

令和6年度

後期高齢者 医療制度の ご案内



千葉県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療制度とは	1
被保険者となる方	2
保険証	3
医療費の自己負担割合	4
お医者さんにかかるとき	8
自己負担限度額(月額)	8
入院時の食事代	10
交通事故にあったとき	11
柔道整復師(整骨院・接骨院)で施術を受けるとき	12
あんま・マッサージ、はり・きゅうにかかるとき	12
移送費、先進医療を受けたとき	13
訪問看護を利用したとき、葬祭費	14
医療費の払い戻しが受けられるとき	15
医療費が高額になったとき	16
高額療養費	16
外来に係る年間の高額療養費	18
限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証	19
特定疾病療養受療証	20
高額介護合算療養費	21
お医者さんの上手なかかり方	22
ジェネリック医薬品	23
医療費通知	24
健康診査	25
保険料	26
保険料の決め方	26
保険料のめやす	27
保険料の軽減制度	28
保険料の納め方	30
市(区)町村お問い合わせ先	32

後期高齢者医療制度とは

75歳以上(一定の障がいがある方は65歳以上)の方を対象とする医療制度です。

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、市(区)町村と役割分担しています。

広域連合の役割

- 保険料の賦課
- 医療の給付
- 被保険者の認定

など



市(区)町村の役割

- 申請や届け出の受付
- 保険証などの引渡し
- 保険料の徴収

など



医療費負担のしくみ



被保険者(後期高齢者医療制度に加入している方)の保険料

被保険者となる方

千葉県内にお住まいの方が対象となります。

■75歳以上の方

- 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方は、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方で、加入を希望する方

- お住まいの市(区)町村で申請する必要があります。
(認定要件および申請に必要なものについてはお住まいの市(区)町村の窓口(→32ページ)へお問い合わせください。)
- 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せん。ただし、過去に遡っての脱退はできません。

! 会社の健康保険などに加入していた方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、その方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方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。

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(→4・5ページ)などが記載されています。

■令和6年8月1日には、令和7年7月31日まで有効な健康保険証を皆様にお届けします。

以下のような場合は、お住まいの市(区)町村の窓口(→32ページ)へお問い合わせください。

- ★8月1日を過ぎてても、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。

●令和6年12月2日から現行の健康保険証は発行されなくなります。

マイナンバーカードと保険証が一体化されますが、令和6年12月1日の時点でお手元にある有効な健康保険証は、12月2日以降、令和7年7月末まで引き続き使用できます。

令和6年12月2日以降、後期高齢者医療制度の被保険者となる方や、負担割合の変更があった方で、以下に該当する場合に被保険者番号や負担割合等を記載した「資格確認書」を交付する予定です。

- マイナンバーカードを持っていない方
- マイナンバーカードを持っているが、健康保険証の利用登録を行っていない方
- その他、何らかの理由で、マイナ保険証の利用が困難な方等

●医療機関等を受診する場合、以下のいずれもお使いいただけます(有効なものに限ります。)

- ・現行の保険証
- ・マイナ保険証
- ・資格確認書

マイナンバーカードの健康保険証利用に関するお問い合わせ



マイナンバー総合
フリーダイヤル

0120-95-0178

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

臓器提供意思表示欄について

保険証の裏面の「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/>

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割または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。

判定のながれの詳細については6・7ページのフローチャートを参照してください。

※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方を指します。

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方と同じ世帯にいる被保険者
2割	一般Ⅱ	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方と同じ世帯にいる被保険者 ▼同一世帯に被保険者が1人の場合 ・その方の「年金収入 ^{※2} +その他の合計所得金額 ^{※3} 」が200万円以上 ▼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 ^{※2} +その他の合計所得金額 ^{※3} 」の合計が320万円以上
1割	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方
	区分Ⅱ 区分Ⅰ	市町村民税非課税世帯の方

「現役並み所得者(3割負担)」に該当しない場合があります

●「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^{※4}の合計が210万円以下の場合は、1割または2割負担となります。

●「現役並み所得者」のうち、次に該当する方は「基準収入額適用申請」により1割または2割負担に変更できます。

▼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)

- ・その方の収入^{※5}の合計金額が383万円未満
- ・その方の収入^{※5}の合計金額は383万円以上だが、同一世帯の70歳から74歳までの方全員の収入を含めた収入の合計金額が520万円未満

▼同一世帯に被保険者が複数の場合

- ・被保険者全員の収入^{※5}の合計金額が520万円未満

(注) 原則は「基準収入額適用申請」が必要ですが、お住まいの市(区)町村で対象者の方が上記の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。

※1～3、※5は7ページ、※4は26ページを参照してください。

！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に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、お住まいの市(区)町村の窓口(➡32ページ)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に沿って判定します。

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方を指します。

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^{※4}の合計が210万円以下である

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

本人の収入^{※5}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^{※5}の合計が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歳までの方がいる

いいえ

はい

本人と70歳から74歳までの方の収入^{※5}の合計が520万円未満である

いいえ

3割負担

(現役並み所得者)

②へ進む

★に該当する方は「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(➡32ページ)にお問い合わせください。

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^{※2} + その他の合計所得金額^{※3}」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^{※2} + その他の合計所得金額^{※3}」の合計が320万円以上である

いいえ

はい

はい

いいえ

2割負担

1割負担

※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(非課税の方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。

① 16歳未満の者…1人につき33万円

② 16歳以上19歳未満の者…1人につき12万円

※2 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す。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。

※3 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(給与所得がある場合は、給与所得控除後さらに10万円を控除した額)を合計したものです(合計したものがマイナスの場合は0円となります。)

※4 賦課のもととなる所得金額については、26ページをご覧ください。

※5 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(所得が0円またはマイナスになる場合でも売却金額が収入となります。)。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申告不要を選択した場合は含まれません。

お医者さんにかかるとき

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。

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。

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	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	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	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 〉
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 〉		
1割	市町村民税 非課税世帯	区分Ⅱ	世帯全員が市町村民税非課税の方	8,000円	24,600円
		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、給与所得の金額から10万円を控除して計算)が0円となる方 ●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方		15,000円

※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

※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

※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」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割の方は、負担を抑えるための配慮措置が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

●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加入された方は2分の1にはなりません。2割の方の外来受診では、6,000円 + (医療費 - 3万円) × 10% または、9,000円のいずれか

●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。ど)は合算できません。

以降の限度額です。

を3回受けたときの4回目以降の限度額です。

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

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医療費は対象外です。)

の自己負担限度額が、それぞれ2分の1となります(障がい認定により配慮措置の自己負担限度額は2分の1にはなりません。)

低い方が適用されます。

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

入院時の食事代

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。

※令和6年6月1日以降、所得区分等に応じて食事代の自己負担額が引き上げとなりました。

■入院時食事代の自己負担額(療養病床以外の病院)

所得区分		1食の食事代
現役並み所得者・一般		490円※2
市町村民税 非課税世帯	区分Ⅱ	230円
	長期入院該当※1	180円
	区分Ⅰ	110円

※1 長期入院該当の認定には申請が必要となります。申請月より過去1年間の区分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む)以上となった場合、申請月の翌月から該当します。

※2 特定医療費(指定難病)受給者証をお持ちの方は280円

■療養病床入院時の食事代・居住費の自己負担額

所得区分		1食の食事代	1日の居住費
現役並み所得者・一般		490円※1	370円※2
市町村民税 非課税世帯	区分Ⅱ	230円	
	区分Ⅰ	140円	
	老齢福祉年金受給者	110円	0円

※1 一部医療機関では450円

※2 特定医療費(指定難病)受給者証をお持ちの方は0円

●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、入院時食事代の自己負担額(療養病床以外の病院)と同額に負担が軽減されます。

市町村民税非課税世帯の方が、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際には、「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」を医療機関の窓口に表示する必要があります。(➡19ページ)

交通事故にあったとき

交通事故など第三者の行為によってケガや病気をした場合の医療費は、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、その後加害者に請求します。



交通事故にあったときは必ずお住まいの市(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。

届け出に必要なもの

- 第三者の行為による傷病届
- 事故発生状況報告書
- 念書
- 交通事故証明書
- 保険証
- 印かん
- 人身事故証明書入手不能理由書(物件事故の場合)

「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(➡32ページ)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方

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方

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)

柔道整復師(整骨院・接骨院)で施術を受けるとき

■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や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的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

■保険証が使える場合(医師の同意がある場合)

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

- ❗
- 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。**

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・緊急的な必要があって、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。

★下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

- 医師の意見書(移送の理由等を記載したもの)
- 費用の領収書(原本)
- 本人名義の預金通帳 ●保険証 ●印かん
- 個人番号(マイナンバー)に関する書類(➡11ページ)

▶支給額の計算方法

最も経済的な通常の経路および方法によって移送された場合の費用を算定し、実際にかかった費用と比べて少ない方の額を支給します。



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となりません。

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。

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方が、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。

葬祭費

被保険者が亡くなられたときは、葬祭を行った方(喪主)に葬祭費(50,000円)が支給されます。被保険者がお住まいだった市(区)町村の窓口に申請してください。

申請に必要なもの

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



時効があります

葬祭を行った日の翌日から起算して2年を経過すると時効となり、申請はできませんのでご注意ください。

医療費の返還を求める場合があります

所得の更正により自己負担割合が遡って変わる場合や、世帯構成の変更により自己負担割合が年度途中で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させていただくことになりますのでご了承ください。

医療費の払い戻しが受けられるとき(療養費)

次のような場合で、診療に要した費用の全額を支払ったときは、お住まいの市(区)町村の窓口に申請して認められると、自己負担額を除いた額が療養費として支給されます。

申請に必要なもの(共通)

- 保険証
- 本人名義の預金通帳
- 印かん
- 個人番号(マイナンバー)に関する書類(→11ページ)



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。

療養費が支給される場合	申請書に添付する書類など
コルセット・補装具などの治療用装具を作ったとき	● 医師の証明書(治療用装具を必要とする証明書) ● 領収書(原本) ● 写真(靴型装具の場合)
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	● 診療報酬明細書(レセプト) ● 領収書(原本)
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	● 医師の同意書または診断書 ● 施術の内容がわかる書類 ● 領収書(原本) ● 施術報告書の写し(再同意の場合)
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	● 施術の内容がわかる書類 ● 領収書(原本)
海外で診療を受けたとき ※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。	● パスポート(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) ● 診療報酬明細書(レセプト)に相当する書類 ● 領収書(原本) ● 診療報酬明細書・領収書に相当する書類の翻訳文 ● 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



時効があります

療養に要した費用を支払った日の翌日から起算して2年を経過すると時効となり、申請はできませんのでご注意ください。

医療費が高額になったとき

高額療養費

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。

支給対象となる方には、受診月の概ね3か月後にお住まいの市(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

- 申請書(お住まいの市(区)町村から送付されます)
- 本人名義の預金通帳
- 保険証
- 印かん
- 個人番号(マイナンバー)に関する書類(➡11ページ)



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。



時効があります

診療を受けた月の翌月1日(一部負担金を診療月の翌月以後に支払ったときは支払った翌日)から2年を経過すると時効になり、申請できませんのでご注意ください。

高額療養費の計算方法

個人ごとに外来分の自己負担額を計算した後、世帯の外来分と入院分の自己負担額を合わせて計算します。

- 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。
- 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、それぞれの被保険者に支給されます。

高額療養費の計算例:所得区分が「一般Ⅰ」の場合

夫・妻とも75歳以上の所得区分「一般Ⅰ」の世帯で、同じ月内に次の医療費がかかった場合

夫

A病院(外来)で10,000円
B病院(外来)で10,000円

妻

C病院(入院)で80,000円*
(窓口負担は57,600円)

※妻の入院医療費は総額800,000円

個人ごとの外来分の高額療養費を計算

夫

A病院(外来)
10,000円

+

B病院(外来)
10,000円

=

20,000円

外来の個人単位の限度額 = 18,000円(1)

20,000円 - 18,000円 = 2,000円 があとから支給されます。

妻

C病院(入院)
57,600円(2)

*医療費の1割は80,000円ですが、入院時の支払いは限度額57,600円までになります。

世帯の外来・入院の自己負担額を合算

18,000円(1) + 57,600円(2) = 75,600円

世帯単位の自己負担限度額 = 57,600円

75,600円 - 57,600円 = 18,000円 があとから支給されます。

全部で 2,000円 + 18,000円 = 20,000円 が

高額療養費としてあとから支給されます。

外来に係る年間の高額療養費

1年間(8月1日から翌年7月31日まで)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、超えた額が高額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方には、広域連合から支給申請案内を送付します。

※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。

申請に必要なもの

- 申請書(広域連合から送付されます)
- 本人名義の預金通帳
- 保険証
- 印かん
- 個人番号(マイナンバー)に関する書類(➡11ページ)



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

市町村民税非課税世帯の方が、「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、窓口での医療費の支払いが自己負担限度額(➡8・9ページ)までになるとともに、入院時の食事代が減額されます。(➡10ページ) お住まいの市(区)町村の窓口に申請してください。

所得区分が「区分Ⅱ」の方で 入院日数が91日以上になった場合

区分Ⅱの方の入院日数が、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)」(➡10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。)

限度額適用認定証

現役並み所得者Ⅰ・Ⅱの方が、「限度額適用認定証」を医療機関や薬局などへ提示すると、窓口での医療費の支払いが自己負担限度額(➡8・9ページ)まで抑えられます。

お住まいの市(区)町村の窓口に申請してください。

「限度額適用・標準負担額減額認定証」および 「限度額適用認定証」の申請に必要なもの

- 保険証
- 個人番号(マイナンバー)に関する書類(➡11ページ)
- 入院日数がわかる領収書など(区分Ⅱで長期入院該当の申請の場合)



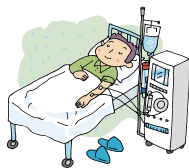
マイナ保険証等で、医療機関でオンライン資格確認により、所得区分を確認できる場合には、限度額適用認定証や限度額適用・標準負担額減額認定証を提示することなく、医療費の窓口負担を上限に抑えることができます。
この場合、限度額適用認定証や限度額適用・標準負担額減額認定証の事前申請は不要となります。

特定疾病療養受療証

人工透析など高度な治療が長期間必要となる方は、申請いただくことで「特定疾病療養受療証」を交付します。
お住まいの市(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

- 保険証
- 特定疾病に関する医師の意見書、他の健康保険で交付された特定疾病療養受療証など
- 個人番号(マイナンバー)に関する書類(➡11ページ)



「特定疾病療養受療証」、「限度額適用・標準負担額減額認定証」、「限度額適用認定証」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、改めて申請が必要です。



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。

※所得区分が「区分Ⅱ」で入院日数が91日以上になったとき等は、これまでどおり申請が必要な場合があります。

高額介護合算療養費

同一世帯の後期高齢者医療制度の被保険者で、1年間(8月1日から翌年7月31日まで)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方には、広域連合から支給申請案内を送付します。

※対象期間に千葉県外から転入した方、他の健康保険から後期高齢者医療制度に加入した方、県外の介護保険を利用している方については、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(➡32ページ)にお問い合わせください。

申請に必要なもの

- 申請書(広域連合から送付されます)
- 本人名義の預金通帳
- 保険証 ●介護保険証 ●印かん
- 個人番号(マイナンバー)に関する書類(➡11ページ)
- 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)



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。

自己負担限度額(年額)

所得区分			医療+介護
現役並み所得者	Ⅲ	市町村民税課税所得 690万円以上	212万円
	Ⅱ	市町村民税課税所得 380万円以上	141万円
	Ⅰ	市町村民税課税所得 145万円以上	67万円
一般 Ⅰ・Ⅱ			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。

※世帯の総支給額が500円以下の場合には支給されません。

※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、限度額の適用方法が異なる場合があります。

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。

■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。

■ポリファーマシーを防ぎましょう

ポリファーマシーとは、多くの薬を服用しているために、副作用が起きるリスクが高まったり、飲み忘れ・飲み残しの発生などきちんと薬が飲めなくなったりしている状態のことをいいます。

気になる症状があるときは、かかりつけ医師、かかりつけ薬剤師に相談しましょう。また、複数の医療機関で処方されている薬の飲み合わせなどを確認するために、お薬手帳を持つとともに、お薬手帳は1冊にまとめましょう。

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方に、ジェネリック医薬品差額通知を送付しています。

■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

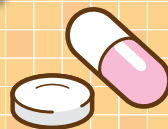
- 治療内容や体質などによってジェネリック医薬品を利用できない場合もあります。
- 薬の効果や副作用など、現在使っている薬と異なる点について、かかりつけの医師・薬剤師に相談してください。

★ジェネリック医薬品希望カードは、ジェネリック医薬品を希望・相談したい場合にご利用ください。

カードを切り取り、医療機関・薬局で提示してください。

医師・薬剤師の先生へ

ジェネリック医薬品
を希望します



ジェネリック医薬品希望カード

医療費通知

広域連合では、保険診療で医療機関などを受診した方を対象に、年3回医療費のお知らせの通知を送付しています。
ご自身の健康管理と今後の受診の参考にしてください。

発送月(予定)	対象診療月
6月上旬頃	前年11月から12月まで
10月上旬頃	1月から5月まで
翌年2月上旬頃	6月から10月まで

! 医療費通知は、医療費控除の添付資料として使用することができます。
ただし、11月・12月診療分の医療費通知は、確定申告の申告期限には間に合いませんので、医療機関等から発行された領収書に基づいて「医療費控除の明細書」を作成し、申告手続きを行ってください。
また、医療費控除に関することは、税務署にお問い合わせください。

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)町村の窓口、最寄りの警察署などにご相談ください。

氏 名

千葉県後期高齢者医療広域連合 給付管理課
TEL.043-216-5013

カードを切り取り、医療機関・薬局で提示してください。

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

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健康状態の問診を含む。

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。

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ます。

※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23年4月2日～昭和24年4月1日生まれの被保険者の方

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6年6月1日～令和6年12月28日

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出します。

- 保険料率は2年ごとに見直しを行うため、令和6・7年度は新しい保険料率になります。なお、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。)

年間保険料額(限度額80万円)^{※1} =

均等割額

1人当たり
43,800円



所得割額

賦課のもととなる所得金額^{※2}
× 9.11%^{※3}

- ※1 限度額の引き上げに伴う保険料の急増に配慮し、2年かけて段階的に引き上げ
(令和6年度に75歳に到達して被保険者となる方を除く)
- 令和6年度：73万円、令和7年度：80万円
- ※2 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。(繰越雑損失額は控除しません。)
 - 合計所得金額が2,400万円を超える場合は、その金額に応じて基礎控除額が減少します。
- ※3 令和5年中の賦課のもととなる所得金額^{※2}が58万円(公的年金収入額211万円相当)以下の方は、令和6年度の所得割率が8.45%となります。

保険料のめやす

被保険者一人ひとりに保険料を納めていただきます。

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。(→28・29ページ)



1人世帯で公的年金収入のみの方の保険料のめやす

公的年金収入額(年額)	公的年金等に係る雑所得の金額 ^{※6} (総所得金額等 ^①)	均等割額 ^②	所得割額 ^③ {(①－43万円)×9.11%} ^{※4}	年間保険料額 ^{※5} (②＋③)
120万円	10万円	13,140円	0円	13,100円
170万円	60万円	21,900円	14,365円	36,200円
200万円	90万円	35,040円	39,715円	74,700円
240万円	130万円	43,800円	79,257円	123,000円
280万円	170万円	43,800円	115,697円	159,400円

※4 ①-43万円が58万円以下の場合は、{(①-43万円×8.45%)}で計算します。

※5 年間保険料額は100円未満切り捨て

※6 公的年金等に係る雑所得の金額の算出方法
(昭和34年1月1日以前に生まれた65歳以上の方)

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。

保険料は後期高齢者医療制度を支える大切な財源となります。

保険料の軽減制度(申請手続きは不要です)

①所得の低い方の均等割額の軽減

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方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	13,140円/年
43万円 + (29.5万円 × 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	5割軽減	21,900円/年
43万円 + (54.5万円 × 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	35,040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
- 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

する方が2人以上いる場合には、その人数から1を減じた数に

15万円を差し引いた額)が110万円を超える。

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

公的年金等に係る雑所得の金額(公的年金収入額

- 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

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。

－公的年金等控除額)－特別控除15万円

となった場合は、その日となります。)

②会社の健康保険などの被扶養者であった

後期高齢者医療制度加入の前日に会社の健康保険や「均等割額」は、加入した月から2年間のみ5割軽減されま

※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

※「①所得の低い方の均等割額の軽減」に該当する場合は、軽減

方の保険料の軽減

共済組合などの被用者保険の被扶養者であった方です。「所得割額」はかかりません。

方は対象になりません。

割合の高いほうが優先されます。

保険料の納め方〈市(区)町村から郵送される

保険料の納め方は、年金から天引きされる「特別徴収」と、新たに被保険者になった方は、一定期間「普通徴収」になり

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

保険料納入通知を必ずご確認ください。〉

納付書や口座振替で納める「普通徴収」の2通りです。
ます。

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…4月・6月・8月

本徴収…10月・12月・2月

※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方は、お住まいの市(区)町村の窓口(➡32ページ)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…お住まいの市(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します。口座振替を希望される方は、お住まいの市(区)町村の窓口(➡32ページ)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方も、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。

※納付方法により、適用される方が異なります。

- 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…実際に納付した方

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
あ 旭市	保険年金課	0479-62-5882
我孫子市	国保年金課	04-7185-1891
い いすみ市	市民課	0470-62-1115
市川市	国民健康保険課	047-712-8532(資格給付担当) 047-712-8533(賦課収納担当)
一宮町	住民課	0475-42-1423
市原市	国民健康保険課	0436-23-9886
印西市	国保年金課	0476-33-4470
う 浦安市	国保年金課	047-712-6274
お 大網白里市	市民課	0475-70-0336
大多喜町	税務住民課	0470-82-2122
御宿町	保健福祉課	0470-68-6717
か 柏市	保険年金課	04-7191-2594
勝浦市	市民課	0470-73-6611
香取市	市民課	0478-50-1228
鎌ヶ谷市	保険年金課	047-445-1207
鴨川市	市民生活課	04-7093-7839
き 木更津市	保険年金課	0438-23-7024
君津市	国保年金課	0439-56-1179
鋸南町	税務住民課	0470-55-2112
く 九十九里町	住民課	0475-70-3236
こ 神崎町	町民課	0478-72-2113
さ 栄町	住民課	0476-33-7706
佐倉市	健康保険課	043-484-6136
山武市	国保年金課	0475-80-1142
し 酒々井町	健康福祉課	043-496-1171(内線)123・124
芝山町	町民税務課	0479-77-3912
白子町	住民課	0475-33-2112
白井市	保険年金課	047-492-1111(内線)3181・3176

市(区)町村名	担当窓口	電話番号
そ 匝瑳市	市民課	0479-73-0086
袖ヶ浦市	保険年金課	0438-62-3092
た 多古町	住民課	0479-76-5405
館山市	市民課	0470-22-3418
ち 千葉市	健康保険課	043-245-5170
千葉市中央区	市民総合窓口課	043-221-2133
千葉市花見川区	市民総合窓口課	043-275-6278
千葉市稲毛区	市民総合窓口課	043-284-6121
千葉市若葉区	市民総合窓口課	043-233-8133
千葉市緑区	市民総合窓口課	043-292-8121
千葉市美浜区	市民総合窓口課	043-270-3133
銚子市	市民課	0479-24-8958
長生村	住民課	0475-32-2115
長南町	健康保険課	0475-46-2119
と 東金市	国保年金課	0475-50-1133
東庄町	町民課	0478-86-6071
富里市	国保年金課	0476-93-4085
な 長柄町	健康保険課	0475-35-2115
流山市	保険年金課	04-7199-3306
習志野市	国保年金課	047-451-1151(内線) 212
成田市	保険年金課	0476-20-1547
の 野田市	国保年金課	04-7199-2404
ふ 富津市	国民健康保険課	0439-80-1254
船橋市	国保年金課	047-436-2395
ま 松戸市	国保年金課	047-712-0141
み 南房総市	保険年金課	0470-33-1060
む 睦沢町	健康保険課	0475-44-2576
も 茂原市	国保年金課	0475-20-1503
や 八街市	国保年金課	043-443-1139
八千代市	国保年金課	047-421-6745
よ 横芝光町	住民課	0479-84-1214
四街道市	国保年金課	043-421-6126

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	●負担区分等証明書 ●個人番号(マイナンバー)に関する書類(➡11ページ)
	65歳から74歳までの方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	●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(➡11ページ)
脱退するとき	県外へ転出するとき	●保険証 ●個人番号(マイナンバー)に関する書類(➡11ページ)
	生活保護を受けることになったとき	●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(➡11ページ)
	亡くなったとき	●亡くなった方の保険証(葬祭費の支給については、14ページをご覧ください。) ●葬祭を行ったこと・葬祭を行った方(喪主)を確認できるもの(領収書、会葬礼状など) ●葬祭を行った方(喪主)の預金通帳 ●葬祭を行った方(喪主)の印かん
その他のとき	保険証の紛失などで再交付を受けるとき	●身分を証明するもの
	県内で住所が変わったとき	●保険証 ●個人番号(マイナンバー)に関する書類(➡11ページ)

※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。

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

制度の運営・広報について

総務課

☎043-216-5011

保険料・被保険者の資格について

資格保険料課 ☎043-308-6768

保険給付・保健事業について

給付管理課 ☎043-216-5013

【ホームページ】<https://www.kouiki-chiba.jp/>

ホームページ



令和6年6月発行



この冊子は環境に配慮し、
植物油インキを使用しています



見やすいユニバーサルデザイン
フォントを採用しています。

禁無断転載