

後期高齢者医療制度

負担割合は

毎年8月に見直しを行います

75歳以上の方と、65歳以上75歳未満の方で後期高齢者医療制度において障害認定を受けている方がお持ちの後期高齢者医療被保険者証に表示されている「一部負担金の割合」は、毎年8月1日に住民税の課税所得（市民税・都民税納税通知書の「課税標準額」各欄の金額の合計）により定期判定されます。負担割合が変更になる方には、新しい負担割合を表示した被保険者証を7月末日までに簡易書留郵便で郵送します。

現在、負担割合が「1割」の方

①23年度の課税所得が145万円未満の場合II引き続き「1割」の被保険者証をお使いください  
②23年度の課税所得が145万円以上の場合II引き続き「3割」の被保険者証をお使いください

後期高齢者医療制度  
入院時の食事代などが軽減される  
限度額適用・標準負担額  
減額認定証を更新します

後期高齢者医療制度の被保険者で住民税（市民税・都民税）非課税世帯の方は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関に提示すると入院時の食事代などが軽減されます。

減額認定証を既にお持ちの方の更新手続きは不要です  
有効期限が23年7月31日までの減額認定証を既にお持ちの方は、23年度も世帯全員の方の住民税が非課税の場合に

5万円以上の場合II負担割合が「3割」となります。新しい被保険者証を郵送します。なお、その方と同じ世帯にいる被保険者の方も「3割」となります  
同一世帯の被保険者における前年の「収入額」の合計が次の基準収入額の場合は、申請により「1割」に変更できます  
①23年度の課税所得が145万円未満の場合II負担割合が「1割」となるため、新しい被保険者証を郵送します  
②23年度の課税所得が145万円以上の場合II引き続き「3割」の被保険者証をお使いください。なお、その方と同じ世帯にいる被保険者の方

※ただし、383万円以上でも、同じ世帯に70歳〜74歳の方がいる場合は、その方が被保険者の方の収入額の合計が520万円未満  
基準収入額適用申請を行うには  
前記条件に該当し、申請が必要と思われる方には、基準収入額適用申請書を7月上旬に送付していただきます  
申請書が届いた方は、22年中の収入額などの必要事項を記入・押印の上、7月中旬に保険年金課高齢者医療係（市役所1階）へ返送してください  
認定されると、8月1日から負担割合を「1割」に変更することができ  
詳しくは同係 ☎470・7846へ

ご注意ください

医療機関の窓口で提示することで減額の適用が受けられます。提示しない場合は適用されませんので、ご注意ください。

後期高齢者医療自己負担限度額

Table with columns: 所得区分, 一部負担金の割合, 自己負担限度額 (外来, 外来+入院)

◆判定基準額  
①現役並みの所得がある方＝被保険者の課税所得（注1）が145万円以上で、被保険者が一人の場合は収入が383万円以上、二人以上または70歳〜74歳の世帯員と合計して収入が520万円以上  
②一般の所得の方＝被保険者の課税所得が145万円以上で、被保険者が一人の場合は収入が383万円未満、二人以上または70歳〜74歳の世帯員と合計して収入が520万円未満（注2）、住民税課税世帯で被保険者の課税所得が145万円未満  
（注1）課税所得とは、住民税を計算する際の所得金額から、所得控除の合計を差し引いた課税標準額のことです  
（注2）基準収入額適用申請による申請が必要です

表1 国民健康保険の高額療養費計算方法（A、B、Cの額は表2参照）

1か月に医療機関に支払った自己負担額が基準額を超過したときは、その超えた額が高額療養費として返還されます。計算方法は以下の通りです。同じ月内の自己負担額を合算し、世帯単位で自己負担限度額（表2参照）を適用します。70歳以上の方と70歳未満の方に分け、70歳以上の外来は、まず個人単位で外来の自己負担額を適用し、その後で入院の自己負担限度額を合算します。

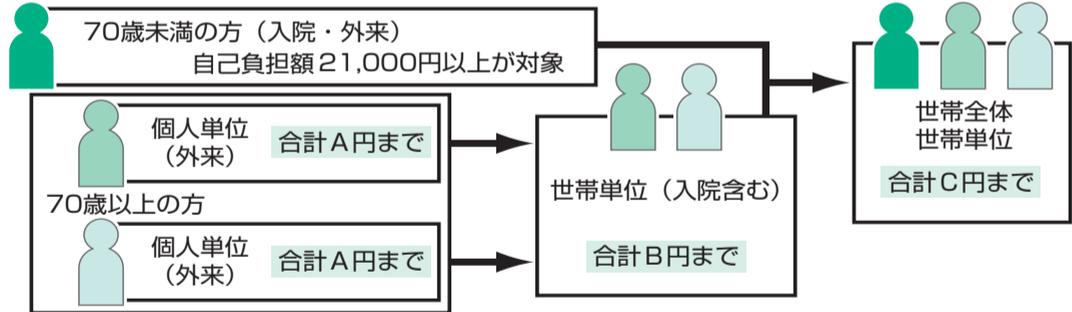


表2 国民健康保険における高額療養費の自己負担限度額（月額）

Table with columns: 70歳以上の方 (個人単位, 世帯単位), C 国保世帯全体 (3回目まで, 注6 4回目以降)

※月の途中で75歳を迎えた方と、被保険者が後期高齢者医療制度に移行することにより国民健康保険に加入する被用者保険および国民健康保険組合の被扶養者の方は、当該月の自己負担限度額を表2の金額のそれぞれ半額で計算します。  
注1 同一世帯に課税所得が145万円以上の70歳〜74歳の国保被保険者がいる方。ただし、70歳〜74歳の国保被保険者および特定同一世帯所属者（国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行した方）の収入の合計が、2人以上の場合は520万円未満、1人の場合は383万円未満であると申請した場合は、「一般」の区分になります  
注2 同一世帯の被保険者全員および世帯主（擬制世帯主を含む）が市民税・都民税非課税の場合  
注3 注2の要件を満たし、かつ、その世帯の所得が一定の基準以下（年金収入で80万円以下、他の所得なし）の場合  
注4 過去12か月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合、4回目以降は44,400円となります  
注5 上位所得者とは基礎控除後の総所得金額などが600万円を超える世帯  
注6 過去12か月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の額

国民健康保険  
高額療養費などのご案内

医療費が高額になったときは

1か月に保険医療機関などでかかった医療費が算定基準額を超えたときは、その超えた額が高額療養費として支給されます。  
該当した方へは、高額療養費の支給のお知らせを郵送します。必要事項を記入し、被

保険者証と領収書を添付の上、保険年金課国民健康保険係（市役所1階）へ申請してください。  
医療機関などへの医療費支払済みの確認は、原則、領収書で行いますので、医療費の領収書は金額にかかわらず大切に保管してください。  
※国民健康保険の高額療養費の計算方法や自己負担限度額（月額）は左表を参照してください。  
急な病気で病院にかかったときは  
出先で急に具合が悪くなるなど、やむを得ない事情がある場合、保険医療機関の窓口で被保険者証を提示せずに医療を受けたときには、世帯主

からの申請によって後から保険給付の払い戻しを受けられます。  
※必ず保険治療であること、医師の同意書、領収書（原本）、被保険者証、世帯主名義口座番号、認め印。なお、支払い委任しているときは、施術者からの請求になります。  
④治療用器具（ギプス、コルセット、小児弱視治療用眼鏡、弾性ストッキングなど）  
⑤海外療養費II診療明細書（原本、日本語訳）、領収書（原本、日本語訳）、被保険者証、世帯主名義口座番号、認め印  
⑥海外療養費II診療明細書（原本、日本語訳）、領収書（原本、日本語訳）、被保険者証、世帯主名義口座番号、認め印  
733へ。

任しているときは、柔道整復師からの請求になります  
③医師が認めた、はり、灸（きゅう）、マッサージなど  
医師の同意書、領収書（原本）、被保険者証、世帯主名義口座番号、認め印。なお、支払い委任しているときは、施術者からの請求になります。  
④治療用器具（ギプス、コルセット、小児弱視治療用眼鏡、弾性ストッキングなど）  
⑤海外療養費II診療明細書（原本、日本語訳）、領収書（原本、日本語訳）、被保険者証、世帯主名義口座番号、認め印  
733へ。