

国民健康保険税は
納期内に
納めましょう



令和5年10月25日 第177号
一 発行一
五所川原市
民生部国保年金課
〒037-8686 五所川原市字布屋町41番地1
TEL 35-2111 番代
内線2348~2350・2353・2358・2359

国保税の納付が困難な方は、
収納課に相談を！
収納課 35-2111
(内線 2275~2278)

医療費が高額になったとき利用できる制度です

高額療養費等の各支給申請でマイナポータルにてご登録の公金受取口座が利用できるようになりました。
詳細は市ホームページをご覧ください。

高額療養費について

同じ診療年月内に医療費の自己負担額が高額になった場合、国保の窓口
に申請して認められると、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。申請の受付は受診月の翌月
からとなります。

申請に
必要
なもの



- 世帯主名義の通帳
- 保険医療機関等発行の領収書
- マイナンバーのわかるもの

申請期間 診療を受けた月の翌月1日から2年間

① 70歳未満の世帯の場合

■自己負担限度額（月額）

所得※1区分		自己負担限度額	
		3回目まで	4回目以降※3
住民税課税世帯	901万円超	ア 252,600円+(医療費-842,000円)×1%	140,100円
	600万円超 901万円以下	イ 167,400円+(医療費-558,000円)×1%	93,000円
	210万円超 600万円以下	ウ 80,100円+(医療費-267,000円)×1%	44,400円
	210万円以下	エ 57,600円	44,400円
住民税非課税世帯※2		オ 35,400円	24,600円

※1 所得とは基礎控除後の「総所得金額等」のこと。所得未申告の方がいる世帯は「区分ア」になります。
※2 世帯主及びすべての国保被保険者が住民税非課税の世帯。
※3 直近の12ヶ月間に高額療養費の支給が4回以上あった場合、4回目以降の限度額。

◆高額療養費の計算方法

- ① 同じ診療年月内の個人の自己負担額を、各医療機関ごとに医科入院、医科外来、
歯科入院、歯科外来に振り分けて集計。
※院外処方薬に支払った自己負担額は、処方せんを出した医療機関の自己負担額と合算。
※保険適用外の治療代や入院時の食事代、差額ベッド代等は計算対象外。
- ② ①で振り分けた自己負担額が21,000円以上分のみを合算。
- ③ ②の額が自己負担限度額を超えた額を計算。

② 70歳以上75歳未満の世帯の場合

■自己負担限度額（月額）

適用※1区分	自己負担限度額	
	外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
現役並み所得者	Ⅲ 課税所得690万円以上	252,600円+(医療費-842,000円)×1% [4回目以降 140,100円※3]
	Ⅱ 課税所得380万円以上	167,400円+(医療費-558,000円)×1% [4回目以降 93,100円※3]
	Ⅰ 課税所得145万円以上	80,100円+(医療費-267,000円)×1% [4回目以降 44,400円※3]
一般	課税所得145万円未満※2	18,000円 [年間上限 144,000円] 57,600円 [4回目以降 44,400円※3]
	低所得者	Ⅱ 住民税非課税世帯 8,000円 24,600円
	Ⅰ 住民税非課税世帯(年金収入80万円以下など)	15,000円

※1 所得未申告の方がいる世帯は判定できません。
※2 「日ただし書所得」の合計額が210万円以下の場合も含む。
※3 直近の12ヶ月間に高額療養費の支給が4回以上あった場合、4回目以降の限度額。

70歳以上75歳未満の世帯の所得区分判定基準

- 現役並み所得者** 住民税課税所得が145万円以上の70歳以上75歳未満の国保被保険者がいる世帯。ただし、住民税課税所得が145万円以上でも下記①②③いずれかの場合は、申請により「一般」の区分と同様となります。
- ① 国保被保険者が1人で、収入383万円未満
 - ② 国保被保険者が1人で、後期高齢者医療制度への移行で国保を抜けた旧国保被保険者を含めて合計収入520万円未満
 - ③ 70歳以上75歳未満の国保被保険者が2人以上で、合計収入520万円未満
- 低所得者Ⅱ** 世帯主及びすべての国保被保険者が住民税非課税の世帯。
- 低所得者Ⅰ** 世帯主及びすべての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及び控除(年金の所得は控除額を80万円として計算)を差し引いたときに0円となる世帯。

◆高額療養費の計算方法

- ① 同じ診療年月内の外来について、個人の自己負担額をすべて合計し、個人単位の自己負担限度額を超えた額を計算。
- ② 同じ診療年月内の入院について、個人の自己負担額と①で計算した自己負担額を合算し、世帯単位の自己負担限度額を超えた額を計算。
- ③ ①及び②で計算された金額を合計。
※保険適用外の治療代や入院時の食事代、差額ベッド代等は計算対象外。
※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。

③ 70歳未満と70歳以上75歳未満の人が同じ世帯の場合

◆高額療養費の計算方法

- ① 70歳以上75歳未満の人の自己負担額を計算。
- ② ①の額に70歳未満の21,000円以上の自己負担額を加算。
(70歳未満の計算方法をご確認ください。)
- ③ ②の額が70歳未満の自己負担限度額を超えた額を計算。

限度額適用認定証はおもちですか？

医療機関を受診する場合、入院・外来とも「限度額適用認定証」(住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」)を提示することで、保険診療分の支払いが一つの医療機関ごとに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方は、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。
「限度額適用認定証」の交付を希望する方は、申請の手続きをしてください。なお、「限度額適用認定証」は、申請した月の1日から有効となりますのでご注意ください。

※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。
特別な事情がある場合はご相談ください。

申請に必要なもの

- 国民健康保険被保険者証
- マイナンバーのわかるもの
- 窓口に来る方の顔写真入り身分証明書

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「ウ」の70歳未満の方の場合

★認定証を医療機関の窓口で提示しない場合		★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 (300,000円)	自己負担限度額 (87,430円)	医療機関の窓口で支払う額	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)		保険者が医療機関に支払	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」は含まれません。

注意事項

- ・入院療養および外来療養、保険薬局、指定訪問看護事業者などで受けた保険診療が対象(柔道整復師、鍼灸、あん摩マッサージの施術などは対象外)。
- ・70歳以上75歳未満で適用区分が「現役並み所得者Ⅲ」と「一般」の方は、保険証兼高齢受給者証で適用区分が確認できるので、「限度額認定証」は必要ありません。



問い合わせ：●国保年金課 35-2111 (内線2348~2350・2353・2358・2359)

高額療養費資金貸付について

医療費等が著しく高額となり支払いが困難な場合、「高額療養費資金貸付制度」があります。ただし、医療機関によっては貸付を行うことができない場合もございますのでご了承ください。

■制度の概要

医療機関への自己負担額の支払が困難な場合には、後日支給されることとなる高額療養費を担保として、支払資金の貸付を受けることができます。

- 貸付額 高額療養費支給予定額の9割(100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

※申請の受付は診療を受けた月の翌月からとなります。
 ※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。
 ※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。
 ※未申告世帯の場合、貸付金額の算定は、上位所得者(所得区分「ア」)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「ウ」の70歳未満の方の場合

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う額

※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」は含みません。

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)
- マイナンバーのわかるもの

療養費について

次のような場合で、医療費等の全額を支払ったときは、申請し、審査で決定すれば、自己負担分を除いた額が払い戻されます。

なお、医療費等を支払った翌日から起算して2年経過すると、時効により申請ができなくなりますので、ご注意ください。

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
- マイナンバーがわかるもの
- 保険医療機関等発行の領収書

※その他、申請の種類(以下①～⑥)により必要なものがあります。詳細は国保年金課へお問い合わせください。

- ① 不慮の事故や旅先で急病になり、保険証を持たずに診察を受けたとき
- ② 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
- ③ 国保を扱っていない施術所で、はり・灸・マッサージなどの施術を受けたとき
- ④ 骨折やねんざ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
- ⑤ 手術などで輸血に用いた生血代がかかったとき
- 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)



交通事故にあったとき保険証を使うには 市役所に届出が必要です



交通事故など、第三者(自分以外の人)の行為によって、けがや病気になった場合、市役所(国保年金課)に「第三者行為による傷病届」を提出することにより、国保の保険証を使って治療を受けることができます。本来、医療費は加害者が負担するのが原則ですので、国保で医療費を一時的に立て替え、後日国保から立て替えた分を加害者に請求します。なお、工作中や通勤途中は、労災保険の適用が優先ですので、国保は利用できません。



届出に必要なもの

- ・第三者行為による傷病届
- ・交通事故証明書
- ・国民健康保険被保険者証
- ・事故発生状況報告書
- ・同意書



まずは、救護を最優先に！
それから、相手の身元の確認。
警察には必ず連絡を！

あとで後遺症が出てくるかもしれません。
医師の診断を仰いでおきましょう。



ポリファーマシーにご注意ください！ (薬の飲みすぎによる副作用等)



ポリファーマシーとは

多くの薬を飲んでいることにより、薬の相互作用や飲み間違い・飲み忘れ等により正しく薬を飲めなくなるなどから引き起こされる有害事象のことをポリファーマシーといいます。(単に薬が多いことではありません。)

何種類以上の薬を服用すればポリファーマシーとなるという定義はありませんが、薬が6種類以上になるとリスクが高くなると言われています。

ポリファーマシーを防ぐために

- ・おくすり手帳は1冊にまとめ、飲んでいる薬の全体が把握できるようにしましょう。
- ・かかりつけ医、かかりつけ薬局(薬剤師)をもち、飲んでいる薬の情報を共有してもらいましょう。
- ・薬は医師の指示どおりに飲みましょう。
- ・新しい薬が追加されたり、薬が変わったりした時は、体調に変化がないか注意しましょう。
- ・気になる症状(ふらつき、めまい等)がある時は、かかりつけ医、かかりつけ薬局(薬剤師)に相談しましょう。
- ・市販薬やサプリメント、健康食品も影響することがあります。相談の際は、おくすり手帳とともに、これらの服用情報も伝えましょう。

