

こんなときは **14日以内** に届け出を!

	こんなとき	届け出に必要なもの
国保に加入するとき	転入してきたとき	転入前の市区町村の転出証明書
	職場の健康保険をやめたとき	職場の健康保険をやめた証明書
	職場の健康保険の被扶養者からはずれたとき	被扶養者でない理由の証明書
	こどもが生まれたとき	母子健康手帳、保護者の資格確認書または資格情報のお知らせ
	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	転出するとき	資格確認書または資格情報のお知らせ
	職場の健康保険に加入したとき	職場の健康保険の資格確認書または資格情報のお知らせ(未交付の場合は加入したことを証明するもの)、資格確認書または資格情報のお知らせ
	職場の健康保険の被扶養者になったとき	死亡を証明するもの、資格確認書または資格情報のお知らせ
	国保被保険者が死亡したとき	在留カード、資格確認書または資格情報のお知らせ
	外国籍の人がやめるとき	
その他	住所が変わったとき	
	世帯主や氏名が変わったとき	資格確認書または資格情報のお知らせ
	世帯が分かれたり、一緒になったりしたとき	
	修学のため、別に住所を定めるとき	在学証明書、資格確認書または資格情報のお知らせ
	資格確認書や資格情報のお知らせをなくしたとき(あるいは汚れて使えなくなったとき)	運転免許証など(汚損、破損の場合は、その資格確認書や資格情報のお知らせ)

マイナンバーカード、またはマイナンバーが確認できる書類と本人確認書類

令和8年度版

早引き

国保のしおり



マイナ保険証を利用しましょう

2

国保のしくみ

4

国保に加入する人

5

届け出が必要なとき

6

70歳以上の人の医療

8

国保で受けられる給付

10

医療費が高額になったとき

17

保険料を納めましょう

22

健診を受けましょう

28

医療費を大切に

29

制度の見直しにより、今後本冊子の内容が変更される場合があります。

リサイクル適性(A)
この印刷物は、印刷用の紙へリサイクルできます。

VEGETABLE
OIL INK

UD FONT

禁無断転載©東京法規出版
KH015040-1817587-A18

恵那市保険年金課

☎26-6813

マイナ保険証を利用しましょう

マイナンバーカード（個人番号カード）
は保険証利用できます。



●マイナ保険証をお持ちの人には資格確認書は交付されません。

マイナンバーカードを保険証利用する方法

マイナンバーカードを保険証利用するためには、医療機関などの受付にあるカードリーダーやマイナポータルなどでの申し込みが必要です。

保険証利用を申し込んだマイナンバーカードをマイナ保険証といいます。

マイナポータル



利用方法は簡単です！

1 医療機関などの受付でマイナ保険証をカードリーダーに置く

顔認証または暗証番号で本人確認をします。
顔写真は機器に保存されません。



2 オンライン資格確認をする

●マイナ保険証を利用できない医療機関などもあります。

臓器提供に関する意思表示欄の記入にご協力を！

マイナンバーカードや資格確認書などには、臓器提供に関する意思表示欄が設けられています。記入にご協力ください。



資格確認書、資格情報のお知らせ

マイナンバーカードを持っている

いいえ

はい

保険証利用の申し込みをした（マイナ保険証を持っている）

いいえ

はい

資格確認書

マイナ保険証を持っていない人などに交付されます。

医療機関などの窓口で提示すれば、一定の窓口負担で医療を受けることができます。



資格情報のお知らせ

マイナ保険証を持っている人に交付されます。

マイナ保険証が利用できない医療機関などでは、窓口でマイナ保険証といっしょに提示してください。一定の窓口負担で医療を受けることができます。



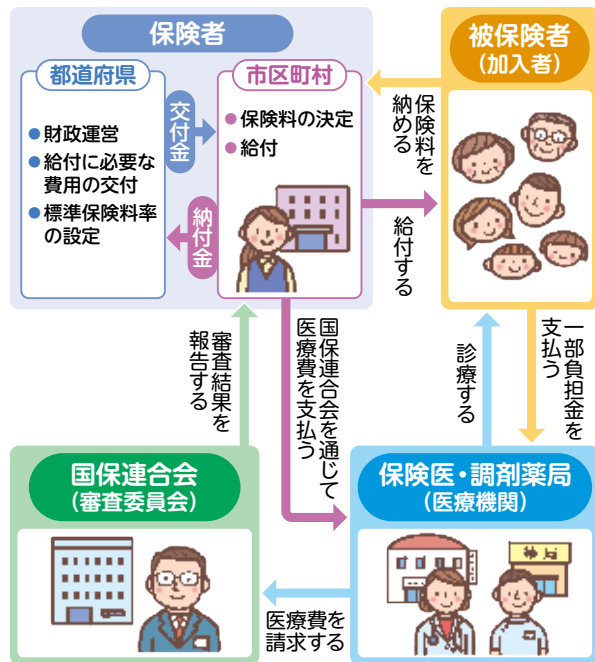
マイナ保険証を利用するメリット

- 手続きをしなくても、限度額までの支払いになります。
- 初めての医療機関などでも特定健診情報や薬剤情報が共有できます（本人の同意が必要）。
- マイナポータルで自身の特定健診情報や薬剤情報を確認できます。
- 救急時、会話が困難な場合でも、病歴や薬剤情報が正確に伝わり、適切な応急処置や搬送先医療機関の早期選定ができます。



国保のしくみ

国保は、病気やけがに備えて被保険者のみなさんがお金を出し合い、医療費の補助などにあてる社会保障制度です。都道府県と市区町村が共同で運営しています。届け出・申請などの窓口は市区町村です。



国保に加入する人

国保は職場の健康保険、後期高齢者医療制度に加入している人や生活保護を受けている人以外のすべての人が加入します。加入は世帯ごとですが、一人ひとりが被保険者です。

国保に加入するのはこんな人

- お店などを経営している自営業の人
- 農業や漁業などを営んでいる人
- パートやアルバイトなどをしていて、職場の健康保険などに加入していない人
- 退職して職場の健康保険などをやめた人
- 3か月を超えて日本に滞在するものと認められた外国籍の人 (医療滞在ビザで入国した人、観光・保養目的の在留資格を持つ人などは除く)



国保の加入は世帯ごと、被保険者は一人ひとり

国保は、世帯ごとに参加します。世帯主がまとめて届け出や保険料の納付などをしますが、世帯の一人ひとりが被保険者です。



届け出が必要なとき



次のようなときは、14日以内に
国保担当窓口へ届け出が必要です。
「届け出に必要なもの」は裏表紙
をご覧ください。

国保に加入するとき

- 転入してきたとき
(職場の健康保険などに加入して
いない場合)
- 職場の健康保険などをやめたとき
- こどもが生まれたとき
- 生活保護を受けなくなったとき



国保をやめるとき

- 転出するとき
- 職場の健康保険などに加入したとき
- 死亡したとき
- 生活保護を受け始めたとき(届け出不要の場合があります)
- 後期高齢者医療制度に移行したとき
(75歳になって移行するときは届け出不要)



修学のために 転出するとき



オンラインや郵送も活用を

国保の届け出や申請は、オンライン
や郵送でできる場合もあります。

まずは市区町村のホームページで
ご確認いただくか、国保担当窓口
にお問い合わせください。



加入の届け出が遅れると

- 保険料は、加入の届け出をした月
からではなく、加入資格を得た月
から納めるため、加入資格を得た
時点までさかのぼって納めること
になります(遡及賦課)。
- 加入の届け出をするまでの間は、
医療費が全額自己負担となります。



やめる届け出が遅れると

- ほかの健康保険に入った
とき、国保をやめる届け
出をしないと、国保の保
険料とほかの健康保険の
保険料を二重に支払って
しまうことがあります。



国保へ届け出ないと

国保の資格を喪失し、国保が使えなくなります。
また、修学を終えたら、その旨の届け出も忘れずにして
ください。

70歳以上の人の医療

70歳（高齢受給者）になると、自己負担割合（P10参照）や自己負担限度額（P19参照）などが変わる場合があります。

- 自己負担割合は、資格確認書や資格情報のお知らせなどに記載されています。



70歳になると

自己負担割合や自己負担限度額などが変わる場合があります。

高齢受給者の対象期間

70歳の誕生日が
1日の人
その月から

70歳の誕生日が
2日～末日の人
翌月から

75歳の誕生日の 前日 まで

75歳になると

国保から移行して、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人は65歳から対象になります。
自己負担割合は1～3割になります。



75歳の誕生日 当日 から

後期高齢者医療制度に移行

70歳以上75歳未満の人の所得区分

同じ世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税である

いいえ

はい

同じ世帯に住民税課税所得（調整控除が適用される場合は控除後の金額）が145万円以上の70歳以上75歳未満の国保被保険者がいる

はい

いいえ

同じ世帯の70歳以上75歳未満の国保被保険者の「基礎控除後の総所得金額等」の合計額が210万円以下

いいえ

はい

同じ世帯に70歳以上75歳未満の国保被保険者が

2人以上

収入合計
520万円未満

1人

収入
383万円未満

同じ世帯に旧国保被保険者（国保から後期高齢者医療制度に移行した人）がいる

はい

旧国保被保険者を含めた
収入合計が520万円未満

はい

同じ世帯の各所得が、必要経費・控除を差し引いたときに0円になる

いいえ

はい

課税所得
690万円以上

いいえ

課税所得
380万円以上

いいえ

現役並み
所得者Ⅲ

現役並み
所得者Ⅱ

現役並み
所得者Ⅰ

一般

低所得者
Ⅱ

低所得者
Ⅰ

国保で受けられる給付

医療機関などの窓口で、マイナ保険証を利用するか、資格確認書を提示すれば、医療費の一部を負担するだけで医療を受けることができます。

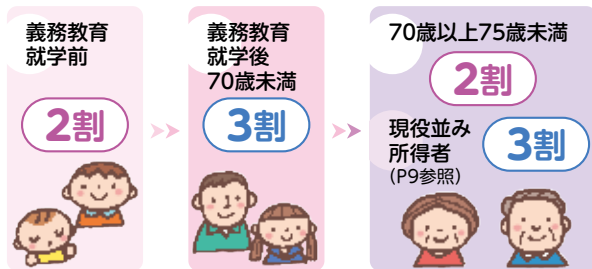
療養の給付

- 診察 ● 治療
- 薬や注射などの処置
- 入院および看護
入院したときの食事代は別途負担します（P11参照）。
- 在宅療養（かかりつけ医の訪問診療）
および看護
- 訪問看護（医師が必要と認めた場合）



医療費の自己負担割合

年齢などによって自己負担割合が異なります。
紹介状なしで大病院の外来で受診する場合、別途負担があります。



入院したときの食事代

令和8年6月改正

入院したときの食事代は、診療にかかる費用とは別に、1食分として下記の標準負担額を自己負担して、残りを国保が負担します。



▶入院したときの食事代の標準負担額（1食あたり）

所得区分	標準負担額	
住民税課税世帯 (下記以外の人)	550円 (一部330円の場合があります)	
住民税非課税世帯 低所得者Ⅱ (P9参照)	過去12か月で	90日までの入院 270円
		90日を超える入院 220円
低所得者Ⅰ (P9参照)	130円	

- 住民税非課税世帯、低所得者Ⅰ・Ⅱの人は、マイナ保険証を利用または限度額適用認定証を提示すれば、標準負担額が減額されます。限度額適用認定証がない場合は、国保担当窓口申請してください。過去12か月で90日を超える入院をする場合、申請により220円に減額されます。国保担当窓口申請してください。

65歳以上の人が療養病床に入院したとき

65歳以上の人が療養病床に入院したときは、食費と居住費として、それぞれ下記の標準負担額を自己負担します。
疾病や所得などにより、負担が軽減される場合があります。

所得区分	標準負担額	
	食費（1食あたり）	居住費（1日あたり）
住民税課税世帯 (下記以外の人)	550円 (一部医療機関では510円)	430円
住民税非課税世帯 低所得者Ⅱ (P9参照)	270円	
低所得者Ⅰ (P9参照)	160円	

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、いったん全額自己負担になりますが、国保担当窓口に申請して審査で認められれば、自己負担分を除いた額があとから払い戻されます。

- 医療費などを支払った日の翌日から2年を過ぎると支給されません。ご注意ください。
- 医療処置が適切であったか審査されますので、申請から支給まで2、3か月かかります。審査の結果、支給されない場合もあります。

こんなとき		申請に必要なもの	
1	不慮の事故などで国保を扱っていない医療機関で診療を受けたときや、旅先で急病になり、マイナ保険証や資格確認書を持たずに診療を受けたとき		●診療内容の明細書 ●領収書
2	手術などで輸血に用いた生血代がかかったとき(医師が必要と認めた場合)		●医師の診断書または意見書 ●輸血用生血液受領証明書 ●血液提供者の領収書
3	医師が治療上必要と認めたコルセットなどの補装具代がかかったとき		●医師の診断書または意見書 ●領収書
4	捻挫や骨折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 ▶P14もご覧ください		●明細がわかる領収書
5	国保を扱っていない施術所で、はり・きゅう、マッサージなどの施術を受けたとき(医師の同意書が必要) ▶P14もご覧ください		●医師の同意書 ●明細がわかる領収書
6	海外渡航中に診療を受けたとき (治療目的の渡航は除く)		●診療内容の明細書と領収明細書(外国語のものには、日本語の翻訳文が必要です) ●パスポートなどの海外に渡航した事実が確認できるもの ●海外の医療機関等に照会する同意書

●資格確認書または資格情報のお知らせ
●マイナナンバーカード、またはマイナナンバーが確認できる書類と本人確認書類

国保を扱っている施術所で施術を受けるとき

国保を扱っている施術所では、マイナ保険証を利用するか資格確認書を提示すれば、一部負担で施術を受けられる場合があります（受領委任）。

ただし、国保が使えない場合もあります。

● 柔道整復師の施術を受けるとき

国保が使える場合

「外傷性が明らかな負傷」の場合だけです。

- 捻挫 ● 打撲
- 挫傷（肉離れ）
- 骨折・脱臼の応急手当
- 医師の同意がある骨折・脱臼



国保が使えない場合

左記以外

- 内科的原因によるもの
- 単なる肩こりや疲れなどの慢性的な症状

● はり・きゅうの施術を受けるとき（医師の診察と同意書が必要）

国保が使える場合

- 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



などの慢性的な痛みのある傷病

（医師による適当な治療手段がないもの）

国保が使えない場合

- 医師の診察と同意書がない場合
- 保険医療機関で並行して同じ傷病の治療を受けている場合

● マッサージの施術を受けるとき（医師の診察と同意書が必要）

国保が使える場合

- 筋麻痺・筋萎縮や関節拘縮などで、医療上マッサージを必要とする場合



国保が使えない場合

- 医師の診察と同意書がない場合
- 疲労回復や慰安が目的の場合

「療養費支給申請書」は、必ず説明を受けて自分で署名しましょう

こんなときにも給付があります

次のような場合も、国保から給付が受けられます。

出産したとき（出産育児一時金の支給）

被保険者が出産したとき、「出産育児一時金」（50万円）が支給されます。妊娠12週（85日）以降であれば、死産や流産でも支給されます。

原則として、国保から医療機関などに直接支払われます（直接支払制度）。※直接支払制度を利用しない場合や出産費用が50万円を超えず差額がある場合は、申請が必要です。



申請に必要なもの

- 母子健康手帳 ● 出産した人の資格確認書または資格情報のお知らせ
- 医師の証明書（死産・流産の場合）

被保険者が亡くなったとき（葬祭費の支給）

被保険者が亡くなったとき、申請により葬祭を行った人に「葬祭費」が支給されます。



申請に必要なもの

- 葬儀の領収書など ● 亡くなった人の資格確認書または資格情報のお知らせ

移送に費用がかかったとき（移送費の支給）

医師の指示により、緊急やむを得ず重病人の入院や転院などの移送に費用がかかったとき、申請して国保が必要と認めた場合は「移送費」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
- 資格確認書または資格情報のお知らせ

人間ドックを受診したとき（対象：25歳以上75歳未満の人）

人間ドックを受診し、申請すると助成金を受け取ることができます。※特定健診を受診した場合、助成は受けられません。そのほか、くわしくは保険年金課までおたずねください。

申請に必要なもの

- 健診結果 ● 領収書

その他、通帳、マイナンバーカード、本人確認書類（運転免許証など）が必要になります。

交通事故などにあったとき

交通事故など、第三者から傷病を受けた場合でも、国保で医療機関にかかることができます。その際には、必ず国保に連絡し、「第三者行為による傷病届」を提出してください。加害者から治療費を受け取ったり、示談を済ませたりすると国保が使えなくなる場合があります。示談の前に必ず国保にご連絡ください。



届け出し 必要なもの

- 事故証明書（後日でも可）
- 資格確認書または資格情報のお知らせ
- マイナンバーカード、またはマイナンバーが確認できる書類と本人確認書類

このような場合も第三者行為による事故となります

- 他人の飼い犬にかまれた
- 他人の落下物が当たった
- 飲食店などで食中毒にあった
- 傷害事件に巻き込まれた など



国保が使えないとき

● 病気とみなされないとき

- 健康診断・人間ドック
- 予防注射
- 美容整形
- 歯列矯正
- 妊娠・出産
- 経済上の理由による妊娠中絶 など



● 労災保険の対象となるとき

- 仕事上の病気やけが



● 国保の給付が制限されるとき

- 故意の犯罪行為や故意の事故
- けんかや泥酔による病気やけが
- 医師や保険者の指示に従わなかったとき



医療費が高額になったとき

医療費の自己負担が高額になったとき、自己負担限度額（P18、19参照）を超えた分が「高額療養費」として支給されます。70歳未満の人と70歳以上75歳未満の人で限度額が異なります。

- 同じ都道府県内の市区町村間で住所を異動し、同じ世帯が継続する場合、異動した月は異動前と異動後の限度額がそれぞれ2分の1になり、異動前的高額療養費の支給も通算して支給回数に含めます。

窓口での支払いが限度額までになるとき

マイナ保険証を利用すれば、医療機関の窓口での支払いは限度額までになります。

- 保険料を滞納していると、医療機関の窓口で限度額が適用されなかったり、全額自己負担になったりする場合があります。



● マイナ保険証を利用しない場合

医療機関の窓口で、限度額適用認定証の提示が必要な場合があります（70歳以上75歳未満の現役並み所得者Ⅲ、一般の人には不要）。

限度額適用認定証がない場合は、国保担当窓口に申請してください。

こんなときは申請してください

次のような場合は、申請により高額療養費が支給されます。

- マイナ保険証を利用せず、所得区分を確認できるものの提示もしなかった場合
- 複数の人や複数の医療機関で限度額を超えた場合 など
- 該当する月から2年を過ぎると申請しても支給されませんのでご注意ください。

70歳未満の人の場合

次が限度額を超えた場合、その超えた分が支給されます。

- 同じ人が同じ月に同じ医療機関に支払った自己負担額
- 同じ世帯で同じ月に21,000円以上の自己負担額を2回以上支払った場合、それらの合算額



▶ 自己負担限度額 (月額) **令和8年8月から**

所得区分	3回目まで	4回目以降	年間上限 (8月～翌年7月)
ア 所得901万円超	270,300円 +(総医療費-901,000円)×1%	140,100円	168万円
イ 所得600万円超 901万円以下	179,100円 +(総医療費-597,000円)×1%	93,000円	111万円
ウ 所得210万円超 600万円以下	85,800円 +(総医療費-286,000円)×1%	44,400円	53万円
エ 所得210万円以下 (住民税非課税世帯除く)	61,500円	44,400円	53万円 (一部41万円 の場合あり)
オ 住民税非課税世帯	36,900円	24,600円	29万円

- 所得とは、「基礎控除後の総所得金額等」のことです。
所得の申告がない場合は、所得区分アとみなされます。
- 4回目以降とは、過去12か月以内に限度額を超えた支給が4回以上あった場合の4回目以降の限度額のことです。

自己負担額の計算方法

- 月ごと(1日から末日まで)の受診について計算。
- 2つ以上の病院・診療所にかかった場合は、別々に計算。
- 同じ病院・診療所でも、歯科は別計算。また外来・入院も別計算。
- 入院したときの食事代や保険がきかない差額ベッド代などは支給の対象外。
- 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。

70歳以上75歳未満の人の場合

外来・入院とも、個人単位で一医療機関の窓口での支払いは限度額までとなります。一般、低所得者Ⅰ・Ⅱの人は、外来(個人単位) **A** の限度額を適用後に外来+入院(世帯単位) **B** の限度額を適用します。



▶ 自己負担限度額 (月額) **令和8年8月から**

所得区分 (P9参照)	外来 (個人単位) A	外来+入院 (世帯単位) B	年間上限 (8月～翌年7月)
現役並み所得者Ⅲ (課税所得 690万円以上)	270,300円 +(総医療費-901,000円)×1% 〔4回目以降 140,100円〕		168万円
現役並み所得者Ⅱ (課税所得 380万円以上)	179,100円 +(総医療費-597,000円)×1% 〔4回目以降 93,000円〕		111万円
現役並み所得者Ⅰ (課税所得 145万円以上)	85,800円 +(総医療費-286,000円)×1% 〔4回目以降 44,400円〕		53万円
一般 (課税所得 145万円未満等)	22,000円 〔外来年間上限 216,000円※1〕	61,500円 〔Bの4回目以降 44,400円〕	53万円 (一部41万円の 場合あり)
低所得者Ⅱ	11,000円 〔外来年間上限 96,000円※2〕	25,700円 〔Bの4回目以降 24,600円〕	29万円
低所得者Ⅰ	8,000円	15,700円	18万円

※1 外来の自己負担額の年間上限(8月～翌年7月)です。低所得者Ⅰ・Ⅱだった月も対象です。

※2 外来の自己負担額の年間上限(8月～翌年7月)です。低所得者Ⅰだった月も対象です。

● 75歳到達月は、国保と後期高齢者医療制度の限度額がそれぞれ2分の1になります。

● 4回目以降とは、過去12か月以内に限度額を超えた支給が4回以上あった場合の4回目以降の限度額のことです。

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

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。この場合の計算方法は次のとおりです。



- 1 70歳以上75歳未満の人の限度額 (P19参照) をまず計算。
- 2 それに70歳未満の人の合算対象額 (21,000円以上の自己負担額) を加えて、70歳未満の人の限度額 (P18参照) を適用して計算。

特定疾病で長期間高額な治療が続くとき

厚生労働大臣が指定する特定疾病で高額な治療を長期間継続して受ける必要がある人は、「特定疾病療養受療証」(申請により交付) を医療機関などの窓口で提示(マイナ保険証を利用する場合、提示不要)すれば、自己負担は1か月1万円※までになります。



※人工透析を要する70歳未満の所得区分ア・イの人は、1か月2万円までです。

- マイナ保険証を利用する場合でも、「特定疾病療養受療証」の交付申請は必要です。

厚生労働大臣が指定する特定疾病

- 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

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に介護保険受給者がいる場合、国保と介護保険の限度額をそれぞれ適用後に、自己負担の年額を合算して下記の限度額を超えたときには、申請によりその超えた分が支給されます。



▶合算した場合の限度額 (年額 / 8月～翌年7月)

■70歳未満の人

	所得区分	限度額
ア	所得901万円超	212万円
イ	所得600万円超901万円以下	141万円
ウ	所得210万円超600万円以下	67万円
エ	所得210万円以下 (住民税非課税世帯除く)	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

	所得区分 (P9参照)	限度額
	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 (課税所得145万円未満等)	56万円
	低所得者Ⅱ	31万円
	低所得者Ⅰ	19万円

- 低所得者Ⅰで介護保険受給者が複数いる世帯の場合は、限度額の適用方法が異なります。

保険料を納めましょう

保険料は、みなさんの医療費などにあてられる国保の重要な財源です。必ず納期内に納めましょう。

保険料の決め方

都道府県が算定した標準保険料率を参考に、市区町村が次の項目ごとに保険料率（額）を決定します。

それらを合計して世帯ごとの保険料額が決められます。

▶ 国民健康保険料

所得割	世帯の被保険者の所得に応じて計算
均等割	世帯の被保険者数に応じて計算
平等割	1世帯にいくらと計算

※市区町村によって組み合わせは異なります。

年度途中で加入したとき・やめたとき

保険料は年度（4月～翌年3月）ごとに決められます。

年度途中で国保に加入したとき・やめたときの保険料は、月割りで計算します。

年度途中で 加入 したときの保険料

年間保険料×加入した月から3月までの月数÷12

年度途中で やめた ときの保険料

年間保険料×4月からやめた月の前月までの月数÷12

保険料には軽減措置があります

高校生世代以下の人の軽減措置

高校生世代以下の人の保険料は、子ども・子育て支援金分（P24参照）の均等割額が10割軽減されます（申請は不要です）。

出産する被保険者への軽減措置

出産する被保険者の保険料は、所得割額と均等割額が産前産後期間相当分（4か月分。多胎妊娠の場合は6か月分）免除されます（原則、届け出が必要です）。



義務教育就学前のこどもへの軽減措置

義務教育就学前のこどもの保険料は、均等割額が5割軽減されます（申請は不要です）。



非自発的失業者への軽減措置

会社の倒産や解雇、雇用期間満了など事業主の都合で失業した65歳未満の人（非自発的失業者）の保険料は、前年所得のうち給与所得を30%として算定します（申請が必要です）。高額療養費などの所得区分も、軽減された所得で判定されます。くわしくは担当窓口にお問い合わせください。

後期高齢者医療制度移行に伴う経過措置

国保から後期高齢者医療制度に移行する人がいることにより国保被保険者が1人となる世帯の保険料は、対象となってから5年間は平等割額が2分の1軽減、その後3年間は4分の1軽減されます（申請は不要です）。

所得の申告は忘れずに

所得の申告は、保険料の算定のためだけでなく、保険料の軽減措置や、所得に応じた自己負担割合・自己負担限度額を決めるためにも必要です。忘れずに正しく申告しましょう。

保険料の納め方

保険料の納め方は年齢によって異なります。

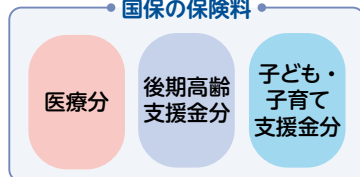
40歳未満の人

医療分と後期高齢支援金分と子ども・子育て支援金分を国保の保険料として納めます。

介護分の負担はありません。



国保の保険料



年度の途中で **40歳** になるとき

40歳の誕生日のある月（1日が誕生日の人はその前月）の分から介護分を納めます。

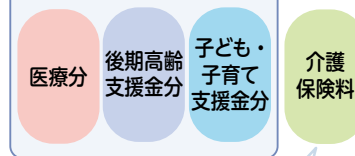
65歳以上75歳未満の人（介護保険の第1号被保険者）

医療分と後期高齢支援金分と子ども・子育て支援金分を国保の保険料として納めます。

介護保険料は別に納めます。



国保の保険料



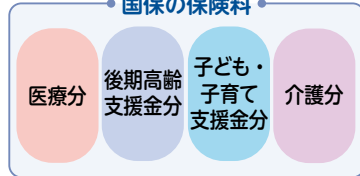
原則として年金から差し引かれます
年金が年額18万円未満の人は、市区町村へ個別に納付します。

40歳以上65歳未満の人（介護保険の第2号被保険者）

医療分と後期高齢支援金分と子ども・子育て支援金分に、介護分を合わせて、国保の保険料として納めます。



国保の保険料



年度の途中で **65歳** になるとき

65歳になる前月（1日が誕生日の人はその前々月）までの介護分は、国保の保険料として年度末までの納期に分けて納めます。

保険料は世帯主が納めます

保険料を納める義務は世帯主にあります。そのため、世帯主が国保に加入していなくても、世帯に1人でも国保被保険者がいれば、納付通知書は世帯主に送られます。



保険料の納め方は選べます

おすすめです!

口座振替で納付 自動的に払い込まれるので、納め忘れなし!

「手続きに必要なもの」を持って、市区町村指定の金融機関で手続きしてください。オンラインで手続きができる場合もあります。

手続きに
必要なもの

- 納付通知書
- 預金通帳
- 通帳届け出印



納付書で納付 下記で納付できます。クレジットカードは利用できません。

- 市の納付担当窓口・市指定の金融機関

- コンビニエンスストア
バーコードが印刷された納付書でのみ納付できます。



※納付可能なコンビニエンスストアは市区町村によって異なります。

キャッシュレス決済で納付 いつでもどこでも納付可能

- スマートフォン決済

スマートフォンにインストールしたアプリから、納付書に印刷されているバーコードを読み取ることで、納付する方法です。



領収書は発行されません。納付書が手元に残るため、二重納付のおそれがあります。納付書に納付した日付を書いておきましょう。

市区町村によって、可能な納め方が異なります。くわしくは、お住まいの市区町村のホームページなどでご確認ください。

保険料を滞納していると

保険料を滞納していると、高額療養費の限度額適用認定が受けられなくなる場合があります。

さらに、次のような措置がとられます。

督促

納期限を過ぎると督促が行われ、延滞金などを徴収される場合があります。

督促

医療費 全額自己負担

特別な事情がないのに滞納していると、医療機関の窓口でいったん医療費を全額自己負担することになる「特別療養費」の対象となります。

担当窓口申請することにより、あとから保険給付分が「特別療養費」として支給されます。

- 「特別療養費」の対象となる場合は、事前に通知されます。

全額
自己負担



給付の 差し止め

滞納が続くと、国保の給付が全部、または一部差し止めになります。



- そのほか財産の差し押さえなどの処分を受ける場合もあります。また40歳以上65歳未満の国保被保険者がいる場合は、介護保険の給付も制限される場合があります。

どうしても納付が難しいときは

特別な事情により保険料の納付が困難なときは、申請により分割納付などもできます。お早めに担当窓口にご相談ください。



健診を受けましょう

40歳以上75歳未満の人を対象に年に1回特定健診が実施されます。必ず受けましょう。

特定健診

特定健診では、腹囲や血圧、血糖、血液検査、尿検査、肝機能検査などの基本的な検査と、喫煙歴などの問診を行い、動脈硬化などを進行させるメタボリックシンドロームの危険性のレベルを判定します。必要に応じて詳細な検査が行われることもあります。



特定保健指導

特定健診の結果は、生活習慣改善の必要性のレベルに分けて判定・通知されます。

判定基準を超えて特定保健指導の対象者となった人には、検査値改善のために目標を設定して、その人に合わせた保健指導を行い、生活習慣改善の支援をしていきます。



歯科健診も忘れずに

歯周病はさまざまな病気を発症・悪化させるおそれがあります。定期的に歯科健診を受けましょう。



医療費を大切に

医療費の節約には、医療機関のかかり方や薬との付き合い方を見直すことが有効です。

医療費は増加傾向にあり、医療費が増えると、保険料の引き上げも考えられます。そうならないためにも医療費を節約しましょう。

上手な医療機関のかかり方

●かかりつけ医を持つ

日ごろから安心して相談できるかかりつけ医を持ち、大病院にかかるときは紹介状をもらいましょう。



●診療時間外の受診は控える

休日、夜間の受診は割増料金がかかります。緊急性があるかないか、よく考えましょう。



●重複受診はやめる

同じ病気で複数の医療機関にかかる重複受診は、同じ検査を繰り返すなど医療費のムダになります。



●こどもが急病のときはまず電話で相談する

休日、夜間にこどもの急病で心配なときは「こども医療でんわ相談(#8000)」を利用しましょう。



上手な薬との付き合い方

●「セルフメディケーション」を心がける

セルフメディケーションとは、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」です。

まずはしっかりと体調管理をして、軽度な体調不良はOTC医薬品（市販薬）を使うなどして自分で手当てしましょう。



●かかりつけ薬局を持つ

「かかりつけ薬局」を持って、薬の重複や飲み合わせなどをチェックしてもらいましょう。



●多剤服用に注意する

多剤服用の中でも、副作用など害をなすものを特に「ポリファーマシー」と呼び、問題になっています。



薬の種類が多いときは、薬剤師に相談しましょう。

●飲み残しの薬（残薬）があったら相談を

残薬を調剤薬局に持っていけば、まだ使える薬は使い、医師とも相談して処方調整してくれる場合があります。



●「お薬手帳」は1人1冊にまとめる

「お薬手帳」とは、処方された薬の詳細を記録できる手帳のことです。

複数あると薬の重複や飲み合わせなどがチェックできません。1人1冊にまとめましょう。



●ジェネリック医薬品を利用する

ジェネリック医薬品（後発医薬品）とは、特許期間が過ぎた新薬（先発医薬品）と同じ有効成分を含み、効果が同等と認められた安価な医薬品のことです。

利用するときは、医師や薬剤師によく説明してもらいましょう。

●ジェネリック医薬品がある薬で新薬を希望すると、負担が増える場合があります。



●バイオシミラーを利用したいときは、医師に相談を

バイオシミラー（バイオ後続品）とは、特許期間が過ぎた先行バイオ医薬品と有効性、安全性が同等と認められた安価な医薬品のことです。



●バイオ医薬品は、生物の細胞などを使ってつくる、タンパク質を有効成分とする薬です。これまで治療が困難だった病気に効果も期待されています。

「リフィル処方せん」をご存じですか？

「リフィル処方せん」とは、再診なしで2回または3回、調剤薬局で薬を受け取ることができる処方せんのことです（「リフィル可」の欄にチェックが入ります）。

主に慢性疾患などで、「症状が安定している」と医師に判断された人」が対象です。

再診の費用がかからないため、医療費の節約になります。

●投薬量に制限のある医薬品や湿布薬は、「リフィル処方せん」にできません。



「医療費通知」は大切に保管してください！

「医療費通知」は確定申告（医療費控除）に使用できる場合があります。

