

保険料

保険料は所得額等を基に毎年度計算され、被保険者一人一人から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は、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3年度保険料の計算方法

$$\text{年間保険料額 (限度額 64万円) ※100円未満切捨て} = \text{均等割額 1人当たり 42,240円} + \text{所得割額 賦課のもととなる所得(※) × 所得割率 7.97\%}$$

※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	12,672円
5割軽減	43万円+28万5千円×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	21,120円
2割軽減	43万円+52万円×被保険者数+10万円×（給与所得者等（※）の数-1）以下の世帯	33,792円

※給与所得者等とは、①一定額（55万円）を超える給与収入がある方、②一定額（65歳未満は60万円、65歳以上は125万円）を超える公的年金等収入があり給与所得がない方です。

保険料の納め方

保険料は、原則年金から差し引かれて納めます（特別徴収）。ただし、年金受給額が年額18万円未満の方、介護保険と合わせて保険料が年金の2分の1を超える方は、納付書や口座振替で納めます（普通徴収）。

また、**新規に加入した方（75歳になった方）や住所変更をした方（同一市町村内での転居は除く）は、しばらくの間は普通徴収で納めます。**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。

口座振替をご希望する場合は、国民健康保険料（税）を口座振替で納めていた方も、新たにお手続きが必要です。詳しくは、お住ま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、保険料額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。

「後期高齢者医療保険料のお知らせ」は、市区町村の担当窓口でも配布しております。

※次のような理由により、保険料の減免を受けられる場合がありますので、市区町村の窓口にご相談ください。

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

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証を使用することができます。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。



必ず市区町村の担当窓口へ届け出を

- ①保険証、②印鑑、③事故証明書（交通事故の場合、警察へ届け出をして受け取ってください。）を持ち、市区町村の担当窓口で「**第三者行為による被害届**」の手続きをしてください。

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、個人番号がわかるもの
生活保護を受けなくなったとき	保護廃止決定通知書、個人番号がわかるもの
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）、個人番号がわかるもの
65歳から74歳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、個人番号がわかるもの

※上記以外のもが必要になる場合があります。

各市区町村のお問合せ先一覧

市区町村	担当部署名	電話番号	市区町村	担当部署名	電話番号
仙台市	青葉区	保険年金課	蔵王町	町民税務課	0224-33-3001
	宮城総合支所	保険年金課	七ヶ宿町	町民税務課	0224-37-2114
	宮城野区	保険年金課	大河原町	健康推進課	0224-51-8623
	若林区	保険年金課	村田町	町民生活課	0224-83-6401
	太白区	保険年金課	柴田町	健康推進課	0224-55-2114
	秋保総合支所	保健福祉課	川崎町	保健福祉課	0224-84-6008
	泉区	保険年金課	丸森町	保健福祉課	0224-72-3014
宮城県		保険年金課	亘理町	健康推進課	0223-34-0501
	石巻市	保険年金課	山元町	保健福祉課	0223-37-1113
	塩竈市	保険年金課	松島町	町民福祉課	022-354-5705
	気仙沼市	保険年金課	七ヶ浜町	町民生活課	022-357-7446
	白石市	健康推進課	利府町	町民課	022-767-2340
	名取市	保険年金課	大和町	町民生活課	022-345-1117
	角田市	市民課	大郷町	町民課	022-359-5504
	多賀城市	国保年金課	大衡村	住民生活課	022-341-8512
	岩沼市	健康増進課	色麻町	町民生活課	0229-65-2156
	登米市	国保年金課	加美町	保健福祉課	0229-63-7872
	栗原市	健康推進課	涌谷町	健康課	0229-43-5111
	東松島市	市民生活課	美里町	町民生活課	0229-33-2114
	大崎市	保険給付課	女川町	町民生活課	0225-54-3131(代)
	富谷市	健康推進課	南三陸町	町民税務課	0226-46-1373

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3年度 後期高齢者医療制度のお知らせ

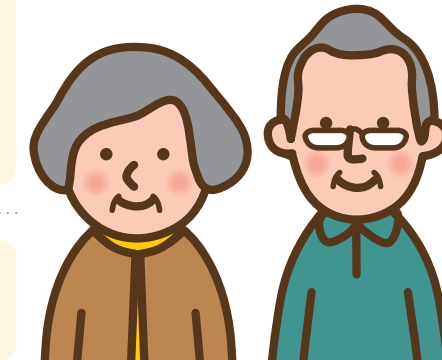
この制度は皆さまからの保険料のほか、現役世代からの支援金等により運営されています。

対象となる方

75歳以上の方が対象です（65歳から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割または3割です（3割負担の被保険者がいる世帯は、被保険者全員が3割負担です。）。



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。
- 保険証は一人に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。
- 記載内容を確認して、間違いがあれば市区町村の担当窓口へ届け出てください。
- 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再交付を受けてください。
- 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。

保険証は毎年**8月1日**に新しくなります。

（保険証の色は、毎年変わります）



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



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)

医療機関等での窓口負担割合は、**1割**です。
ただし現役並み所得世帯の方は、**3割**です。

- 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月にその年度の住民税課税所得金額[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。
- 3割負担の被保険者がいる世帯は、世帯の被保険者全員が3割負担です。
- 3割負担の被保険者が加入した世帯は、年度途中でも被保険者全員が3割負担になります。
- 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。


負担割合	所得区分(適用区分)	対象者
3割負担	現役並み所得者	次の2つの条件をいずれも満たす方 ①住民税課税所得金額[注2]が145万円以上の被保険者がいる世帯の方[注3] ②世帯の高齢者の収入合計額が一定額以上の方[注4]
	(現役Ⅲ)	条件により、申請することで1割負担となる場合があります。該当する方には、市区町村より勧奨通知が送付されますので、ご確認ください。
	(現役Ⅱ)	住民税課税所得690万円以上の被保険者がいる世帯の方
	(現役Ⅰ)	住民税課税所得380万円以上690万円未満の被保険者がいる世帯の方
1割負担	一般	住民税課税世帯で、現役並み所得者にあてはまらない方
	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 ●世帯全員の所得が0円となる方(公的年金の所得は控除額を80万円として計算) ●老齢福祉年金を受給している方

[注1] 住民税課税所得金額とは、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(市町村住民税)の通知に記載されています。「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。確定申告書では確認できませんのでご注意ください。
[注2] 前年の12月31日(1月から7月までは前々年)現在で、同じ世帯に19歳未満の控除(扶養)対象者がいる世帯主である被保険者は、住民税課税所得金額から、さらに調整額が控除されます。
[注3] ①に該当していても、昭和20年1月2日以降に生まれた被保険者で、本人および同じ世帯の被保険者の基礎控除後の総所得金額等の合計が210万円以下の被保険者および同じ世帯の被保険者は、1割負担になります。
[注4] 被保険者および70歳から74歳の高齢者が複数いる世帯は、520万円以上。被保険者が1名の世帯は、383万円以上。

保険証を提示するだけで、支払額を右記の表に応じた自己負担限度額にとどめることができますが、現役Ⅰ・Ⅱまたは区分Ⅰ・Ⅱに該当する方は医療機関によっては保険証と一緒に下記の認定証の提示が必要な場合があります。(提示が必要かどうかは医療機関にお問い合わせください。)


現役Ⅰ・Ⅱに該当する方

限度額適用認定証

後期高齢者医療限度額適用認定証	
有効期限	令和 3年 7月 31日
交付年月日	令和 3年 4月 1日
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
住所	仙台市青葉区上杉1丁目2番3号
被保険者氏名	広瀬 太郎 男
生年月日	昭和 21年 4月 1日
発効期日	令和 3年 4月 1日
適用区分	現役Ⅰ
保険者番号並びに保険者の名称及び印	宮城県 後期高齢者医療広域連合 

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)

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	
有効期限	令和 3年 7月 31日
交付年月日	令和 3年 4月 1日
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
住所	仙台市青葉区上杉1丁目2番3号
被保険者氏名	広瀬 太郎 男
生年月日	昭和 21年 4月 1日
発効期日	令和 3年 4月 1日
適用区分	区分Ⅱ
長期入院該当年月日	
保険者印	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	宮城県 後期高齢者医療広域連合 

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カ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へ申請してください。
- 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。インフルエンザなどの予防接種や入院時の食事代、差額ベッド代などの保険が適用にならないものは対象になりません。

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、年間の上限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	18,000円(年間 144,000円上限)	57,600円 <44,400円	×
低所得Ⅱ(区分Ⅱ)	8,000円	24,600円	○
低所得Ⅰ(区分Ⅰ)		15,000円	○

※〈 〉内数値は、後期高齢者医療制度加入後直近12カ月以内に、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。

※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。

※認定証の申請が「○」の場合も、保険証のみで自己負担限度額の適用を受けられますが、医療機関によっては、保険証と一緒に認定証の提示が必要な場合があります。(提示が必要かどうかは医療機関にお問い合わせください。)認定証が必要な場合は市区町村窓口にてご申請ください。

※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。

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5]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へ申請してください。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へ提示してください。

- [注5] ●人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全
●血友病(血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ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)

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)

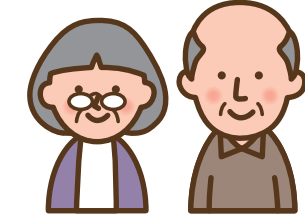
所得区分(適用区分)	1食あたりの食事代(自己負担)
現役並み所得者または一般	460円
低所得Ⅱ(区分Ⅱ)	90日までの入院 210円 91日からの入院[注6] 160円
低所得Ⅰ(区分Ⅰ)	100円

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きます。

※区分Ⅰ・Ⅱに該当する方は、「減額証」の提示が必要となる場合がありますので、市区町村の担当窓口へ申請してください。
[注6] 過去12カ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。

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	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	56万円	
低所得Ⅱ	31万円	
低所得Ⅰ	19万円	

あとから払い戻しが受けられるとき

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へ申請して広域連合が必要と認めた場合、自己負担分(1割または3割)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、個人番号がわかるもの]

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装具を作ったとき	●医師の意見書 ●領収証 ●内訳書
医師の同意のもと、はり・きゅう、あんま・マッサージの施術を受けたとき	●施術内容証明書 ●医師の同意書 ●領収証
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) ●領収証
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 ●領収証 ●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られた場合に限り移送費を支給します。

例えば、災害現場等から医療機関に緊急に搬送された場合や、離島等での負傷・疾病で、その症状が重篤であり発生場所の医療機関では必要な治療が不可能又は著しく困難であるため、必要な医療の提供を受けられる最寄りの医療機関に緊急に搬入された場合などが該当します。

[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、領収証、保険証、通帳、個人番号がわかるもの]

●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]