

令和7年度版

国民健康保険の手引き

日本では、すべての人がいずれかの公的医療保険に加入しなければなりません（国民皆保険制度）。

国民健康保険（以下、国保）はその公的医療保険のひとつです。

目次



届け出

加入・脱退などの届け出 2

給付

国保で受けられる給付 3

- 療養の給付 3
- 高額療養費の支給 4
- 療養費の支給 6
- 入院時食事療養費の給付 7
- 出産育児一時金の支給 7
- 葬祭費の支給 7

保険料

国民健康保険料 8

- 保険料の計算方法 8
- 保険料の納期 10
- 保険料のお支払い方法 10
- 保険料の軽減 12
- 後期高齢者医療制度への移行に伴う保険料の軽減 12
- 非自発的失業者に対する軽減 12
- 産前産後期間の保険料の一部免除 13
- 保険料のお支払いが困難なとき 13

保健

特定健康診査・特定保健指導は
健康づくりの第一歩 14

人間ドックで健康チェック 15

その他

後期高齢者医療制度 16

医療機関における
適正受診にご協力ください 17

ジェネリック医薬品 17

整骨院や接骨院での施術 18

交通事故にあったとき 18

臓器提供の意思表示 18

厳しい国保財政の状況 19

はじめよう、健康づくり！ 19



習志野市 国保年金課

電話047-451-1151(代表) 習志野市ホームページ <https://www.city.narashino.lg.jp/>

加入・脱退などの届け出

○届け出にあたって

- 手続きは自動的には行われません。事業主や職場の健康保険事務担当が代理で手続きすることもあります。健康保険の二重加入や無保険を防ぐために、マイナ保険証(保険証利用登録がされたマイナンバーカード)であっても、必ずご自身で手続きが必要です。
- 加入・脱退により世帯主が変わる場合は、国保加入者全員の資格確認書類等をお持ちください。
- 届け出は14日以内にお願いいたします。必要書類等がそろわない場合は、この限りではありません。
- すべての手続きにおいて、個人番号(マイナンバー)がわかるもの、本人確認書類は必要です。本人確認書類とは、顔写真付のもので、マイナンバーカード、運転免許証などを指します(有効期限が設定されているものは期限内であること)。
- 代理人(住民票上別世帯の人)が届出される場合は委任状(用紙・書式自由)が必要です。委任状は不備があると手続きできません。また、法定代理人(後見人など)は、代理権がわかるものをお持ちください。

	こんなとき	本人確認書類のほかに必要なもの
国保に入る	他の市区町村から習志野市へ転入した	●特定疾病療養受給者証(お持ちの人)
	職場の健康保険をやめた (退職や扶養家族からはずれた)	●健康保険資格喪失証明書 ●基礎年金番号通知書または年金手帳(59歳以下の人)
	生活保護を受けなくなった	●生活保護廃止決定通知書
	国保加入している世帯で子どもが生まれた	●母子健康手帳
※外国人が加入する場合は、上記のほかに在留カードまたは特別永住者証明書、パスポートをお持ちください。		
国保をやめる	習志野市から他の市区町村へ転出する	●国保の資格確認書等 ●限度額適用認定証など(お持ちの人) (マイナポータルを通じたオンラインでの転出届を届け出された場合、国保の手続きは不要。)
	職場の健康保険に入った (就職した、扶養家族になった)	●加入者全員が職場の保険に加入了ことがわかる証明書 ●国保の資格確認書等 ●限度額適用認定証など(お持ちの人) (郵送での手続きも可能です。詳細はお問い合わせください。)
	生活保護を受けるようになった	●生活保護開始決定通知書 ●国保の資格確認書等 ●限度額適用認定証など(お持ちの人)
	死亡した	●国保加入者全員の資格確認書等 ●限度額適用認定証など(お持ちの人) ※葬祭費支給にかかる持ち物はP7参照
その他	住所・世帯主・氏名などが変わった	●国保加入者全員の資格確認書等 ●限度額適用認定証など(お持ちの人)
	資格確認書等を紛失した、汚れてしまった	●使えなくなった資格確認書等
	修学のため、子どもが 他の市区町村へ転出する	●在学証明書 ●転出する人の資格確認書等
	マイナ保険証の利用登録解除	●本人確認書類のみ

○マイナ保険証を基本とする仕組みに移行しています

	交付しているもの	医療機関に行くときは (病院や薬局で保険診療を受けるために)
マイナ保険証をお持ちの人	資格情報のお知らせを交付(申請不要) •70~74歳の人…有効期限は令和8年7月31日です。 (ただし、75歳誕生日の人は前日まで) •69歳以下の人…有効期限はありません。 •住所変更など記載内容に変更があった場合は、 隨時交付します。	持ち物:マイナンバーカード もし、病院等のカードリーダーが読み取れない ときは、ご自身のスマートフォンなどで [マイナポータルの画面]または [資格情報のお知らせ]を提示してください。
マイナ保険証をお持ちでない人	資格確認書を交付(申請不要) •有効期限は令和8年7月31日です。 (ただし、75歳誕生日の人は前日まで)	持ち物:資格確認書

【マイナ保険証の利用登録解除】

マイナンバーカードの健康保険証利用を解除したい場合は、届け出が必要です。郵送での手続きも可能です。
郵送希望の場合は、届け出にあたって必要書類の送付・確認等がありますので、事前にお問い合わせください。

国保で受けられる給付

療養の給付

病気やけがで医療を受けるとき、医療機関の窓口で資格確認書等を提示すれば、医療にかかった費用の一部（自己負担分）の支払いを済みます。残りの分は、皆さんの保険料などをもとに国保が支払います。

◎自己負担（窓口負担）割合について

自己負担割合は、加入者の年齢や所得により異なります。

年齢と「所得区分」	自己負担割合	
小学校就学前	2割	2割
小学校就学後から70歳未満	3割	3割
70歳から74歳まで「一般」・「低所得」	2割	2割
70歳から74歳まで「現役並み所得者」	3割	2~3割

資格確認書等に記載された
自己負担割合が適用されます

*0歳から高校3年生相当年齢までの医療費には医療費助成があります。詳しくは、子育てサービス課までお問い合わせください。

◎70歳から74歳の人の資格確認書等について

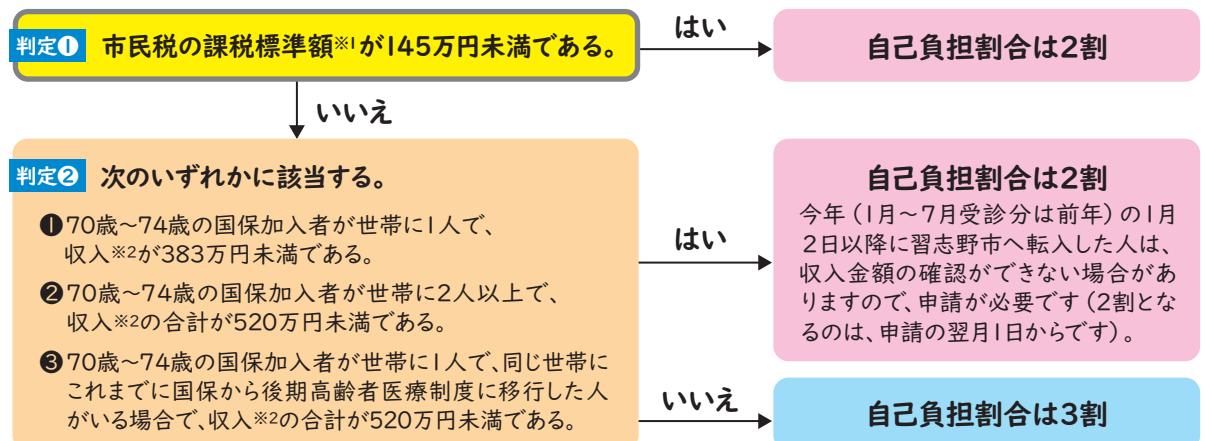
70歳の誕生日の翌月（1日生まれの人は誕生日）から、前年（1月～7月受診分は前々年）の所得によって医療機関での自己負担割合を決定します。70歳から74歳の人の資格確認書等は、高齢受給者証を兼ねる証へ変更され、自己負担割合および発効期日を記載します（後期高齢者医療制度の適用を受けている人は除きます）。オンライン資格確認にも自己負担割合が反映されるため、マイナ保険証は引き続き利用できます。

マイナ保険証をお持ちの人には「資格情報のお知らせ」、マイナ保険証をお持ちでない人には「資格確認書」を誕生日の下旬（1日生まれの人は前月の下旬）に郵送いたします。「資格確認書」は発効期日より使用してください。

令和7年8月2日～令和8年7月1日までに70歳になる人の資格確認書の有効期限は、70歳の誕生日の末日（1日生まれの人は前月の末日）になっています。新しい資格確認書は、誕生日の下旬（1日生まれの人は前月の下旬）に郵送いたしますので、発効期日より使用してください。

◎70歳から74歳の人の自己負担（窓口負担）割合の判定方法について

自己負担割合は前年（1月から7月受診分は前々年）の所得や収入により判定します。基準は次のとおりです。



※1…課税標準額とは、所得の合計から各種所得控除を差し引いた後の金額です。同じ世帯に70歳～74歳の国保加入者が2人以上いる場合は、その中の課税標準額が一番多い人の金額によって自己負担割合を判定します。

※2…収入とは、所得税法上の収入金額（一括して受け取る退職所得に係る収入金額を除く）であり、公的年金控除や必要経費等を差し引く前の金額です（所得金額ではありません）。また、土地・建物、株式等の収入も含みます。上場株式等の譲渡損失を損益通算または繰越控除するために確定申告した場合、その売却収入はここでいう収入金額に含まれます（所得が0またはマイナスのときでも、収入金額はプラスとして申請条件の金額に合算されます）。

高額療養費の支給

同じ月内に医療費の自己負担額が一定の限度額を超えた場合には、その超えた額が国保から高額療養費として支給されます。

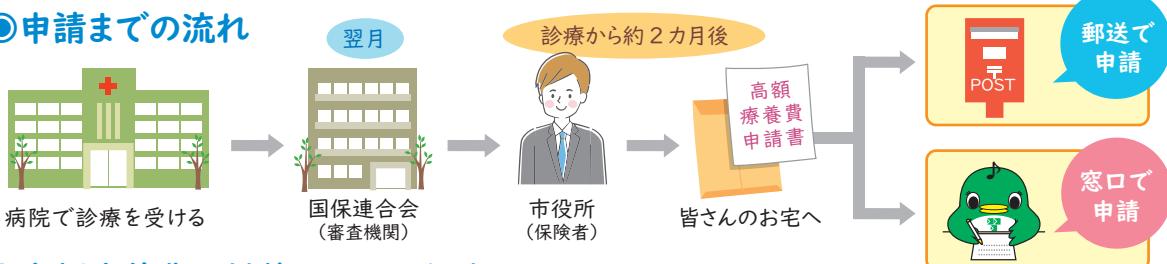
○申請の方法

高額療養費の支給対象となった場合には、診療を受けた月から約2カ月後、世帯主あてに申請書をお送りします。申請書が届きましたら、必要事項をご記入のうえ、国保年金課へお送りいただくか、窓口にお持ちください。後日、ご指定の口座へ振り込みます（保険料に未納のある人は、窓口での申請となりますので、通知書のみお送りします）。申請ができる期間は、原則診療月の翌月1日から起算して2年です。

※一度申請していただくと、次回以降の申請は不要となり、支給決定通知をお送りします。

※高額療養費に該当すると思われるのに、申請書が届かない場合は、国保年金課までお問い合わせください。

○申請までの流れ



○高額療養費 計算の4つの条件



○限度額適用認定証について

医療機関の窓口で高額な医療費がかかる場合に、「限度額適用認定証※1・2」を提示することにより、一部負担金が、月単位で自己負担限度額※3までの支払いで済みます。認定証の交付には事前に申請が必要です（オンラインでも申請できますので、詳細は市ホームページをご確認ください）。

※1…70歳以上で自己負担割合が2割の人で、課税世帯の人は、資格確認書等の提示により同様の取扱いになりますので、「限度額適用認定証」は不要です。

※2…70歳以上で、自己負担割合が3割の人のうち課税所得が690万円未満の人と、自己負担割合が2割の人のうち住民税非課税世帯の人は「限度額適用認定証」が必要です。

※3…自己負担限度額は、所得区分によって異なります。5ページをご参照ください。

【申請に必要なもの】 ●来場者の本人確認書類 ●対象者と世帯主の個人番号（マイナンバー）がわかるもの ●印鑑

○保険料に滞納がある場合は、税制課に納付相談をしていただきます。

○住民税非課税世帯の人に交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関に提示することにより、入院時の食事代が減額となります。7ページをご参照ください。

ご注意ください 発効日は申請書を提出した月の初日からになります。さかのぼって認定はできません。

原則として資格確認書等と同じ有効期限の認定証を交付します。

継続して認定証が必要な場合、資格確認書等の更新ごとに申請が必要です。

○マイナ保険証を利用する場合

「限度額適用認定証」を提示しなくても、自己負担限度額までの支払いで済みます。

※保険料に滞納がある場合、所得の申告をしていない場合やマイナ保険証に対応していない医療機関では、提示が必要です。

◎自己負担限度額(月額)

自己負担限度額は、70歳未満の人と70歳以上の人で異なります。

【70歳未満の人】

所得区分	適用区分の表示	自己負担限度額	
基礎控除後の総所得金額等※1が901万円を超える世帯の人	ア	252,600円+1% (140,100円)	[1%は総医療費が842,000円を超えた場合に、超えた分の1%]
基礎控除後の総所得金額等※1が600万～901万円以下の世帯の人	イ	167,400円+1% (93,000円)	[1%は総医療費が558,000円を超えた場合に、超えた分の1%]
基礎控除後の総所得金額等※1が210万～600万円以下の世帯の人	ウ	80,100円+1% (44,400円)	[1%は総医療費が267,000円を超えた場合に、超えた分の1%]
基礎控除後の総所得金額等※1が210万円以下の世帯の人	エ	57,600円 (44,400円)	
市民税非課税世帯	オ	35,400円 (24,600円)	

()内は、過去12カ月以内に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の、4回目以降の限度額です。

4回目以降は自己負担限度額が引き下げられます。保険者や被保険者番号の変更があった場合は、変更となった月から回数を数えます。
※1…基礎控除後の総所得金額等とは、国保加入者全員の所得額の合計です。

同一世帯内で合算できる場合があります。

同一世帯で、同じ月内に、受診者・医療機関・入院・外来ごとに計算してそれぞれ21,000円以上支払いがあった場合は、それらを合算して上記の自己負担限度額を超えた分が支給の対象となります。

【70歳以上の人】

70歳の誕生日の翌月(1日生まれの人は誕生日)から。

所得区分(窓口負担割合)	自己負担限度額	
	外来(個人ごと)	外来+入院(世帯)
現役並み所得者(3割)	市民税の課税標準額※1が690万円以上の人とその世帯の被保険者(現役並みⅢ)	252,600円+1% (140,100円) [1%は総医療費が842,000円を超えた場合に、超えた分の1%]
	市民税の課税標準額※1が380万円～690万円未満の人とその世帯の被保険者(現役並みⅡ)	167,400円+1% (93,000円) [1%は総医療費が558,000円を超えた場合に、超えた分の1%]
	市民税の課税標準額※1が145万円～380万円未満の人とその世帯の被保険者(現役並みⅠ)	80,100円+1% (44,400円) [1%は総医療費が267,000円を超えた場合に、超えた分の1%]
一般(2割)	現役並み所得者、低所得Ⅱ・Ⅰに該当しない人	18,000円 【年間上限 144,000円】
低所得Ⅱ(2割)	同一世帯の世帯主および被保険者全員が市民税非課税である人(低所得Ⅰに該当しない人)	57,600円 (44,400円)
低所得Ⅰ(2割)	同一世帯の世帯主および被保険者全員が市民税非課税であって、その世帯の所得控除後(年金収入は控除額※2 80.67万円で計算)が0円になる人	24,600円 8,000円 15,000円

※1…市民税の課税標準額とは、所得の合計から各種所得控除を差し引いた後の金額です。

※2…令和7年7月31日までは80万円で計算、令和7年8月1日より80.67万円で計算します。

◎医療費の支払いが困難な人は(一部負担金の減免)

災害・失業などにより収入が減少し、一部負担金を負担すると生活が困難となる場合は、一部負担金の減免を申請することができます。減免の決定に際して、収入や資産状況の申告およびその内容に関する調査をいたします。

◎所得の申告はお済みですか?

所得の申告がないと、所得区分の判定ができません。必ず所得の申告をしましょう。

◎特定疾病療養受療証について

- ① 人工透析の必要な慢性腎不全
- ② 先天性血液凝固因子障害の一部(血友病)
- ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含む)

以上の高額な治療を長い間続ける必要がある病気の場合、「特定疾病療養受療証」を提示することにより、自己負担額が1カ月10,000円※までで済みます。受療証の交付には事前に申請が必要です。

※人工透析を受ける人(70歳未満)は、所得により、自己負担額が1カ月20,000円になる場合があります。

※マイナ保険証を利用している場合でも申請が必要です。

【申請の方法】

- (1)「特定疾病認定申請書」が必要です。国保年金課の窓口にお越しいただくか、市ホームページから印刷することもできます。
- (2)申請書に必要事項を記入し、医師の証明をもらってください。
以前の健康保険でお持ちになっていた特定疾病療養受療証(写し可)でも可能です。
- (3)医師の証明がある特定疾病認定申請書、来庁者の本人確認書類、対象者と世帯主の個人番号(マイナンバー)がわかるものを国保年金課の窓口に提出します。
- (4)「特定疾病療養受療証」をお渡します。



ご注意ください 発効日は申請書を提出した月の初日からになります。さかのぼって認定はできません。

◎高額医療・高額介護合算制度

同一世帯で医療保険と介護保険の自己負担額の合計が、年間(8月～翌年7月)の限度額を超えた場合、高額介護合算療養費が支給されます。対象者には支給申請書を郵送します。

◎高額療養費外来年間合算制度

年間(8月～翌年7月)で外来診療で支払った医療費が144,000円を超えた場合、超えた額が年間の高額療養費として支給されます。対象者には支給申請書を郵送します。

療養費の支給

医療機関の窓口で、かかった医療費をいったん全額自己負担した場合で、以下に該当するものは、申請をしていたことにより、審査によって決定した額のうち自己負担分を除いた額が、療養費として世帯主に支給されます。申請ができる期間は、原則療養に要した費用を支払った日の翌日から起算して2年です(旧保険者の資格確認書等を提示して療養を受けた場合等は、当該療養を受けた日の翌日から起算して2年です)。

療養費が支給される場合	本人確認書類及び対象者と世帯主の個人番号(マイナンバー)がわかるもののほかに 必要なもの
急病など、緊急やむを得ない理由で、資格確認書等を持たずに診療を受けた場合 旧保険者の資格確認書等を提示して療養を受けた場合	<ul style="list-style-type: none"> ●診療(調剤)報酬明細書(レセプト) ●領収書 ●印鑑 ●世帯主の口座がわかるもの
医師の診断により治療用装具(コレセット等)や義眼をつけた場合	<ul style="list-style-type: none"> ●医師の証明書 ●領収書 ●印鑑 ●世帯主の口座がわかるもの ●治療用装具の写真(靴型装具のみ)
やむを得ず、海外渡航中に診療を受けた場合	<ul style="list-style-type: none"> ●診療内容明細書 ●領収明細書 (窓口に指定の用紙有。ホームページからも印刷可。) ※外国語で記載されている場合は翻訳文を添付 ●医療機関等の名称・所在地が確認できるもの ●領収書 ●印鑑(世帯主・被保険者) ●世帯主の口座がわかるもの ●パスポートなど渡航先の出入国が確認できるもの
医師の同意を得てマッサージ・はり・灸などの施術を受けた場合	<ul style="list-style-type: none"> ●施術者が作成した専用の療養費支給申請書 ●同意書 ●領収書 ●印鑑 ●世帯主の口座がわかるもの

※申請に必要な書類は、支給の理由によって異なりますので、国保年金課までお問い合わせください。

なお、申請後に審査をしますので、支給されるまでには3カ月ほどかかります。

入院時食事療養費の給付

入院中の食事にかかる費用は、一部を患者さんに負担していただき、残りを国保が負担します。通常、患者さんは1食当たり510円の負担ですが、下記の②、③に該当する人は、市役所で「標準負担額減額認定証」の交付を申請し、これを医療機関に提示することにより負担が軽くなります（表中の負担額は令和7年4月1日以降の金額です）。

所 得 区 分（5ページ参照）			1食当たりの負担額
①	一 般		510円
②	市民税非課税世帯 低所得Ⅱ	90日までの入院 過去12ヶ月の入院日数が90日※を超える入院（長期該当）	240円 190円
③	低所得Ⅰ		110円

入院中の食事代は高額療養費の対象になりません。※市民税非課税世帯等の区分の期間での入院日数が90日

【申請に必要なもの】 ●来庁者の本人確認書類 ●対象者と世帯主の個人番号（マイナンバー）がわかるもの ●印鑑
●世帯主の口座がわかるもの ●長期該当の申請には入院日数および食事代を確認できる領収書など

ご注意ください 発効日は申請書を提出した月の初日から、長期該当の認定は翌月の初日からになります。
さかのぼって認定はできません。

出産育児一時金の支給

国保の加入者が出産したときは、世帯主に出産育児一時金として48万8千円（産科医療補償制度に加入している医療機関で出産した場合は1万2千円を加算し50万円）が支給されます。ただし、ご自分が会社を辞めて6ヶ月以内の出産の場合、会社の健康保険組合等から一時金が支給されることがあります。詳しくは会社の健康保険組合等へお問い合わせください。なお、会社の健康保険組合等から支給される場合は国保からの支給はありません。申請ができる期間は、出産された日の翌日から起算して2年です。

※妊娠12週（84日）以上であれば死産・流産でも支給されます（医師の証明が必要です）。

○出産育児一時金直接支払制度

医療機関等において資格確認書等を提示し、申請および受け取りについて代理契約の手続きをすることで、出産育児一時金が直接医療機関へ支払われます。これにより、出産にかかる費用を事前に用意する負担が軽減されます。
国保年金課の窓口において事前の手続きは必要ありません。

※出産費用が出産育児一時金の額を超える場合、差額は医療機関にお支払ください。

※出産費用が出産育児一時金の額より少ない場合、差額は国保から支給いたします。支給の対象となる人には申請書をお送りいたしますので、申請書が届きましたら、必要事項をご記入のうえ、国保年金課へお送りいただくか、窓口にお持ちください。後日、ご指定の口座へ振り込みます。



○出産育児一時金受取代理制度

直接支払制度を実施しておらず、受取代理制度を導入している医療機関等において、受取代理制度を利用される場合は、国保年金課の窓口で事前に申請が必要です。

○出産費用を全額自己負担された人へ

直接支払制度および受取代理制度を利用せず、出産費用を全額自己負担された人は、下記の書類をお持ちのうえ、国保年金課の窓口で申請してください。後日、ご指定の口座へ振り込みます。

【申請に必要なもの】

●来庁者の本人確認書類 ●世帯主と出産した人の個人番号（マイナンバー）がわかるもの ●世帯主の口座がわかるもの
●医療機関から交付された領収・明細書（直接支払制度を利用してない旨の記載があるもの） ●印鑑

※海外で出産された場合は、領収・明細書の代わりに出生証明書と日本語翻訳文、パスポートまたは航空券、
その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写しが必要です。

葬祭費の支給

国保の加入者が死亡したときは、葬儀を行った人（喪主）に5万円が支給されます。お亡くなりになった人の資格確認書等、葬儀の領収証または会葬礼状（喪主の名前がわかるもの）、葬儀を行った人（喪主）の口座がわかるもの、印鑑をお持ちください。申請ができる期間は、原則葬儀を行った日の翌日から起算して2年です。

国民健康保険料

保険料は、加入している皆さんの所得などによって決定されます。そのため、年度ごとに、また、世帯ごとに保険料が異なります。保険料は国保を支える貴重な財源です。皆さん一人ひとりの保険料が国保を支えています。

保険料の計算方法

○保険料は、加入者の令和6年中の所得などをもとに世帯ごとに計算します。

※令和6年中の所得とは、令和6年1月1日から令和6年12月31までの所得です。

○令和7年度分の保険料は、令和7年4月から令和8年3月までを1年分として計算します。

年度の途中で加入した場合は加入月から、脱退した場合は脱退の前月分までの月割計算となります。

○保険料は次の3つに区分されています。

- ① 医療分 …… 国保加入者すべてに課されるもので、国保加入者の医療費などにあてられるものです。
- ② 支援金分 …… 国保加入者すべてに課されるもので、後期高齢者医療制度に対する支援金にあてられるものです。
- ③ 介護分 …… 国保加入者のうち40歳から64歳までの人に課されるもので、介護保険制度に対する納付金にあてられるものです。

※医療分は所得割(前年の所得から計算する保険料)・均等割(世帯の加入者数により計算する保険料)・平等割(1世帯当たりの保険料)の合計、支援金分と介護分は所得割・均等割の合計となります。これらを合算したものが世帯の年間保険料となります。

■ 保険料の料率と計算方法

区分	医療分	支援金分	介護分 (40歳以上64歳以下の加入者のみ)
所得割 (前年の所得による保険料)	1 加入者の令和6年中の所得※1 × 8.1%	4 加入者の令和6年中の所得※1 × 2.6%	6 加入者の令和6年中の所得※1 × 2.6%
均等割 (世帯の加入者数による保険料)	2 世帯の加入者の人数 × 24,400円 (未就学児※2は12,200円)	5 世帯の加入者の人数 × 15,400円 (未就学児※2は7,700円)	7 世帯の加入者の人数 × 15,600円
平等割 (1世帯当たりの保険料)	3 13,500円		
合計	1 + 2 + 3 = A (最高限度額66万円)	4 + 5 = B (最高限度額26万円)	6 + 7 = C (最高限度額17万円)
令和7年度の国民健康保険料	A(医療分) + B(支援金分) + C(介護分)		

※1…所得とは、前年の総所得金額および山林所得金額ならびに株式等・長期(短期)譲渡所得金額等の合計から基礎控除額43万円を控除した額です(ただし、雑損失の繰越控除額は控除しません)。なお、基礎控除額は、合計所得金額によって異なります。住民税の基礎控除額をご確認ください。

※2…未就学児とは、6歳に達する日以後の最初の3月31日以前である被保険者をいいます。

納入通知書は世帯主あてに送付します

保険料は、加入者一人ひとりの所得などをもとに世帯単位で算定し、世帯主が支払うことになっています。これは世帯主が職場の健康保険に加入していて、家族だけが国保に加入している場合(擬制世帯といいます)も同様です。



◎国民健康保険料と後期高齢者医療保険料

国保加入者が75歳になった月からは、後期高齢者医療保険料をお支払いいただきます。

国民健康保険料は、75歳の誕生月の前月分まで月割で計算しますので、二重払いの心配はありません。

※下表のとおり、75歳の誕生月によって国民健康保険料のお支払い時期(回数)が変わります。

納 期 (普通徴収)	1 期 (7月)	2 期 (8月)	3 期 (9月)	4 期 (10月)	5 期 (11月)	6 期 (12月)	7 期 (1月)	8 期 (2月)	9 期 (3月)
7月31日までに75歳の誕生日を迎える 単身世帯の人 例 5月10日生まれ	○			←1期のみお支払いいただきます。 (保険料は4月分のみの月割計算です)					
8月1日以降に 75歳の誕生日を 迎える単身世帯の人	例 9月10日生まれ	○	○	←2期までお支払いいただきます。 (保険料は4月から8月分までの月割計算です)					
	例 12月10日生まれ	○	○	○	○	○	←5期までお支払いいただきます。 (保険料は4月から11月分までの月割計算です)		

※同じ世帯に他の国保加入者(75歳未満の人)がいる場合は、75歳を迎える人の誕生月の前月までの保険料と、他の国保加入者の保険料を合算し、通常の納期どおり9回に分けてお支払いいただきます。

◎国民健康保険料(介護分)と介護保険料

介護保険制度に対する負担の方法は、年齢によって異なります。40歳から64歳までの間は加入している健康保険の保険料の一部として負担しています。65歳になると各個人が直接、介護保険料をお支払いいただくようになります。この取り扱いは、国保を含むすべての健康保険制度で共通のものです。

【国保加入者が40歳になったら】

国保加入者が40歳になった月(1日生まれの人は誕生月の前月)からは、国民健康保険料(介護分)が月割で加算されます。40歳になった月の翌月(1日生まれの人は誕生月)に、保険料の変更通知書を送付します。

【国保加入者が65歳になったら】

国保加入者が65歳になった月(1日生まれの人は誕生月の前月)からは、介護保険料をお支払いいただくようになります。国民健康保険料(介護分)については、65歳の誕生月の前月分まで(1日生まれの人は誕生月の前々月分まで)を月割計算し、年度末までの各納期に分けてお支払いいただきます。

【介護保険適用除外施設に入退所したとき】

介護保険適用除外施設に入所すると、その期間の介護分保険料がかかりません。介護保険適用除外施設に入退所した場合は必ず届け出を行ってください。

誕生日 10月15日												
例:10月15日が65歳の誕生日の場合												
国保の 保険料	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
① 医療分 ② 支援金分(12カ月分)												
③ 介護分(4月から9月までの6カ月分)												
介 護 保険料				①～③の合計額を年度末までの納期に分けてお支払いいただきます					④ 介護保険料			④を納める期間

所得の申告はお済みですか?

保険料は前年の所得をもとに計算します。被扶養者や収入が無かった人も所得の申告が必要です。

まだ所得の申告をしていない人は令和7年1月1日に住んでいた市区町村で申告を済ませてください。

申告した場合は、お手数ですが国保年金課までお知らせください。

※収入がなかった人も、申告をすることによって保険料や医療費の自己負担限度額が軽減される場合があります。



◎加入の届け出はお早目に!

国保の資格取得日(加入日)は、市役所に届け出をした日ではなく、加入の事実が発生した日になります(退職日の翌日など)。届け出が遅れた場合でも、保険料は加入日までさかのぼってご負担いただきますので、ご注意ください。

保険料の納期

【普通徴収(各期の納期限)】

1期	7月31日	2期	9月1日	3期	9月30日
4期	10月31日	5期	12月1日	6期	1月5日
7期	2月2日	8期	3月2日	9期	3月31日

※納期限は通常各月の末日ですが、土・日・祝日と重なった場合はその翌日になります。

※保険料の年額を支払回数で分けていますので、1回分が1カ月分の保険料にはなりません。

【特別徴収】

4月	4月15日	6月	6月13日	8月	8月15日
10月	10月15日	12月	12月15日	2月	2月13日

※年金受給日が納付日となります。

保険料のお支払い方法

普通徴収(口座振替・納付書でのお支払い)と特別徴収(公的年金からの天引き)があります。

普通徴収

上記の期ごとに、口座振替(または納付書)でお支払いください。

【口座振替でのお支払い】

保険料の納付は原則「口座振替」となります。手続きがお済みでない方は、取扱金融機関等へお申し込みください。
1回の手続きで、各期の納期限にご希望の口座から引き落としされます。申し込み方法は、2種類あります。

①来庁者ご本人のキャッシュカードと本人確認書類をお持ちのうえ、市役所窓口にて申し込みます(ペイジー)。

翌月から口座引き落としを開始します(お持ちのカードにより申し込みできない場合があります)。

②通帳、通帳届出印、納入通知書をお持ちのうえ、銀行または市役所窓口にて申込書を記入します。

2カ月後からの口座引き落としとなります。

★口座振替をしますと領収証書は発行されません。通帳でご確認ください。詳しくは、税制課・国保年金課へお問い合わせください。

★還付金が生じた場合、納付義務者と口座名義人が同一であるときは、引き落とし口座へお振込みいたします。

【納付書でのお支払い】

納付書裏面に記載の金融機関・コンビニエンスストア窓口のほか、以下の方法でもお支払いできます。

○ペイジー対応の金融機関ATM

○ペイジー対応のインターネットバンキング

○スマートフォンアプリ (PayPay、PayB)

ただし、納付書一枚につき30万円を超える場合や、バーコードの記載がない納付書、汚れなどによりバーコードを読み取れない納付書、取扱期限を過ぎた納付書は、コンビニエンスストアおよびスマートフォンアプリではご利用いただけません。

なお、ペイジーおよびスマートフォンアプリをご利用の場合、領収証書は発行されませんのでご注意ください。

特別徴収

公的年金からの天引きとなり、次の条件のすべてに該当する世帯主が対象です。

①世帯主が国保の被保険者であること(擬制世帯主は、非該当)。

②世帯内の国保の被保険者全員が65歳以上75歳未満であること(年度の途中で75歳となる世帯主は、非該当)。

③特別徴収の対象となる年金の年額が18万円以上であること。

④介護保険料が特別徴収されており、介護保険料と国民健康保険料の合算額が特別徴収の対象となる年金受給額の1/2を超えていないこと。

【対象となる年金】

特別徴収の対象となる年金は、老齢年金・退職年金・障害年金・遺族年金です。

【特別徴収の時期（本徴収と仮徴収）】

年6回支給される年金から天引きされます。10月に支給される年金から天引きが開始される人は、7月から9月までは普通徴収(口座振替・納付書でのお支払い)、10月以降は特別徴収となります。



【普通徴収の人の納付月】 普通徴収9回で納付(例:4月加入の場合、令和8年3月までの12カ月分を9回に分けて納付)

納付月	令和7年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	令和8年 1月	2月	3月
普通徴収				1期	2期	3期	4期	5期	6期	7期	8期	9期

【特別徴収の人の納付月】 特別徴収6回で納付

納付月	令和7年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	令和8年 1月	2月	3月	4月
特別徴収	1回			2回		3回		4回		5回		6回	1回

令和7年度の保険料が7月に決定するため
仮徴収の保険料を納めていただきます。

令和7年度の決定された保険料額から
仮徴収分を差し引いた額を
3回に分けて納めていただきます。

2月の徴収額が
令和8年度の仮徴収額
となります。

その年度の保険料は7月に決定するため、4・6・8月の特別徴収は、仮の金額を年金から天引きします(仮徴収)。
10・12・2月は、7月に決定した保険料額から仮徴収分を差し引いた額を3回に分けて年金から天引きします(本徴収)。

仮徴収の金額は、前年度2月に年金から天引きされた保険料と同額です。新たに仮徴収が開始した人は前年度の保険料をもとに決定します。

【本徴収(10月)から特別徴収の人の納付月】 普通徴収3回、特別徴収3回で納付

納付月	令和7年 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	令和8年 1月	2月	3月	4月
普通徴収				1期	2期	3期							
特別徴収							1回		2回		3回		1回

これまでどおり
普通徴収となります。

前年中の所得をもとに算定した保険料額から
普通徴収分を差し引いた額を
3回に分けて年金から天引きします。

2月の徴収額が
令和8年度の仮徴収額
となります。

特別徴収の停止などについて

【年度の途中で加入・脱退があったとき】

年度の途中で65歳未満の人が加入した場合、その年度内は特別徴収・普通徴収の両方からのお支払いとなります。他市への転出や、社会保険に加入したなどの理由で国民健康保険を脱退した場合は、特別徴収が停止となる場合があります。

【特別徴収から普通徴収への変更届】

特別徴収の人でも、手続きをすることで、普通徴収(口座振替でのお支払い)に変えることができる場合があります。ただし、納付書でのお支払いには変更できません。

現在、納付書でお支払いの人

- ①変更届を提出する。
(特別徴収から普通徴収への変更届の提出)
- ②口座振替の申し込みをする。

現在、口座振替でお支払いの人

- ①変更届を提出する。
(特別徴収から普通徴収への変更届の提出)

【特別徴収の停止時期】

市では、各届け出を受領した後、年金保険者に対して、特別徴収停止の手続きを行います。

なお、年金保険者に対する特別徴収の停止依頼は、年金支払月の3カ月前までと定められていますので、届け出をされた後でも保険料が年金より差し引かれる場合があります。保険料の還付が発生した場合は、後日通知します。

保険料の軽減

世帯主と被保険者全員の所得の申告(所得税の確定申告、住民税申告、国民健康保険の簡易申告のうち、いずれか)が済んでいて、下表に該当する世帯は、保険料のうち、均等割額と平等割額が軽減されます。なお、国民健康保険に加入していない世帯主(擬制世帯主)の所得も、この軽減判定の計算に含みます。所得がゼロで税申告の義務が無い場合も、申告が必要ですのでご注意ください。

軽減割合	世帯の所得金額の合計(基礎控除前)
7割	43万円 +10万円×(給与所得者等の数-1)※1以下
5割	43万円+(30.5万円×被保険者数※2) +10万円×(給与所得者等の数-1)※1以下
2割	43万円+(56万円×被保険者数※2) +10万円×(給与所得者等の数-1)※1以下

※1…計算式の下段は、世帯内の被保険者と世帯主のうち、給与収入(専従者給与を除く)が55万円超もしくは公的年金等の収入が125万円超(65歳未満は60万円超)の人(給与所得者等)が2人以上いる場合に計算し、1人以下の場合は上段のみの計算となります。

※2…被保険者数には、後期高齢者医療制度加入者のうち、同制度加入時に国保から移行した人で、継続して同一世帯にいる人を含みます。

後期高齢者医療制度への移行に伴う保険料の軽減

◎社会保険等の被扶養者に対する保険料の軽減

社会保険などの加入者(国民健康保険組合は除く)が75歳となり後期高齢者医療制度に移行して、その被扶養者(65歳~74歳)が国民健康保険に加入することとなった場合、申請により所得割額を免除し、均等割額を資格取得日の属する月から2年間半額とします。また、世帯の国民健康保険加入者の年齢が65歳~74歳の人のみであった場合は、医療分の平等割額についても資格取得日の属する月から2年間半額とします。

◎後期高齢者医療制度へ移行する人のいる世帯の保険料の軽減

国民健康保険の加入者が75歳となり、後期高齢者医療制度へ移行して、同一世帯の国民健康保険加入者が1人となったときは、移行後5年間は医療分の平等割額を半額にします。その後の3年間は1/4減額します(単身軽減)。

非自発的失業者に対する軽減

「倒産・解雇などによる離職(雇用保険の特定受給資格者)」や「雇い止めなどによる離職(雇用保険の特定理由離職者)」をされた人は、保険料が軽減されます。

軽減を受けるには、公共職業安定所(ハローワーク)から発行される「雇用保険受給資格者証」または「雇用保険受給資格通知」の提示と届け出が必要になりますので、該当する人は手続きをしてください。

※届け出をされても保険料が変更にならない場合もあります。

【対象者】

離職の翌日から翌年度末までの期間について、

1.雇用保険の特定受給資格者(離職理由コード:11・12・21・22・31・32)

2.雇用保険の特定理由離職者(離職理由コード:23・33・34)

として失業等給付を受けている人で、離職時の年齢が65歳未満の人

手続きを
お願いします

【軽減される保険料】

保険料は、前年の所得などにより計算しますが、この軽減は前年の給与所得をその30/100として保険料を計算します。

【軽減の対象期間】

離職の翌日から翌年度末までの期間です。

※雇用保険の失業等給付を受ける期間とは異なります。

※国保に加入中は、途中で就職しても引き続き対象となりますが、会社の健康保険に加入するなど国保を脱退すると終了します。



産前産後期間の保険料の一部免除

令和6年1月より国保ご加入中の人が出産した際、出産した人の産前産後の保険料(所得割・均等割)が一定期間免除となります。免除を受けるには、母子手帳等の提示と届け出が必要になりますので、該当する人は手続きをしてください。

※届け出をされても保険料が変更にならない場合もあります。



【免除の対象】

- 出産予定日または出産日が属する月の前月から4カ月間の保険料(所得割・均等割のみ)
- 多胎妊娠(2人以上のあかちゃんを同時に妊娠)の場合は、出産予定日または出産日が属する月の3カ月前から6カ月間の保険料(所得割・均等割のみ)

※出産とは、妊娠85日(4カ月)以上の出産をいい、死産、流産(人工妊娠中絶を含む)、早産を含みます。

			出産予定日 または出産が 属する月 ▼	1カ月後	2カ月後
3カ月前	2カ月前	1カ月前	单胎の人		
			多胎の人		

(色の付いた部分が免除期間)

【届け出の時期】

出産予定日の6カ月前から届け出ができます。目安として出産後1年以内の手続きをお願いします。

なお、出産前に届け出が済んでいる場合、出産日への訂正は不要です。
(ご希望であれば、出産日で再度届け出をすることはできます。)

保険料のお支払いが困難なとき

①お支払いのご相談

保険料のお支払いが困難な場合は、税制課に早めに納付相談をしてください。



②保険料を滞納すると

- ①督促状などが送付されます。また、延滞金が加算される場合があります。
- ②国保の給付(療養費・高額療養費・葬祭費など)の全部または一部が差し止められる場合があります。
- ③窓口での医療負担を一旦全額自己負担する「特別療養費支給対象者」となる場合があります。
※緊急な医療の必要性が生じ、医療費の10割負担が困難な場合は、ご事情に応じて医療費3割負担
(70歳以上は2割または3割負担)としますのでお申し出ください。
- ④財産の差押えなどの滞納処分を受ける場合があります。

③保険料の減免

病気や災害等により世帯の収入や生活状況が著しく悪化してしまった場合は、保険料の減免制度があります。減免の決定に際しては、収入や資産状況の申告およびその内容に関する調査をいたします。

〈対象となる場合〉

- ①震災、風水被害等の災害により納付義務者が障がい者となった場合や、行方不明となった場合 等
- ②病気や失業、廃業等の理由により収入が著しく減少した場合 等

ご注意ください

減免の申請は各納期限の7日前までとなります。その期日を過ぎてしまうと申請ができません。

特定健康診査・特定保健指導は健康づくりの第一歩

特定健康診査は、糖尿病、高血圧、脂質異常などの生活習慣病の発症や重症化を予防するための健診です。自分の体の状態を知り、生活習慣を見直す、年に一度のチャンスとして活用しましょう。

定期通院している人もこの健康診査の対象です。主治医にご相談のうえ、受診しましょう。

あなたが健康でいることは、将来のご家庭の医療費を抑えられるだけでなく、国民健康保険の安定した運営にもつながります。

10,000円
相当の
検査が
0円!!



対象者 習志野市国保加入中の40~74歳の人

検査項目 基本的な健診項目（全員が受ける検査）

診 察	問診、身体計測（身長・体重・BMI・腹囲）、身体診察、血圧測定
血液検査	脂質検査（空腹時中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） 血糖検査（空腹時血糖、ヘモグロビンA1c） 肝機能検査（AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)） 腎機能検査（血清クレアチニン、eGFR）、尿酸
尿 検 查	尿糖、尿蛋白、尿潜血

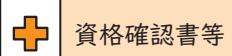


習志野市
ホームページ

詳細な健診項目（健診の結果、医師の判断により実施する検査）

血液検査（貧血検査）	心電図検査	眼底検査
------------	-------	------

受診方法 (1)個別健診で受診…市内実施医療機関 期間：6月1日～翌年3月31日
(2)集団健診で受診…保健会館 年4回(事前申込制)



【受診時の持ち物】

- 特定健康診査受診券（黄色）のシール付台紙
 - 資格確認書等
- ※対象者には、5月下旬頃に特定健康診査受診券（黄色）のシール付台紙を送付しています。

ご注意ください

- 同じ年度内で「特定健康診査」と「短期人間ドック費用の助成」の両方は受けられません。
- 受診前に習志野市の国保から脱退した人は受診できません。受診券は破棄してください。

【年度途中で国保に加入された人】

- ・65歳（年度末年齢）以上の人：加入届け出をされた翌月末に受診券を送付します。
- ただし、2・3月は送付していないため、受診をご希望する場合は、健康支援課までご連絡ください。
- ・40~64歳の人：申出により受診券を発行します。健康支援課までご連絡ください。

約20,000円
相当の
サポートが
0円!!

健康維持のための健康サポート（特定保健指導）が利用できます。

特定健康診査の結果、「積極的支援」と「動機付け支援」に該当した人は、保健師や管理栄養士による健康づくりのためのサポートが無料で受けられます。健診受診日から数カ月後、委託事業者よりご案内がありますので、ご自身の食事や生活習慣を見直すチャンスとして活用しましょう。

健診結果の提出にご協力ください

提出していただいた人には クオカードをプレゼント!

対象者：①～③全てに該当する人

- ①健診受診日時点で習志野市国保に加入している（40~74歳）。
- ②勤務先などで健診を受けている、または個人で人間ドック（市が助成している人間ドックを除く）を受けている。
- ③令和7年度習志野市特定健康診査を受診していない。

※検診結果には特定健診同様の基本的な検診項目が必要です。
詳しくは市ホームページをご確認ください。

提出方法：AもしくはBどちらかの方法

- A.健診結果のコピーと問診票（窓口にて記入）を健康支援課へ提出（郵送を希望する場合は健康支援課までお問い合わせください）。
- B.ちば電子申請サービスにて、健診結果をアップロード、必要事項を入力。

こちらから →



人間ドックで健康チェック

◎助成の対象となる人【令和7年度の費用助成は令和7年4月1日～令和8年3月31日受検のものが対象です】

次の(1)～(5)の要件すべてに該当する人です。なお、受検する日までに習志野市の国保を脱退した人や、特定健診査を受診した人は対象となりません。また、年度の途中で75歳になる人については、75歳の誕生日の前日までに受検した分が助成の対象です。利用券の有効期限にご注意ください。

- (1)30歳以上(平成8年4月1日以前生まれ)74歳以下の人
- (2)受検年度の9月末日以前から習志野市の国保に継続して加入している人
- (3)受検年度の前年度以前分の保険料を滞納していない世帯に属している人
- (4)受検年度に加入した世帯の場合、保険料を1期以上納付している人
- (5)年度内に習志野市特定健康診査を受診していない人

◎申し込み方法

(1) 習志野市ホームページ・習志野市公式LINEからの申し込み

ちば電子申請サービスにて必要事項を入力していただき、送信してください。

・市ホームページ(<https://www.city.narashino.lg.jp/>)の場合、

トップページ「税・年金・保険」→ 国民健康保険短期人間ドックの費用助成 → ちば電子申請サービス

・習志野市公式LINEの場合、

メニュー「市の情報・手続き」→ ちば電子申請



受けよう!
日帰り人間ドック

(2) 郵送での申し込み

便せん等に「住所」「受検者氏名」「フリガナ」「生年月日」「電話番号(携帯電話可)」「受検予定病院・受検予定日(決まっている場合)」を記入し、国保年金課へご郵送ください。

(あて先:〒275-8601 習志野市鷺沼2丁目1番1号 習志野市国保年金課 人間ドック担当)

(3) 窓口での申し込み

受検される人の本人確認書類をお持ちください。

◎助成の方法

(1) 習志野市ホームページ・LINEまたは郵送での申し込みの場合は、2週間以内に利用券を郵送し、窓口での申し込みの場合は、その場で利用券を発行します。

※内科と眼科で異なる医療機関で受検する場合は、利用券が2枚必要です。

(2) 利用券は受検する際に市内の指定医療機関の窓口にマイナ保険証または資格確認書等と一緒にお持ちください。窓口でのお支払いは受検費用から助成額を除いた金額になります。

ご注意ください

受検日に医療機関に利用券を提出しないと、費用の助成はできません(市からの払い戻しはありません)。

市で定めた基準検査項目をすべて受検する必要があります(医師が不要と認めた検査項目を除く)。

◎助成額 受検費用の7割を助成しますが、年齢により限度額が異なります。

30歳～64歳の人	65歳(受検年度の末日時点)～74歳の人
25,000円を限度 (検査医療機関が内科と眼科で異なる場合は、 それぞれ内科は21,500円、眼科は3,500円を限度)	30,000円を限度 (検査医療機関が内科と眼科で異なる場合は、 それぞれ内科は26,000円、眼科は4,000円を限度)

※脳ドックは助成対象外です。また、検査内容は各医療機関へお問い合わせください。

※後期高齢者医療制度の加入者の助成額の上限は15,000円です。

◎助成の対象となる医療機関(10医療機関)

(名称50音順:令和7年4月末現在)

青木眼科／赤松眼科医院／あそう眼科／井坂眼科医院／いばた眼科クリニック／奏の杜クリニック／さきたに内科・内視鏡クリニック／千葉県済生会習志野病院／津田沼中央総合病院／習志野第一病院

※保険者が実施する特定健康診査の資料とするため、受検データの一部が各医療機関から市へ提出されます。また、検査結果により生活習慣改善の支援が必要と判定された人には、「特定保健指導」のご案内をさせていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

後期高齢者医療制度

○後期高齢者医療制度とは

75歳以上の人人が加入する独立した医療保険制度です。この制度は県内全市町村が加入する「千葉県後期高齢者医療広域連合」が運営します。市では主に資格確認書等の交付や、各種申請の受付等、窓口業務を担当しています。

○後期高齢者医療制度に加入する人

①75歳以上の人

75歳の誕生日から、本人からの届け出なしに自動的に対象となります(一部適用除外となる場合があります)。

②65歳から74歳までの一定の障がいがある人※で、後期高齢者医療制度に加入を希望する人

市役所の窓口に申請し、千葉県後期高齢者医療広域連合の認定を受けた日から対象となります。

認定を受けた人は、加入している国民健康保険や会社の健康保険から脱退し、後期高齢者医療制度に加入することになります。

※一定の障がいがある人とは、以下の手帳等をお持ちの人または同等の障がいがあると認められる人です。

- 国民年金証書Ⅰ・2級(障害基礎年金等)
- 療育手帳(重度の区分)
- 身体障害者手帳Ⅰ~3級および4級の一部(音声、言語、下肢Ⅰ・3・4号)
- 精神障害者保健福祉手帳Ⅰ・2級



○国民健康保険と後期高齢者医療制度

国民健康保険の被保険者が75歳になると、自動的に国民健康保険を抜けて後期高齢者医療制度に移行します。

●資格確認書等について

国民健康保険の資格確認書等は75歳の誕生日の前日までとなります。75歳の誕生日からはマイナ保険証もしくは後期高齢者医療資格確認書を使用してください。

令和8年7月31日までに75歳になる人には、マイナ保険証の保有状況に関わらず、後期高齢者医療資格確認書を誕生日の前月(1日生まれの人は前々月)に郵送いたします。

●保険料の計算方法について(8ページ参照)

国民健康保険料は、あらかじめ75歳の誕生月の前月分まで計算されます。後期高齢者医療保険料は75歳の誕生月分から計算されますので、保険料が二重に計算されることはありません。後期高齢者医療保険料の金額等につきましては、原則として、75歳の誕生月の1~2カ月後に通知いたします。

●保険料の口座振替について

国民健康保険料を口座振替にしていた場合でも、後期高齢者医療保険料を口座振替にするためには、改めてお手続きが必要です。ご希望の人は、資格確認書等に同封される「口座振替依頼書」でお申し込みください。

【例】9月に75歳になる人と73歳の人の二人世帯の場合

納期(普通徴収)	1期 (7月)	2期 (8月)	3期 (9月)	4期 (10月)	5期 (11月)	6期 (12月)	7期 (1月)	8期 (2月)	9期 (3月)
国民健康保険料	←	9月に75歳になる人の5カ月分(4~8月分)と73歳の人の12カ月分(4~3月分)の合計額を9回の納期に均等に分けて納めていただきます。	→						
後期高齢者 医療保険料				←	9月に75歳になる人の7カ月分(9~3月分)を未到来の納期で分けて納めていただきます。	→			

保険料年額の計算は月割になっていますので、納期は重なりますが計算は二重ではありません。

医療機関における適正受診にご協力ください

近年、「夜間の方が空いて待たなくてすむから」「昼間は仕事があつて行くことが難しいから」などの理由で、軽い症状でも休日や夜間に病院の救急外来を受診する人が増加し、緊急性の高い重症の患者さんの治療に支障をきたすケースが発生しています。

このことが病院勤務医の過重な負担となる原因の一つにもなっています。また、休日・夜間は医療機関に支払われる医療費も高く設定されており、窓口負担も高くなります。

必要な人が安心して医療を受けられるようにするとともに、最終的には保険料や窓口負担として皆様にご負担いただく医療費を有効に活用し、身近な地域で救急医療を提供していくためには、皆さんのご理解とご協力が不可欠です。

●重複する検査や投薬により、かえって体に悪影響を与えてしまうなどの心配もあります。今受けている治療に不安があるときは、そのことを医師に伝えて話し合ってみましょう。

適正受診に
ご協力ください



ジェネリック医薬品

● ジェネリック医薬品とは

ジェネリック医薬品(後発医薬品)は、新薬(先発医薬品)の特許が切れた後、厚生労働省の承認を得て発売される医療用医薬品で、同様の効き目がありながら新薬より安い価格で販売されます。

すべての薬にジェネリック医薬品があるわけではなく、新薬とは食べ合わせや飲み合わせが異なる場合もあるため、病状により、ジェネリック医薬品が処方できない場合もあります。

ジェネリック医薬品の処方を希望される場合は、まずは、かかりつけの医師・薬剤師にご相談ください。

令和6年10月から導入された医薬品の自己負担の新たな仕組みについては、下記二次元コードから厚生労働省の関連ページにアクセスできます。

新たな仕組みについて



● ジェネリック医薬品希望シールまたはカードをご利用ください

ジェネリック医薬品の処方を希望する人は、市で配布している「ジェネリック医薬品希望シール」や「ジェネリック医薬品希望カード」をご活用ください。かかりつけの医師や薬剤師に伝えづらい場合に、シールを張り付けた資格確認書や診察券の提示、お薬手帳と一緒にカードを提示することにより切り替え希望の意思を伝えることができます。

● ジェネリック医薬品利用差額通知を送付します

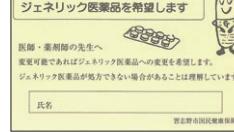
現在処方されている薬をジェネリック医薬品に切り替えることにより医療費を大きく減額することができる人を対象に、ジェネリック医薬品利用差額通知を送付しています。ジェネリック医薬品に切り替えを検討する際にご活用ください。

ジェネリック医薬品希望シール



ジェネリック医薬品希望シール

ジェネリック医薬品希望カード



ジェネリック医薬品希望カード

整骨院や接骨院での施術

●健康保険を使えるのはこんなとき

整骨院や接骨院で骨折、脱臼、打撲および捻挫（いわゆる肉ばなれを含む）の施術を受けた場合に保険の対象になります。骨折および脱臼については、緊急の場合を除き、あらかじめ医師の同意を得ることが必要です。単なる肩こり、腰痛などに対する施術は保険の対象になりません。このような症状で施術を受けた場合は、全額自己負担になります。

●治療を受けるときの注意

多くの整骨院・接骨院などの窓口では、病院・診療所にかかったときと同じように自己負担分のみ支払うことにより、施術を受けることができますが、柔道整復師が被保険者に代わって保険請求を行うため、施術を受けるときには、必要書類に被保険者のサインをいただくことが必要となります。

●施術内容を調査する場合があります

医療費の適正化の一環として、整骨院・接骨院などからの請求内容について、受療した人に対して調査をお願いする場合があります。施術期間・負傷の原因などについてご回答いただきたいので、領収書の保存など、ご協力をお願いいたします。

交通事故にあったとき

交通事故など第三者の行為によるケガ等で診察を受ける場合でも、資格確認書等を使用することができます。

しかし、その医療費は原則として加害者である第三者が負担するべきものなので、国保が負担した医療費を後日、加害者に請求します。

治療を受ける際には速やかに国保年金課にご連絡のうえ、後日、「第三者の行為による傷病届」を提出してください。

※届け出る前に治療費の受領や示談をした場合、示談の内容によっては、被害者自身が思いがけない負担を負うおそれがありますので、示談を結ぶ前に必ず国保年金課へご連絡ください。

臓器提供の意思表示

●臓器提供とは

脳死後あるいは心臓が停止した場合に、臓器移植を必要とする人に臓器を提供することです。

生前に書面で臓器を提供する意思を表示している場合や、ご本人の臓器提供の意思が不明な場合も、ご家族の承諾があれば臓器提供できます。

自分の意思を尊重するためにも、臓器提供について考え、家族と話し合い、「提供する」「提供しない」、どちらかの意思を表示しておくことが大切です。

●意思表示欄をご利用ください

資格確認書等の裏面に意思表示欄を設けてありますのでご利用ください。記入は任意です。

意思表示内容の保護シールをご希望の場合は、国保年金課までお申し出ください。

●臓器移植に関するお問い合わせ

臓器提供の概要や意思表示欄の記入方法について、詳しくは（公社）日本臓器移植ネットワークのホームページ（<https://www.jotnw.or.jp/>）をご覧ください。

厳しい国保財政の状況

国保は皆さんの医療費を支える医療保険です。病気やけがで医療を受けるとき、病院窓口等でのお支払いが3割または2割の負担で済む仕組みですが、残りの7割または8割のお支払いを国保が負担しています。

近年、国保財政は厳しさを増しています。保険料等の収入で支出を賄うことが難しくなっていることから、収支の改善に取り組んでいるところです。

収入面では、保険料収納率の向上に取り組むとともに、保険料率の段階的な改定等により、収入の確保を図っています。

支出面では、増加を続ける1人当たり医療費について、健康づくりの促進等により、医療費の適正化を図っています。皆さんも、ご自身やご家族の健康づくりに取り組んでいただけると幸いです。

今後も、国保制度に対するご理解、ご協力のほどよろしくお願ひします。

1人当たり保険料の推移

(後期高齢者支援金分と介護納付金分を含む)

(単位：円)



1人当たり医療費の推移

(単位：円)



～生涯にわたり、健やかな日々を送るために～

はじめよう、健康づくり！

皆さんが医療機関を受診したときの医療費は、年々増加の傾向にあります。医療費が増えることは、国保の主要な財源である保険料の引き上げにもつながります。

病気は、早期発見・早期治療ができれば、身体的負担、経済的負担や治療の時間は少ないもので済み、国保が負担する医療費も削減できます。

自分の健康のためにはもちろん、家族のため、また、いつまでも安心して医療を受けるためにも、定期的に健康診査を受け、健康状態を確認するとともに、日ごろから積極的に健康づくりに取り組みましょう。

健康づくりのポイント

●食事



1日3食を規則正しく食べましょう。主食・主菜・副菜を揃えると栄養バランスが整います。間食・アルコールは適量を心がけましょう。

●運動



例えばウォーキングやその場スクワットなど、「プラス10分」、家事や仕事をこなす日常の中で、こまめに体を動かす習慣をつけましょう。

●しっかり禁煙



たばこは百害あって一利なし！家族・友人に禁煙宣言をするなど、周囲の人の協力を得ることや、禁煙仲間をつくることも効果的です。

●定期的な健診

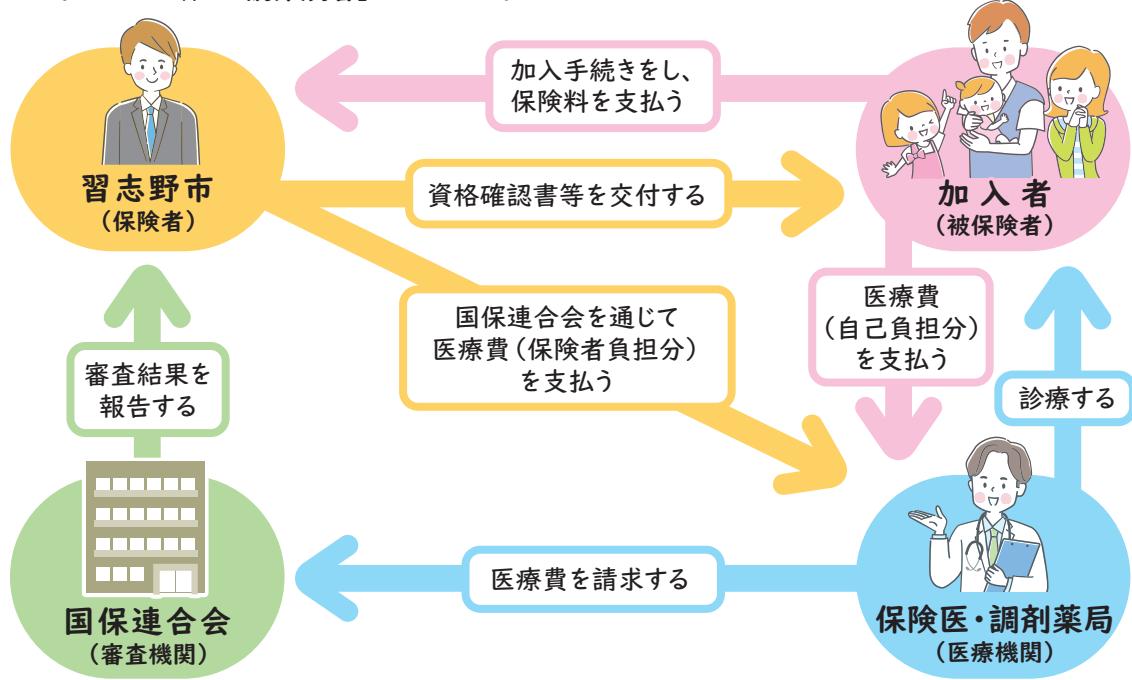


健診は自分を見つめ直す絶好のチャンス！健診を受けて、健康生活をスタートしましょう。

健康でいきいきとした毎日を送ることは 私たちみんなの願いです

国民健康保険とは

病気やけがに備えて、加入者の皆さんが出し合いで保険料を支える「助け合いの制度」です。国保を運営しているのは皆さんの住んでいる都道府県と市区町村で、これを「保険者」と言います。それに対して加入者を「被保険者」といいます。



国保に加入する人とは

職場の健康保険（全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など）に加入している人やその扶養家族、生活保護を受けている人を除いて、74歳以下のすべての人がお住まいの市区町村の国保に加入します。
※75歳になった人は後期高齢者医療制度の加入者となります（16ページ参照）。



加入は世帯ごとに行います

国保は、大人や子どもの区別なく世帯の一人ひとりが被保険者となります。ただし、加入は世帯ごとになりますので、各種の届け出や給付金の受け取り、保険料の納付などはすべて世帯主が行うこととされています。