

後期高齢者医療制度

(市民後見人養成講座)



1. 後期高齢者医療制度のしくみ

(1) 実施主体

・群馬県後期高齢者医療広域連合

【広域連合の業務】

給付の決定・支払い・保険料率の決定・保険料の賦課など

【市町村の業務】

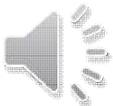
資格の取得や喪失、給付等の申請などの窓口業務・保険料の徴収

(2) 加入者

- ・ 75歳以上の人
- ・ 65歳以上75歳未満の人で、申請により広域連合の障害認定を受けた人

(3) 被保険者証

- ・ 1人につき1枚交付
- ・ 基準日は8月1日で毎年更新
- ・ 一部負担金（病院での窓口負担）の割合
1割 または 3割（現役並み所得を有する方）



後期高齢者医療制度のしくみ



後期高齢者医療制度は、都道府県ごとに設置されている後期高齢者医療広域連合（広域連合）と市町村が協力して運営しています。



2. 後期高齢者医療制度で受けられる給付①

(1) 被保険者証の提示と自己負担割合

- 一部負担金（病院での窓口負担）の割合
1割または3割（現役並み所得を有する方）
- 入院した時の食事代負担は右表のとおり

(2) 給付

- 療養費**・・・被保険者が被保険者証を携帯せずに保険医療機関で受診し、医療費の全額を支払った場合に療養費として支給します。
- 葬祭費**・・・被保険者が死亡した場合に、葬祭執行者に対して5万円が支給されます。



後期高齢者医療制度で受けられる給付

お医者さんにかかるとき

被保険者証を保険医療機関に提示すれば、所得に応じた自己負担割合（P9参照）で診療を受けることができます。

入院したときの食事代

入院したときの食事代は、1食当たり、下記表①の「現役並み所得者、一般」の金額が標準負担額となります。



ただし、「低所得者Ⅱ」「低所得者Ⅰ」の人はお住まいの市町村担当窓口で「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受け、保険医療機関に提示すると、下記表①の「低所得者Ⅱ」「低所得者Ⅰ」の標準負担額となります。

入院時食事代の標準負担額（表①）

所得区分（P9参照）	標準負担額（1食当たり）
現役並み所得者、一般	460円 <small>一部260円の場合あり</small>
低所得者Ⅱ	210円 <small>過去12か月の入院日数が90日以内</small>
	160円* <small>過去12か月の入院日数が91日以上</small>
低所得者Ⅰ	100円

*低所得者Ⅱの「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けてからの入院日数が90日を超えた後、改めてお住まいの市町村担当窓口へ「長期入院該当」の申請が必要になります。

療養病床に入院する場合 食費・居住費の標準負担額

所得区分（P9参照）	1食当たりの食費	1日当たりの居住費
現役並み所得者、一般	460円 <small>一部の療養病床施設では420円</small>	370円 <small>指定療養病床は0円</small>
低所得者Ⅱ	210円	
低所得者Ⅰ	130円	
老齢福祉年金受給者	100円	0円

入院医療の必要性が高い人の1食当たりの食費は表①と同じ標準負担額となります。

3

いったん全額自己負担したとき

次のような場合で、広域連合へ申請して認められたときは、自己負担分を除いた額が療養費として支給されます。

- やむを得ない理由で、被保険者証を持たずに治療を受けたとき
- 医師の指示で、はり・きゅう・あん摩・マッサージなどの施術を受けたとき
- 医師が治療上必要と認めたコルセット等の補装具を装着したとき
- 海外渡航中に治療を受け、日本に戻ってきたとき（治療目的での渡航の場合を除く）
 - ◆パスポートや日本語訳の書類などが必要となりますので、申請の際にはお問い合わせください。

移送に費用がかかったとき

緊急性があった次のような場合で、広域連合へ申請して認められたときは、最も経済的な経路・方法で算定した額の範囲内での実費が移送費として支給されます。また、通院は緊急性がないため認められません。



- 負傷した患者が災害現場等から医療機関に緊急に移送されたとき
- 移動困難な患者であって、患者の症状から当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院したとき

被保険者が亡くなったとき

被保険者が死亡したとき、葬儀を行った人に対して5万円の葬祭費が支給されます。



交通事故などにあつたとき

交通事故などにあつて、けがなどをした場合も、届け出により後期高齢者医療制度で医療を受けることができます。お住まいの市町村担当窓口で必要な手続きをしてください。



4

3

2. 後期高齢者医療制度で受けられる給付②

(3) 高額療養費

- 自己負担限度額(月額)

右表のとおり所得区分に応じて1か月あたりの限度額が決められています。

限度額を超えた場合は限度額を超えた額が「高額療養費」として支給されます。

※申請が必要(初回のみ申請が必要です。)

- 「限度額適用・標準負担額減額認定証」
- 「限度額適用認定証」

申請が必要(対象者に限る)

適用は申請した月の1日から

- 「特定疾病療養受療証」

該当者は申請

(4) 高額医療・高額介護合算制度

1年間の医療費、介護費の合計が各所得区分の限度額を超えた世帯に通知。

申請が必要



医療費が高額になったとき

1か月(同じ月内)に支払った医療費の自己負担額が定められた限度額を超えた場合は、限度額を超えた額が「高額療養費」として支給されます。

一保険医療機関での支払いは、外来も入院もそれぞれの限度額までです。

ただし、現役並み所得者Ⅱ・Ⅰの人は「限度額適用認定証」、低所得者Ⅱ・Ⅰの人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要になりますので、お住まいの市町村担当窓口へ申請してください。

◆高額療養費に該当される場合には、広域連合からお知らせが郵送されます。



高額療養費の計算のしかた

① 個人ごとに外来の自己負担額を計算

複数の保険医療機関を受診し、外来(個人)の限度額を超えた場合、申請により後から支給されます。

※一つの保険医療機関では、限度額を超えた負担はありません。

② 世帯の外来・入院の自己負担額を合算

同一世帯に後期高齢者医療制度で医療を受ける人が複数いる場合は合算し、外来+入院(世帯)の限度額を超えた場合、申請により後から支給されます。

※病院及び診療所、診療科の区別なく合計します。

※入院時の食事代や保険がきかない差額ベッド代などは、合計の対象にはなりませんのでご注意ください。

高額の治療を長期間続けるとき

高額の治療を長期間継続して受ける必要がある厚生労働大臣が指定する特定疾病の人は、「特定疾病療養受療証」(申請により交付)を保険医療機関などに提示すれば、毎月の自己負担額は1万円までとなります。

厚生労働大臣が指定する特定疾病

- 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)

所得区分(P9参照)	外来(個人)	外来+入院(世帯)
現役並み所得者Ⅲ	252,600円+(医療費-842,000円)×1% 【多数回 140,100円※1】	
現役並み所得者Ⅱ	167,400円+(医療費-558,000円)×1% 【多数回 93,000円※1】	
現役並み所得者Ⅰ	80,100円+(医療費-267,000円)×1% 【多数回 44,400円※1】	
一般	18,000円 年間上限 (144,000円※2)	57,600円 多数回 【44,400円※1】
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ		15,000円

※1 過去12か月の間に、外来+入院(世帯)の高額療養費の支給を4回以上受けている場合は、4回目から多数回該当となり、限度額が下がります。

※2 8月1日から翌年7月31日までの1年間の外来(個人)の自己負担額の年間上限額になります。

75歳到達により加入された月の特例について

月の途中(1日を除く)に75歳の誕生日を迎え後期高齢者医療制度に加入された人は、その月に限り「加入日前の医療保険」と「加入する後期高齢者医療制度」のそれぞれの自己負担限度額が、2分の1になります。

高額医療・高額介護合算制度

医療費が高額になった世帯に介護保険の受給者がいる場合、医療保険と介護保険の両方の自己負担額を合計し、下記の限度額を超えたとき、その超えた分が支給されます。

●該当すると、広域連合からお知らせが郵送されます。

合算する場合の限度額(年額/8月~翌年7月)

所得区分(P9参照)	限度額
現役並み所得者Ⅲ	2,120,000円
現役並み所得者Ⅱ	1,410,000円
現役並み所得者Ⅰ	670,000円
一般	560,000円
低所得者Ⅱ	310,000円
低所得者Ⅰ	190,000円*

※低所得者Ⅰで介護保険の受給者が複数いる世帯の場合は、限度額の適用方法が異なります。

3. 保険料

保険料は、後期高齢者医療制度を支える大切な財源です。

- ・ 被保険者全員が納付
- ・ 「保険料」＝「所得割額」＋「均等割額」

令和2年度(群馬県)

$$\text{所得割額} = (\text{総所得金額等} - 33\text{万円}) \times \text{所得割率}$$

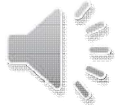
※所得割率・・・8.60%

$$\text{均等割額}・・・43,600\text{円/年}$$

- ・ 低所得者等への軽減措置あり
7割軽減・5割軽減・2割軽減

右表の【保険料の軽減】参照

- ・ 保険料の納め方…特別徴収(原則)又は普通徴収
特別徴収・・・年金天引(年金からの引き去り)
普通徴収・・・口座振替・納付書払い



保険料

被保険者のみなさまが納める保険料は、後期高齢者医療制度を支える大切な財源です。

後期高齢者医療制度では、被保険者一人一人に保険料を納めていただきます。保険料は、被保険者が等しく負担する「均等割額」と、被保険者の所得に応じて決まる「所得割額※」の合計となり、個人単位で計算されます。

保険料の納め方は、年金から引かれる「特別徴収」と、納付書や口座振替で納める「普通徴収」のいずれかで、市町村から通知されます。

保険料を決める基準である保険料率(均等割額と所得割率)は、2年ごとに見直され、群馬県内で均一です。

令和 2・3年度	均等割額	43,600円
	所得割率	8.60%
	年間上限額	64万円

令和2・3年度の保険料率(均等割額と所得割率)は、平成30・令和元年度と同じに据え置くことになりました。



※所得割額=(総所得金額等-33万円)×所得割率

災害等で重大な被害を受けたときや、その他特別な事情で生活が著しく困窮し、保険料を納めることが困難な人については保険料が減免される場合があります。

保険料の軽減

1【均等割額の軽減】

同一世帯の被保険者と世帯主の軽減判定所得の合計額が、下表に該当する場合は、同一世帯の被保険者は全員、軽減後の均等割額となります。

世帯主及び世帯の被保険者全員の軽減判定所得の合計額	軽減割合	軽減後均等割額
「基礎控除額(33万円)」以下	7.75割*	9,810円
うち、被保険者全員が年金収入80万円以下(その他の所得がない)	7割*	13,080円
「基礎控除額(33万円)+28万5千円×(被保険者数)」以下	5割	21,800円
「基礎控除額(33万円)+52万円×(被保険者数)」以下	2割	34,880円

◆65歳以上の人の公的年金所得は、「年金収入-公的年金等控除額-高齢者特別控除額(15万円)」を軽減判定の所得とします。

◆65歳以上の人の公的年金等控除額は、年金収入330万円未満の場合、120万円です。

※本来の軽減制度は7割軽減です。特例措置として、令和元年度は、8.5割軽減・8割軽減が実施されていましたが、段階的な見直しが行われています。

●8.5割軽減となっていた人は、7.75割軽減となります。令和3年度からは7割軽減となります。

●8割軽減となっていた人は、7割軽減となります。

2【被扶養者だった人の軽減】

被保険者の資格を得た日の前日に、職場の健康保険などの被扶養者だった人の保険料は、**資格取得後2年間均等割額が5割軽減**され、所得割額の負担はありません。

※国民健康保険・国保組合に加入していた人は、対象外です。

※均等割額の軽減にも該当する場合は、軽減割合の大きい方が適用されます。

4.市町村への届出

異動がある場合は右表のとおり届出が必要です。

届け出に必要なもの(右表参照)

- 申請書・・・市役所窓口を用意してあります。
- 被保険者の個人番号のわかるもの(マイナンバーカードなど)
- 被保険者の本人確認のできるもの(写真入りの身分証明書1点もしくは写真なしの身分確認書2点以上)
- 被保険者の認めめの印鑑(シャチハタ不可)
- 給付がある場合は、口座が確認できるもの

代理申請の場合は以下のものも必要になります。

- 代理人の本人確認のできるもの(写真入りの身分証明書1点もしくは写真なしの身分確認書2点以上)
- 代理人の認めめの印鑑(シャチハタ不可)



自己負担割合

所得に応じて、お医者さんにかかったときの一部負担金(自己負担)の割合などが変わります。

3割	現役並み所得者Ⅲ
	同一世帯に住民税課税所得が690万円以上の後期高齢者医療制度の被保険者がいる人
	現役並み所得者Ⅱ
	同一世帯に住民税課税所得が380万円以上の後期高齢者医療制度の被保険者がいる人※1
	現役並み所得者Ⅰ
	同一世帯に住民税課税所得が145万円以上の後期高齢者医療制度の被保険者がいる人※1
1割	一般
	現役並み所得者以外の住民税課税世帯の人※2
	低所得者Ⅱ
	住民税非課税世帯の人(低所得者Ⅰ以外の人)
	低所得者Ⅰ
	住民税非課税世帯で、世帯全員が年金収入80万円以下かつ、その他の所得がない人

◆住民税課税所得とは、所得金額の合計額から各種所得控除額(扶養控除・社会保険料控除など)を控除した金額をいいます。ただし、課税年度の前年12月31日時点で世帯主であって、同一世帯に合計所得38万円以下の19歳未満の世帯員がいる場合には、下の①と②の合計額を住民税課税所得から控除した額で負担割合を判定します。

①16歳未満……………1人につき33万円
②16歳以上19歳未満……………1人につき12万円

※1 次のいずれかに該当する人は、申請により「一般」の区分と同様1割負担となります。
(1) 被保険者が世帯に1人で、収入額が383万円未満の人。
(2) 被保険者が世帯に2人以上で、収入額の合計が520万円未満の人。
(3) 被保険者が世帯に1人(収入額383万円以上)で、ほかに70歳以上75歳未満の人がいる場合、その人との収入額の合計が520万円未満の人。

※2 住民税課税所得が145万円以上でも、世帯に昭和20年1月2日以降生まれの被保険者がおり、かつ、被保険者全員の基礎控除後の総所得金額等の合計が210万円以下の人は「一般」の区分となります(申請不要)。

こんなときは市町村に必ず届け出てください

こんなとき	届け出に必要なもの
65歳から74歳で一定の障がいがある人が加入しようとするとき	被保険者証、年金証書・身体障害者手帳・医師の診断書などの書類、印鑑
県外に転出するとき	被保険者証、印鑑
県外から転入してきたとき	負担区分証明書、印鑑、認定証明書(該当する人のみ必要)
同じ県内で住所が変わったとき	被保険者証、負担区分証明書、印鑑
生活保護を受け始めたとき	被保険者証、印鑑
死亡したとき	死亡した人の被保険者証、口座が確認できるもの、印鑑
被保険者証をなくしたり、汚れて使えなくなったりしたとき	身分を証明するもの、使えなくなった被保険者証、印鑑

●マイナンバーカードなど、マイナンバー(個人番号)のわかる書類と本人確認書類も持ちください。

ジェネリック医薬品を利用しましょう

ジェネリック医薬品(後発医薬品)とは

最初につくられた薬(先発医薬品・新薬)の特許が切れた後に、同様の有効成分で製造販売される薬です。

●ジェネリック医薬品を利用することで、自己負担額を減らすことができ、医療費の節約につながります。

●ジェネリック医薬品を利用する際は、ジェネリック医薬品希望カードを提示するなどして医師や薬剤師と相談のうえ、特徴や価格、注意点などの説明をよく聞きましょう。

※ジェネリック医薬品への変更を希望しても、対応するジェネリック医薬品が製造販売されていない場合があります。

9

10

5. その他の事業

1. 保健事業

(1) 後期高齢者健診・・・高崎市保健医療部健康課より案内通知送付

(2) 人間ドック助成・・・後期高齢者健診案内通知持参にて申請

- ・指定医療機関での日帰り・1泊・脳ドック

- ・助成額 年1回 20,000円

- ・助成要件 保険料完納、後期高齢者健診を未受診、人間ドック受診の前申請

(3) 保養施設利用助成

- ・指定保養施設での宿泊

- ・助成額 年1回 2,000円

- ・助成要件 保険料完納、保養施設利用前の申請

