

後期高齢者医療制度

平成20年4月より老人保健に変わる新しい医療制度として後期高齢者医療制度がはじまりました。
後期高齢者医療制度は「岐阜県後期高齢者医療広域連合」が運営主体となります。
八百津町役場町民課では各種申請受付窓口事務・保険料徴収事務を行います。

○対象となる方

75歳以上の方

一定の障がいのある65～74歳の方で広域連合の認定を受けた方

○対象となる日

75歳の誕生日当日

一定の障がいがある65～74歳の方で広域連合の認定を受けた日

※対象者はそれまで加入していた国保、被用者保険から後期高齢者医療制度に移ります。

○保険証

保険証は一人に一枚交付されます。

保険証は資格を取得される月(誕生日)の前月までに広域連合から郵送されます。

○保険料

保険料は「均等割額」と「所得割額」を合計して被保険者一人ごとに計算します。

年間保険料	=	均等割額	+	所得割額
限度額64万円		1人あたり44,411円		所得×所得割率8.55%

※所得は総所得から43万円(基礎控除額)を引いた額です。

また、保険料の均等割額が、世帯の総所得によって7割・5割・2割軽減されます。なお被用者保険の被扶養者であった方については、所得割額の負担はなく、均等割額が**制度に加入後2年経過する月までの間に限り5割軽減**されます。

保険料の均等割額と所得割率は広域連合で、2年ごとに見直されます。

軽減割合	世帯(被保険者および世帯主)の令和2年中の総所得金額等の合計額
7割軽減	【43万円(基礎控除額)+10万円×(給与所得者等※の数-1)】以下
5割軽減	【43万円(基礎控除額)+10万円×(給与所得者等※の数-1)+28.5万円×被保険者数】以下
2割軽減	【43万円(基礎控除額)+10万円×(給与所得者等※の数-1)+52万円×被保険者数】以下

※・給与収入が55万円を超える方

・公的年金等収入額が、65歳未満の場合は60万円を超える方、65歳以上の場合は110万円を超える方

保険料の納め方については、年金からのお支払いいただく特別徴収と、口座振替や納付書でお支払いいただく普通徴収があります。年金の受給額が年額18万円以上の方で、介護保険と後期高齢者医療の保険料の合計額が年金受給額の2分の1を超えない場合は、年金からお支払いとなります。年金からのお支払いとならない方は、口座振替や納付書によるお支払いとなります。

[保険料を年金からお支払いいただいている方は、口座振替によるお支払いに切り替えることができます。ご希望される方は町民課までお問い合わせください。]

○自己負担割合

医療機関の窓口で支払う自己負担割合は、かかった医療費の1割(現役並み所得者の方は3割)です。

※現役並み所得者とは、同一世帯で住民税課税所得が145万円以上の後期高齢者医療制度の被保険者がいる方です。

ただし被保険者の収入合計が2人で520万円未満、1人で383万円未満であると申請した場合は1割となります。

○入院時の食事代

入院したときの食事代は、1食当たり下記の標準負担額を自己負担します。

所得区分		1食当たりの食事代
現役並み所得者、一般		460円※①
区分Ⅱ	90日までの入院	210円
	過去12ヶ月で90日を超える入院※②	160円
区分Ⅰ		100円

現役並み所得者、一般:区分Ⅰ、区分Ⅱ以外の方。

区分Ⅱ:世帯の全員が住民税非課税で、区分Ⅰ以外の方。

区分Ⅰ:世帯の全員が住民税非課税で、その世帯の各所得(年金の所得は控除額を80万円として計算)が0円となる方。

●区分Ⅰ・Ⅱの方は、入院の際に「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要となりますので、町民課で申請してください。

※①指定難病患者の方は、260円になります。

※②区分Ⅱの認定期間中(前医療保険での認定期間を含む)に90日を超える入院をしている場合、申請により適用されます。

入院日数が確認できる領収書などを町民課までお持ちになり申請してください。

療養病床に入院したときの食事代・居住費は、下記の標準負担額を自己負担します。

所得区分	1食当たりの食事代	1日当たりの居住費
現役並み所得者、一般	460円※③	370円※⑥
区分Ⅱ	210円※④	370円※⑥
区分Ⅰ	130円※⑤	370円※⑥
老齢福祉年金受給者	100円	0円

※③医療機関の施設基準などにより420円の場合もあります。指定難病患者等の方は、260円になります。

※④区分Ⅱの認定期間中(前医療保険での認定期間を含む)に90日を超える入院をしている指定難病患者の方は、申請

により160円になります。入院日数が確認できる領収書などを町民課までお持ちになり申請してください。

※⑤指定難病患者の方は、100円になります。

※⑥指定難病患者は、0円のままです。

○高額療養費

1ヶ月(同じ月内)の医療費の自己負担額が下表の自己負担限度額を超えた場合、町民課に申請(該当者には初回のみ申請書を送付します。2回目以降は申請の必要はありません。)して認められると自己負担限度額を超えた分が高額療養費として支給されます。

現役並み所得者Ⅰ、Ⅱの方は、申請により医療機関での支払額を限度額までとする「限度額適用認定証」が発行されますので、1か月に医療機関での支払が高額になる方は、限度額適用認定証の申請をして交付を受けてください。

(限度額適用認定証を提示されない場合、医療機関での支払額が高額になる場合があります。ただし、その場合でも下表の限度額を超えて支払われた額は、申請により高額療養費として後日支給されます。)

自己負担限度額(月額)

所得区分		外来+入院(世帯単位)
現役並み 所得者	Ⅲ 課税所得690万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% 〔140,100円〕※①
	Ⅱ 課税所得380万円以上	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% 〔93,000円〕※①
	Ⅰ 課税所得145万円以上	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% 〔44,400円〕※①
所得区分	外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
一般	18,000円※②	57,600円〔44,400円〕※①
区分Ⅱ	8,000円	24,600円
区分Ⅰ	8,000円	15,000円

※①〔 〕内は過去12ヶ月以内に「外来+入院」の限度額を超えたことが3回以上あった場合の4回目以降の限度額。

※②年間(8月~翌年7月)の限度額は、144,000円。

※(1)「現役並み所得者Ⅰ」、「現役並み所得者Ⅱ」の方がそれぞれ自己負担限度額の適用を受けるためには「限度額適用認定証」が必要になります。

※(2)「区分Ⅰ」、「区分Ⅱ」の方がそれぞれ自己負担限度額の適用を受けるためには「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要になります。

○高額医療・高額介護合算療養費制度

医療保険と介護保険で1年間(毎年8月1日から翌年7月31日まで)に支払った医療費と介護サービス費の自己負担額(高額療養費や高額介護サービス費などで支給された額を除きます。)が、世帯単位の算定基準額を超える場合、町民課へ申請して認められると算定基準額を超えた分が支給されます。

所得区分		算定基準額
現役並み 所得者	Ⅲ 課税所得690万円以上	212万円
	Ⅱ 課税所得380万円以上	141万円
	Ⅰ 課税所得145万円以上	67万円
一般(課税所得145万円未満等)		56万円
区分Ⅱ		31万円
区分Ⅰ		19万円

※医療費または介護サービス費のどちらかの自己負担額が0円の場合は支給されません。また、計算した支給額が500円以下の場合は支給されません。

※加入している医療制度ごとに算定されます。

○あとから費用が支給される場合

次のような場合は、いったん費用を全額自己負担し、申請して認められると、自己負担分を除いた額が支給されます。

- ・急病などやむを得ない理由で、保険証を持たずに診療を受けたとき
- ・海外渡航中に治療を受けたとき(治療目的の渡航は除く)
- ・医師が必要と認めた、コルセットなどの医療用装具を購入したときや輸血用の生血代
- ・医師が必要と認めた、はり・きゅう・あんま・マッサージなどの施術を受けたとき
- ・骨折やねんざなどで、柔道整復師の施術を受けたとき
- ・病気やけがで移動が困難な方が生命に危険および、かつ医師の指示により転院などの移送に費用がかかったとき

※申請には、領収書や医師の証明、診療報酬明細書など診療内容が確認できる書類等が必要になります。

○葬祭費

被保険者が亡くなった場合、申請により葬祭を行った方に5万円が支給されます。

○ぎふ・すこやか健診

生活習慣病の早期発見・早期治療を目的として、健康診査を広域連合の委託を受けて実施しています。受診は、町で実施する各地区巡回健診またはお近くの医院等になります。

○ぎふ・さわやか口腔健診

口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防し健康増進を図るため、広域連合の委託を受けて実施しています。受診は、お近くの歯科医院等になります。