

保険料

保険料は所得額等を基に毎年度計算され、被保険者一人一人に納めていただきます。保険料を決める基準(保険料率)は2年ごとに見直しされ、都道府県ごとに決められます。年度途中から加入した場合、加入月から計算され、年度途中で資格を喪失した場合の喪失月は計算されません。

令和6年度保険料の計算方法

$$\begin{matrix} \text{年間保険料額} \\ \text{(限度額80万円)}^{(*)} \\ \text{※100円未満切捨て} \end{matrix} = \begin{matrix} \text{均等割額} \\ \text{1人当たり} \\ \text{47,400円} \end{matrix} + \begin{matrix} \text{所得割額} \\ \text{賦課のもととなる所得}^{[注8]} \times \text{所得割率}^{(**)} \\ \text{9.28\%} \end{matrix}$$

【令和6年度における特例】 ※1 令和6年3月以前に加入した方は、限度額73万円となります。
 ※2 賦課のもととなる所得は、前年の総所得金額、山林所得金額、他の所得と区分して計算される所得の金額(退職所得以外の分離課税の所得金額、土地・建物や株式等の譲渡所得などで特別控除後の金額)の合計から、基礎控除額(最大43万円)を控除した金額です。(ただし、繰越純損失額は控除されますが、繰越雑損失額は控除されません。)

[注8] 賦課のもととなる所得とは、前年の総所得金額、山林所得金額、他の所得と区分して計算される所得の金額(退職所得以外の分離課税の所得金額、土地・建物や株式等の譲渡所得などで特別控除後の金額)の合計から、基礎控除額(最大43万円)を控除した金額です。(ただし、繰越純損失額は控除されますが、繰越雑損失額は控除されません。)

保険料の軽減

均等割額の軽減対象判定基準

同一世帯内の被保険者および世帯主(被保険者ではない方も含む)の所得の合計額により判定されます。

均等割額軽減割合	同一世帯内の被保険者および世帯主の所得の合計額	軽減後の均等割額
7割軽減	43万円+{10万円×(給与所得者等 ^(※) の数-1)}以下の世帯	14,220円
5割軽減	43万円+(29万5千円×世帯の被保険者数)+{10万円×(給与所得者等 ^(※) の数-1)}以下の世帯	23,700円
2割軽減	43万円+(54万5千円×被保険者数)+{10万円×(給与所得者等 ^(※) の数-1)}以下の世帯	37,920円

※給与所得者等とは、右記のいずれかに該当する方です。
 ・給与収入が55万円を超える方
 ・65歳未満で公的年金等の収入が60万円を超える方
 ・65歳以上で公的年金等の収入が125万円を超える方

保険料の納め方

原則年金から差し引かれる特別徴収です。

ただし、以下の場合は納付書や口座振替(普通徴収)で納めます。

- 年金受給額が年額18万円未満の方や、介護保険と合わせた保険料が年金の2分の1を超える方
- 年度の途中で後期高齢者医療制度に加入した方やお住まいの市町村が変わった方(しばらくの間)

なお、ご希望により、特別徴収による納付方法を口座振替に変更することができます。

新たに口座振替をご希望する場合は、お手続きが必要です。

国民健康保険料(税)を口座振替で納めていた場合も、口座の情報は引き継がれませんので、引き続き口座振替をご希望する場合には、お手数ですが手続きをお願いいたします。

※手続き方法などの詳細は、お住いの市区町村の担当窓口へお問い合わせください。
 ※保険料の詳細は、保険料決定通知書に同封の「後期高齢者医療保険料のお知らせ」をご覧ください。

災害や収入減少などの理由により減免を受けられる場合があります。

- 災害で、住宅や家財に著しい損害を受けた場合
- 世帯主の死亡や失業などで、収入が著しく減少した場合

こんなときは必ず届け出を

こんなときに	届け出に必要なもの
ほかの市区町村に転出するとき	保険証
ほかの市区町村から転入してきたとき	負担区分証明書
生活保護を受けるようになったとき	保険証、保護開始決定通知書、マイナンバーがわかるもの
生活保護を受けなくなったとき	保護廃止決定通知書、マイナンバーがわかるもの
死亡したとき(葬祭費支給申請など)	保険証、その他(詳しくは各市区町村の担当窓口にお問い合わせください)
保険証をなくしたり、汚れて使えなくなったとき	身分を証明するもの、保険証(お持ちの方)、マイナンバーがわかるもの
65歳以上75歳未満で一定の障害のある方が加入しようとするとき(脱退しようとするときも必要です)	現在の保険証、国民年金証書・各種手帳(身体障害者・療育・精神障害者保健福祉)など障害の程度が確認できる書類、マイナンバーがわかるもの

※上記以外のものが必要になる場合があります。

第三者の行為(交通事故等)でケガや病気になったとき

交通事故など、第三者(他人)の行為によってケガをしたり、病気になった場合でも、届け出をすることで保険の適用を受けられます。この場合、本来は第三者(加害者)が負担すべき医療費を、広域連合がいったん立て替え、後から加害者に立て替えた医療費を請求します。必ず市区町村の担当窓口へ届け出てください。

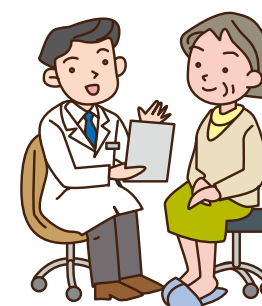
- ①公的身分証明書②交通事故証明書(交通事故の場合のみ。警察に届け出て、受け取ってください。)を持ち、市区町村の担当窓口で「**第三者行為による傷病届**」の手続きをしてください。



健康診査を受けましょう

お住まいの市区町村で無料の健康診査を受診することができます。実施期間などの詳細については、お住まいの市区町村の担当窓口にお問い合わせください。

- 1年に1回は健康診査を受ける。病気を早期に発見するため、定期的な健康診査を心がけましょう。
- 再検査・精密検査の必要があれば必ず受ける。病気が重症化する前に早期治療を行いましょう。
- 自分の健康診査結果の内容を知っておく。健康診査の結果には必ず目を通して、自分の健康状態をしっかり把握しておきましょう。



宮城県後期高齢者医療広域連合

〒980-0011 仙台市青葉区上杉一丁目2番3号 電話 022-266-1021 FAX 022-266-1031
 ホームページ <http://www.miyagi-kouiki.jp/>

令和6年8月からの後期高齢者医療制度のお知らせ

この制度は皆さまからの保険料のほか、現役世代からの支援金等により運営されています。

対象となる方

75歳以上の方が対象です(65歳以上75歳未満の方で一定の障害があり、広域連合の認定を受けた方も加入することができます。)。対象となる方は、それまで加入していた国民健康保険や会社の健康保険などから、自動的に後期高齢者医療制度に移行します。

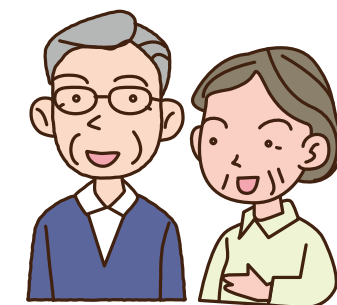
窓口負担の割合(2ページ)

医療費の窓口負担割合は、前年の所得に応じて、1割、2割、3割のいずれかとなります(一人でも高い負担割合の被保険者がいる世帯は、世帯の被保険者全員が高い負担割合に統一されます。)。

保険料(5ページ)

保険料は、個人ごとに計算され、お一人お一人に納めていただきます。

※会社の健康保険などに加入していた本人が後期高齢者医療制度に加入した場合、その被扶養者だった方も会社の健康保険などの資格を喪失しますので、新たに市町村の国民健康保険や別の会社の健康保険などに加入する手続きが必要です。
 ※国民健康保険に加入していた本人が後期高齢者医療制度に加入した場合、同じ世帯の国民健康保険の方は手続きの必要はありません。

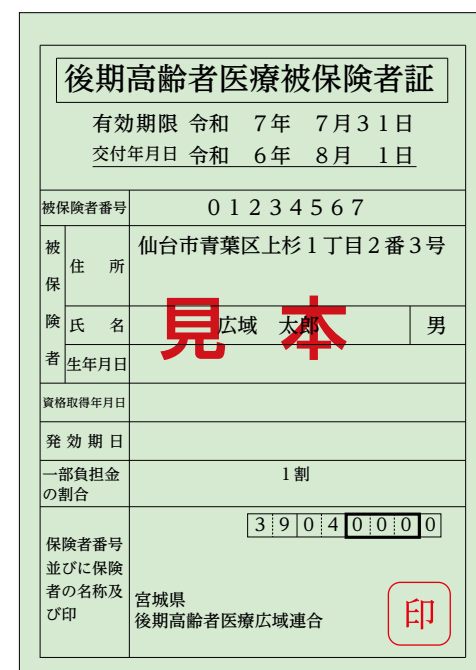


被保険者証(保険証)

- 75歳になる誕生日までに保険証が交付されます。
- 保険証は1人に1枚交付されます。
- 医療機関等にかかるときは、忘れずに窓口へ提示しましょう。
- 保険証は、なくさないように大切に保管しましょう。
- 記載内容に間違いがあるときや、なくしたり破れたりしたときは、市区町村の担当窓口へ届け出てください。
- 資格がなくなった場合や窓口負担の割合が変更になった場合は、有効期限前でも、市区町村の担当窓口へすぐに返却してください。

令和6年12月2日以降、紙の保険証は発行しませんが、お手元の保険証は有効期限(令和7年7月31日)まで使用できます。

⚠️ 保険証のだまし取り、振り込め詐欺、不審な訪問・電話などには十分ご注意ください。



宮城県後期高齢者医療広域連合

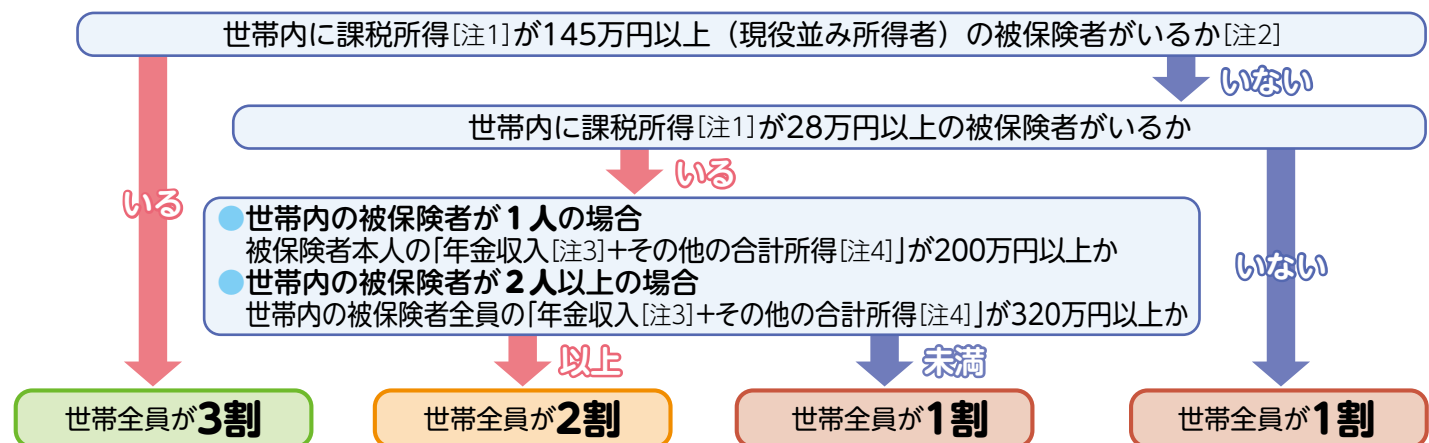
医療機関等にかかるとき

窓口負担の割合(医療費の自己負担)

- 窓口負担割合は、8月から翌年7月までを年度(区切り)とし、毎年8月にその年度の課税所得〔注1〕(前年1月から12月までの収入に係る所得)等によって判定されます。
- 1人でも高い負担割合の被保険者がいる世帯は、世帯の被保険者全員が高い負担割合に統一されます。
- 1人でも高い負担割合の被保険者が加入した世帯は、世帯の被保険者全員が高い負担割合に統一されます。
- 被保険者や世帯員の異動(転入、転出、死亡など)により変更になる場合があります。

窓口負担の判定方法

※住民税非課税世帯の方は、以下の判定によらず**1割負担**となります。



負担割合	所得区分(適用区分)	対象者
3割	現役並み所得者	負担割合が3割となった被保険者がいる世帯の方
	(現役Ⅲ)	課税所得〔注1〕690万円以上の被保険者がいる世帯の方
	(現役Ⅱ)	課税所得〔注1〕380万円以上690万円未満の被保険者がいる世帯の方
2割	(現役Ⅰ)	課税所得〔注1〕1145万円以上380万円未満の被保険者がいる世帯の方
	一般Ⅱ	住民税課税世帯で、現役並み所得者に当てはまらない方(上のフローチャートで2割となった方)
1割	一般Ⅰ	住民税課税世帯で、現役並み所得者に当てはまらない方(上のフローチャートで1割となった方)
	低所得Ⅱ(区分Ⅱ)	住民税非課税世帯で、低所得Ⅰ以外の方
	低所得Ⅰ(区分Ⅰ)	住民税非課税世帯で、次のいずれかに該当する方 ●世帯全員の所得(年金の場合は、年金収入から80万円を差し引いた額。給与の場合は、給与所得から10万円を差し引いた額)が0円となる方 ●高齢福祉年金を受給している方

現役Ⅰ・Ⅱに該当する方
限度額適用認定証
を申請できます〔注5〕

現役Ⅰ・Ⅱまたは区分Ⅰ・Ⅱに該当する方は、お住まいの市区町村の担当窓口にて認定証を申請し、保険証と一緒に医療機関等に提示することで、支払額を右の表に応じた自己負担限度額に留めることができます。

※医療機関等においてオンライン資格確認が導入されている場合、認定証の提示が不要となる場合があります。

区分Ⅰ・Ⅱに該当する方
限度額適用・標準負担額減額認定証(減額証)
を申請できます〔注5〕

〔注1〕「課税所得」とは、総所得金額等から各種所得控除を差し引いて算出される額で、住民税(市町村民税)の通知に記載されています(確定申告書では確認できません)。「課税標準額」や「課税される所得金額」と記載されている場合もあります。

〔注2〕課税所得145万円以上であっても、以下の条件のいずれかに該当する場合は現役並み所得者の対象外となり、「いない」に進みます。
①昭和20年1月2日以降生まれの被保険者及び同一世帯の被保険者で、保険料の「賦課のもととなる所得」(5ページ参照)の合計額が210万円以下の場合
②所得税法上の収入金額が以下の条件を満たす場合
・世帯内の被保険者が1人の場合 → 383万円未満(383万円以上で世帯内に70歳以上75歳未満の方がいる場合は、その方との収入合計額が520万円未満)
・世帯内の被保険者が2人以上の場合 → 収入合計額が520万円未満

〔注3〕「年金収入」には遺族年金や障害年金は含まれません。
〔注4〕「その他の合計所得金額」とは、事業収入や給与収入等から必要経費や給与所得控除等を差し引いた後の金額のことです。
〔注5〕当該証の交付は令和6年12月1日までです。令和6年12月2日以降は以下のとおりです。
・マイナンバーカードの保険証利用登録をしている場合、マイナンバーカードが当該証の機能を有するため申請は不要です。
・マイナンバーカードの保険証利用登録をしていない場合、申請すると当該証の機能を有する資格確認証が交付されます。

高額療養費制度

1日から末日までの同一月に、複数の医療機関等で支払った自己負担額の合計額が、下表の自己負担限度額を超えた場合は、その限度額を超えて支払った額が「高額療養費」として支給されます。

- 対象となる方には、診療を受けた月の約3か月後に広域連合から申請のご案内をお送りしますので、必要事項を記入のうえ、市区町村の担当窓口にて申請してください。
- 2回目以降、該当した場合は、初回に指定された口座に自動的に振り込みます。口座変更を希望する場合は、市区町村の担当窓口での手続きが必要となります。

※対象となる診療は、保険医療機関や保険薬局、指定訪問看護事業者などで受けた保険診療です。入院時の食事代や保険が適用にならないもの(差額料や予防接種など)は対象外です。

外来年間合算制度

所得区分が一般(低所得区分であった月も含む)に該当する場合で、8月から翌年7月までの1年間に外来診療で支払った自己負担額(月ごとの高額療養費支給分を除いた額)が、年間上限144,000円を超えた場合は、その上限を超えて支払った額が支給されます。

- 高額療養費が振り込まれている口座と同じ口座に自動的に振り込みますので、基本的に申請は不要です。
- 申請が必要となる方には、広域連合から申請のご案内をお送りします。

自己負担限度額(月額)

所得区分(適用区分)		外来(個人)	外来+入院(世帯)	認定証の申請
現役並み所得者	(現役Ⅲ)	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% <140,100円>		×
	(現役Ⅱ)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% <93,000円>		○
	(現役Ⅰ)	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% <44,400円>		○
一般Ⅱ		①または②の低いほうを適用 ①18,000円 ②6,000円+(総医療費-30,000円)×10% (年間上限144,000円) ※②は令和7年9月30日までの配慮措置です。	57,600円 <44,400円>	×
	一般Ⅰ	18,000円(年間上限144,000円)		×
低所得Ⅱ(区分Ⅱ)		8,000円	24,600円	○
低所得Ⅰ(区分Ⅰ)			15,000円	○

※()内の額は、直近12か月以内に、外来+入院(世帯)の高額療養費が3回以上該当した場合の、4回目以降の限度額です。ただし、宮城県後期高齢者医療に加入する前の高額療養費は回数に含めません。
※外来+入院(世帯)の限度額は、同一世帯の後期高齢者医療の被保険者の自己負担額を合算して算出します。
※認定証の申請が「×」の場合、保険証のみで自己負担限度額の適用を受けられるため、認定証の申請は不要です。
※心身障害者医療費助成を受けている方は、自己負担限度額までの医療費は市町村から支給となります。
※認定証は申請した月の1日からの証が発行され、遡りできませんのでご注意ください(申請した月の途中で資格を取得または転入した場合、資格取得日、転入日からの証となります)。
※月の途中で75歳の誕生日を迎えた月(1日生まれの方を除く)の自己負担限度額は、それまで加入していた医療保険と、新たに加入した後期高齢者医療制度の両方の限度額が、それぞれ半額となります(限度額は個人ごとに適用します)。

入院したときの食事代

入院時食事代の標準負担額(指定難病患者以外)

所得区分(適用区分)	1食あたりの食事代(自己負担)
現役並み所得者または一般	490円
低所得Ⅱ(区分Ⅱ)	90日までの入院 → 230円 91日からの入院〔注6〕 → 180円
低所得Ⅰ(区分Ⅰ)	110円

入院したときは、医療費とは別に左記の標準負担額をご負担いただけます。

※区分Ⅰ・Ⅱに該当する方は、「減額証」の提示が必要です。

〔注6〕過去12か月の入院日数の合計。ただし、区分Ⅱの認定を受けている期間に限ります。適用を受けるためには、改めて申請が必要です。申請した日から自己負担額が180円となります。

特定疾病の治療を受けるとき

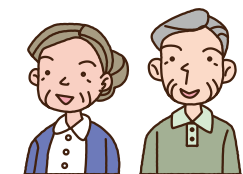
厚生労働大臣が指定する特定疾病〔注7〕の場合の自己負担限度額(月額)は10,000円です。特定疾病の適用を受けるには「特定疾病療養受療証」が必要になりますので、事前に市区町村の担当窓口にて申請してください。なお、治療を受ける際は、保険証と一緒に医療機関等の窓口にて提示してください。

- 〔注7〕
- 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全
 - 血友病(血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅳ因子障害、または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害)
 - 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限る)

高額介護合算療養費制度

同一世帯の被保険者で、医療費自己負担額と介護サービス費自己負担額を年間で合算し、右記の基準額を超えた場合、その超えた額が501円以上の時に支給します。なお、該当する場合は申請書をお送りします。

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



合算する場合の基準額(年額・8月~翌年7月)

所得区分(適用区分)	基準額	
現役並み所得者	(現役Ⅲ)	212万円
	(現役Ⅱ)	141万円
	(現役Ⅰ)	67万円
一般Ⅱ・Ⅰ	56万円	
低所得Ⅱ(区分Ⅱ)	31万円	
低所得Ⅰ(区分Ⅰ)	19万円	

あとから払い戻しを受けられるとき

次のような場合は、いったん窓口で全額を自己負担しますが、市区町村の担当窓口にて申請して広域連合が必要と認めた場合、自己負担分を除いた額の払い戻しを受けることができます。

〔申請に必要なもの:保険証、通帳、マイナンバーがわかるもの〕

こんなとき	申請に必要な書類
医師が疾病などの治療を行う上で、必要と認めたコルセットなどの治療用器具を作ったとき	●医師の意見書 ●領収書 ●内訳書
急病やけがなどで、保険証を提示せずに治療を受けたことがやむを得ないと認められたとき ※単に保険証を忘れた場合などは対象となりません。	●診療報酬明細書(レセプト) ●領収書
海外渡航中に、急病やけがなどでやむを得ず治療を受けたとき ※治療目的での渡航や日本国内で保険適用となっていない治療は対象になりません。	●診療内容明細書 ●領収書 ●日本語翻訳文

こんな時の費用も給付が受けられます

●移送費

負傷、疾病等により、移動が困難な被保険者が、医師の指示により治療上必要であり、緊急でやむを得ず別の病院に移送されたときなどで、申請内容を広域連合が審査のうえ認めた場合に限り移送費を支給します。

【移送費として認められない事例】

リハビリ・長期療養(入院加療)目的等での転院、ベッド不足、自己・家族の都合による転院、検査・画像診断などの一時的な移送、通院・退院時の移送 など
※救急車の搬送が基本となるため、緊急性がないものは認められません。

〔申請に必要なもの:医師の意見書、領収書、保険証、通帳、マイナンバーがわかるもの〕

●葬祭費

被保険者が亡くなり、葬祭(火葬のみの場合も含む)を執り行った方には申請により5万円を支給します。
〔申請に必要なもの:会葬礼状など葬祭を執り行った方であることが確認できるもの、通帳〕