



令和7年度版

医療保険 のしおり

問合せ先

各務原市役所 医療保険課

- 国民健康保険の資格・給付に関する事 ☎ (058) 383-1099 (国保第一係直通)
- 国民健康保険料の賦課・納付に関する事 ☎ (058) 383-1112 (国保第二係直通)
- 福祉医療費助成・後期高齢者医療に関する事 ☎ (058) 383-1128 (医療保険係直通)

マイナ保険証を利用しましょう

マイナンバーカードは、健康保険証としての登録を行うと、医療機関等で利用することができます。登録を行ったマイナンバーカードのことをマイナ保険証といいます。

マイナ保険証の利用登録方法

(1) マイナンバーカードを申請

(2) マイナンバーカードを健康保険証として登録

- ・医療機関・薬局の受付にあるカードリーダー
- ・マイナポータル
- ・セブン銀行 ATM で登録できます。

(3) 医療機関などをマイナンバーカードで受診

- ① マイナンバーカード（マイナ保険証）をカードリーダーに置く
- ② 本人確認（顔認証もしくは暗証番号）
- ③ 過去の診療情報の利用などの項目の確認



マイナ保険証のメリット

メリット
① 過去に処方された薬や特定健診などの情報を
医師・薬剤師にスムーズに共有することができる

初めての病院だけど
安心だわ

メリット
② 手続きなしで高額療養費の限度額を超える支払いが免除される

メリット
③ マイナポータルで自身の特定健診情報や薬剤情報を確認できる

メリット
④ 就職・転職・引っ越しなどをしてもずっと使える
(医療保険者への加入・脱退などの届け出は必要)



メリット
⑤ 確定申告時に医療費控除が簡単にできる



被保険者には資格確認書もしくは 資格情報のお知らせが交付されます

● マイナ保険証をお持ちの方：資格情報のお知らせ

ご自身の加入する健康保険の資格情報が記載されています。医療機関などでマイナ保険証が使用できない場合等に、マイナ保険証とあわせて提示してください

● マイナ保険証をお持ちでない方：資格確認書

医療機関などの窓口で提示してください

電子証明書の
更新を忘れずに

有効期限を過ぎると
マイナ保険証として
利用できません

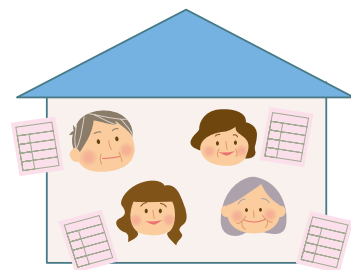
国民健康保険(国保)とは

国保は地域保険ともいわれ、職場の健康保険（協会けんぽや健康保険組合など）や後期高齢者医療制度の加入者、生活保護を受けている人などを除くすべての人が加入する医療保険です。

国保を運営するのは私たちの住む都道府県と市区町村で、これを保険者といいます。そのため岐阜県と各務原市がみなさんの国保の保険者となります。

加入すると、マイナ保険証（保険証利用登録をしたマイナンバーカード）の利用登録の有無に応じて「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」を交付します。

加入者には世帯主や家族の区別はなく、一人ひとりが国保の被保険者となります。一人ひとりが被保険者でも、国保への加入は世帯ごとに行います。



国保に加入するとき・やめるとき

次のようなとき、世帯主は必ず 14 日以内に市役所へ届け出てください。

加入するとき

- 他の市区町村から転入したとき
- 職場の健康保険をやめたとき
- 子どもが生まれたとき
- 生活保護を受けなくなったとき
- 後期高齢者医療制度に移行した人の被扶養者(74歳までの人)だったとき

やめるとき

- 他の市区町村へ転出したとき
- 職場の健康保険に加入したとき
- 死亡したとき
- 生活保護を受けるようになったとき
- 後期高齢者医療制度に移行したとき (75 歳になって移行したときは届け出不要)

年齢などによって自己負担割合が異なります

自己負担金の割合は次のとおりです。

- 義務教育就学前……2割
- 義務教育就学後 70 歳未満……3割
- 70 歳以上 75 歳未満……2割(現役並み所得者※は3割)

※ P4「70歳以上75歳未満の人の負担割合チェック表」参照。

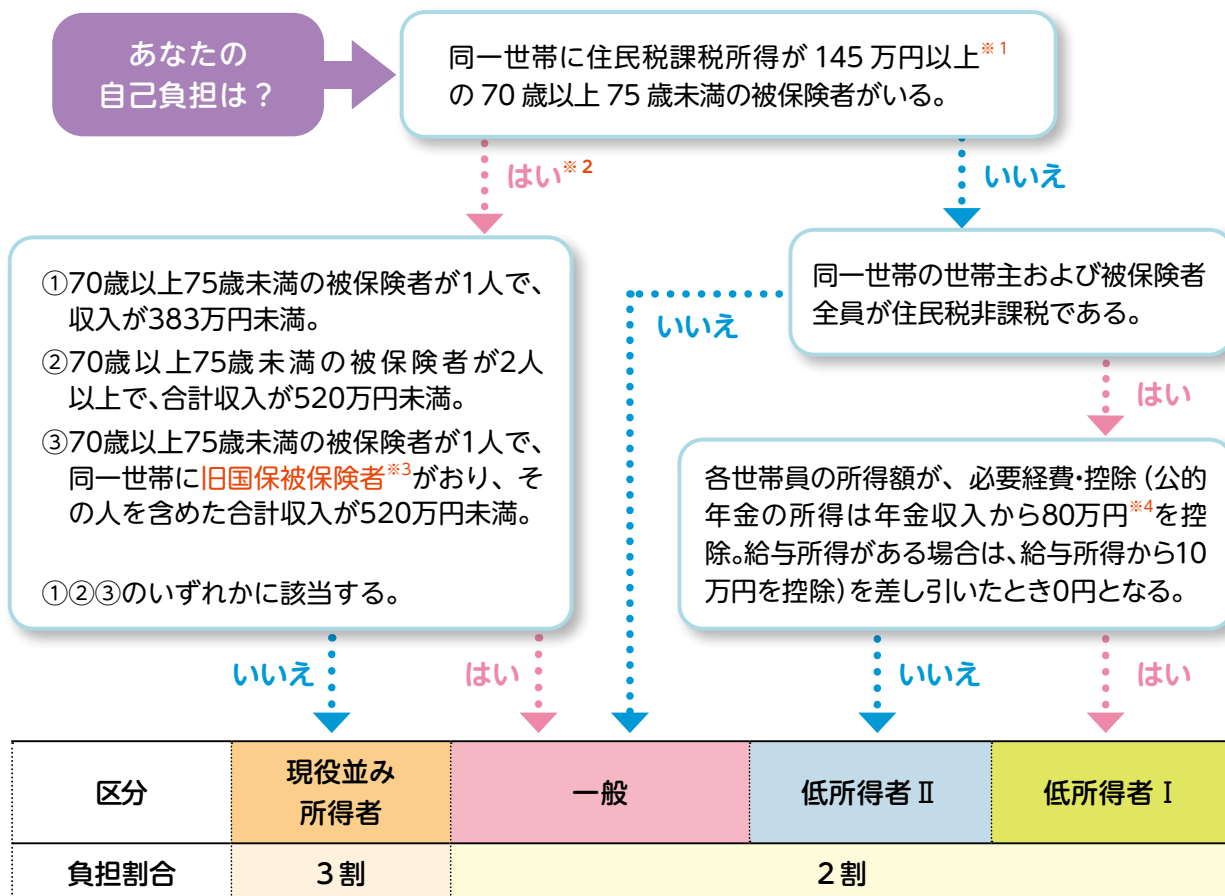
70歳になると
「資格確認書兼高齢受給者証」または
「資格情報のお知らせ」が新たに交付されます。

70歳の誕生日の翌月から(誕生日が1日の人はその月から)交付し、自己負担割合が書かれています。有効期限は7月31日までで、毎年自動で更新されます。

資格確認書 兼 有効期限 〇〇年〇〇月〇〇日
高齢受給者証 記号 〇 〇 番号 〇〇〇〇〇〇
氏名 〇 〇 〇 〇
生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 性別 〇
資格取得年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日
交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
世帯主氏名 〇 〇 〇 〇
住所 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
保険者番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇
保険者名 〇 〇 〇 市

[illegible]

70 歳以上 75 歳未満の人の負担割合チェック表



※1 合計所得金額（給与所得者については、給与所得から10万円を控除して算定）が38万円以下の19歳未満の被保険者がいる場合は以下の金額を控除します。

16歳未満：人数×33万円

16歳以上19歳未満：人数×12万円

※2 基準総所得金額（総所得金額等－市民税の基礎控除額）の合計金額が210万円以下の場合、区分は「一般」です。

●市民税の基礎控除額は、合計所得金額によって下の表のようになっています。

前年の合計所得金額	基礎控除額
2,400万円以下	43万円
2,400万円超2,450万円以下	29万円
2,450万円超2,500万円以下	15万円
2,500万円超	0円

※3 旧国保被保険者とは、国民健康保険から後期高齢者医療制度へ移行した人のことです。

* 令和7年8月1日から翌年7月31日までは、令和6年1月1日から令和6年12月31日までの所得等で判定します。

* 世帯内の異動や所得の変動があった場合は、年度途中でも負担割合などが変わる場合があります。

※4 令和7年8月より80.67万円に変更予定です。



〈国保からのお知らせ〉

- 性同一性障がい等の方への配慮として、資格確認書の表面に記載する性別を裏面記載に変更できます。
- 災害や失業など特別な理由によって収入が減少し、入院の医療費（一部負担金）の支払いが困難なときに、一部負担金の減免や徴収の猶予を受けることができます。

国保で受けられる給付

病気やけがなどで医療を受けたときや出産、死亡などがあったとき、国保では次のような給付を行っています。

療養の給付

医療機関などで右のような保険適用の医療を受けたとき、医療費の一部を自己負担するだけで、残りは「療養の給付」として国保が負担します。

- 診察 ● 治療 ● 投薬や注射などの処置
- 入院(食事代の一部を自己負担します)
- 在宅療養(かかりつけの医師による訪問診療)および看護
- 訪問看護(医師が必要と認めた場合)

療養費の支給

下記の場合、いったん全額自己負担となりますが、申請により国保が審査し決定すれば、自己負担額分を除いた額が支給されます。

- ① 急病など、緊急その他やむをえない理由で、医療機関などで資格確認ができず、全額自己負担した場合
- ② 輸血のための生血代(提供者が親族の場合を除く)
- ③ コルセットなどの補装具代
- ④ 海外渡航中に診察を受けたとき。

※ ②、③の場合は医師が認めた場合に限り適用されます。



出産育児一時金の支給

被保険者が出産したときに、「出産育児一時金」として50万円(産科医療補償制度に加入している分べん機関の場合)が支給されます(妊娠85日以上、死産・流産を含む)。原則として、国保から医療機関に直接支払われます。



葬祭費の支給

国保に加入していた方が死亡したとき、申請により、葬祭を執り行った方に一律5万円が支給されます。



移送費の支給

災害現場や離島から、病気やけがで移動が困難な患者を緊急に病院などに移送しなければならないと医師が認めた場合、申請により国保の認定を受けると移送にかかった費用の基準額が「移送費」として支給されます。したがって通常の転院ではなく、非常事態の場合に適用されます。



訪問看護療養費の支給

居宅で医療を受ける必要があると医師が認めた人が訪問看護ステーションを利用した場合、保険証を提示すれば費用の一部を基本利用料として患者が負担し、残りは「訪問看護療養費」として国保が負担します。



こんなときは国保の給付を受けられません

次のようなときは国保が使えず、かかった医療費は全額自己負担となります。

- 健康診断や人間ドック、予防注射、歯列矯正、美容整形、正常な妊娠・出産など。
- 業務上のけがや病気(労災保険が適用されます)。

交通事故にあったとき

交通事故など第三者行為によりけがなどをした場合でも、届け出により国保を使って医療機関にかかることができます。この場合、治療費は国保が一時立て替え、あとで加害者に請求することになります。交通事故にあわれた場合はお早めに医療保険課の窓口でご相談ください。



保険給付の時効

国保から支給できる給付費は事実発生から2年間で時効となります。

高額療養費の支給

同じ月内の医療費の自己負担額が高額になったとき、限度額を超えた分が高額療養費として支給されます。

ただし、70 歳未満と 70 歳以上 75 歳未満の人は限度額が異なります。

●同じ都道府県内の市町村間で住所を異動した月は、異動前と異動後の限度額がそれぞれ 2 分の 1 となります。ただし、世帯主に変更があった場合を除きます。

70 歳未満の人の場合

- 自己負担額が 21,000 円以上の医療費を合算し、限度額を超えた場合にその超えた分が支給されます。
- 受診者ごと、月ごと（月の 1 日～末日まで）、一つの医療機関ごとに 21,000 円以上支払っていることが合算の条件です。
- 一つの医療機関であっても、「医科入院・医科外来・歯科入院・歯科外来」はそれぞれ分けての計算になります。
- 保険適用になるものが対象であるため、入院時の食事代、差額ベッド代などは対象外です。

自己負担限度額（月額）

所得区分		所得要件	〔世帯単位〕 過去 12 か月で	
			3 回目まで	4 回目以降
上位所得者	ア	国保加入者全員の基準総所得金額 ^{※1} が 901 万円を超える	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%	140,100 円
	イ	国保加入者全員の基準総所得金額 ^{※1} が 600 万円を超え 901 万円以下	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	93,000 円
一般	ウ	国保加入者全員の基準総所得金額 ^{※1} が 210 万円を超え 600 万円以下	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	44,400 円
	エ	国保加入者全員の基準総所得金額 ^{※1} が 210 万円以下	57,600 円	44,400 円
低所得者	オ	住民税非課税世帯 ^{※2}	35,400 円	24,600 円

※1 基準総所得金額＝療養のあった月の属する年度（4月～7月については前年度）における国保加入者の市民税の対象となった総所得金額等－市民税の基礎控除額（43万円*）。*合計所得金額が2,400万円を超える人は、基礎控除額が少なくなります。（P4※2参照）

※2 住民税非課税世帯とは、世帯主および国保加入者全員が非課税である場合です。

70 歳以上 75 歳未満の人の場合

外来でかかった自己負担額を外来（個人単位）の限度額に適用後、外来＋入院（世帯単位）の限度額を適用します。

70歳以上75歳未満の人の場合、一つの医療機関の窓口での支払いは、個人単位で外来・入院それぞれの限度額までとなります（マイナ保険証をお持ちでない方で現役並み所得者Ⅰ・Ⅱ、低所得者Ⅰ・Ⅱの人は、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」の申請が必要）。

自己負担限度額（月額）

所得区分		外来＋入院（世帯単位）	
		3 回目まで	4 回目以降 [※]
現役並み所得者	Ⅲ（課税所得 690 万円以上）	252,600 円 + (総医療費 - 842,000 円) × 1%	140,100 円
	Ⅱ（課税所得 380 万円以上）	167,400 円 + (総医療費 - 558,000 円) × 1%	93,000 円
	Ⅰ（課税所得 145 万円以上）	80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1%	44,400 円
所得区分		外来（個人単位）	外来＋入院（世帯単位）
			3 回目まで 4 回目以降 [※]
一般（課税所得 145 万円未満等）		18,000 円	57,600 円 44,400 円
低所得者Ⅱ		8,000 円	24,600 円
低所得者Ⅰ		8,000 円	15,000 円

※ 過去12か月以内に限度額を超えたことが3回以上あった場合の4回目以降の限度額です。

●一般、低所得者Ⅰ・Ⅱにかかる年間（8月～翌年7月）の外来限度額は144,000円です（区分が一般、低所得者Ⅰ・Ⅱだった月の外来の自己負担額の合計に適用）。

●現役並み所得者、低所得者Ⅰ・ⅡについてはP4チェック表をご確認ください。

●75歳到達月は、国保と後期高齢者医療制度の限度額がそれぞれ2分の1となります。ただし、月初めに到達される場合は除きます。

受診時に「限度額適用認定証」（住民税非課税世帯の方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」）を医療機関などの窓口に提示することで、窓口負担が自己負担限度額までになります。

なお、70 歳以上 75 歳未満で所得区分が「現役並みⅢ」と「一般」の方は、認定証がなくとも窓口負担が自己負担限度額までとなるため、申請の必要はありません。

認定証は毎年更新手続きが必要です。有効期限は原則として 7 月 31 日です。

保険料を滞納している場合には「限度額適用認定証」は交付できません。住民税非課税世帯の方は「食事療養標準負担額減額認定証」のみの交付となります。

※マイナ保険証を利用すれば、限度額適用認定証の事前の申請手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

入院時の食事代

入院時の食事代については、標準負担額を自己負担します。残りは国保が負担します。



★「低所得者Ⅰ・Ⅱ」の人は、入院の際にマイナ保険証または限度額適用・標準負担額減額認定証が必要となります。（P4 参照）。

★難病、小児慢性特定疾病の方の負担額は 280 円です。

入院時の食事代の標準負担額（1食につき）

一般（下記以外の人）		510円
●住民税非課税世帯	90 日までの入院	240円
	90 日を超える入院（過去 12 カ月の入院日数）	190円
●低所得者Ⅱ		
低所得者Ⅰ		110円

療養病床に入院したときの食費・居住費

65 歳以上の人が療養病床に入院したときは、食費と居住費として、それぞれ右記の標準負担額を負担します。



★入院医療の必要性の高い状態が継続する患者および回復期リハビリテーション病棟に入院している患者については、右上の「入院時の食事代の標準負担額」と同額を食費として負担します。居住費は 370 円、難病患者は 0 円です。

食費・居住費の標準負担額

	食費 （1食につき）	居住費 （1日につき）
一般（下記以外の人）	510円*	370 円
●住民税非課税世帯	240 円	
●低所得者Ⅱ		
低所得者Ⅰ	140 円	

*一部医療機関では 470 円。

高額な治療を長期間続ける場合

高額な治療を長期間継続して受ける必要がある厚生労働大臣が指定する下記の特定疾病の人は、「特定疾病療養受療証」（申請により交付）を病院などの窓口提示すれば、自己負担額は 1 か月 10,000 円までとなります。

- 先天性血液凝固因子障害の一部の人
- 血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症の人
- 人工透析が必要な慢性腎不全の人（70 歳未満で上位所得者ア・イの人（P6 参照）の自己負担額は 1 か月 20,000 円までです）

高額医療・高額介護合算制度

計算期間（8 月 1 日～翌年 7 月 31 日）の末日（7 月 31 日）を基準日として、医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額の合算額が算定基準額を超える場合に、超えた分が申請により支給されます。

ただし以下の場合には支給しません。

- ・医療保険または介護保険に係る自己負担額のいずれかが 0 である場合
- ・介護合算算定基準額を超える額が 500 円以下の場合

高額医療・高額介護合算療養費の算定基準額

〈70歳以上75歳未満〉

所得区分		自己負担限度額
現役並み 所得者	Ⅲ（課税所得 690 万円以上）	2,120,000 円
	Ⅱ（課税所得 380 万円以上）	1,410,000 円
	Ⅰ（課税所得 145 万円以上）	670,000 円
一般（課税所得 145 万円未満等）		560,000 円
低所得者Ⅱ		310,000 円
低所得者Ⅰ		190,000 円

〈70歳未満を含む〉

所得区分		自己負担限度額
上位所得者	ア	2,120,000 円
	イ	1,410,000 円
一般	ウ	670,000 円
	エ	600,000 円
低所得者	オ	340,000 円

柔道整復師(整骨院・接骨院)のかかりかた

健康保険が「使える場合」と、「使えない場合」があります

整骨院や接骨院は国家資格を持つ柔道整復師が施術する施設で、保険医療機関ではありませんので、健康保険(国保や職場の健康保険など)が適用される範囲が限られています。健康保険が適用されるのは外傷性の負傷の場合に限られ、内科的原因によるものや慢性的な症状等は対象となりません。施術を受けたあとで健康保険の適用が認められなければ、全額自己負担となりますので十分に注意しましょう。

健康保険の対象となる場合

- ◆ 医師や柔道整復師に、外傷性の原因による骨折や脱臼、打撲、ねんざ、挫傷と診断されて施術を受けたとき
- 打撲 ● ねんざ ● 挫傷(肉離れなど)
- 骨折・脱臼の応急手当て(骨折・脱臼は応急手当ての場合を除き、医師の同意が必要)

健康保険の対象とならない場合

- 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、症状の改善がみられない長期の施術
- 保険医療機関(病院、診療所等)で同じ負傷等を治療中のもの
- 労災保険が適用となる仕事や通勤途上での負傷



施術を受けるときは注意しましょう

- 負傷の原因を正確に伝えましょう
外傷性の負傷でない場合や、仕事や通勤途上の負傷(労災保険の対象)の場合は健康保険の対象となりません。負傷の原因を正しく伝えて健康保険が適用されるかどうか確認しましょう。
- 健康保険で施術を受けた場合は、療養費の申請のために「療養費支給申請書」に記載されている内容を確認して、原則として自分で署名することになっています。
- 保険医療機関で治療中の場合は健康保険が使いません
同じ負傷で、保険医療機関(病院、診療所等)で治療中の場合は、原則として柔道整復師の施術は健康保険の対象となりません。
- 施術が長期にわたる場合は医師の診察を受けましょう
長期間施術を受けても痛みが続く場合には、負傷が原因ではなく、病気などの内科的要因も考えられますので、一度医師の診察を受けましょう。
- 窓口支払いをした施術費の領収書が無料で発行されます。医療費控除を受けるときに必要なになりますので、大切に保管しましょう。

ジェネリック医薬品で医療費節約

ジェネリック医薬品(後発医薬品)は、最初に作られた薬(新薬：先発医薬品)の特許期間終了後に作られた薬です。新薬と同等の効能・効果を持ち、新薬より安価な医薬品です。

ジェネリック医薬品のポイント

- 新薬と有効成分が同じなので、同等の効果が得られます。
- 開発コストが少ないので、新薬よりも安価です。
- これまでに使われたことのある薬なので、安心して利用できます。

後発医薬品希望シールは資格確認書の台紙の裏面にあります!

医師・薬剤師の皆様へ

後発医薬品を希望します

資格確認書やお薬手帳に貼ってご利用ください。

令和6年10月からの医薬品の自己負担の新たな仕組み

- ジェネリック医薬品があるお薬で、先発医薬品の処方を希望される場合は、特別の料金をお支払いいただきます。
- この機会に、ジェネリック医薬品の積極的な利用をお願いいたします。

注意

- 先発医薬品とジェネリック医薬品の薬価の差額の4分の1相当を、特別の料金として、医療保険の患者負担と合わせてお支払いいただきます。
- 先発医薬品を処方・調剤する医療上の必要があると認められる場合等は、特別の料金は要りません。

国民健康保険料について

国保はみなさんが出し合った保険料で支えられています。

医療費は国保に加入しているみなさんの保険料と国の負担金などで賄っています。

令和7年度保険料の決め方

保険料は、被保険者一人ひとりの料額を計算し、世帯ごとにまとめて料額を算定します。

●料額の算定は下表1～3の合算額です。

※介護分は、40歳以上65歳未満の人のみ算定。

※支援金分は、「後期高齢者医療制度」を支援するため75歳未満の人が負担する保険料です。

		医療分	支援金分	介護分
1	所得割 加入者の収入に応じて	基準総所得金額*の		
		7.61%	2.50%	2.16%
2	均等割 世帯の加入者数に応じて	1人当たり		
		32,100円	10,800円	11,100円
3	平等割 世帯ごとにかかる一定金額	一世帯当たり		
		20,500円	7,000円	5,300円

最高額は66万円 最高額は26万円 最高額は17万円

基準総所得金額＝前年中の総所得金額等－市民税の基礎控除額

※基礎控除額＝43万円 なお、合計所得金額が2,400万円を超える方は基礎控除額が少なくなります。(P4※2参照)

保険料の軽減措置

次の場合は医療分・支援金分・介護分の均等割と平等割が軽減されます。ただし、低所得者でも所得申告がされていない場合は軽減対象にはなりません。

7割軽減	世帯(被保険者および世帯主)の前年中の総所得金額等が、 43万円＋(給与所得者等 ^{※1} の数－1) ^{※2} ×10万円以下
5割軽減	世帯(被保険者および世帯主)の前年中の総所得金額等が、 43万円＋(給与所得者等 ^{※1} の数－1) ^{※2} ×10万円＋(30.5万円×被保険者数)以下
2割軽減	世帯(被保険者および世帯主)の前年中の総所得金額等が、 43万円＋(給与所得者等 ^{※1} の数－1) ^{※2} ×10万円＋(56万円×被保険者数)以下

●65歳以上の公的年金受給者は、公的年金等に係る所得から15万円控除後に判定します。

※1 給与所得者(給与収入55万円超)と公的年金所得者(公的年金等の収入60万円超(65歳未満)または125万円超(65歳以上))をいいます。

※2 「給与所得者等の数－1」が0未満となる時は0とします。

年度の途中で加入・脱退した場合の保険料

年度の途中で加入したり、喪失した場合は月割で保険料を計算しますので、世帯の中で資格に異動があった場合は、すみやかに届け出てください。なお、納入通知書については届け出の翌月以降に発送し、変更後の納付金額を通知します。

途中で加入した場合

年間保険料×
加入した月から年度末までの月数

12

途中で脱退した場合

年間保険料×
4月から脱退した月の前月までの月数

12

後期高齢者医療制度に移行する人がいる世帯の保険料について

今年度 75 歳(一定の障がいがあると認定され、後期高齢者医療制度への加入申請をした 65 歳以上 74 歳未満)になる人で、その人のみが国保に加入している場合は、75 歳に到達するまでの月数で計算した国保保険料を、75 歳になる月の前月までの期別で納付していただきます(5、6 月に 75 歳になる場合は、1 期(6 月納期)で納付していただきます)。

その人の他に引き続き国保に加入する人がいる場合は、75 歳に到達するまでの月数で計算した国保保険料を、世帯内の人と合計して各期別に割り振っていますので、今年度のみ 75 歳になったあとの各期別でも納付していただくことになります。

会社都合等(非自発的)で離職された人への保険料の軽減措置等

対象となる人(●印の全てに該当する人)

- 離職したときの年齢が 65 歳未満
- 雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の離職理由(数字 2 桁)が次のいずれかである人

11 | 12 | 21 | 22 | 23 | 31 | 32 | 33 | 34

手続きに必要なもの

- 雇用保険受給資格者証(原本)または雇用保険受給資格通知
- 本人確認書類
- マイナンバーがわかるもの

軽減措置等の内容

離職日の翌日の属する月から翌年度 3 月分まで、該当する方の前年の給与所得を 100 分の 30 とみなして国民健康保険料を決定します。また、離職日の翌日の属する月の翌月から翌々年度の 7 月までの間、該当する人の給与所得を 100 分の 30 とみなして国民健康保険の高額療養費等の自己負担限度額を決定します。

※軽減措置を適用しても国民健康保険料や自己負担限度額が変わらない場合もあります。

※重度医療等の福祉受給者証の所得判定において使用する所得は軽減されません。

未就学児の保険料の軽減措置

未就学児の均等割を 2 分の 1 に減額します。手続きは必要ありません。

対象となる人

国民健康保険に加入する未就学児(6歳に達する日以後最初の3月31日以前である被保険者)

産前産後期間の国民健康保険料免除制度

対象となる人

妊娠85日以降に出産した(出産予定の)方は、下記の期間の所得割額と均等割額が免除されます。

(注)死産・流産・人工妊娠中絶の方も対象に含まれます

免除となる期間

単胎妊娠: 出産(予定)日が属する月の前月から4カ月間

多胎妊娠: 出産(予定)日が属する月の3カ月前から6カ月間

免除の届出について

免除の制度を受けるためには原則届出が必要となりますが、出産育児一時金申請などにより当市で出産の事実が確認できた場合、届出は不要です。

後期高齢者医療制度移行に伴う経過措置

国保から後期高齢者医療制度へ移行し、国保被保険者が一人のみの世帯となる場合は、5年間、保険料(医療分と支援金分)の平等割が半額になります。その後3年間は、保険料(医療分と支援金分)の平等割が4分の3になります。 *申請は不要です。

また、被用者保険から後期高齢者医療制度に移行し、その被扶養者(65歳以上)が国保に加入した場合、当分の間は所得割が免除され、加入した月以後2年間は均等割が半額*となります。さらに、国保被保険者が旧被扶養者のみになる場合、加入した月以後2年間は平等割も半額*になります。

※7、5割軽減に該当する場合は除く。 *申請が必要です。

保険料の納め方

1年分の保険料を6月から翌年3月までの10回にわけて納付していただきます。市から納入通知書が送付されましたら、金融機関・郵便局・コンビニエンスストア・各サービスセンターなどで納期限内に納めてください。

【保険料の納期限】

1期	令和7年 6月 30日
2期	令和7年 7月 31日
3期	令和7年 9月 1日
4期	令和7年 9月 30日
5期	令和7年 10月 31日
6期	令和7年 12月 1日
7期	令和7年 12月 25日
8期	令和8年 2月 2日
9期	令和8年 3月 2日
10期	令和8年 3月 31日

年金からの差し引きと納付方法の変更について

国保被保険者全員が65歳以上75歳未満の世帯の保険料は、原則世帯主の年金から差し引かれます(特別徴収)。ただし、世帯主が国保被保険者でない場合や年金額が年額18万円未満の場合、介護保険料の差し引きとあわせた額が年金額の2分の1を超える場合は実施されません。この場合は、個別に保険料を納めます(普通徴収)。また、年金からの差し引きとなる場合でも、申し出により口座振替に変更することができます。

国民健康保険料の納付は便利な 口座振替をご利用ください

◆こんなに便利

毎月納めに出向く必要もなく、納め忘れありません。一度手続きをすれば、翌年度からも指定の口座から自動的に引き落とされます。

◆とても簡単

納入通知書内の口座振替依頼書に必要事項を記入・押印(通帳印)し、振替希望口座*のある金融機関等へお申し込みください。

※口座振替が可能な金融機関等については、口座振替依頼書の裏面をご確認ください。

スマートフォン
決済アプリによる納付もできます

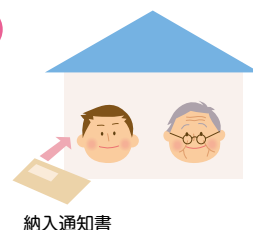
詳しくは市のウェブサイトをご確認ください。

問合せ先

各務原市役所 医療保険課
☎(058)383-1112(国保第二係直通)

保険料は世帯主が納めます

納入通知書は世帯主あてに送付します。世帯主が会社勤めなどで国保の被保険者でない場合でも、納付義務は世帯主にあります。



40歳以上の人は介護保険分も 合わせて納めます

40歳以上65歳未満の国保被保険者は介護保険の保険料も合わせて納めます。

保険料を長い間滞納すると……

災害や病気、倒産など特別な事情もないのに保険料を滞納すると、未納期間に応じて、次のような措置がとられます。

●国保の給付が全部、または一部差し止めになります。
※納付が困難な場合は、医療保険課へ早めにご相談ください。

後期高齢者医療制度

75 歳になると、後期高齢者医療制度に加入します。後期高齢者医療制度は独立した医療制度であり、対象になると国保、職場の健康保険などからこの医療保険へ移ることになります。

75 歳の誕生日当日から対象となります

対象となる人

- 75 歳以上の人
- 一定の障がいがあると広域連合の認定を受けた 65 歳以上 75 歳未満の人（任意であり、申請が必要です）

75 歳の誕生日当日から、または一定の障がいがあると認定を受けた 65 歳以上 75 歳未満の人は認定を受けた日から、後期高齢者医療制度の対象となります。

1 人に 1 枚、資格確認書が交付されます

後期高齢者医療制度の被保険者では、後期高齢者医療資格確認書が 1 人に 1 枚交付されます。75 歳になるときに届け出は必要ありません。

医療機関にかかるとき

医療機関にかかるときや薬をもらうときは、「マイナ保険証」または「後期高齢者医療資格確認書」を提示してください。一部負担金（本人負担分）は次のとおりです。

医療機関で支払う費用

かかった費用の 1 割か 2 割を負担します。ただし、現役並み所得者は 3 割負担となります。

※自己負担割合（1 割か 2 割か 3 割）はマイナポータル、資格確認書に記載されています。ご確認ください。

自己負担割合

一般の人※
1 割 か 2 割

※所得区分により

現役並み所得者
3 割

※ 所得区分については、P14 参照



入院時の食事代

入院時の食事にかかる費用のうち、標準負担額（1 食あたり）を自己負担します。また、療養病床に入院した場合は、食費（1 食あたり）と居住費（1 日あたり）の標準負担額を自己負担します。

入院時食事代の標準負担額

所得区分		1 食あたりの食費
現役並み所得者		510円
一般Ⅱ・一般Ⅰ		
低所得者Ⅱ	90 日までの入院	240 円
	過去 12 か月で 90 日を超える入院	190 円
低所得者Ⅰ		110 円

★「低所得者Ⅰ・Ⅱ」の人は、入院の際にマイナ保険証または限度区分が併記された資格確認書が必要となります。（P13 参照）。

療養病床に入院した場合の食費・居住費の標準負担額

所得区分		1食あたりの食費	1日あたりの居住費
現役並み所得者		510 円（一部医療機関では 470 円の場合もあります）	370 円
一般Ⅱ・一般Ⅰ			
低所得者Ⅱ			
		240 円	370 円
		140 円	
低所得者Ⅰ	老齢福祉 年金受給者	110 円	

※入院医療の必要性の高い状態が継続する患者および回復期リハビリテーション病棟に入院している患者については、左記の「入院時の食事代の標準負担額」と同額を食費として負担します。居住費は 370 円、指定難病患者の方の負担額は 0 円です。

医療費が高額になったとき

1か月(同じ月内)の医療費の自己負担が限度額を超えたとき、高額療養費が支給されます。

- ◆ 限度額は、「外来(個人単位)」を適用後に、「世帯単位」の限度額を適用します。
※ 世帯とは、同じ世帯内の後期高齢者医療制度の加入者のことを指します。
- ◆ 外来・入院を問わず、医療機関の窓口での支払いは、それぞれの限度額までとなります。
- ◆ 自己負担額は、病院、診療所、歯科、薬局の区別なく合算できます。
- ◆ マイナ保険証をお持ちでない方で、現役並み所得者Ⅰ・Ⅱ、または低所得者Ⅰ・Ⅱの人が自己負担限度額の適用を受けるには、限度区分が併記された資格確認書を医療機関の窓口へ提示してください。

申請により資格確認書に限度区分を併記します。

- ◆ マイナ保険証を利用すれば、事前のお手続きなく、高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。

自己負担限度額(月額)

所得区分		外来+入院(世帯単位)	
		3回目まで	4回目以降 ^{※1}
現役並み所得者	Ⅲ(課税所得690万円以上)	252,600円+(総医療費-842,000円)×1%	140,100円
	Ⅱ(課税所得380万円以上)	167,400円+(総医療費-558,000円)×1%	93,000円
	Ⅰ(課税所得145万円以上)	80,100円+(総医療費-267,000円)×1%	44,400円
所得区分		外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
			3回目まで 4回目以降 ^{※1}
一般	Ⅱ(2割負担者)	6,000円+(総医療費-30,000円)×10% または18,000円のいずれか低い額 ^{※2、※3}	57,600円 44,400円
	Ⅰ(1割負担者)	18,000円	57,600円 44,400円
低所得者Ⅱ		8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ		8,000円	15,000円

※1 過去12か月以内に限度額を超えたことが3回以上あった場合の4回目以降の限度額です。

● 一般Ⅰ・Ⅱ、低所得者Ⅰ・Ⅱにかかる年間(8月～翌年7月)の外来限度額は144,000円です(区分が一般Ⅰ・Ⅱ、低所得者Ⅰ・Ⅱだった月の外来の自己負担額の合計に適用)

※2 総医療費が30,000円未満の場合は、30,000円として計算します。

※3 令和7年9月30日で配慮措置である6,000円+(総医療費-30,000円)×10%が終了するため令和7年10月1日から自己負担限度額は18,000円になります。

高額療養費は審査により支給されます

窓口での支払いは自己負担限度額までですが、

- ① 外来で複数の医療機関で受診し、限度額を超えた場合
- ② 外来と入院の負担があり限度額を超えた場合
- ③ 世帯単位で複数の入院があり限度額を超えた場合

は、審査により認められると、限度額を超えた分が支給されます(支給対象者の人には、通知が送付されます)。



高額医療・高額介護合算療養費制度

同一世帯の後期高齢者医療制度の被保険者において、医療保険の患者負担と介護保険の自己負担の両方が発生している場合、これらの額を合計した年額が限度額を超えたときに、超えた分が支給されます。

※算定対象期間は8月1日から翌年7月31日まで。

高額医療・高額介護合算療養費の算定基準額

所得区分		算定基準額
現役並み所得者	Ⅲ(課税所得690万円以上)	2,120,000円
	Ⅱ(課税所得380万円以上)	1,410,000円
	Ⅰ(課税所得145万円以上)	670,000円
一般Ⅱ・一般Ⅰ		560,000円
低所得者Ⅱ		310,000円
低所得者Ⅰ		190,000円

療養費の支給

次のような場合で、いったん全額自己負担したときは、市役所担当窓口へ申請して広域連合が必要と認めた場合、自己負担分を除いた額が支給されます。

- やむを得ない理由で、マイナ保険証または資格確認書を持たずに受診したとき。
- 骨折やねんざなどで柔道整復師の施術を受けたとき。
- 医師が必要と認めた、輸血した生血代やコルセットなどの補装具代がかかったとき。
- 医師が必要と認めた、はり、灸、マッサージなどの施術を受けたとき。
- 海外渡航中に診療を受けたとき(治療目的の渡航は除く)。

申請には領収書や診療内容が確認できる書類等が必要になります。



葬祭費の支給

後期高齢者医療制度の被保険者が亡くなられたとき、葬祭を行った人に対して葬祭費が支給されます。葬祭費は5万円です。



交通事故にあったとき

交通事故など第三者行為によりけがをした場合でも、届け出をすることにより後期高齢者医療制度を使って受診することができます。この場合の治療費は後期高齢者医療制度で一時立て替え、あとで加害者に請求することになります。交通事故にあわれた場合はお早めに医療保険課の窓口でご相談ください。

所得区分(後期高齢者医療)

所得区分	対 象	自己負担割合
現役並み所得者	●被保険者本人の住民税課税所得が145万円以上の人 ●同一世帯に住民税課税所得が145万円以上の被保険者がいる人 ●現役並み所得者であっても、次のいずれかに該当し、「後期高齢者医療基準収入額適用申請書」を提出し認定された人は「一般Ⅰ」または「一般Ⅱ」になります。 ①被保険者が2人以上で、収入の合計額が520万円未満の人 ②被保険者が1人で、収入の額が383万円未満の人 ③被保険者が1人で、収入の額が383万円以上の場合、70歳から74歳の人の収入も含めた合計額が520万円未満の人	3割
一般Ⅱ	●世帯内の被保険者のうち、住民税課税所得が最大の人の課税所得が28万円以上で以下に該当する人 ①世帯に被保険者が1人で、「年金収入＋その他の合計所得金額」が200万円以上 ②世帯に被保険者が2人以上で、被保険者の「年金収入＋その他の合計所得金額」の合計が320万円以上	2割
一般Ⅰ	●現役並み所得者、一般Ⅱ、低所得者Ⅰ・Ⅱ以外の人	1割
低所得者Ⅱ	●世帯の全員が住民税非課税で、低所得者Ⅰ以外の人	
低所得者Ⅰ	●世帯の全員が住民税非課税で、その世帯の各所得(年金の所得は控除額を80万円※として計算。給与所得がある場合は、給与所得から10万円を控除)が0円となる人	

※令和7年8月より80.67万円に変更予定です。

保険料の決まり方

保険料は被保険者が均等に負担する「均等割額」と、被保険者の所得に応じて負担する「所得割額」の合計となります。

均等割額と所得割率は岐阜県後期高齢者医療広域連合で、2年ごとに県内均一で決められます。

保険料率は	
均等割額	49,412円
所得割率	9.56%

保険料
限度額80万円
(年額)

=

均等割額
被保険者1人
当たりいくら
と計算

+

所得割額
所得※×所得割率
で計算

※所得＝総所得金額等－43万円(基礎控除額) なお、合計所得金額が2,400万円を超える方は基礎控除額が少なくなります。

保険料が軽減される場合があります

① 均等割額の軽減

均等割額が世帯の所得によって次のとおり軽減されます。

軽減割合	世帯(被保険者および世帯主)の総所得金額等の合計額
7割軽減	43万円+(給与所得者等※ ¹ の数－1)※ ² ×10万円以下
5割軽減	43万円+(給与所得者等※ ¹ の数－1)※ ² ×10万円+(30.5万円×被保険者数)以下
2割軽減	43万円+(給与所得者等※ ¹ の数－1)※ ² ×10万円+(56万円×被保険者数)以下

※1 給与所得者(給与収入55万円超)と公的年金所得者(公的年金等の収入60万円超(65歳未満)または125万円超(65歳以上))をいいます。

※2 「給与所得者等の数－1」が0未満となる時は0とします。

② 被用者保険の被扶養者であった人

後期高齢者医療制度に加入する直前に被用者保険(協会けんぽや共済組合)の被扶養者であった方は、所得割額の負担はなく、均等割額が5割軽減されます(制度加入日の属する月から2年経過する月までの間に限る)。

保険料の納め方

保険料の納め方は、特別徴収と普通徴収の2つの方法があります。

●特別徴収(年金からのお支払い)

年金の受給額が年額 18 万円以上の人

(介護保険料とあわせた保険料額が
年金受給額の 2 分の 1 を超えない人)

年金から保険料をお支払いいただきます。

●普通徴収(口座振替や納付書でのお支払い)

口座振替や市から送付される納付書により保険料をお支払いいただきます。

★手間がかからない口座振替が便利です。

★コンビニ納付やスマートフォン決済で納付ができます。

年金からの保険料徴収を口座振替に切り替えることができます

保険料を特別徴収で納めていた人は、申請により口座振替に切り替えることができます(保険料の未納があるときなどは、認められない場合があります)。

ぎふ・すこやか健康診査

後期高齢者医療制度に加入している人が対象です。生活習慣病発見・早期治療を目的としています(受診期間は 6 月 1 日から翌年 2 月 28 日までです)。

ぎふ・すこやか健康診査の内容

血圧や血糖、脂質、尿検査、肝機能検査、貧血検査等を行います。



ぎふ・さわやか口腔健康診査(歯科口腔健康診査)

後期高齢者医療制度に加入している人が対象です。歯・歯肉の状態や口腔清掃状態等のチェックを行い、口腔機能低下や肺炎等の疾病を予防し、健康増進を図ることを目的としています(受診期間は 6 月 1 日から翌年 2 月 28 日までです)。

ぎふ・さわやか口腔健康診査の内容

歯の状態や、かみ合わせの状態、舌・口唇機能評価、嚥下(飲み下すこと)機能評価等を行います。

※いずれの健診も、対象の方には、5 月中にご案内しますので、詳細はそちらでご確認ください。

福祉医療費助成制度

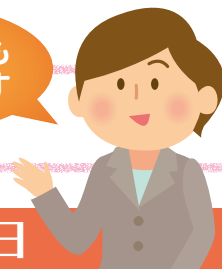
市では、お子様や体の不自由な人などの健康管理を充実させるため、福祉医療費の助成制度を行っています(助成は、保険診療による自己負担分です)。

	所得制限	助成内容	自己負担	支給方法
重度障がい者(児) (身体・知的・精神・戦傷)	特別児童扶養手当 制限額準用	社会保険各法の 自己負担額 高齢者の医療の確保に 関する法律に基づく一 部負担金	保険内診療の場合は 自己負担なし(入院時 食事療養費にかかる 標準負担額は自己負 担です)	● 県内窓口…無料 ● 県外窓口…有料 (申請により助成)
母子・父子家庭など	児童扶養手当 制限額準用			
こども医療 (18 歳を迎えた年の 最初の 3 月 31 日まで)	なし			
準保護世帯	収入が生活保護基準の 1.3 倍以下で、身障手帳等の保持者、または長期入院、外 来患者の世帯の人			1 医療機関 1 カ月 5,000 円 を超える額を助成

※県内診療の際は、必ず「マイナ保険証」または「資格確認書」と「福祉医療費受給者証」を提示してください。

※後期高齢者医療・福祉医療費助成に関する詳細は 医療保険課 ☎(058)383-1128(医療保険係直通)

令和7年度 国保の健診

治療中の方も
受診できます

受診期間 令和7年6月1日～令和8年2月28日

①～③より1つ選択して受診してください。①②の指定医療機関は市のウェブサイトでご確認ください。

検査種類	自己負担金
①特定健康診査〔40歳～74歳〕 生活習慣病予防のための標準的な健診です ◆基本項目(国の定める必須項目) 問診、身体計測(身長、体重、腹囲、BMI)、血圧測定、診察、血液検査[脂質(中性脂肪、HDL、LDL)、肝機能(AST、ALT、γ-GT)、血糖(HbA1c)]、尿検査(糖、蛋白) ◆追加項目(各務原市独自の項目) 血液検査[クレアチニン、尿酸、eGFR、血糖、総コレステロール、non-HDL、貧血(血色素量、赤血球数、ヘマトクリット値、白血球数、血小板数)]、心電図検査、尿検査(潜血) ◆詳細項目(各務原市独自の項目) 眼底検査 ※詳細項目は一定の基準により医師の判断で実施 ◆オプション(がん検診) [+0円]大腸がん検診(便潜血検査) [+500円]肺がん検診(胸部X線検査)	実費では 約1万円 かかる健診が 500円
②国保人間ドック〔19歳～74歳〕 特定健康診査にがん検診などの検査項目を上乗せした本格的な健診です 特定健康診査の(基本項目+追加項目)+下記の項目 ◆がん検診 …胸部X線検査、便潜血検査、胃部X線(または胃内視鏡)検査 ◆血液検査等 …尿素窒素、ALP、LDH、ビリルビン、血清総蛋白、アルブミン、A/G比、アミラーゼ、尿検査(ウロビリノーゲン)、CEA、免疫学的検査(HBs抗原、HCV抗体、リウマトイド因子、CRP)、眼底検査(一定の基準により医師の判断で実施)	実費では 約3万円 かかる人間ドックが 6,300円 ※検査方法によって追加費用がかかる場合がありますので、医師とよくご相談ください。

持ち物

- ・特定健康診査兼国保人間ドック受診券
- ・自己負担金
- ・国民健康保険の資格が確認できるもの
(マイナ保険証・資格確認書など)

受診券の
再発行は
こちらから

③健康診査料助成

「①特定健康診査」「②国保人間ドック」以外の健診を個人で受診された方に、健康診査料から500円を控除した額(上限10,000円)を助成します。
 ※市外、県外での受診も対象となります。

申請窓口

各務原市役所本庁1階 医療保険課

申請期限

令和8年4月30日まで

持ち物

健診結果票、領収書、通帳、特定健康診査兼国保人間ドック受診券(裏面の問診票に記載)

申請条件

- ・受診日が令和7年4月1日～令和8年3月31日であること
- ・受診日において40歳以上74歳以下であること
- ・受診日において各務原市の国民健康保険に加入していること
- ・「①特定健康診査」の基本項目(上記参照)を満たした健診であること
- ・受診者本人の領収書であること(会社宛の領収書不可)
※労働安全衛生法に規定する健康診断は対象となりません
(入社時の健康診断や定期健康診断など)
- ・健診結果データの利用に同意すること