市(区)町から送付される納付書、または口座振替により保険料を納付します。納付書は、お近くの金融機関等で納めることができます。

口座振替の手続きについては、お住まいの市(区)町までお問い合わせください。

特別徴収から口座振替への変更

保険料の納付は、手続きにより年金からの差し引き(特別徴収)から口座振替(普通徴収)へ変更することができます。

- 口座振替への変更を希望される場合は、お住まいの市(区)町の担当窓口にご相談ください。
- 口座振替への変更手続きの時期によっては、直近の年金受給月からの変更に間に合わない場合があります。
- 口座振替に変更した場合、その社会保険料控除は、口座振替により支払った人に適用されます。これにより、世帯全体の所得税や住民税が減額となる場合があります。

国民健康保険などの保険料の口座振替は引き継がれません。(詳しくはお住まいの市(区)町後期高齢者医療担当課へお問い合わせください。)



保険料の軽減措置

所得の低い人や健康保険組合などの被扶養者であった人は、保険料が軽減されます。

所得の低い人の軽減措置

均等割額

世帯の所得にあわせて、次のとおり軽減されます。なお、均等割額の軽減判定時には保険料がかかる年の1月1日現在で65歳以上の人の公的年金等にかかる所得からは、さらに15万円を控除します。

世帯主及びすべての被保険者の 総所得金額等の合計	軽減の割合
(43万円+(給与所得者等の数* [*] -1)×10万円)以下のとき	7割
(43万円+(給与所得者等の数* [*] -1)×10万円+29.5万円×世帯の被保険者数)以下のとき	5割
(43万円+(給与所得者等の数* [*] -1)×10万円+54.5万円×世帯の被保険者数)以下のとき	2割

※給与所得を有する人(給与収入55万円超)または公的年金等に係る所得を有する人(公的年金等の収入金額60万円超(65歳未満)または110万円超(65歳以上))(★)の数

★公的年金等に係る特別控除(15万円)後は110万円を125万円となるよう読み替えます。なお、給与に専従者控除のみなし給与や青色事業専従者給与は含まれません。

所得割額

令和6年度の所得割額の算定において、次に該当する人は、22ページ記載の所得割率(9.49%)ではなく、軽減用所得割率が適用されます。

(令和5年の総所得金額等-43万円)の額	軽減用所得割率
58万円以下	8.80%

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、年度途中で被扶養者となった65歳の人は、年金収入額が103万円からおおむね171万円以下)

被扶養者の軽減措置

次に該当する健康保険組合などの被扶養者であった人については、保険料の所得割額はかからず、資格取得日から2年間は均等割額が5割軽減されます。

対象となる人

後期高齢者医療制度の被保険者となった日の前日において、全国健康保険協会(旧政府管掌健康保険)や会社の健康保険組合、公務員の共済組合等、いわゆる「サラリーマン」の健康保険の被扶養者であった人

保険料の減免について

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。

申請について

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)町の担当窓口

提出書類 所定の申請書
申請理由を証明する書類等

保険料を滞納したとき

災害や病気などの特別の事情がな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、特別の事情がなく滞納が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**が交付されることとなります。

被保険者資格証明書でお医者さんにかかるときには、医療費がいったん全額自己負担になります。

このようなことにならないよう、保険料は納期限内に納めるようにしてください。

なお、特別な事情により保険料の納付が困難な場合には、市(区)町の担当窓口へお早めにご相談ください。



● お問い合わせ一覧 ●

市(区)町名	担当部署名称	電話番号
静岡市役所	保険年金管理課	054-221-1081
葵区役所	保険年金課	054-221-1070
駿河区役所	保険年金課	054-287-8612
清水区役所	保険年金課	054-354-2208
清水区役所(蒲原支所)	税・保険年金係	054-385-7780
浜松市役所	国保年金課	053-457-2889
中央福祉事業所	保険年金課(中央区役所内)	053-457-2053
	保険年金課(東行政センター内)	053-424-0183
	保険年金課(西行政センター内)	053-597-1166
	保険年金課(南行政センター内)	053-425-1582
浜名福祉事業所	長寿保険課(浜名区役所内)	053-585-1125
	長寿保険課(北行政センター内)	053-523-2864
天竜福祉事業所	長寿保険課(天竜区役所内)	053-922-0021
沼津市役所	国民健康保険課 高齢者医療係	055-934-4728
熱海市役所	市民生活課 保険年金室	0557-86-6257
三島市役所	保険年金課 高齢者医療係	055-983-2710
富士宮市役所	保険年金課	0544-22-1482
伊東市役所	保険年金課	0557-32-1624
島田市役所	国保年金課 後期高齢者医療・年金係	0547-36-7191
富士市役所	国保年金課 高齢者医療担当	0545-55-2754
磐田市役所	国保年金課	0538-37-4863
焼津市役所	国保年金課	054-626-2164
掛川市役所	国保年金課 後期高齢者医療係	0537-21-1143
藤枝市役所	国保年金課 後期高齢者医療係	054-643-3307

28

お問い合わせ一覧

市(区)町名	担当部署名称	電話番号
御殿場市役所	国保年金課	0550-82-4188
袋井市役所	保険課	0538-44-3191
下田市役所	市民保健課	0558-22-3922
裾野市役所	国保年金課	055-995-1813
湖西市役所	保険年金課 後期高齢者医療係	053-576-4530
伊豆市役所	市民課	0558-72-9856
御前崎市役所	市民課 国保年金係	0537-85-1171
菊川市役所	市民課	0537-35-0915
伊豆の国市役所	国保年金課	055-948-2905
牧之原市役所	国保年金課	0548-23-0023
東伊豆町役場	健康づくり課 国民保険係	0557-95-6304
河津町役場	健康増進課 保険年金係	0558-34-1937
南伊豆町役場	健康増進課 国民健康保険係	0558-62-6255
松崎町役場	健康福祉課 保険年金係	0558-42-3966
西伊豆町役場	健康福祉課 医療保険係	0558-52-1116
函南町役場	住民課 国保年金係	055-979-8111
清水町役場	住民課 国民健康保険係	055-981-8209
長泉町役場	福祉保険課 保険年金チーム	055-989-5513
小山町役場	住民課	0550-76-6100
吉田町役場	町民課	0548-33-2103
川根本町役場	税務住民課 戸籍住民室	0547-56-2222
森町役場	住民生活課 国保年金係	0538-85-6313

29

お問い合わせ一覧

静岡県後期高齢者医療広域連合 054-270-5520(代表)
〒420-0851
静岡市葵区黒金町59番地の7 ニッセイ静岡駅前ビル3階
被保険者証、保険料について:054-270-5528
医療給付について:054-270-5530

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
県外へ転出するとき	保険証・資格確認書等 個人番号（マイナンバー）がわかるもの、本人確認書類
県外から転入したとき	負担区分証明書等 個人番号（マイナンバー）がわかるもの、本人確認書類
静岡県内で住所が変わったとき	保険証・資格確認書等 個人番号（マイナンバー）がわかるもの、本人確認書類
死亡したとき [葬祭費については P.18 を参照]	死亡した人の 保険証・資格確認書等
一定の障がいがある 65 歳以上 75 歳未満の人が後期高齢者医療制度の被保険者としての認定を受けようとするとき	これまでお使用の 保険証・資格確認書等 国民年金証書 身体障害者手帳等 [詳しくは P.2 を参照] 個人番号（マイナンバー）がわかるもの、本人確認書類
一定の障がいがあり、後期高齢者医療制度の被保険者としての認定を受けた 65 歳以上 75 歳未満の人が、申請を撤回するとき	保険証・資格確認書等 個人番号（マイナンバー）がわかるもの、本人確認書類
生活保護を受けるようになったとき	保険証・資格確認書等 個人番号（マイナンバー）がわかるもの、本人確認書類

※「限度額適用認定証」「限度額適用・標準負担額減額認定証」「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）町の担当窓口にご確認ください。



環境に配慮し、大豆インキを使用しています。
禁無断転載