保険

国民健康保険の医療費が高額になりそうなとき
限度額認定証を交付

事前に「限度額適用認定証」を医療機関に提出することで、一カ月の医療機関ごとの窓口での支払いを自己負担限度額でとどめることができます。

認定証が必要な場合は、下記のとおり申請をお願いします。

※保険税の未納がある場合、交付を受けられない場合があります。

○申請場所

保険年金課または旧支所である土山、甲賀大原、甲南第一、信楽地域市民センター

○持参するもの

保険証、認印 、課税証明書（平成30年1月1日に甲賀市に住所のない方は必要）

《現在、認定証をお持ちの方》

認定証の有効期限は7月31日となっていますので、引き続き必要な場合は、8月1日以降に改めて申請してください。

8月から制度が変わります

これまで70歳から74歳までの方は、住民税非課税世帯の方のみ「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請が必要でしたが、8月から現役並み所得者（窓口負担3割）のうち、現役並みⅡ（課税所得380万円以上）と現役並みⅠ（課税所得145万円以上）の方も「限度額適用認定証」の申請が必要となります。

詳しくは高齢受給者証に同封しているパンフレットをご覧ください。

●問い合わせ●　保険年金課　国保年金係　☎69-2140　FAX63-4618

保険

平成30年度後期高齢者医療保険料のお知らせ

平成 29 年分の所得が確定したことにより、後期高齢者医療保険料の本算定を行いました。

お一人ごとの保険料額や、納付方法については７月中旬に郵便でお知らせしますのでご確認ください。

●保険料率を改定

高齢化の進展や医療の高度化などにより医療費は年々増加しています。被保険者の皆さんにこれからも安心して医療を受けていただくため、次のように改定しています。

保険料率

区　分	保険料率	
	平成28・29年度	平成30・31年度
均等割額	45,242円	43,727円
所得割率	8.94%	8.26%
年間保険料の上限額	57万円	62万円

●年間保険料額の算定

年間保険料額は次の計算式で算定します。

年間保険料（上限額62万円）

＝

被保険者の方に等しくご負担いただく均等割額 **43,727円**

＋

前年所得に応じて負担いただく所得割額

平成29年中の総所得金額等 － 基礎控除額（33万円） × 所得割率(8.26%)

※所得の低い方や、被保険者となる前日に職場の健康保険の被扶養者だった方には、保険料の軽減があります。

●保険料の納付方法

1特別徴収

年6回の年金の定期払いの際に、年金の受給額から保険料をお支払いいただきます。

2普通徴収

納付書または、口座振替でお支払いいただきます。

後期高齢者医療保険に加入の皆さんへ

8月1日から有効の新しい被保険者証をお送りします。

- 被保険者証は簡易書留郵便にて、7月中旬に発送します。新しい被保険者証はうぐいす色です。
- 現在お使いのびわ色の被保険者証は、7月31日をもって有効期限が切れます。8月1日からは使えません。
- 8月以降に医療機関等で提示される際は、お間違えのないよう十分ご注意ください。

●問い合わせ●　保険年金課　後期高齢者医療係　☎69-2142　FAX63-4618

Information

皆さんのご意見を募集します（パブリック・コメント）
地方独立行政法人公立甲賀病院中期目標（案）

甲賀市・湖南市で構成する公立甲賀病院組合は、来年 4 月をめどに、公立甲賀病院を地方独立行政法人へと移行するための準備を進めており、法人がすべき業務運営に関する目標として「地方独立行政法人公立甲賀病院中期目標（案）」を策定しました。

今回、この中期目標（案）について、パブリック・コメントにより、広く市民の皆さんからのご意見を募集します。

中期目標（案）の閲覧方法

公立甲賀病院組合総務課、公立甲賀病院正面玄関ホールおよび公立甲賀病院ホームページで閲覧いただけます。

また、市健康医療政策課、湖南市東庁舎総合案内でも閲覧可能です。

意見の募集期間

７月１日（日）～31 日（火）

意見の提出方法

意見書（閲覧場所にて取得可能）に記入のうえ、公立甲賀病院組合総務課へ、郵送・直接持参・ファックス・Eメールにて提出してください。（7 月 31 日必着）

意見の取り扱い

提出いただいたご意見等は、個人情報を除き、回答と合わせて公立甲賀病院ホームページで公表します。なお、ご意見を提出された方への個別の回答はしません。

●問い合わせ･提出先●
公立甲賀病院組合　総務課
〒528−0074 水口町松尾1256番地
☎62-0234（代表）　FAX63-0588
✉kato.j@kohka-hp.or.jp

のりしろ

市長への手紙

キリトリ　のりしろ

（差出人）

住所	〒		
氏名		性別	男・女
電話		年齢	歳

回答を希望されるか選択してください	要　・　不要

◎公表してもよい方は下記の「公表してもよい」に、公表してほしくない方は「公表しないでほしい」に○印を付けてください。

内容の公表	公表してもよい・公表しないでほしい