

わたしたちの 国民健康保険

国保のしおり

40歳からの健康づくりに年に1回の特定健診をご活用ください。
(特定健康診査 15ページ参照)

令和6年度版

この内容は令和6年4月1日現在のものです。

マイナンバーカードが
健康保険証として利用できます。

(19、20ページ参照)

保険証と国保のしおりは 大切に保管しましょう



発行

■高知県・県内各市町村

■高知県医師国民健康保険組合

編集

■高知県国民健康保険団体連合会

国保のしおり

もくじ

●国保制度について	1
●国保のしくみ	2
●加入と脱退の手続きについて	3
●国保料(税)は 忘れずに必ず納めましょう	4
●給付について	6
●医療費の一部負担金の減免制度	7
●食事代及び居住費	8
●交通事故等にあったとき	9
●海外療養費	9
●高額療養費制度(69歳以下の方)	10
●高額療養費制度 (70歳以上74歳以下の方)	12
●医療保険と介護保険を合わせた 自己負担が高額になったとき	14
●特定健康診査・特定保健指導を 受けましょう	15
●ご存じですか?後発医薬品 (ジェネリック医薬品)	16
●お薬に関するお知らせを お送りしています	16
●「ポリファーマシー」をご存じですか?	17
●セルフメディケーションと OTC医薬品の普及について	18
●リフィル処方箋について	18
●マイナンバーカードが 健康保険証として利用できます	19
●医療費の動き	21

みんなの保険料(税)で支える地域医療 保険制度が国保です

私たちは毎日元気で暮らしたいと思っていますが、病気になったりケガをすることがあります。国民健康保険は、こんなときに治療費などのいろいろな給付が受けられることにより、毎日を安心して暮らしていくための大切な社会保障制度です。

わが国では、大切な健康と暮らしを守るために、すべての人々が何らかの医療保険に加入することになっています。職場の健康保険や共済組合等に加入している方、後期高齢者医療の対象の方、生活保護を受けている世帯の方以外は必ず国保に加入することになっており、みなさまの納める国保料(税)や国からの補助金等で運営しています。

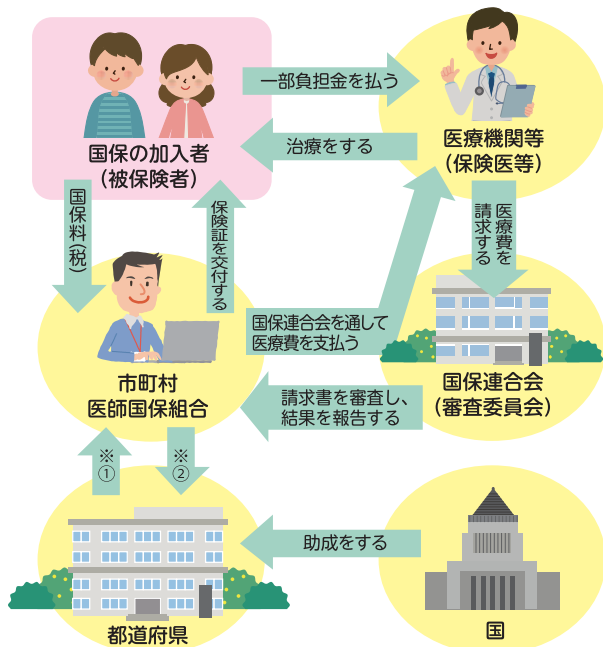
国保制度について

国保は、被保険者の年齢構成が高く医療費が多くかかることなど構造的な課題を抱えているため、厳しい財政運営が続いています。

このため、国保財政の安定的な運営を行い、国保制度を維持するために、高知県と市町村が一体となって国保を運営しています。

★県は財政運営などについて中心的な役割を担い、市町村は住民の身近な窓口として、保険証の発行や国保料(税)の賦課徴収、保健事業などを行います。

国保のしくみ



※① 給付に必要な費用を交付する

※② 国保運営などに要する費用を納付する(医師国保組合は除く)

保険証は正しく使いましょう

●貸し借りは禁止です

保険証の貸し借り等、不正に使用した場合は刑法で罰せられることがあります。

●勝手に書き替えないようにしましょう

記載内容を勝手に書き替えたり、書き足したりすると無効になります。

●受診時は必ず提示をしましょう

医療機関等を受診するときは保険証を提示しましょう。
また受診後は領収書と診療明細書をもらいチェック・保管をしましょう。

※マイナンバーカードを保険証等として利用できる医療機関や薬局では、マイナンバーカードでの受診が可能です。

※マイナンバーカードを利用できない医療機関等では、保険証の提示が必要です。

※マイナンバーカードが利用できるか分からない場合には、受診される医療機関等へ事前にお問い合わせください。

加入と脱退の手続きについて

国保は、一人ひとりが加入者です。加入手続きは世帯ごとに世帯主（医師国保組合は組合員）がまとめて行い、1人に1枚ずつ保険証（カード）が交付されます。

なお、加入や脱退は14日以内に必ず届け出をしてください。（詳しくは裏表紙をご覧ください）

国保に加入する日	国保を脱退する日
①他の市町村から転入した日	①他の市町村へ転出した日 （ただし、海外への転出はその翌日）
②職場の健康保険等が切れた日 （退職した日の翌日）	②職場の健康保険等へ加入した日の翌日
	③死亡した日の翌日
③出生した日	④生活保護を受け始めた日
④生活保護を受けなくなった日	⑤後期高齢者医療の対象となった日の翌日 ※1

※1 75歳の誕生日を迎え、新たに後期高齢者医療の対象となった方は届け出の必要はありません。

◆国保資格喪失後に受診すると

脱退する日（他市町村の国保や職場の健康保険等）に加入された方はその加入日以後に国保で治療を受けた場合は、国保で負担した医療費を返還していただくことになります。

入院・手術等で受診された場合は返還する医療費が高額になる場合がありますのでご注意ください。

なお、国保に返還した医療費は、原則本来の保険者等に療養費として請求できます。

◆他の健康保険へ切り替え手続き中の受診は

職場の健康保険等の保険証は加入日より遅く交付されることがありますが、国保の保険証は加入日から使用できません。保険証が交付される前に受診するときは、医療機関の窓口へ保険の切り替え手続き中であることを申し出てください。

◆健康保険証廃止後に異動した場合

①マイナ保険証をお持ちの方

負担割合等を記載した「資格情報のお知らせ」が交付されます。オンライン資格確認の義務化対象外の医療機関等においては、マイナ保険証と「資格情報のお知らせ」を提示することで受診が可能となります。

②マイナ保険証をお持ちでない方

原則、「資格確認書」が交付され、これにより医療機関等での受診が可能となります。

国保料(税)は忘れず

国保料(税)は国保の重要な財源です

国保の財源は①みなさまの納める国保料(税)②国からの補助金等③病気やケガで病院等にかかったときに窓口で支払う一部負担金です。国保はみなさまの国保料(税)で支えられています。

国保料(税)は必ず納期限までに納めましょう。

国保料(税)は前年の所得を基に計算されます

令和6年度の国保料(税)は、令和5年1月から12月までの所得を基に計算されます。

※一定の所得基準を下回っている世帯は、国保料(税)の7・5・2割の軽減措置があります。また、未就学児のいる世帯では、未就学児に係る均等割額が5割軽減されます。

※産前産後の国保料(税)の免除について
届出により出産する予定または出産した被保険者の所得割・均等割のうち、産前産後期間相当分の4カ月分(多胎妊娠の場合は6カ月分)が免除されます。

国保料(税)は加入資格のできた月から発生します

加入や転入の届け出が遅れると、加入資格のできた月や転入月までさかのぼって、国保料(税)を納付しなければなりません。

他の市町村から
転入したとき



転入した日から国保料(税)
納付義務が発生

退職により職場の
健康保険等が切れた
とき



退職した日の翌日から国保
の加入資格と国保料(税)納
付義務が発生

国保料(税)は、こうして決められます



1年間の
国保料(税)

=

世帯単位で計算し世帯主に賦課(課税)されます

に必ず納めましょう

40歳から64歳までの方は介護保険分が含まれます

介護保険制度への負担として、40歳から64歳までの方は介護保険分も合わせて国保料(税)として納付することになります。(※医療保険分と介護保険分を分けて納付することはできません)

質問

今のところ元気で、治療を受ける必要はないのに、それでも国保料(税)を納めないといけないの？

答え

はい。必ず納めてください。たとえ今は元気で、いつ病気になるかわかりません。万一病気になると多額の医療費が必要になることもあります。

国保は、そのようなとき心配なく治療を受けられる制度です。みなさまがそれぞれの収入等に応じて国保料(税)を出し合い、助け合っていこうというのが国保の理念でもあるのです。

質問

いつまでも滞納しているとどうなるの？

答え

特別な理由がなく納期限から1年を経過しても滞納を続け、納税相談にも応じない場合は、保険証の返還を求めることになります。

その場合、病院にかかった際は医療費をいったん全額自己負担し、後で領収書を添付し、国保へ払い戻し(法定給付分)の申請をすることになります。

平等割

+

均等割

+

所得割

+

資産割

一世帯に対してかかる金額

世帯の中で、国保の被保険者数に対してかかる金額

世帯の中で、国保の被保険者の所得に対してかかる金額

世帯の中で、国保の被保険者の資産に対してかかる金額

※各市町村等によって、資産割がないなど組み合わせ方が違います

給付について

こんなときに給付が受けられます

- **病気やケガをしたとき** (故意の場合等は、一部制限されます)
病気やケガで治療を受けるとき、保険証を提示することにより、一部負担金を支払うだけで、医療サービスを受けることができます。
- **出産したとき**
国保の被保険者が出産（妊娠85日以上の子死産・流産を含む）したときは、出産育児一時金が支給されます。
※国保から医療機関等への直接支払制度があります。
- **死亡したとき**
国保の被保険者が死亡したときは、葬祭を行った方に葬祭費が支給されます。
- **医療費が高額になったとき** (詳しくは10～13ページ参照)
医療機関等に支払った自己負担額が一定の限度額を超えたとき、申請をして認められると、高額療養費として後で支給されます。
- **療養費の支給**
次の場合は、いったん全額を自己負担することになりますが、申請により審査で認められた保険給付分が支給されます。

保険証が 使えなかったとき	国内の旅先などで急病やケガで治療を受け、医療費の全額を支払ったとき等
海外療養費 (詳しくは 9ページ参照)	海外渡航中に急病やケガで治療を受け、医療費の全額を支払ったとき(ただし、日本国内で保険診療として認められている治療に限る)
治療用補装具 輸血用生血代	医師が必要と認めた輸血のための生血代やコルセット等の補装具代
柔道整復師の 施術料	骨折やねんざ等で、国保の取扱をしていない施術所で施術を受けたとき
はり、きゅう、 マッサージの 施術料	国保の取扱をしていない施術所において、医師の同意により、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症等の治療で、あんま、はり、きゅう、マッサージ等の施術を受けたとき
移 送 費	移動が困難な患者が医師の指示により一時的、緊急的な必要性があつて移送されたとき等

※領収書や明細書等の必要書類が各々異なりますので、詳しくは市町村等の国保の係へお問い合わせください。

●請求の期限

治療費の支払いの翌日から2年、または出産・葬祭を行った日の翌日から2年を過ぎると各種給付は受けられません。

●訪問看護

病気やケガにより居宅で継続した療養をしていて、かかりつけの医師が必要と認めた場合、指定訪問看護事業者（訪問看護ステーション）の看護師等から訪問看護を受けます。

訪問にあたっての実費（交通費、物品代等）は利用者負担となります。

年齢によって自己負担割合が異なります

義務教育就学前		2割負担
義務教育就学から69歳以下		3割負担
70~74歳	住民税課税所得が145万円以上の方がいる世帯 ※1 ※2	3割負担
	住民税課税所得が145万円未満の方のみの世帯	2割負担

※1 70歳以上の国保加入者の収入合計額が、単身世帯で「383万円未満」、複数世帯で「520万円未満」であれば2割負担となります。
ただし、収入が不明な世帯については申請が必要です。

※2 世帯に属する70歳以上の被保険者に係る旧ただし書所得の合計が210万円以下の場合、負担割合が「2割」になります。
【旧ただし書所得】＝総所得金額等－基礎控除（43万円）
【合計所得金額が2,400万円を超える場合は基礎控除額が異なります。】

医療費の一部負担金の減免制度

国保の被保険者が次のような理由により、医療費の支払いが困難と認められるときは、世帯主の申請により医療費の一部負担金（窓口負担）について、減額・免除・徴収猶予が受けられる場合があります。

●減免等の要件

- ①震災、風水害、火災等により資産に重大な損害を受けたとき
- ②災害による農作物の不作、不漁等により収入が著しく減少したとき
- ③事業または業務の休廃止、失業等により収入が著しく減少したとき

●適用期間

審査の結果、認められた場合は1カ月（暦月）を単位として3カ月を限度とし、適用されます。

※具体的な減免の基準は市町村等によって異なります。詳しくはお住まいの市町村等の国保の係にお問い合わせください。

食事代及び居住費

食事代及び居住費の標準負担額

入院中の食事代及び居住費は、定額負担です。

65歳以上の方が療養病床に入院した場合は、食事代とは別に下表のとおり居住費を合わせて負担することになります。

住民税非課税世帯の方は原則、「食事療養(兼生活療養)標準負担額減額認定証(69歳以下の方)」または「限度額適用・標準負担額減額認定証(70歳以上74歳以下)」の交付を申請し、医療機関に提示することにより食事代が減額されます。

※1 マイナンバーカードを保険証として利用できる場合は、本人同意があれば、マイナンバーカードでの確認が可能です。

所得区分 ※2	一般病床に 入院のとき	65歳以上の方が 療養病床に入院のとき ※3		
		医療の 必要性の 高い者	医療の 必要性の 低い者	居住費 (1日)
	食事代(1食)	食事代(1食) ※4		
一般 (住民税課税世帯の方)	490円 ※5	生活療養(Ⅰ) 490円		370円
		生活療養(Ⅱ) 450円		
	才及び 区分Ⅱ	入院90日目まで:230円		
入院91日目以降:180円 ※6				
住民税非課税世帯の方	区分Ⅰ	110円		

※2 一般:74歳以下の住民税課税世帯の方、オ及び区分Ⅱ:住民税非課税世帯の方(11ページ 所得区分オ)及び12ページ ※2 所得区分Ⅱ 参照)、区分Ⅰ:70歳以上74歳以下の方で区分Ⅰの世帯の方(12ページ ※3参照)

※3 境界層に該当する場合は、医療の必要性に関わらず、食事代110円、居住費0円になります。

※4 生活療養(Ⅰ)又は(Ⅱ)は医療機関によって異なります。

※5 所得区分一般に該当する方で、①～②のいずれかに該当する場合は280円になります。

①指定難病の患者 ②小児慢性特定疾病患者

※6 入院日数が90日を超えた場合、長期入院該当の申請が必要となります。申請日の翌月の初日が適用日となります。

交通事故等にあったとき

届け出はすみやかに

交通事故やケガ、食中毒など、第三者（相手）の行為によるケガ等の治療を国保で受診する場合は、医療機関等の窓口へ申し出るとともに、必ずすみやかに市町村等の国保の係へ届け出をしてください。

国保は一時立替払い

交通事故等でケガをし、その原因が第三者にある場合、これに伴う治療費は本来第三者が支払わなければなりません。しかし、国保では「被保険者の治療を受ける権利」を保障するということから、一時保険給付を行い、後から保険者（市町村等）が立て替えた治療費を第三者に請求することになります。



示談は慎重にしましょう

国保に届け出る前に示談が成立してしまうと、国保が第三者に請求できなくなる場合があります。示談をする前に必ず国保の係にご相談ください。

海外療養費

海外渡航中、急病やケガでやむをえず現地の医療機関で治療を受けた場合、申請により医療費の一部が支給されます。

支給対象

日本国内で保険診療として認められている治療に限ります。

※はじめから治療目的で海外へ渡航した場合は原則対象外ですが、一定の条件を満たしたうえで海外で行う臓器移植については支給対象となる場合がありますので、事前に市町村等の国保の係にご相談ください。

申請に必要なもの

- ①保険証 ②診療内容明細書・領収明細書
- ③上記明細書等の日本語翻訳文
- ④渡航確認書類 ⑤世帯主の預金口座番号
- ⑥調査に関わる同意書（⑦印かん）

※必要書類等を市町村等の国保の係で確認しておくことをおすすめします。



高額療養費制度〔69歳以下の方〕

後期高齢者医療制度で医療を受ける方は除く

自己負担額が高額になったとき

医療機関等に支払った自己負担額が一定の限度額を超えた場合、後から払い戻しされます。払い戻しには申請が必要で、認められると高額療養費として支給されます。自己負担の限度額は69歳以下の方と70歳以上74歳以下の方で異なります。

●申請に必要なもの ①保険証 ②世帯主の預金口座番号 ③領収書 ④印かん

※申請前に市町村等の国保の係で必要書類等についてご確認ください。

※原則、治療を受けた日の翌月1日から2年を過ぎると申請できません。

限度額適用認定証を提示すると

69歳以下の方が保険診療を受けた場合、窓口で保険証と一緒に「限度額適用認定証」を提示することにより、一医療機関での支払いを自己負担限度額までにすることができます。

自己負担限度額は所得区分によって異なりますので、事前に市町村等の国保の係へ「限度額適用認定証」の交付を申請してください。

※国保料(税)の納付状況により、交付できない場合があります。

※マイナンバーカードが保険証として利用できる病院等で本人の同意があれば認定状況が確認できるため、限度額適用認定証の提示が不要となる場合があります。

計算例

総医療費100万円 自己負担割合3割の場合

〔計算式〕 自己負担額－自己負担限度額＝高額療養費支給額

所得区分		自己負担額	自 己
ア	901万円超	100万円×3割＝30万円	252,600円＋(100
イ	600万円超～901万円以下	100万円×3割＝30万円	167,400円＋(100
ウ	210万円超～600万円以下	100万円×3割＝30万円	80,100円＋(100
エ	210万円以下	100万円×3割＝30万円	
オ	住民税非課税世帯	100万円×3割＝30万円	

高額療養費の計算は

●受診者ごとに計算します。

●医療機関ごとに計算します。(入院、外来、歯科は別計算)

ただし、院外処方箋により薬局で支払った自己負担額は、処方箋を交付した医療機関での自己負担額と合算します。

次のような特例もあります

世帯合算

同一の世帯で、同月内に医療機関の別・入院ごと・外来ごとの医療費の自己負担額が21,000円以上の場合が2回以上あり、それらの額の合算額が自己負担限度額を超えた場合は、申請によりその超えた分が支給されます。

自己負担限度額(月額)(国保世帯単位 C)(13ページ参照)

所得区分(※1)		限度額	多数該当(※2)	限度額適用認定証 標準負担額 減額認定証
ア	901万円超	252,600円+ (総医療費-842,000円)×1%	140,100円	
イ	600万円超～ 901万円以下	167,400円+ (総医療費-558,000円)×1%	93,000円	
ウ	210万円超～ 600万円以下	80,100円+ (総医療費-267,000円)×1%	44,400円	
エ	210万円以下	57,600円	44,400円	
オ	住民税 非課税世帯	35,400円	24,600円	

※1 世帯に属するすべての国保被保険者の基礎控除後の所得を合算した額。未申告者のいる世帯は901万円超の世帯とみなされることがあります。

※2 同じ世帯で直近12か月に3回自己負担限度額に達する診療月があった場合の4回目以降の限度額。

★同一県内での住所異動の場合は、一定の基準により回数が通算されます。
(70歳以上74歳以下の方も同様)

負担限度額	高額療養費支給額
万円-842,000円)×1%=254,180円	30万円-254,180円= 45,820円
万円-558,000円)×1%=171,820円	30万円-171,820円=128,180円
万円-267,000円)×1%= 87,430円	30万円- 87,430円=212,570円
57,600円	30万円- 57,600円=242,400円
35,400円	30万円- 35,400円=264,600円

- 月の1日から末日まで、暦月ごとの受診について計算します。※3
 - 差額ベッド料や保険診療の対象とならないものは除きます。※3
 - 入院中に負担する食事代及び居住費の標準負担額は、高額療養費の自己負担額の計算には含まれません。※3
- ※3 70歳以上74歳以下の方も同様

特定疾病の場合

高額の治療を長い間続ける必要がある病気で、厚生労働大臣が認めるもの(血友病や人工透析が必要な慢性腎不全等)については、自己負担額は1か月1万円までです。ただし、人工透析を要する69歳以下の上位所得者(所得区分ア・イの方)は、1か月2万円までの負担となります。

高額療養費制度〔70歳以上74歳以下の方〕

後期高齢者医療制度で医療を受ける方は除く

自己負担限度額(月額)

所得区分		負担割合	外来 (個人単位 A)	外来+入院 (世帯単位 B)	
課税所得690万円以上 (現役並みⅢ)※1		3割	252,600円+ (総医療費－842,000円) × 1% (140,100円) ★		限度額適用認定証
課税所得380万円以上 690万円未満(現役並みⅡ)※1			167,400円+ (総医療費－558,000円) × 1% (93,000円) ★		
課税所得145万円以上 380万円未満(現役並みⅠ)※1			80,100円+ (総医療費－267,000円) × 1% (44,400円) ★		
一 般		2割	18,000円 (年上限144,000円)※4	57,600円 (44,400円) ★	限度額適用・標準負担額減額認定証
住民税非課税世帯	区分Ⅱ※2		8,000円	24,600円	
	区分Ⅰ※3			15,000円	

★()内は直近12か月に3回自己負担限度額に達する診療月があった場合の4回目以降の限度額です(同一県内間の異動の場合、一定の基準により回数が通算されます)。70歳以上74歳以下の方の外来にかかる個人単位 **A** による支給は、回数に含みません。

※1 現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲとは

一定以上の所得(課税所得が145万円以上)がある70歳以上74歳以下の国保被保険者のいる世帯に属する方。

※2 区分Ⅱとは

世帯主及び国保の被保険者全員が住民税非課税である世帯の方。

※3 区分Ⅰとは

世帯主及び国保の被保険者全員が住民税非課税で、かつ各所得が必要経費(年金の所得は控除額を80万円として計算)を差し引いたときに0円となる世帯の方。

※4 年上限144,000円とは

基準日(7月31日)時点の所得区分が、一般または住民税非課税世帯 区分Ⅰ・Ⅱに該当する場合は、計算期間(前年8月1日～7月31日までの期間)のうち、一般区分または住民税非課税世帯 区分Ⅰ・Ⅱであった月の1年間の外来療養の自己負担限度額の合計が144,000円を超えた場合に、その超えた金額を支給。

70歳以上74歳以下の高額療養費の計算は

- 外来の自己負担額は個人で合算し、外来の限度額を適用します。
- 入院を含む自己負担限度額は世帯内の70歳以上74歳以下の方で合算して計算します。
- 病院・診療所、歯科、調剤の区別なく合算して計算します。
- 住民税非課税世帯 区分Ⅰ・Ⅱの方は、あらかじめ「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を申請し（現役並みⅠ・Ⅱの方においては「限度額適用認定証」）、医療機関の窓口で提示することにより、医療機関ごとの支払いが自己負担限度額までとなります。提示がない場合、住民税非課税世帯区分Ⅰ・Ⅱの方は一般課税、現役並みⅠ・Ⅱの方は現役並みⅢの限度額が適用されます。一般課税、現役並みⅢの世帯の方は、「限度額適用認定証」「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付申請は不要です。

※マイナンバーカードが保険証として利用できる病院等で本人の同意があれば認定状況が確認できるため、限度額適用認定証等の提示が不要となる場合があります。

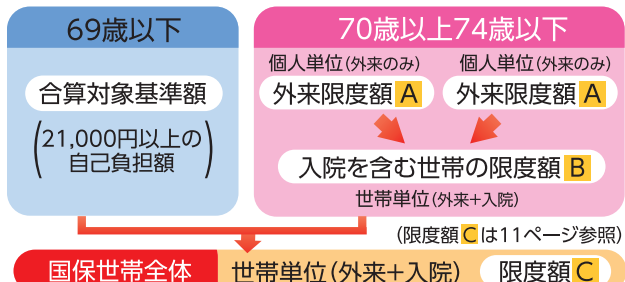
計算例（所得区分一般の場合）

(夫) $10,000\text{円}(\text{A 病院}) + 10,000\text{円}(\text{B 診療所}) = 20,000\text{円}$
外来自己負担限度額18,000円を適用 ↓ (外来負担額)
 $20,000\text{円} - 18,000\text{円} = 2,000\text{円}(\text{支給対象額}) \rightarrow \text{①}$

(妻) 入院医療費総額 500,000円
 窓口での支払い 57,600円(自己負担限度額)
 $18,000\text{円} + 57,600\text{円} = 75,600\text{円}(\text{世帯負担額})$
 (夫の自己負担限度額) (妻の自己負担限度額)
外来+入院の自己負担限度額57,600円を適用 ↓
 $75,600\text{円} - 57,600\text{円} = 18,000\text{円}(\text{支給対象額}) \rightarrow \text{②}$

$2,000\text{円}(\text{①}) + 18,000\text{円}(\text{②}) = 20,000\text{円}(\text{合計支給対象額})$

69歳以下の方と70歳以上74歳以下の方が同じ世帯の場合
 (限度額 A・B は12ページ参照)



- ① まず69歳以下の方と70歳以上74歳以下の方を、それぞれ分けて計算します。
- ② 次にそれを合わせて国保世帯全体の限度額を適用します。

医療保険と介護保険を合わせた自己負担が高額になったとき

高額医療・高額介護合算療養費制度

世帯内の国保加入者全員の医療保険と介護保険を合わせた自己負担額について、1年間（毎年8月～7月末）の合計が、一定の基準額を超えた場合、申請により超過分の支給を受けることができます。

※高額療養費及び高額介護サービス費等の支給額を除きます。

高額医療・高額介護合算の対象とならないケース

- 医療保険または介護保険の自己負担額のいずれかが0円の場合。
- 基準額を超える額が500円以下の場合。
- 入院中の食事代や差額ベッド料等。

高額医療・高額介護合算療養費の限度額(年額)

69歳以下

所得区分(※)		限度額(年額)
ア	901万円超	212万円
イ	600万円超～901万円以下	141万円
ウ	210万円超～600万円以下	67万円
エ	210万円以下	60万円
オ	住民税非課税世帯	34万円

※世帯に属するすべての国保被保険者の基礎控除後の所得を合算した額。

70歳以上74歳以下

所得区分		限度額(年額)
現役並みⅢ		212万円
現役並みⅡ		141万円
現役並みⅠ		67万円
一般		56万円
住民税 非課税世帯	区分Ⅱ	31万円
	区分Ⅰ	19万円

特定健康診査・特定保健指導を受けましょう

生活習慣病(糖尿病・高血圧症・脂質異常症等)の発症・重症化を予防することを目的とした健診・指導が実施されています。

生活習慣病のリスクに内臓脂肪型肥満が加わった状態(=メタボリックシンドローム)が長く続くと、動脈硬化が進行し、やがて脳卒中や心筋梗塞などの致命的な病気になる可能性が大幅に増えるといわれています。

特定健康診査

【対象者】

40歳以上の国保加入者の方(年度中に40歳に到達する方を含む)は特定健康診査の対象者となります。積極的に特定健康診査を受診し、生活習慣病の早期発見に努めましょう。

※妊産婦や長期入院者等、一部対象者から除かれる場合があります。

【受診に必要なもの】

①**特定健康診査受診券** ②**保険証** ③**問診票**

自己負担無料で受診できます。

●人間ドックを受診される方にお得なお知らせ！

人間ドックと特定健康診査を同時に受診できます。しかも、**人間ドックの費用に含まれる特定健康診査分の費用が割引きになり、人間ドックをお得に受診できます。**

※人間ドックと特定健康診査を同時受診できない機関もあります。人間ドックの予約時に同時受診できるかどうかを必ずご確認ください。

●事業者健診を受けられた方は健診結果の提供にご協力をお願いします。(ご提供いただく対象は、40歳から74歳までの方です。)

特定保健指導(生活習慣改善プログラム)

【対象者】

特定健康診査の受診結果により、**生活習慣病の発症リスクの高い方**には特定保健指導のご案内が届きます。保健師や管理栄養士が、生活習慣の改善の取り組みをサポートします。

【指導の種類】

生活習慣病の発症リスクの程度に応じて、積極的支援と動機付け支援があります。

◆積極的支援

初回の面接後、対面や電話・電子メール等による継続的な支援を受け、3カ月以上経過後に改善状況の評価を行います。

◆動機付け支援

初回の面接と3カ月以上経過後に改善状況の評価を行います。

ご存じですか?後発医薬品(ジェネリック医薬品)

後発医薬品（以下、「ジェネリック医薬品」）は、先発医薬品（以下、「新薬」）の特許がきれた後に販売される医薬品で、新薬と同等の有効成分、効能・効果を持っています。

新薬より安価で経済的

ジェネリック医薬品は新薬に比べて開発費を圧倒的に低く抑えることができるため、そのほとんどが低価格で販売され、**患者さんの自己負担額の軽減だけでなく、医療保険財政の改善にもつながります。**

効き目や安全性は新薬と同等

ジェネリック医薬品は、形や色、味などが新薬と異なりますが、効き目や安全性が同等であると厚生労働大臣の承認を受けています。

ジェネリック医薬品を希望するときは

受診されている医療機関の主治医や薬剤師に相談してください。(病気の種類によっては新薬での治療を必要とするものがあります。また、特許期間がきていない新薬にはジェネリック医薬品はありません。)



お薬に関するお知らせ

①ジェネリック医薬品について

現在お使いの医薬品を、ジェネリック医薬品に変更した場合の差額をお知らせします。
(薬の効果は変わらず、医療費の負担を軽減できます。)

②お薬情報について

同じ効果の医薬品が重複していることなどをお知らせします。
(医薬品の適正使用で、副作用の防止などが期待できます。)

「ポリファーマシー」をご存じですか？

「ポリファーマシー」とは、多くの医薬品を服用しているために、副作用を起こしたり、きちんと医薬品が飲めなくなったりしている状態をいいます。単に服薬する医薬品の数が多いことではありません。

高齢になると、肝臓や腎臓の働きが弱くなり、医薬品を分解したり、体の外に排泄したりするのに時間がかかるようになります。

また、医薬品の種類が増えてくると、医薬品同士が相互に影響し合う場合もあります。そのため、医薬品が効きすぎてしまったり、効かなかったり、副作用が出やすくなったりすることがあります。

お薬手帳は1冊にまとめておきましょう

日頃からお薬手帳を持って、かかりつけの医師や薬局（薬剤師）に処方されている医薬品の情報を把握してもらっておくのが安心です。

自分の処方されている医薬品が分かるように、お薬手帳を持ちましょう。また、お薬手帳は1冊にまとめておきましょう。マイナンバーカードを保険証として利用登録し、ご本人が医療機関等で同意した場合は、過去のお薬情報等を医療機関等が確認できるようになります。



をお送りしています

詳しい内容を確認したいときは、

医師・薬剤師にご相談ください

※下記の方には医療保険者から電話連絡させていただく場合があります。

- ジェネリック医薬品に変更した場合の差額が大きい方
- 重複したお薬や飲み合わせの悪いお薬が処方されている方 など

セルフメディケーションと OTC医薬品の普及について

セルフメディケーションとは、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」とWHOが定義しています。

適度な運動・バランスの取れた食事・十分な休息を心がけ、日頃から健康を意識し、体調管理をすることで、結果的に医療費の節約につながる場合もあります。

より適切なアドバイスが受けられるよう、かかりつけ薬局や薬剤師を決めて、市販される医薬品（OTC医薬品）を上手に利用しましょう。

健康診査等を受けている方へ

特定のOTC医薬品を購入している場合に、その購入費用について所得控除（セルフメディケーション税制）が受けられる場合があります。詳しくは厚生労働省のホームページをご覧ください。

（右のQRコードからアクセスできます。）



リフィル処方箋について

「リフィル処方箋」とは、令和4年4月より導入された、医師によって定められた回数（最大3回まで）と期限内で繰り返し使うことのできる処方箋のことです。

メリットとして医療機関への通院回数が減ることにより、負担軽減につながるなどがあげられます。

症状が安定している方など、医師が可能と判断した場合のみ対象となりますので、詳しくは医療機関へお問い合わせください。

リフィル処方箋



薬の受取

最大3回
まで可能

通常の処方箋



薬の受取

1回のみ可能

マイナンバーカードが 健康保険証として利用できます

マイナンバーカードをまだお持ちでない方は

マイナンバーカードの申請方法

交付申請書をお持ちの方は、以下4つの方法から申請できます！



スマートフォン

半分以上の人がオンライン
からの申請なんだって！



- ① スマホで顔写真を撮影。
- ② スマホで交付申請書のQRコードを読み取る。
- ③ 申請用WEBサイトでメールアドレスを登録。
- ④ 申請者専用WEBサイトのURLが届いたら、**顔写真を登録、必要事項を入力**して申請完了。



交付申請書



パソコン

交付申請書に記載の
申請書IDが必要だよ



- ① カメラで顔写真を撮影。
- ② 申請用WEBサイトでメールアドレスを登録。
- ③ 申請者専用WEBサイトのURLが届いたら、**顔写真を登録、必要事項を入力**して申請完了。



申請書IDを
入力！



証明用写真機

- ① タッチパネルから「**個人番号カード申請**」を選択。
- ② 撮影用の料金を投入して、交付申請書のQRコードをバーコードリーダーにかざす。
- ③ 画面の案内にしたがって、必要事項を入力。
- ④ 画面の案内にしたがって、顔写真を**撮影して送信**し、申請完了。



郵便

- ① 交付申請書に必要事項を記入し、**6か月以内**に撮影した顔写真を貼り付けて郵送し、申請完了。

カードの仕上がり
が早いスマホでの
申請がおすすめ！



交付申請書をお持ちでない方は、

マイナンバーカード 郵便



- ① 専用サイトから手書き用の交付申請書と封筒をダウンロードすれば、郵便で申請ができます！プリントアウトしてご利用ください。
※手書き用の交付申請書には、顔写真の貼付とマイナンバーの記入が必要です。
- ② 市区町村の窓口でも、交付申請書を再発行しています。
本人確認書類（運転免許証、パスポート等）を持参の上、お住まいの市区町村へ行きましょう。



マイナンバー制度・マイナンバーカードについてのお問合せ

マイナンバー総合フリーダイヤル

0120-95-0178

受付時間(年末年始を除く)

平日 9:30～20:00
土日祝 9:30～17:30

マイナンバーカードをすでにお持ちの方は

健康保険証利用の申込方法



利用申込はカンタン！



健康保険証利用登録の
申込受付中

申し込む

ここをクリック！

※子育てや介護をはじめとする行政手続の検索やオンライン申請がワンストップできたり、行政からのお知らせを受け取ることができる自分専用のサイトです。

マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、申込が必要です。利用の申込は、マイナポータル※やセブン銀行のATM、医療機関・薬局の顔認証付きカードリーダーでできます。



マイナンバー(12桁の数字)は使いません！



ICチップには、受診歴や薬剤情報などの個人情報
は記録されません。

マイナンバーカードの健康保険証利用には、ICチップの中の「電子証明書」を使うため、マイナンバー(12桁の数字)は使われません。

医療機関や薬局の受付窓口でマイナンバーを取り扱うことはありませんし、ご自身の診療情報がマイナンバーと紐づけられることもありません。

① マイナンバーカードを カードリーダーに置く

カードの顔写真を機器で
確認します。

※顔写真は機器に保存されません。



② オンラインであなたの 医療保険資格を確認！

マイナンバーカードのICチップにある電子証明書により医療保険の資格をオンラインで確認します。

※カードリーダーが導入されていない医療機関等では、健康保険証の提示が必要となります。受診される前にお問い合わせいただくか、健康保険証等もお持ちいただきますようお願いいたします。

どんないいことがあるの？

本人が同意をすれば、初めての医療機関等でも、特定健診情報や今までに使った薬剤情報が医師等と共有できる！



マイナポータルで自身の特定健診情報や薬剤情報・医療費通知情報が閲覧できる！



マイナポータルを通じた医療費通知情報の自動入力で、確定申告の医療費控除がよりカンタンに！



限度額適用認定証がなくても高額療養費制度における限度額を超える支払が免除される！



就職・転職・引越をしても健康保険証としてずっと使える！医療保険者が変わる場合は、加入の届出が引き続き必要です。



※従来の健康保険証が利用できなくなるわけではありません。

医療費の動き

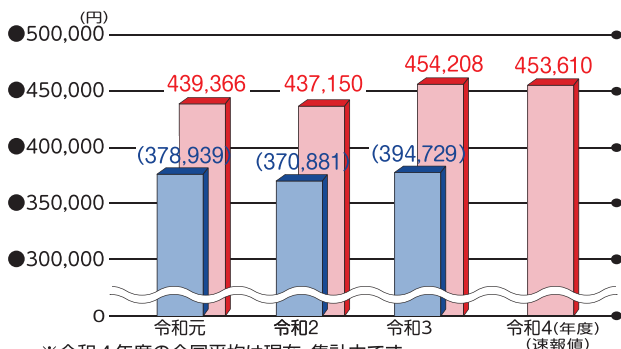
医療費は年々増加しています。

国保被保険者一人当たりの医療費

医療費は、毎年増加傾向にあります。また、高知県は国保被保険者一人当たりの年間医療費が、全国平均を大きく上回っています。一人ひとりが健康管理に努めるとともに、病気の早期発見・早期治療に心がけ、限りある国保の財源を大切にしましょう。

●赤色は高知県の国保被保険者一人当たりの医療費

●青色は全国平均の国保被保険者一人当たりの医療費



こんなときは必ず14日以内に届け出を

国保に加入するとき

こんなとき	手続きに必要なもの
●他の市町村から転入してきたとき	他の市町村の転出証明書
●職場の健康保険等が切れたとき	職場の健康保険でなくなった証明書
●職場の健康保険等の被扶養者からはずれたとき	被扶養者でなくなった証明書
●子どもが生まれたとき	母子健康手帳
●生活保護を受けなくなったとき	保護廃止決定通知書

国保を脱退するとき

こんなとき	手続きに必要なもの
●他の市町村に転出するとき	保険証
●職場の健康保険等に参加したとき	国保と職場の健康保険の両方の保険証(後者が未交付のときは加入したことを証明するもの)
●職場の健康保険等の被扶養者になったとき	保険証、死亡を証明するもの
●死亡したとき	保険証、保護開始決定通知書
●生活保護を受けるようになったとき	障害者手帳、国保と後期高齢者医療の両方の保険証
●一定の障害(65歳以上)により後期高齢者医療の対象となったとき	

その他

こんなとき	手続きに必要なもの
●市町村内で住所が変わったとき	国保加入者全員の保険証
●世帯主や氏名が変わったとき	
●世帯を分けたり、一緒にしたとき	
●保険証をなくしたとき(あるいは汚れて使えなくなったとき)	本人であることを証明するもの(使えなくなった保険証)
●修学のため、子どもが他の市町村へ転出するとき	在学証明書又は学生証

※国保に関する届け出をされる際には、認め印が必要な場合がありますのでお持ちください。

※各種手続きの際には、本人確認できる運転免許証等の提示をしてください。

※保険証の廃止に伴い、手続きに必要なものについては変更される場合がありますので、手続きの際は各自治体へお問い合わせください。

(注) このしおりの内容について、詳しいことは市町村等の国保の係へお問い合わせください。