

国保で受けられる給付

医療機関等にかかるとき

療養の給付

病気やけがをしたとき、医療機関等にマイナ保険証または資格確認書を提示すると、医療費の一部(自己負担)を支払うだけで、診療を受けることができ、残りの費用を国保が負担します。

■療養の給付の対象になるもの

- ・診察
- ・薬剤や治療材料の支給
- ・処置や手術その他の治療
- ・在宅療養および看護
- ・入院および看護

■療養の給付の対象にならないもの

- ・正常な妊娠、分娩(※1)
- ・経済上の理由による妊娠中絶(※1)
- ・歯列矯正(※2)
- ・美容整形
- ・健康診断
- ・予防注射
- ・仕事中のけが(労災保険に加入している場合)

※1 出産育児一時金が支給されます。詳しくは21ページをご覧ください。

※2 口蓋裂や顎変形症の矯正治療は給付の対象となります。

給付が制限される時

次のような原因によるものは給付が制限されます。

- ・自己の故意の犯罪行為による病気やけが
- ・麻薬中毒、自殺など故意による病気やけが
- ・けんか、泥酔などによる病気やけが
- ・医師や保険者の指示に従わなかったとき

年齢別医療費の自己負担

義務教育就学前	義務教育就学後から69歳	70歳から74歳
2割	3割	2割 ただし現役並み所得世帯(11~12ページ)は3割

70歳から74歳までの人の「資格確認書」「資格情報のお知らせ」について

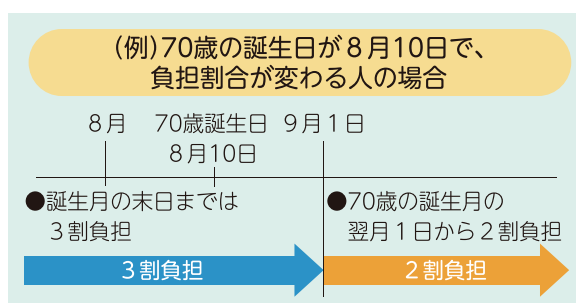
70歳から74歳までの人には、医療費の負担割合が記載された資格確認書または資格情報のお知らせが交付されます(交付対象者については8ページ参照)。

負担割合は2割または3割となります。現役並み所得世帯(11~12ページ)の人は3割となります。

すでにマイナ保険証を使用している場合は、負担割合の情報もマイナ保険証と連携されているため特段の手続きをさせていただく必要はありません。引き続きご使用ください。

これから70歳になる人は

70歳になる月(1日生まれの人は誕生日の前月)の下旬に資格確認書または資格情報のお知らせをお送りしますので、70歳の誕生日の翌月1日(1日生まれの人は誕生日)から使用してください。



※医療機関で確認できなかったときは、3割

の負担割合で医療費を支払います。本来の負担割合が2割のところ、3割で医療機関を受診したときは、申請すると差額が支給されます。必要書類など詳しくは、各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)給付担当へお問い合わせください。

医療費が高額になったとき(高額療養費)

病院などで診療を受け、かかった自己負担額が限度額を超えた場合、その超えた分は申請により高額療養費として支給されます。

該当すると思われる世帯には、申請のご案内が送付されます。

申請に必要なもの

・マイナンバー確認書類※1) ・領収書 ・世帯主の口座がわかるもの※2)

※1 マイナンバー確認書類については4ページをご覧ください。

※2 世帯主以外の口座への振込みを希望する場合は、「世帯主の印鑑」も必要です。

申請場所 各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課) 給付担当

入院など医療費が高額になりそうなときは、事前に市から限度額適用認定証または限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受け医療機関等に提示すると、1つの医療機関等での窓口支払いが自己負担限度額までで済みます(詳しくは16ページへ)。

高額療養費の計算対象となるもの

高額療養費は、加入者全員の1か月にかけた自己負担額※1)を合計して計算をします。ただし、計算に含めることができる自己負担額は年齢によって異なります。

70歳未満の人

下記の条件のもとに計算した個人ごと、医療機関ごとの自己負担額のうち、**21,000円以上**のもののみを計算に含めることができます。

70歳から74歳の人

下記の条件のもとに計算した個人ごと、医療機関ごとの自己負担額を、**金額にかかわらず**計算に含めることができます。

条件

- ・国保でかかった医療費のみです。
- ・月の1日から月末までの暦月ごとに合計します。
- ・1つの病院・診療所ごとに計算します。
- ・入院と外来、それに内科と歯科は、同じ病院・診療所でも別計算です。
- ・院外処方された調剤はその処方せんを発行した病院・診療所でかかった外来の金額と合計します。
- ・入院時の食事代や差額ベッド代などは対象外です。

※1 医療機関の窓口で支払う自己負担額は10円未満の端数が四捨五入されますが、高額療養費の自己負担額は1円単位で計算するため、お手元の領収書の金額と異なる場合があります。

70歳未満の人の高額療養費

自己負担限度額

区分	世帯の所得合計※1)	1か月の自己負担限度額	
		3回目まで	4回目以降※3)
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※2)	35,400円	24,600円

※1 世帯の加入者全員の、受診月の前年(1月~7月は前々年)の所得(基礎控除後)の合計額

※2 世帯主(国保に加入していない場合も含む)と世帯の加入者全員が、受診月の属する年度(4月から7月は前年度)の住民税が非課税である世帯

※3 14ページ「過去12か月間の高額療養費の支給が4回目以降のとき」をご覧ください。

世帯の加入者で、未申告などの理由により所得の確認ができない人がいる場合は、最上位の区分が適用されます。

70歳から74歳の高額療養費

自己負担限度額

区分(※1)	負担割合	外来(個人)	世帯の限度額	75歳到達月の特例対象者(個人)	
				外来	外来+入院
現役並み所得世帯Ⅲ	3割	252,600円+ (総医療費-842,000円)×1% (4回目以降(※2)140,100円)		126,300円+ (総医療費-421,000円)×1% (4回目以降(※2)70,050円)	
現役並み所得世帯Ⅱ		167,400円+ (総医療費-558,000円)×1% (4回目以降(※2)93,000円)		83,700円+ (総医療費-279,000円)×1% (4回目以降(※2)46,500円)	
現役並み所得世帯Ⅰ		80,100円+ (総医療費-267,000円)×1% (4回目以降(※2)44,400円)		40,050円+ (総医療費-133,500円)×1% (4回目以降(※2)22,200円)	
一般所得世帯	2割	18,000円 (年間上限 144,000円)	57,600円 (4回目以降(※2) 44,400円)	9,000円	28,800円 (4回目以降(※2) 22,200円)
住民税非課税世帯Ⅱ		8,000円	24,600円	4,000円	12,300円
住民税非課税世帯Ⅰ		8,000円	15,000円	4,000円	7,500円

※1 区分の判定は、12ページをご覧ください。

※2 14ページ「過去12か月間の高額療養費の支給が4回目以降のとき」をご覧ください。

75歳到達月の自己負担限度額の特例

月の途中で75歳となった人は国保の限度額が1/2となります。これは、国保と後期高齢者医療制度でそれぞれ通常の限度額まで負担すると、前月と比較して2倍の負担となってしまうためです。

〈特例対象者〉

- ①月の途中で75歳に到達し、後期高齢者医療制度に加入した人
- ②職場の健康保険などの被扶養者となっていた人で、お勤めの本人が75歳到達で後期高齢者医療制度に加入したために扶養を外れ、月の途中で国保に加入した人

一般所得世帯の高額療養費外来年間合算

毎年8月1日から翌年7月31日までの外来の自己負担額が、年間上限(144,000円)を超える人は、申請により高額療養費が支給されます。ただし、通常の高額療養費の支給を受けることができる場合は、その支給額を除いて計算します。

該当する世帯には申請のご案内が送付されます。

申請に必要なもの

・マイナンバー確認書類(※1) ・世帯主の口座がわかるもの(※2)

※1 マイナンバー確認書類については4ページをご覧ください。

※2 世帯主以外の口座への振込みを希望する場合は、「世帯主の印鑑」も必要です。

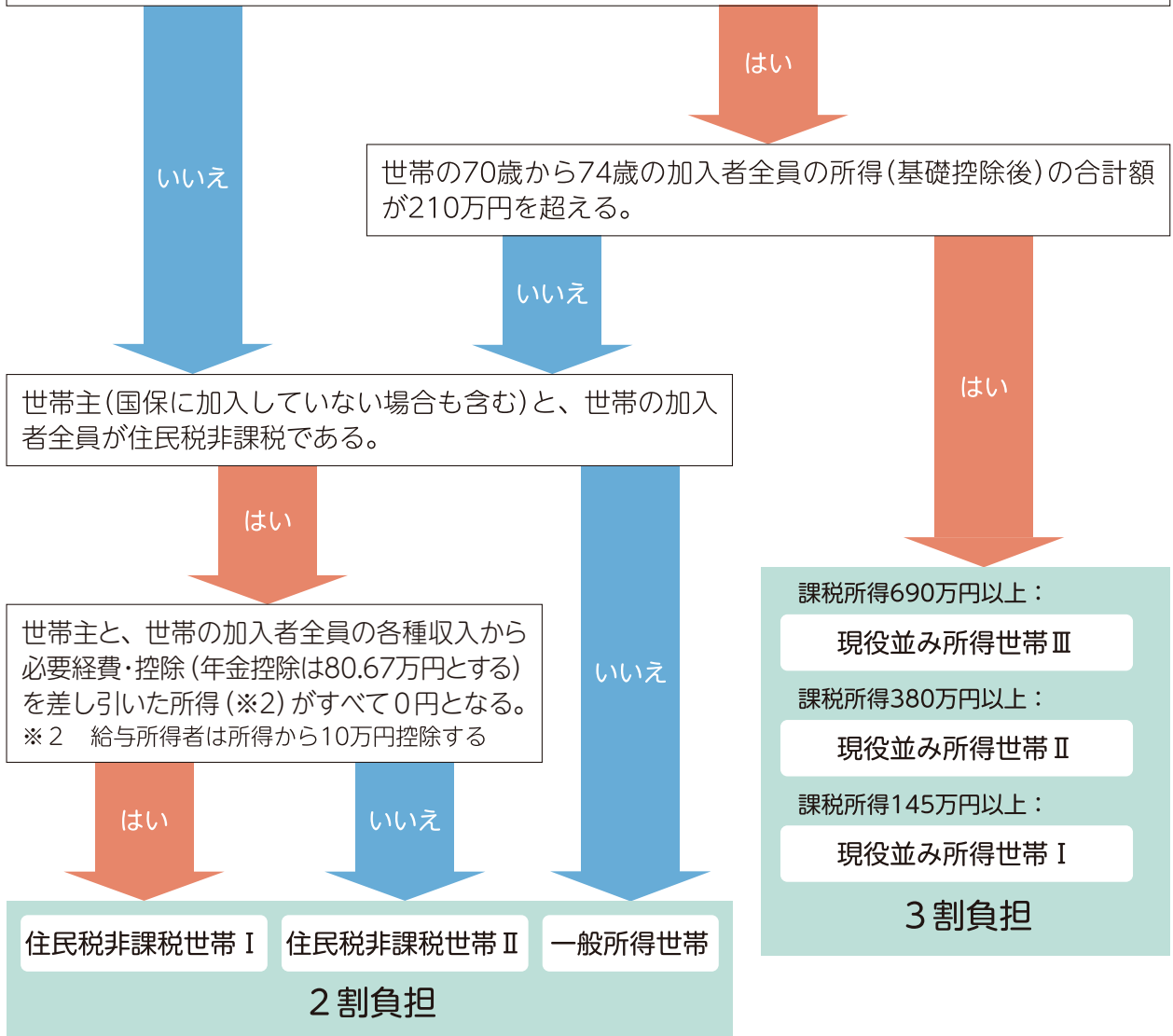
申請場所 各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)給付担当

区分および負担割合の判定方法

11ページの区分および負担割合は、受診月の属する年度(4月から7月は前年度)の住民税課税状況や、受診月の前年(1月から7月は前々年)の所得によって判定します。

世帯の70歳から74歳の加入者のうち、「住民税の課税標準額(課税所得)^(※1)が145万円以上の人」が1人でもいる。

※1 課税標準額…その人の所得から各種控除額を差し引いた額



現役並み所得世帯(3割負担)と判定された世帯でも、前年(1月から7月は前々年)の収入が下記①から③のいずれかに該当する場合は、原則、一般所得世帯(2割負担)となります。

- ①世帯に70歳から74歳の加入者が1人の場合
⇒ 本人の収入額が**383万円未満**である
- ②世帯に70歳から74歳の加入者が2人以上の場合
⇒ その2人以上全員の収入額の合計が**520万円未満**である
- ③世帯に70歳から74歳の加入者が1人かつ「同一の世帯で国保から後期高齢者医療制度に移った人(65歳以上で障がい認定により後期高齢者医療制度に移った人も含む)」がいる場合で、その人達の収入額の合計が**520万円未満**である

★収入額とは、必要経費や各種控除を差し引く前の金額を指します。(年金収入の場合は税・保険料が差し引かれる前の金額、営業収入の場合は売上金額など)ただし、退職金や非課税収入(障害年金・遺族年金など)は含めません。

※ただし、上記①から③のいずれかに該当する場合でも、市外から転入した人などは申請が必要となります。

高額療養費に関する特例

県内転居月特例

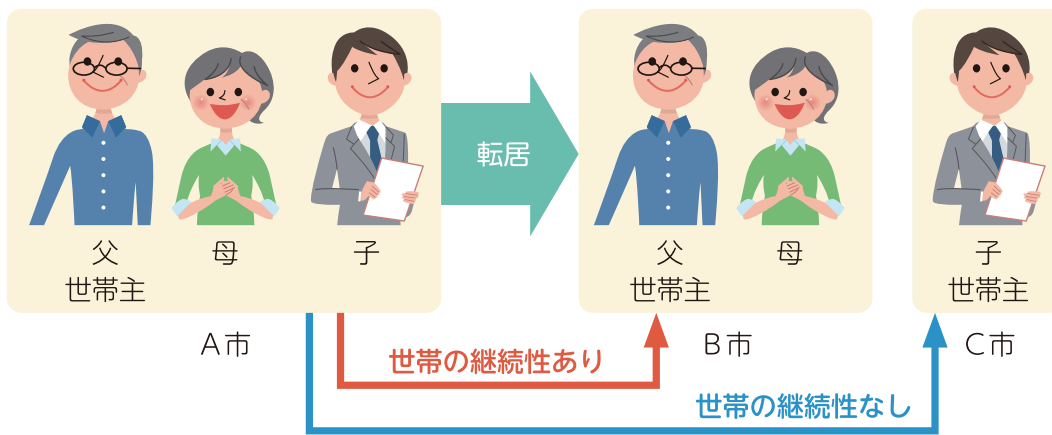
月の途中で新潟県内の他市町村に転居した場合、世帯の継続性が認められれば、その月の自己負担限度額が1/2となります。

世帯の継続性

新潟県内の他市町村へ転居した場合、「世帯の継続性」が認められれば、高額療養費の該当回数を引き継いだり、転居月特例を受けることができます。

世帯の継続性とは、転居される前後の「家計の同一性」や「世帯の連続性」のことを言い、国保の場合、世帯主を基準に判定します。世帯主が転居先でも世帯主となる場合、その世帯に世帯の継続性が認められます。

(例) A市に住む父母子の3人世帯が、父母は同一県内のB市、子は同一県内のC市に転居した場合



高額療養費の該当回数の数え方				県内の他市町村へ転出			
	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
世帯の継続性なし	1回目	2回目	3回目	1回目	2回目	3回目	★4回目 ここから該当
世帯の継続性あり	1回目	2回目	3回目	★4回目 ここから該当	5回目	6回目	7回目

非自発的失業者のいる世帯に対する特例

非自発的失業者(リストラなど会社都合による失業)の保険料軽減措置を受けている人(28ページ)はその人の給与所得を30/100として限度額の区分を判定します。

失業した日	軽減期間
令和6年3月31日～令和7年3月30日	令和8年7月まで
令和7年3月31日～令和8年3月30日	令和9年7月まで
令和8年3月31日～令和9年3月30日	令和10年7月まで

- ★軽減期間中に職場の社会保険に加入する等して国保の資格を喪失した場合は、その日で軽減措置が終了します。
 - ★軽減申請後、短期間の間に社会保険への再加入・脱退と国保の脱退・再加入をした場合、当初の雇用保険受給資格が継続するときは再度軽減対象となります。
- また、新たな雇用保険の受給資格が発生し、対象となる場合は再申請が必要ですので、ご注意ください。

■高額療養費の計算例①(加入者が70歳未満のみの世帯の場合)

「区分ウ」の場合

Aさん(40歳)の自己負担額		Bさん(38歳)の自己負担額	
a病院(外来) 18,000円 (医療費60,000円)	b薬局(a病院処方) 6,000円 (医療費20,000円)	c病院(入院) 75,000円 (医療費250,000円)	c病院(外来) 3,000円 (医療費10,000円)
↓		↓	↓
b薬局がa病院処方なので足し合わせることができ、21,000円以上となるため計算に含まれます。		同じ病院でも入院と外来は別で計算します。	21,000円未満のため、計算に含まれません。
①自己負担額を合計します	24,000円 (18,000円+6,000円)	+	75,000円 = 99,000円 ①
②世帯の自己負担限度額を計算します	80,100円 + (総医療費 60,000円+20,000円+250,000円 - 267,000円) × 1% = 80,730円 ②		
③高額療養費の支給額を計算します	自己負担額の合計(①) - 世帯の自己負担限度額(②) = 99,000円 - 80,730円 = 18,270円		

申請により18,270円が支給されます。

※令和8年4月1日現在の自己負担額をもとに計算された例となります。

4回目以降 過去12か月間の高額療養費の支給が4回目以降のとき

同じ世帯で、過去12か月間に高額療養費の支給を受けた月(※1)が3回以上ある場合(1か月ごとに1回と数えます)、その月は4回目以降の自己負担限度額となります。

(例)

5月に入院をする予定です。5月の自己負担限度額はいくらになりますか？

窓口負担額

3回目までの限度額

4回目以降の限度額

自己負担分 (赤)

高額療養費として支給される分 (緑)

5月は4回目以降の自己負担限度額

6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 4月 5月

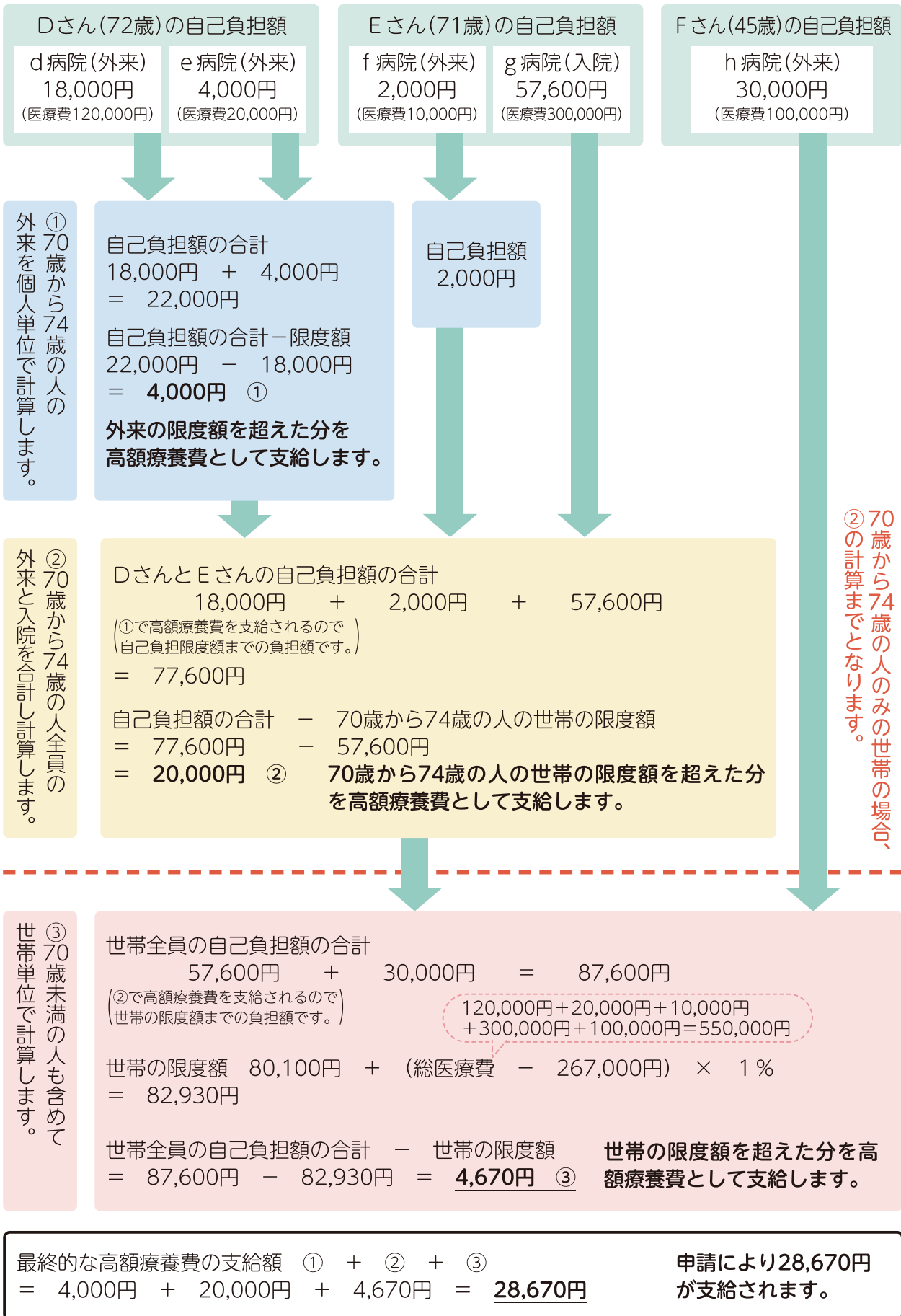
過去12か月間

Cさん

Cさんの世帯の5月を含めた過去12か月間をみると、自己負担限度額を超えたことで高額療養費の支給を受けた月が6月、9月、11月の3回あります。したがって5月は4回目以降の自己負担限度額となります。

※1 70歳から74歳の人の外来診療分の限度額の適用によって支給された高額療養費は除く。

■高額療養費の計算例②(加入者が70歳未満と70歳から74歳の世帯の場合)
70歳未満の人の区分「ウ」、70歳から74歳の人の区分「一般所得世帯」の場合



※令和8年4月1日現在の自己負担額をもとに計算された例となります。

医療費が高額になる見込みがあるとき (限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証)

入院したときや高額な外来診療を受けるとき、事前に「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けて、医療機関等の窓口へ提示すると、その医療機関等での1か月の医療費の窓口支払い(保険適用分)が自己負担限度額(10、11ページ)までで済みます。ただし、70歳から74歳の方は、所得の区分によっては申請の必要がない場合があります。

また、住民税非課税世帯の方は、入院時に「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関の窓口へ提示すると、食事代の減額も受けられます。

各種認定証の交付を受けるには申請が必要です。

なお、マイナ保険証を利用できる医療機関等では、原則各種認定証の提示が不要なため、申請の必要がありません。各種認定証の提示が不要になるかは医療機関等へお問い合わせください。ただし、長期入院該当(17ページ)の方で食事代の減額を受ける場合は申請が必要です。

申請に必要なもの

- ・資格確認書等
- ・マイナンバー確認書類(4ページをご覧ください。)

上記に加えて

○別世帯の人が申請する場合

- …委任状または代理権の確認ができるもの

※詳しくは各区区民生活課(中央区は窓口サービス課)までお問い合わせください。

○申請する年の1月2日以降に市外から転入した人が世帯にいる場合

- …転入した人全員の所得証明書【申請月の前年(1月～7月の申請は前々年)の所得が分かるもの】

○住民税非課税世帯の方で、直近12か月間に91日以上入院している場合

- …入院期間が確認できる領収書

申請場所 各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課) 給付担当

認定証が必要な人



★70歳から74歳の一般所得世帯および現役並み所得世帯Ⅲの方については、認定証は発行されません。マイナ保険証または資格確認書を医療機関等の窓口へ提示するだけで、1か月の医療費の窓口支払いが自己負担限度額までとなります。

認定証は毎年申請が必要です

有効期限後も引き続き認定証が必要な場合は窓口で申請してください。

年度途中で自己負担限度額が変わる場合があります

自己負担限度額は毎月1日の時点での世帯状況で判定します。したがって世帯構成が変わると、年度途中で自己負担限度額が変わる場合があります。また、所得の更正や確定申告により年度初めまで遡って変わる場合もあります。

自己負担限度額の変更があった場合は、新しい認定証が送付されますので、受診中の医療機関等があれば改めて提示してください(70歳から74歳の住民税非課税世帯の方については認定証の回収のみとなる場合があります)。

すでに支払済みの医療費について、自己負担限度額の変更があった場合は、医療費の差額分が請求または支給されます。

入院したとき(入院時食事療養費・入院時生活療養費)

入院したときの食事代(入院時食事療養費)

入院したときの食事代は、定額自己負担(標準負担額)となります。

区 分		食 費
①住民税課税世帯の人		1食510円
②70歳未満の住民税非課税世帯の人	申請月より12か月以前の入院日数が90日以下の場合	1食240円
③70歳から74歳の住民税非課税世帯Ⅱの人	申請月より12か月以前の入院日数が91日以上の場合(長期入院該当)	1食190円
④70歳から74歳の住民税非課税世帯Ⅰの人		1食110円

※①のうち、以下の金額となる場合があります。

- ・指定難病患者や小児慢性特定疾病患者は1食300円
- ・平成27年4月1日以前から精神病棟に入院していた人は1食260円(ただし退院するまでの期間が対象)

※②③④の人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」(16ページ)を医療機関に提示する必要があります。認定証の申請をして交付を受けてください。ただし、マイナ保険証を利用できる医療機関では、原則提示が不要となりますが、長期入院該当の場合は申請が必要です。

※②③の人で、入院日数が90日以下の時点で認定証の交付を受け、その後入院日数が91日以上となった場合は、再度認定証の申請が必要です。

65歳以上の人療養病床に入院したとき(入院時生活療養費)

65歳以上の人療養病床に入院したときは食費と居住費が定額自己負担となります。
療養病床とは…長期にわたり療養を必要とする患者を対象とする病床

区 分	食 費	居 住 費
①住民税課税世帯の人	1食510円	1日370円
②70歳未満の住民税非課税世帯の人	1食240円	
③70歳から74歳の住民税非課税世帯Ⅱの人	1食140円	
④70歳から74歳の住民税非課税世帯Ⅰの人	1食140円	

※①のうち、医療機関によっては1食450円になる場合があります。どちらに該当するかは、医療機関にお問い合わせください。

※②③④の人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」(16ページ)を医療機関に提示する必要があります。認定証の申請をして交付を受けてください。ただし、マイナ保険証を利用できる医療機関では、原則提示が不要となります。

※医療の必要性の高い人および指定難病患者の食費は入院時食事療養費と同額となります。ただし、指定難病患者は居住費の負担はありません。

入院時食事・生活減額差額

住民税非課税世帯の人が入院をするときに、「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関等に提示しなかった場合、住民税課税世帯の人の負担額となります。その際は申請をすると差額が支給されます。

申請に必要なもの

・マイナンバー確認書類※1 ・領収書 ・世帯主の口座がわかるもの※2

※1 マイナンバー確認書類については4ページをご覧ください。

※2 世帯主以外の口座への振込みを希望する場合は、「世帯主の印鑑」も必要です。

申請場所 各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)給付担当

注意 食費・居住費は高額療養費の対象になりません。

医療と介護の自己負担額合計が高額になったとき (高額介護合算療養費)

毎年8月1日から翌年7月31日までの「医療費の自己負担額」と「介護サービスの利用者負担額」の合計額が限度額を超えた場合に支給されます。
該当する世帯には申請の案内が送付されます。

世帯の負担限度額 区分については10、11ページをご覧ください。

70歳未満の人を含む世帯(年間)

区 分	国保+介護保険
ア	212万円
イ	141万円
ウ	67万円
エ	60万円
オ	34万円

70歳から74歳の人のみの世帯(年間)

区 分	国保+介護保険
現役並み所得世帯Ⅲ	212万円
現役並み所得世帯Ⅱ	141万円
現役並み所得世帯Ⅰ	67万円
一般所得世帯	56万円
住民税非課税世帯Ⅱ	31万円
住民税非課税世帯Ⅰ	19万円

申請に必要なもの

・マイナンバー確認書類(※1) ・世帯主の口座がわかるもの(※2)

※1 マイナンバー確認書類については4ページをご覧ください。

※2 世帯主以外の口座を希望する場合は、「世帯主の印鑑」も必要です。

申請場所 各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)給付担当

特定疾病で医療機関等にかかるとき(特定疾病療養受療証)

対象となる特定疾病

- ①人工透析が必要な慢性腎不全
- ②血友病
- ③血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症

この病気で診療を受ける人は「特定疾病療養受療証」を医療機関等の窓口へ提示すると、1か月の自己負担限度額が1万円となります。ただし、①の疾病に該当する70歳未満の人で、世帯の所得合計が600万円を超える世帯の人は限度額が2万円となります。

受療証の交付を受けるには申請が必要です。医療機関または各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)給付担当にお問い合わせください。

申請に必要なもの

・資格確認書等 ・マイナンバー確認書類(※1) ・特定疾病認定申請書(医師の証明があるもの)

※1 マイナンバー確認書類については4ページをご覧ください。

申請場所 各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)給付担当

医療費の支払いが困難なとき(一部負担金減免・徴収猶予制度)

災害、休廃業、失業などにより収入が著しく減少し、医療費の支払いが困難となった世帯は、医療費の自己負担額が減免または徴収猶予される場合があります。

減免などの適用を受けるためには事前に申請が必要です。受診の前に各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)給付担当へご相談ください。

医療費を一時的に全額自己負担したとき(療養費)

次のような場合、医療費は一旦全額自己負担となりますが、申請により、定められた基準額で算定した額の7割または8割を上限として療養費が支給されます。

療養費の支給対象

- 旅行中の急病などにより、医療保険を適用せずに治療を受けたとき
 - 医師の指示によりコルセットなどの治療用装具を作ったとき
 - 海外滞在中に治療を受けたとき(海外療養費)
- ★国内で生じた病気やけがを治療する目的で海外へ渡航し、治療を受けた場合は認められません。
★日本国内で保険適用となる医療行為のみ支給対象となります。

申請に必要なもの

- ・ マイナンバー確認書類(※1) ・ 領収書
- ・ 診療内容明細書(装具の場合は医師の証明書など) ・ 世帯主の口座がわかるもの(※2)

海外療養費の場合、以下の書類も必要です

- ・ 診療内容明細書、領収明細書の翻訳文(外国語で記載されている場合)
 - ・ パスポートなど渡航先や渡航期間が確認できるもの
 - ・ 新潟市が診療の内容について診療の担当者に照会することに関する同意書
- ※1 マイナンバー確認書類については4ページをご覧ください。
※2 世帯主以外の口座への振込みを希望する場合は、「世帯主の印鑑」も必要です。

申請場所 各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)給付担当

交通事故などにあつたとき(第三者行為)

交通事故や他人のペットに咬まれたなど、第三者(相手)との関係で負傷した場合でも、国保の保険診療で受診できます(仕事やおよび通勤途中を除く)。国保で治療を受けるときは保険年金課または各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)給付担当へご相談ください。

示談の前にご相談ください

第三者から治療費を受け取ったり、示談が成立すると国保で治療を受けることができなくなることがあります。示談前に保険年金課または各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)給付担当へご相談ください。

第三者行為の事例

■ 交通事故

(バイクや自転車によるものも含む)



■ 他人のペットなどによるけが



■ 飲食店などでの食中毒



柔道整復(整骨院・接骨院)の施術を受けるとき

整骨院や接骨院などで柔道整復師の施術を受ける場合、負傷の原因によって医療保険の対象になる場合とならない場合があります。

医療保険の対象になる場合

- ・外傷性の打撲・捻挫
- ・医師の同意がある骨折・脱臼の施術
- ・応急手当で行う骨折・脱臼の施術

医療保険の対象にならない場合

- ・単なる疲労・肩こり
- ・病気(神経痛・リウマチ・五十肩・関節炎・ヘルニアなど)からくる痛みやこり

施術を受ける時の注意

- ・柔道整復師に負傷原因を正確に伝えましょう。※同一症状での医師と柔道整復師の重複・並行受診は原則できません(その場合柔道整復師の施術料は全額自己負担となります)。
- ・施術を受けたときには、「療養費支給申請書」の記入が必要となります。署名欄にはご自分で世帯主の氏名を記入するようにしましょう。
- ・長期間にわたり施術を受けても痛みが続く場合は、内科的要因も考えられるので、医師による診察を受けるようにしましょう。

はり、きゅう、あんま・マッサージの施術を受けるとき

医師が必要と認めた場合のみ、医療保険を適用して施術を受けることができます。

医療保険を適用できる例

- はり・きゅう
- ・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 など
- あんま・マッサージ
- ・関節拘縮 ・筋麻痺 など

医療保険を適用できない例

- ・単なる疲労や肩こり
- ・疾患予防や健康増進のためのもの

施術を受ける時の注意

- ・継続して治療を受けるには定期的に医師の同意が必要です。
- ・往療料は、歩行困難など安静を必要とするやむを得ない理由等により施術所へ通うことができないなどの場合のみ医療保険の対象となります。

加入者が死亡したとき(葬祭費)

加入者が死亡したときは、申請により葬儀執行者(喪主)に葬祭費として5万円が支給されます。

申請に必要なもの

- ・振込先口座が分かるもの(※1) ・窓口に来る人の本人確認書類
 - ・申請者が葬儀執行者(喪主)であることが確認できる書類(領収書・案内文など)(※2)
- ※1 申請者(葬儀執行者)以外の口座への振込みを希望する場合は、「申請者の印鑑」が必要です。
- ※2 見積書は不可

申請場所 各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)・出張所・連絡所

こどもが生まれたとき(出産育児一時金)

加入者が出産したときは、出産育児一時金が支給されます。

妊娠85日以降に出産した場合
支給額**488,000円**
(出生児1人あたり)

+

産科医療補償制度加入分娩機関で
妊娠22週以降に出産した場合
加算額**12,000円**
(出生児1人あたり)



※死産・流産の場合も支給対象になります。

■直接支払制度について

直接支払制度とは、出産育児一時金を国保が医療機関等に直接支払うことで、医療機関等から請求される出産費用が出産育児一時金を差し引いた金額で済む制度です。全国の医療機関等で利用できます(一部を除く)。出産前に医療機関等で手続きを行ってください。

■受取代理制度について

受取代理制度とは、直接支払制度が利用できない医療機関で出産する場合、医療機関が被保険者に代わり出産育児一時金を受け取る制度です。

出産前に制度の利用可否について直接医療機関に確認の上、区役所等の窓口で手続きを行ってください。

■支給申請について

直接支払制度を利用したときに出産費用が少額で済み、出産育児一時金の支給額に満たなかった場合、または、直接支払制度を利用しない場合は、申請により出産育児一時金の差額または全額が支給されます。

申請に必要なもの

- ・資格確認書等 ・領収書および請求明細書
- ・直接支払制度に関する医療機関等との合意文書 ・世帯主の口座がわかるもの(※1)
- ・窓口に来る人の本人確認書類

※1 世帯主以外の口座への振込みを希望する場合は、「世帯主の印鑑」も必要です。

申請場所 各区役所区民生活課(中央区は窓口サービス課)・出張所・連絡所

ご存じですか?

老人医療費助成制度

65歳から69歳までの方で一定の要件を満たすと、申請により市の医療費助成が受けられます。

対象者

次の1、2いずれかに該当する、前年所得が135万円以下の人

1. 常時ひとり暮らし
 2. 3か月以上寝たきりで日常生活に介助が必要
- 申請時に親族との定期的な交流の有無などの聞き取り調査をします。

助成内容

医療費の自己負担割合が2割になります。(通常は3割)

申請・お問い合わせ先

各区区民生活課/窓口サービス課(給付担当)

北区	東区	中央区	江南区
025 (387) 1275	025 (250) 2265	025 (223) 7149	025 (382) 4235
秋葉区	南区	西区	西蒲区
0250 (25) 5676	025 (372) 6135	025 (264) 7243	0256 (72) 8336

医療費を大切に

高齢化や医療の高度化により、1人あたりにかかる医療費は、年々増え続けています。国保が負担する医療費の一部は、加入者の保険料でまかなっているため、医療費の増加は、将来の保険料の増加につながります。

医療費を増やさないためにも、健康な生活を心がけ、医療費の節約に努めましょう。皆さまのご協力をお願いします。

1年に1回は特定健康診査を受けましょう

自覚症状がなくても、病気がかかっていることもあります。病気を早めに見つけて治療するためにも、定期的に特定健康診査やがん検診を受けて、自分の体の状態を確認しましょう。(詳しくは36ページへ)

お医者さんの上手なかかり方

かかりつけ医をもちましょう

かかりつけ医とは、病歴や健康状態などを把握してくれる身近で信頼のできる医師のことです。同じ病気で複数の病院にかかると、同じ検査や投薬により、医療費がかかるだけでなく、体に悪影響を与えてしまう心配があります。かかりつけ医をもっていると、細やかな対応をしてもらえて安心です。

自己判断はせずに、医師に相談しましょう

自己判断で薬の服用をやめたり、治療を途中で中断すると、症状を悪化させる原因にもなります。

夜間や休日の受診は緊急な場合だけにしましょう

夜間や休日に受診すると、医療費が割高になり、窓口での支払額も高くなります。また、救急医療の受診が増加すると、医師の負担が増え、急病人の治療に支障をきたすこともあります。

かかりつけ薬局をもち、薬のもらいすぎや飲み合わせに気をつけましょう

服用する薬が多いと副作用が出ることがあります。お薬手帳を1冊にまとめて、服用している薬を薬剤師等に確認してもらいましょう。マイナ保険証を利用すると、服薬情報や健康診断の結果が確認できるようになるため、身体の状態や他の病気を推測して治療に役立てることができます。

セルフメディケーションに努めましょう

できるだけ長い期間自立して過ごせるよう、日頃から自分の体に目を向けて、健康づくりに取り組むことが大切です。風邪など症状が軽い時は、薬局等で購入できる「OTC医薬品」を活用したり、症状の改善が思わしくない場合は医療機関を受診するなど、適宜判断しましょう。

医療費のお知らせ(医療費通知書)について

ご家庭の医療費がどのくらいかかったのかをお知らせする通知です。受け取ったら内容をご確認ください。

●対象者	国保加入者(世帯主あてに世帯全員分を送付)	
●掲載内容	受診年月、医療機関名、医療費総額、患者負担額など(保険適用分のみ)	
●送付時期	対象月	送付月
	令和7年12月～令和8年11月診療分	令和9年2月

医療費通知書に記載のあるものについては、所得税の確定申告の「医療費控除の明細書」の添付書類として使用できます。医療費控除の申告に関しては、税務署にお問い合わせください。

ジェネリック医薬品に関するお知らせについて

ジェネリック医薬品(後発医薬品)は、先発医薬品と同じ有効成分で、ほぼ同じ効能・効果を持っています。また先発医薬品と比べ安価で薬代の節約に繋がります。

ジェネリック医薬品に関するお知らせは、現在使用している医薬品をジェネリック医薬品に切り替えた場合に、どれだけ自己負担額が安くなるのかお知らせする通知です。

ジェネリック医薬品を希望する場合は、医師または薬剤師にご相談ください。

●対象者	12歳以上の国保加入者(加入者個人あてに送付)	
●送付時期	対象月	送付月
	令和8年6月調剤分	令和8年9月
	令和8年10月調剤分	令和9年1月

「ジェネリック医薬品希望カード」を各区役所区民生活課や、出張所の窓口で配布しています。ご活用ください。

※すべての薬にジェネリック医薬品があるわけではありません。



リフィル処方せんについて

「リフィル処方せん」とは、医師が症状が安定していると判断した患者に対し、最大3回まで一定期間内に医師の診察を受けなくても、同じ処方せんで薬を受け取れる処方せんのことです。

医療機関を受診する回数が減り、患者本人の通院負担や自己負担額を軽減することができ、国保医療費の削減にもつながります。詳しくは、かかりつけ医へご相談ください。

※投薬量に制限のある医薬品や湿布薬には利用できません。