



後期高齢者医療制度

平成20年4月1日から始まりましたこの制度は、高齢者の皆さんが安心して医療を受けられるよう、国民全体で支えあう仕組みです。

1 被保険者

●75歳以上の方

(75歳の誕生日当日から、被保険者となります。)

※被保険者となるための手続きは必要ありません。

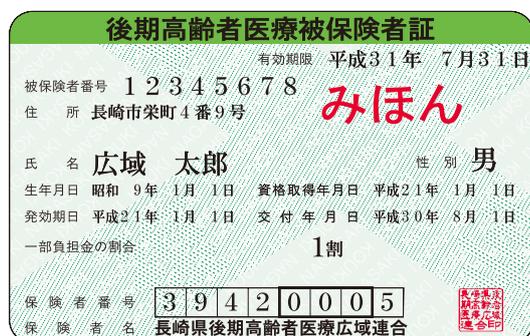
●65歳以上75歳未満で一定の障がいがある方

(障がい認定を受けた日から、被保険者となります。)

※障がい認定を受けるには、長崎県後期高齢者医療広域連合へ申請が必要です。

また、一旦認定を受け後期高齢者医療の被保険者となっても、75歳になるまでは、他の医療保険に変更することができます。

2 被保険者証（保険証）



大きさは名刺サイズ(54mm×86mm)です。

●後期高齢者医療制度では、被保険者一人ひとりに保険証を交付します。

被保険者となる方には、75歳の誕生日を迎える前に保険証を交付します。

保険証は、毎年8月1日に更新します。

新しい保険証は、お住まいの市役所・町役場から、7月中に郵送等により交付します。手続きの必要は、ありません。

保険証は大切に保管し、保険医療機関等を受診する際には、必ず窓口に提示してください。

●紛失された場合は、お住まいの市役所・町役場の担当窓口で再交付の手続きをしてください。

3 窓口での一部負担金（自己負担割合）

一部負担金の割合（毎年8月1日に見直します。）

お医者さんにかかるときは、かかった医療費の**1割**、**現役並み所得者は3割**、を自己負担します。

一部負担金の割合は、住民税の課税のもととなる額（課税標準額）で判定します。課税標準額は、前年1月から12月までの所得をもとに計算されます。

【負担割合が1割になる方】

- ①課税標準額が**145万円未満**の被保険者（同じ世帯の被保険者全員が145万円未満）
- ②昭和20年1月2日以降生まれの被保険者及びその世帯に属する被保険者の、旧ただし書所得（総所得金額等－33万円）を合算した額が210万円以下である世帯に属する被保険者

【負担割合が3割になる方】

課税標準額が**145万円以上**の被保険者及びその世帯に属する被保険者
ただし、収入額（必要経費や控除を差し引く前の額）が法令で定める額（基準収入額）に満たない場合には、申請により、自己負担割合が1割となります。

【基準収入額として定められている額】

- ①世帯内に後期高齢者医療の被保険者が1人の場合…………… **383万円**
※383万円を超える方であっても、その世帯内に70歳から74歳までの方がいる場合は、被保険者とその方の収入合計額…………… **520万円**
- ②世帯内に後期高齢者医療の被保険者が2人以上の場合、その合計額…………… **520万円**

【負担割合と所得区分】

負担割合	所得区分	要件
3割	現役並みⅢ	住民税課税所得690万円以上
	現役並みⅡ（現役Ⅱ）※1	住民税課税所得380万円以上
	現役並みⅠ（現役Ⅰ）※1	住民税課税所得145万円以上
1割	一般	下記以外の方
	低所得Ⅱ（区分Ⅱ）※1	世帯全員が住民税非課税
	低所得Ⅰ（区分Ⅰ）※1	世帯全員が住民税非課税でかつ、世帯全員の所得が0円 ※2

※1 該当される方は、「**限度額適用認定証**」又は「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」をお住まいの市役所・町役場に申請してください。認定証を病院等に提示すると、医療費の自己負担と入院時の食事代が減額されます。（4ページ参照）。
認定証の適用区分には、（ ）内の表記で記載されます。

※2 ①年金収入のみの方は、年金収入が80万円以下の方
②年金と他の収入がある方は、
$$\frac{\text{年金収入} - 80\text{万円}}{\text{年金以外の収入} - \text{必要経費}} = 0\text{円}$$

↳年金収入が80万円未満の時は、0円として計算します。

自己負担限度額（高額療養費算定基準額）

世帯状況等により月ごとの医療費の自己負担限度額・入院時食事代等が次のとおり定められています。

この表は、平成30年8月診療分から適用されます。

負担割合	所得区分	自己負担限度額（月額）	
		外来（個人ごと）	外来+入院（世帯合算）
3割	現役並みⅢ 課税所得 690万円以上	252,600円 ●医療費が842,000円を超えた場合は（医療費－842,000円）×1%を加算 ●多数回該当の場合 140,100円	
	現役並みⅡ 課税所得 380万円以上	167,400円 ●医療費が558,000円を超えた場合は（医療費－558,000円）×1%を加算 ●多数回該当の場合 93,000円	
	現役並みⅠ 課税所得 145万円以上	80,100円 ●医療費が267,000円を超えた場合は（医療費－267,000円）×1%を加算 ●多数回該当の場合 44,400円	
1割	一般	18,000円 [年間上限額144,000円]	57,600円 ●多数回該当の場合44,400円
	低所得Ⅱ	8,000円	24,600円
	低所得Ⅰ	8,000円	15,000円

- 現役並み所得者及び一般の方の自己負担限度額は、過去12か月以内（診療当月を含む）に3回以上高額療養費が支給されている場合、4回目以降は、各所得区分に応じた自己負担限度額となります（多数回該当）。
- ひとつの医療機関等で支払う同一診療月単位内の窓口負担（一部負担金）は、上記の**自己負担限度額（食事代等の自費は除く）**までとなります。**本ページの所得区分のうち、低所得Ⅰ及び低所得Ⅱの適用は、限度額適用・標準負担額減額認定証の申請が必要となりますので、詳しくは**限度額適用・標準負担額減額認定証**の説明（4ページ）をご覧ください。**
- 所得区分課税所得が145万円以上690万円未満の方で、ひと月にひとつの医療機関での**支払いが高額になる可能性**がある方は、**必ず限度額適用認定証**の交付を申請してください。詳しくは**限度額適用認定証**の説明（4ページ）をご覧ください。

入院時食事療養費・生活療養費（食事代1食あたり、居住費1日あたり）

所得区分	一般病床 精神病床 食事代	療養病床		居住費	指定難病患者	
		食事代	医療の必要性の低い方		医療の必要性の高い方	食事代
現役並み所得者 (3割)	460円	460円 ※4	460円 ※4	370円	260円	0円
一般(1割)	260円 ※1	420円 ※5	420円 ※5			
低所得Ⅱ (1割)	210円 ※2 160円 ※3	210円	210円 ※2 160円 ※3		210円 ※2 160円 ※3	
低所得Ⅰ (1割)	100円	130円	100円	100円		
老齢福祉年金受給者 境界層該当者	100円	100円	100円	0円	100円	

- ※1：指定難病患者や、平成28年3月31日時点で1年以上精神病床に継続入院の方は退院するまでの期間
- ※2：入院日数が90日までの入院
- ※3：入院日数が90日を超える場合、長期該当申請が必要（過去1年間、低所得Ⅱの入院日数含む）
- ※4：管理栄養士等により食事の管理が行われ、厚生労働大臣が定める基準を満たしている保険医療機関に入院
- ※5：※4以外の保険医療機関に入院

限度額適用・標準負担額減額認定証について

- **低所得Ⅰ又はⅡ**に該当される方は、「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」を医療機関窓口にて提示することにより、保険適用分の医療費の自己負担と、入院した際の食事代が減額されますので、あらかじめ市役所・町役場の担当窓口で申請してください。
- 後期高齢者医療制度に加入する前に認定証の交付を受けていた方についても、改めて申請が必要です。
- 「認定証」の有効期限は、毎年7月31日までです。
- 認定証の交付を受けている方で8月更新時において、引き続き交付対象となっている方については、お住まいの市役所・町役場から認定証を郵送等により交付します。申請の必要は、ありません。

※90日を超える入院がある低所得Ⅱの方は、食事代が更に減額される場合がありますので、お住まいの市役所・町役場へお問い合わせください。入院日数は、過去1年間における前保険者で低所得Ⅱの認定証が交付されている期間の入院日数を合算することができます。

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	
有効期限	平成31年 7月31日
交付年月日	平成30年 8月 1日
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
住所	長崎市栄町4番9号
氏名	広城 太郎
性別	男
生年月日	昭和 9年 1月 1日
発効期日	平成30年 8月 1日
適用区分	区分1 みほん
長期入院該当年月日	
保険者印	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3:9 4:2 0:0 0:5 長崎県後期高齢者医療広域連合

証のサイズは
127mm×91mmです。

限度額適用認定証について

- 平成30年8月から、高額療養費の自己負担限度額（高額療養費算定基準額）が3ページの表のように変わります。
それにより、**現役並みⅠ又はⅡ**に該当される方は、「**限度額適用認定証**」が必要になる場合があります。
- 年収約370万円～1,160万円（課税所得145万円～689万円）の方は、ご注意ください。
※年収は、年金収入のみの場合の金額です。
- 医療機関窓口にて提示することにより、保険適用分の医療費の自己負担が減額されますので、あらかじめ市役所・町役場の担当窓口で申請してください。
- ひと月にひとつの医療機関での支払が高額になる可能性がある方は、市役所・町役場の担当窓口で「限度額適用認定証」の交付を申請してください。
- 後期高齢者医療制度に加入する前に認定証の交付を受けていた方についても、改めて申請が必要です。
- 「認定証」の有効期限は、毎年7月31日までです。

特定疾病について

- 厚生労働大臣が指定する特定疾病（※注）の場合、「特定疾病療養受療証」を医療機関窓口にて提示することで、医療機関ごと（入院・外来別）のひと月の自己負担額は、1万円となります。
- 受領証の交付には、申請が必要となりますので、お住まいの市役所・町役場の担当窓口で申請してください。
- 後期高齢者医療制度に加入する前に受療証をお持ちの方も、改めて申請が必要です。
（※注）先天性血液凝固因子障害（血友病）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

4 保険料

保険料は、被保険者一人ひとりに納めていただきます。

保険料の計算方法

● 年間の保険料は、次の方法で計算して個人ごとに決まります。

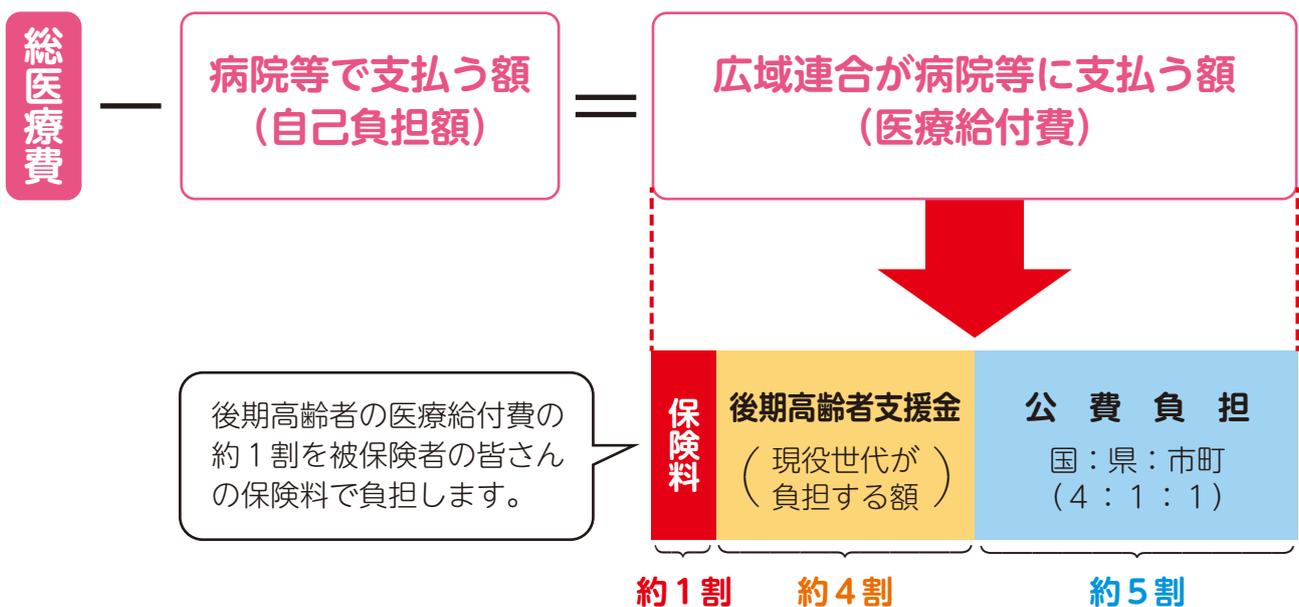
(平成30年度、31年度)

保険料	=	均等割額	+	所得割額
[年額]		(1人当たり) 45,800円		(前年中の総所得金額等－基礎控除額33万円) ×8.67% (所得割率)

総所得金額等とは、前年中の「公的年金等収入－公的年金等控除」「給与収入－給与所得控除」「事業収入－必要経費」などの所得や、退職所得以外の分離所得の合計額をいいます。

- 保険料を決める基準（均等割額、所得割率）については、2年ごとに見直しを行います。
- 保険料は、一人当たり**年額62万円が上限**になります。
- 年齢到達などにより年度途中で被保険者になった場合、保険料は被保険者になった月から月割りで計算します。

保険料と医療費負担の基本的な仕組み



保険料の軽減制度

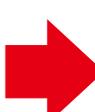
申請手続きは、必要ありません。

所得が少ない方の保険料は、世帯の所得に応じて次に掲げる割合のとおり軽減されます。

平成30年度の軽減割合は、国の予算措置によって本来の軽減割合より一部拡大されています。

■ 均等割額の軽減

同一世帯内の被保険者と世帯主の前年の総所得金額等の合計	本来の軽減割合	平成30年度軽減割合	軽減後の均等割額
33万円以下の場合	7割	8.5割	6,800円
※うち、被保険者全員が年金収入80万円以下（その他各種所得なし）の世帯	7割	9割	4,500円
33万円 + (27.5万円 × 被保険者数) 以下の場合	5割	5割	22,900円
33万円 + (50万円 × 被保険者数) 以下の場合	2割	2割	36,600円

左に該当すると 

- 制度加入の前日まで会社などの健康保険（市町の国民健康保険・国民健康保険組合は除く）の被扶養者だった方は、保険料の所得割額の負担はありません。均等割額については、上記の9割、8.5割軽減に該当しない場合は、5割軽減となります。

国の予算措置により、軽減期間を延長しています。

本来の軽減制度：所得割額の負担はなく、均等割額の軽減割合は5割
（軽減期間…後期高齢者医療に加入後2年間）

保険料の納め方

- 保険料は、原則として介護保険料と同じ年金からの天引きになります（特別徴収）。
- 特別徴収以外の方は、納付書や口座振替で納めます（普通徴収）。
- なお、保険料総額は、特別徴収・普通徴収いずれの納め方でも変わりません。

【年金から天引きされる方（特別徴収）】

特別徴収は、年6回の年金支給の際、受給額から天引きされます。

仮徴収			本徴収		
4月	6月	8月	10月	12月	2月
前年の所得が確定するまでは、原則、2月に天引きされた額と同額の保険料が徴収されます。			決定した年間保険料から、仮徴収額を差し引いた額が徴収されます。		

対象となるのは、「介護保険料と後期高齢者医療保険料の合計額」が「介護保険料が天引きされている年金の受給額の2分の1」を超えない方です。

【納付書や口座振替で納めていただく方（普通徴収）】

普通徴収は、確定した年間保険料額を7月から期別ごとに納めていただきます。

対象となるのは、特別徴収の対象とならなかった方や介護保険料が特別徴収でない方です。

※新たに被保険者となった方は、一定期間、普通徴収となります。

※所得の変更などにより、年度途中で特別徴収から普通徴収になる場合があります。

【口座振替】

普通徴収の方は、便利な《口座振替》をご利用ください。（詳しくは、市役所・町役場へお尋ねください。）

※これまで国民健康保険税（料）を口座振替にされていた方が、引き続き、後期高齢者医療保険料の口座振替を希望される場合でも、改めて口座振替の手続きが必要です。

※保険料を「特別徴収」されている方は、申出により「口座振替」に変更できます。

ただし、確実な納付が見込まれない方については、認められない場合があります。

※口座振替によるお支払いの場合、口座振替名義人の方が所得税や住民税の申告の際に、社会保険料控除を受けられます。

保険料を納めないとうなるの？

- 保険料を滞納すると、通常の保険証よりも有効期限の短い保険証が交付される場合があります。
また、特別な事情もなく滞納すると、差押などの滞納処分を受ける場合もあります。
- 保険料の納付が困難なときは、お早めにお住まいの市役所・町役場にご相談ください。
また、火災、風水害その他これらに類する災害により、財産に著しい損害を受けた場合など、一定の要件に該当する場合は減免等の制度があります。

やむを得ず医療費を全額支払ったとき（療養費）

医師が治療上必要と認めて、コルセット等の補装具をつけた場合などは、一旦全額自己負担となりますが、申請により保険給付分が払い戻されます。

1か月の医療費が高額になったとき（高額療養費）

複数の医療機関等を受診したときや世帯内の被保険者の窓口負担（食事療養費及び室料差額等の自費は計算対象外）を合算したときに、同一診療月単位で窓口負担が自己負担限度額（3ページを参照）を超えた場合は、窓口負担と自己負担限度額の差額が支給されます。

高額療養費の申請は、お住まいの市役所・町役場の担当窓口で申請できます。印かん・振込口座の通帳等をご持参ください（医療機関等の領収証の添付は、必要ありません。）。

なお、一度申請された方は、高額療養費が発生した場合は申請された口座へ継続して振り込みますので、再度の申請は必要ありません。ただし、振込先口座を変更する場合は、再度の申請が必要です。

高額療養費は、医療機関等の診療報酬の請求を基に計算しますので、最短で診療月の約3か月後の第3水曜日に支給となります。ただし、医療機関等の診療報酬の請求が遅れた場合は、支給日が遅れることがあります。

外来療養に係る年間の高額療養費（外来年間合算）

高額療養費の外来年間合算は、高額療養費の算定基準額を見直すことに伴い、年間を通して外来特例に該当するような長期療養を受けている方の負担が増えないよう配慮する観点から、新たに創設されたものです。

毎年8月1日から翌年7月31日までを計算期間とし、支給対象は「一般」（低所得区分の診療月分含む。）の外来に係る1年間（8月～7月）の合計自己負担額が年間上限額144,000円を超過した場合、超過金額を支給します。

高額介護合算療養費

世帯内で医療と介護の両保険の自己負担額が高額になったとき、両保険の1年間（毎年8月から翌年7月まで）の自己負担額を合計して算定基準額を超えた場合は、申請により超えた分が支給されます。算定基準額を超える額が500円以下の場合は、支給されません。

なお、医療機関の受診月によって年間の基準額が異なりますので、ご注意ください。

平成29年8月～平成30年7月受診分

所得区分	算定基準額 (後期高齢者医療+介護保険)
現役並み所得者	67万円
一般	56万円
低所得Ⅱ	31万円
低所得Ⅰ	19万円

平成30年8月～平成31年7月受診分

所得区分	算定基準額 (後期高齢者医療+介護保険)
現役並み所得者Ⅲ	212万円
現役並み所得者Ⅱ	141万円
現役並み所得者Ⅰ	67万円
一般	56万円
低所得Ⅱ	31万円
低所得Ⅰ	19万円

※所得区分は、2ページの【負担割合と所得区分】参照

その他の給付

- 入院時に、医療機関の窓口で「限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示ができず、減額されていない食事代を支払った方は、申請により、「認定証」の提示できなかった理由が、やむを得ないと認められた場合、差額分が支給されます。
- 負傷、疾病等により移動困難な人が、医師の指示で緊急の必要性があつて移送されたときには、申請により、その費用のうち審査で認められた金額が支給されます。
- 被保険者の方が亡くなったときは、申請により、葬祭を行った方に葬祭費（2万円）が支給されます。

整骨院などでの柔道整復師の施術を受けられる方

整骨院等での柔道整復師による施術は、保険証を使える施術内容が決まっています。施術を受ける際、負傷の原因を正確に伝えましょう！

【健康保険等の対象となる施術】

- ①医師や柔道整復師に、骨折、脱臼、打撲及び捻挫等と診断（判断）され、施術を受けたとき。
- ②骨・筋肉・関節のケガや痛みで、その負傷原因がはっきりしているとき。

※単なるマッサージや慢性的な肩こり・疲労回復等では健康保険の対象にはなりません。

【「受領委任」による療養の給付を受ける場合の注意】

療養費支給申請には、本人の署名又は捺印が必要です。負傷名等の内容をよく確認し、署名又は捺印をしてください。



6 保健事業

健康診査（健診） ～年に1回、健康診査を受けましょう！～

健康診査は、「生活習慣病等の早期発見や重症化の予防」を目的としております。

生活習慣病が重症化してくると医療費が高額になる場合があったり、普段の生活にも支障を及ぼすことがあります。

健康でいきいきとした生活を送るためには、生活習慣病を防ぐこと、生活習慣病となっても重症化させないことが大切です。

実施時期、実施方法等は、お住まいの市役所・町役場によって異なりますので、詳しい内容は、市役所・町役場の担当窓口へお問い合わせください。

自己負担金はありません。無料です受けられます。

お口“いきいき”健康支援（口腔ケア）事業

お口の中の衛生、かむ力、飲み込む力といった口腔機能向上は、食事をおいしく食べるためだけでなく、全身の健康や生活全体の活性化につながります。

事業の内容	お口の衛生状態のチェック、かむ力のチェック、ブラッシング指導などを行います。
受診券の申込方法	受診するには、受診券が必要です。 広域連合又はお住まいの市役所・町役場の担当窓口で電話等で申し込むか、受診を希望される歯科医院を通じてお申し込みください。
受診方法	申込後、広域連合から受診券を送付しますので、歯科医院に予約を入れて受診券を提示してください。
自己負担金	無料

(受診できる歯科医院は、長崎県歯科医師会加盟の歯科医院、小値賀歯科診療所及び長崎市高島国民健康保険診療所となっております。)

はり、きゅう施術費助成

健康の保持増進のため、広域連合が指定したはり師・きゅう師から受けた「はり」、「きゅう」について、施術料金の一部を助成しています。

対象施術	対象となる施術 ①広域連合が指定したはり師・きゅう師が行う「はり」、「きゅう」 ②保険診療（医師が認めた施術）外の施術 ※保険診療で施術を受けた日に同一施術所で受けた施術は、対象になりません。
助成内容	施術1回につき700円です。 助成の対象となる施術は、 1日1回 とし、 1か月に5回 までです。
助成の受け方	保険証を提示し、施術後に所定の明細書に署名又は押印をすることで、施術料金の一部が助成されます。

ジェネリック医薬品の普及促進

ジェネリック医薬品（後発医薬品）は、先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される新薬と同じ有効成分、同じ効能・効果をもつ医薬品のことです。

新薬より 安価で経済的	安全性も効き目も新薬と同等と国に認められ、価格は新薬に対して2割から7割ほど安く抑えられています。 自己負担の軽減だけでなく、医療費全体の抑制にもつながります。
ジェネリック医薬品 を利用するには	かかりつけの医師や薬局の薬剤師へご相談ください。（全てのお薬にジェネリック医薬品があるわけではなく、治療内容によっては適さない場合もあります。）

7 広域連合からのお知らせ

交通事故にあって保険証を使用するときは、届け出が必要です。

交通事故など第三者の行為によって、けがや病気をした場合でも、届け出により、保険証を使用して治療を受けることができます。保険証、印かん、交通事故証明書を持って、お住まいの市役所・町役場の担当窓口で「第三者行為による被害届」を提出してください。



1人1冊「お薬手帳」を利用しましょう！

「お薬手帳」とは、薬の名前や飲む量、アレルギーの経験などの記録をつける手帳です。この手帳を薬局に見せることで、複数の薬局から調剤があっても、あなたの薬の情報が正しく医療関係者に伝わり、治療方針を検討する際の役に立ちます。同じ薬による副作用や、良くない飲み合わせ、多量投薬を未然に防止するための大切な情報です。必ず「お薬手帳」は、**1人1冊**にまとめましょう。ご利用は、「かかりつけ薬局」へご相談ください。

不審な電話や還付金詐欺にご注意ください！

～「お金を返すからATMに行け」は詐欺～

全国各地で広域連合や市役所・町役場などの職員を名乗り「還付金があります」と言ってATMに行くように誘い、ATMを操作させてお金をだまし取る「振り込め詐欺」が頻繁に起こっています。

また、身に覚えのない料金をメールやハガキで請求され、示されている連絡先に連絡すると「支払わなければ裁判になる」「取り立てに行く」等言い、不安をあおりお金をだまし取る「架空請求詐欺」も多発しています。

少しでも不審に思ったら、相手の名前や電話番号などを聞き、すぐに広域連合又はお住まいの市役所・町役場の担当窓口までお問い合わせください。



マイナンバー（個人番号）を記入して 申請書・届出書を提出するときの持参品

- ①本人が提出…被保険者の印かん、保険証、マイナンバーカード（個人番号カード）又は運転免許証等（写真付きの身分証明書）
 - ②代理人が提出…被保険者の印かん、保険証、代理人のマイナンバーカード（個人番号カード）又は運転免許証等（写真付きの身分証明書）、委任状
- ※①及び②において写真付きの身分証明書がない場合は、介護保険証等の氏名及び生年月日又は住所のわかるものが必要となります。



こんなときは、必ず届け出を

届け出をするとき

- 県内で住所が変わるとき
- ほかの都道府県に転出するとき
- ほかの都道府県から転入してきたとき
- 生活保護を受けなくなったとき
- 生活保護を受けるようになったとき
- 死亡したとき
- 保険証をなくしたり、汚れて使えなくなったとき
- 高額療養費支給申請
- 療養費支給申請
- 限度額適用・標準負担額減額認定申請
- 限度額適用認定申請
- 特定疾病認定申請
- 65歳～74歳で一定の障害がある方が、後期高齢者医療に加入するとき

届け出に必要なもの

- ▶ 保険証、印かん
- ▶ 保険証、印かん
- ▶ 負担区分証明書、印かん
- ▶ 保護廃止決定通知書、印かん
- ▶ 保険証、保護開始決定通知書、印かん
- ▶ 保険証、印かん
- ▶ 身分を証明するもの（保険証）、印かん
- ▶ 保険証、印かん、支給対象者の通帳
- ▶ 保険証、印かん、医師の証明書、領収書、支給対象者の通帳
- ▶ 保険証、印かん
- ▶ 保険証、印かん
- ▶ 保険証、印かん、医師の意見書
- ▶ 保険証、印かん、障害の程度が確認できる書類(国民年金証書、身体障害者手帳、療育手帳等)

申請や届出・保険料に関するご相談などは、お住まいの市役所・町役場の担当窓口へ！

お問合せ

受付時間

平日朝8時45分～夕方5時30分
(土・日・祝日・年末年始は休み)

電話

095-816-3930

ホームページ

<https://www.nagasaki-kouiki.net/>

〒850-0875 長崎市栄町4番9号（長崎県市町村会館5階）

長崎県後期高齢者医療広域連合

