国保の届け出

　こんなときは、必ず14日以内に世帯主が市区町村の窓口へ届け出をしましょう

＊下記のほかに、「世帯主」と「手続きの対象となる人」のマイナンバー、窓口に来た人の本人確認ができるものが必要です。また、印かんが必要になる場合もあります。

	こんなとき	届け出に必要なもの
国保に入るとき	他の都道府県から転入してきたとき	他の都道府県の転出証明書
	職場の健康保険などをやめたとき	職場の健康保険をやめた証明書
	職場の健康保険などの被扶養者でなくなったとき	被扶養者でなくなった証明書
	子どもが生まれたとき	母子健康手帳
	生活保護を受けなくなったとき	保護廃止決定通知書
	外国籍の人が加入するとき	在留カード、パスポート
国保をやめるとき	他の都道府県に転出するとき	資格確認書
	職場の健康保険などに加入したとき	国保の資格確認書、職場の健康保険に加入したことを証明するもの
	職場の健康保険などの被扶養者になったとき	
	国保の被保険者が死亡したとき	資格確認書
	外国籍の人がやめるとき	資格確認書、在留カード
その他	同じ都道府県内で他の市区町村に転入してきたとき	他の市区町村の転出証明書
	同じ都道府県内で他の市区町村に転出するとき	資格確認書
	市区町村内で住所が変わったとき	
	世帯主や氏名が変わったとき	
	世帯が分かれたりいっしょになったりしたとき	
	修学のため別に住所を定めるとき	資格確認書、在学証明書
	資格確認書をなくしたとき（あるいは汚れて使えなくなったとき）	身分を証明するもの

※資格確認書は発行されている方のみお持ちください。

※市区町村によって届け出に必要なものが異なる場合があります。

VEGETABLE OIL INK 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。

無断転載・複製禁止 © （株）現代けんこう出版

くらしのみかた

国保ガイドブック

令和7年度版

銚子市

令和7年度の主な変更ポイント

●保険料の賦課限度額の引き上げ(➡8ページ)

保険料負担の公平性の観点から、賦課限度額が令和7年4月1日より変更になります。

	令和6年度	➡ 令和7年度
医療保険分	65万円	66万円
後期高齢者支援金分	24万円	26万円
介護保険分	17万円	17万円 ※変更なし

●保険料の軽減判定所得の変更(➡11ページ)

物価上昇の影響などを考慮し、低所得者の保険料の軽減基準が、令和7年4月1日から変更になります。

	令和6年度
7割	基礎控除額(43万円)+10万円×(給与所得者等の数−1) 以下
5割	基礎控除額(43万円)+29.5万円×国保加入者数 +10万円×(給与所得者等の数−1) 以下
2割	基礎控除額(43万円)+54.5万円×国保加入者数 +10万円×(給与所得者等の数−1) 以下

⬇

	令和7年度
7割	基礎控除額(43万円)+10万円×(給与所得者等の数−1) 以下
5割	基礎控除額(43万円)+30.5万円×国保加入者数 +10万円×(給与所得者等の数−1) 以下
2割	基礎控除額(43万円)+56万円×国保加入者数 +10万円×(給与所得者等の数−1) 以下

●入院時の食費の変更(➡16ページ)

食材費の高騰が続いていることなどを考慮し、入院時の食費が、令和7年4月1日から変更になります。

＊今後、制度改正等により、内容が一部変更になる場合があります。

もくじ

国保とはなに？
国保のしくみ …… 4
国保に加入する人 …… 5
国保に加入するとき …… 6
国保をやめるとき …… 7

保険料について
保険料の決まり方 …… 8
保険料の内訳と納め方 …… 9
保険料が軽減されるとき …… 11
保険料を滞納すると …… 12

国保の給付
国保で受けられる給付
①病気やけがで受診したとき …… 15
②いったん全額自己負担したとき(療養費の支給) …… 17
③出産したとき …… 18
④亡くなったとき …… 19
⑤移送の費用がかかったとき …… 19
⑥訪問看護ステーションなどを利用したとき …… 19
国保が使えないとき …… 20

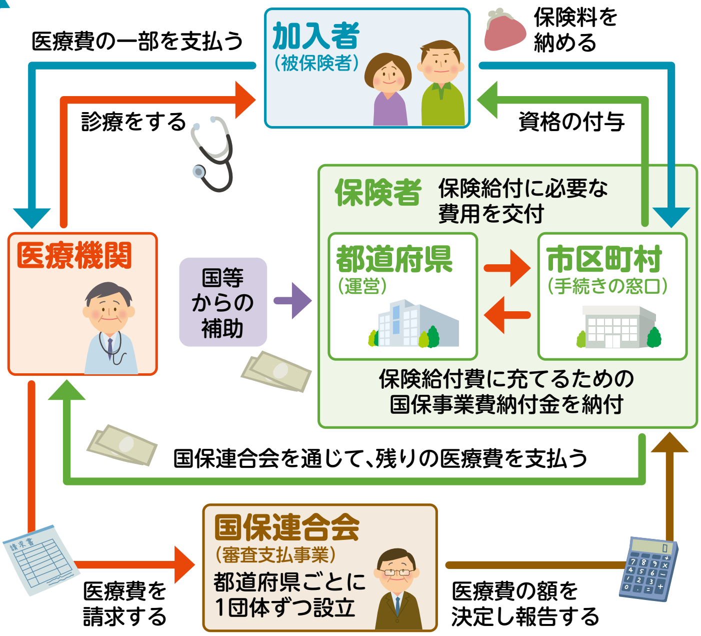
高額療養費
医療費が高額になったとき
①70歳未満の人の場合 …… 21
②70歳以上75歳未満の人の場合 …… 23
③70歳未満の人と70歳以上75歳未満の人が同じ世帯にいる場合 …… 24
④厚生労働大臣が指定する特定疾病の場合 …… 25
⑤高額医療・高額介護合算療養費制度 …… 26

その他の制度
後期高齢者医療制度 …… 27

医療費節約のために
特定健診・特定保健指導 …… 28
医療費を節約しましょう
ジェネリック医薬品を活用しましょう …… 29
医療機関と上手に付き合う …… 30
接骨院・整骨院などのかかり方 …… 31

国保のしくみ

国保（国民健康保険）は、病気やけがをしても安心してお医者さんにかかれるよう、加入者みんなで日ごろからお金を出し合い医療費に備える制度です。



国保に加入する人

国保に入るのはこんな人

お店などを経営している自営業の人

パートやアルバイトなどをしていて、職場の健康保険などに加入していない人

農業や漁業などを営んでいる人

退職して職場の健康保険などをやめた人

3カ月を超えて日本に滞在するものと認められた外国籍の人

外国籍の人も国民健康保険に加入しなければなりません。

People with foreign nationality also are required to participate in National Health Insurance through their local governments.

居住在日本的外国人也必须加入国民健康保险。

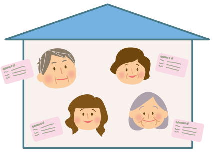
居住在日本的外國人也必須加入國民健康保險。

외국 국적을 가지신 분도 반드시 가입하셔야 합니다.

Người có quốc tịch nước ngoài cũng bắt buộc phải tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc dân.

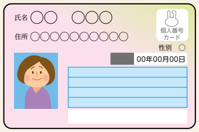
加入は世帯ごと、一人ひとりが被保険者

国保の加入は世帯ごとで、届け出や保険料の納付などは世帯主が行いますが、家族の一人ひとりが被保険者となります。



マイナンバーカードの保険証としての利用（マイナ保険証）について

令和6年12月2日以降は新規の保険証の発行が廃止され、マイナンバーカードでの保険証利用（マイナ保険証）を基本とするしくみに移行しました。

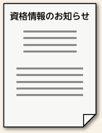


マイナンバーについてのお問い合わせ

マイナンバー総合フリーダイヤル ☎0120-95-0178

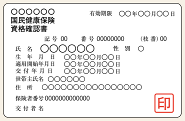
マイナ保険証を保有している人には

▶「資格情報のお知らせ」が交付されます。カードリーダーの不具合などで医療機関等でマイナ保険証による受付ができないとき、マイナンバーカードとともに提示することでスムーズに保険診療を受けることができます。



マイナ保険証を保有していない人には

▶被保険者の情報が記載された「資格確認書」が交付されます。「資格確認書」を医療機関の窓口で提示することで、これまでと同様に医療を受けることができます。



国保に加入するとき

国保に加入するときは、**14日以内**に届け出が必要です。
※届け出に必要なものは裏表紙をご参照ください。

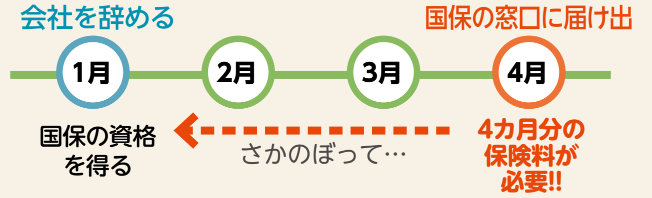
国保に加入するとき（国保の資格を得る日）

- ●他の都道府県から転入してきたとき（転入してきた日）
- ●職場の健康保険などをやめたとき（退職日の翌日）
- ●子どもが生まれたとき（生まれた日）
- ●生活保護を受けなくなったとき（受けなくなった日）

加入の届け出が遅れると・・・

保険料は、届け出をした月の分からではなく、国保の資格を得た月の分から納めます。届け出が遅れると、その時点までさかのぼって納める必要があります（遡及賦課〈そきゅうふか〉）。

例えば1月に会社を辞めたのに、届け出を4月に行った場合…



国保の申請や届け出には、マイナンバー（個人番号）が必要です

窓口でマイナンバーの確認と本人確認を行います。

◆**マイナンバーの確認**には次のいずれかが必要
（「世帯主」および「手続きの対象となる人」のものが必要）
●マイナンバーカード　●マイナンバーが記載された住民票
●通知カード（住所、氏名等が住民票と一致している場合に限る）等

◆**窓口に来た人の本人確認**には次のいずれかが必要
●マイナンバーカード　●運転免許証　●パスポート　等
※写真がない身分証明書の場合は、2種類以上必要です。

国保をやめるとき

国保をやめるときは、**14日以内**に届け出が必要です。
※届け出に必要なものは裏表紙をご参照ください。

国保をやめるとき（国保の資格を失う日）

- ●他の都道府県へ転出したとき（転出した日）
- ●職場の健康保険などへ加入したとき（加入日の翌日）
- ●死亡したとき（死亡した日の翌日）

やめる届け出が遅れると・・・

- ●届け出をしないまま、国保の資格喪失日以降に、国保の資格情報を提示して医療機関にかかった場合は、国保負担分を返還しなければなりません。
- ●届け出をしないと国保に加入し続けていることになり、保険料は請求されます。知らないうちに二重に納めてしまうこともあります。

同じ都道府県内の他市区町村に転居する場合も届け出は必要です

もっと知りたい

マイナ保険証を利用登録していても届け出は必要？

すでにマイナ保険証の利用登録をしている場合は、転居や転職に伴う再度の登録は不要です。
ただし、国保の加入や国保をやめるときは従来と変わらず市区町村の窓口に届け出てください。

保険料の決まり方

保険料は、国保加入者の所得や人数などに応じて世帯単位で決まります。

	医療保険分	後期高齢者支援金分	介護保険分
所得割	加入者全員の基準総所得額*に応じて計算	加入者全員の基準総所得額に応じて計算	40～64歳の人の基準総所得額に応じて計算
＋均等割	加入者一人につきいくらと計算	加入者一人につきいくらと計算	40～64歳の人一人につきいくらと計算
＋平等割	一世帯につきいくらと計算		

世帯の保険料

＊基準総所得額＝前年の総所得金額等－基礎控除額（43万円 ※合計所得金額が2,400万円を超える人は、基礎控除額が変わります。）

医療保険分、後期高齢者支援金分、介護保険分のそれぞれに賦課限度額が設けられており、限度額を超えて納める必要はありません。

医療保険分	後期高齢者支援金分	介護保険分
限度額66万円	限度額26万円	限度額17万円

みなさんの納める保険料は、国保制度を支えるための大切な財源になります。納め忘れなどがないようご協力をお願いします。

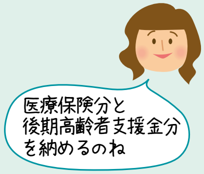
保険料の内訳と納め方

保険料の内訳は、年齢によって異なります。

40歳未満の人

保険料 ＝ 医療保険分 ＋ 後期高齢者支援金分

医療保険分と後期高齢者支援金分を国保の保険料として納めます。



年度途中で40歳になる人は…

40歳になる月（誕生日が1日の人はその前月）の分から、介護保険分を納めます。

40歳以上65歳未満の人

保険料 ＝ 医療保険分 ＋ 後期高齢者支援金分 ＋ 介護保険分

医療保険分と後期高齢者支援金分と介護保険分を国保の保険料として納めます。

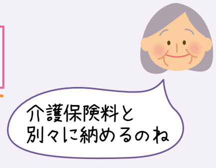
年度途中で65歳になる人は…

65歳になる月の前月（誕生日が1日の人はその前々月）までの介護保険分を年度の始めに計算し、医療保険分、後期高齢者支援金分と合計した額を年間の保険料として納めます。

65歳以上75歳未満の人

保険料 ＝ 医療保険分 ＋ 後期高齢者支援金分

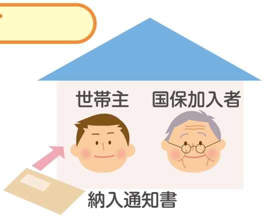
介護保険料 ＝ 介護保険分



- ●医療保険分と後期高齢者支援金分を国保の保険料として納めます。
- ●介護保険料は国保の保険料と別に納めます。

保険料は世帯主が納めます

世帯主本人が国保の加入者でなくても、世帯の中に一人でも国保の加入者がいれば、納付の義務者は世帯主となります。



●年金から天引きされる人（特別徴収）

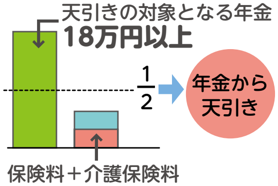
【対象者】以下の条件をすべて満たす世帯の世帯主

①世帯主が国保加入者である。

②世帯内の国保の加入者全員が65歳以上75歳未満である。

③世帯主の介護保険料が年金から天引きされている。

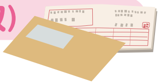
④天引きの対象となる年金が年額18万円以上で、保険料と介護保険料の合計が年金額の2分の1を超えていない。



【納め方】

年6回の年金支給日に、受給額からあらかじめ徴収されます。

●納付書や口座振替で納める人（普通徴収）



【対象者】

年金から天引きされる人（特別徴収）以外すべて。

【納め方】

市区町村から送られてくる納付書で、指定された金融機関にて、納期限までに納めます。

（コンビニエンスストアなどで使用できる場合もあります。）

口座振替が便利です

市区町村の取り扱い金融機関で手続きしてください。

【手続きに必要なもの】

- □ 納入通知書　□ 通帳
- □ 通帳の届出印

○年金から天引き（特別徴収）の対象になる人でも、保険料の滞納がない場合は口座振替による納付が可能です。
変更する場合は、手続きが必要です。

納付が困難なときはお早めにご相談ください

災害などで損害を受けたときや、病気・失業などにより納付がきわめて困難なときは、保険料の減免や猶予が受けられる場合があります。困ったときは、お早めに担当窓口にご相談ください。

保険料が軽減されるとき

世帯の所得が少ない場合

申請 不要※

【対象者】

世帯主（世帯主が国保加入者でない場合も含む）およびその世帯の国保加入者の前年の総所得金額等の合計が、下の表の基準に該当する世帯。

※前年の所得の申告をしていないと軽減を受けることはできません。所得のない人も「所得なし」という申告が必要です。

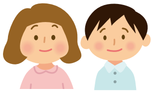
【軽減内容】

均等割額・平等割額が軽減されます。

軽減対象となる所得の基準	軽減割合	未就学児の軽減割合※3
基礎控除額（43万円）＋10万円×（給与所得者等※1の数−1）以下	7割	8.5割
基礎控除額（43万円）＋30.5万円×国保加入者数※2＋10万円×（給与所得者等の数−1）以下	5割	7.5割
基礎控除額（43万円）＋56万円×国保加入者数＋10万円×（給与所得者等の数−1）以下	2割	6割

※1　一定の給与所得者と公的年金等の支給を受ける人。
※2　同じ世帯の中で国保から後期高齢者医療制度に移行した人を含む。
※3　未就学児の保険料の均等割額に関する軽減割合。

未就学児がいる場合



申請 不要

【対象者】

未就学児（小学校入学前）の国保加入者。

【軽減内容】

均等割額が**5割軽減**されます。「世帯の所得が少ない場合」の対象となる未就学児は、上表の通り軽減されます。

出産する場合

申請 必要

【対象者】

令和5年11月以降に出産※した、あるいは出産を予定する国保加入者。

※妊娠85日以上の分娩。早産、流産、死産、人工妊娠中絶を含む。

【軽減内容】

出産日（予定日）が属する月の前月から、出産日（予定日）が属する月の翌々月までの4カ月分※の均等割および所得割全額が免除されます。

※多胎妊娠の場合は、出産日（予定日）が属する月の3カ月前以降の6カ月分

●このほかにも軽減対象となる条件があります。

保険料を滞納すると

保険料は、納期限内に納付することが原則です。
納期限を過ぎると「滞納」となり、以下のような措置がとられますのでご注意ください。

督促・催告

法律に基づき納期限後 20 日以内に督促状を送付します。また、未納額に応じた延滞金が加算されます。

滞納処分

法律に基づき、督促状発送後 10 日が経っても滞納が続く場合は、滞納者の財産を差し押さえることが義務付けられています。

財産調査は、預貯金、給与、生命保険、不動産、自動車、その他財産などあらゆる財産を対象に実施し、法律に基づいて財産の差押を執行します。

特別療養費等の支給

病気や災害などの特別な事情がないにも関わらず、納期限から 1 年を経過した滞納があり、納付相談にも応じない世帯は、特別療養費の支給に変更となります。

特別療養費とは

医療機関で受診した際に医療費が全額自己負担(10 割)となり、後日審査したうえ一部負担金の割合に応じて給付を受ける制度です。

また、特別な事情がなく納期限から 1 年 6 カ月以上滞納が続くと保険給付が一時差止となり、その差止額から滞納保険料額に充てられる場合があります。

★ 所得区分について

70歳未満の人

■ 基準総所得額

前年の総所得金額等－基礎控除額※

※基礎控除額は、合計所得金額によって下の表のように変わります。

前年の合計所得金額	基礎控除額
2,400 万円以下	43 万円
2,400 万円超 2,450 万円以下	29 万円
2,450 万円超 2,500 万円以下	15 万円
2,500 万円超	0 円

● 住民税非課税世帯

同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税の人。

70歳以上75歳未満の人

● 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、下記の条件①～④のいずれかを満たす場合は「一般」区分と同様になります(①～③は申請が必要な場合があります)。

条件①	70歳以上の被保険者が1人で、被保険者の収入金額が383万円未満。
条件②	70歳以上の被保険者が2人以上で、被保険者の収入金額の合計が520万円未満。
条件③	70歳以上の被保険者が1人で、同一世帯に国保から後期高齢者医療制度に移行した人がおり、その移行した人と合計した収入金額が520万円未満。
条件④	70歳以上の被保険者がいる世帯で、70歳以上75歳未満の人の基準総所得額(前年の総所得金額等ー基礎控除額)の合計額が210万円以下。

現役並み所得者は、さらにⅠ・Ⅱ・Ⅲの3つの所得区分に分かれます。

● 一　般

現役並み所得者、低所得者Ⅰ・Ⅱ以外の人。

● 低所得者Ⅱ

70歳以上75歳未満で、同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税の人(低所得者Ⅰ以外の人)。

● 低所得者Ⅰ

70歳以上75歳未満で、同一世帯の世帯主およ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 (年金収入は80.67万円、給与所得は10万円を控除)を差し引いたときに0円となる人。

一部負担金の減免・徴収猶予について

災害や失業などの特別な理由により収入が著しく減少し、生活が一時的に困難となったときに、病院の窓口で支払う医療費(一部負担金)の減免または徴収猶予を受けられる制度があります。

●対象となる特別な理由

世帯主または国保加入者が、次の①～④のいずれかに該当する場合に対象となります。

①震災、風水害、火災などの災害により死亡し、もしくは心身に障害を受け、または資産に重大な損害を受けたとき
②干ばつ、冷害、凍霜害などによる農作物の不作や不漁で収入が著しく減少したとき
③事業または業務の休廃止、失業など収入が著しく減少したとき
④上記①～③に類する事由があったとき

●「生活が一時的に困難」の認定基準

人数や住宅状況等の世帯状況により異なりますが、世帯全員の収入と支出を考慮し、認定を行います。

この制度の適用を受けるためには申請が必要です。世帯の収支状況や理由で申請に必要な提出書類も変わってきますので、まずは受診の前にご相談を！

国保で受けられる給付

国保に加入していると、お医者さんにかかったときの医療費をはじめ、さまざまな給付が受けられます。

①病気やけがで受診したとき

医療機関の窓口でマイナ保険証または資格確認書を提示すれば、一定の自己負担額で医療を受けることができます。

国保で受けられる医療

- 診察・検査
- 病気やけがの治療
- 薬や注射などの処置
- 入院および看護
- 在宅療養(かかりつけ医による訪問診療)
- 訪問看護(医師の指示あり)

自己負担の割合

自己負担割合は年齢と所得で異なります。

小学校入学前	実際にかかった医療費の2割
小学校入学後～69歳	実際にかかった医療費の3割
70歳～74歳	実際にかかった医療費の2割 (現役並み所得者★は3割)

※75歳の誕生日当日からは、後期高齢者医療制度（27ページ）の対象者になります。
★13ページをご参照ください。

入院したときの食費・居住費

入院したときは、診療や薬にかかる費用とは別に食費や居住費がかかります。下表の金額を自己負担し、残りは国保が負担します。

- 住民税非課税世帯と低所得者Ⅰ、Ⅱの人が減額を受けるためには、「限度額適用・標準負担額減額認定証」か「標準負担額減額認定証」が必要となる場合がありますので、国保の担当窓口に申請してください。
- オンライン資格確認を導入している医療機関に入院する場合は、国保の担当窓口での認定証の交付申請は不要です。
- 住民税非課税世帯、低所得者Ⅱの人で、入院が90日を超える場合は、国保の担当窓口に減額するための申請が必要です。

＊自己負担額は今後変更になる場合があります。

●入院したときの食費

所得区分★		食費〈1食につき〉
下記以外の人		510円※
●住民税非課税世帯 ●低所得者Ⅱ	90日までの入院	240円
	90日を超える入院（過去12カ月の入院日数）	190円
低所得者Ⅰ		110円

※指定難病患者は300円です。
★13ページをご参照ください。

●65歳以上の人が療養病床に入院したときの食費・居住費

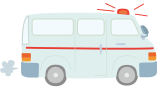
所得区分★	食費〈1食につき〉			居住費〈1日につき〉	
	右記以外の人	入院医療の必要性が高い人	指定難病患者	右記以外の人	指定難病患者
下記以外の人	510円※1	510円※1	300円	370円	0円
●住民税非課税世帯 ●低所得者Ⅱ	240円	240円※2	240円※2	370円	0円
低所得者Ⅰ	140円	110円	110円	370円	0円

※1 一部医療機関では470円です。
※2 90日を超える入院（過去12カ月の入院日数）の場合は190円です。
★13ページをご参照ください。

②いったん全額自己負担したとき（療養費の支給）

次のような場合は、いったん全額を支払っても国保に申請して審査で決定すれば、自己負担分を除いた額があとから払い戻されます。

こんなとき①



急病など、やむを得ない理由でマイナ保険証または資格確認書を持たずに治療を受けたとき

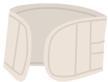
申請に必要なもの
- □ 診療報酬明細書（レセプト）
- □ 領収書
- □ 世帯主の通帳

こんなとき②

国外で診療を受けたとき（海外療養費）※治療目的の渡航は除く

申請に必要なもの
- □ 診療明細書（和訳が必要）
- □ 領収明細書（和訳が必要）
- □ 領収書
- □ パスポート（渡航歴が分かるもの）
- □ 調査に関わる同意書
- □ 世帯主の通帳

こんなとき③



コルセットなどの補装具を購入したとき
※医師が治療上必要と認めた場合

申請に必要なもの
- □ 医師の診断書か意見書
- □ 領収書
- □ 世帯主の通帳
- □ 現物写真（靴型装具の場合）

こんなとき④

マッサージやはり・きゅうなどの施術を受けたとき ※医師の同意が必要

申請に必要なもの
- □ 施術内容と費用の明細が分かる領収書等
- □ 医師の同意書
- □ 世帯主の通帳

※このほかに、「世帯主」と「手続きの対象となる人」のマイナンバー、窓口に来た人の本人確認ができるものが必要です。また、印かんが必要になる場合もあります。

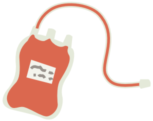
こんなとき⑤

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

申請に必要なもの
- □ 施術内容と費用の明細が分かる領収書等
- □ 世帯主の通帳

こんなとき⑥

輸血のための生血の費用を負担したとき
※医師が治療上必要と認めた場合



申請に必要なもの
- □ 医師の診断書か意見書
- □ 世帯主の通帳
- □ 輸血用生血液受領証明書
- □ 血液提供者の領収書

③出産したとき

　被保険者が出産したときは「出産育児一時金」が支給されます。妊娠12週(85日)以降であれば、死産・流産でも支給されます。

　「出産育児一時金」が国保から医療機関へ直接支払われる制度(直接支払制度)があります。これにより、窓口では実際にかかった費用と「出産育児一時金」との差額を支払うことで済みます。(対応していない医療機関もありますので、詳しくは医療機関におたずねください。)

　ほかの医療保険から出産育児一時金が支給される人は、国保から給付を受けることはできません。

申請に必要なもの
- □ 母子健康手帳
- □ 世帯主の通帳
- □ 医師の証明書(死産・流産の場合)

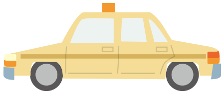
④亡くなったとき

　被保険者が亡くなったとき、葬儀を行った人(喪主)に「葬祭費」が支給されます。

申請に必要なもの
- □ 葬儀の領収書等
- □ 喪主の方の通帳
- □ 亡くなった人の資格確認書

⑤移送の費用がかかったとき

　医師の指示により、やむを得ず入院や転院時に車などを利用した場合、申請して認められればその費用が支給されます。



申請に必要なもの
- □ 移送を必要とした医師の意見書
- □ 領収書(移送区間、距離、方法のわかるもの)
- □ 世帯主の通帳

⑥訪問看護ステーションなどを利用したとき

訪問看護療養費

　在宅で医療を受ける必要があると医師が認め訪問看護ステーションなどを利用した場合、費用の一部を利用料として支払うだけで残りは国保が負担します。

マイナ保険証または資格確認書を訪問看護ステーションなどに提出してください。

※このほかに、「世帯主」と「手続きの対象となる人」のマイナンバー、窓口に来た人の本人確認ができるものが必要です。また、印かんが必要になる場合もあります。

国保が使えないとき

次のような場合は、国保の給付が受けられませんのでご注意ください。

病気とみなされないもの

- 単なる疲労や倦怠
- 正常な妊娠・出産
- 経済上の理由による妊娠中絶
- 軽度のシミ・アザ・わきがなど
- 健康診断・人間ドック
- 歯列矯正
- 予防注射
- 美容整形

他の保険が使えるとき

- 業務上（仕事、通勤途上）の病気やけが
  →〔労災保険の対象になります〕
- 以前勤めていた職場の保険が使えるとき

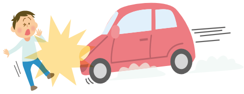
次のような場合は、国保の給付が制限されます。

- けんか、泥酔などによるけがや病気
- 故意の事故や犯罪によるけがや病気
- 医師や国保保険者の指示に従わなかったとき

もっと知りたい

交通事故にあったときはどうすればいいの？

交通事故など第三者の行為でけがをした場合でも、国保でお医者さんにかかることができます。その際には必ず国保に届け出をしてください。



示談の前に相談を

国保へ届け出る前に示談が成立していたり相手側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のでご注意ください。

その他の第三者行為（国保に届け出てください）

- スキー・スノーボードなどの衝突・接触事故
- 他人の動物にかまれた
- 工事現場からの落下物などによるけが　など

医療費が高額になったとき

1カ月に支払った医療費の一部負担金が一定額を超えたときは、申請により超えた分が「高額療養費」として支給されます。限度額は、70歳未満の人と70歳以上75歳未満の人では異なり、また、所得区分によっても異なります。

① 70歳未満の人の場合

高額療養費が支給されるのは、次のときです。

医療費が自己負担限度額を超えたとき

同じ人が同じ月内に同じ医療機関に支払った一部負担金が、下表の限度額を超えたとき、超えた分が支給されます。

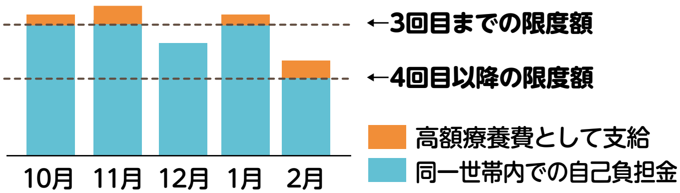
自己負担限度額（月額）

	所得区分		年3回目まで	年4回目以降
ア	基準総所得額★	901万円超	252,600円（総医療費が842,000円を超えた場合は、その超えた分の1％を加算）	140,100円
イ	基準総所得額★	600万円超～901万円以下	167,400円（総医療費が558,000円を超えた場合は、その超えた分の1％を加算）	93,000円
ウ	基準総所得額★	210万円超～600万円以下	80,100円（総医療費が267,000円を超えた場合は、その超えた分の1％を加算）	44,400円
エ	基準総所得額★	210万円以下	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税世帯★		35,400円	24,600円

★ 13ページをご参照ください。

- 過去12カ月間にひとつの世帯で高額療養費の支給が4回以上あった場合、4回目以降は限度額が上記のとおりになります。

4回目以降の限度額の例



※他の市区町村へ転居しても、同じ都道府県内で住民票の世帯構成が同じ等の条件を満たしている場合は、高額療養費の支給回数が引き継がれます。

例 多数回該当のカウント方法

自己負担限度額を超えた月を「●」としています

10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
●	●	−	●	●	●	●	●
1回目	2回目		3回目	4回目	5回目	6回目	7回目

ここで他市区町村に転居（同一都道府県内）

ここから多数回該当に

同じ世帯内で合算して限度額を超えたとき

同じ世帯で1カ月に各医療機関に21,000円以上支払った場合が2回以上あり、それらの合計額が自己負担限度額を超えたとき、超えた分が支給されます。

▼高額療養費の支給額の計算例〈所得区分ウの場合〉

病院の窓口で支払った一部負担金が90,000円になった場合

総医療費（医療費の総額） = 90,000円（一部負担金） ÷ 3/10（負担割合3割） = 300,000円

自己負担限度額 = 80,100円 + (300,000円（総医療費） − 267,000円) × 0.01（1%） = 80,430円

支給額 = 90,000円（一部負担金） − 80,430円（自己負担限度額） = 9,570円

② 70歳以上75歳未満の人の場合

70歳以上75歳未満の人は、外来（個人単位）の限度額を適用後に、外来＋入院（世帯単位）の限度額を適用します。

自己負担限度額（月額）

所得区分★	外来（個人単位）	外来＋入院（世帯単位）	年4回目以降
現役並み所得者Ⅲ（課税所得690万円以上）	252,600円（総医療費が842,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算）		140,100円
現役並み所得者Ⅱ（課税所得380万円以上）	167,400円（総医療費が558,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算）		93,000円
現役並み所得者Ⅰ（課税所得145万円以上）	80,100円（総医療費が267,000円を超えた場合は、その超えた分の1%を加算）		44,400円
一般	18,000円（年間上限※144,000円）	57,600円	44,400円
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円	−
低所得者Ⅰ	8,000円	15,000円	−

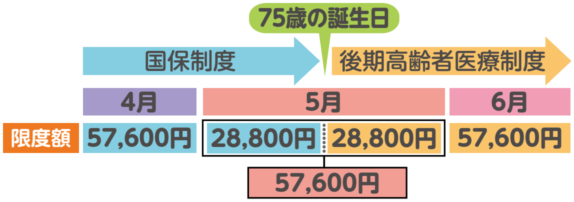
※1年間（8月～翌年7月）の限度額

★13ページをご参照ください。

もっと知りたい 75歳になる月の自己負担限度額について

75歳に到達する月は、誕生日前の国保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。

例）自己負担限度額の所得区分が「一般」で、5月に75歳の誕生日を迎える人



③ 70 歳未満の人と 70 歳以上 75 歳未満の人が同じ世帯にいる場合

70 歳未満の人と 70 歳以上 75 歳未満の人が同じ世帯の場合でも、合算することができます。

1 70歳以上75歳未満の人の支給額を計算
（23ページの表を適用）

▼

2 70歳未満の人の21,000円以上の自己負担額を **1** で適用した限度額に加算し、支給額を計算
（21ページの表を適用）

▼

3 **1** **2** の支給額を合算

高額療養費の計算上の注意

- 各月の1日から末日までを1カ月として計算します。
- 各医療機関ごとに別々に計算します。
- 同一の医療機関でも、入院と外来は別々に計算します。（医科と歯科は別計算です）
- 途中で保険の種類が変更になった場合は別計算です。
- 入院時の差額ベッド代、食事代、および保険外診療は対象外です。

※70歳以上75歳未満の人は、病院・診療所・歯科の区別なく合算します。

高額療養費を受けるには申請が必要です

該当する人は、必ず申請してください。該当する月から 2 年を過ぎると、支給されません。ご不明な点は、担当窓口までお問い合わせください。

マイナ保険証の利用で、事前の手続きなしで、窓口での支払いが限度額までになります

マイナ保険証を利用すれば、事前に申請して限度額適用認定証等を得なくても、医療機関の窓口での支払いは限度額までになります。

【マイナ保険証を利用しない場合】
70歳未満の人と70歳以上75歳未満で所得区分が低所得者Ⅱ・Ⅰおよび現役並み所得者Ⅱ・Ⅰの人は申請により限度額適用認定証等が交付されます。
なお、オンライン資格確認のしくみにより窓口での本人同意で、支払いを限度額までにすることができます。

対象者	所得区分★	認定証の種類
70歳未満の人	ア～エ	限度額適用認定証
	オ	限度額適用・標準負担額減額認定証
70歳以上75歳未満の人	現役並み所得者Ⅲ（課税所得690万円以上）	※交付申請は不要です
	現役並み所得者Ⅱ（課税所得380万円以上）	限度額適用認定証
	現役並み所得者Ⅰ（課税所得145万円以上）	
	一般	※交付申請は不要です
	低所得者Ⅱ	限度額適用・標準負担額減額認定証
	低所得者Ⅰ	

★13・21ページをご参照ください。

④厚生労働大臣が指定する特定疾病の場合

高額な治療を長期間継続して行う必要がある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感染症の人は、「特定疾病療養受療証」（申請により交付）を病院などの窓口に提示すれば（マイナ保険証を利用する場合は不要）、自己負担額は年齢にかかわらず1カ月1万円までとなります。

※70歳未満で人工透析が必要な慢性腎不全の人のうち、基準総所得額が600万円を超える人は2万円までになります。

⑤高額医療・高額介護合算療養費制度

医療費が高額になった世帯内に介護保険の受給者がいる場合、国保と介護保険の限度額を適用後、年額を合算して限度額を超えた場合、その超えた分が支給されます。

医療と介護の自己負担合算後の限度額
（年額：毎年8月から翌年7月）

● 70 歳未満の人の限度額

所得区分			
ア	基準総所得額★	901 万円超	212万円
イ		600万円超～ 901万円以下	141万円
ウ		210万円超～ 600万円以下	67万円
エ		210万円以下	60万円
オ	住民税非課税世帯★		34万円

●70歳以上75歳未満の人の限度額

所得区分★	
現役並み所得者Ⅲ（課税所得690万円以上）	212万円
現役並み所得者Ⅱ（課税所得380万円以上）	141万円
現役並み所得者Ⅰ（課税所得145万円以上）	67万円
一般	56万円
低所得者Ⅱ	31万円
低所得者Ⅰ	19万円

※自己負担限度額を超える額が500円以下の場合は支給されません。

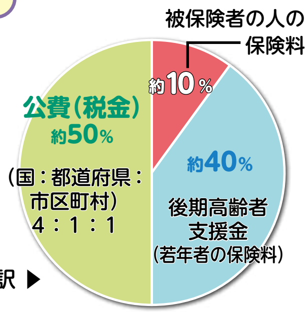
★13ページをご参照ください。

後期高齢者医療制度

75 歳以上の人および 65 歳以上で一定の障害があり、広域連合から認定された人は、「後期高齢者医療制度」で医療を受けることになります。

制度のしくみ

後期高齢者医療制度の運営は、都道府県ごとにすべての市区町村が加入する「後期高齢者医療広域連合」が行います。ただし、保険料の徴収など窓口業務は市区町村が行います。



後期高齢者医療制度の財源の内訳 ▶

対象となる人

- 75 歳以上の人全員
- 一定の障害がある 65 歳以上 75 歳未満の人（広域連合から認定を受けた人）

お医者さんにかかるとき

マイナ保険証または資格確認書を医療機関の窓口で提示してください。医療費の自己負担割合は所得に応じて1割、2割、3割のいずれかです。

保険料について

被保険者となる人全員が保険料を納めます。これまで保険料負担のなかった職場の健康保険などの被扶養者だった人も納めることになりますが、保険料は軽減されています。また、所得の低い人にも軽減措置があります。

特定健診・特定保健指導

　高血圧症、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病が増えています。これらの原因である内臓脂肪の蓄積の早期発見と早期改善に着目した「特定健診」「特定保健指導」が行われます。

特定健診の対象者

40 歳以上 75 歳未満の人が対象となります。
（年度内に 75 歳に達する人も対象に入ります。）

特定健診の検査内容

○腹囲測定を含む身体計測
○血圧、血糖、脂質、肝機能検査、尿検査

特定保健指導

　特定健診の結果に基づいて生活習慣病のリスクの高い順から「積極的支援」、「動機付け支援」、「情報提供」の 3 つに分け、それぞれに適した保健指導を行います。

メタボによる生活習慣病のリスクが重なっている人	メタボによる生活習慣病のリスクが出現し始めている人	今のところメタボによる生活習慣病のリスクがない人

↓

全員に生活習慣病予防・改善のための情報を提供**〈情報提供〉**

↓

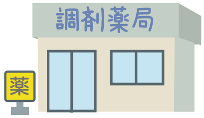
〈積極的支援〉
専門家と面接を行い、3カ月以上継続して実践的な支援を受けます。

〈動機付け支援〉
はじめに専門家から個別の指導を受けて、健康づくりについての支援を受けます。

医療費を節約しましょう

ジェネリック医薬品を活用しましょう

　「ジェネリック医薬品」は新薬に比べて開発費を抑えられるため、被保険者の負担が減り、医療費全体も抑えられます。積極的に活用しましょう。



品質と安全性

　「ジェネリック医薬品」は新薬と同じ有効成分で製造されており、厚生労働省により、新薬と同等の効果と安全性をもつと認められた上で販売されています。

ジェネリック医薬品は価格が抑えられています

　ジェネリック医薬品の価格は、新薬の 2 ～ 7 割程のものが多くなっています。

ジェネリック医薬品を希望する場合

　医療機関や薬局の窓口でジェネリック医薬品を希望する旨を伝えましょう。

●お薬手帳を持ちましょう

　お薬手帳は、処方された薬の記録を残すための手帳です。
　医師や薬剤師に手帳をみせることで、同じ薬が重なっていないか、飲み合わせに問題がないかなどの確認をしてもらうことができます。お薬手帳を複数持っている場合は、1 冊にまとめましょう。

●ポリファーマシーに気をつけましょう

　ポリファーマシーとは、「多くの薬を服用することにより、副作用や有害事象が起こること」です。不安があれば、かかりつけ薬局の薬剤師に相談しましょう。
※多剤服用が必ずしも悪いわけではありません。

医療機関と上手に付き合う

1 かかりつけ医を持つ

かかりつけ医とは、健康に関することを何でも相談でき、必要なときは専門医を紹介してくれる、身近にいて頼りになる医師のことです。体質や病歴を把握したうえで、的確にアドバイスをしてくれます。

2 「はしご受診」や「重複受診」はやめる

医療費の無駄遣いになるだけでなく、薬の重複使用等で体にも悪影響をおよぼします。

3 時間外受診は避ける

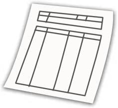
緊急時以外は、診療時間内にお医者さんにかかるようにしましょう。

4 治療は途中でやめない

一度中断して、再度受診をするとまた新たに初診料がかかってしまうことがあります。

5 領収書・明細書は保管しておく

領収書や明細書があれば、治療内容がわかり、医療費の請求間違いなどにも気がつきやすくなります。



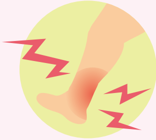
6 セルフメディケーションに取り組む

定期健診の受診などを通して、日頃から自分の健康に関心を持ち、自己管理をして、軽い不調には市販薬で対処するなど、自分の健康を守る意識を持ちましょう。

接骨院・整骨院などのかかり方

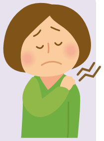
接骨院・整骨院（柔道整復師）の施術は、一定の要件を満たした場合に限り、国保が利用できます。

国保が使える場合



- ねんざ・打撲・肉離れの施術
- 医師の同意がある骨折・脱臼の施術
- 応急処置で行う骨折・脱臼の施術（応急処置後の施術には、医師の同意が必要です）

国保が使えない場合



- 単なる肩こり、筋肉痛（日常生活やスポーツによる慢性的な疲労など）
- 疲労回復やリラクゼーションのための施術
- 加齢による痛み（負傷によるものではないもの）
- 脳疾患後遺症や神経痛、リウマチなどの慢性病からくる痛みやしびれ
- 症状の改善が見られない長期かつ漫然とした施術
- 業務上（仕事中、通勤途上）のけが
  →〔労災保険の対象になります〕

◆ケガの原因を正しく伝えましょう。

◆領収書は必ず受け取り、保管をしてください。後日、施術内容を照会する場合があります。

◆同じ傷病について、同時期に保険医療機関で治療を受けている場合、柔道整復師の施術は全額自己負担になります。

◆「療養費支給申請書」について

受領委任制度※を利用するために必要な「療養費支給申請書」は、内容に誤りがないかをよく確認して、必ず自分で署名してください。

※国保が使える施術を受けた場合、窓口での支払いが自己負担分のみになる制度。