

後期高齢者医療制度のお知らせ

～ 保険証（被保険者証）の一斉更新について ～

新しい保険証に変わります

現在ご使用の保険証の有効期限が平成23年7月31日をもって満了となるため、8月以降は使用できなくなります。

7月中に新しい保険証を交付しますので、お手元に届きましたら、お持ちの保険証を破棄し、新しいものをご使用ください。

- 新しい保険証の有効期限は、平成25年7月31日までです。
- 紛失したときや、汚れたときは再交付しますので、保健福祉課 国保医療担当までお申し出ください。
- 今回から、うら面に臓器提供に関する意思表示欄があります。

保険証の色は変わりません（黄色です）

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限 平成25年 7月31日	
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
住所	広城市連合町1丁目
氏名	広城 太郎 男
生年月日	昭和 7年 7月 7日
資格取得年月	平成20年 4月 1日
有効期日	平成20年 4月 1日
交付年月日	平成23年 7月 1日
一部負担金の割合	1割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 9 0 1 1 0 1 0 公印(朱) 北海道後期高齢者医療広城連合

医療機関での窓口負担（一部負担金）の割合

医療機関での窓口負担の割合は、前年の所得により1割（一般）と3割（現役並み所得者）に分かれます。

『一般』の方

窓口負担 1割

『現役並み所得者』の方

窓口負担 3割

● 「現役並み所得者」について

「現役並み所得者」とは、所得の基準で①を超える場合をいいます。

① 所得の基準	住民税課税所得	145万円
---------	---------	-------

☆ ただし、収入の額が②のいずれかの金額未満の場合は、市町村窓口へ申請し認定を受けると、原則申請の翌月1日から1割負担になります。

② 収入の基準	被保険者が1人の世帯 【当該被保険者の収入額】	383万円
	被保険者が1人で、同一世帯に70～74歳の方がいる世帯 【当該被保険者及び同一世帯に属する70歳～74歳の方の合計収入額】	520万円
	被保険者が複数いる世帯 【同一世帯の被保険者の合計収入額】	520万円

● 医療機関へのお支払いが困難な場合

医療機関へのお支払いが困難な場合は、保健福祉課国保医療担当へご相談ください

災害、失業などによる所得の大幅な減少、その他特別の事情で生活が著しく困窮し、医療機関へのお支払いが困難な方については、一時的・臨時的に窓口負担の減免を受けられる場合があります。

減額認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）も新しくなります

現在ご使用の減額認定証の有効期限が平成23年7月31日をもって満了となるため、8月以降は使用できなくなります。

8月以降も減額認定証が必要な方は、下記の交付対象に該当することをご確認の上、保健福祉課国保医療担当へ申請してください。

尚、これまでに一度でも申請を行った方で本年度、非課税の方については自動的に更新されます。新しい減額認定証は保険証と共に送付いたしますので申請の必要はありません。

※ 有効期間が保険証と異なりますのでご注意ください

減額認定証の交付対象となるのは、次の区分Ⅰまたは区分Ⅱに該当する方です

区分Ⅱ	世帯全員が住民税非課税である方
区分Ⅰ	世帯全員が住民税非課税である方のうち、次のいずれかに該当する方
	<ul style="list-style-type: none"> 世帯全員の所得が0円の方 (公的年金収入のみの場合、その受給額が80万円以下の方) 老齢福祉年金を受給されている方

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	
交付年月日 平成23年 8月 1日	
被保険者番号	01234567
被保険者住所	広域市連合町1丁目
氏名	後期 一郎 男
生年月日	昭和 7年 7月 7日
発効期日	平成23年 8月 1日
有効期限	平成24年 7月 31日
適用区分	区分Ⅰ
長期入院該当年月日	保険者印 <input checked="" type="checkbox"/>
保険者番号並びに保険者の名称及び印	39011010 公印(朱) 北海道後期高齢者医療広域連合

減額認定証の色も変わりません（オレンジ色です）

◆ 医療機関でのお支払いについて

● 高額療養費

1か月の医療費が自己負担限度額を超えた場合、その超えた額を支給します。

区分	1か月の自己負担限度額	
	①外来 《個人単位》	②外来+入院 《世帯単位》
現役並み所得者	44,400円	80,100円+1% (44,400円)
一般	12,000円	44,400円
減額認定証 交付対象者	区分Ⅱ	24,600円
	区分Ⅰ	15,000円

・1%とは、一定の限度額を超えた医療費（医療費総額-267,000円）の1%を表します。

・（ ）内の金額は、過去12か月に3回以上、高額療養費の支給を受け、4回目以降の支給に該当した場合の自己負担限度額です。

● 入院したときの食事代など

入院したときは、医療費の自己負担額のほかに、食事代などの一部（標準負担額）をお支払いいただきます。

区分	食事療養標準負担額 (療養病床以外に入院された方)		生活療養標準負担額 (療養病床に入院された方)	
	食事代		食事代	居住費
現役並み所得者・一般	1食につき 260円		1食につき 460円※	1日につき 320円
交付減額認定証対象者	区分Ⅱ	90日までの入院	1食につき 210円	
	区分Ⅱ	過去12か月で90日を超える入院	1食につき 160円	
区分Ⅰ	年金受給額が80万円以下の方	1食につき 100円	1食につき 130円	
	老齢福祉年金を受給している方		1食につき 100円	0円

※ 一部医療機関では、420円です。

● 高額介護合算療養費

同じ世帯の被保険者が1年間に支払った後期高齢者医療制度と介護保険の自己負担額の合計が限度額を超えた場合、その超えた額が後期高齢者医療制度及び介護保険から支給されます。

☆ お問い合わせ先 ☆

北海道後期高齢者医療広域連合
〒060-0062
札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館6階
電話 011-290-5601

お住まいの市町村
羅臼町保健福祉課国保医療担当
電話 0153-87-2161