

後期高齢者 医療制度 ガイドブック

令和5年度



制度の概要

被保険者

医療費の
自己負担割合

お医者さんに
かかるとき

医療費が高額に
なったとき

お医者さんの
上手なかかり方

健康診査について

保険料

市(区)町村
お問い合わせ先

もくじ

■ 後期高齢者医療制度の概要	1
制度の目的、制度のしくみ	1
医療費負担のしくみ	2
保険証（後期高齢者医療被保険者証）	3
■ 被保険者（加入者）	4
対象となるかた	4
県外の病院や福祉施設等へ転出する場合など（住所地特例制度）	4
75歳になると後期高齢者医療制度に加入します	5
■ 医療費の自己負担割合	6
医療費の自己負担割合の判定のながれ	8
■ お医者さんにかかるとき	10
窓口でのお支払い	10
自己負担限度額（月額）	11
入院時の食事代（入院時食事療養費・入院時生活療養費）	12
交通事故にあったとき	13
柔道整復師（整骨院・接骨院）の施術を受けるとき	14
あんま・マッサージ、はり・きゅうにかかるとき	14
訪問看護を利用したとき（訪問介護療養費）、先進医療を受けたとき（保険外併用療養費）、移送費、葬祭費	15
医療費の払い戻しが受けられるとき（療養費）	16
■ 医療費が高額になったとき	17
高額療養費の支給	17
外来に係る年間の高額療養費（外来年間合算）	18
限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証	18
特定疾病療養受療証	18
医療費と介護保険サービス利用料が高額になったとき（高額介護合算療養費）	19
■ お医者さんの上手なかかり方	22
ジェネリック医薬品（後発医薬品）	23
■ 健康診査	24
健康診査、歯科口腔健康診査	24
■ 保険料	25
保険料の決め方、保険料のめやす	25
保険料の軽減制度（申請手続きは不要です）	26
保険料の納め方、保険料の納付が困難な場合	28
■ 市(区)町村お問い合わせ先	29
こんなときは必ず届け出を！	裏表紙
「個人番号（マイナンバー）に関する書類」について	裏表紙

後期高齢者医療制度の概要

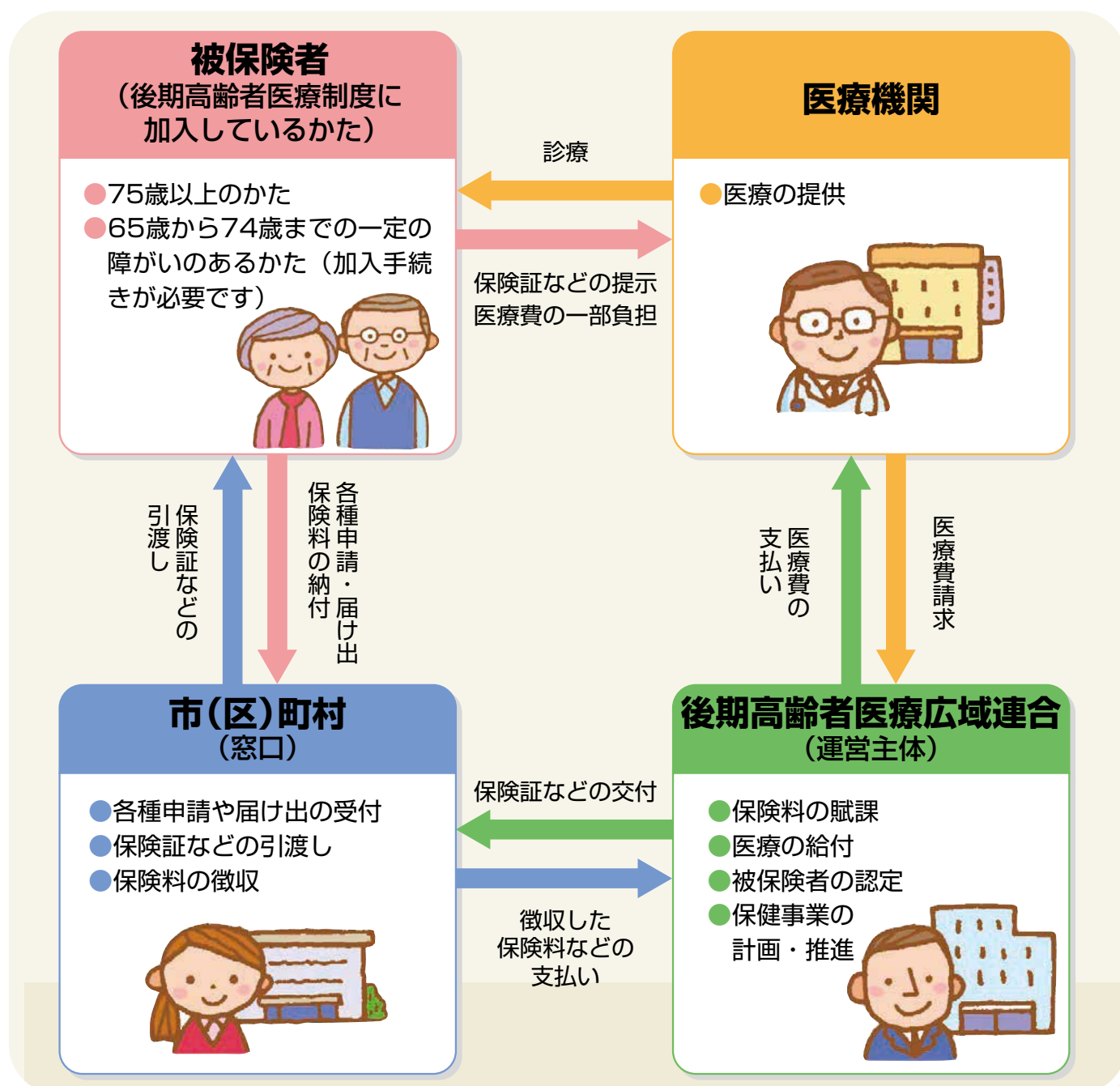
後期高齢者医療制度とは、75歳以上（一定の障がいがあるかたは65歳以上）のかたを対象とする医療制度です。

制度の目的

- 現役世代と高齢者世代の負担を明確化し、公平で分かりやすい制度とします。
- 制度の運営を都道府県単位で行うことにより、財政の安定化を図ります。

制度のしくみ

千葉県後期高齢者医療広域連合が運営主体となり、後期高齢者医療制度の運営を行います。市(区)町村は、各種申請の受付や保険料の徴収などの窓口業務を行い、被保険者の利便性を確保します。

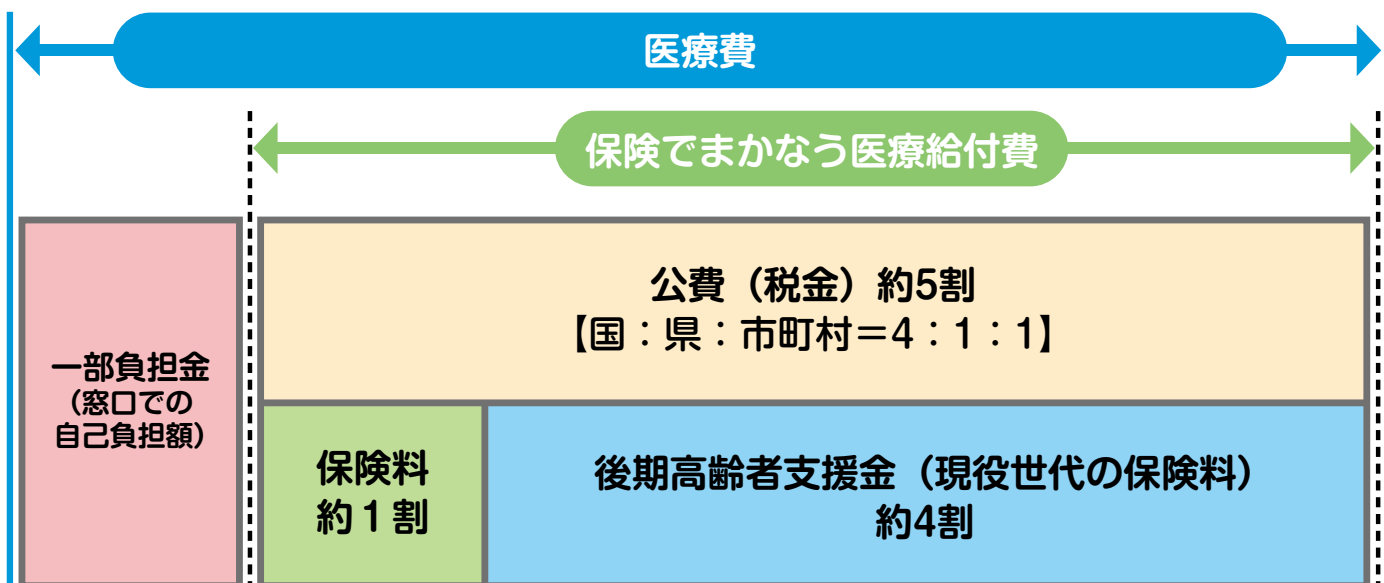


医療費負担のしくみ

後期高齢者の医療費のうち、本人が医療機関の窓口で支払う自己負担額（一部負担金）を除いた費用は、医療給付費として保険者である広域連合から医療機関に支払われます。

この医療給付費のうち、約1割は被保険者の支払う保険料、約4割は現役世代の支払う保険料による支援金、約5割は国・県・市町村が支出する公費（税金）で負担されており、社会全体で支えるしくみとなっています。

医療費が増加すると、被保険者の支払う保険料だけでなく、現役世代の保険料や、公費の負担も増えることとなります。



本人が医療機関の窓口で支払う金額です。

後期高齢者医療制度に加入している被保険者が支払う保険料です。

会社の健康保険や国民健康保険に加入している現役世代が支払う保険料に、後期高齢者医療制度への支援金が含まれています。

自分の自己負担額の割合は？

→6ページ 医療費の自己負担割合

医療費を抑えるためには？

→22ページ お医者さんの上手なかかり方

→24ページ 健康診査

自分の支払う保険料は？

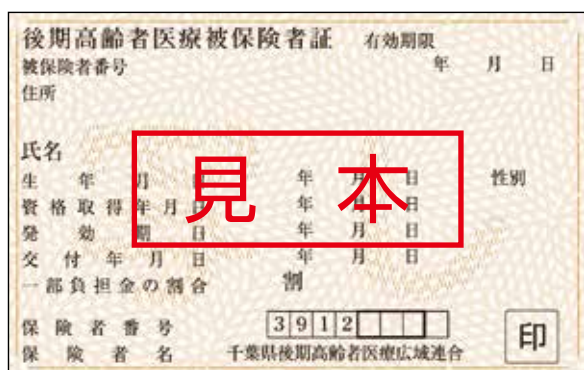
→25ページ 保険料の決め方



保険証（後期高齢者医療被保険者証）

被保険者には一人1枚保険証が交付されます。お医者さん等にかかるときには保険証等を提示してください。

保険証には、有効期限や医療費の自己負担割合(→6・7ページ)などが記載されています。



(おもて)

備考

※ 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。

- 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。
- 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。
- 私は、臓器を提供しません。

(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。)

【臓器提供希望臓器】
心臓 肺 肝臓 腎臓 膵臓 小腸 眼球

【特記欄：
】

署名年月日： 年 月 日

本人署名（自筆）： 家族署名（自筆）：

(うら)

- 保険証裏面の「臓器提供に関する意思表示欄」の記入は任意です。医療機関等に内容を知られたくない場合は、保険証送付時に同封する「個人情報保護シール」をご利用ください。

臓器提供についての質問・お問い合わせ

公益社団法人 日本臓器移植ネットワーク

フリーダイヤル：0120-78-1069（平日9時～17時30分）

ホームページ：<https://www.jotnw.or.jp/>

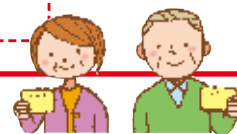
- 保険料の未納があるかたには、有効期限が短い保険証を交付する場合があります。

■ 保険証は、毎年8月1日付けで更新されます

新しい保険証は、毎年7月にお住まいの市（区）町村から郵送されます。以下のような場合は、お住まいの市（区）町村の窓口へお問い合わせください。(→29ページ)

- ★有効期限を過ぎても、保険証が届かない。
- ★記載内容に誤りがある。
- ★保険証を紛失・破損した。

！ 新しい保険証が届いたら



医療費の自己負担割合など、内容に変更がある場合は新しい保険証が交付されます。それまでお持ちだった保険証は、お住まいの市（区）町村に返却してください。（有効期限が切れた保険証については、ご自身で破棄していただいてもかまいません。）
誤って使用すると、後日、精算手続きが必要となる場合があります。

マイナンバーカードを健康保険証として利用できます

- ★マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、事前に申込が必要です。
- ★現在の保険証が利用できなくなるわけではありません。保険証は引き続き交付されます。
- ★医療機関・薬局により、健康保険証として利用できる開始時期が異なります。

申込方法は
特設ページでも
確認できます！



https://myna.go.jp/html/hokenshoriyou_top.html

健康保険証利用申込のお問い合わせ



マイナンバー総合
フリーダイヤル

マイナンバー
0120-95-0178

音声ガイダンスに従って「4→2」の順にお進みください。

受付時間（年末年始を除く）

平日：9時30分～20時00分
土日祝：9時30分～17時30分

被保険者(加入者)

千葉県内にお住まいの以下の対象者が加入します。



対象となるかた

75歳以上のかた

- 加入の手続きは必要ありません。
- 75歳の誕生日当日から加入します。
- 誕生日までに、後期高齢者医療制度の保険証をお住まいの市(区)町村から送付します。
- 県外から転入された75歳以上のかたは、転入日から加入します。

65歳から74歳までの一定の障がいがあるかたで、加入を希望するかた

- 下記の手帳等をお持ちのかた、または同等の障がいがあると認められるかたが対象となります。



- 国民年金証書 1・2級(障害基礎年金等)
- 身体障害者手帳 1～3級および4級の一部(音声、言語、下肢1・3・4号)
- 療育手帳(重度の区分)
- 精神障害者保健福祉手帳 1・2級

- 加入を希望するかたは、お住まいの市(区)町村で申請をする必要があります。
- 広域連合の認定を受けた日から加入します。
- 加入した後も、75歳になるまでの間は脱退することができます。ただし、過去に遡っての脱退はできません。

申請に必要なもの

- ①障がいの状態を確認できるもの(国民年金証書、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳など)
- ②個人番号(マイナンバー)に関する書類(裏表紙参照)

！ 会社の健康保険などに加入していたかたは手続きをお願いします

- 会社の健康保険などの加入者が後期高齢者医療制度に加入した場合、そのかたの扶養家族は国民健康保険等への加入手続きが必要です。
- 障がい認定により後期高齢者医療制度に加入される場合には、それまで加入していた会社の健康保険などの脱退の手続きをしてください。



県外の病院や福祉施設等へ転出する場合など(住所地特例制度)

他の都道府県に住所を移したときは、転出先の都道府県の広域連合の被保険者となりますが、転出先の住所が病院や福祉施設等の場合は、引き続き千葉県後期高齢者医療広域連合の被保険者(住所地特例)となります。

また、千葉県内の国民健康保険の被保険者で、千葉県外の住所地特例対象施設に入所しているかたが後期高齢者医療制度に加入すると、千葉県後期高齢者医療広域連合の被保険者となります。

※対象となる施設は、施設のある市(区)町村にご確認ください。

75歳になると後期高齢者医療制度に加入します

75歳になると後期高齢者医療制度の被保険者になり、それまで加入していた健康保険から脱退します。

ここでは75歳到達時の健康保険の変化を、3つの世帯パターンで例示します。

例1 単身世帯の場合（世帯主Aさん：74歳）



世帯主
Aさん
(74歳)

国民健康保険や会社の健康保険など

Aさんが75歳に到達

後期高齢者医療制度に加入
(手続きは不要)

例2 国民健康保険に加入している世帯の場合 (世帯主Bさん：74歳、世帯員Cさん：72歳)



世帯主
Bさん
(74歳)

国民健康保険

Bさんが75歳に到達

後期高齢者医療制度に加入 (手続きは不要)

世帯員
Cさん
(72歳)

国民健康保険

国民健康保険 (継続)

Cさんが75歳に到達

後期高齢者医療制度に加入
(手続きは不要)

例3 世帯主が働いている会社の健康保険に加入している世帯の場合 (世帯主Dさん：74歳、世帯員Eさん：72歳)



世帯主
Dさん
(74歳)

会社の健康保険

Dさんが75歳に到達

後期高齢者医療制度に加入 (手続きは不要)

世帯員
Eさん
(72歳)

会社の健康保険
(被扶養者)

国民健康保険またはご家族の
健康保険に加入 (手続きが必要)

Eさんが75歳に到達

後期高齢者医療制度に
加入 (手続きは不要)



世帯主が後期高齢者医療制度に加入しても、世帯員が国民健康保険に加入している場合は、世帯主が世帯員の国民健康保険料(税)を負担します。

医療費の自己負担割合

医療費の自己負担（一部負担金）の割合は、1割、2割および3割です。

自己負担割合は、8月1日から翌年7月31日までを1年度とし、その年度の前年の所得に応じて判定されます。

※ここでの「被保険者」とは、千葉県の後期高齢者医療制度に加入しているかたを指します。

医療費の
自己負担割合

自己負担割合	所得区分	条 件
3割	現役並み 所得者	市町村民税課税所得（課税標準額）※1が145万円以上の被保険者およびそのかたと同じ世帯にいる被保険者
		<p>★「現役並み所得者」のうち、昭和20年1月2日以降生まれの被保険者がいる世帯で、被保険者全員の賦課のもととなる所得金額※2の合計が210万円以下の場合、1割または2割負担となります。</p> <p>判定のながれの詳細については8・9ページのフローチャートを参照してください。</p> <p>★「現役並み所得者」のうち、次に該当するかたは「<u>基準収入額適用申請</u>」により1割または2割負担に変更できます。</p> <p>（注）原則は「<u>基準収入額適用申請</u>」が必要ですが、お住まいの市（区）町村で対象者のかたが次に示す基準に該当することを確認できる場合は、申請不要です。お住まいの市（区）町村と住民税を課税する市（区）町村が異なる等で確認できない場合は、申請が必要となりますので収入金額がわかる書類をご用意のうえ、お住まいの市（区）町村の後期高齢者医療担当課の窓口で手続きしてください。</p> <p>▼同一世帯に被保険者が1人の場合（次のいずれかに該当するとき）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・そのかたの収入※3の合計金額が383万円未満 ・そのかたの収入※3の合計金額は383万円以上だが、同一世帯の70歳から74歳までのかた全員の収入を含めた収入の合計金額が520万円未満 <p>▼同一世帯に被保険者が複数の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者全員の収入※3の合計金額が520万円未満 <p>判定のながれの詳細については8・9ページのフローチャートを参照してください。</p>
2割	一般Ⅱ	<p>市町村民税課税所得（課税標準額）※1が28万円以上145万円未満かつ以下の要件を満たす被保険者およびそのかたと同じ世帯にいる被保険者</p> <p>▼同一世帯に被保険者が1人の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・そのかたの「年金収入※4+その他の合計所得金額※5」が200万円以上

2割	一般Ⅱ	▼同一世帯に被保険者が複数の場合 ・被保険者全員の「年金収入※4+その他の合計所得金額※5」の合計が320万円以上	
	一般Ⅰ	市町村民税課税世帯で同一世帯に現役並み所得者または、一般Ⅱ、に該当する被保険者がいないかた	
1割	市町村民税非課税世帯	区分Ⅱ	世帯の全員が市町村民税非課税のかた
		区分Ⅰ	・市町村民税非課税世帯で、その世帯全員の個々の所得（年金収入は、控除額80万円として計算。また、給与所得が含まれている場合は、給与所得の金額から10万円を控除して計算）が0円となるかた ・市町村民税非課税世帯で、被保険者本人が老齢福祉年金を受給しているかた

※市町村民税非課税世帯者は1割負担です。

- ※1 市町村民税課税所得(課税標準額)とは、地方税法上の各種控除後の所得のことです。お住まいの市(区)町村から送付される住民税納税通知書で確認できます(非課税のかたには送付されません)。また、前年の12月31日現在において世帯主で、かつ同一世帯に所得(給与所得が含まれている場合は、給与所得の金額から10万円を控除して計算)が38万円以下の19歳未満の世帯員がいる場合、その世帯主であった被保険者は、自己負担割合の判定にあたって市町村民税課税所得から次の金額を控除します。
 ①16歳未満の者・・・1人につき33万円
 ②16歳以上19歳未満の者・・・1人につき12万円
- ※2 賦課のもととなる所得金額については、25ページをご覧ください。
- ※3 収入とは所得税法に規定される収入であり、必要経費や各種控除などを差し引く前の金額となります。所得金額ではありません。確定申告による株式等の譲渡収入なども対象となります。ただし、上場株式等に係る配当所得等及び譲渡所得について、個人住民税において申告不要を選択した場合は含まれません。
- ※4 年金収入とは、所得税法に規定する公的年金等の収入金額のことで、公的年金等控除や社会保険料、所得税を差し引く前の金額です。また、遺族年金や障害年金は含みません。
- ※5 その他の合計所得金額とは、所得税や住民税の対象となる10種類の各種所得のうち、公的年金等の収入金額以外の収入金額から、必要経費や給与所得控除を差し引いた後の所得金額を合計したものです。



年度途中で自己負担割合が変わる場合があります

自己負担割合は、毎月1日時点の世帯状況で判定します。

世帯構成が変わると、年度途中で自己負担割合が変わる場合があります。

また、市町村民税課税所得や各所得の収入額等が更正された際には、当該年度の8月1日に遡って自己負担割合が変わる場合があります。

★自己負担割合が変更された場合、当該期間中に医療機関の窓口で支払った自己負担額を精算(追加徴収または還付)させていただくこととなりますのでご了承ください。



災害などの特別な理由により、医療費の支払いが困難となった場合は、申請により医療費の自己負担が減免または徴収猶予されることがありますので、市(区)町村の窓口にお問い合わせください。

医療費の自己負担割合の判定のながれ

医療費の自己負担割合は、以下のながれで判定します。

①で3割負担となるかどうかを判定し、②で1割負担か2割負担かを判定します。

※ここでの「被保険者」とは、千葉県の後期高齢者医療制度に加入しているかたを指します。

①スタート

本人を含め同じ世帯に市町村民税課税所得(課税標準額)^{※1}が145万円以上の被保険者がいる

いいえ

②へ進む

はい

本人を含め同じ世帯に、昭和20年1月2日以降生まれの被保険者がいる

はい

世帯内の被保険者全員の賦課のもととなる所得金額^{※2}の合計が210万円以下である

はい

いいえ

いいえ

同じ世帯にいる被保険者は、本人のみである

はい

いいえ

本人の収入^{※3}が、383万円未満である

本人および世帯内の被保険者の収入^{※3}の合計金額が520万円未満である

はい
★

いいえ

いいえ

はい
★

同じ世帯に70歳から74歳までのかたがいる

いいえ

はい

本人と70歳から74歳までのかたの収入^{※3}の合計金額が520万円未満である

いいえ

はい★



②へ進む

★に該当するかたは、「基準収入額適用申請」が必要な場合がありますのでお住まいの市(区)町村の窓口へお問い合わせください。(➡29ページ)

②スタート

本人を含め同じ世帯に市町村民税課税所得（課税標準額）※1が
28万円以上の被保険者がいる

はい

いいえ

同じ世帯にいる被保険者は、本人のみである

はい

いいえ

本人の「年金収入※4
+その他の合計所得金額※5」が
200万円以上である

本人および世帯内の
被保険者の「年金収入※4
+その他の合計所得金額※5」の
合計が320万円以上である

いいえ

いいえ

はい

はい

2割負担

2割

1割負担

1割

※1、※3～※5は7ページ、※2は25ページを参照してください。

お医者さんにかかるとき

病気やケガによりお医者さんにかかるとき、保険証を提示することにより療養の給付を受けることができます。

給付の
対象となるもの

診察、治療、
薬や注射などの処置、
入院および看護 など

給付の
対象とならないもの

保険外診療、差額ベッド代、
健康診査、予防接種、歯列矯正、
仕事中のケガ（労災制度）など

窓口でのお支払い

医療機関や薬局の窓口では、かかった医療費の1割、2割または3割を自己負担額として支払います。

ただし、市町村民税非課税世帯のかたは、「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」(→18ページ)、現役並み所得者ⅠまたはⅡに該当するかたは「**限度額適用認定証**」(→18ページ)を提示すると、その医療機関や薬局では**自己負担限度額**(→11ページ)以上のお支払いをする必要がなくなります。

★一般及び現役並み所得者Ⅲに該当するかたは、保険証の提示のみで自己負担限度額までのお支払いで済むようになっています。

★医療機関でオンライン資格確認の仕組みにより所得区分を確認できる場合には、限度額適用認定証等を提示することなく、医療費の窓口負担をあらかじめ上限に抑えることができます。

★オンライン資格確認とは、健康保険証として利用登録が済んでいるマイナンバーカードにより、医療機関等の窓口で資格情報(自己負担割合など)の確認ができることをいいます。(ただし、オンライン資格確認ができる医療機関等に限る)



自己負担限度額（月額）

自己負担限度額は外来（個人単位）を適用後に、外来＋入院（世帯単位）を適用します。

- ①個人単位：外来分のみで自己負担額の合計額を計算し、限度額を超えた分が支給されます。（➡17ページ）
 ②世帯単位：①を計算した後、入院分を含めた世帯（後期高齢者医療制度の被保険者のみ）の自己負担額の合計額を計算し、限度額を超えた分がかかった医療費に応じて按分され、被保険者それぞれに支給されます。（➡17ページ）

自己負担割合	所得区分		外来（個人単位）	外来＋入院（世帯単位）
3割	現役並み所得者	Ⅲ 市町村民税課税所得690万円以上の被保険者およびその被保険者と同一世帯の被保険者	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 〈140,100円※1〉	
		Ⅱ 市町村民税課税所得380万円以上の被保険者およびその被保険者と同一世帯の被保険者	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 〈93,000円※1〉	
		Ⅰ 市町村民税課税所得145万円以上の被保険者およびその被保険者と同一世帯の被保険者	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 〈44,400円※1〉	
2割	一般	Ⅱ 市町村民税課税所得28万円以上 ※住民税が課税されている世帯	6,000円+(医療費-3万円)×10% または、18,000円の いずれか低い方を適用※4 〈年間144,000円※3〉	57,600円 〈44,400円※2〉
1割		Ⅰ 市町村民税課税所得28万円未満 ※住民税が課税されている世帯	18,000円 〈年間144,000円※3〉	
	市町村民税非課税世帯	区分Ⅱ	8,000円	24,600円
		区分Ⅰ		15,000円

お医者さんにかかるとき

- ※1 過去12か月以内に高額療養費の支給を3回受けたときの4回目以降の限度額。
 ※2 過去12か月以内に「外来＋入院（世帯単位）」の高額療養費の支給を3回受けたときの4回目以降の限度額。
 ※3 1年間（毎年8月1日から翌年7月31日）のうち所得区分が「一般」または「市町村民税非課税世帯」であった月の外来（個人単位）の自己負担額の合計額の上限です。（➡18ページ）
 ※4 窓口負担割合が2割のかたは、負担を抑えるための配慮措置があります（令和7年9月30日まで）。1か月の外来受診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です）。
 ★75歳の誕生日については、加入前の健康保険と後期高齢者医療制度の自己負担限度額が、それぞれ2分の1となります。（障がい認定により加入されたかたは2分の1にはなりません。2割のかたの外来受診では、6,000円+(医療費-3万円)×10%または、9,000円のいずれか低い方が適用されます。配慮措置の自己負担限度額は2分の1にはなりません）
 ★自己負担額は、病院・診療所・歯科・調剤の区別なく合算できます。ただし、入院時の食事代や保険のきかない費用（雑費や差額ベッド代など）は合算できません。

入院時の食事代（入院時食事療養費・入院時生活療養費）



入院したときの食事代は、医療費とは別に定額の自己負担となります。
また、療養病床に入院したときは、食事代と居住費の一部が自己負担となります。

所得区分		★食事代は1食当たり、 居住費は1日当たりの 金額	療養病床以外 (入院時食事 療養費の支給)	療養病床 (入院時生活 療養費の支給)		医療の必要性が 高い場合	
			食事代	食事代	居住費	食事代	居住費
現役並み所得者・一般			460円※2	460円※3		460円※2 ※3	
非課税世帯 市町村民税	区分Ⅱ		210円	210円	370円	210円	370円※4
	長期入院該当※1		160円			160円	
	区分Ⅰ		100円	130円		100円	
	老齢福祉年金受給者		100円	0円	0円		

※1 長期入院該当の認定には、申請が必要です。申請月から過去12か月の区分Ⅱの入院日数が91日（後期高齢者医療制度に加入する前の保険分も含みます）以上となった場合、申請月の翌月から該当します。（→18ページ）

※2 特定医療費（指定難病）受給者証をお持ちのかたは260円

※3 一部医療機関では420円

※4 特定医療費（指定難病）受給者証をお持ちのかたは0円

★療養病床に入院しており、人工呼吸器・中心静脈栄養などを必要とする場合、難病などで入院医療の必要性が高い場合は、入院時食事療養費と同額に負担が軽減されます。

★市町村民税非課税世帯のかたが、「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示すると上記の金額となります。提示しない場合は「現役並み所得者・一般」区分での金額となります。

食事代は遡って支給することができませんので、早めの申請手続きをお願いします。（→18ページ）

ただし、医療機関でオンライン資格確認の仕組みにより所得区分を確認できる場合には提示することなく上記の金額となります。（長期入院該当は除く）

Q 入院したとき、病院に支払う金額は1か月どれくらい必要になるのですか？



A 入院にともなって、治療費や手術費用などで医療費が高額になった場合は、自己負担限度額までの支払いとなります。

例 所得区分が「一般」のかたが1か月（31日）入院した場合

医療分の自己負担限度額 57,600円
+ 食事代 42,780円 (460円×3食×31日分)
= 100,380円



★入院時の費用には、他に雑費や差額ベッド代などがかかります。

雑費とは、入院中に使う病衣やテレビなどの使用料です。

差額ベッド代とは、特別室（特別療養環境室）を利用したときにかかる使用料です。

交通事故にあったとき

交通事故など第三者（加害者）の行為によってケガや病気をした場合の医療費は、第三者（加害者）が負担するのが原則ですが、届け出により保険証を使って診療を受けることができます。

この場合、広域連合が一時的に医療費を立て替え、あとで第三者（加害者）に請求します。



交通事故にあったときは必ず市（区）町村と警察へ届け出をしましょう

★加害者から治療費を受け取るなど、示談を済ませてしまうと、保険証が使えなくなる場合があります。

★ケガの程度が軽くても、安易な判断をせず、必ず相手の氏名・住所・連絡先・保険会社などを確認し、すみやかに警察に連絡しましょう。

! 第三者の行為による受診で保険証を使う場合は、必ず市（区）町村へ届け出が必要です。

届け出に必要なもの

- ① 第三者の行為による傷病届
- ② 事故発生状況報告書
- ③ 念書
- ④ 交通事故証明書
- ⑤ 交通事故にあったかたの保険証
- ⑥ 人身事故証明書入手不能理由書（④が物件事故の場合）
- ⑦ 印かん

お医者さんにかかるとき

交通事故等で保険証を使うとき

Q 保険証を使った場合、どのようなメリットがありますか？



A 第三者の行為による傷病の治療に保険証を使用すると、保険診療となり、保険証を使わない場合（自由診療）と比べて医療費が低くなります。

Q 自損事故の場合も届け出が必要なの？



A 自損事故の場合でも、保険証を使用するためには届け出が必要です。なお、自損事故の車等に同乗していたかたが保険証を使用して治療を受ける場合にも、同様に届け出が必要です。

Q 自転車同士、自転車と歩行者のケガでも届け出が必要なの？



A 自転車同士や自転車と歩行者によるケガでも、相手がある事故の場合には届け出が必要です。

柔道整復師（整骨院・接骨院）の施術を受けるとき

柔道整復師による施術は、負傷の原因によって保険証が使える場合と、使えない場合があります。

保険証が使える場合

- 外傷性のねんざ・打撲（スポーツでのねんざなど）
- 医師の同意がある場合の骨折・脱臼の施術
- 応急処置で行う骨折・脱臼の施術（応急手当後の施術には医師の同意が必要です。）



保険証が使えない場合

【全額自己負担】

- 日常生活における単純な疲労や肩こり・体調不良など
- 病気（神経痛・リウマチ・五十肩・ヘルニアなど）による、こりや痛み
- 脳疾患後遺症などの慢性病
- 症状の改善がみられない長期の施術
- スポーツなどによる肉体疲労改善のための施術



- 医療保険の適用とならない場合がありますので、負傷原因は正確に伝えましょう。
- 同一の負傷について、病院での治療と重複はできません。
- 施術が長期にわたる場合は、内科的要因も考えられますので医師の診断を受けてください。

あんま・マッサージ、はり・きゅうにかかるとき

あんま・マッサージ、はり・きゅうにかかるときは、保険証が使える場合と、使えない場合があります。

保険証が使える場合

- 医師の同意がある場合（継続して施術を受ける場合には、定期的に同意が必要です。）

あんま・マッサージ

- 筋麻痺や関節拘縮などで医療上のマッサージを必要とする症例



はり・きゅう

- 神経痛やリウマチ、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疼痛を主症とする疾患



保険証が使えない場合

【全額自己負担】

あんま・マッサージ

- 単純な疲労回復や慰安を目的としたもの
- 疾患予防のためのもの

はり・きゅう

- 同じ疾患の治療で病院や診療所などにかかっているもの
- 単純な疲労回復や慰安を目的としたもの
- 疾患予防のためのもの



自宅へ往療してもらったことによる往療料は、寝たきりなど真に安静を必要とするやむを得ない理由などで、通所するのが困難な場合に限って医療保険の適用の対象となります。施術所へ赴くのが面倒、交通手段がないなどの理由では適用なりません。



施術所から提出された療養費支給申請書の請求内容を確認するために、受療内容に関するアンケートをお送りすることがありますので、ご協力をお願いします。

※施術を受けることを控えていただく目的ではありません。

訪問看護を利用したとき（訪問看護療養費）

在宅で療養をしているかたが、医師の指示により訪問看護ステーションの訪問看護師から療養上の世話や診療の補助を受けた場合、かかった費用の1割、2割または3割が自己負担となります。

なお、特別サービス（営業時間外の対応など）を希望して受けた場合や、交通費・おむつ代などの費用については、全額自己負担となります。

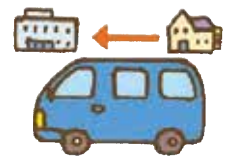
また、要介護状態などにあり、介護保険からも給付を受けられる場合は、原則として介護保険が優先されます。ただし、難病などの場合には、後期高齢者医療制度から給付を行います。

先進医療を受けたとき（保険外併用療養費）

一般診療と共通する部分については、保険が適用され、保険証で診療が受けられます。

移送費

負傷・病気等により移動の困難な被保険者が、治療のため、医師の指示により一時的・緊急的な必要性があつて、病院等に搬送されたときには、広域連合が内容を審査のうえ認めた場合に限り、移送費として支給されます。



お医者さんにかかるとき

右記の条件をすべて満たす必要があります。

- 移送の目的である療養が保険診療として適切であること
- 療養の原因である病気・ケガにより移動が困難であること
- 災害時など緊急その他やむを得ないこと
- 医師の指示があること

申請に必要なもの

- ① 医師の意見書（移送の理由等を記載したもの）
- ② 費用の領収書（原本）
- ③ 本人名義の預金通帳等
- ④ 保険証
- ⑤ 個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）
- ⑥ 印かん

< 具体的事例 >

- ① 負傷した患者が災害現場等から医療機関に緊急に移送された場合。
- ② 離島等で病院にかかり、又は負傷し、その症状が重篤であり、かつ、傷病が発生した場所の付近の医療施設では必要な医療が不可能であるか又は著しく困難であるため、必要な医療の提供を受けられる最寄りの医療機関に移送された場合。
- ③ 移動困難な患者であつて、患者の症状からみて、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院した場合。



- 緊急性が認められない場合は、対象になりません。
- 重傷のため移送車を使って転院した場合でも、計画的なものは移送費の対象になりません。

葬祭費

被保険者が亡くなられたときは、葬祭を行ったかた（喪主）に葬祭費（50,000円）が支給されます。市（区）町村の窓口申請してください。

申請に必要なもの

- ① 葬祭を行ったこと・葬祭を行ったかた（喪主）を確認できるもの（領収書、会葬礼状など）
- ② 葬祭を行ったかた（喪主）の預金通帳
- ③ 葬祭を行ったかた（喪主）の印かん

医療費の払い戻しが受けられるとき（療養費）

次のような場合は、いったん医療費の全額を本人が支払います。

あとから市（区）町村の窓口申請して認められると、自己負担分（1割、2割または3割）を除いた金額が療養費として支給されます。

■ コルセット・補装具などの治療用装具を作ったとき

申請に必要なもの

- ① 医師の証明書（治療用装具を必要とする証明書）
- ② 領収書（原本）
- ③ 本人名義の預金通帳
- ④ 保険証
- ⑤ 個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）
- ⑥ 印かん
- ⑦ 写真（靴型装具の場合）



★ 弾性ストッキングや弾性包帯、義眼など、支給の費用額に上限が定められている装具があります。

■ 旅行中の急病などでやむを得ず保険証を提示できずに診療を受けたとき ...

申請に必要なもの

- ① 領収書（原本）
- ② 診療報酬明細書（レセプト）
- ③ 本人名義の預金通帳
- ④ 保険証
- ⑤ 個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）
- ⑥ 印かん



★ 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。

■ 医師が必要と認めて、あんま・マッサージ、はり・きゅうなどの施術を受けたとき

申請に必要なもの

- ① 医師の同意書または診断書
- ② 施術の内容がわかる書類
- ③ 領収書（原本）
- ④ 本人名義の預金通帳
- ⑤ 保険証
- ⑥ 個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）
- ⑦ 施術報告書の写し（再同意の場合）
- ⑧ 印かん



★ 医師の同意を得て治療を受けた場合に限られます。

★ 同意の有効期限を超えて引き続き施術を受ける場合は、改めて医師の同意書が必要です。（再同意）

★ 自己負担分の支払いで、施術を受けられることもあります。そのときは支給（払い戻し）申請の必要はありません。

■ 骨折・ねんざなどで、保険診療を扱っていない柔道整復師の施術を受けたとき

申請に必要なもの

- ① 施術の内容がわかる書類
- ② 領収書（原本）
- ③ 本人名義の預金通帳
- ④ 保険証
- ⑤ 個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）
- ⑥ 印かん



★ 自己負担分の支払いで、施術を受けられることもあります。そのときは支給（払い戻し）申請の必要はありません。

■ 海外で診療を受けたとき

申請に必要なもの

- ① パスポート*
- ② 診療報酬明細書（レセプト）に相当する書類
- ③ 領収書・診療報酬明細書に相当する書類の翻訳文
- ④ 領収書（原本）
- ⑤ 本人名義の預金通帳
- ⑥ 保険証
- ⑦ 個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）
- ⑧ 海外の医療機関等へ、保険者が療養内容を照会することについての同意書
- ⑨ 印かん

※ パスポートで渡航履歴を確認できない場合は航空券などの渡航した事実を確認できる書類が必要です。

★ 日本の保険の適用範囲内に限ります。 ★ 治療を目的として渡航した診療は、対象となりません。

★ 申請は、受診者本人の帰国後となります。



療養費等の振り込み先として、国（デジタル庁）に登録済みの公金受取口座（公的給付支給等口座）を指定する場合は、本人名義の預金通帳は不要となります。

医療費が高額になったとき

高額療養費の支給

1か月（同じ月内）の医療費の自己負担額が、定められた限度額（➡11ページ）を超えた場合は、その超えた額が高額療養費として支給されます。

支給対象となるかたには、受診月の概ね3か月後に市（区）町村から支給申請案内（初回のみ）を送付します。

申請に必要なもの

- ①申請書（市（区）町村から送付されます）
- ②本人名義の預金通帳
- ③保険証
- ④個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）
- ⑤印かん

! 高額療養費の振り込み先として、国（デジタル庁）に登録済みの公金受取口座（公的給付支給等口座）を指定する場合は、本人名義の預金通帳は不要となります。

2回目以降の申請手続きは不要です

2回目以降は、初回に指定していただいた口座へ振り込みます。
ただし、口座を変更する場合や解約をした場合は、再度申請が必要になります。

高額療養費の計算例：所得区分が「一般I」の場合

夫（78歳）の自己負担額

外来 A内科 18,000円*	外来 B歯科 5,000円
-----------------------	---------------------

*外来の場合、窓口の負担は個人の自己負担限度額までの支払いとなります。

妻（75歳）の自己負担額

外来 C眼科 3,000円	入院 D病院 57,600円*
---------------------	-----------------------

*入院の場合、窓口の負担は世帯の自己負担限度額までの支払いとなります。

はじめに

個人ごとに外来分を計算

外来の限度額
18,000円

自己負担額の合計23,000円

自己負担額合計 23,000円 - 限度額 18,000円 = 外来の支給額 5,000円①

外来の限度額を超えた分を支給

自己負担額
3,000円

外来の自己負担額が18,000円を超えていないので、支給されません。

つぎに

世帯全体で外来分と入院分を合わせて計算

世帯の限度額
57,600円

最終的な夫の外来の自己負担額
18,000円

妻の外来の自己負担額
3,000円

妻の入院の自己負担額
57,600円

夫と妻の自己負担額を合計 (18,000円 + 3,000円 + 57,600円) - 世帯の限度額 57,600円 = 外来 + 入院の支給額 21,000円②

世帯の限度額を超えた分を支給

高額療養費の支給額は、①の5,000円は、夫に対して支払われます。

②の21,000円は、かかった費用に応じて夫と妻に支払われます。

医療費が高額になったとき

外来に係る年間の高額療養費（外来年間合算）

1年間（8月1日から翌年7月31日）のうち所得区分が一般または市町村民税非課税世帯であった月の外来（個人単位）の自己負担額の合計が144,000円を超えた場合、超えた額が支給されます。支給対象となる可能性が高いかたには、広域連合からご案内を送付します。

※月の高額療養費の支給がある場合、支給された額は自己負担額には含みません。

※所得区分は基準日（7月31日または資格喪失した日の前日）の所得区分を適用します。

申請に必要なもの

- ①申請書（広域連合から送付されます）
- ②本人名義の預金通帳
- ③保険証
- ④個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）
- ⑤印かん



外来に係る年間の高額療養費の振り込み先として、国（デジタル庁）に登録済みの公金受取口座（公的給付支給等口座）を指定する場合は、本人名義の預金通帳は不要となります。

限度額適用・標準負担額減額認定証 オンライン資格確認対応（→10ページ）

市町村民税非課税世帯のかたが「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関や薬局などへ提示すると、窓口で医療費の支払いが自己負担限度額（→11ページ）までになるとともに、入院時の食事代（→12ページ）が減額されます。市（区）町村の窓口申請してください。

対象者 世帯の全員が市町村民税非課税のかた（区分Ⅰ、区分Ⅱ）

申請に必要なもの

- ①保険証
- ②個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）

所得区分が「区分Ⅱ」のかたで入院日数が91日以上になった場合

区分Ⅱのかたの入院日数が、過去12か月において合計91日以上となったときは、「区分Ⅱ（長期入院該当）」（→12ページ）の申請をすることができます。

なお、他の健康保険（区分Ⅱ）における入院日数も含めることができます。

食事代の減額は、申請した翌月から有効となりますので、申請日からその月末までの差額は後日支給します。（別途申請が必要になります。）

申請に必要なもの

- ①保険証
- ②入院日数がわかる領収書など
- ③個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）

限度額適用認定証 オンライン資格確認対応（→10ページ）

下記対象者が、「限度額適用認定証」を医療機関や薬局などへ提示すると、窓口で医療費の支払いが自己負担限度額（→11ページ）まで抑えられます。市（区）町村の窓口申請してください。

対象者 現役並み所得者Ⅰ、Ⅱのかた

申請に必要なもの

- ①保険証
- ②個人番号（マイナンバー）に関する書類（裏表紙参照）

特定疾病療養受療証 オンライン資格確認対応 (→10ページ)

人工透析など高度な治療が長期間必要となるかたは、申請いただくことで「特定疾病療養受療証」を交付します。市(区)町村の窓口申請してください。

対象

- 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部
- 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限ります。)



自己負担限度額

1医療機関(入院・外来別)につき月額10,000円
(月の途中で75歳の誕生日を迎え被保険者となるときは、その月に限り5,000円)

申請に必要なもの

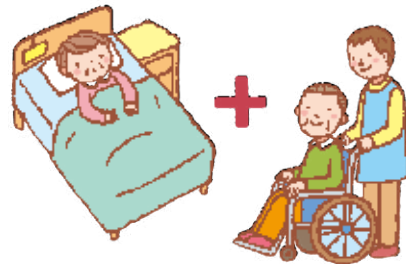
- ①保険証 ②特定疾病に関する医師の意見書、他の保険で交付された特定疾病療養受療証など ③個人番号(マイナンバー)に関する書類(裏表紙参照)

❗「限度額適用・標準負担額減額認定証」、「限度額適用認定証」、「特定疾病療養受療証」が他の保険で交付されていた場合でも、千葉県の後期高齢者医療制度に加入したときには申請が必要です。

医療費と介護保険サービス利用料が高額になったとき (高額介護合算療養費)

1年間の医療費と介護保険サービス利用料の自己負担額を合計した金額が、定められた限度額を超えた場合は、その超えた額が高額介護合算療養費として支給されます。

支給対象となる可能性が高いかたには、広域連合から支給申請の案内を送付します。



医療費が高額になったとき

★高額介護合算療養費は、支払った自己負担額の割合で、後期高齢者医療制度と介護保険制度、それぞれの保険者から支払われます。

★対象期間は、毎年8月1日から翌年7月31日までの1年間です。

★対象期間に千葉県外から転入したかた、他の健康保険から後期高齢者医療制度に加入したかた・県外の介護保険を利用しているかたについては、支給申請の案内が届かない場合がありますので、お住まいの市(区)町村の窓口にお問い合わせください。

申請に必要なもの

- ①申請書(広域連合から送付されます)
- ②本人名義の預金通帳
- ③保険証
- ④介護保険証
- ⑤個人番号(マイナンバー)に関する書類(裏表紙参照)
- ⑥自己負担額証明書(対象期間中に転居等により、医療(介護)保険者の変更があった場合)
- ⑦印かん

❗高額介護合算療養費の振り込み先として、国(デジタル庁)に登録済みの公金受取口座(公的給付支給等口座)を指定する場合は、本人名義の預金通帳は不要となります。

■高額介護合算療養費が支給される場合

同一世帯の後期高齢者医療制度の被保険者で、対象期間内に次の①および②の条件を満たす必要があります。

- ① 世帯で「医療費」と「介護保険サービス利用料」の両方で自己負担がある。
- ② ①の自己負担額の合計が、下表の自己負担限度額を超える。

★同一世帯であっても、後期高齢者医療制度の被保険者以外の家族の自己負担額を合計することはできません。

また、食事代や居住費などは含みません。

★世帯の総支給額が500円以下の場合には支給されません。

■自己負担限度額（年額）

自己負担割合	所得区分		医療+介護
3割	現役並み所得者	Ⅲ 市町村民税課税所得690万円以上の被保険者およびその被保険者と同一世帯の被保険者	212万円
		Ⅱ 市町村民税課税所得380万円以上の被保険者およびその被保険者と同一世帯の被保険者	141万円
		Ⅰ 市町村民税課税所得145万円以上の被保険者およびその被保険者と同一世帯の被保険者	67万円
1割	一般※		56万円
	市町村民税非課税世帯	区分Ⅱ	31万円
		区分Ⅰ	19万円

★高額療養費や高額介護サービス費として払い戻された額は含みません。

★基準日（7月31日または資格喪失日の前日）現在の所得区分を適用します。

★区分Ⅰに該当し、世帯内に介護保険の受給者が複数いる場合は、限度額が異なる場合があります。

※自己負担割合が「2割」のかたは、「一般」の区分に含まれます。

医療費が高額に
なったとき

高額介護合算療養費の支給例：所得区分が「一般」の場合

後期高齢者医療制度に加入している夫婦のうち、夫が病院に入院、妻が介護保険サービスを利用している場合

夫（79歳）の年間自己負担額

医療費	介護保険サービス費
30万円	0円

自己負担額の合計 30万円

妻（76歳）の年間自己負担額

医療費	介護保険サービス費
0円	30万円

自己負担額の合計 30万円

世帯全体の
自己負担額
から計算

世帯の限度額
56万円

夫と妻の自己負担額を合計

(30万円 + 30万円) -

世帯の限度額

56万円 =

申請によって支給される額

4万円

後期高齢者医療制度と介護保険制度それぞれの保険者から、かかった費用に応じて夫と妻に支払われます。

！ 時効があります。

申請によって給付(高額療養費・葬祭費等)を受けることができるのは、法律により2年間と定められています。忘れずに市(区)町村の窓口で手続きしてください。なお、時効の起算日については、給付の種類により異なります。

医療費が高額に
なったとき

還付金詐欺にご注意ください！

千葉県内で、市(区)町村・金融機関などの職員を名乗った還付金詐欺が多発しています。

「お金が戻るのでATMへ行ってください」は詐欺です。

少しでもおかしいと感じたら、お住まいの市(区)町村窓口、最寄りの警察署などにご相談ください。

犯行の手口(一例)

市(区)町村・金融機関の職員をかたり「医療費の還付金が発生しており、書類を送ったが手続きが済んでいない。申請期限が過ぎているが、今日であればATMで還付の手続きができる」等と言ってATMへ誘い出す。

その後、ATMを操作させて、知らないうちに振り込ませて現金をだまし取る。



◆ 還付金詐欺にあわないために

- 口座番号、暗証番号などの個人情報教えない。
- 相手の身分(所属など)や氏名を確認する。
- 一人で判断せず、家族や最寄りの警察署などに相談する。
- 留守番電話やナンバーディスプレイ、警告・通話録音機能を利用する。

お医者さんの上手なかかり方

お医者さんにかかるとき、ちょっとした誤解や思い込みで治療が長引くことがあります。上手にお医者さんにかかれば、必要以上に医療費がかかることもありません。

■かかりつけのお医者さんに相談しましょう

日常的な診療や健康管理は、かかりつけのお医者さんに相談しましょう。普段から健康状態を診てもらい、高度な治療や精密検査が必要であるとお医者さんが判断した場合には、紹介状を書いてもらい、専門の大きな病院を受診するようにしましょう。



■同じ病気で複数の医療機関にかかるのは控えましょう

同じ病気で複数の医療機関にかけると、医療費の自己負担額が増えてしまいます。また、重複する検査や飲み合わせの悪い薬を服用することにより、体に負担となることがあります。



広域連合では、同じ病気で数か所の医療機関を受診しているかたや、同じ医療機関を頻繁に受診しているかたに対して、保健師等が訪問し、日常生活習慣改善への支援や療養方法等について指導を行っています。また、健康についての悩み事などのご相談もお受けしています。

対象者には、市町村や委託業者から連絡がありますので、事業へのご協力をお願いします。

■時間内受診を心がけましょう

具合が悪いときは、早めに医療機関を受診しましょう。休日・夜間の受診は窓口負担が高くなります。



■お薬手帳を持ちましょう

薬が余っているときは、医療機関や薬局に相談しましょう。複数の医療機関にかかっている場合に、薬の副作用がないかを確認するために、お薬手帳は1冊にまとめましょう。また、ジェネリック医薬品を活用しましょう。(→23ページ)



■医療費通知を活用しましょう

病気やケガで医療機関にかかった情報を、年3回(6月、10月、翌年の2月)送付しています。ご自身の健康管理と今後の受診の参考にしましょう。



診療日数等の受診内容に誤りがないかをご確認ください

受診していない内容が医療費通知に書かれている場合などは、記載のある医療機関または広域連合にご連絡ください。

千葉県地域包括ケア歯科医療連携室について

千葉県歯科医師会では、千葉県口腔保健センター内に千葉県在宅歯科医療連携室を開設し、相談を受け付けています。お気軽にお問合せください。

主な相談内容

- 在宅歯科医療に関する相談
- 訪問歯科診療・口腔ケアなどを行う歯科診療所等の紹介
- 在宅歯科医療を行う上での、医療機関や介護事業者等との調整など

受付時間

- 電話：043-241-8020 午前10時～午後4時(土・日、祝日、年末年始を除く)
- FAX：043-241-8218 連絡は後日になることがあります。

ジェネリック医薬品（後発医薬品）

ジェネリック医薬品とは、先発医薬品（新薬）の特許期間終了後に販売される医薬品のことです。

先発医薬品より安価で経済的です

- ★患者さんの自己負担の軽減につながります。
- ★価格は品目ごとに様々ですが、先発医薬品の半額以下の薬もあります。

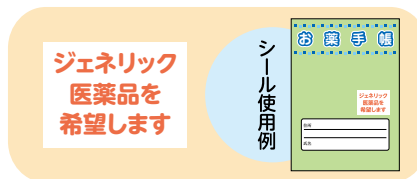


効き目や安全性は先発医薬品とほぼ同等です

- ★国では、ジェネリック医薬品が先発医薬品と同レベルの品質・有効性・安全性を有するかどうかについて、欧米と同様の基準で審査を行っています。（薬の形・色・味は先発医薬品と異なる場合があります。）

ジェネリック医薬品を希望する場合は医師・薬剤師にご相談ください

- ★すべての先発医薬品にジェネリック医薬品があるわけではありません。
- ★治療内容や体質などによってジェネリック医薬品を利用できない場合もあります。
- ★薬の効果や副作用など、現在使っている薬と異なる点について、かかりつけの医師・薬剤師に相談してください。
- ★ジェネリック医薬品希望シールを保険証やお薬手帳に貼れば、医療機関や薬局へ簡単に意思表示ができます。（シールは保険証送付時に同封しています。）



薬代の負担軽減のご案内を送付しています（ジェネリック医薬品差額通知）

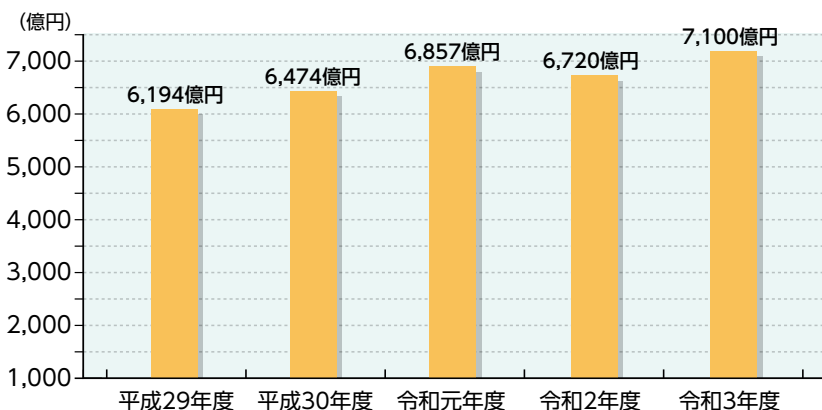
広域連合では、現在服用されている先発医薬品をジェネリック医薬品に切り替えた場合に、自己負担額が一定以上軽減されると見込まれるかたに、ジェネリック医薬品差額通知を送付しています。

★医療費の適正化にご協力ください

適正な受診とジェネリック医薬品の使用は、医療費削減にも効果があります。

医療費の削減は、後期高齢者医療制度の運営に必要な**保険料や現役世代からの支援金の増加の抑制につながります。**

●千葉県後期高齢者医療広域連合における医療費の推移



広域連合の医療費は増加傾向にあります。



※医療費とは、被保険者が医療機関等の窓口で支払う自己負担額と、広域連合が医療機関等に支払う医療給付費を合計したものです。

お医者さんの方
上手なかかり方

健康診査

健康診査を受けて、心身の健康を維持しましょう。
再検査または治療が必要な場合は、必ず医療機関を受診しましょう。



- ★健康診査のご案内は、お住まいの市町村から送付されます。
- ★健康診査に係る窓口負担はありません。ただし、健康診査後の治療に要する費用は有料となります。

健康診査

疾病予防、重症化予防および心身機能低下の防止のため、健康診査を実施しています。

対象者

千葉県後期高齢者医療被保険者

検査項目

診察／身体計測／血圧測定／血液検査（脂質、肝機能、血糖）／尿検査（腎機能、尿糖）
※診察は、後期高齢者の質問票を用いた総合的な健康状態の検査を含みます。
※詳細な健診項目は一定の基準を満たし、医師が必要と認めた場合に対象となります。

実施期間

市町村によって異なりますので、お住まいの市町村の担当窓口までお問い合わせください。

実施方法

市町村によって異なりますので、お住まいの市町村の担当窓口までお問い合わせください。

健康診査結果の閲覧

マイナポータルにおいて、令和2年度以降に受診した健診結果を閲覧できるようになりました。
※最新の健診結果の閲覧は、受診月から数か月期間を要します。

歯科口腔健康診査

口腔機能低下や肺炎などの疾病を予防するため、歯科口腔健康診査を実施しています。

対象者

昭和22年4月2日～昭和23年4月1日生まれの被保険者のかた

検査項目

歯と歯肉の状況（むし歯、歯肉の炎症、かみ合わせなど）
口腔機能の状況（舌の動き、物を飲み込む力など）
※必要に応じて、口腔衛生指導（むし歯、歯周疾患の予防法など）を行います。

実施期間

令和5年6月1日～令和5年12月28日

実施方法

対象者には受診票を送付します。
同封した一覧の医療機関に予約して受診してください。

保険料



被保険者一人ひとりに保険料を納めていただきます。
みなさんが納める保険料は医療給付費の大切な財源となります。

保険料の決め方

保険料率（「均等割額」と「所得割率」）は、被保険者の医療給付費（医療費総額から自己負担額を除いた額）の約1割を、被保険者全員でまかなえるように算定します。（保険料率は2年ごとに見直され、千葉県内で均一です。）

★保険料は、被保険者全員が負担する「均等割額」と被保険者の前年所得に応じて負担する「所得割額」を合計して、個人単位で決定します。

★4月1日から翌年3月31日までの1年間の金額を決定します。
（年度の途中で新たに被保険者となったときは、その月から月割りで計算します。）

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{年間保険料額} \\ \hline \text{(限度額66万円)} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{均等割額} \\ \hline \text{1人当たり} \\ \hline \text{43,400円} \\ \hline \end{array} + \begin{array}{|c|} \hline \text{所得割額} \\ \hline \left(\begin{array}{|c|} \hline \text{賦課のもととなる} \\ \hline \text{所得金額}^* \\ \hline \end{array} \right) \times \begin{array}{|c|} \hline \text{所得割率} \\ \hline \text{8.39\%} \\ \hline \end{array} \\ \hline \end{array}$$

※賦課のもととなる所得金額＝総所得金額等（前年の総所得金額および山林所得金額ならびに株式・長期（短期）譲渡所得金額等の合計）－43万円（基礎控除）

- 退職所得、非課税所得（遺族年金・障害年金・失業給付など）は、含まれません。
- 各種所得控除（医療費控除、社会保険料控除、生命保険料控除、配偶者控除など）は、適用されません。
- 「総合課税分」と「申告分離課税分」のそれぞれについて、損益通算、各繰越損失額・特別控除額・所得金額調整控除額の控除を行います。（繰越雑損失は控除しません。）
- 合計所得金額が2,400万円を超える場合は基礎控除額が減少し、2,500万円を超える場合は基礎控除の適用がありません。

保険料のめやす

下表は、1人世帯で公的年金収入のみのかたの保険料額のめやすです。
所得状況に応じて、保険料の軽減が受けられる場合があります。（➡26ページ）

1人世帯で公的年金収入のみの場合

公的年金収入額	公的年金等に係る雑所得の金額 (総所得金額等 ①)	均等割額 ②	所得割額 ③ {(①－43万円) × 8.39%}	年間保険料額 (②＋③)
120万円	10万円	7割軽減 13,020円	0円	13,000円
170万円	60万円	5割軽減 21,700円	14,263円	35,900円
200万円	90万円	2割軽減 34,720円	39,433円	74,100円
240万円	130万円	43,400円	72,993円	116,300円
280万円	170万円	43,400円	106,553円	149,900円

(年間保険料額は100円未満切捨て)

保険料の軽減制度（申請手続きは不要です）

① 所得の低いかたの均等割額の軽減

世帯の所得状況に応じて「均等割額」が軽減されます。



軽減判定の対象となるかたの所得情報がない場合には、所得の申告が必要となる場合があります。

■ 軽減判定所得基準

軽減判定所得基準 (世帯内の被保険者と世帯主の総所得金額等の合計)	軽減割合	軽減後の均等割額
43万円 +10万円×(給与・年金所得者の数-1)*以下の場合	7割軽減	13,020円/年
43万円+(29万円×世帯内の被保険者数) +10万円×(給与・年金所得者の数-1)*以下の場合	5割軽減	21,700円/年
43万円+(53.5万円×世帯内の被保険者数) +10万円×(給与・年金所得者の数-1)*以下の場合	2割軽減	34,720円/年

※世帯内の被保険者と世帯主のうち、以下のいずれかに該当する者が2人以上いる場合には、その人数から1を減じた数に10万円を乗じた金額を加えます。

- 給与収入(専従者給与を除く)が55万円を超える。
- 65歳以上(前年の12月31日現在)で公的年金収入(特別控除額15万円を差し引いた額)が110万円を超える。
- 65歳未満(前年の12月31日現在)で公的年金収入が60万円を超える。

均等割額の軽減を判定する際の注意事項

- 65歳以上(1月1日時点)の公的年金受給者は、公的年金等に係る雑所得の金額から特別控除額15万円を差し引いた額で軽減判定します。

公的年金等に係る雑所得の金額(公的年金収入額 - 公的年金等控除額) - 特別控除15万円

- 軽減判定の基準日は毎年4月1日です。
(年度途中で新たに被保険者となった場合は、その日となります。)
- 専従者控除を受けている場合は、専従者控除前の金額で判定します。
(専従者給与を受け取っている場合、専従者給与は判定の対象になりません。)
- 土地譲渡所得等の特別控除がある場合、特別控除前の金額で判定します。
(所得割額計算の際は土地譲渡所得等の特別控除後の金額で算定します。)
- 繰越純損失額は、均等割額の軽減判定の控除対象となります。
(所得割額計算の際も控除対象となります。)
- 繰越雑損失額は、均等割額の軽減判定のみ控除対象となります。

② 会社の健康保険などの被扶養者であったかたの保険料の軽減

後期高齢者医療制度加入の前日に会社の健康保険や共済組合などの被用者保険の被扶養者であったかたの「均等割額」は、加入した月から2年間のみ**5割軽減**されます。「所得割額」はかかりません。

★国民健康保険および国民健康保険組合の被保険者であったかたは対象になりません。

★「①所得の低いかたの均等割額の軽減」に該当する場合は、軽減割合の高い方が優先されます。



保険料の計算例

保険料額は、100円未満の端数を切り捨てます。軽減判定については、26ページをご覧ください。

例1 被保険者が単身世帯で、年金収入額210万円の場合

公的年金等に係る雑所得の金額 210万円 - 110万円 (公的年金等控除) = 100万円

均等割額

均等割軽減判定：100万円 - 15万円 (特別控除) = 85万円 → 2割軽減 に該当

均等割額：43,400円 - (43,400円 × 0.2) = 34,720円

所得割額

所得割額：100万円 - 43万円 (基礎控除) = 57万円

→ 57万円 × 8.39% = 47,823円



均等割額	所得割額	合計	年間保険料額
34,720円	47,823円	82,543円	82,500円

例2 被保険者である夫婦二人世帯で、夫の年金収入額210万円、妻の年金収入額80万円の場合

夫 公的年金等に係る雑所得の金額 210万円 - 110万円 (公的年金等控除) = 100万円

妻 公的年金等に係る雑所得の金額 80万円 - 110万円 (公的年金等控除) = 0円

〔夫の保険料額〕

均等割額

均等割軽減判定：夫100万円 - 15万円 (特別控除) = 85万円

夫85万円 + 妻0円 = 85万円 → 5割軽減 に該当

均等割額：43,400円 - (43,400円 × 0.5) = 21,700円

所得割額

所得割額：100万円 - 43万円 (基礎控除) = 57万円

→ 57万円 × 8.39% = 47,823円



〔妻の保険料額〕

均等割額 21,700円 (夫と同額)

所得割額 0円 × 8.39% = 0円



	均等割額	所得割額	合計	年間保険料額
夫	21,700円	47,823円	69,523円	69,500円
妻	21,700円	0円	21,700円	21,700円

■公的年金等に係る雑所得の金額の算出方法 (昭和33年1月1日以前に生まれた65歳以上のかた)

公的年金収入額 (年額)	公的年金等に係る雑所得の金額
110万円以下	0円
110万円超330万円未満	公的年金収入額 - 110万円
330万円以上410万円未満	公的年金収入額 × 0.75 - 27万5千円
410万円以上770万円未満	公的年金収入額 × 0.85 - 68万5千円
770万円以上1,000万円未満	公的年金収入額 × 0.95 - 145万5千円
1,000万円以上	公的年金収入額 - 195万5千円

! 遺族年金や障害年金などの非課税年金は、保険料賦課の対象になりません。

保険料の納め方〈市(区)町村から郵送される保険料納入通知を必ずご確認ください。〉

保険料の納め方は、年金から天引きされる「特別徴収」と、納付書や口座振替で納める「普通徴収」の2通りです。新たに被保険者になったかたは、一定期間「普通徴収」になります。

受給している年金が年額18万円未満である。

はい

いいえ

介護保険料を納付書や口座振替で納めている。または、介護保険料と後期高齢者医療保険料の合算額が年金受給額の2分の1を超える。

はい

いいえ

■年金から納める《特別徴収》

年6回、年金受給月に自動的に天引きされます。

仮徴収			本徴収		
4月 【1期】	6月 【2期】	8月 【3期】	10月 【4期】	12月 【5期】	2月 【6期】
年間保険料額が決定していないため、前年度の年間保険料額に基づいて仮算定された保険料額（前年度2月分と同額）を納めます。			決定した年間保険料額から仮徴収分を差し引いた額を、3回に分けて納めます。金額は7月中旬頃通知予定です。		

※複数の年金を受給、年度途中の加入、住所変更、介護保険の住所地特例対象者などの場合、特別徴収にならないことがあります。

★納付方法を口座振替に変更することができます。

口座振替を希望されるかたは、お住まいの市(区)町村の窓口にお問い合わせください。手続きの時期により、口座振替の開始月が異なります。



■納付書・口座振替で納める《普通徴収》

7月～翌年2月の年8回に分けて納めます。

- ・納付書…市(区)町村から送付される納付書で納期限までに納めてください。
- ・口座振替…ご指定の口座から納期限日に引き落とします。口座振替を希望されるかたは、お住まいの市(区)町村の窓口にお問い合わせください。

※手続きの時期により、口座振替の開始月が異なります。

★国民健康保険で口座振替を利用していたかたも、改めて手続きが必要です。



社会保険料控除

納めていただいた保険料は、所得税や市町村民税の申告の際に社会保険料控除として所得控除の対象となります。納付方法により、以下のとおり適用されるかたが異なります。納付された金額等が不明な場合は、お住まいの市(区)町村にご確認ください。

- ・年金天引きの場合…年金受給者本人
- ・納付書、口座振替の場合…実際に納付したかた

保険料の納付が困難な場合

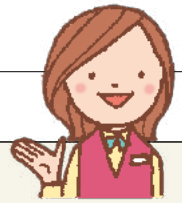
震災、風水害、火災等で大きな損害を受けたときや事業の休廃止などで所得が激減したことにより保険料を納めることが困難になったときは、申請により保険料の免除・減額を受けられる場合があります。詳しくはお住まいの市(区)町村の窓口にご相談ください。

★特別な事情もなく滞納が続くと、通常の保険証よりも有効期限が短い「短期被保険者証」を交付する場合があります。

市(区)町村お問い合わせ先

	市(区)町村名	担当窓口		電話番号	FAX番号
あ	旭市	保険年金課	高齢者医療年金班	0479-62-5882	0479-62-2170
	我孫子市	国保年金課	後期医療係	04-7185-1891	04-7185-4380
い	いすみ市	市民課	国保年金班	0470-62-1115	0470-63-1252
	市川市	国民健康保険課	高齢者医療担当	047-712-8533	047-712-8739
	一宮町	住民課	保険年金係	0475-42-1423	0475-42-1426
	市原市	国民健康保険課	高齢者医療係	0436-23-9886	0436-24-8620
	印西市	国保年金課	高齢者医療年金係	0476-33-4470	0476-42-8901
	浦安市	国保年金課	後期高齢者医療係	047-712-6274	047-354-8491
お	大網白里市	市民課	高齢者医療年金班	0475-70-0336	0475-72-8454
	大多喜町	税務住民課	保険年金係	0470-82-2122	0470-82-4461
	御宿町	保健福祉課	医療保険係	0470-68-6717	0470-68-7183
か	柏市	保険年金課	後期高齢者医療担当	04-7191-2594	04-7167-8103
	勝浦市	市民課	国保年金係	0470-73-6611	0470-73-4283
	香取市	市民課	年金・高齢者医療班	0478-50-1228	0478-54-1117
	鎌ヶ谷市	保険年金課	後期高齢者医療係	047-445-1207	047-445-1400
	鴨川市	市民生活課	保険年金係	04-7093-7839	04-7093-4145
き	木更津市	保険年金課	後期高齢者医療係	0438-23-7024	0438-22-4631
	君津市	国保年金課	後期高齢者医療係	0439-56-1179	0439-56-1220
	鋸南町	税務住民課	住民保険室	0470-55-2112	0470-55-1851
く	九十九里町	住民課	国保年金係	0475-70-3236	0475-76-7934
こ	神崎町	町民課	国保年金係	0478-72-2113	0478-72-2110
さ	栄町	住民課	国保年金班	0476-33-7706	0476-95-4274
	佐倉市	健康保険課	高齢者医療班	043-484-6136	043-486-2507
	山武市	国保年金課	高齢者医療年金係	0475-80-1142	0475-82-2107
し	酒々井町	健康福祉課	国保年金班	043-496-1171 (内線) 124	043-496-4541
	芝山町	町民税務課	国保年金係	0479-77-3912	0479-77-0871
	白子町	住民課	国保年金係	0475-33-2112	0475-33-4132
	白井市	保険年金課	保険年金係	047-492-1111 (内線) 3179・3176	047-491-3551
そ	匝瑳市	市民課	保険料班	0479-73-0086	0479-72-1116
	袖ヶ浦市	保険年金課	後期・賦課徴収班	0438-62-3092	0438-62-1934
た	多古町	住民課	国保年金係	0479-76-5405	0479-76-7144
	館山市	市民課	高齢者医療年金係	0470-22-3418	0470-23-3115
ち	千葉市	健康保険課	高齢医療班	043-245-5170	043-245-5544
	千葉市中央区	市民総合窓口課	高齢医療・年金班	043-221-2133	043-221-2680
	千葉市花見川区	市民総合窓口課	高齢医療・年金班	043-275-6278	043-275-6371
	千葉市稲毛区	市民総合窓口課	高齢医療・年金班	043-284-6121	043-284-6190
	千葉市若葉区	市民総合窓口課	高齢医療・年金班	043-233-8133	043-233-8164
	千葉市緑区	市民総合窓口課	高齢医療・年金班	043-292-8121	043-292-8160
	千葉市美浜区	市民総合窓口課	高齢医療・年金班	043-270-3133	043-270-3193
	銚子市	市民課	後期高齢者医療班	0479-24-8958	0479-25-7502
	長生村	住民課	保険年金係	0475-32-2115	0475-32-1486
	長南町	健康保険課	保険係	0475-46-2119	0475-46-1214
と	東金市	国保年金課	高齢者医療年金係	0475-50-1133	0475-50-1288
	東庄町	町民課	国保年金係	0478-86-6071	0478-86-4051
	富里市	国保年金課	高齢者医療年金班	0476-93-4085	0476-92-8989
な	長柄町	税務住民課	国保年金係	0475-35-2113	0475-35-2459
	流山市	保険年金課	後期高齢者医療係	04-7199-3306	04-7150-3309
	習志野市	国保年金課	後期高齢者医療係	047-451-1151 (内線) 212	047-453-9317
	成田市	保険年金課	高齢者医療係	0476-20-1547	0476-24-2095
の	野田市	国保年金課	後期高齢者医療係	04-7199-2404	04-7123-1087
ふ	富津市	国民健康保険課	後期・国保賦課係	0439-80-1254	0439-80-1390
	船橋市	国保年金課	高齢者医療係	047-436-2395	047-436-2405
ま	松戸市	国保年金課	後期高齢者医療班	047-712-0141	047-704-4003
み	南房総市	保険年金課	後期高齢者医療担当	0470-33-1060	0470-33-3451
む	睦沢町	健康保険課	保険班	0475-44-2576	0475-44-2527
も	茂原市	国保年金課	高齢者医療係	0475-20-1503	0475-20-1600
や	八街市	国保年金課	後期高齢者担当	043-443-1139	043-444-0815
	八千代市	国保年金課	高齢者医療班	047-421-6745	047-480-1576
よ	横芝光町	住民課	国保年金班	0479-84-1214	0479-84-2789
	四街道市	国保年金課	高齢者医療年金係	043-421-6126	043-424-8931

こんなときは必ず届け出を!



届け出はお住まいの市(区)町村の後期高齢者医療担当窓口へ

	こんなとき	必要なもの
加入するとき	県外から転入したとき	<ul style="list-style-type: none"> 負担区分等証明書 個人番号(マイナンバー)に関する書類
	65歳から74歳までのかたで一定の障がいがあり、後期高齢者医療制度へ加入を希望するとき	<ul style="list-style-type: none"> 障がいの状態を確認できる書類(国民年金証書、障害者手帳など) 個人番号(マイナンバー)に関する書類
	生活保護を受けなくなったとき	<ul style="list-style-type: none"> 保護廃止または停止の通知 個人番号(マイナンバー)に関する書類
脱退するとき	県外へ転出するとき	<ul style="list-style-type: none"> 保険証 個人番号(マイナンバー)に関する書類
	65歳から74歳までの被保険者が、後期高齢者医療制度から脱退を希望するとき	<ul style="list-style-type: none"> 保険証 個人番号(マイナンバー)に関する書類
	生活保護を受けることになったとき	<ul style="list-style-type: none"> 保険証 保護開始決定通知書 個人番号(マイナンバー)に関する書類
	亡くなられたとき	<ul style="list-style-type: none"> 葬祭を行ったこと・葬祭を行ったかた(喪主)を確認できるもの(領収書、会葬礼状など) 葬祭を行ったかた(喪主)の預金通帳 葬祭を行ったかた(喪主)の印かん
そのほかのとき	保険証の紛失などで再交付を受けるとき	<ul style="list-style-type: none"> 身分を証明するもの
	県内で住所が変わったとき	<ul style="list-style-type: none"> 保険証 個人番号(マイナンバー)に関する書類
	交通事故にあったとき	<ul style="list-style-type: none"> 第三者の行為による傷病届 事故発生状況報告書 交通事故証明書 人身事故証明書入手不能理由書(物件事故の場合) 念書 保険証 印かん

★広域連合からの送付物の送付先変更を希望する場合は、お住まいの市(区)町村の窓口にご相談ください。

「個人番号(マイナンバー)に関する書類」について

申請や届け出をする際に、個人番号(マイナンバー)がわかるものと、本人を確認できるものが必要になる場合があります。詳しくはお住まいの市(区)町村の窓口にお問い合わせください。

◆マイナンバーカードをお持ちのかた
マイナンバーカードをご持参ください。(個人番号と本人の確認をすることができます。)

◆マイナンバーカードをお持ちでないかた
次の①と②をご持参ください。

①個人番号通知カード

②本人を確認できるもの(運転免許証、パスポート、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、在留カードなど、国または地方公共団体の機関が発行した顔写真つきの身分証明書)



千葉県後期高齢者医療広域連合

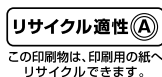
〒263-0016 千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号 国保会館内

総務課：☎043-216-5011 資格保険料課：☎043-308-6768 給付管理課：☎043-216-5013

ホームページ：https://www.kouiki-chiba.jp/

令和5年3月発行

ホームページ



ユニバーサルデザイン(UD)の考えに基づいた見やすいデザインの文字を採用しています。

禁無断転載