



後期高齢者医療 制度のしおり

令和3年度

この内容は、令和3年4月1日現在におけるものです。
(発行・編集) 高知県後期高齢者医療広域連合

制度のしくみ	①
被保険者	②
被保険者証(保険証)	③
医療費の自己負担の割合	④
現役並み所得者(3割負担)と判定された場合	⑤
一部負担金の割合の判定の流れ	⑥
限度額適用・標準負担額減額認定証	⑦～⑧
限度額適用認定証	⑨
入院した時の食事代等	⑩～⑪
医療費が高額になったとき	⑫～⑬
高額介護合算療養費	⑭
療養費	⑮
柔道整復(接骨院・整骨院等)の正しいかかり方	⑯～⑰
はり・きゅう、あんま・マッサージの正しいかかり方	⑱～⑲
特定疾病	⑳
葬祭費	㉑
交通事故などで治療を受けるとき	㉒
保険料	㉓～㉔
こんなときは届出を	㉕
健康診査	㉖～㉗
ジェネリック医薬品(後発医薬品)をご存知ですか?	㉘
適正受診を心がけましょう	㉙

制度のしくみ

後期高齢者医療制度は、75歳以上の方を対象にした医療制度で、75歳の誕生日から加入します。それまで加入していた国民健康保険などの医療保険の資格はなくなり、後期高齢者医療の被保険者証を医療機関等へ提示し、病気やけがなどの治療を受けることになります。

後期高齢者医療は、全ての市町村が加入する後期高齢者医療広域連合と市町村が役割を分担しています。

広域連合の役割

- ・ 制度の運営
- ・ 被保険者の認定
- ・ 保険料の決定
- ・ 医療の給付

など

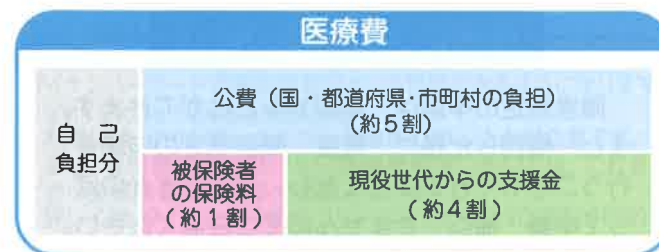
市町村の役割

- ・ 保険料の徴収や納付の相談
- ・ 申請や届出の受付
- ・ 被保険者証や各種の証明書などの引渡し

など

◆後期高齢者医療制度の医療費の負担割合

医療機関等の窓口での自己負担分を除く医療費は、被保険者のみなさまに納めていただく保険料(約1割)、公費(約5割)、現役世代からの支援金(約4割)でまかっています。



被保険者

被保険者となる方

①75歳以上の方【届出は不要です】

75歳の誕生日から被保険者となります。

②65歳以上75歳未満で、申請により一定以上の障害があると認められた方【障害認定】

障害認定日から被保険者となります。

障害認定を受けようとする場合は、お住まいの市町村の担当窓口へ申請してください。

※障害の状態によっては認定の対象とならない場合があります。

◎申請に必要なもの

- ・年金証書や
身体障害者手帳など



※生活保護を受けている方などは被保険者となりません。

障害認定の申請の撤回

障害認定の申請は、撤回することができます。
また、撤回した後に、再度、障害認定の申請を行うこともできます。ただし、過去にさかのぼって申請・撤回できませんのでご注意ください。

被保険者証（保険証）

被保険者証（保険証）は一人に1枚ずつ交付され、被保険者となった当日から使用できます。

被保険者証を受け取ったら、記載内容を確認しましょう。

◆被保険者証は、受診時に医療機関や薬局等に提示してください

継続受診中でも月に一度は提示してください。

転居や負担割合が変わったときなど、記載内容が変わった被保険者証を受け取ったときも、医療機関や薬局等の窓口に表示してください。

◆被保険者証をなくしたときは

被保険者証は大切に保管してください。

紛失したり破損したりしたときは、お住まいの市町村の担当窓口へ届け出て、再交付を受けてください。

なお、再交付に必要なものについては、お住まいの市町村の担当窓口へお問い合わせください。

◆貸し借りや書きかえをしないでください

被保険者証の貸し借りをすると、刑法で罰せられることがあります。記載内容を書きかえた被保険者証は無効になります。

◆保険料を滞納すると

保険料が納められていない場合、納付などの相談機会を持つために、有効期限の短い被保険者証が交付されることがあります。

マイナンバーカードが被保険者証として利用できるようになります。

※令和3年10月までに本格運用開始予定

利用には、マイナポータルからの事前の申し込みが必要です。

また、専用機器の設置がない医療機関等においては、これまでどおり被保険者証の提示が必要となります。

詳しくは、マイナンバー総合フリーダイヤル（0120-95-0178）にお問い合わせください。

医療費の自己負担の割合

医療機関等を受診したときに支払う自己負担の割合は、世帯の所得や収入により、下表のとおりとなります。

この自己負担の割合は、被保険者証に記載されています。

自己負担割合	区分	判定基準
3割負担	現役並み所得者	同一世帯の後期高齢者医療の被保険者の中に、市町村民税課税所得額が145万円以上の方がいる場合 ※3割負担に該当する方でも⑤ページの要件に該当する方は一般（1割負担）になります。
	一般	現役並み所得者、区分Ⅱ、区分Ⅰ以外の方
1割負担	区分Ⅱ	世帯全員が市町村民税非課税で区分Ⅰ以外の場合
	区分Ⅰ	世帯全員が市町村民税非課税で、かつ各所得が必要経費・控除額（公的年金の控除額は80万円として計算）を差し引いたときに0円以下となる場合

◎同一世帯に19歳未満の方がいる場合、判定に使用する所得は市町村民税の課税所得と異なることがあります。

◎さかのぼって所得変更や世帯状況の変更をすることに伴い、自己負担区分が変更となった場合、医療費の一部をお返しいただいたり、差額を支給したりすることがあります。該当の方には必要な手続きについて広域連合からお知らせいたします。

◎医療機関等での自己負担は、区分によって限度額が変わってきます（⑩～⑭ページを参照してください）。

現役並み所得者（3割負担）と判定された場合

3割負担と判定された方で、収入が次の①、②のいずれかに該当する場合は、申請により「一般」（1割負担）となりますので、お住まいの市町村の担当窓口へ申請してください（⑥ページを参照してください）。

自己負担の区分が「一般」（1割負担）となる場合の基準

①同一世帯に被保険者が1人の場合

被保険者の前年中の収入が383万円未満

※ただし、383万円以上であっても、同一世帯に他の医療保険に加入されている70歳から74歳の方がいる場合は、その方の収入を加えた合計額が520万円未満

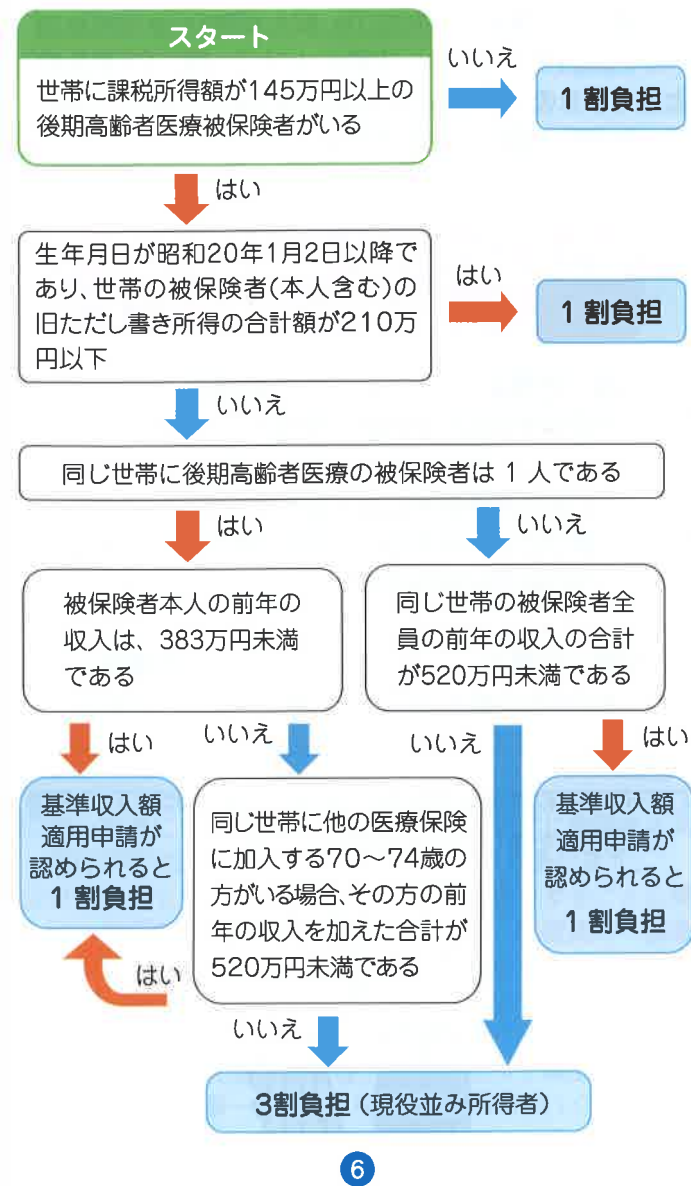
②同一世帯に被保険者が2人以上いる場合

被保険者の前年中の収入の合計が520万円未満

◎市町村民税課税所得とは、所得から地方税法上の各種所得控除を差し引いた額のことです。



一部負担金の割合の判定の流れ



限度額適用・標準負担額減額認定証

市町村民税非課税世帯の方は、入院または高額な外来診療を受ける際に、申請により交付された「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関や薬局等へ提示すると、窓口での医療費の自己負担や入院時の食事代が減額されます。

お住まいの市町村の担当窓口へ申請してください。

◎対象となる方

住民税非課税世帯の方(4ページの区分Ⅰまたは区分Ⅱに該当する方)

◎証の有効期日の開始日

申請した月の初日

◎申請に必要なもの

被保険者証

区分Ⅱの方で長期入院の方は、申請により食事代がさらに減額されます(8ページを参照してください)。



7

◎長期入院の対象となる方(あらためて申請が必要です)

区分Ⅱの方で、区分Ⅱの認定を受けている期間の入院の日数が、長期入院該当の申請月を含む過去12ヶ月間で90日を超えている方

※ただし、入院している病棟が療養病棟(主に長期にわたり療養が必要な方が入院する病棟)の場合、差額支給の対象とならない場合があります(10ページを参照してください)。

◎長期入院該当の適用開始日

長期入院該当の申請をした日
(医療機関での適用は翌月1日)

◎長期入院該当の申請に必要なもの

- ・「限度額適用・標準負担額減額認定証」(交付を受けている方のみ)
- ・長期入院該当となる入院期間を証明する書類

※後期高齢者医療制度に加入する前の入院日数も算定します。
なお、90日を超えていても長期入院該当の申請により認定を受けていない場合、食事代は減額なりません。
適用には条件がありますので、詳しくはお住まいの市町村の担当窓口へお問い合わせください。



限度額適用認定証

適用区分が現役並み所得者ⅠまたはⅡの方は、申請により交付された「限度額適用認定証」を医療機関や薬局等へ提示すると、窓口での医療費の自己負担が限度額までとなります(現役並み所得者ⅠまたはⅡの基準及び自己負担限度額については、12ページを参照してください)。

お住まいの市町村の担当窓口へ申請してください。

※医療機関等の窓口で「限度額適用認定証」の提示がない場合、自己負担が高額になる場合があります。



入院した時の食事代等

入院したときの食事代は、下表の額となります。

適 用 区 分		食事代 (1食)
現役並み所得者・一般		460円
区分Ⅱ	90日以内の入院	210円
	90日を超える入院 (長期入院該当の申請により、認定を受けた方)	160円
区分Ⅰ		100円
老齢福祉年金受給者		100円

◆療養病棟（主に長期にわたる療養が必要な方が入院する病棟）に入院したときは下表の額の食事代と居住費となります。

適 用 区 分		医療の必要性 が高い方の食 事代 (1食)	医療の必要性 が高い方以外 の食事代 (1食)	居住費 (1日)
現役並み所得者・一般		460円(※) 420円(※)	460円(※) 420円(※)	370円
区分Ⅱ	90日以内の入院	210円	210円	370円
	90日を超える入院 (長期入院該当の申請により、認定を受けた方)	160円		
区分Ⅰ		100円	130円	370円
老齢福祉年金受給者		100円	100円	0円

(※)管理栄養士または栄養士による管理が行われている場合は460円、それ以外の場合は420円となります。

◎適用区分が現役並み所得者・一般で、下記の(1)、(2)に該当する方の食事代は260円となります。

(1) 指定難病患者

(2) 平成27年4月1日以前から継続して精神病床に入院している患者が退院するまでの間（合併症等による同日内の病床移動又は再入院も継続して対象）

※さかのぼって負担区分が変更になった場合、食事代の一部をお返しいただきます。

区分Ⅰ・Ⅱに該当する方は、事前に市町村の窓口で「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けて、医療機関の窓口で被保険者証とともに提示してください(7ページを参照してください)。



医療費が高額になったとき

1ヶ月に支払った医療費の自己負担額の合計が下表の自己負担限度額を超えたときに、超えた額があとから払い戻されます。

払い戻しには申請手続きが必要ですが、初回のみ申請で、口座が変更にならないければ、2回目以降の申請手続きは必要ありません。

該当する方には文書でお知らせしますので、お住まいの市町村の担当窓口へ申請してください。

なお、高額療養費などの支給は全て口座振込となります。

◎申請に必要なもの

・被保険者証、口座がわかるもの

◆1ヶ月の自己負担限度額

適 用 区 分		負担割合	自己負担限度額（月額）	
			外来 （個人ごと）	外来＋入院 （世帯ごと）
現役並み所得者	Ⅲ 課税所得690万円以上	3割	252,600円＋（医療費－842,000円）×1% 〈140,100円〉（注）	
	Ⅱ 課税所得380万円以上690万円未満		167,400円＋（医療費－558,000円）×1% 〈93,000円〉（注）	
	Ⅰ 課税所得145万円以上380万円未満		80,100円＋（医療費－267,000円）×1% 〈44,400円〉（注）	
一 般		1割	18,000円 （年間上限144,000円）★	57,600円 （44,400円）（注）
区分 Ⅱ			8,000円	24,600円
区分 Ⅰ				15,000円

（注）〈 〉内は過去12ヶ月以内に「外来＋入院」の限度額を超えた支給が3回以上あった場合の4回目以降の限度額です。

★1年間（8月～翌年7月）の外来自己負担額の合計が144,000円を超えた分は高額療養費であとから払い戻されます。

※現役並み所得者Ⅰ・Ⅱに該当する方は、事前に市町村窓口で、「限度額適用認定証」の交付を受けて、医療機関等の窓口で提示してください（9ページを参照してください）。

※区分Ⅰ・Ⅱに該当する方は、事前に市町村窓口で、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けて医療機関等の窓口で提示してください。（7ページを参照してください）。

※自己負担額には、食事代や保険適用外の差額ベッド代などの支払額は含みません。

※特定疾病に該当の方は、自己負担額などが違う場合がありますので20ページをご覧ください。

◆75歳の誕生月における自己負担の限度額

75歳の誕生月は、「誕生日前の医療保険」と「誕生日以後の後期高齢者医療」の2つの制度に加入となりますが、それぞれの制度の自己負担の限度額を、通常月の半額とします。

※誕生日が月の初日の方は、後期高齢者医療制度のみの自己負担となるため、自己負担の限度額に変更はありません。

※さかのぼって自己負担限度額が変更になった場合、高額医療費をお返しいただきます。

一部負担金（自己負担）の減免等

災害などにより、医療費の一部負担金の支払が困難と認められた場合、減額または免除されることがあります。

詳しくは、お住まいの市町村の担当窓口にご相談ください。

高額介護合算療養費

1年間（8月～翌年7月）の医療保険と介護保険の自己負担額を合計し下表の自己負担限度額を超えた場合に、その超えた金額は申請により高額介護合算療養費として払い戻されます。

該当する方には文書でお知らせしますので、お住まいの市町村の担当窓口へ申請してください。

※次の方はお知らせできない場合がありますので、自己負担の限度額を参考にして、該当するかどうかご確認ください、お住まいの市町村の担当窓口へご相談ください。

- ・他の医療保険から後期高齢者医療に移られた方
- ・県外から転居をされた方
- ・同じ世帯でも、他の医療保険に加入している方との合算はできません

◎申請に必要なもの

- ・後期高齢者医療及び介護保険の被保険者証
- ・口座がわかるもの

◆1年間の自己負担限度額

適 用 区 分		自己負担限度額 (年額：医療＋介護)
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690万円未満	141万円
	Ⅰ 課税所得145万円以上380万円未満	67万円
	一 般	56万円
区分 Ⅱ		31万円
区分 Ⅰ		19万円

※自己負担限度額は、毎年7月31日現在の区分を適用

※下記の場合は支給対象外となります

- ・世帯において後期高齢者医療または介護保険のどちらかの自己負担額が0円の場合
- ・自己負担限度額を超えた額が500円に満たない場合

療養費

医療費などをいったん全額支払った場合、その費用を審査し、認められた分について、決定額から自己負担額を差し引いた額が払い戻されます。下表に該当する場合、お住まいの市町村の担当窓口へ申請してください。

◎申請に必要なもの

- ・被保険者証、口座がわかるもの
- ・必要書類は、下表の①～⑦により異なりますので、お問い合わせください。

- ①被保険者証を提示できなかったなどにより、やむをえない理由で医療費の全額を支払ったとき
- ②骨折、脱臼などで、接骨院での施術を受けたとき
- ③医師が治療上必要と認め、はり・きゅう、あんま・マッサージの施術を受けたとき(医師の同意書が必要です。)
- ④医師が治療上必要と認めた、コルセットなどの治療用装具を購入したとき
※靴型装具を購入した場合、申請の際に、装着した状態での装具の写真の提出が必要です。
- ⑤医師が治療上必要と認めた、輸血のための生血代を負担したとき
- ⑥海外で急病やけがにより治療を受けたとき
(治療目的の渡航を除きます。)
- ⑦次のいずれにも該当すると認められた場合の移送費
 - 1.移送の目的である療養が保険診療として適切であること
 - 2.患者が療養の原因である病気・けがにより移動が困難であること
 - 3.緊急その他やむを得ないこと

柔道整復(接骨院・整骨院等)の正しいかかり方

柔道整復(接骨院・整骨院等)にかかる場合には、医療保険を使えるときと、使えないときがあります。

接骨院や整骨院等にかかる場合には、次の点に注意してください。

医療保険を使えないとき

- ・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
- ・労災保険が適用となる仕事や通勤途上での負傷
- ・保険医療機関(病院、診療所など)に入院中で同じ負傷等の治療中のもの

医療保険を使えるとき

- ・医師や柔道整復師に、骨折、脱臼、打撲及びねんざ等(いわゆる肉ばなれを含む)と診断または判断され、施術を受けたとき
※骨折及び脱臼については、応急手当をする場合を除き、あらかじめ医師の同意を得ることが必要です。
- ・骨、筋肉、関節のケガや痛みで、その負傷原因がはっきりしているとき

接骨院・整骨院等にかかる場合の注意点

◎負傷原因を正確にお伝えください。

いつ・どこで・何をして・どんな症状が伝えましょう。

◎施術が長期にわたる場合、医師に相談してください。

内科的要因も考えられますので、一度医師の診断を受けましょう。

◎申請書には自分で署名をしてください。

柔道整復師が患者の方に代わって保険請求を行うため、施術を受けるときは、療養費支給申請書に患者の方の署名が必要になります。

◎領収書は必ずもらって保管しておき、医療費通知で金額・日数の確認をしましょう。

領収書は医療費控除を受ける際にも必要になりますので、大事に保管してください。



はり・きゅう、あんま・マッサージの正しいかかり方

医療保険を使って、はり・きゅう、あんま・マッサージの施術を受けるためには、**医師が治療上必要と認めた同意書または診断書を提出する必要があります。**

医療保険を使えないとき

- ・病院等で同じ疾患の治療を受けている間に施術を受けた場合（はり・きゅう）
- ・疲労やコリをとるなどの慰安目的や、疾病予防で施術を受けた場合

医療保険が使えるとき

はり・きゅうの場合

主として神経痛・リウマチ・頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症等の病名であって、慢性的な疼痛を主症とする疾患の施術を受けた場合

あんま・マッサージの場合

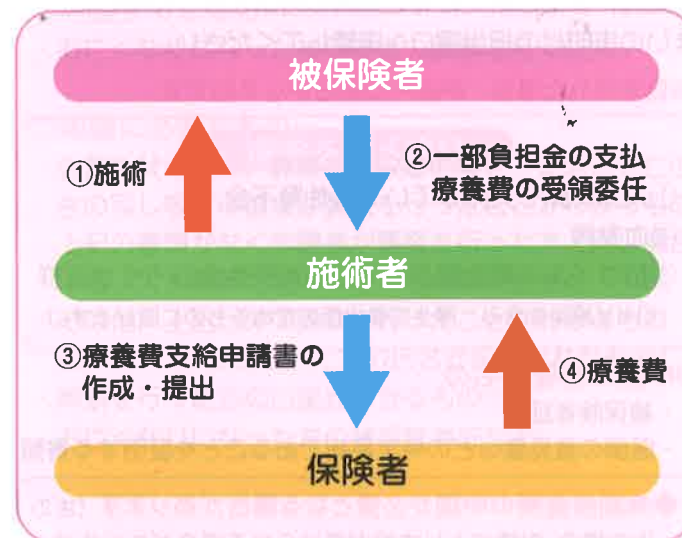
筋麻痺や関節拘縮などで、医療上マッサージを必要とする症状

施術を受ける際の注意点

- ・医療保険を使うには、あらかじめ医師が治療上必要と認めた同意書か診断書が必要です。
- ・同意書の交付の際には、**同意する疾病に係る医師の診察が必要となります。**

◎はり・きゅう、あんま・マッサージの施術の受領委任制度の取扱いについて

受領委任とは、施術者が医療保険（療養費）で定める施術を行い、患者の方等から一部負担金を受け取り、患者の方等に代わって療養費支給申請書を作成、保険者等へ提出し、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制度です。



※柔道整復、はり・きゅう、あんま・マッサージの治療内容について、広域連合よりおたずねすることがあります。領収書等の関係書類を保管し、広域連合から問い合わせがあった場合は、ご自身で回答できるようご協力ください。

特定疾病

長期間にわたり継続して治療が必要な特定疾病(高額長期疾病)の1ヶ月の自己負担限度額は、医療機関ごと(入院・外来別)または薬局ごとに10,000円(注1)となります。

受診の際には「特定疾病療養受療証」が必要となりますので、現在特定疾病対象者の方が75歳の誕生日を迎えられた時、または新たに特定疾病の対象となった際にはお住まいの市町村の担当窓口へ申請してください。

※認定された場合、申請月の初日から有効です。

対象となる疾病

- ①人工腎臓を実施している慢性腎不全
- ②血友病
- ③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ものに限ります。)

◎申請に必要なもの

- ・被保険者証
- ・医師の意見書などの特定疾病であることを証明する書類

◆高額療養費の申請が必要となる場合があります(注2)

次の場合、申請により支給が受けられる場合があります。
お住まいの市町村の担当窓口へお問い合わせください。

- 医療機関での特定疾病の治療費と院外の薬局で処方されたお薬代を合計して、10,000円(注1)を超える場合

◎申請に必要なもの

- ・被保険者証、医療機関等の領収書

(注1) 月の途中で75歳の誕生日を迎え被保険者となるときは、その月に限り1ヶ月の自己負担限度額が5,000円となります。

(注2) ただし、高額療養費で既に支給となっており追加支給とならない場合もありますので、ご了承ください。

葬祭費

被保険者がお亡くなりになったときは、葬祭を行った方に葬祭費として3万円が支給されます。お亡くなりになった被保険者がお住まいであった市町村の担当窓口へ申請してください。

◎申請ができる方

- ・お亡くなりになった被保険者の葬祭を行った方

◎申請に必要なもの

- ・会葬礼状の写し、葬祭の領収書の写し、新聞の死亡広告の写し等、申請者が葬祭を行ったことがわかるもの
上記の書類がなく申請者が葬祭を行った方と同じ場合は埋(火)葬許可証の写しでもかまいません
- ・その他、上記以外で葬祭を行ったことがわかるもの
(いずれも葬祭を行った方の氏名が記載されたもの)
- ・葬祭を行った方の口座がわかるもの
- ・お亡くなりになった方の被保険者証など



交通事故などで治療を受けるとき

交通事故など、第三者（相手方）の行為によって受けたケガや病気などの医療費は、本来、相手方が負担することが原則ですが、届出により後期高齢者医療で保険診療を受けることができます。

この場合、広域連合が一時的に治療費を立替え、後日、相手方に請求しますので、お住まいの市町村（後期高齢者医療の担当窓口）へ速やかに届出をしてください。

また、医療機関を受診される際には、必ず、第三者行為によるものであることを伝えてください。

このような場合も第三者行為となります

- ・ 自転車同士の事故
- ・ 暴力行為によるケガ
- ・ 他人の飼い犬に咬まれたとき
- ・ 飲食店等で提供された料理による食中毒 など

届出に必要なもの

- ・ 被保険者証 ・ 印かん ・ 交通事故証明書

上記のものをお持ちになり、お住まいの市町村（後期高齢者医療の担当窓口）で「第三者行為による傷病届書」の手続きをしてください。

注意！ 示談は慎重に…

相手方から治療費を受け取ったり、示談を済ませたりすると、保険診療による治療を受けられなくなる場合がありますので、示談をする前には、必ずお住まいの市町村（後期高齢者医療の担当窓口）へご相談ください。

保険料

◆保険料の計算方法

保険料は、1人あたり定額の保険料「被保険者均等割額」と、所得に応じた保険料「所得割額」を合計して、被保険者個人ごとに算出します。

1人あたり 年間保険料 (上限64万円) ※100円未満切り捨て	=	被保険者 均等割額 54,316円	+	所得割額 賦課のもととなる所得 金額×10.49%(所得割率)
---	---	-------------------------	---	---------------------------------------

賦課のもととなる所得金額とは、総所得金額等（収入額から各種控除や必要経費を除いた所得の合計額）から基礎控除額（43万円）を差し引いた金額です。

◆保険料の軽減制度

所得の低い方は、所得状況に応じて保険料が軽減されます。

●被保険者均等割額の軽減

世帯主と被保険者の総所得金額等の合計額が一定の金額以下の場合、その金額に応じて被保険者均等割額が2割～7割軽減されます。

●被用者保険の被扶養者であった方の軽減

後期高齢者医療に加入する前日に、被用者保険（協会けんぽ・共済組合など）の被扶養者（扶養家族）であった方は後期高齢者医療に加入後24ヶ月（2年）の間に限り被保険者均等割額が5割軽減され、所得割額は賦課されません。

※国民健康保険や国保組合に加入されていた方は、被用者保険の被扶養者であった方の軽減の対象とはなりません。

※保険料の軽減を受けるためには、世帯主と被保険者全員の前年中の所得が申告されている必要があります。

※被用者保険の被扶養者であった方で、所得が低い方に対する軽減にも該当する方については、いずれか軽減割合が大きい方の額が軽減されます。

保険料の計算方法や軽減制度の詳しい内容につきましては、保険料の通知書に同封の「後期高齢者医療 保険料のしおり」をご覧ください。

◆保険料のお支払い方法や手続きについて

保険料のお支払い方法は、特別徴収（年金からの差し引き）と普通徴収（納付書払いまたは口座振替）があります。

●お支払い方法の変更

特別徴収で現在お支払いの方、または新規に特別徴収となる方は、お住まいの市町村窓口にて申請されますと、口座振替に変更することができます。

保険料のお支払いに関する手続き等につきましては、お住まいの市町村窓口までお問い合わせください。



こんなときは届出を

次のような場合は、**14日以内**に、お住まいの市町村の後期高齢者医療担当窓口へ届出をしてください。

こんなとき	手続きに必要なもの
・ 転入したとき	・ 転入前の市区町村で発行される負担区分等証明書（県外から転入した場合）など ・ 印かん
氏名・住所・世帯に変更があったとき	・ 被保険者証など ・ 印かん
転出するとき	
生活保護を受けるようになったとき	・ 被保険者証など ・ 保護決定通知書 ・ 印かん
生活保護を受けなくなったとき	・ 保護廃止通知書 ・ 印かん
お亡くなりになったとき	・ お亡くなりになった方の被保険者証など ・ 印かん

手続きに必要なものなど詳しいことは、お住まいの市町村の後期高齢者医療担当窓口までお問い合わせください。

なお、従来は申請には原則、印かんが必要でしたが、令和3年4月から印かんの取扱が変更されています。届出の際には、お住まいの市町村の後期高齢者医療担当窓口までお問い合わせください。

健康診査

後期高齢者医療の被保険者の方は、年度内に1回、**無料**で健康診査が受診できます。

健康診査は、みなさまの健康状態を知る良い機会となっており、生活習慣病などが発見された場合には、早期に適切な治療を受けることで、**病気が重症化**することを防ぐことができます。

◆健康診査の対象者

後期高齢者医療の被保険者の方

ただし次の①～④のいずれかに該当する方は、健診を受けることができません。

- ①長期(6か月以上)に継続して入院している方
- ②介護施設や障害者施設などの各種施設に入所・入居している方
- ③同一年度内に事業主健診又は特定健診等をすでに受診している方
- ④刑務所等収監施設に入所中の方

※医療機関、施設等において健康チェックが行われているため受診対象外になります。

◆受診券を事前に送付する方

令和3年3月31日に被保険者の方で、上記の①～④に該当しておらず、生活習慣病(高血圧、糖尿病など)で通院していない方と、令和2年度中に75歳になられた方(お誕生日が、昭和20年4月1日～昭和21年3月31日の方)、令和2年4月1日～令和3年3月31日の間に健康診査を受診された方へは、事前に受診券を送付しています。

◆申込みにより受診できる方

※生活習慣病で通院中の方は、お住まいの市町村への申し込みにより健康診査の受診ができます。

※令和3年4月1日以降に75歳のお誕生日を迎えられる等で後期高齢者医療の被保険者となられた方や
②6ページに記載の①～④に該当しなくなった方は、お住まいの市町村に申し込みが必要です。

受診券・問診票(後期高齢者の質問票を含む)・被保険者証をお持ちになって、お近くの医療機関や、市町村が実施する健診会場で受診してください。

受診できる医療機関や、健康診査の日程については、市町村から送付される案内や、お住まいの市町村の健診担当までお問い合わせください。

◎人間ドックを受診される方は、医療機関に受診券を提出されますと健康診査分の費用を広域連合が負担します。

※対象外の医療機関等がありますので、お住まいの市町村へお問い合わせください。

☆セルフメディケーション税制(医療費控除の特例)

健康診査を受けるなど一定の取組をされている方が、対象となる市販薬を購入した際、所得控除を受けられる場合があります。健康診査結果通知書の添付が必要など、控除を受けられるための条件がありますので、確定申告を行う税務署等へ事前にお問い合わせください。

ジェネリック医薬品(後発医薬品)をご存知ですか？

◆ジェネリック医薬品ってどんな薬ですか？

ジェネリック医薬品は、先発医薬品の特許が切れた後に販売される医薬品で、先発医薬品と形や色、味などが異なる場合がありますが、厳格な基準で審査され、薬機法に基づき厚生労働省が承認した先発医薬品と同等の品質・効き目・安全性が証明された安価な医薬品です。

◆なぜ安い価格なのですか？

先発医薬品は長い期間をかけて開発され、開発費が高額となっていますが、特許が切れた後に製造されるジェネリック医薬品は、開発費を安く抑えることができるため、低価格となっています。

◆ジェネリック医薬品を希望される方は

ジェネリック医薬品への切り換えを希望される場合は、医師や薬剤師にご相談ください。

その際「ジェネリック医薬品希望カード」をご利用いただくと便利です。

※「ジェネリック医薬品希望カード」は市町村の窓口で配布しています。

◆ジェネリック医薬品に変更した場合の「差額の通知」をお送りしています

長期間お薬を服用されている方などを対象に、現在服用している先発医薬品からジェネリック医薬品に切り替えた場合、自己負担がどれだけ軽減されるのか目安となる差額通知をお送りしています。通知を持って医師や薬剤師に相談することをお勧めします。

※差額通知を希望されない方は、お住まいの市町村、または高知県後期高齢者医療広域連合までご連絡ください。

適正受診を心がけましょう

休日や夜間に、症状の軽い患者さんが救急医療機関を受診することで、緊急性の高い患者さんの治療に支障をきたすことがあります。

医療機関等の受診や薬局での薬の調剤の際には、以下のことに配慮してください。

◆時間外受診や休日受診はなるべく避けましょう

急病などやむを得ない場合を除き、時間外や休日の受診は控えましょう。平日の時間内に受診することができないか、もう一度考えてみましょう。

◆重複受診・はしご受診はやめましょう

かかりつけの医師を持ち、気になることがあれば、まずは相談しましょう。同じ病気で複数の医療機関を受診したり、重複する検査や投薬は、かえって体に悪影響を与えてしまう可能性があります。

◆お薬と上手につき合いましょう

処方されたお薬について、自分の判断で量を加減したり、服用を中止するのは禁物です。症状が悪化してしまう恐れもあります。

また、お薬が重複している可能性がある方には、「お薬情報のお知らせ」を送ることがあります。お知らせが届いたら、医師や薬剤師に相談してください。



お問い合わせ先

◆高知県後期高齢者医療広域連合

高知県高知市丸ノ内2丁目4番1号 高知県保健衛生総合庁舎1階

・被保険者証、保険料などについてのお問い合わせ

電話 088-821-4526

・医療費の給付、健康診査などについてのお問い合わせ

電話 088-821-4896

※不審電話があった場合などもご相談ください。

◆お住まいの市町村担当窓口

市・郡	市町村名	電話番号	市町村名	電話番号
市	高知市役所	088-823-9380	室戸市役所	0887-22-5133
	安芸市役所	0887-35-1002	香美市役所	0887-53-3115
	香南市役所	0887-57-8506	南国市役所	088-880-6556
	土佐市役所	088-852-7636	須崎市役所	0889-42-1355
	四万十市役所	0880-34-1114	宿毛市役所	0880-63-1112
	土佐清水市役所	0880-82-1108		
安芸郡	東洋町役場	0887-29-3394	奈半利町役場	0887-38-8181
	田野町役場	0887-38-2812	安田町役場	0887-38-6712
	北川村役場	0887-32-1214	馬路村役場	0887-44-2112
	芸西村役場	0887-33-2112		
長岡郡	本山町役場	0887-76-2113	大豊町役場	0887-72-0450
土佐郡	土佐町役場	0887-82-1110	大川村役場	0887-84-2211
吾川郡	いの町役場	088-893-1117	仁淀川町役場	0889-35-1088
高岡郡	日高村役場	0889-24-5111	越知町役場	0889-26-1115
	佐川町役場	0889-22-7706	中土佐町役場	0889-52-2213
	津野町役場	0889-55-2314	梶原町役場	0889-65-1170
	四万十町役場	0880-22-3117		
幡多郡	黒潮町役場	0880-43-2800	三原村役場	0880-46-2111
	大月町役場	0880-73-1113		