

■ 減額認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）の交付（郵送）と申請について

現在ご使用の減額認定証の有効期間が平成25年7月31日をもって満了となるため、8月以降は使用できなくなります。有効期間は保険証と同じく1年間です。

引き続き交付対象に該当する方は、7月中旬に保険証とともに減額認定証を交付しますので、8月1日からは、お持ちのオレンジ色の減額認定証を破棄し、水色のものをご使用ください。減額認定証は、住民税非課税世帯の方（区分Ⅱ、区分Ⅰ）が、入院した際の医療費や食事代等の負担限度額を軽減するために必要なものです。

新たに減額認定証が必要な場合は、保険証と印鑑をご持参のうえ福祉課保険係へ申請してください（代理の方でも、手続きができます）。

減額認定証の交付対象となるのは、次の区分Ⅱまたは区分Ⅰに該当する方です。

区分Ⅱ	世帯全員が住民税非課税で区分Ⅰに該当しない方
区分Ⅰ	世帯全員が住民税非課税である方のうち、次のいずれかに該当する方 ●世帯全員が所得0円 (公的年金収入のみの場合、その受給額が80万円以下の方) ●高齢福祉年金を受給されている方

※ 有効期限は、翌年7月31日までになります。

新しい減額認定証は水色です

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	
交付年月日 平成25年 8月 1日	
被保険者番号	01234567
住所	広域市連合町1丁目
氏名	広域 太郎 男
生年月日	昭和 7年 7月 7日
発効期日	平成25年 8月 1日
有効期限	平成26年 7月31日
適用区分	区分Ⅱ
長期入院該当年月日	平成25年 8月 1日 保険者印 印
保険者番号並びに保険者の名称及び印	390111000 北海道後期高齢者医療広域連合 印

後期高齢者医療制度のお知らせ

～ 75歳以上の方、65歳～74歳で一定の障害のある方が対象 ～

■ 新しい保険証を交付（郵送）します

現在ご使用の保険証の有効期間が平成25年7月31日をもって満了となるため、8月以降は使用できなくなります。

7月中旬に新しい保険証を送付しますので、お手元に届きましたら、お持ちの黄色の保険証を破棄または役場福祉課へ返却し、新しいピンク色のものをご使用ください。

- 新しい保険証の有効期限は、平成26年7月31日までです。
- 紛失したときや、汚れたときは再交付しますので、福祉課保険係までお申し出ください。
- 今回から、有効期間が1年間になり、毎年更新することになりました。

新しい保険証はピンク色です

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限 平成26年 7月31日	
被保険者番号	01234567
住所	広域市連合町1丁目
氏名	広域 太郎 男
生年月日	昭和 7年 7月 7日
資格取得年月日	平成20年 4月 1日
発効期日	平成20年 4月 1日
交付年月日	平成25年 7月 1日
一部負担金の割合	1割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	390111000 北海道後期高齢者医療広域連合 印

■ 医療機関でのお支払いについて

● 高額療養費

1か月の医療費の自己負担が限度額を超えたとき、超えた額が高額療養費として支給されます。

区分	負担割合	自己負担限度額	
		外来 (個人単位)	外来+入院 (70歳以上の国保または後期の人の分を合算)
現役並み所得者	3割	44,400円	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% (4回目以降44,400円)
一般	1割	12,000円	44,400円
減額認定証交付対象者		8,000円	24,600円 15,000円

● 入院したときの食事代など

入院したときは、医療費の自己負担額のほかに、食事代などの一部（標準負担額）がかかります。

区分	食事療養標準負担額 (療養病床以外に入院された方)	生活療養標準負担額 (療養病床に入院された方)	
		食事代	食事代 居住費
現役並み所得者・一般	1食につき260円	1食につき460円※	1日につき 320円
区分Ⅱ 90日までの入院	1食につき210円	1食につき210円	
区分Ⅱ 過去12か月で90日を超える入院	1食につき160円	1食につき130円	
区分Ⅰ 年金受給額が80万円以下の方	1食につき100円	1食につき100円	
区分Ⅰ 高齢福祉年金を受給している方	1食につき100円	0円	

※ 一部医療機関では420円です。

● 高額介護合算療養費

同じ世帯の被保険者が1年間に支払った後期高齢者医療制度と介護保険の自己負担額の合計が限度額を超えた場合、その超えた額が後期高齢者医療制度および介護保険から支給されます。

■ 医療費通知の送付を希望される方へ

「医療費通知」は希望される方のみ送付されることになっています。医療費通知を希望される方は、お手数ですが福祉課保険係へご連絡ください。すでに「送付を希望する」旨ご連絡いただいている方は、再度のご連絡の必要はありません。

問合せ先	北海道後期高齢者医療広域連合 ☎ 011 (290) 5601 役場福祉課保険係 ☎ (574) 2214
------	--

■ 医療機関での窓口負担（一部負担金）の割合

医療機関での窓口負担の割合は、前年の所得により1割（一般）と3割（現役並み所得者）に分かれます。

『一般』の方
窓口負担 1割

『現役並み所得者』の方
窓口負担 3割

● 「現役並み所得者」について

「現役並み所得者」とは、所得の基準で①を超える場合をいいます。

①所得の基準	住民税課税所得	145万円
--------	---------	-------

☆ ただし、収入の額が②のいずれかの金額未満の場合は、福祉課保険係へ申請し認定を受けると、原則申請の翌月1日から1割負担になります。

②収入の基準	被保険者が1人の世帯【当該被保険者の収入額】	383万円
	被保険者が1人で、同一世帯に70～74歳の方がいる世帯【当該被保険者および同一世帯に属する70～74歳の方の合計収入額】	520万円
	被保険者が複数いる世帯【同一世帯の被保険者の合計収入額】	520万円

● 医療機関へのお支払いが困難な場合

災害、失業などによる所得の大幅な減少、その他特別の事情で生活が著しく困窮し、医療機関へのお支払いが困難な方については、一時的・臨時的に窓口負担の減免を受けられる場合があります。

医療機関へのお支払いが困難な場合は、福祉課保健係へご相談ください。