

国民健康保険加入者のみなさまへ
**特定健康診査を
 受けましょう**



こくほ

平成22年10月1日 第91号
 一 発 行 一
 五 所 川 原 市
 民生部国保年金課
 〒037-8686
 五所川原市宇岩木町12番地
 TEL35-2111(番代) 内線2335・2336

国民健康保険税は
 納期内に
 納めましょう

交通事故にあったときも

交通事故など、第三者の行為によってケガ、病気になった場合、その医療費は本来加害者が負担すべきものです。しかし、加害者がすぐにお金を出せないようなときは、国保の保険証を使い、かかった医療費の一部の負担で治療を受けることができます。

※ 仕事や通勤途中の場合など、労災保険を適用できる場合は、労災保険が優先となります。また、飲酒運転、無免許運転などの違法行為によりケガをしたときは国保は使えません。

国保で治療を受けるときは まず市役所(国保年金課)に届け出を!

交通事故のケガの治療の場合、国保が負担した分の治療費は、あくまでいったん立て替えただけで、後日国保から加害者に請求することになります。

そこで、**国保で治療を受ける場合には、市役所(国保年金課)に届け出が必要です。**

届け出に必要なもの

- 警察でもらう交通事故証明書(後日でも可)
- 保険証
- 印かん



● 示談は慎重に!! ●

市役所(国保年金課)に届け出を行う前に示談が成立していたり、加害者から治療費を受け取っていたりすると、国保では治療が受けられません! あとになって、思いがけない後遺症が出ることもあります。

示談は慎重に。そして、示談を行う前に、**忘れずに市役所(国保年金課)に届け出て下さい!**

こんなときにも届け出が必要です

自動車による交通事故以外にも、次のような場合に、他人によってケガ、病気になったときには、忘れずに市役所(国保年金課)へ届け出を!

- 自転車の事故
- スポーツ中の事故(ゴルフボールがあたった...など)
- 食中毒
- 他人の飼犬にかまれた
- 工事現場からの落下物などによるケガ
- 助手席等に同乗していたときの自損事故...など

市役所に届け出をすれば 保険証が使えます

もし、交通事故にあつたら...!!



まずは救護を最優先し、それから相手の身元を確認しましょう。



交通事故についてのご相談は
 ● 都道府県・政令指定都市の交通事故相談所
 ● 市役所の国保の窓口や交通事故相談窓口...などでも受け付けています。遠慮なくご相談ください!

確認しておくことは...

車のナンバー・型・色・名称
 運転者の氏名・住所
 営業用の場合は会社名・所在地・電話番号
 自賠責保険・任意保険の加入の有無と保険会社



不要なトラブルを避けるためにも、必ず警察に連絡をしましょう。



目撃者に証言などの協力を依頼しましょう。また事故現場の写真などを撮っておくと役に立ちます。



軽いケガでも、あとあとのために、医師の診断を仰いでおきましょう。

ジェネリック医薬品希望カード を利用しましょう!

ジェネリック医薬品を希望する方に「ジェネリック医薬品希望カード」を無料で配布しています。ご希望の方は市役所国保年金課⑥番窓口、金木総合支所総合窓口係、市浦総合支所総合窓口係へおこしください。

ジェネリック医薬品とは

同じ成分・同じ効き目で安い薬です

ジェネリック医薬品(後発医薬品)とは、最初に作られた薬(先発医薬品:新薬)の特許が切れたあとに製造販売される薬のことで、厚生労働省により新薬と有効成分、用法・用量、効能及び効果が同等と認められた薬です。

医療費にも家計にもやさしい

特許切れの新薬を元に作られ開発コストが少ない分、低価格になっています。医療費の節減のため、また、患者さんの薬代負担軽減のためにもジェネリック医薬品の利用にご協力をお願いします。

安全性は保障されています

特許が切れるまで、ずっと使用されてきた新薬の成分で作られているので安心です。また、新薬と同等の安全性が確保されていると厚生労働省により認められた薬です。

留意していただきたいこと

- すべての薬にジェネリック医薬品があるとは限りません。
- 薬代が下がっても、自己負担額が新薬の使用時と変わらない、また上がる場合もあります。
- 医療機関によっては、ジェネリック医薬品を取り扱っていなかったり、取り寄せになることもあります。

★新薬をジェネリック医薬品に替えると薬代は1年間でこのくらい違う場合があります。

◎**高血圧症の場合**(高いタイプのジェネリック医薬品を1日1錠365日服用したと仮定)

	新薬	ジェネリック医薬品	差額
国保、健保、高齢者医療(3割負担)	17,520円	4,380円	13,140円
高齢者医療(1割負担)	5,840円	1,460円	4,380円

◎**脂質異常症の場合**(高いタイプのジェネリック医薬品を1日1錠365日服用したと仮定)

	新薬	ジェネリック医薬品	差額
国保、健保、高齢者医療(3割負担)	12,045円	8,760円	3,285円
高齢者医療(1割負担)	4,015円	2,920円	1,095円

※ 表の金額は、薬代のみを計算した場合です。<日本ジェネリック医薬品学会(2010年4月現在)> 服用する患者が窓口で支払う金額は、薬代以外に医師の技術料や検査料も含まれます。窓口で支払う金額=(診察代+検査代+薬代等)×0.1、0.2または0.3となります。

医療費が高額になったとき

高額療養費について

医療費の自己負担額が高額になったときは、国保の窓口に申請して認められれば、自己負担限度額を超えた分が高額療養費としてあとから支給されます。高額療養費を受けるためには、申請が必要です。該当する方は忘れずに申請してください。

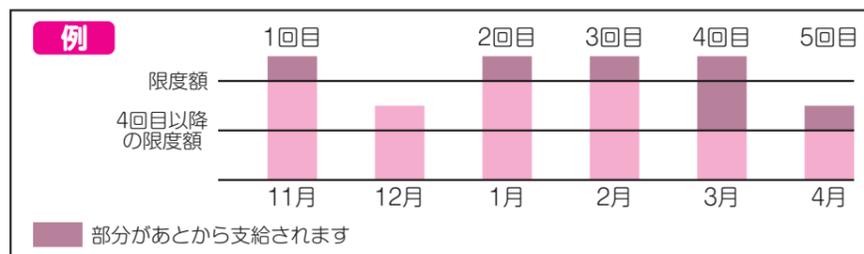
①70歳未満の人の場合

同じ人が同じ月内に同じ医療機関に支払った自己負担額が、下表の限度額を超えた場合は、その超えた分があとから支給されます。

■自己負担限度額（月額）

所得区分	3回目まで	4回目以降※3
住民税課税世帯		
一般	80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
上位所得者※1	150,000円+(医療費-500,000円)×1%	83,400円
住民税非課税世帯※2	35,400円	24,600円

- ※1 同一世帯のすべての国保被保険者の基礎控除後の所得の合計額が600万円を超える世帯に属する人。
- ※2 同一世帯の世帯主とすべての国保被保険者が住民税非課税の世帯に属する人。
- ※3 過去12か月間に1つの世帯での高額療養費の支給が4回以上あった場合の4回目以降の限度額。



■同じ世帯で合算して限度額を超えたとき

同じ世帯内で同じ月内に21,000円以上の自己負担額を2回以上支払った場合は、それらを合算して限度額を超えた分があとから支給されます。

◆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つ以上の病院や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。外来は平成22年3月診療分まで、診療科ごとに計算する場合があります。
- 入院時の食事代や保険がきかない差額ベット代等は支給対象外。

★平成22年4月診療分以降の変更点

平成22年4月診療分以降で旧総合病院（例：県病、西北病院等）を受診した場合、診療科ごとに計算せず旧総合病院単位での計算となります（ただし、入院、外来は22年3月までと同様、別々に計算します。）

例

45歳の夫がA病院、43歳の妻がB病院、7歳の子がC病院の外来にそれぞれかかり、1ヶ月あたりの医療費の自己負担額が84,000円となった場合。（1ヶ月に21,000円以上の支払いが複数ある場合。）

対象者	夫	妻	子
年齢	45歳	43歳	7歳
受診した医療機関	A病院（外来）	B病院（外来）	C病院（外来）
医療費	100,000円	80,000円	100,000円
負担割合	3割	3割	3割
自己負担額	30,000円	24,000円	30,000円
所得区分	一般	一般	一般

- 1) いずれも21,000円以上の自己負担があるので合算します。
30,000円+24,000円+30,000円=84,000円
- 2) 世帯合算の自己負担限度額を計算します。
80,100円+(280,000円-267,000円)×1%=80,230円
- 3) あとから支給される高額療養費の計算をします。
84,000円-80,230円=3,770円

②70歳以上75歳未満の人の場合

同じ月内に医療機関に支払った自己負担額が、下表の限度額を超えた場合は、その超えた分があとから支給されます。

なお、75歳に到達する月は、誕生日前の国民健康保険制度と誕生日後の後期高齢者医療制度における自己負担限度額がそれぞれ本来の額の2分の1になります。

■自己負担限度額（月額）

所得区分	外来+入院（世帯単位）	
	外来（個人単位）	
住民税課税世帯	一般	12,000円
	現役並み所得者	44,400円
住民税非課税世帯	低所得者Ⅱ	8,000円
	低所得者Ⅰ	8,000円

※低所得者Ⅰ・Ⅱの人は、入院の際に「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要になりますので、担当窓口申請してください。

◆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。
- 外来は個人ごとにとまとめますが、入院を含む自己負担額は世帯内の対象者を合算して計算。
- 病院・診療所、歯科、調剤薬局などの区別なく合算して計算。
- 入院時の食事代や保険がきかない差額ベット代等は対象外。

例

73歳の夫がA病院とB病院の外来にかかり、72歳の妻はC病院に入院し、1ヶ月あたりの医療費の自己負担額が55,000円となった場合。

対象者	夫	妻	
年齢	73歳	72歳	
受診した医療機関	A病院（外来）	B病院（外来）	C病院（入院）
医療費	50,000円	100,000円	400,000円
負担割合	1割	1割	1割
自己負担額	5,000円	10,000円	40,000円
所得区分	一般	一般	一般

- 1) まず個人単位での自己負担限度額（12,000円）を適用し、夫の外来分で支給される高額療養費の計算をします。
(5,000円+10,000円)-12,000円=3,000円
- 2) 次に世帯単位での自己負担限度額（44,400円）を適用し、妻の入院分を含めた場合に支給される高額療養費の計算をします。
(12,000円+40,000円)-44,400円=7,600円
- 3) あとから支給される高額療養費の計算をします。
3,000円+7,600円=10,600円

★70歳以上75歳未満の人の所得区分判定基準

●現役並み所得者

同一世帯に住民税課税所得145万円以上の70歳以上75歳未満の国保被保険者がいる人。ただし、70歳以上75歳未満の国保被保険者の収入合計が、2人以上で520万円未満、1人で383万円未満の場合は申請により「一般」の区分と同様となり1割負担（平成23年4月から2割負担に変更予定）となります。また、同一世帯に後期高齢者医療制度に移行する人（旧国保被保険者）がいて現役並み所得者になった国保被保険者1人の世帯の場合、住民税課税所得145万円以上かつ収入383万円以上で、後期高齢者医療制度に移行した旧国保被保険者を含めた収入合計が520万円未満の人は申請により、「一般」の区分と同様となり1割負担（平成23年4月から2割負担に変更予定）となります。

●低所得者Ⅱ

同一世帯の世帯主及び国保被保険者が住民税非課税の世帯に属する人。

●低所得者Ⅰ

同一世帯の世帯主及び国保被保険者が住民税非課税で、その世帯の各所得が必要経費・控除（年金の所得は控除額を80万円として計算）を差し引いたとき0円となる人。

③70歳未満と70歳以上75歳未満の人が同じ世帯の場合

- ① 70歳以上75歳未満の人の自己負担限度額をまず計算。
- ② ①に70歳未満の合算対象基準額（21,000円以上の自己負担額）を加算。
- ③ 70歳未満の自己負担限度額を適用して計算します。

申請に必要なもの

- 国民健康保険被保険者証
 - 世帯主名義の通帳
 - 保険医療機関等発行の領収書
 - 印かん
- ※ 申請の受付は受診月の翌月からとなります。

限度額適用認定証はおもちですか？

医療機関に入院する場合、限度額適用認定証（住民税非課税世帯の人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」）を提示することで、保険内診療分につき一医療機関ごとの窓口での支払いが自己負担限度額までとなります。

また、住民税非課税世帯の人は合わせて、入院時の食事代等（入院時食事療養費・入院時生活療養費）が減額されます。

入院する時に、限度額適用認定証の交付を希望する人は申請の手続きをしてください。なお、認定証は申請日の属する月の1日から有効となりますので事前に申請してください。

※保険税を滞納している世帯に属する方は、原則、認定証の交付を受けられません。

申請に必要なもの

- 国民健康保険被保険者証
- 印かん

例 総医療費が100万円で、医療機関の窓口で支払う一部負担金が30万円となる所得区分が「一般」の70歳未満の人の場合

★認定証を医療機関の窓口で提示しない場合

医療機関の窓口で支払う額 (300,000円)	
自己負担限度額 (87,430円)	高額療養費としてあとから支給 (212,570円)

★認定証を医療機関の窓口で提示した場合

医療機関の窓口で支払う額	保険者が医療機関に支払
自己負担限度額 (87,430円)	高額療養費 (212,570円)

※医療機関の窓口で支払う額については、「入院時食事代の標準負担額」、「保険外費用」は含まない。

高額療養費資金貸付について

病院等で支払う医療費等が著しく高額となり、支払いが困難な場合は、高額療養費資金貸付制度があります。

■制度の概要

医療機関への自己負担額の支払いが困難な場合には、後日支給されることとなる高額療養費を担保として、**高額療養費支給予定額の9割(百円未満切捨て)を限度**に支払資金の貸付を受けることができます。

- ※ 高額療養費資金貸付を受ける場合であっても「所得区分に応じた自己負担限度額」、「入院時食事代の標準負担額」、「保険外費用」及び「高額療養費支給予定額と貸付額との差額」の合計額を医療機関に支払っていただくこととなります。
- ※ 未申告世帯の場合、貸付金額の算定は、上位所得者の扱いとなります。

例 総医療費が100万円で、医療機関の窓口で支払う一部負担金が30万円となる所得区分が「一般」の70歳未満の人の場合

医療機関の請求額 (300,000円)		
自己負担限度額 (87,430円)	差額 (21,270円)	貸付額 (191,300円)
医療機関の窓口で支払う額 (108,700円)		保険者が医療機関に支払

※差額については、被保険者が一旦負担することとなりますが後で精算され返金されます。
※貸付額については、被保険者が医療機関へ支払後、医療機関へ直接振込します。
※医療機関の請求額については、「入院時食事代の標準負担額」、「保険外費用」は含まない。

- 貸付額 高額療養費支給予定額の9割(百円未満切捨て)を限度（貸付金額が1万円未満となる場合には、貸付することができません。）
- 貸付方法 医療機関へ直接振込
- 償還方法 高額療養費の支給時に貸付額を相殺する方法により償還
- 利息 無利息

申請に必要なもの

- 国民健康保険被保険者証
 - 世帯主名義の通帳
 - 保険医療機関等発行の請求書（1か月分まとめて）
 - 印かん
- ※ 申請の受付は受診月の翌月からとなります。