給付について

◆窓口での一部負担金（自己負担割合）

病気やケガによって病院などを受診される際は、国保の保険証を提示することにより、医療費の７～８割（所得や年齢などによって割合は変わります）を五島市の国保で負担します。

	０歳～ 義務教育就学前	義務教育就学後 ～69 歳	70 歳～74 歳
自己負担割合 （ご本人の窓口負担）	２割	３割	２割 現役並み所得者※） ３割
療養の給付 （国保で負担する割合）	８割	７割	８割 現役並み所得者　７割

※）現役並み所得者とは

⇒同じ世帯の 70 歳以上の国保加入者で、市町村民税課税所得が 145 万円以上の方が１人でもいる世帯（基礎控除後の所得の合計が 210 万円以下の世帯を除く（平成 27 年１月以降新たに 70 歳となる国保加入者の属する世帯から適用））の方。

ただし、次に該当する場合は、申請により「一般」になります。

①収入の合計が、２人以上で 520 万円（単身世帯で 383 万円）未満である場合。

②収入が 383 万円以上となる単身世帯で、旧国保被保険者（同一世帯で国保から後期高齢者医療制度に移行した方）を含めた収入の合計が 520 万円未満である場合。

突然の災害や廃業・失業などで生活が苦しくなるなどの理由から、一時的に医療費のお支払いが困難になった時は一部負担金の支払の免除等になる場合があります。
一度、国保健康政策課　国保・年金班までご相談ください。

◆国保で受けられる医療

◎ 診察・検査
◎ 病気やケガの治療
◎ 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）

※病院等を受診される際は、忘れずに保険証を提示してください。

◆入院した時の食事代（1 食あたりの標準負担額）

病気やケガで入院したとき、かかった食事代なども国保で負担します。
ただし、標準的な食事代などは自己負担となります。

所　得　区　分			食　費
一般（下記以外の方）			１食４９０円
非課税 (※1) 70歳以上は 低所得者Ⅱ (14～15ページ参照)	過去12か月の入院日数	90 日までの入院	１食２３０円
		90 日を超える入院 (※2)	１食１８０円
(※1)70歳以上の低所得者Ⅰ（15ページ参照）			１食１１０円

(※1)非課税（市町村民税非課税世帯）の方は、標準負担額減額認定証（低所得者Ⅱと Ⅰの方は、限度額適用・標準負担額減額認定証）の交付を市役所 窓口に申請してください。
(※2)長期入院（過去 12 か月の入院日数が 90 日を超える）による食事の減額を受ける場合は、市役所へ申請が必要です。

◆65歳以上の方が療養病床に入院したときの食費・居住費

65歳～74歳の方が療養病床に入院したときは、食費と居住費（生活療養費）として定められた標準負担額を自己負担します。

食費・居住費（生活療養費）の標準負担額

所 得 区 分	食費（１食当たり）	居住費（１日当たり）
一般（下記以外の方）	※４９０円 ［４５０円］	すべての所得区分で、 ３７０円
非課税・低所得者Ⅱ （14～15ページ参照）	２３０円	
低所得者Ⅰ（15ページ参照）	１４０円	

※一般の方の食費は、入院している医療機関によって金額が異なります。

※ただし、入院医療の必要性の高い状態が継続する方および回復期リハビリテーション病棟に入院している方等については、上記「◆入院した時の食事代（1食あたりの標準負担額）」の負担額となります。

◆国保でみてもらえないもの

- ✕ 正常な妊娠・分娩※)
- ✕ 歯列矯正・美容整形
- ✕ 健康診断・集団健診・予防接種
- ✕ 仕事中のケガ（労災保険）
- ✕ 入院時の差額ベッド代　など

※正常な妊娠・分娩や帝王切開等の場合は、国保から出産育児一時金として支給があります（２２ページ参照）

◆給付が制限されるもの

- ✕ 犯罪による病気やケガ
- ✕ ケンカによる病気やケガ
- ✕ 麻薬中毒や故意にした病気やケガ　など

医療費が高額になったとき（高額療養費）

皆さんが支払った１か月の医療費が自己負担限度額を超えたとき、市役所 窓口に申請すると、その超えた分が高額療養費として支給されます。（限度額認定証（17ページ参照）を持っている場合でも、転院等により高額療養費に該当する場合があります。）

◆自己負担限度額の区分

①70 歳未満の方の場合

同じ方が、同じ月内に、同じ医療機関に支払った自己負担額が下表の限度額を超えたとき、その超えた分が支給されます。

※同一世帯内に他に国保の方がいた場合、合算して計算します。

【自己負担限度額（月額）】

区分		判定基準	３回目まで	４回目以降（★多数該当）
上位所得者	ア	基礎控除後の所得が901万円を超える世帯	252,600円 ＋（総医療費－842,000円）×１％	140,100円
	イ	基礎控除後の所得が600万円を超え901万円以下の世帯	167,400円 ＋（総医療費－558,000円）×１％	93,000円
一般課税	ウ	基礎控除後の所得が210万円を超え600万円以下の世帯	80,100円 ＋（総医療費－267,000円）×１％	44,400円
	エ	基礎控除後の所得が210万円以下の世帯	57,600円	
非課税	オ	市町村民税非課税世帯	35,400円	24,600円

※限度額適用認定証の適用区分

70歳未満の方は、適用区分に関係なく申請すれば、限度額適用認定証が発行されます。

★多数該当とは

診療月から過去 12 か月間、各所得ごとに設定された限度額に到達した月が３回を超えた場合、４回目から該当します。

②70歳～74歳の方の場合

外来（個人単位）の限度額を適用したあとに、入院および同じ世帯の70歳～74歳の方の自己負担額を合算して外来＋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			①外来（個人ごと）	②外来＋入院（世帯ごと）	負担割合（窓口負担）
現役並み	Ⅲ	課税所得が690万円以上の世帯	252,600円＋(医療費－842,000円)×1% ※4回目以降(★多数該当)の場合：140,100円		3割
	Ⅱ	課税所得が380万円以上の世帯	167,400円＋(医療費－558,000円)×1% ※4 回目以降(★多数該当)の場合：93,000 円		
	Ⅰ	課税所得が145万円以上の世帯	80,100円＋(医療費－267,000円)×1% ※4 回目以降(★多数該当)の場合：44,400 円		
一般課税		課税所得が145万円未満の世帯	18,000 円 (注)年間 14.4 万円が上限)	57,600 円 ※4回目以降（★多数該当）の場合：44,400円）	2割
非課税	Ⅱ	住民税非課税世帯	8,000 円	24,600 円	
	Ⅰ	住民税非課税世帯 (年金収入 80 万以下等)	8,000 円	15,000 円	

※限度額適用認定証の適用区分

現役並み世帯のⅠ、Ⅱの方は、申請すれば限度額適用認定証が発行されます。
また、非課税世帯の方は、申請すれば限度額適用・標準負担額減額認定証が発行されます。

◆自己負担額計算のポイント

高額療養費を申請する時は、こちらのポイントにご注意ください！

①70歳未満の方の場合

◎ 診療月（月の１日から末日まで）ごとに計算します。
◎ 病院・医院等ごとに計算します。
※同じ病院・医院等から処方せんが発行された場合、調剤薬局で薬を処方された費用は合算します。
◎ 同じ病院・医院等でも外来と入院は別計算となり、また、医科と歯科もそれぞれで計算します。

⇒上記にすべて当てはまった、21,000円以上の額のものが計算の対象となります。

※差額ベッド代や部屋代など、保険のきかないものは計算の対象外です。
※入院したときの食事代と生活療養費の自己負担額は、計算の対象外です。

70 歳未満の方とは計算方法が少し違うので、ご注意ください！

②70歳～74歳の方の場合

◎ 診療月（月の１日から末日まで）ごとに計算します。

⇒70歳～74歳の方に関しては、21,000円の額に満たなくても計算の対象となります。

※差額ベッド代や部屋代など、保険のきかないものは計算の対象外です。
※入院したときの食事代と生活療養費の自己負担額は、計算の対象外です。

※高額療養費の外来年間合算（現役並み(3 割)を除く 70 歳以上の方が対象）について

●外来年間合算（15ページの(注)参照。）とは

一般課税または非課税世帯（窓口負担が２割）である 70 歳～74 歳の方の、外来で受診された費用額が対象です。

計算期間（毎年 8 月～翌年の 7 月末までの 1 年間）に外来を受診されており、その合計額が年間で 14 万 4 千円を超えた場合、申請があれば超えた分を支給します。

◆高額療養費の計算

次の順序で計算し、それぞれで計算した①～③の金額の合計が高額療養費として払い戻しになります。

※同じ世帯に 70 歳～74 歳の国保加入者がいる場合：①～③
※同じ世帯に 70 歳未満の国保加入者のみがいる場合：③
…の順序での計算になります。

順序	計算方法		
①	７０歳～74 歳の方が窓口で支払った一部負担金	外来分のみ	個人ごとで合算した金額に、外来の自己負担限度額（１５ページ参照）を適用して、その額を超えた金額
②		①で残る自己負担額及び入院分（Ａ）	（Ａ）を世帯内で合算した金額に、入院の自己負担限度額（１５ページ参照）を適用して、その額を超えた金額
③	70 歳未満の方が窓口で支払った一部負担金 ＋	70 歳～74 歳の方の②で残る自己負担額	70 歳未満の方の自己負担額（１４ページ参照）を適用して、その額を超えた金額

※70 歳未満の被保険者については、21,000 円以上の一部負担金のみが合算の対象となります。（70 歳以上の被保険者については、全ての一部負担金が合算の対象となります。）

◆高額療養費の申請方法

高額療養費に該当すると、市役所 国保健康政策課から通知が届きますので、それに記載されている必要書類等を持って、窓口まで申請してください。（※こちらの支給の時効は原則として２年です。支給の申請はお早めに！）

窓口で支払う高額な医療費の負担が軽減されます！

外来・入院の場合ともに高額な医療費が発生する場合でも、医療機関窓口での高額な医療費の一時支払いを**自己負担限度額（※）までにする方法があります。**※詳しくは１４～１５ページ参照。

※住民税非課税世帯の方が長期入院（過去12か月間で90日を超える入院）の認定を受け、入院時食事代の減額を受ける場合は、マイナ保険証を使用する場合でも市役所へ申請が必要です。

方法①：マイナ保険証を利用

マイナ保険証を利用することで・・・

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要となりますので、
マイナ保険証をぜひご利用ください。

方法②：限度額適用認定証を利用

マイナ保険証をお持ちでない方やオンライン資格確認システムを導入していない医療機関等で受診される方は、限度額適用認定証を交付します。必要な方は市役所窓口まで申請ください。

※こちらは、**申請した月の1日から7月末まで**が有効期間となります。

※有効期限が切れた場合でも、郵送はいたしませんので、必要な方は市役所窓口にて再度手続きが必要です。

マイナンバーカードを健康保険証として利用するには、
事前に健康保険証利用登録が必要です。

≪登録について≫

1. 場所：**五島市国保健康政策課 国保・年金班**または**各支所窓口**
2. その他：マイナポータル、医療機関・薬局受付窓口等でも利用登録できます。

◆支給が可能となる時期

高額療養費の支給は、内容を審査し、認められてからになりますので、お医者さんにかかってからすぐには支給できません。あらかじめご了承ください。
（最短で２ヶ月後の支給となりますが、それよりお時間をいただく場合もあります。）

◆高額療養費支給(限度額到達)が年４回以上あるとき《多数該当》

診療月から過去 12 か月間に、各世帯の所得ごとに設定された限度額に到達した月が３回以上あった場合、４回目以降の限度額が変わります。
（１４～１５ページ参照）

◆医療費の還付金詐欺に注意しましょう！

最近、市役所の職員を名乗り、「医療費の還付金がある」といったウソの電話などをしてお金をだまし取る、悪質な詐欺事件が起こっています。

市役所では、「医療費の還付」でＡＴＭを使用して手続きを行うことはありません
ので、このような電話がかかってきた
場合などはご注意ください！！

※金融機関等の口座を指定して、振り込みをお願いすることもありません。

「あやしいな」と思ったら、
まずは電話をいったん置くなどして、市役所 窓口へお問い合わせください！

◆高額介護合算療養費

医療費が高額になった世帯で、介護保険の受給者がいる場合は、国保の制度と介護保険の自己負担額を合算して、限度額を超えた分が支給されます。

この制度の場合、自己負担額限度額は、８月１日から翌年７月３１日までの１年間にかかった自己負担額を合算の対象としますのでご注意ください。

●計算方法

① 医療費 ＝ 医療費の自己負担額の総額（保険適用分） － 高額療養費の総支給額 …（A）

② 介護費 ＝ 介護費の自己負担額の総額（保険適用分） － 高額介護サービス費の総支給額 …（B）

③ 合算制度の支給額 ＝（A）＋（B）－ 自己負担限度額

●自己負担限度額

【70 歳未満の方】

所得の区分		判定基準	限度額
上位所得者	ア	旧但し書き所得 901 万円超	212 万円
	イ	旧但し書き所得 600 万円～901 万円以下	141 万円
一般課税	ウ	旧但し書き所得 210 万円～600 万円以下	67 万円
	エ	旧但し書き所得 210 万円以下	60 万円
非課税	オ	住民税非課税世帯	34 万円

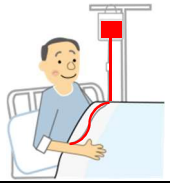
【70～74歳の方】

所得の区分		限度額	限度額
現役並み	Ⅲ	課税所得が 690 万円以上の世帯	212 万円
	Ⅱ	課税所得が 380 万円以上の世帯	141 万円
	Ⅰ	課税所得が 145 万円以上の世帯	67 万円
一般課税	課税所得が 145 万円未満の世帯		56 万円
非課税	Ⅱ	住民税非課税世帯	31 万円
	Ⅰ	住民税非課税世帯(年金収入 80 万円以下等)	19 万円

いったん全額自己負担したとき（療養費の支給）

いったん全額を自己負担する次のようなときは、「療養費支給申請書」を記入の上、市役所 窓口へ提出してください。内容を審査し決定額の７割※) を払い戻すことができます。

※所得や年齢等によって額が変わります。詳しくは１１ページをご参照ください。

こんなとき	申請に必要なもの＊
◆自費診療 やむを得ない理由で、保険証を使わずに治療を受けたとき。 	診療報酬明細書（レセプト）、領収書、保険証、振込先の口座番号などがわかるもの
◆鍼灸・マッサージ 医師の指示で、あんま、はり・きゅう、マッサージなどの施術を受けたとき。 	医師の証明書、領収書、保険証、振込先の口座番号などがわかるもの
◆輸血の生血代 手術などの際に、他人の生血を輸血したとき。 	医師の証明書、領収書、保険証、振込先の口座番号などがわかるもの
◆治療用装具代 治療上、必要があってコルセットなどを装着したとき。 	医師の証明書、領収書、作成した材料等がわかるもの、保険証、振込先の口座番号などがわかるもの
◆海外療養費 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） ※国保が必要と認めたときに限ります 	診療内容のわかるもの（日本語の翻訳が必要）、領収書、保険証、振込先の口座番号などがわかるもの、渡航期間がわかるパスポート、現地医療機関に問い合わせる本人同意書
◆移送費 重病人の入院や治療に必要な転院など、緊急性があるもので移送費用がかかったとき。 ※国保が必要と認めたときに限ります 	医師の意見書、領収書、保険証、振込先の口座番号などがわかるもの

＊保険適用外のもの（インプラントなど）に関しては、支給の対象外となりますのでご注意ください。

整骨院・接骨院・はり・きゅう・マッサージを受けられる方へ

整骨院・接骨院・はり・きゅう・マッサージで国保が使える場合は限られます。国保が使えない場合は全額自己負担となりますので、ご注意ください。

整骨院・接骨院を受けられる方へ

○	国保が使える場合	●外傷性のねんざ・打撲 ●挫傷（肉離れなど） ●骨折・脱臼（緊急時以外は医師の同意が必要）
×	国保が使えない場合	●日常生活における疲労・肩こり ●スポーツなどによる肉体疲労 ●加齢による腰痛・五十肩の痛み ●神経痛（リウマチ・慢性関節炎等） ●脳疾患後遺症等の慢性病 ●保険医療機関で同じ負傷などで治療中の場合 ●仕事中や通勤途上での負傷（労災保険が適用されます。）

はり・きゅうを受けられる方へ

○国保が使える場合

医師の発行した同意書や診断書がある場合

×国保が使えない場合

保険医療機関で同じ対象疾病の治療を受けている間

マッサージを受けられる方へ

○国保が使える場合

筋麻痺や関節硬縮などの症状で、医療上マッサージを必要とする場合（医師の発行した同意書や診断書が必要。）

×国保が使えない場合

単に疲労回復や慰安を目的としたもの、疾病予防のためのマッサージなど

≪はり・きゅう施術費の助成≫

保険適用にならない、末梢神経疾患および運動器疾患に対して施術する、はり・きゅうの費用を助成します。

★助成金額：１術、２術に関わらず １回５００円
★助成回数：１日１回、１ヶ月に１０日を限度（最大５，０００円）
★施術場所：五島市が指定する施術所に限ります（指定書が掲示されているところ）

その他の給付など

病気やケガのときだけでなく、被保険者の方が出産されたときや、お亡くなりになられたときなどにも給付を受けられます。

◆出産したとき（出産育児一時金の支給）

被保険者の方が出産されたときに支給されます。
原則として国保から医療機関に直接支払うこととなります（直接支払制度）ので、窓口でご負担される金額が減額されます。
産科医療制度に加入している医療機関で出産された場合、出生児一人につき**上限５０万円まで**（令和５年３月３１日以前の出産については上限４２万円）支給できます。
※産科医療制度に加入していない医療機関で出産された場合は、４８万８千円（令和５年３月３１日以前の出産については４０万８千円）までの支給となります。

※ 出産にかかった費用が支給額に満たない場合は、差額分を国保から世帯主に支給できます。
申請が必要となりますので、詳しくは窓口までご来庁ください。
※ 妊娠 12 週（85 日）以降であれば、流産や死産でも支給できます。
※ 原則、事前に市役所 窓口で手続きをする必要はありませんが、帝王切開等の保険適用される手術等を行う場合は、限度額適用認定証（１７ページ参照）をご準備ください。

◆亡くなったとき（葬祭費の支給）

被保険者の方がお亡くなりになったとき、申請していただくことによって、葬祭を行った方（喪主の方）に対して２万円が支給されます。

申請の際に必要なもの

- 亡くなられた方の保険証
- 喪主名義の通帳
- 喪主の確認ができるもの（会葬礼状）等

交通事故などにあったとき

交通事故など、第三者からケガなどを受けた場合も、国保で病院にかかることはできますが、そのような場合は、**必ず国保に届け出をしてください！**※（自損事故も含む）

※届け出は、被保険者の義務になります。（国民健康保険法施行規則第 32 条の 6）

なんで届け出が必要なの？？

本来、治療費は原則として加害者（相手方）が過失に応じて負担するべきものです。

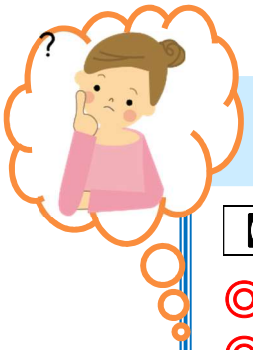
国保で治療を受けたときは、国保が医療費の総額の 7～8 割分の治療費を一時的に立て替え、あとで加害者（相手方）から国保に返してもらうことになります。

必ず市役所 窓口へ届け出て、必要な手続きをしてください。

（※ご自身が加害者である場合も、国保の保険証を使う場合は必ず届出が必要となります。）

注意！

すでに相手方と示談を済ませてしまっている場合、その内容によっては国保が使えない場合もあります。示談される前に、まずは市役所 国保健康政策課にご相談ください。



交通事故のほかはどういったものが対象なの？？

【対象となるもの】

◎ 船舶事故
◎ 他人の飼い犬にかまれた
◎ 食中毒

【対象とならないもの】

× 勤務中や通勤途中の事故
× 不法行為（飲酒運転や無免許運転）

※保険証は使えません

届け出の時に必要なものってなに？？

- 保険証
- 印鑑
- 交通事故証明書（警察署へ申請が必要です）
- その他申請書類（窓口にあります）
  ※五島市ホームページ「まるごとう」でもダウンロードできます。

☆★お問い合わせ先★☆

〒853-8501
長崎県五島市福江町１番１号
五島市役所　福祉保健部
国保健康政策課　国保・年金班　まで
（TEL(ﾀﾞｲﾔﾙｲﾝ)：0959－72－6119）
もしくは、各支所・各出張所窓口までお越しください。

国保の保険証を使用して病院にかかる際は、必ず届け出が必要です。

届け出がないと、本来であれば加害者（相手方）が支払うべき治療費を、みなさんから納めていただいている国保税等から病院へ支払うため、それだけ医療費が上がります。その額が高くなれば国保のお財布が苦しくなるため、その財源をどこかから確保することになり、ひいてはみなさんの国保税が高くなってしまう恐れがあるのです。

交通事故などに遭われた際は、お早めにお近くの窓口へ届け出をお願いいたします。

大変な時かと存じますが、なにとぞご理解・ご協力のほどよろしくお願いいたします。