

わたしたちの健康をささえる

滋賀県の

国保

令和8年度版



CONTENTS

国保のしくみ／国保の加入者とは	1
国保をささえる保険料(税)	2
保険料(税)は納期内に必ず納めましょう	3
国保で受けられる給付	4
入院時食事療養費、入院時生活療養費の支給	6
高額療養費の支給	7
高額医療・高額介護合算制度	10
介護保険制度	11
障がい福祉等サービス／後期高齢者医療制度	12
交通事故などでケガをしたら／温泉へ行こう	13
ご存じですか？ジェネリック医薬品	14
受けよう！特定健診・特定保健指導	15
臓器提供の意思表示にご協力ください	17
こんなときは14日以内に届け出を	19

本冊子は令和8年1月31日時点の情報を掲載しています。
法改正等により制度変更があった場合は、国保連合会ホームページにて
随時掲載しますので右の二次元コードによりご確認ください。



国保のしくみ

国民健康保険(国保)は、日ごろ健康なときから病気やけがに備えて、加入者みんなで保険料(税)を出し合い、必要な医療費や加入者の健康づくりに役立てるものです。

●一部負担金

義務教育就学前の乳幼児 …… (2割)

義務教育就学後～70歳未満 …… (3割)

70歳以上75歳未満※ …… (2割または3割)

※70歳の誕生日の前日が
属する月の翌月1日から
75歳の誕生日の前日



☆災害など特別な事由に該当し一部負担金の支払が困難になった場合に一部負担金の徴収猶予や免除を申請できる制度があります。→詳しくは国保担当窓口へお問い合わせください。

国保の加入者とは

後期高齢者医療制度に加入している方、職場の健康保険に加入している方、または生活保護を受けている方のほかは、すべて国保に加入することになります(国民皆保険制度)。

○加入は世帯ごとに

国保への加入は世帯ごと(同じ住居に住んで家計がいっしょの方は同じ世帯となります)に世帯主が手続きを行います。

○一人一人が被保険者

国保では加入は世帯ごとですが家族の一人一人が被保険者です。

○外国人の場合

住民基本台帳法の適用を受ける外国人(中长期在留者(3月を超える在留期間を有する)、特別永住者、仮滞在許可者、一時庇護許可者、経過滞在者)の方が対象です。

また、3月以下の在留期間であるが、客観的な資料等により3月を超えて滞在すると認められる方も対象となります。

被保険者証の廃止について

被保険者証については令和6年12月2日に新規発行が終了し、マイナンバーカード[※]と被保険者証が一体化した「マイナ保険証」へ移行しました。

詳細については、厚生労働省HP (https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html) でご確認ください。



※マイナンバーカード＝個人番号カード

※マイナ保険証や資格確認書等を不正に使用した場合は、刑法により詐欺罪として拘禁刑が科されることがあります。

国保をささえる保険料(税)

○国保制度と保険料(税)

医療費の一部を負担することにより診療を受けられる国保は、私たちの生活を支える大切な制度です。納められた保険料(税)は、国や県からの補助金とともに国保の運営を支える貴重な財源となりますので、必ず保険料(税)を納めていただかなければなりません。

○みなさんの保険料(税)は…

40歳未満の方の場合

★介護保険の加入者ではありません

国民健康保険料(税)

- ・医療分
- ・後期高齢者支援金分
- ・子ども・子育て支援納付金分

国民健康保険料(税)(医療分、後期高齢者支援金分、子ども・子育て支援納付金分)のみ納めます。

40歳以上65歳未満の方の場合

★介護保険第2号被保険者

国民健康保険料(税)

- ・医療分
- ・後期高齢者支援金分
- ・子ども・子育て支援納付金分
- ・介護分

国民健康保険の保険料(税)(医療分、後期高齢者支援金分、子ども・子育て支援納付金分)に、介護分を合わせて、ひとつの国民健康保険料(税)として納めます。

●年度の途中で40歳になったときは

40歳に達した月(40歳の誕生日の前日が属する月)の分から、介護保険料も合わせて納めます。

65歳以上75歳未満の方の場合

★介護保険第1号被保険者

国民健康保険料(税)

- ・医療分
- ・後期高齢者支援金分
- ・子ども・子育て支援納付金分

国民健康保険料(税)(医療分、後期高齢者支援金分、子ども・子育て支援納付金分)と介護保険料をそれぞれ個別に納めていただきます。

※国保被保険者全員が65歳以上75歳未満の世帯の保険料(税)は世帯主の年金から天引きになります。(口座振替で納付される方を除きます)

ただし、世帯主が国保被保険者でない場合や年金額が年額18万円未満の場合、または国民健康保険料(税)と介護保険料を合わせた額が年金額の2分の1を超える場合は、個別に保険料(税)を納めます。

●年度の途中で65歳になったときは

65歳になる前月までの介護保険料(国保の介護分)は、国民健康保険料(税)として年度末までの納期に分けて納めることになります。

※子ども・子育て支援納付金分は、こども(高校生世代まで)については、均等割額が全額軽減されます。

※子ども・子育て支援納付金制度について、詳しくはこちらをご覧ください。



○保険料(税)は、資格を得たときから

保険料(税)は国保の資格を得たときから納めなければなりません。職場の健康保険を脱退したとき、生活保護を受けなくなったとき、他の市区町村から転入したときから国保の資格が生じます。届け出が遅れると、さかのぼって保険料(税)を納めていただくことになります。

○納付(税)義務は世帯主

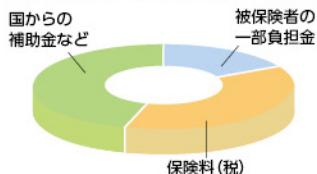
納付(税)通知書は世帯主あてに送られます。世帯主が勤務先の健康保険に加入していて国保の被保険者でなくても、世帯の誰かが国保に入っていればその世帯主が納付(税)義務者となります。

○保険料(税)賦課(課税)の基準

保険料(税)の算出方法は、右の計算をもとに市町が組み合わせて決めています。

☆災害など特別な事由に該当し保険料(税)の納付(税)が困難になった場合に保険料(税)の納付(税)猶予や免除を申請できる制度があります。
→詳しくは各市町の保険料(税)担当窓口へお問い合わせください。

予想される1年間の医療費(市町ごと)



均等割
世帯の加入者数に応じて計算

平等割
1世帯にいくらと計算

所得割
加入者の所得に応じて計算

保険料(税)の納付は便利で確実な「口座振替」を！

その他の納付(税)方法等につきましては、納付書の裏面、各市町ホームページ等をご確認ください。

保険料(税)は納期限内に必ず納めましょう

保険料(税)は、みなさんの医療費を賄う大切な財源です。
納期限を過ぎた保険料(税)には延滞金がかかる場合があります。

保険料(税)を滞納している世帯には、次のような措置をとる場合がありますのでご注意ください。

- ① 特別の事情がなく保険料(税)が一定期間支払われないと特別療養費の対象となり、かかった医療費を全額自己負担いただき、あとで医療費の一部負担金を除いた額の払い戻しを受けることになります。
- ② 国保の給付の全部または一部を差し止める場合があります。また、国保の給付(療養費、高額療養費、葬祭費など)を受ける場合、その費用の全部または一部を滞納している保険料(税)に充てることがあります。
なお、法律により財産(給料、預貯金、不動産など)の差押えなどの滞納処分を行う場合があります。

**保険料(税)の納付が困難なときは、お早めに
各市町の保険料(税)担当窓口へご相談ください。**

国保で受けられる給付

国保に加入すると、みなさんの保険料(税)などをもとに、さまざまな給付が受けられます。

◆療養の給付

こんなとき	こんな給付が	注意したいこと
●病気がなったとき ●ケガをしたとき ●歯が痛むとき 	かかった費用のうち一部負担金を支払うことにより治療が受けられます。 《一部負担金》 義務教育就学前の乳幼児……………(2割) 義務教育就学後～70歳未満……………(3割) 70歳以上75歳未満……………(2割または3割)	保険を取り扱っている医療機関へマイナ保険証や資格確認書等を提示してください。

◆療養費の支給(申請により国保から払い戻しが受けられる場合)

※療養費を請求する権利の消滅時効は療養に要した費用を支払った日の翌日から2年です。ただし、償還払いとなる高額療養費の起算日は診療月の翌月1日からです(自己負担額の支払いが診療月の翌月以降になる場合は、支払った日の翌日が起算日になります。)

こんなとき	こんな給付が	注意したいこと
●保険の取り扱いをしていない医療機関で治療を受けたときややむを得ない理由でマイナ保険証や資格確認書等をもたずに治療を受けたとき	いったん全額を支払ったあと、かかった費用について申請していただき審査の上、保険で認められた額の払い戻しを受けられます。	事情をよく審査したうえで支給します。 診療報酬明細書・領収書またはそれらにかわるものが必要です。
●コルセット、ギプスなどの治療用装具代がかかったとき ●輸血をしたときの生血代		医師の証明書等が必要です。生血は親子、兄弟、その他親族からの場合は認められません。
●重病者の入院や転院等の移送に費用がかかったとき	その移送が緊急を要し、かつ医師に必要と認められた場合は、その移送にかかった費用(最も経済的な通常の経路・方法により移送された場合の旅費に基づき算定した額の範囲内)を支給します。	国保が認めた場合に限り、申請には、移送を必要とする医師の意見書・移送にかかった費用の領収書(移送区間・距離のわかるもの)が必要です。
●海外の医療機関で病気やケガにより治療を受けたとき(海外療養費)	日本で同様の傷病で治療した場合にかかる費用を算定した額(海外で実際に支払った額の方が少ないときはその実費額)の保険で認められた部分について、あとから払い戻しを受けられます。	診療内容明細書・領収明細書・翻訳文・パスポート、航空券など海外に渡航した事実が確認できる書類の写し・調査にかかる同意書が必要です。

※海外療養費として、国保で払い戻しが認められるのは急病の場合に限られ、日本で保険適用とされていない臓器移植や治療を目的とした渡航で療養を受けた場合は対象になりません。

◆柔道整復、はり、きゅうおよびあん摩・マッサージの施術にかかる療養費

こんなとき	こんな給付が	注意したいこと
●柔道整復師の施術を受けるとき(骨折、脱臼、打撲、捻挫) ●医師の同意書または診断書を得て、はり、きゅうおよびあん摩・マッサージの施術を受けるとき ※受領委任を取り扱う施術所に限ります。 受領委任を取り扱う施術所かどうかは、施術を希望する施術所にご確認ください。また、地方厚生(支)局のホームページにも掲示されますので、そちらでも確認できます。	かかった費用のうち一部負担金を支払うことにより施術が受けられます。 《一部負担金》 義務教育就学前の乳幼児……………(2割) 義務教育就学後～70歳未満……………(3割) 70歳以上75歳未満……………(2割または3割)	施術所へマイナ保険証や資格確認書等を提示してください。また、印かんが必要な場合もあります。 ●柔道整復の施術を受ける時… 医師や柔道整復師の診断または判断等により、以下のものは保険の対象となりません。 ・単なる(疲労性・慢性的な要因からくる)肩こりや筋肉疲労 ・脳疾患後遺症などの慢性病や症状の改善のみられない長期の施術 ・医療機関(病院、診療所など)で同じ負傷等で治療中の場合

※受領委任について：施術者が、医療保険(療養費)で定める施術を行い、患者等から一部負担金を受け取り、患者等に代わって療養費支給申請書を作成・保険者等(滋賀県では滋賀県国民健康保険団体連合会)へ提出し、患者等から受領の委任を受けた施術者等が療養費を受け取る取扱いです。なお、受領委任の取扱いをされない施術所では、償還払いが原則です。

◆高額療養費の支給

こんなとき	こんな給付が	注意したいこと
●費用額が一定額を超えたとき	P7～10をご覧ください。	

◆その他の給付

こんなとき	こんな給付が	注意したいこと
●入院中の食事代	P6をご覧ください。	
●65歳以上の方が療養病床に入院した場合の食費・居住費	P6をご覧ください。	
●訪問看護ステーションなどを利用したとき	費用の一部を自己負担、残りを訪問看護療養費として国保が負担します。	医師が在宅医療を必要と認めたとき。マイナ保険証や資格確認書等を訪問看護ステーションなどに提出してください。(介護保険から給付される場合もあります)
●子どもが生まれたとき ●流産・死産であっても妊娠85日以上であるとき	出産育児一時金を支給します。	かかった出産費用に出産育児一時金をあてることができるよう、原則として国保から医療機関等へ直接支払われます。(直接支払制度)
●加入者が亡くなられたとき	葬祭費を支給します。	喪主への支給となります。喪主を確認できるものが必要となります。

☆くわしくは市町国保担当課にお問い合わせください。

入院時食事療養費、入院時生活療養費の支給

入院中の食事代および療養病床に入院する65歳以上の方の生活療養に要した費用(食費と居住費)については、下記の標準負担額を負担していただき、残りは国保が負担します。

なお、住民税非課税世帯で70歳未満の方および70歳以上の住民税非課税Ⅰ・Ⅱの方は「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必要がありますので、国保の窓口申請して交付を受けてください。

オンライン資格確認を導入した医療機関等でマイナ保険証を利用する等により区分を確認できる場合は、認定証の申請は不要です(住民税非課税世帯の方で過去12か月の入院日数が90日を超える場合を除く)。

1. 入院中の食事代

(令和8年5月まで)

一般(下記以外の方)		1食 510円 ※1
住民税非課税世帯等の方 (70歳以上では住民税非課税Ⅱの方※2)	過去12か月の入院日数が90日までの入院	1食 240円
	過去12か月の入院日数が90日を超える入院	1食 190円
70歳以上で住民税非課税Ⅰの方※3		1食 110円

※1 指定難病または、小児慢性特定疾病児童等の方は300円(1食につき)。

※2 同一世帯の世帯主および全ての国保被保険者が住民税非課税の方。

※3 同一世帯の世帯主および全ての国保被保険者が住民税非課税の世帯で、世帯主および全ての国保被保険者の所得が一定基準に満たない方。

上記標準負担額は、高額療養費を算定する一部負担金には入りません。

2. 65歳以上の方が療養病床に入院した場合の食費・居住費

(令和8年5月まで)

所得区分等				食 費	居住費
一般	入院時生活療養費(Ⅰ)を算定する 保険医療機関に入院している方			1食 510円	1日 370円
	入院時生活療養費(Ⅱ)を算定する 保険医療機関に入院している方			1食 470円	
住民税非課税世帯に属する方 (住民税非課税Ⅱ)※2		医療 区分	Ⅰ	1食 240円	
			Ⅱ・Ⅲ	1食 240円 ※1	
住民税非課税世帯に属し、世帯員の所得が 一定基準に満たない方(住民税非課税Ⅰ)		医療 区分	Ⅰ	1食 140円	
			Ⅱ・Ⅲ	1食 110円	

※1 過去12か月の入院日数が90日を超える入院については、1食(食費)につき190円となります。

※2 65~69歳の方については、住民税非課税世帯に属する方(住民税非課税Ⅱ)に準じます。

●指定難病患者の方は、食材料費相当(入院時食事療養費の標準負担額)のみの負担となります。

療養病床に該当するかどうかは、医療機関にご確認ください。

上記標準負担額は、高額療養費を算定する一部負担金には入りません。

高額療養費の支給

下記内容については、令和8年1月時点の内容です。
今後変更となる可能性があります。

医療機関で支払った一部負担金が高額になった場合には、自己負担限度額を超えた金額について国保が負担します。

高額療養費を受ける場合には、申請が必要です。国保の窓口申請してください。

滋賀県内の市町間で住所を異動した月は、世帯の構成に変更がない場合に限り、異動前と異動後の自己負担限度額がそれぞれ2分の1の額となります。

1. 1か月の自己負担が限度額を超えたとき

月の1日から月末までの診療分を同じ医療機関等に支払った自己負担額が、表①(下表)・②(P8)の限度額を超えた場合、国保の窓口へ申請することによりその超えた分を支給します(償還払い)。

償還払いの場合は、申請してから実際に支給を受けるまで3～4か月程度かかります。

あらかじめ国保の窓口申請して自己負担限度額にかかる限度額適用認定証(住民税非課税Ⅰ・Ⅱに該当する方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」)の交付を受けると、1つの医療機関(入院・外来、内科・歯科別)の窓口での支払いを自己負担限度額にとどめることができます。

ただし、オンライン資格確認を導入した医療機関等でマイナ保険証を利用する等により区分を確認できる場合は、認定証の申請は不要です(住民税非課税世帯の方で過去12か月の入院日数が90日を超える場合を除く)。

保険料(税)を滞納していると自己負担限度額が適用されない場合があります。

①70歳未満の方の場合

適用区分	所得区分	自己負担限度額(月額)
ア	所得901万円超	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% (多数回該当140,100円 ^{*2})
イ	所得600万円超 ～901万円以下	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% (多数回該当93,000円 ^{*2})
ウ	所得210万円超 ～600万円以下	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% (多数回該当44,400円 ^{*2})
エ	所得210万円以下	57,600円(多数回該当44,400円 ^{*2})
オ	住民税非課税 ^{*1}	35,400円(多数回該当24,600円 ^{*2})

所得区分については、毎年8月から前年所得に基づき更新されます。また所得の修正申告や世帯の変更があった時はその都度判定します。

所得については同一世帯の全ての国保被保険者の年間基準所得額になります。

※1 同一世帯の世帯主および全ての国保被保険者が住民税非課税の方。

※2 過去12か月以内に、同じ世帯で3回以上自己負担限度額に達した場合の4回目からの自己負担限度額。

◆(例)70歳未満の区分ウ(所得210万円超～600万円以下)の方がひとつの病院に入院し、1か月で100万円の医療費がかかった場合

総医療費100万円	
7割(国保が負担) 70万円	3割(一部負担金) 30万円
自己負担限度額 87,430円	高額療養費 212,570円

自己負担限度額＝80,100円＋((1,000,000円－267,000円)×1%)＝87,430円

②70歳以上の方(後期高齢者医療制度対象者を除く)の場合

窓口負担割合	所得区分※1		自己負担限度額(月額)	
			外来(個人単位)	外来＋入院(世帯単位)
3割	現役並み所得者※2	Ⅲ 課税標準額 690万円以上	252,600円＋(総医療費－842,000円)×1% (多数回該当140,100円※5)	
		Ⅱ 課税標準額 380万円以上	167,400円＋(総医療費－558,000円)×1% (多数回該当93,000円※5)	
		Ⅰ 課税標準額 145万円以上	80,100円＋(総医療費－267,000円)×1% (多数回該当44,400円※5)	
2割	一般		18,000円 (年間144,000円上限※6)	57,600円 (多数回該当44,400円※5)
	住民税非課税	Ⅱ ※3	8,000円	24,600円
		Ⅰ ※4		15,000円

- ※1 所得区分については、毎年8月から前年所得に基づき更新されます。また、所得の修正申告や世帯の変更があった時は、その都度判定します。なお、70歳以上の国保被保険者の世帯については、年間基準所得の合計額が210万円以下の場合も「一般」となります。
- ※2 同一世帯に一定の所得(地方税法上の各種所得控除後の所得(課税標準額)145万円)以上の70歳以上の国保被保険者がいる方。ただし、70歳以上の国保被保険者の収入の合計が、一定額未満(単身世帯の場合：年収383万円未満、二人以上の世帯の場合：年収520万円未満)である旨、申請があった場合は、「一般」の区分に変更できません。なお、条件を満たしていると判断した場合は、申請書の提出がなくとも「一般」と判定しています。
- ※3 同一世帯の世帯主および全ての国保被保険者が住民税非課税の方。
- ※4 同一世帯の世帯主および全ての国保被保険者が住民税非課税の世帯で、世帯主および全ての国保被保険者の所得が一定基準に満たない方。
- ※5 過去12か月以内に、同じ世帯で3回以上自己負担限度額に達した場合の4回目からの自己負担限度額。
- ※6 年間とは、毎年8月から翌年7月までの期間となります。

●75歳到達月は、国保と後期高齢者医療制度の限度額がそれぞれ2分の1となります。

自己負担額の計算上の注意

- ・月の1日から月末までの1か月の診療ごとに計算します。
- ・保険がきかない差額ベッド代、入院時食事療養費にかかる標準負担額などは、支給の対象外です。
- ・ひとつの病院、診療所ごとに個人で計算します。
- ・ひとつの病院、診療所でも、外来と入院、医科と歯科は別計算。
- ・院外処方で調剤をうけたときは処方せんを出された医科(歯科)の一部負担金と合算します。
- ・70歳未満の方の場合、個人ごと、医療機関ごと(入院・外来、医科・歯科別)の自己負担額が21,000円以上のものが計算の対象です。

☆くわしくは市町国保担当課にお問い合わせください。

2. 高額な治療を長期間続ける場合

長期にわたり高額な医療費が必要な疾病で、厚生労働大臣が指定する下記の疾病(特定疾病)については、国保の窓口申請して交付される「特定疾病療養受療証」を医療機関等の窓口提示すれば、年齢を問わず、毎月の自己負担額は10,000円までとなります。*

ただし、慢性腎不全で人工透析を要する70歳未満の所得区分ア・イの方については、毎月の自己負担額は20,000円までとなります。

※特定疾病の申請により認定された後、オンライン資格確認を導入した医療機関で本人が同意しマイナ保険証を利用すれば、受療証を持参しなくても、その疾病にかかる自己負担額が限度額までとなります。

厚生労働大臣が
指定する
特定疾病

- 血友病
- 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症
- 人工透析が必要な慢性腎不全

3. 同じ国保世帯内で合算して限度額を超えたとき

ひとり(1回)の窓口負担では高額療養費の支給対象外であるものの、複数の受診や同一世帯で他の国保被保険者の受診があった場合、それぞれの窓口負担を1か月(暦月)単位で合算することができます。その合算額が一定額を超えた場合、国保の窓口申請することにより、その超えた分が高額療養費として支給されます。(世帯合算)

※世帯合算は、家族の一部負担金を合算する場合だけでなく、同じ人が同じ月内に複数の医療機関等で一部負担金を支払っている場合にも適用できます。

・70歳未満の方同士で合算する場合

同じ国保世帯内で同じ月内に、個人ごと、医療機関ごとに21,000円以上の一部負担金を医療機関等の窓口で2回以上支払い、その合算額が自己負担限度額(P7)を超えた場合、国保の窓口へ申請することにより、その超えた分が支給されます。

・70歳以上の方(後期高齢者医療制度対象者を除く)同士で合算する場合

同じ国保世帯内で同じ月内に支払った療養の給付等の自己負担額が合算の対象となります。合算額が自己負担限度額(P8)を超えた場合、国保の窓口へ申請することにより、その超えた分が支給されます。

①外来の自己負担額を個人ごとに合算した額に、70歳以上の方の外来における自己負担限度額をそれぞれ当てはめ、限度額を超えた金額を算出。

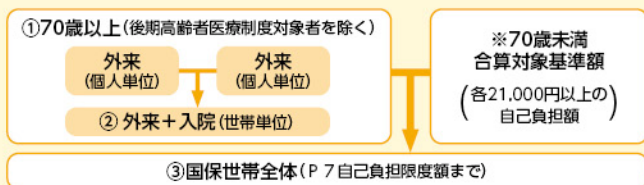
②入院分の自己負担額と、①によってもなお残る自己負担額とを合計した額に、70歳以上の方の世帯における自己負担限度額を当てはめ、限度額を超えた金額を算出。

①・②で算出した額の合計が支給対象額となります。

・70歳未満と70歳以上の方(後期高齢者医療制度対象者を除く)を合算する場合

70歳以上と70歳未満に分け、以下の手順で計算します。

- ①70歳以上の方の外来の自己負担額を個人ごとに合算した額に、70歳以上の方の外来における自己負担限度額(P 8)をそれぞれ当てはめ、限度額を超えた金額を算出。
 - ②70歳以上の方の入院分の自己負担額と、①によってもなお残る自己負担額とを合計した額に、70歳以上の方の世帯の自己負担限度額(P 8)を当てはめ、限度額を超えた金額を算出。
 - ③70歳未満の方の自己負担額*と、②によってもなお残る自己負担額を合計した、世帯全体の自己負担額に、70歳未満における自己負担限度額(P 7)を当てはめ、限度額を超えた金額を算出。
- ①～③で算出した額の合計が支給対象額となります。



・今後の法改正等により変更になる場合があります。

高額医療・高額介護合算制度

医療費・介護サービス費それぞれの自己負担限度額を適用し、それでも両保険を合計した自己負担額が高額となる場合は、下表の限度額が適用されます。(毎年8月1日から翌年7月31日までにかかった自己負担額が合算の対象となります。)

国民健康保険と介護保険の両方に自己負担額がある世帯を対象とします。食費や居住費、差額ベッド代などは合算の対象となりません。

70歳以上の方は全ての自己負担額を合算の対象としますが、70歳未満の方の医療費は1か月21,000円以上の自己負担額のみを合算の対象とします。

○合算した場合の限度額(年額/8月1日～翌年7月31日)

70歳未満		70歳以上 (後期高齢者医療制度対象者を除く)	
所得区分(旧ただし書き)		所得区分	
所得901万円超	2,120,000円	課税標準額690万円以上	2,120,000円
所得600万円超 ～901万円以下	1,410,000円	課税標準額380万円以上	1,410,000円
所得210万円超 ～600万円以下	670,000円	課税標準額145万円以上	670,000円
所得210万円以下	600,000円	一般	560,000円
住民税非課税	340,000円	住民税非課税	Ⅱ 310,000円
			Ⅰ 190,000円

※所得区分については、P 7・8の説明をご参照ください。

介護保険制度

40歳になると、介護保険制度に加入することになります。

介護や支援が必要と認定された方は、介護に関するサービスを介護保険から受けることができます。

○介護保険の被保険者

介護保険の被保険者は、65歳以上の方(第1号被保険者)と、40歳から64歳までの医療保険加入者(第2号被保険者)に分けられます。

	65歳以上の方 (第1号被保険者)	40歳から64歳の方 (第2号被保険者)
対象者	65歳以上の方	40歳以上65歳未満の健保組合、全国健康保険協会、市町村国保などの医療保険加入者 (40歳になれば自動的に資格を取得し、65歳になるときに自動的に第1号被保険者に切り替わります。)
受給要件	・要介護状態 ・要支援状態	・要介護(要支援)状態が、老化に起因する疾病(特定疾病)による場合に限定
保険料の徴収方法	・市町が徴収 (原則、年金からの天引き) ・65歳になった月から徴収開始	・医療保険料と一体的に徴収 ・40歳になった月から徴収開始

○「申請」と「認定」が必要です

介護保険のサービスを利用するには、申請して介護が必要な状態であるという認定(要介護認定)を受けなければなりません。

○利用料は原則として費用の1割です

介護保険のサービスを利用したときは、限度額内のサービスにかかった費用の1割*が原則として利用者の負担になります。

(居住費、滞在費、食費(介護保険施設、短期入所、通所介護)、
限度額を超えたサービスについては原則全額自己負担です。)

※一定所得以上の方は2割の負担になります。2割負担者のうち、特に所得の高い方は3割の負担になります。

○介護サービス

介護の必要な度合いに応じて、要介護状態区分が分けられ、介護給付・予防給付・地域支援事業サービスの利用ができます。

☆くわしくは市町介護保険担当課にお問い合わせください。

障がい福祉等サービス

障がいの種別にかかわらず、障がいのある方が必要とするサービスを利用できるよう、サービスを利用する仕組みを一元化し一層の推進を図るため、障害者総合支援法が制定されました。

○「申請」と「障害支援区分認定」が必要です

サービスを利用するには、申請が必要です。申請の後、障害支援区分の認定を経て、サービスの支給決定がなされます。(サービスにより、障害支援区分認定が必要でない場合もあります。)

○主なサービス

介護給付……………居宅介護、重度訪問介護等

訓練等給付……………就労移行支援、グループホーム等

障害児通所(入所)支援…障がい児の保護者は、窓口^{*1}で申請を行い、支給決定を受けた後、利用する施設と契約を結びます。

※1 障害児通所の窓口→市町 障害児入所の窓口→子ども家庭相談センター

○利用料

利用料はサービス量によって決まりますが、所得等に応じた負担(応能負担)となるよう配慮されます。

☆くわしくは市町障がい福祉担当課にお問い合わせください。

後期高齢者医療制度

75歳以上の方(これから75歳になる方は75歳の誕生日当日から)または、65歳以上74歳以下で一定以上の障がいのある方(申請が必要です)が対象となります。

ただし、65歳以上74歳以下で一定以上の障がいがある方で申請が認められ後期高齢者医療の被保険者となった方については、障がい認定の撤回を申請することにより、この制度の被保険者をやめることもできます。(選択が可能です、さかのぼって申請することはできません)



○運営の主体

滋賀県後期高齢者医療広域連合

(保険料の徴収や窓口業務などについては市町が行います)

○保険料

これまで保険料を払っていなかった世帯員(被扶養者)の方も含めて、被保険者全員が保険料を納めることになります。

職場の健康保険に加入されている方が後期高齢者医療制度に移行すると、その被扶養者であった方(75歳までの方)も健康保険の資格を失いますので、国民健康保険等に参加する手続きが必要となります。

交通事故などでケガをしたら

○必ず届け出を

交通事故等、他人の行為が原因でケガなどをし、マイナ保険証や資格確認書等を使って治療を受けるときは、すぐに警察に届けると同時に、国保の窓口への届け出が必要となります。

○医療費は加害者が負担

この場合にかかった医療費は、被害者に過失のないかぎり、加害者が全額負担するのが原則となっています。したがって、国保で治療した場合、加害者が負担すべき医療費は、国保が一時立て替えて支払います。

届け出の手順

①警察に届け出る

交通事故にあったら、すみやかに警察に届け出てください。

②国保の窓口へ届け出る

国保の窓口へ「第三者行為による傷病届」を提出してください。

届け出に必要な書類

- ◆ 第三者行為による傷病届
- ◆ 事故発生状況報告書
- ◆ 同意書
- ◆ 交通事故証明書
- ◆ その他必要書類

* 全部がそろわなくても、まず届け出をしてください。



示談の前にご相談を

加害者から治療費を受け取ったり示談を済ませてしまうと国保が使えなくなる場合があります。示談の前に必ず国保の窓口にご相談ください。

心も体も元気にさせてくれる
大きな魅力がいっぱい

温泉へ行こう！



いま、温泉を活用した健康づくりが注目されています。豊かな自然とおいしい空気、そして温泉の効能によって体がいやされ、心身ともにリラックスすることで、健康増進に効果があるといわれています。一人一人の健康づくりのために、心をいきいきと輝かせるために、有効に温泉を活用してみませんか。

※滋賀県保険者協議会が、滋賀県内の国民健康保険被保険者を対象に、温泉等優待割引事業を実施しています。詳細につきましては、国保の窓口においてあるパンフレット「お湯めぐり」および国保連合会HP (<https://www.shigakokuho.or.jp>)をご覧ください。

ご存じですか？ジェネリック医薬品

ジェネリック医薬品(後発医薬品)とは、新薬(先発医薬品)の特許が切れた後に製造・販売される、厚生労働省が新薬と同等の効能を認めた安価なお薬です。ジェネリック医薬品を使用することにより、薬代の軽減につながります。

Q 種類はあるの？

A 様々な病気や症状に対応しています。
カプセル、錠剤、点眼剤など、その形態も様々です。

Q お値段は？

A 新薬は開発費用が多くかかりますが、開発期間が短くてすむジェネリック医薬品は、新薬に比べ、ほとんどが安価となっています。

Q ジェネリック医薬品への変更方法は？

A 該当のお薬を処方されている医師か調剤されている薬剤師に、「ジェネリック医薬品への切り替えをお願いします」とお伝えください。

※全ての新薬(先発医薬品)に対し、ジェネリック医薬品があるわけではありません。また、供給状況により、在庫が不足している場合があります。
※医師の判断により、ジェネリック医薬品が処方されない場合があります。

お知らせ

「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」通知を実施しています

●「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」通知とは

服用されている新薬をジェネリック医薬品に切り替えた場合、軽減できる金額をお知らせするものです。

●通知を始めたのは…

家計にやさしく、国保財政の改善も期待できるためです。

ご注意ください

全ての方に「ジェネリック医薬品に関するお知らせ」通知を送付してはなりません。(例えば、高血圧・糖尿病・脂質異常症などの生活習慣病の治療をされ、処方せんにより薬局でお薬を受け取っている方などを対象に送付しています。)

○ジェネリック医薬品があるお薬で、先発医薬品の処方を希望される場合は、特別の料金をお支払いいただく必要があります。

○この機会にジェネリック医薬品の積極的な利用をお願いいたします。

受けよう！特定健診・特定保健指導

メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)、生活習慣病の予防に着目した特定健診・特定保健指導を実施しています。

自分自身の健康状態の確認と生活習慣改善のために、必ず1年に1回は健診を受診しましょう！

POINT ポイントはここ

①対象は40～74歳のすべての被保険者

特定健診の対象となるのは、40～74歳までのすべての方です。

健診の受診方法

国保から受診券や案内が届いたら、受診券・マイナ保険証や資格確認書等・質問票を持って特定健診実施医療機関または集団健診会場で受診します。受診前に実施時間を確認して、必要に応じて日時を予約してください。

②メタボリックシンドロームに的を絞った健診内容と追加項目

特定健診はコレステロール検査や血糖検査、腹囲測定などにより、メタボリックシンドローム該当者や生活習慣病の予防が可能な人を見つけ出すことに重点を置いています。

さらに、尿酸・血清クレアチニン・尿潜血などの項目を追加し健診内容を充実させています。

③がん検診等との同時受診

特定健診とがん検診等を同時に受診できる体制を整えているところがあります。ぜひ、ご利用ください。

④健診結果に応じた保健指導

特定健診を受けたすべての人が健診結果と、健康な生活を送るための情報をもらうことができます。

また、健診結果に応じて、それぞれの健康状態に合った生活習慣改善のための支援(特定保健指導)を受けることができます。ぜひ、活用してください。

健康な身体を維持するため積極的な利用がおすすめです！



生活習慣病の多くは、無症状のまま進行するのが大きな特徴です。健診を受けることで、身体の状態を知ることができます。症状がなくても、忙しくても、毎年健診を受けましょう。

☆くわしくは市町健診担当課にお問い合わせください。

マイナンバーカードをお持ちの皆様へ

マイナポータルで健診結果の情報が閲覧できるようになりました！
閲覧方法等の詳細については、厚生労働省HP (<https://www.mhlw.go.jp/index.html>) でご確認ください。



特定健診を受診されない方へ

健診情報の提供にご協力ください！

①定期的に医療機関を受診されている方

生活習慣病で通院中の方の中には、「治療中だから健診は受けない」と言われる方が多数おられます。しかし、医療機関で治療中の方も特定健診の対象者になります。

医療機関で受けた検査結果等の情報を提供いただくことで、特定健診を受診したことになります。

対象者

特定健診対象者の方で、慢性疾患等により医療機関（特定健診実施機関）にて治療継続中の方

提供方法

「特定健診受診券」「マイナ保険証や資格確認書等」を持参し、かかりつけの医療機関にて健診情報の提供を申し出てください。

治療中の方も生活習慣の改善が必要です！

②他の健康診断（事業主健診等）を受けられる方

県内の商工会・商工会議所などが実施する事業主健診を受けられる方は、その結果を提供いただくことで、特定健診を受診したことになります。

(1) 県内の商工会・商工会議所が実施する事業主健診を受けられる方

提供方法

事業主健診を受けられる際に、保険者から送付された、「特定健診受診券」を持参し、健診会場の受付に提出してください。

(2) (1)以外の事業主健診等、他の健診を受けられる方

提供方法

健診結果を健診担当課へ提出してください。

※①②ともに情報提供のための費用の負担はありません。

☆くわしくは市町健診担当課にお問い合わせください。

人間ドック等の費用を助成する制度があります。
くわしくは市町の申請窓口にお問い合わせください。

臓器提供の意思表示にご協力ください

意思表示欄の記入方法は下記のとおりです。

臓器提供の意思表示にご協力ください。

※記入するかどうかは被保険者本人の判断によるものであり、必ずしも意思表示欄に記入する必要はありません。

記入方法

マイナンバーカードの表面(例)

氏名 〇〇 〇〇
住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地
個人番号カード
平成 〇年 〇月 〇日生 令和 〇年 〇月 〇日まで有効
〇〇長 年 月 日
●臓器提供意思【1 脳死後及び心停止した死後/2 心臓停止した死後のみ/3 提供せず】
(注・2で提供したくない臓器があれば)【心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球】
署名年月日 年 月 日 署名
[特記欄:]

※資格確認書裏面にも意思表示欄があります。

①意思の選択

自分の意思に合う番号にひとつだけ○をしてください。

- ・脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも提供してもいいと思われる方は、1に○をしてください。
- ・脳死後での臓器提供はしたくないが、心臓が停止した死後は臓器を提供してもいいと思われる方は、2に○をしてください。(この場合、法律に基づく脳死判定を受けることはありません。)
- ・臓器を提供したくないと思われる方は、3に○をしてください。【④へ】

②提供したくない臓器の選択

1か2に○をした方で、提供したくない臓器があれば、その臓器に×をつけてください。

なお、提供できる臓器は、それぞれ以下のとおりです。

脳死後：心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球

心臓が停止した死後：腎臓・脾臓・眼球

③特記欄への記載について

○組織の提供について

1か2に○をした方で、皮膚、心臓弁、血管、骨などの組織も提供してもいい方は、「すべて」あるいは「皮膚」「心臓弁」「血管」「骨」などと記入できます。

○親族優先提供の意思について

親族優先提供の意思を表示したい方は、下記の要件等をお読みいただいた上で「親族優先」と記入できます。

親族への優先提供が行われる場合

以下の3つの要件をすべて満たす必要があります。

- 本人(15歳以上の方)が臓器を提供する意思表示に併せて、親族への優先提供の意思を書面により表示している。
- 臓器提供の際、親族(配偶者^{*1}、子ども^{*2}、父母^{*2})が移植希望登録をしている。
- 医学的な条件(適合条件)を満たしている。

※1 婚姻届を出している方です。事実婚の方は含みません。

※2 実の親子のほか、特別養子縁組による養子及び養父母を含みます。

親族優先提供についての留意事項

医学的な条件などにより移植の対象となる親族がいない場合は、親族以外の方への移植が行われます。

優先提供する親族の方を指定(名前を記載)した場合は、その方を含めた親族全体への優先提供意思として取り扱います。

「○○さんだけにしか提供したくない」という提供先を限定する意思表示があった場合には、親族の方も含め、臓器提供が行われません。

親族提供を目的とした自殺を防ぐため、自殺した方からの親族への優先提供は行われません。

④署名など

本人の署名及び署名年月日を自筆で記入してください。
意思表示したら、その意思を家族に共有しましょう。



グリーンリボンキャンペーンの
天使ハーティ

■臓器移植に関するご質問・お問い合わせは

(公社)日本臓器移植ネットワーク

フリーダイヤル：0120-78-1069(平日9:00～17:30)

ホームページ：<https://www.jotnw.or.jp>

こんなときは14日以内に届け出を

届け出が遅れると、医療費が全額自己負担となったり、保険料(税)をさかのぼって納めていただくなど、トラブルの原因にもなりますのでご注意ください。

なお、マイナンバーカードの健康保険証利用登録をされている方についても届け出が必要です。

※就職して会社の健康保険に加入したにもかかわらず、国保をやめる手続きをせずに国保として医療機関を受診された場合は、医療費を返還いただく場合があります。

※マイナンバーカードを保険証として利用する場合は、各自で申し込みが必要です。

※手続きには以下のAまたはBの書類が必要です。

A 本人確認のできる身分証明書と個人番号が記載された書類(住民票または住民票記載事項証明書)

B マイナンバーカード

※市町によって届け出に必要なものが異なる場合があります。くわしくは市町国保担当課にお問い合わせください。

国保の被保険者になるとき

他の市区町村から転入してきたとき
他の健康保険の被保険者でなくなったとき
他の健康保険の扶養家族からはずれたとき
子どもが生まれたとき
生活保護を受けなくなったとき
外国人の方が入国したとき(短期滞在者は除く)
外国籍の方が加入するとき

手続きに必要なもの

転出証明書
健康保険をやめた証明書
母子健康手帳
保護廃止決定通知書
パスポート・在留カード
特別永住者証明書
または在留カード

国保の被保険者でなくなるとき

後期高齢者医療制度の対象となったとき(65歳以上75歳未満の場合)(P12参照)
他の市区町村へ転出するとき
他の健康保険の被保険者になったとき
他の健康保険の扶養家族になったとき
死亡したとき
生活保護を受けるようになったとき

手続きに必要なもの

資格確認書または資格情報のお知らせ
資格確認書または資格情報のお知らせ
国保と他の健康保険の資格確認書
または資格情報のお知らせ
資格確認書または資格情報のお知らせ
資格確認書または資格情報のお知らせ・
保護開始決定通知書

その他

住所・世帯主・氏名などが変わったとき
修学のため、子どもが他の市区町村に
居住するとき
施設入所などで他の市区町村へ
転出するとき
資格確認書や資格情報のお知らせをなくしたり
よごれて使えなくなったとき

手続きに必要なもの

資格確認書
資格確認書・在学証明書等
資格確認書・入所証明書等
本人確認のできる身分証明書

※紛失された場合は、警察に届け出をしてください。

