

## 限度額適用（・標準負担額減額）認定証の交付について

一医療機関の窓口での支払いは、外来・入院とも、「限度額適用認定証」（住民税非課税世帯、低所得者Ⅰ、低所得者Ⅱの方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」）を提示すれば限度額までになります。限度額は所得区分によって異なります。あらかじめ「限度額適用認定証」の交付が必要な場合は国民健康保険課又は天羽行政センターで申請してください。

### 限度額適用（・標準負担額減額）認定証を交付できる方

- 70歳未満の被保険者 保険税に未納のない世帯に属している方
- 70歳以上の被保険者 現役並み所得者Ⅱ、現役並み所得者Ⅰ、低所得者Ⅱ、低所得者Ⅰに該当する方

ただし、同一世帯の世帯主及び国保被保険者に収入の申告がない場合や収入が確認できない場合には、70歳未満ならば「区分ア」の区分、70歳以上ならば限度額適用認定証が交付されない区分と判定しますので、ご了承ください。

### 申請・更新について

本人確認書類、世帯主と対象の方のマイナンバーが確認できる書類、届出人が同一世帯以外の場合は世帯主からの委任状を用意し、国民健康保険課又は天羽行政センターで手続きください。既に認定証をお持ちの方でも、8月1日以降に使用できる認定証の交付を受ける場合には申請が必要です。事前に申請できますのでご相談ください。

## 入院した時の食事代

入院した時は、診療に係る費用とは別に1食分として以下の標準負担額を自己負担して、残りを国保が負担します。

### ◆入院した時の食事代の標準負担額（1食あたり）

所得区分		標準負担額
住民税課税世帯		460円 <sup>(※)</sup>
住民税非課税世帯及び低所得者Ⅱ	過去12か月で	90日までの入院 210円
		90日を超える入院 160円
低所得者Ⅰ		100円

(※)一部260円の場合があります。

○65歳以上の方が療養病床に入院したときは、食費1食あたり460円（一部医療機関では420円）・居住費1日あたり370円が自己負担になります。なお、所得や疾病などにより負担が軽減される場合があります。

## 90日を超えて入院した場合の食事代について

住民税非課税世帯、低所得者Ⅱに該当する方は、入院日数を届出することで届出した翌月初日から食事代が軽減されます。

### 申請に必要なもの

- 過去12か月以内の入院日数がわかるもの（入院時の領収書など）
- 世帯主と対象の人のマイナンバーがわかるもの
- 本人確認書類
- 既に限度額適用・標準負担額適用認定証の交付を受けている場合はその認定証
- 同一世帯以外の方が申請・交付を受ける場合は委任状

# 国保だより

第165号

令和4年6月9日発行

## 国民健康保険被保険者証（保険証）の更新をおこないます

（70歳以上75歳未満の方は高年齢受給者証を兼ねています）

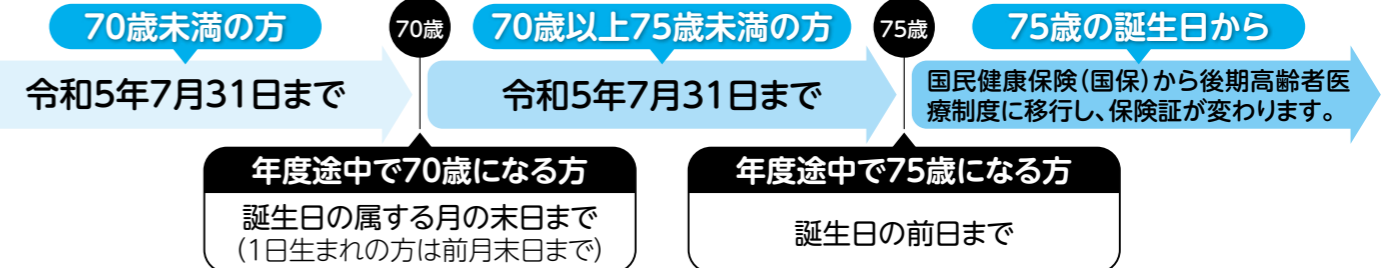


### 保険証は簡易書留でお送りします

保険証は、世帯主あてに7月中旬から下旬にかけて、簡易書留でお送りします。ご不在の場合は、不在連絡票がポストに投函されますので、郵便局へ連絡し、必ず受け取るようにしてください。

※有効期限の切れた保険証は、ご自身でハサミで裁断し破棄していただくか、国民健康保険課又は天羽行政センターへご返還ください。

### ●有効期限は下記のとおりです。年齢などによって有効期限が異なります。



### 保険証を大切に!

国保は、病気やけがをしたときに、安心して医療を受けるための大切な制度です。保険証は、あなたが国保に加入していることの証明書です。小さいけれども大切な一枚です。取り扱いに気をつけ、大切に保管しましょう。

### 会社の健康保険に入った方は、国保脱退の手続きをしましょう!

今お持ちの国保の保険証、会社の健康保険証、本人確認書類、及びマイナンバーが確認できる書類（世帯主及び該当者分）を持参して、市役所本庁1階国民健康保険課窓口又は天羽行政センターへお越しください。

### ●保険証郵送時に、「ジェネリック医薬品希望シール」を同封します

お医者さんにかかるときに後発医薬品（ジェネリック医薬品）を希望する方は、保険証の余白部分及びお薬手帳にもシールを貼って窓口で提示しましょう。ジェネリック医薬品の利用は医療費削減にも役立ちますので、ぜひご利用ください。

### 臓器移植とは? 臓器提供の意思表示欄について

臓器提供の意思表示をすることで、健康な臓器の提供によって誰かの命を助けることができます。臓器提供についてよく考え、家族と話し合い、あなたの意思を表示しておくことが大切です。

#### 臓器提供意思表示欄の記入について

- 臓器提供意思表示欄への意思表示の記入は任意であり、記入の有無により、受けられる医療の内容に違いが生じることはありません。記入した後も、いつでも意思の変更は可能です。
- 臓器提供意思表示欄の記入内容は、臓器の移植に関する法律に規定する書面による意思表示として取り扱われます。ただし提供する旨の意思表示は、15歳以上の方の表示が有効なものとして取り扱われます。

# 被保険者証(保険証)を受け取ったら 記載内容を確認しましょう



保険証は被保険者一人に1枚のカードで発行されますので、新しい保険証を受け取ったら各自が記載内容を確認しましょう。

## ◆70歳未満の方

**原寸大**

記載されている氏名・生年月日・住所などに誤りがないか確認しましょう。

千葉県国民健康保険 被保険者証

有効期限 令和5年 7月 31日

記号 富津 番号 00001 (枝番) 01

氏名 富津次郎

生年月日 昭和30年2月5日 性別 男

世帯主氏名 富津太郎

住所 富津市下飯野2443番地

交付者名 千葉県富津市

適用開始年月日 平成10年 5月 20日

交付年月日 令和4年 8月 1日 保険者番号 120261

ジェネリック医薬品希望シール貼付欄

一人ひとり異なる場合があります。

(台紙の裏面の注意事項もよく読んでおきましょう。)

## ◆70歳以上75歳未満の方 (保険証は高齢受給者証を兼ねています)

**原寸大**

一人ひとり異なる場合があります。

千葉県国民健康保険 被保険者証兼高齢受給者証

有効期限 令和5年 7月 31日

記号 富津 番号 00001 (枝番) 01

氏名 富津花子

生年月日 昭和24年4月30日 性別 女

世帯主氏名 富津太郎

住所 富津市下飯野2443番地

高齢受給者証発効期日 令和4年 8月 1日

一部負担金の割合 2割

適用開始年月日 平成9年 3月 24日

交付年月日 令和4年 8月 1日 保険者番号 120261

ジェネリック医薬品希望シール貼付欄

医療機関を受診するときの自己負担割合が記載されています。(2割又は3割)

# 特定疾病「特定疾病療養受療証」の更新をおこないます!

現在、受療証をお持ちの方へ  
(令和4年8月1日から有効の受療証を新しい保険証と一緒に郵送します。)

高額な治療を長期間継続して行う必要のある右の疾病に該当する方は、「特定疾病療養受療証」(医師の証明を添えて申請により交付)を医療機関などの窓口にて提示すれば、毎月の自己負担額は年齢にかかわらず10,000円\*までとなります。

\*70歳未満の方で自己負担限度額表の区分ア又はイの場合は毎月20,000円までとなります。

### 厚生労働大臣の指定する特定疾病

- 先天性血液凝固因子障害の一部
- 人工透析が必要な慢性腎不全
- 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症

# 自己負担限度額(月額)について

自己負担限度額は世帯の所得区分によって決まります。

所得区分の年度は8月から翌年7月までを適用期間とし、所得区分は8月の属する年の前年中の収入や所得、当該年度の住民税課税状況により次の表のとおり区分されます。

## ◆70歳未満の方

所得区分		3回目まで	4回目以降
住民税課税世帯	「所得」が901万円を超える	252,600円 (医療費が842,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算)	140,100円
	「所得」が600万円を超え、901万円以下	167,400円 (医療費が558,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算)	93,000円
	「所得」が210万円を超え、600万円以下	80,100円 (医療費が267,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算)	44,400円
	「所得」が210万円以下	57,600円	44,400円
住民税非課税世帯		35,400円	24,600円

○「所得」：国保の保険料の算定の基礎となる「基礎控除後の総所得金額等」のことです。

- 医療費が高額になったとき  
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上記の表の限度額を超えた場合、その超えた分が高額療養費として支給されます。
- 同じ世帯で合算して限度額を超えたとき  
同一世帯で、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、それらを合算して限度額を超えた分が支給されます。

## ◆70歳以上75歳未満の方

所得区分		外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
現役並み所得者	Ⅲ 690万円以上	252,600円 (医療費が842,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算) (4回目以降の場合140,100円)	
	Ⅱ 380万円以上 690万円未満	167,400円 (医療費が558,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算) (4回目以降の場合93,000円)	
	Ⅰ 145万円以上 380万円未満	80,100円 (医療費が267,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算) (4回目以降の場合44,400円)	
一般		18,000円 <sup>(※4)</sup>	57,600円 (4回目以降の場合44,400円)
低所得者Ⅱ <sup>(※2)</sup>		8,000円 <sup>(※4)</sup>	24,600円
低所得者Ⅰ <sup>(※3)</sup>		8,000円 <sup>(※4)</sup>	15,000円

(※1) 同一世帯に住民税課税所得が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は、「現役並み所得者」となります。ただし、次のいずれかの条件に該当する場合、区分は「一般」になります。

1. 同一世帯の70歳以上75歳未満の国保被保険者の収入合計が以下に該当した場合
  - 1人の場合は383万円未満
  - 2人以上の場合は520万円未満(同一世帯に国保から後期高齢者医療制度へ移行した方がいる場合はその方の収入も含む。)
2. 同一世帯にいる70歳以上75歳未満の国保被保険者全員の基礎控除後の総所得金額等の合計額が210万円以下

(※2) 世帯主及び世帯の被保険者全員が住民税非課税の方(※3)以外の場合)

(※3) 同一世帯の世帯主及び国保被保険者全員が住民税非課税で、各人の収入から必要経費等(公的年金は控除額を80万円として計算(給与所得がある場合には給与所得から10万円を控除))を差し引いたときに0円になる方

(※4) 年間(8月~翌年7月)の限度額は144,000円です。

○75歳到達月は国保と後期高齢者医療制度の限度額がそれぞれ2分の1となります(1日生まれの方は除く)。

○4回目以降の場合とは、該当月以前12か月以内に高額療養費の支給が3回以上あった場合の4回目以降の限度額