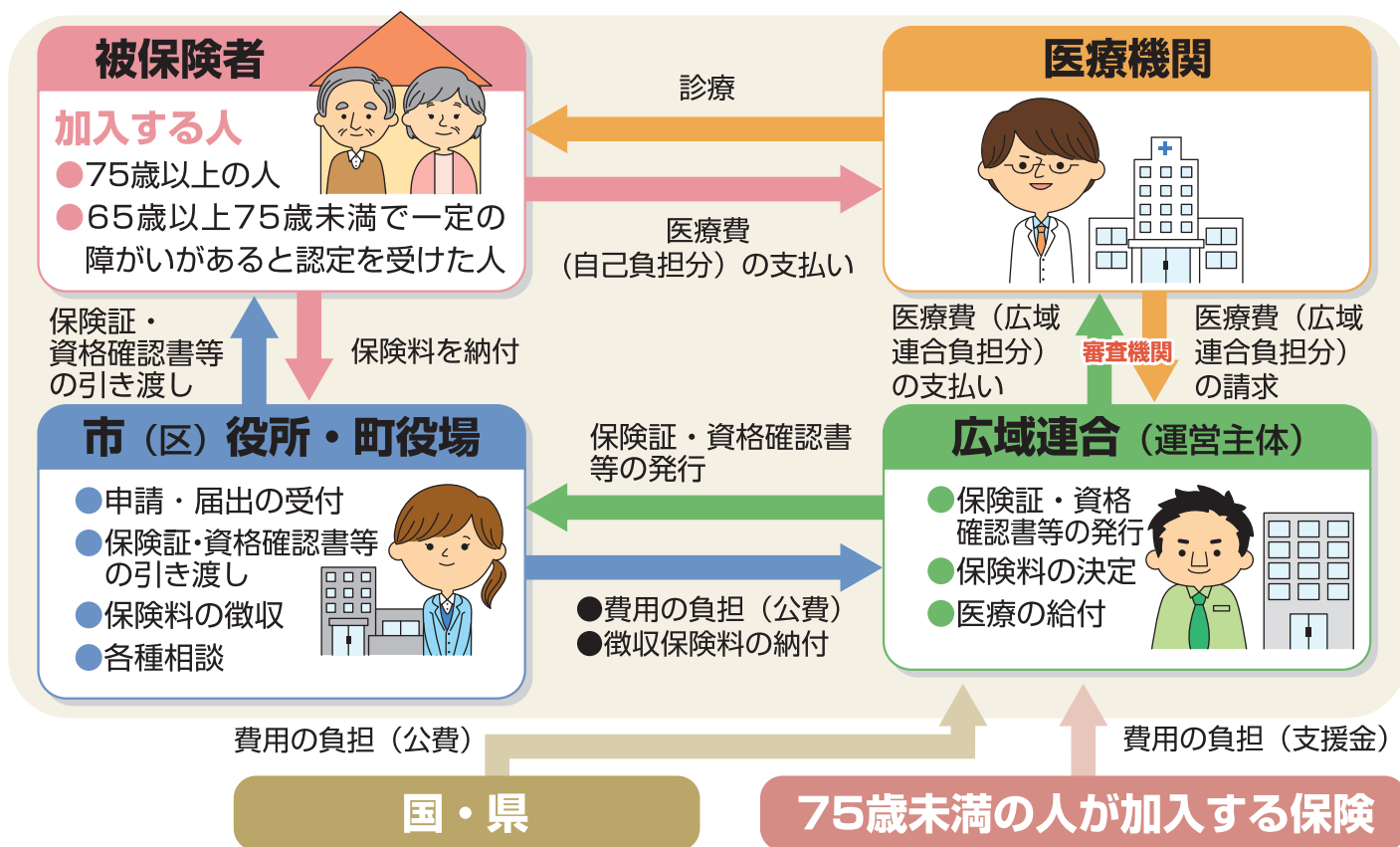


後期高齢者医療制度 のしおり

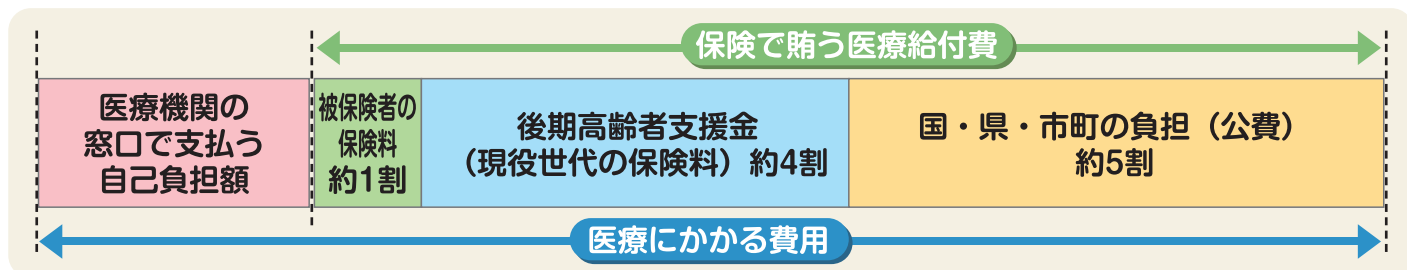
後期高齢者医療制度は県内に住む75歳以上の人と、一定の障がいがあると認定を受けた65歳以上の人が入る医療制度です。県内すべての市町が入る広域連合が主体となり、市町と協力しながら制度の運営を行います。

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自己負担額を除き、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。



静岡県後期高齢者医療広域連合

このしおりの内容は令和6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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 	<p>広域連合は保険料の決定、医療の給付を行います。</p> <p>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・資格確認書等の引き渡し、保険料の徴収、各種相談などを行います。</p>
対象となる人	<ul style="list-style-type: none"> ● 75歳以上の人 	<p>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。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 	<p>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。</p> <p>認定の日から後期高齢者医療制度の対象になります。</p> <p>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。</p>
医療機関で提示するもの（次のいずれか）	<ul style="list-style-type: none"> ● 後期高齢者医療被保険者証（保険証） <ul style="list-style-type: none"> ※低所得者Ⅱ・Ⅰに該当する人が入院時食事代の減額及び高額療養費の現物給付を受けるためには「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「特定疾病療養受領証」が必要になります。 ※現役並みⅡ・Ⅰに該当する人が高額療養費の現物給付を受けるためには「限度額適用認定証」が必要になります。 ● マイナンバーカード（マイナ保険証） ● 資格確認書 <ul style="list-style-type: none"> ※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「特定疾病療養受領証」が必要になります。 	<p>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1人に1枚、保険証が届きます。12月以降に75歳になる人は、マイナンバーカードの保険証利用登録をしていない人だけ、資格確認書が届きます。</p> <p>すでに75歳以上の人には、令和6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。</p>
保険料	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 <p>※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。</p>	<p>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。</p>
医療費の自己負担	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療費の「1割分」（一般Ⅱは「2割分」、現役並みⅢ・Ⅱ・Ⅰは「3割分」）を自己負担分として医療機関の窓口でお支払いください。 	<p>窓口負担割合が2割となる人には、負担の増加を抑える配慮措置があります。</p> <p>詳細は3ページをご覧ください。</p>

お医者さんにかかるとき

医療機関の窓口で支払う自己負担額の割合は、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・資格確認書等には自己負担割合「1割」、「2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・資格確認書等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Ⅲ	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	3割
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	〈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	2割
	〈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	他の所得区分に該当しない世帯	1割
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	

※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、同じ世帯に下記の人（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）によるものが38万円以下である人に限る。）がい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歳の人がいる場合… 0～15歳の人1人につき33万円
- 16～18歳の人がいる場合… 16～18歳の人1人につき12万円

例：同じ世帯内に10歳の人1人、15歳の人1人、18歳の人1人いた場合に控除される額 $33万円 \times 2人 + 12万円 \times 1人 = 78万円$

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43万円を引いた金額）の合計額が210万円以下となった場合は、「一般Ⅰ」または「一般Ⅱ」となります。

申請により3割負担から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をして、認められるとその翌月から所得の区分が「一般Ⅰ」または「一般Ⅱ」となり、1割または2割負担となります。

- 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2人以上おり、その人たちの収入合計額が520万円未満の人
- 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歳以上75歳未満の人の収入の合計が520万円未満

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)。
- 配慮措置の適用で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 (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円に抑制するための差額を払い戻します

入院時の食事代等

入院したときは、次の標準負担額が自己負担となります。



低所得者Ⅱ・Ⅰの人はオンライン資格確認に対応していない医療機関への入院の際に「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」(減額認定証)が必要になりますので、市(区)役所・町役場の担当窓口申請し、交付されたら医療機関に提示してください。

★減額認定証が提示されていないと、入院時の食事代等が減額されません。

★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、通常費用を支払った場合は、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。

入院時の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		460円
低所得者Ⅱ	90日以内の入院	210円
	90日を超える入院	160円
低所得者Ⅰ		100円

★低所得者Ⅱ、低所得者Ⅰに該当しない指定難病患者は1食当たり260円。

★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(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・他病床への移動含む)は1食当たり260円。

療養病床に入院したときの食費・居住費の標準負担額

療養病床に入院したときは、食費と居住費の一部が自己負担となります。

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	生活療養(Ⅰ) 460円	370円	生活療養(Ⅰ) 460円	370円	260円	0円
一般Ⅱ・Ⅰ	生活療養(Ⅱ) 420円		生活療養(Ⅱ) 420円			
低所得者Ⅱ	210円	210円 (90日超で160円)※	370円	210円 (90日超で160円)※		
低所得者Ⅰ	130円	100円	370円	100円		
高齢福祉年金受給者 境界層該当者	100円	0円	100円	0円	100円	

※ 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の交付申請をし、長期該当と認定されなければ160円には減額されません。長期該当と認定されると、長期該当の減額認定証が交付され、申請月の翌月から適用となります。

交通事故など第三者の行為によってけがをしたとき



●「第三者行為による傷病届」の届け出を

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、後期高齢者医療制度で治療を受けるには届出が必要です。

この場合、広域連合で医療費を立て替え、あとで加害者に費用を請求します。

●示談の前に必ず担当窓口にご相談ください

加害者から治療費を受け取ったり、示談を済ませたりしてしまうと、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。必ず示談の前にご相談ください。

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、自己負担分以外があとから支給されます。

こんなとき	申請に必要なもの
<p>保険証・資格確認書等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</p> <p>※急病など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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険証・資格確認書等 ● 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）
<p>海外渡航中に診療を受けたとき</p> <p>※治療目的の渡航は対象外。ただし、臓器移植の一部を除きます。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険証・資格確認書等 ● 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） ● 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 <p>※翻訳者の住所・氏名を記入した翻訳文が必要です。</p>
<p>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を支払ったとき</p> <p>※医師が必要と認めた場合に限ります。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険証・資格確認書等 ● 医師の意見書 ● 支払った領収書 ● 預金通帳（本人名義のもの）
<p>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</p> <p>※保険医の診療及び同意を得て施術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。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険証・資格確認書等 ● 施術の明細書 ● 医師の同意書 ● 支払った領収書 ● 預金通帳（本人名義のもの）
<p>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</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険証・資格確認書等 ● 施術の明細書 ● 支払った領収書 ● 預金通帳（本人名義のもの）

※保険給付を受ける権利は、2年を経過したときに時効によって消滅します。

※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。

医療費が高額になったとき

同じ月内に医療機関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）を超えた場合は、申請により超えた分を『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7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。

※世帯単位の計算は、同じ世帯の後期高齢者医療の被保険者が対象

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	1割	18,000円（年間上限額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

★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回目以降から自己負担限度額が<>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。

★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、その月のみそれぞれの制度の自己負担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（本人のみ・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	1割	9,000円	28,800円
低所得者Ⅱ		4,000円	12,300円
低所得者Ⅰ		4,000円	7,500円

★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、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Ⅰの方で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料等（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）
57,600円^{※2}

※2 57,600円を超えた分は、広域連合から直接医療機関に支払います。

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。「外来のみ（個人単位）の自己負担限度額」を超えた金額を計算します。

$$\begin{array}{rcl}
 \begin{array}{c} \text{A病院} \\ 10,000\text{円} \end{array} & + & \begin{array}{c} \text{B病院} \\ 11,000\text{円} \end{array} & = & \begin{array}{c} \text{外来支払額合計} \\ 21,000\text{円} \end{array} \\
 \begin{array}{c} \text{外来支払額合計} \\ 21,000\text{円} \end{array} & - & \begin{array}{c} \text{外来のみ（個人単位）自己負担限度額} \\ 18,000\text{円} \end{array} & = & \begin{array}{c} \text{超えた金額} \\ 3,000\text{円} \\ \text{（外来分で支給される額）} \end{array} \dots \text{①}
 \end{array}$$

2 次に世帯全体で、**1**の「外来のみ（個人単位）の自己負担限度額」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。

$$\begin{array}{rcl}
 \begin{array}{c} \text{外来のみ（個人単位）自己負担限度額} \\ 18,000\text{円} \end{array} & + & \begin{array}{c} \text{C病院} \\ 57,600\text{円} \end{array} & = & \begin{array}{c} \text{外来と入院の合計} \\ 75,600\text{円} \end{array} \\
 \begin{array}{c} \text{外来と入院の合計} \\ 75,600\text{円} \end{array} & - & \begin{array}{c} \text{外来+入院の自己負担限度額} \\ 57,600\text{円} \end{array} & = & \begin{array}{c} \text{超えた金額} \\ 18,000\text{円} \\ \text{（外来+入院分で支給される額）} \end{array} \dots \text{②}
 \end{array}$$

支給される金額

$$\text{①} 3,000\text{円} + \text{②} 18,000\text{円} = 21,000\text{円}$$

★低所得者Ⅱ・Ⅰの人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」、現役並みⅡ・Ⅰの人は「限度額適用認定証」を医療機関に提示することで、それぞれの区分の自己負担限度額が適用され、現物給付を受けられます。交付については、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っては5,000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年間の自己負担額の合計（毎年8月～翌年7月末までの年額）が、下記の自己負担限度額より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（年額）
現役並みⅢ	3割	212万円
現役並みⅡ		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

そのほかに費用の支給が受けられる場合

こんなとき	申請に必要なもの
葬祭費 被保険者が死亡したとき、葬祭を行った人に対し、申請に基づき葬祭費として5万円が支給されます。	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険証・資格確認書等 ● 葬祭執行者の預金通帳 ● 葬祭執行者のわかるもの（葬儀一式の領収書、会葬礼状等）
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。 ※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	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険証・資格確認書等 ● 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）
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。

健康診査・歯科健診について

健康診査（健診）

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。

健康診査の基本項目

項目	内容	項目	内容
1.問診	健康状態、生活習慣、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	AST、ALT、γ-GT
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、やむを得ない場合は随時血糖
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。

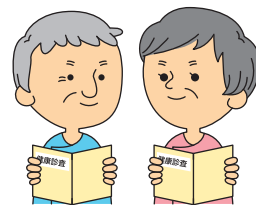
自己負担金

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場合があります。

次の人は、健康診査を受ける必要はありません

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. 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。



歯科健診

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

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。



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

令和6年度の保険料率など（年額）

年間保険料

=

均等割額
47,000円

+

所得割額
前年の総所得金額等－43万円
(旧ただし書所得)×9.49%



※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。

※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、9ページを参照してください。

※年間保険料の上限である賦課限度額は80万円です。

ただし、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。

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、納付書または口座振替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。

※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等、特別徴収から普通徴収へ変更となる場合があります。

下記のすべてに該当する

①年金額(注)が年額18万円以上

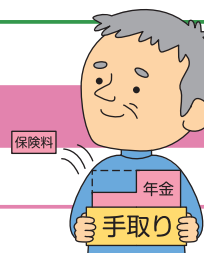
②介護保険料との合計が年金額(注)の2分の1以下

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。

口座振替に変更



いいえ

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。

★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。)



(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。

保険料の軽減措置

● 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、8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%

● 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、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。

保険料の減免制度

災害に見舞われた場合や失業・倒産等により収入が著しく減少した場合など、保険料の納付が困難になったときには、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
- ◆ 申請書類
 - ・ 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、保険証を返還していただき、被保険者資格証明書が交付されます。

(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。

年金収入のみの方は、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
1,100,000	0	14,100	所得割なし、均等割7割軽減
1,380,000	280,000	14,100	
1,530,000	430,000	14,100	
1,680,000	580,000	27,300	均等割7割軽減
1,900,000	800,000	56,000	均等割5割軽減
1,975,000	875,000	62,600	
2,110,000	1,010,000	88,600	均等割2割軽減
2,225,000	1,125,000	103,500	
2,980,000	1,880,000	184,600	軽減なし
3,830,000	2,597,500	252,600	

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	
1,100,000	0	28,200	14,100	14,100	所得割なし、均等割7割軽減
1,530,000	430,000	28,200	14,100	14,100	
1,680,000	580,000	41,400	27,300	14,100	均等割7割軽減
1,900,000	800,000	79,500	56,000	23,500	均等割5割軽減
1,928,000	828,000	82,000	58,500	23,500	
2,110,000	1,010,000	98,000	74,500	23,500	
2,270,000	1,170,000	117,200	93,700	23,500	均等割2割軽減
2,770,000	1,670,000	192,800	155,200	37,600	
2,980,000	1,880,000	231,600	184,600	47,000	軽減なし
4,420,000	3,072,000	344,700	297,700	47,000	

※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。

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 個人番号（マイナンバー）がわかるもの、本人確認書類
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	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	
死亡したとき [葬祭費については P.7 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 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・資格確認書等 国民年金証書、身体障害者手帳等 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・標準負担額減額認定証」、「限度額適用認定証」や「特定疾病療養受療証」が交付されている場合は、「保険証・資格確認書等」と一緒に提示してください。

※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・資格確認書等が交付されます。

また、保険証・資格確認書等は毎年 8 月に切替えを行うため、7 月中に新しい保険証・資格確認書等をお届けします。

- 1 交付されたら記載内容を確認し、誤りがあつたら市（区）役所・町役場の担当窓口へ届け出て下さい。
- 2 病院に預けずに、いつも手元に保管しておきましょう。
- 3 診療を受ける際には、医療機関の窓口へ提示してください。
※コピーは使えません。
- 4 紛失や破れて使えなくなった場合は、市（区）役所・町役場の担当窓口へ届け出て、再交付を受けてください。
- 5 資格がなくなった場合は、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

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



環境に配慮し、植物油インキを使用しています