

国民健康保険 の てびき

～いざというときのために

みんなで支え合う国民健康保険～

中間市役所医療保険課

TEL: (093) 246-6246



もくじ

1. 国民健康保険制度とは.....	1
2. 手続と届出.....	2
3. 国民健康保険税について.....	3
4. 保険税の軽減・減免.....	4
5. 納税.....	6
6. 保険給付について.....	7
7. 高額療養費について.....	11
8. ジェネリック医薬品.....	18
9. 医療費適正化にご協力を.....	19
10. 柔道整復師（整骨院・接骨院）のかかり方.....	19
11. 交通事故等にあつたとき.....	20
12. 退職したときは.....	21
13. 各種健康診査・保健指導.....	22

1. 国民健康保険制度とは

【制度の概要】

国民健康保険は加入者が保険税を出し合い、病気やケガをしたときの治療費の一部を負担する制度です。病気やケガをしたときの一人ひとりの経済的な負担を軽くし、安心して医療を受けられる目的でつくられました。日本では、国民全てがいずれかの保険制度に加入する「国民皆保険」となっています。

職場の健康保険に加入している人とその扶養家族、後期高齢者医療保険に加入している人、生活保護を受けている人を除いて、市内に住んでいる人が国民健康保険の加入者になります。

令和6年12月2日から現行の保険証は発行されなくなりました

お手元に有効な保険証がある場合、最長令和7年12月1日まで使用可能です。有効期限が令和7年12月1日以前に切れる場合は、その有効期限まで使えます。なお、転職・転居等で加入している保険者が変わった場合使えなくなります。

令和6年12月2日以降、マイナンバーカードを健康保険証として利用（マイナ保険証）することが基本となります。マイナ保険証を保有していない方には、「資格確認書」が交付され、引き続き、医療を受けることができます（マイナ保険証を紛失等した場合は、保険者に申請いただくことで「資格確認書」が交付されます）。

マイナンバーカードを健康保険証として利用するには

マイナンバーカードを健康保険証として利用するには、ご利用登録が必要です。初めて医療機関を受診していただいても顔認証付きカードリーダーの画面で、マイナンバーカードを保険証として登録し、そのまま利用できます（4桁の暗証番号が必要です）。

マイナ保険証に関する3つのメリット

データに基づくより良い医療を受けることができる

過去のお薬情報や健康診断の結果を見られるようになるため、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。また、お薬の飲み合わせや分量を調整してもらうこともできます。

手続きなしで高額医療の限度額を超える支払を免除

限度額適用認定証等がなくても、公的医療保険が適用される診療については限度額を超える分を支払う必要がありません、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ます。

マイナポータルで確定申告時に医療費控除が簡単にできる

マイナポータルからe-Taxに連携することで、確定申告時の医療費控除申請が簡単になります。医療費の領収書を管理・保管しなくてもマイナポータルで医療費通知情報の管理が可能となり、マイナポータルとe-Taxを連携することで、データを自動入力できます。

2. 手続と届出

国民健康保険の加入や喪失等の手続が必要な人は、14日以内に医療保険課まで届出をしてください。

【取得手続】

こんなときは届出を	必要なもの
転入したとき	（市民課への転入の届出） ※前住所地から発行された証明等（該当者のみ）
職場の健康保険をやめたとき	健康保険資格喪失証明書
職場の健康保険の被扶養者から外れたとき	
子どもが生まれたとき	（市民課への出生の届出）

子どもが生まれたときは、出産育児一時金の手続（P8へ）や子ども医療費助成制度の手続も必要です。保険税の口座振替を希望する人は、加入時に利用可能な金融機関のキャッシュカードをお持ちいただくと、医療保険課窓口で口座振替の手続ができます。

【喪失手続】

こんなときは届出を	必要なもの
転出するとき	（市民課への転出の届出）、資格確認書
職場の健康保険に加入したとき	職場が交付する資格確認書または資格情報のお知らせ
職場の健康保険の被扶養者になったとき	
死亡したとき	（市民課への死亡の届出） 資格確認書（世帯主が死亡したときは世帯全員分必要）

死亡したときは、葬祭費の手続（P9へ）も必要です。

【変更手続】

こんなときは届出を	必要なもの
市内で住所が変わったとき	（市民課への住所、世帯主変更の届出） 資格確認書（世帯主や住所が変わったときは世帯全員分必要）
世帯主が変わったとき（死亡も含む）	
修学のため、別に住所を定めるとき	資格確認書 学生証又は在学証明書（入学する場合は合格通知など）
保険証等をなくした、汚したとき	本人確認書類（運転免許証など顔写真付きの身分証明書）

【ご注意ください】

全てのお手続において、同一世帯でない代理人からの申請は、委任状及び来庁者の本人確認書類が必要となる場合があります。

お手続により必要なものが異なります。詳しくは医療保険課（TEL246-6246）までお問い合わせください。

3. 国民健康保険税について

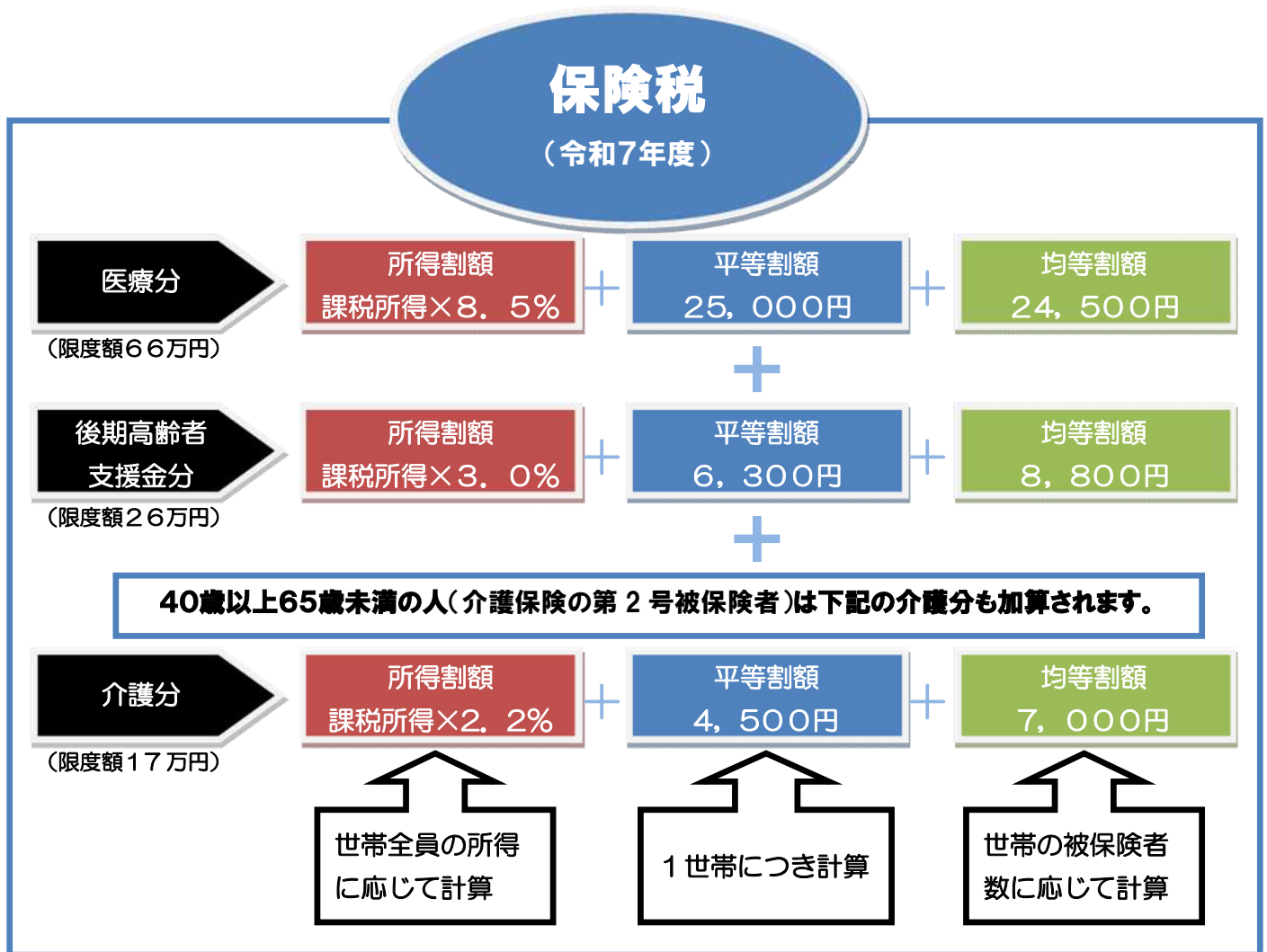
【納税義務者】

保険税を納める人は各世帯の世帯主です。世帯主が国民健康保険の加入者でなくても、その世帯の中に1人でも加入者がいる場合は、世帯主が納税義務者になります。

【保険税の計算方法】

保険税は、所得割・平等割・均等割の3つで構成されます。

保険税は、次の方法で世帯ごとに算出します。



※課税所得とは…

課税所得 = 総所得金額 (注1) + 分離所得金額 (注2) - 基礎控除 (430,000円)

(注1) 総所得金額: 給与、年金、営業等、不動産、配当などの所得

(注2) 分離所得金額: 家や土地、株式等の売買などにより生じた所得

途中加入・脱退の場合の保険税

年度途中で加入・脱退する場合は月割で計算します。

そのため、世帯全員が脱退した場合、前月分までの保険税を再計算しますが、その結果、不足分がある場合は、脱退した月以降に賦課する場合があります。納め過ぎとなっている場合は後日還付いたします。

世帯の一部の人が脱退した場合、再計算して残額を月割で計算します。

4. 保険税の軽減・減免

【保険税の法定軽減制度】（申請は不要です）

国の定める所得基準を下回る世帯は、保険税の平等割額及び均等割額の7割、5割又は2割を軽減します。ただし、世帯全員（未成年は除く。）が所得申告をしている場合に限りです。

軽減割合	軽減の基準（世帯主及び世帯に属する被保険者の所得の合計額）
7割	43万円＋10万円×（給与所得者等の数－1）以下
5割	43万円＋（30万5,000円×（被保険者数＋特定同一世帯所属者数））＋10万円×（給与所得者等の数－1）以下
2割	43万円＋（56万円×（被保険者数＋特定同一世帯所属者数））＋10万円×（給与所得者等の数－1）以下

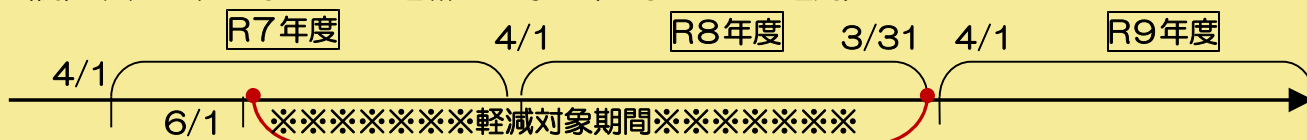
【未就学児にかかる均等割額軽減制度】

子育て世帯への経済的負担軽減の観点から、未就学児に対する保険税均等割額部分が5割軽減されます。一定基準以下であることによる法定軽減制度（7割、5割、2割軽減）が適用されている場合は、適用後の金額からさらに5割軽減されます。

【非自発的失業者軽減制度】

倒産・解雇などの理由で離職した人は、在職中とおおむね同程度の保険税負担で、国民健康保険に加入できるよう負担を軽減しています。この軽減は退職日の翌日の属する月から、その月の属する年度の翌年度末までです。

（例）令和7年5月31日に退職した場合（6月1日から適用）



＜対象となる方＞

- ①離職日時点で65歳未満の人
 - ②失業保険を受給する人
 - ③雇用保険の受給資格者証の離職理由コードが「11、12、21、22、23、31、32、33、34」に該当する人
- ※該当者は申請が必要です。届出がない場合は、軽減されません。

＜届け出に必要なもの＞

- 雇用保険受給資格者証

＜軽減内容＞

非自発的失業者の人の所得のうち、給与所得のみを30/100として国民健康保険税を算定します。

＜雇用保険受給資格者証見本＞

雇用保険受給資格者証						
1. 支給番号		2. 氏名				
3. 被保険者番号	4. 性別	5. 離職時年齢	6. 生年月日	7. 求職番号		
8. 住所又は居所						
9. 支払方法(記号(口座)番号 - 金融機関名 - 支店名)						
10. 資格取得年月日		11. 離職年月日		12. 離職理由		
13. 60歳到達時賃金日額		14. 離職時賃金日額		15. 給付制限		
16. 求職申込年月日		17. 認定日		18. 受給期間満了年月日		
19. 基本手当日額		20. 所定給付日数		21. 給付制限		
22. 離職前事業所名						
23. 再就職手当支給歴		24. 特殊表示(災害時、一括、連相、市町村)				

【特定世帯等に係る保険税の軽減特例措置】（申請は不要です。）

国民健康保険の被保険者が後期高齢者医療の被保険者と国民健康保険の被保険者に分かれた世帯（特定世帯等）について、以下のとおり保険税の措置があります。

- 保険税の法定軽減判定の際に国民健康保険から後期高齢者医療に移行した被保険者の所得及び人数を含めて軽減判定を行います。
- 後期高齢者医療の被保険者が国民健康保険から後期高齢者医療に移行することにより、国民健康保険の被保険者が1人になる世帯については、5年間平等割額が半額となり、さらに3年間4分の1の軽減を受けることができます。

※世帯主が変更になったときは適用対象外となります。

【旧被扶養者減免】

被用者保険（全国健康保険協会や共済組合等）本人から後期高齢者医療に移行することにより、被用者保険の被扶養者だった65歳以上の人（旧被扶養者）が国民健康保険に加入した場合、次のとおり減免制度があります。

●旧被扶養者のみの世帯の人

- ①所得割額の全額を減免
- ②平等割額、均等割額を半額に減免

●左記以外の世帯の人

- ①旧被扶養者に係る所得割額の全額を減免
- ②旧被扶養者に係る均等割額を半額に減免

※平等割と均等割が法定軽減の7割軽減・5割軽減の適用を受けている場合は対象になりません。

※平等割及び均等割の減免期間は国民健康保険の資格取得日より2年です。

【災害による減免】

災害で住宅や家財に大きな被害を受けたときなどに、保険税を納めることが困難な場合は、損害の程度に応じ、保険税の減免を受けることができます。ただし、損害の程度は、損害額から保険金や損害賠償金等により補てんされる金額を差し引いて認定されます。

【所得の激減による減免】

病気や傷害、失業、廃業などにより、前年と比較して所得が著しく減少するとき、一定の条件を満たす場合は減免を受けることができます。

【産前産後免除制度】

国民健康保険に加入している出産及び出産予定者の「所得割」・「均等割」を下記対象期間分免除します。
※本制度の「出産」とは、妊娠85日以上分娩をいい、死産・流産（人工妊娠中絶を含む）及び早産の場合も対象となります。

●申請に必要なもの 母子健康手帳

●対象期間

単胎妊娠：出産（予定）月の前月から、出産（予定）月の翌々月までの4か月

多胎妊娠：出産（予定）月の3か月前から、出産（予定）月の翌々月までの6か月

各種軽減及び減免についての詳しい内容は、課税課(Tel246-6238)にご相談ください。

5. 納税

納税方法

国民健康保険税は、毎年 6 月に、その年の 4 月から翌年 3 月までの 1 年間の保険税を決定します。

納付は、金融機関などで納めていただく普通徴収のほか、年金から天引きする特別徴収があります。普通徴収の納期は、6 月から翌年 3 月までの年 10 回です。納付期限は毎月月末（休みの場合は翌営業日）です。特別徴収の場合は、各年金の支給月が納期となり、自動的に年金から天引きされます。

普通徴収

●納付書払い

コンビニ納付、スマホアプリ決済（PayPay、PayB）、金融機関窓口納付が利用できます。6 月に発送する納付書（国民健康保険税通知書）でお支払いください。

●口座振替

口座振替にすると、保険税の納め忘れがなくなり便利です。

【金融機関での手続き】

通帳、印鑑（金融機関届出印）、資格確認書又は保険証をお持ちになり、ご希望の金融機関で手続きをしてください。

※市内の金融機関の窓口には『口座振替依頼書』が常備されています。

【市役所での手続き】

市役所の窓口では、Pay-easy 端末を用いた口座振替受付サービスが利用でき、届出印不要で口座振替の申込みをすることができます。振替を希望する口座のキャッシュカードをお持ちください。

【取扱金融機関】

西日本シティ銀行、福岡銀行、ゆうちょ銀行、遠賀信用金庫、福岡ひびき信用金庫、九州労働金庫、北九州農協

※西日本シティ銀行及び福岡銀行では、スマートフォンやパソコンを利用した WEB 口座振替受付サービスが利用できます。

特別徴収

以下の条件に全て当てはまる人は、

国民健康保険税の納付が年金からの天引き（特別徴収）となります。

①世帯主が国民健康保険の被保険者

②世帯内の国民健康保険被保険者全員が 65 歳以上 75 歳未満

③世帯主の年金が年額 18 万円以上で介護保険料を年金天引きされている

④国民健康保険税と介護保険料の合算額が年金受給額の 2 分の 1 を超えていない

※なお、年金からの天引き（特別徴収）を口座振替に変更することもできます。

口座振替を希望される場合は、課税課(Tel246-6 2 3 8)までお問い合わせください。

6. 保険給付について

医療費

医療機関などに通院・入院したときに窓口でマイナ保険証または資格確認書を提示すれば、かかった医療費の一部を負担するだけで医療行為を受けることができます。

なお、自己負担割合は次のとおりです。

ただし、次のものは保険給付を受けることができません。

- 健康診断や予防注射
- 正常な妊娠、経済上の理由による妊娠中絶
- 美容整形や歯科矯正
- 仕事のケガや病気など労災保険の対象となるもの

年齢	負担割合
6 歳までの未就学の人	2割
就学後から 70 歳未満の人	3割
70 歳以上 75 歳未満の人	2割
上記のうち一定の所得がある人※2（現役並み所得者）	3割

※1 中間市の子ども医療制度の適用がある人は実際の負担額が異なります。

※2 一定の所得がある人（現役並み所得者）とは、同一世帯に市民税課税所得が 145 万円以上の 70 歳以上 75 歳未満の国民健康保険の被保険者がいる人。ただし、70 歳以上 75 歳未満の人の国民健康保険の被保険者が 2 人以上いる場合（同一世帯で国民健康保険から後期高齢者医療に移行した人がいて、国民健康保険の被保険者 1 人の世帯を含む）は合計収入が 520 万円（単身世帯で 383 万円）未満であれば 2 割になります。70 歳以上 75 歳未満の被保険者に係る旧ただし書所得の合計額が 210 万円以下であれば 2 割になります。なお、前年の 1 2 月 31 日現在において、世帯主であり、同一世帯に所得 38 万円以下の 19 歳未満の被保険者がいた場合は、市民税課税所得から 1 人につき 33 万円（16 歳以上 19 歳未満の者は 12 万円）を控除して判定します。

一部負担金減免

災害等により財産に著しい損害を受けた場合や事業の休廃止、失業等により収入が著しく減少した場合など、特別な理由によって病院の窓口で支払う一部負担金の支払いが困難な場合、次の全ての条件に該当する人は入院時の一部負担金の免除を受けられます。

- ①入院療養を受ける人がいる世帯であること
- ②世帯全員の収入総額が基準生活費以下であること
- ③預貯金が基準生活費の 3 月分以下であること

※基準生活費とは、生活保護法に定められている生活扶助、教育扶助、住宅扶助を足し合わせた額に 1000 分の 1155 を乗じた額です。

詳しくは医療保険課 (Tel246-6246) にお問い合わせください。

なお、自己負担限度額については、高額療養費(11P)を参照してください。

訪問看護療養費

医師の指示のもとで訪問看護ステーションなどを利用したときは、費用の一部を支払うだけで、利用することができます。

療養費

申請期限：療養を受けた日の翌日から 2 年間

以下の場合、かかった医療費を、一旦全額負担し、申請により自己負担割合を除いた金額が療養費として後から支給されます。また、申請する内容により必要なものが変わります。

こんなとき	申請に必要なもの
やむを得ない事情で 10 割負担で病院にかかったとき	本人確認書類、領収書 レセプト（診療報酬明細書）、振込先がわかるもの
療養のため医師の診断により補装具・コルセットを製作したとき	本人確認書類、医師の証明書 見積書と請求書、領収書、振込先がわかるもの
医師の診断により、あんま、はり・きゅう、マッサージ、柔道整復の施術を受けたとき	本人確認書類、領収書 施術明細書、医師の同意書、振込先がわかるもの
海外渡航中に診療を受けたとき ※1	本人確認書類、パスポート、 領収書（翻訳文も必要）、振込先がわかるもの 診療内容明細書・領収明細書（翻訳文も必要） ※明細書の様式は市役所にあります。

※1 臓器移植に係る申請の場合、別途手続きに必要なものがありますので、お問い合わせください。

出産育児一時金

申請期限：出産から 2 年間

国民健康保険の被保険者が出産したときは、出産育児一時金として、50 万円（産科医療補償制度対象外の場合は 48 万 8 千円）が支給されます。また、妊娠 85 日以上（妊娠期間の満の日数を最終月経の第 1 日目から表現する場合は 84 日以上）であれば、死産・流産の場合でも支給されます。

ただし、勤務先の健康保険など、他の保険から支給される場合は国民健康保険から支給はありません。

① 直接支払制度を利用する場合

直接支払制度は、出産費用に出産育児一時金を充てることができるように、市から出産育児一時金を医療機関等に直接支払う制度です。被保険者が出産する場合、出産育児一時金の範囲内で、出産費用を準備する負担の軽減を図ることができます。ただし、出産費用が出産育児一時金の支給額を超えた場合、超えた部分については自己負担となり、下回った場合は、その差額分を被保険者の申請により支給します。

差額支給の 申請に 必要なもの

本人確認書類、出産費用の領収・明細書
医療機関等から交付される直接支払制度を利用する旨の合意文書
世帯主名義の振込先がわかるもの

② 直接支払制度を利用しない場合

直接支払制度を利用せずに、医療機関等で出産費用を支払った場合は、直接、医療保険課の窓口申請してください。

申請に 必要なもの

本人確認書類、出産費用の領収・明細書
医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類（領収・明細書にその旨の記載がある場合は必要ありません。）
世帯主名義の振込先がわかるもの

移送費

申請期限：支払った日の翌日から2年間

緊急な入院、転院など医学的な理由で、医師の指示により保険診療を受けるため病院や診療所に緊急に移送されたときは、申請して認められたものについて移送費が支給されます。通院のための交通費は対象外になります。

申請に必要なもの

本人確認書類、領収書
費用の明細書（移送の手段、区間、距離のわかるもの）
医師の意見書、振込先のわかるもの

輸血の場合の生血代

申請期限：支払った日の翌日から2年間

輸血の際の生血代は療養費払いの取扱いとなります。

保存血は費用の一部を支払うだけで利用することができ、手術のときや治療で輸血が必要なとき、普通はその血液型の保存血を使って輸血が行われます。しかし、緊急に生血を提供してもらう必要が生じたとき、生血の提供者に支払った血液代金は保険の範囲内で療養費の支給対象となります。なお、親、兄弟姉妹、親族から提供を受けた場合は請求できません。

申請に必要なもの

本人確認書類
輸血代の領収書（輸血代は一般に妥当だと認められる実費額）
医師の輸血証明書、振込先のわかるもの

葬祭費

申請期限：葬祭を行ってから2年間

国民健康保険の加入者が死亡したときは、葬祭を行った人（喪主）に3万円を支給します。

申請に必要なもの

本人確認書類、死亡診断書の写し、喪主名義の振込先がわかるもの
葬祭を行った人がわかる書類（領収証、会葬礼状など）
※同時に国民健康保険等の喪失の手続きが必要です。
詳しくは医療保険課までお問い合わせください。

特定の疾病に関する助成制度

長期にわたり高額な医療費が必要となる次の特定の疾病について、医療保険課に申請し、「特定疾病療養受療証」の発行を受けた人は、1つの医療機関につき、1か月間の自己負担限度額が10,000円になります。ただし、国民健康保険税の算定の基礎となる基礎控除後の総所得金額が600万円を超える世帯の人は、20,000円となります。

対象の疾病

- ① 人工透析を実施している慢性腎不全
- ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第8因子障害、または、先天性血液凝固第9因子障害（いわゆる血友病）
- 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者に限ります。）

申請に必要なもの

本人確認書類
医師の意見書

はり・きゅう施術利用券

市が指定した市内の施術所で、はり・きゅう・マッサージの施術を受ける際の施術料の一部を助成します。

施術所一覧

施術所名	所在地	電話番号
桜井治療院	中間市通谷二丁目9番5号	244-5234
進鍼灸マッサージ院	中間市中鶴一丁目8番22号	244-6272
大善鍼灸あんま治療院	中間市岩瀬西町32番3号	244-2389
瀬戸治療院	中間市大字下大隈1414番地	245-2039
玉城治療院	中間市小田ヶ浦二丁目1番17号	245-6341
背骨コンディショニング鍼灸院	中間市通谷一丁目36番2号	243-3555
ゆか鍼灸整骨院	中間市中央二丁目8番27号	647-0013
しょうじ鍼灸整骨院	中間市中尾三丁目12番36号	244-2766
星野鍼灸整骨院	中間市通谷一丁目32番10号	245-6245
鍼灸訪問治療 赤ざる	中間市東中間一丁目3番7号	243-1618
てて整骨院	中間市東中間二丁目2番13号	701-7292

利用券の発行に必要なもの

本人確認書類

助成内容

利用券は施術1回につき500円を助成します。年60回（交付日から同年度の3月末までの間）月10回を限度として利用できます。また、利用券は、申請者以外の人には使用できません。

7. 高額療養費について

医療機関などで医療行為を受け、1 か月間に支払った自己負担額が一定の基準額(自己負担限度額)を超えた場合は、申請により超えた分が高額療養費として後から支給されます。

自己負担限度額

被保険者の年齢、世帯の所得区分等によって、限度額が異なります。
詳しくは次ページを参照してください。

高額療養費の申請

申請期限：診療月の翌月 1 日から起算して 2 年

申請に 必要なもの

【同一世帯の人が申請する場合】

- 本人確認書類 ●振込先がわかるもの(原則世帯主名義のもの※)
- 該当月の領収書

【別世帯の人が代理で申請する場合】

- 申請者(来庁者)の本人確認書類 ●振込先がわかるもの(原則世帯主名義のもの※)
- 該当月の領収書 ●委任状

※申請者がどなたかに関わらず、振込先が世帯主以外の場合は委任状が別途必要です。

注意事項

- ・診療月の翌月 1 日から起算して 2 年を過ぎると時効により申請できませんのでご注意ください。
- ・支給額の決定は、医療機関などから提出される診療報酬明細書に基づいて行います。そのため、実際の支払額と支給額が異なる場合があります。診療報酬明細書は、診療を受けた翌々月以降に市役所に届きますので、支給はその翌月以降になります。例えば、1 月診療分の支給は早くても 4 月 10 日頃になります。また、診療報酬明細書の送付が遅れた場合や診療報酬明細書の審査等により、さらに支給が遅れる場合があります。
- ・保険税の未納がある世帯で保険税の納付相談を必要とする場合は、口座振込の受付をしても窓口払いになることがあります。そのときには納付相談のうえ、未納分の保険税に充当することがあります。

限度額適用認定

1 つの医療機関の医療費が高額になる場合、マイナ保険証を医療機関の窓口に提示することにより、あらかじめ決められている自己負担限度額で医療費の負担が済みます。マイナ保険証を登録されていない方は、医療保険課の窓口で限度額適用認定に関するお手続きが必要です。

70 歳以上 75 歳未満の人で区分「一般」及び「現役並みⅢ」に該当する場合、国民健康保険保険証は又は資格確認書の提示で限度額までの支払いとなりますので、お手続きの必要はありません。
詳しくは P13 をご覧ください。

申請に 必要なもの

【同一世帯の人が申請する場合】

- 本人確認書類

【別世帯の人が代理で申請する場合】

- 申請者(来庁者)の本人確認書類 ●委任状

高額療養費貸付制度について

70 歳未満の人で医療費の負担が多額になりお困りの人は、高額療養費で仮算定した額の 9 割以内の額を貸し付けます。詳しくは医療保険課(Tel246-6246)までお問い合わせください。

高額療養費の自己負担限度額（月額）

① 70 歳未満の場合

70 歳未満の人		
区分	所得要件	3 回目まで
ア	旧ただし書所得 901 万円超	252,600 円＋（総医療費－842,000 円）×1%
イ	旧ただし書所得 600 万円超～901 万円以下	167,400 円＋（総医療費－558,000 円）×1%
ウ	旧ただし書所得 210 万円超～600 万円以下	80,100 円＋（総医療費－267,000 円）×1%
エ	旧ただし書所得 210 万円以下	57,600 円
オ	市民税非課税	35,400 円

※旧ただし書所得とは、総所得金額等から基礎控除額 43 万円を控除した額です。

- ・月の 1 日から末日までのひと月ごとに計算します。
- ・一つの医療機関ごとに計算します。複数の医療機関で支払った場合は、別々に計算します。
- ・同じ医療機関でも、入院と外来、内科と歯科は別々に計算します。
- ・院外処方で支払った金額は、処方箋を出した医療機関で支払った金額と合算します。
- ・入院時の食事代や保険適用外の金額（差額ベッド代、文書代、オムツ代など）は除きます。

違う医療機関や同世帯の家族で合算できるとき

上記のように分けた医療費が 21,000 円以上のものについては、各々を合算することができます。これにより同世帯の人や違う医療機関の場合でも合算することができ、合算した金額が自己負担限度額を超えたとき、その超えた額が支給されます。

1 年間に高額療養費の支給が 4 回以上あるとき

当月を含んで過去 12 か月間に、同一世帯で高額療養費の支給が 3 回以上あった場合、4 回目以降の限度額が下がります。ただし、70 歳以上の人の外来（個人単位）での高額療養費の支給回数や、別の健康保険に加入していた時の支給回数は含まれません。

※県内での転居で世帯の継続性が保たれていれば、前住所地の高額療養費の多数回該当のカウントが引き継がれます。

70 歳未満の人の自己負担限度額（月額）	
区分	4 回目以降
ア	140,100 円
イ	93,000 円
ウ	44,400 円
エ	44,400 円
オ	24,600 円

② 70 歳以上 75 歳未満の場合

70 歳以上 75 歳未満の人		
所得区分	外来（個人）	外来＋入院（世帯）
現役並みⅢ 690 万円以上	252,600 円＋（総医療費－842,000 円）×1% ＜4 回目以降は 140,100 円＞	
現役並みⅡ 380 万円以上	167,400 円＋（総医療費－558,000 円）×1% ＜4 回目以降は 93,000 円＞	
現役並みⅠ 145 万円以上	80,100 円＋（総医療費－267,000 円）×1% ＜4 回目以降は 44,400 円＞	
一般	18,000 円 【年間 144,000 円】	57,600 円 ＜4 回目以降は 44,400 円＞
低所得Ⅱ	8,000 円	24,600 円
低所得Ⅰ	8,000 円	15,000 円

※現役並み：負担割合が「3割」の人（所得は課税所得）

※低所得Ⅱ：国民健康保険加入者全員と世帯主が市民税非課税の人

※低所得Ⅰ：国民健康保険加入者全員と世帯主が市民税非課税の人で、その世帯の所得が必要経費や控除を差し引いたときに 0 円になる人

- ・月の 1 日から末日までのひと月ごとに計算します。
- ・外来は個人単位で計算します。入院がある場合は世帯単位で合算します。
- ・医療機関ごとの区分がなく、少額の自己負担額も合算できます。
- ・入院時の食事代や保険適用外の金額（差額ベッド代、文書代、オムツ代など）は除きます。
- ・現役並みⅢと一般の区分の人は限度額認定がなくても、自己負担限度額で医療費の負担が済みます。その他の区分の人は限度額認定が必要です。ただし、マイナ保険証を利用している場合は手続きは不要です。

75 歳到達月の自己負担限度額

月の途中（1 日生まれの人は除きます。）で満 75 歳になると、同じ月に国民健康保険と後期高齢者医療の 2 つの医療保険制度に加入することになるため、満 75 歳となる月のみ、自己負担限度額が 2 分の 1 となります。

また、後期高齢者医療に加入したことにより、その人の被扶養者であった人が国民健康保険に加入した場合、国民健康保険に加入した月のみ自己負担限度額が 2 分の 1 となります。

前期高齢者の高額療養費支給申請手続の簡素化

国民健康保険に加入している人が70歳から74歳の人だけで構成されている世帯の人は、申請により次回以降の高額療養費支給申請手続を省略することができます。

【簡素化をすることができる人】

次の全てに当てはまる世帯の世帯主

- ・国民健康保険に加入している人全員が70歳から74歳である世帯
- ・国民健康保険税を滞納していない世帯
- ・医療機関へ一部負担金等の支払いを遅延なく済ませている世帯
- ・その他、規則で定める対象者の要件を満たしている世帯

支給申請手続の簡素化を希望する世帯の世帯主は申請を行う必要がありますので、医療保険課へお越しください（以前に高額療養費の支給申請を行ったことがある人も必ずお手続きが必要です。）。

申請に 必要なもの

【同一世帯の人が申請する場合】

- 本人確認書類 ●振込先が分かるもの（世帯主名義のもの）
- ※世帯主以外の口座振込みを希望する際は別途委任状が必要です。

【別世帯の人が代理で申請する場合】

- 申請者（来庁者）の本人確認書類 ●委任状

③ 70歳以上75歳未満の人と70歳未満の人の混合世帯

① 70歳以上75歳未満の人の限度額と高額療養費を計算します。

② 70歳未満の人の21,000円以上の自己負担額を①で算出された限度額に加算します。

③ 70歳未満の人の限度額を適用し、高額療養費を計算します。

④ ①と③で算出された高額療養費の合計額が支給されます。

70歳以上75歳未満の人と70歳未満の人が同じ世帯に属している場合、それぞれの高額療養費を計算し、最後に合算した金額が支給されます。

高額療養費の計算例

① 70 歳未満で、旧ただし書所得が 500 万円の世帯の場合（区分「ウ」の世帯）

夫	A 病院 外来 3,000 円 B 病院 外来 45,000 円 (総医療費 150,000 円) C 薬局 処方箋 1,500 円 (総医療費 5,000 円) B 病院の院外処方分	妻	D 病院 入院 270,000 円 <限度額適用認定証利用 区分ウ> (総医療費 900,000 円) 自己負担額 $= 80,100 \text{ 円} + (900,000 \text{ 円} - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01$ $= 86,430 \text{ 円}$
---	---	---	--

医療機関ごと、入院と外来を分けて 21,000 円以上の支払いがあるものを抽出し計算します。
(院外処方については、処方箋を出した医療機関と合算)

夫 B 病院と C 薬局での自己負担額	: 45,000 円 + 1,500 円 = 46,500 円	世帯の自己負担額 46,500 円 + 86,430 円 = 132,930 円
妻 D 病院での自己負担額	: 86,430 円	

この世帯の自己負担限度額は、
 $80,100 \text{ 円} + (\text{総医療費の合計} (150,000 \text{ 円} + 5,000 \text{ 円} + 900,000 \text{ 円}) - 267,000 \text{ 円}) \times 0.01 =$
87,980 円

となるため、申請により、

$132,930 \text{ 円} - 87,980 \text{ 円} = \underline{44,950 \text{ 円}}$ が高額療養費として支給されます。

② 70 歳以上 75 歳未満で区分が「一般」の場合

夫	A 病院 外来 5,000 円 B 病院 外来 10,000 円 C 薬局 処方箋 5,000 円	妻	D 病院 入院 100,000 円 自己負担額 = 57,600 円 ※自動的に適用
---	---	---	--

1. 外来分

夫: A 病院・B 病院・C 薬局… $5,000 \text{ 円} + 10,000 \text{ 円} + 5,000 \text{ 円} = 20,000 \text{ 円}$

支払った医療費 20,000 円 - 限度額 18,000 円 = **2,000 円** …(1)

が高額療養費となります。

2. 入院分

妻: D 病院… 57,600 円

3. 世帯合計

夫(外来分) 18,000 円 + 妻(入院分) 57,600 円 - 世帯限度額 57,600 円 = **18,000 円** …(2)

が高額療養費となります。

よって、申請により

(1) 2,000 円 + (2) 18,000 円 = **20,000 円** が高額療養費として支給されます。

③70 歳以上 75 歳未満の人と 70 歳未満の人の混合世帯で、旧ただし書所得が 500 万円の場合
 (70 歳以上 75 歳未満の人の自己負担限度額区分：「一般」、70 歳未満の人の自己負担限度額区分：「ウ」)

(※平成 30 年 8 月以降)

夫 70 歳 2 割	A 病院 外来 10,000 円 (総医療費 50,000 円) B 薬局 処方箋 10,000 円 A 病院の院外処方分	妻 70 歳 2 割	C 病院 入院 100,000 円 (総医療費 500,000 円) 自己負担額=57,600 円 ※自動的に適用
子 40 歳 3 割	D 病院 入院 270,000 円 <限度額適用認定証利用 区分ウ> (総医療費 900,000 円) 自己負担額 =80,100 円 + (900,000 円 - 267,000 円) × 0.01 = 86,430 円		

1. 70 歳以上 75 歳未満の人の外来分

夫：A 病院・B 薬局… 10,000 円 + 10,000 円 = 20,000 円

支払った医療費 20,000 円 - 限度額 18,000 円 = 2,000 円 …(1)

が高額療養費となります。

2. 70 歳以上 75 歳未満の人の入院分

妻：D 病院… 57,600 円

3. 70 歳以上 75 歳未満の人の高額療養費を計算

夫（外来分）18,000 円 + 妻（入院分）57,600 円 - 世帯限度額 57,600 円 = 18,000 円 …(2)

が高額療養費となります。

よって、(1) 2,000 円 + (2) 18,000 円 = 20,000 円 …(3)

が 70 歳以上 75 歳未満の人の高額療養費となります。

4. 70 歳未満の人と合わせて高額療養費を計算

この世帯の自己負担額の合計は

子の自己負担額 86,430 円 + 夫婦の自己負担額 57,600 円 = 144,030 円

この世帯の自己負担限度額は、

80,100 円 + (総医療費の合計 (50,000 円 + 50,000 円 + 500,000 円 + 900,000 円) - 267,000 円) × 0.01 = 92,430 円

となるため、

144,030 円 - 92,430 円 = 51,600 円 …(4)

が高額療養費となります。

よって、申請により

(3) 20,000 円 + (4) 51,600 円 = 71,600 円

が高額療養費として支給されます。

標準負担額減額認定

年齢にかかわらず市民税非課税世帯の方はマイナ保険証を医療機関の窓口に提示することで、入院時の食事代を減額します。ただし、減額の金額は所得区分によって変わります。

マイナ保険証を登録されていない方は、医療保険課の窓口で標準負担額減額認定に関するお手続きが必要です。

標準負担額（食事代1食につき） ※令和7年4月1日～

所得区分	一般病床	※1 療養病床	
		医療区分1 (医療区分2・3以外)	※2 医療区分2・3
市民税課税 現役並み・一般	※3 510円	510円	※3 510円
市民税非課税 低所得Ⅱ	90日までの入院	240円	240円
	90日を超える入院		※4 190円
低所得Ⅰ	110円	140円	110円

※1：入院の必要性の高い状況が継続する人及び回復期リハビリテーション病棟に入院している人等については、一般病床の金額となります。

※2：「医療区分2・3」とは、指定難病患者又は厚生労働大臣が定める人のことです。

※3：「市民税非課税」又は「低所得Ⅱ」の人は過去12か月以内の入院日数が90日を超えた場合は、医療保険課にて減額申請が必要になります。

「標準負担額減額認定」「限度額適用・標準負担額減額認定」の申請に必要なもの

- 【同一世帯の人が申請する場合】 ●資格確認書
- 【別世帯の人が代理で申請する場合】 ●申請者(来庁者)の身分証明書 ●委任状

減額申請に必要なもの

【同一世帯の人が申請する場合】

- 本人確認書類 ●資格確認書(持っている方) ●振込先がわかるもの(原則世帯主名義のもの※)
- 標準負担額減額認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証 ●90日以上入院が確認できる領収書

【別世帯の人が代理で申請する場合】

- 申請者(来庁者)の本人確認書類 ●資格確認書(持っている方)
- 振込先がわかるもの(原則世帯主名義のもの※) ●委任状
- 標準負担額減額認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証 ●90日以上入院が確認できる領収書

やむを得ず、標準負担額が減額されなかった場合は差額支給の申請が必要になります。

- 本人確認書類 ●振込先がわかるもの(原則世帯主名義のもの※) ●領収書

※申請者がどなたかに関わらず、振込先が世帯主以外の場合は委任状が別途必要です。

8. ジェネリック医薬品

ジェネリック医薬品とは

ジェネリック医薬品（後発医薬品）とは、先に開発された新薬（先発医薬品）の特許が切れた後に、他のメーカーが同じ有効成分、同じ効き目として申請し、国が承認した医薬品です。開発費用が少ないため価格が安く、安全性や品質は新薬と同等と認められています。

ジェネリック医薬品を希望するメリットとは

服用中の薬をジェネリック医薬品へ切り替えることで、薬代の自己負担額を安くできる場合があります。また、医療費が抑えられることにより、医療保険財政の健全化といった効果が期待されています。ただし、治療内容やほかの薬との飲み合わせなどによっては、医師の判断により、ジェネリック医薬品への切り替えができない場合があります。また、先発医薬品によっては、ジェネリック医薬品が発売されていないものがあります。

ジェネリック医薬品希望カードを使おう

ジェネリック医薬品を希望する場合は、医師や薬剤師に直接相談ができますが、「直接は言いにくい」という人は、保険証等を入れるカバーの裏にジェネリックのお願い欄がありますので「ジェネリック医薬品を希望します」に○印を記入するか、市役所医療保険課の窓口を設置しているジェネリック医薬品希望カードを提示することで相談にかえることができます。

ジェネリック医薬品希望カード



ジェネリック医薬品希望カード

私はジェネリック医薬品を
希望します 

氏名

医療関係者の皆様へ

- 処方される薬にジェネリック医薬品がある場合には、ジェネリック医薬品の処方・調剤をお願いします。
- もちろん、ジェネリック医薬品を処方することが出来なかったり、ふさわしくない場合があることも充分承知しています。

9. 医療費適正化にご協力を

かかりつけ医を持ちましょう

かかりつけ医を持っていれば、自分の病歴や家族の病歴を把握したうえで、診療してもらえます。かかりつけ医の専門外の病気でも、適切な病院への紹介状を書いてもらえるなど、親身になって健康相談を受けてくれます。

また、かかりつけ薬局を持つことで、複数の医療機関から処方箋を出されたときに、薬の重複などを防ぐことができます。

重複受診にご注意ください

同じ病気で2か所以上の医療機関を受診することを「重複受診」といいます。病院を変えるごとに同じような検査をされたり、薬を出されたりするので、医療費負担が増えるだけでなく、かえって体に悪影響を与えてしまう可能性もあります。気になることや不安なことは、まず、かかりつけ医に相談しましょう。

診療時間内の受診にご協力ください

診療時間外で診療を受けると、医療費が多くかかります。緊急でない場合は、診療時間内に診察を受けるように心がけましょう。

10. 柔道整復師（整骨院・接骨院）のかかり方

整骨院や接骨院で柔道整復師の施術を受ける場合、健康保険が使えるのは外傷性の負傷の場合に限られており、内科的原因によるものや慢性的な症状などには使えません。施術後に健康保険の使用が認められなければ、全額自己負担となりますのでご注意ください。

保険が使えるとき

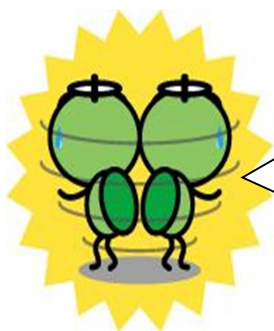
- 打撲、ねんざ、挫傷（肉離れなど）
- 骨折、脱臼の応急手当（応急手当以外は、医師の同意が必要）

保険が使えないとき

- 単なる肩こり（疲労・慢性的な要因からくるもの）や筋肉疲労
- 脳疾患後遺症などの慢性病や症状の改善が見られない長期の施術
- 保険医療機関（病院、診療所など）で同じ負傷等を治療中のもの
- 労災保険が適用となる工作中や通勤途中での負傷



11. 交通事故等にあったとき



交通事故にあったときでも
国民健康保険で治療が受けられるの??

交通事故など第三者（加害者）の行為によって医療機関にかかった場合は、原則として加害者が治療費を負担しなければなりません。ただし、届出することによって国民健康保険で治療を受けることができます。その場合、原則として加害者が負担すべき医療費を国保が一時的に立て替え、あとで加害者に請求します。

STEP① 警察への届出

交通事故にあったら、すみやかに警察に届け出て「事故証明書」をもらう。

STEP② 医療保険課への届出

警察で「事故証明書」をもらったら「第三者行為による傷病届」を提出する。

※「事故証明書」は後日の提出でも構いません。

※加害者から治療費を受け取ったり、お互いに自分の治療費を支払うといった示談をしたりすると、国民健康保険が負担した医療費を請求されることがあります。

12. 退職したときは

退職後に加入できる健康保険

勤務先を退職した後は、下記のいずれかの健康保険に加入することができます。

① 今までの勤務先の健康保険を2年間継続する場合(任意継続)

- ・ 手続は勤務先の保険担当者又は保険者の窓口へ
- ・ 退職してから、原則20日以内に手続が必要です(20日を過ぎた場合、保険者にご相談ください)。
- ・ 保険料は基本的に今までの2倍です。

② 国民健康保険に加入する場合

- ・ 手続は中間市医療保険課の窓口へ(健康保険資格喪失証明書が必要です)。
- ・ 退職日の翌日から、原則14日以内に手続が必要です(14日を過ぎた場合は、保険適用開始が申請日からになります)。
- ・ 保険税は前年中の所得によって決まります(倒産・解雇などによる離職の場合は、保険税の軽減措置を受けられる場合があります)。

③ 家族の健康保険の扶養に入る場合

- ・ 手続は家族の勤務先の保険担当者へ。
- ・ 収入などの加入制限があり、別居の場合は仕送りをしていることが判るものなどが必要になることもあります。
- ・ 失業保険を受けている人は、健康保険の扶養に入ることができない場合があります。

	任意継続	国民健康保険	家族の健康保険の被扶養者
加入条件	継続した被保険者期間が2か月以上(共済保険は1年以上)あること	他の公的医療保険に加入していないこと	収入などの加入制限有
手続き	勤務先の保険担当者又は保険者の窓口	中間市医療保険課の窓口	家族の勤務先の保険担当者
保険料(税)	今まで支払っていた保険料の2倍(目安)	前年中の所得による	保険料負担なし (保険によっては負担有)

注意事項

- 保険者によっては、任意継続保険に加入している人にも独自の給付をしているところがあるため事前に確認をお願いします。例えば、被扶養者が小学校に入学するとき、祝金を1万円支給する場合や、入院時の医療費を病院で支払った後、付加給付として20,000円を超えた分の返金がある場合があります。
- 高額な医療費の支払いが1年間に4回以上あった場合は、4回目から医療費の限度額が下がる制度がありますが、保険が変更になるとその回数が新たに保険の変更があったときから数え直しになります。
- 70歳以上75歳未満の人は、所得が145万円以上、収入が383万円(世帯に2人いる場合、520万円)以上であれば3割負担になりますが、国民健康保険の場合は上記の所得に年金収入や不動産所得なども含まれます。
- 国民健康保険には傷病手当の制度はありません。

13. 各種健康診査・保健指導

特定健康診査・特定保健指導

糖尿病や高血圧症、脂質異常症等の生活習慣病の発症や重症化を防ぐことを目的に、特定健康診査・特定保健指導を実施しています。

健診は、継続して受診することが大切です。自覚症状がないからと過信せずに定期的に受診し、健康長寿を目指しましょう。

対象者

市の国民健康保険に加入している40歳から74歳までの人

※ 国民健康保険に加入している40歳から74歳までの人に健診案内及び特定健診受診券を通知（4月以降発送）しています。

※ 年度内に75歳になる人は75歳の誕生日前日まで受診できます。それ以降は後期高齢者医療保険から送付される受診券をお持ちになって受診してください。（自己負担額500円）

特定健康診査の内容

診察、身体計測、血圧測定、尿検査、心電図、血液検査（※1）、眼底検査（※2）

※1 血液検査

- ・脂質検査 : 中性脂肪、HDL-c、LDL-c
- ・血糖検査 : 空腹時血糖、HbA1c
- ・肝機能検査 : GOT、GPT、 γ -GPT
- ・腎機能検査 : 血清クレアチニン、e-GFR、尿酸
- ・貧血検査（※2）: 赤血球、ヘマトクリット値、血色素

※2 「眼底検査」及び「貧血検査」は医師の指示で実施

特定保健指導の内容

特定健康診査の結果により生活習慣の改善が必要となった人を対象として保健師、管理栄養士等の専門職が個別に保健指導を行います。

費用

集団健診を受診した場合：無料（実際に特定健康診査に係る費用 約9,000円）

個別健診を受診した場合：無料（実際に特定健康診査に係る費用 約11,000円）

※ 同じ年度内に2回以上受診した場合や健診受診後に、後日さかのぼって国保資格を喪失した場合は、全額自己負担となりますのでご注意ください。

特定健康診査の受診方法

- ① 集団健診：特定健康診査の他に各種がん(胃、肺、大腸、前立腺、子宮頸部、乳がん等)検診を同時に受診できるようにしています。

以下の方法でお申し込みください。

- ・集団健診申込はがき
- ・Web
- ・電話
- ・FAX
- ・窓口

- ② 個別健診：医療機関で実施しています。

直接実施医療機関に予約し、受診してください。受診の際は「特定健康診査受診券」(4月以降発送)と保険証が必要です。

※ ただし、北九州市の医療機関で受診される場合は事前に健やか育成課にお問い合わせください。

集団健診日程や予約など詳しくは健やか育成課にお問い合わせいただくかホームページをご覧ください。

<申込先>

健やか育成課健康係

(ハピネスなかま別館1階)

〒809-0018

住所：中間市通谷一丁目36番16号

電話：093(246)1611

FAX：093(246)3024

がん検診

がんの早期発見・早期治療のために各種がん検診を行っています。がんは、自覚症状がなく進行することが多いため、定期的に検診を受診しましょう。

がん検診について詳しくはホームページをご覧ください。

みなし健診

医療機関受診中等で、市の特定健康診査を希望しない場合は、「みなし健診」の利用をお願いします。「みなし健診」とは、かかりつけ医等で受けている検査結果や職場健診の結果を市へ提出していただくことで特定健康診査を受診したものとして手続きするものです。

※ 該当すると思われる人は、健やか育成課にお問い合わせください。

未受診者医療情報収集事業

特定健康診査を受診していない人のうち、かかりつけ医等で生活習慣病について定期受診されている人に市から通知をし、対象者ご本人同意のうえ、医療機関での検査結果を市が医療機関から収集するという事業です。この事業については、ご本人の自己負担はありません。

健康診査・わかば健診

20歳から39歳の人を対象に集団健診を行っています。健診内容・日程は特定健康診査に準じています。

費用：500円

申込方法：はがき・Web・電話・FAX・健やか育成課窓口での申込みが可能です。

MEMO



問合せ先一覧		
担 当 課	内 容	電話番号
医療保険課	国民健康保険制度全般に関すること	246-6246
	国民健康保険の資格に関すること	
	国民健康保険の給付に関すること	
健やか育成課	各種健康診査・保健指導に関すること	246-1611
課税課	国民健康保険税に関すること	246-6238
収納課	国民健康保険税に関する納税相談など	246-6275