



保険証送付のお知らせ

令和4年10月1日からお使いいただく新しい保険証をお送りします。

現在お使いいただいている保険証の有効期限は、令和4年9月30日です。

10月1日以降に医療機関等で受診される際には、今回お送りしました **だいたい色** の保険証をお使いください。*保険証の色は、**桃色** から **だいたい色** に変わりました。

**保険証が
変わりました**
一部負担金の割合を確認してください

後期高齢者医療被保険者証			
有効期限	令和6年 7月31日		
交付年月日	令和4年10月 1日		
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
被保険者	住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地	
	氏名	広域 太郎	男
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
資格取得年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
発効期日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
一部負担金の割合	※ 割		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	3 9 1 4 〇 〇 〇 〇 神奈川県後期高齢者医療広域連合		

台紙から切り離してお使いください

一部負担金の割合
(1割/2割/3割)

お問い合わせ先
市区町村の
後期高齢者医療担当課

お問い合わせ先
市区町村の
後期高齢者医療担当課

新しい保険証です。

※令和4年10月1日から、こちらの後期高齢者医療被保険者証をご提示ください。お持ちでない場合は、お近くの市区町村の窓口で申請してください。

今回お送りしたものの

- ① 保険証、ジェネリック医薬品希望カード(台紙から切り離してお使いください。)
- ② 意思表示欄保護シール・ジェネリックシール(使い方はシールをご覧ください。)
- ③ 送付のお知らせ(このチラシ)
- ④ 医療費の窓口負担割合に関するお知らせ(A3資料)



いままでの保険証

有効期限が過ぎた10月1日以降にハサミで切るなど、再利用できない状態にして捨ていただくか、市区町村にご返却ください。

お医者さんにかかるときの**一部負担金の割合は、保険証の有効期限前でも、世帯内の後期高齢者医療被保険者の構成の変更や所得情報の変更により、変わる場合があります。**一部負担金の割合が変わった場合は、新しい保険証をお送りします。



「ジェネリック医薬品希望カード」について



ジェネリック医薬品(後発医薬品)は、新薬(先発医薬品)と同等の効能・効果を持ち、一般的に安価な医薬品です。**ジェネリック医薬品を希望される場合は、医療機関でこのカードを提示して、まずは医師・薬剤師にご相談ください。**

- 新薬の特許期間が終了した後に製造される医薬品で開発費が抑えられるため、一般的に安価です。
※短期処方の場合などは、ジェネリック医薬品に切り替えても安価とならないことがあります。
※先発医薬品との最終的な窓口負担の差額をご確認のうえ、お選びください。
- 新薬と同等の有効成分・効能・効果を持っている医薬品です。ただし、その他の成分(添加剤など)が異なる場合があります。
- すべての先発医薬品に対して、ジェネリック医薬品があるわけではありません。
- ジェネリック医薬品を希望された場合でも、医師の診療方針や医療機関・薬局の在庫状況などにより処方できない場合があります。

一部負担金の割合(自己負担割合)について(令和4年10月1日～令和5年7月31日)

病院などの窓口でお支払いいただく自己負担割合は、1割/2割/3割のいずれかです。自己負担割合は、令和4年度市町村民税課税所得(令和3年1月から12月までの所得・収入から算出)によって判定し、毎年8月1日付で見直しています。

自己負担割合	対象となる方
3割	令和4年度市町村民税課税所得が145万円以上の被保険者及び、その方と同じ世帯の被保険者
2割	自己負担割合が3割以外で、令和4年度市町村民税課税所得が28万円以上の被保険者を含む世帯のうち、次のいずれかに当てはまる被保険者。 ・被保険者が1人世帯の場合、年金収入+その他合計所得金額が200万円以上 ・被保険者が2人以上の世帯の場合、年金収入+その他合計所得金額が320万円以上
1割	・上記いずれも当てはまらない被保険者及び、その方と同じ世帯の被保険者 ・住民税非課税世帯の方

*市町村民税課税所得は、総所得金額等から各種所得控除を差し引いて算出します。

*令和4年度の市町村民税課税所得は、お住いの市区町村から6月頃に届いた住民税の通知をご確認ください。住民税の通知には「課税標準額」や「課税される所得額」と表示されている場合があります。

*「年金収入」には遺族年金や障害年金は含みません。

*「その他の合計所得金額」とは、事業収入や給与収入等から、必要経費や給与所得控除等を差し引いた後の金額のことです。

*上記の判定で3割となった場合でも、一定の条件を満たすことが市区町村で確認できた方については、申請によらず1割または2割負担とします。一定の条件を満たすと思われる方で、収入金額の確認ができない方については、市町村より基準収入額適用申請書を送付いたしますので、該当する場合は申請いただき、認定されると申請日の翌日より1割または2割負担に変更となります。詳しくは市区町村の窓口にお問合せください。

医療費が高額になったとき

1か月(同じ月内)の医療費が高額になり、自己負担限度額(下表)を超えた場合は、その超えた分が「高額療養費」として払い戻されます。給付の対象となる方には、申請書をお送りしますので、市区町村の後期高齢者医療担当窓口申請してください。申請は初回のみで、2回目以降は自動で初回に申請した口座に振り込まれます。

【自己負担限度額(月額)】

所得区分	自己負担割合	外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)	
現役並み所得者Ⅲ (課税所得690万円以上)	3割	252,600円+【(総医療費-842,000円)×1%】 【140,100円】*1		*1 同一世帯で12か月以内に外来+入院(世帯単位)の限度額を超えた高額療養費の支給月数が3か月以上ある場合の4か月目からの限度額(多数回該当)です(他の医療保険での支給回数は、通算されません。)。所得区分が一般Ⅰまたは一般Ⅱの方は、外来(個人単位)の限度額による支給は、多数回該当の回数に含みません。 *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 所得区分「一般Ⅱ」の外来自己負担限度額の②は、令和7年9月30日までの激変緩和措置になります。 *4 現役並み所得者、一般Ⅱ、区分Ⅱ、区分Ⅰ以外の方 *5 世帯の全員が市町村民税非課税の被保険者(区分Ⅰ以外の方)。 *6 世帯の全員が市町村民税非課税で、その世帯全員の個々の所得(年金収入は控除額80万円)で計算)が0円となる被保険者および、世帯の全員が市町村民税非課税であり、かつ、本人が老齢福祉年金を受給している被保険者(区分Ⅰ老齢福祉年金受給者)。
現役並み所得者Ⅱ (課税所得380万円以上)		167,400円+【(総医療費-558,000円)×1%】 【93,000円】*1		
現役並み所得者Ⅰ (課税所得145万円以上)		80,100円+【(総医療費-267,000円)×1%】 【44,400円】*1		
一般Ⅱ	2割	①18,000円または ②6,000円+(総医療費*2-30,000円)×10%の低い方を適用*3	57,600円 (44,400円)*1	
一般Ⅰ*4		18,000円		
区分Ⅱ*5 (低所得者Ⅱ)	1割	8,000円		24,600円
区分Ⅰ*6 (低所得者Ⅰ)				15,000円

「限度額適用・標準負担額減額認定証」および「限度額適用認定証」の申請を

所得区分が「区分Ⅰ・Ⅱ」または「現役並み所得者Ⅰ・Ⅱ」に該当する方は、申請により、「限度額適用・標準負担額減額認定証」や「限度額適用認定証」の交付を受けることができます。医療機関の窓口で認定証を提示することにより、自己負担額が上記表のとおりとなります。希望される場合は、市区町村の窓口で交付申請をしてください。

【お問い合わせ】

神奈川県後期高齢者医療広域連合  0570-001120

保険証台紙(宛先右記)の市区町村窓口

佐藤 茂 様

上地 克明



01105483#

【お問い合わせ先】

神奈川県後期高齢者医療広域連合
高額療養費支給申請受付事務センター
☎0570-055600

受付 月曜日～金曜日(土日・祝日、年末年始除く)8:30～17:15

※当事務センターは神奈川県後期高齢者医療広域連合から受託し、キャノンマーケティングジャパン株式会社が管理運営しています。

高額療養費の事前申請(振込口座申請)のお願い

医療費の窓口負担の見直しに伴い、2割負担の対象の方については、ご負担が急増しないよう、令和4年10月1日(土)から令和7年9月30日(火)までは、1割負担の場合と比べたときの外来医療の負担の増加額が月3,000円を超えるお支払いがある場合、その超えた金額を高額療養費として給付します。

本通知に添付の申請書を事前にご提出いただくことで、高額療養費の給付が円滑に行われるようになりますので、振込口座情報を記載の上、確実に申請してください。今後の高額療養費は今回申請された口座に振り込まれ、再度申請する必要はありません(このお知らせは、基準日時点で高額療養費支給用の口座登録をされていない方にお送りしております)。

なお、このお知らせは高額療養費の支給対象者となったことをお知らせするものではありません。

- 被保険者番号 30889935
- 被保険者氏名 佐藤 茂
- 申請期間 令和4年9月7日(水) ～ 令和4年11月30日(水)

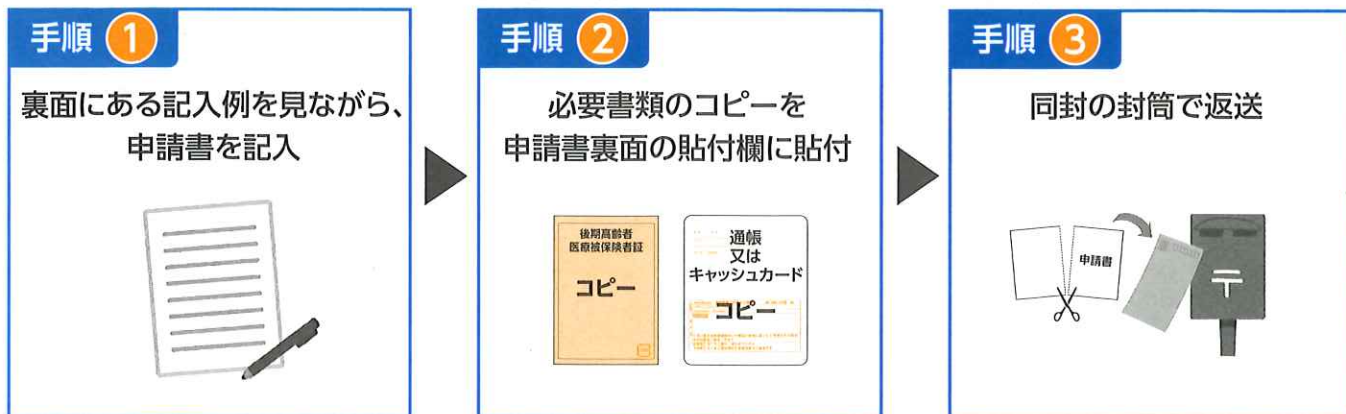
*基準日(令和4年8月12日(金))時点で被保険者であった方に送付しております。

*ご不明な点がある場合は、上記お問い合わせ先にお問い合わせください。

*申請期間内に申請いただけなかった場合は、高額療養費が生じた際に、再度お知らせいたします。

*新しい被保険者証は9月7日(水)より順次郵便で発送しております。

手続きの手順について



必ず切り取ってからご返送ください。

ご登録いただく口座情報によって、ご記入いただく内容が異なります。

下記をご参照の上、該当箇所にご記入ください。

- A** 被保険者情報が、ご本人の情報であるかをご確認ください。
- B** 申請者欄は、被保険者ご本人又は、成年後見人がご記入ください。
- C** ~ **D** ご登録される口座名義人によって記入箇所が異なります。



被保険者ご本人
の口座を登録の場合

➡ **C** をご記入ください。



成年後見人
の口座を登録の場合

➡ **C** をご記入ください。



被保険者本人・
成年後見人以外の方
の口座を登録の場合

➡ **C** **D** をご記入ください。

記入例

黒色のボールペンでご記入ください。〔消せるボールペン〕は使用しないでください

なお、〔消せるボールペン〕を使用し提出された場合は、再度ご提出いただくこととなりますので、ご了承ください。
また、誤って記入した場合は二重線で訂正してください。(訂正印は不要です)

手順 ① 高額療養費支給事前申請書
記入例をご参照の上、下記B~Dの必要箇所にご記入ください。

A 被保険者情報

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	東京都東京都東京都東京都
氏名	神奈川 正蔵		
生年月日	昭和29年11月11日		

B 申請者欄(被保険者又は成年後見人)

神奈川県後期高齢者医療広域連合長宛 令和 4 年 10 月 10 日

申請者 (被保険者又は成年後見人)

フリガナ	カナガワ ショウゾウ	電話番号	000-0000-0000
氏名	神奈川 正蔵		
住所	神奈川県横浜市神奈川区栄町8-1		

C 口座情報記入欄

金融機関又はゆうちょ銀行のいずれか1つにのみご記入ください。両方に記載のある場合はお付いたいた口座情報照会欄の記載が優先されます。

口座名義人はカタカナ、左詰め、姓と名の間は1文字あけてご記入ください。
濁点・半濁点は1文字とは記入せず、カナと一揃にご記入ください。仮音(ゃ、ゅ、ょ)は太文字でご記入ください。

口座名義人 (カタカナ)

カ ナ ガ ワ シ ヨ ウ ゾ ウ

① 金融機関(ゆうちょ銀行以外)へ振込

金融機関コード	1 2 3 4	支店コード	0 0 1	口座番号 (右詰めでお書きください。)
00	△△	□□□	□□□□□□□□	

② ゆうちょ銀行へ振込

ゆうちょ銀行(郵便局)の 総合口座に振り込みの場合 ※送付先番号が口座は不可	通帳記号 (右詰めでお書きください。)
1 0 0	□□□□□□□□

D 委任状欄

※被保険者ご本人・成年後見人以外の方の口座を指定される場合はご記入ください。

令和 年 月 日 私(委任者)は、次の者(受任者)へ高額療養費の受領に関する一切の権限を委任いたします。

受任者 (口座名義人)	氏名	住所
委任者 (申請者)	氏名	

裏面に必要書類を貼付の上、ご返送ください

この申請書は原本をご返送ください。

A 被保険者情報が、ご本人の情報であることを ご確認ください。

B 被保険者ご本人又は成年後見人の方が、申請者欄の以下の項目をご記入ください。

- 記入年月日 ●氏名
- フリガナ ●電話番号
- 住所

※ 成年後見人が申請される場合は、**成年後見人の氏名・フリガナ・電話番号・住所**をご記入ください。

C 口座情報をご記入ください。

①金融機関②ゆうちょ銀行のどちらかの に をご記入ください。

※口座名義人(カタカナ)が20文字を超える場合は、口座名義の先頭から20文字目までをご記入ください。(21文字目以降のご記入は不要です。)

申請者が被保険者ご本人の場合
被保険者ご本人の口座情報をご記入ください。

申請者が成年後見人の場合
成年後見人又は被保険者ご本人の口座情報をご記入ください。

高額療養費の受領に関する一切の権限を受任される場合

D 委任状欄にご記入の上、受任者の口座情報をご記入ください。

D 委任状欄をご記入ください。

受任者(口座名義人)
上記 **C** の口座名義人の氏名・フリガナ・住所をご記入ください。

委任者(申請者)
上記 **B** で記載した申請者の氏名をご記入ください。

ご記入が完了されましたら
裏面の貼付欄に必要書類(コピー)
を貼付してください。

令和4年10月1日から医療費の窓口負担割合が 2割になる方へのお知らせ

窓口負担割合が2割となる方には**負担を抑える配慮措置**があります。
払い戻し先口座の事前登録をお願いします。

- ◆ 令和4年(2022年)10月1日から、75歳以上の方等^{※1}で一定以上の所得がある方^{※2}は、医療費の窓口負担割合が2割になります。窓口負担割合が2割となる方には**負担を抑える配慮措置**(下記参照)があります。
- ◆ 今回郵送する申請書は、窓口負担割合が2割負担となる方で、**配慮措置による払い戻し先口座が登録されていない方**に、**払い戻し先の口座の事前登録をお願いするもの**です。^{※3}
- ◆ 口座を登録いただくことで、払い戻しが生じた場合、その口座に後日自動的に払い戻されます。

窓口負担割合が2割となる方の負担を抑える配慮措置

- 令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間は、2割負担となる方について、1か月の外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う**負担増加額を3,000円までに抑えます**(入院の医療費は対象外です)。
- 同一の医療機関での受診については、上限額以上窓口で支払わなくてよい取扱いとなり、そうでない場合では、1か月の負担増を3,000円までに抑えるための差額を**後日高額療養費として払い戻します**。
- 払い戻しとなる方は、今回登録していただく払い戻し先の口座へ後日自動的に払い戻します。

【配慮措置が適用される場合の計算方法】

例:1か月の外来医療費全体額が**50,000円**の場合

窓口負担割合1割のとき ①	5,000円
窓口負担割合2割のとき ②	10,000円
負担増 ③(②-①)	5,000円
窓口負担増の上限 ④	3,000円
払い戻し等 ③-④	2,000円

配慮措置

1か月 5,000円の負担増を
3,000円までに抑えます。

※1 65~74歳で一定の障害の状態であると広域連合から認定を受けた方を含みます。

※2 現役並み所得者の方は、10月1日以降も引き続き3割です。

※3 今回登録されない場合には、払い戻しが生じた際に、申請のための書類を改めてお届けします。



窓口負担割合の見直しに伴う 高額療養費の還付 を装った詐欺に注意!!

自治体の職員等が以下のことをすることは
絶対にありません

- × 郵送せずに電話や訪問で口座情報登録をお願いすること
- × 通帳をお預かりすること
- × ATMの操作をお願いすること
- × 受給に当たり、手数料の振り込みを求めること
- × メールを送り、URLをクリックして申請手続きを求めること

不審に思ったらご相談ください。

- お住まいの市区町村担当窓口
- 最寄りの警察署または警察相談専用電話 **#9110**
- 消費者ホットライン(局番なし) **188 (いやや!)**

医療費窓口負担割合の見直しに関するお問い合わせ

都道府県の「後期高齢者医療広域連合」までお問い合わせください。
今回の制度改正の見直しの背景等に関するご質問等は、
厚生労働省コールセンター(0120-002-719)にお問い合わせください。

※コールセンター対応時間:月曜日～土曜日の9時～18時(日曜日・祝日・年末年始は休業)

令和4年10月1日から医療費の窓口負担割合が 2割になる方へのお知らせ



75歳以上の方等で一定以上所得のある方の 医療費の窓口負担割合が2割に変わります

- ◆ 今回、窓口負担割合が「2割」と記載された被保険者証が交付された方は、令和4年（2022年）10月1日から窓口負担割合が2割となります。
- ◆ 被保険者証を提示するときは「有効期限」を必ず確認し、10月以降は今回交付する被保険者証をお使いください。

窓口負担割合が2割となる方には 負担を抑える配慮措置があります

- ◆ 令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間は、2割負担となる方について、外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う1か月の負担増加額を3,000円までに抑えます。
- ◆ 払い戻しのために口座を登録していただく必要がある場合※には、令和4年9月中に、神奈川県後期高齢者医療広域連合から申請書を郵送します。

※ 既に高額療養費の払い戻しについて口座が登録されている方には、申請書は郵送されません。

今回の見直しは、現役世代の負担を抑え、
国民皆保険を未来につないでいくためのものです。
見直しの背景や内容、配慮措置の詳細については、
次ページ以降をご確認ください。

医療費窓口負担割合の見直しに関するお問い合わせは

都道府県の「後期高齢者医療広域連合」または
市区町村の「後期高齢者医療担当窓口」までお問い合わせください。

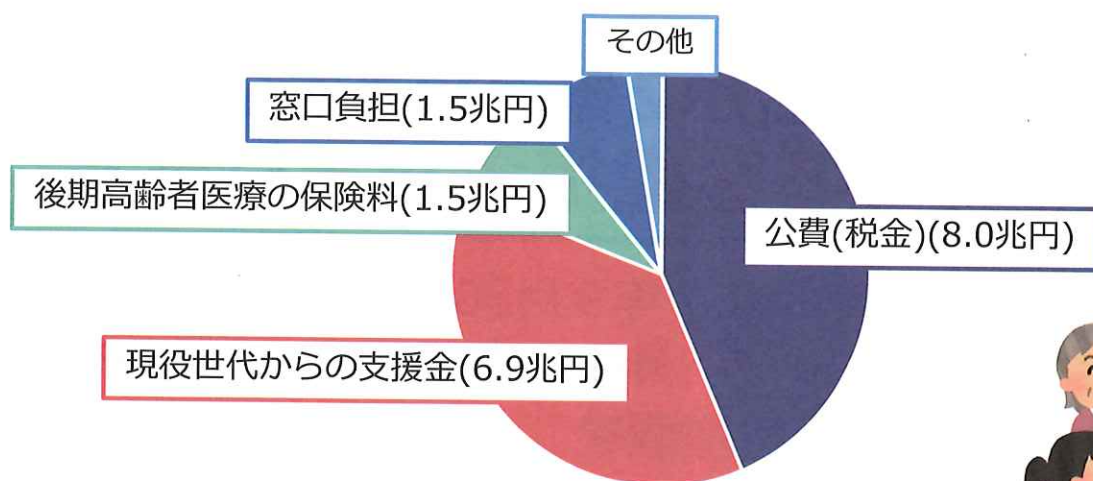
今回の制度改正の見直しの背景等に関するご質問等は、
厚生労働省コールセンター(0120-002-719)にお問い合わせください。

※コールセンター対応時間：月曜日～土曜日の9時～18時（日曜日・祝日・年末年始は休業）

見直しの背景

- 令和4年度以降、団塊の世代が75歳以上となり始め、医療費の増大が見込まれています。
- 後期高齢者の医療費のうち、窓口負担を除いて約4割は現役世代の負担(支援金)となっており、今後も拡大していく見通しとなっています。
- 今回の窓口負担割合の見直しは、現役世代の負担を抑え、国民皆保険を未来につないでいくためのものです。
- 窓口負担割合が2割となる方は、全国の後期高齢者医療の被保険者全体のうち約20%の方です。

後期高齢者医療制度の医療費の財源内訳 (総額約18.4兆円)※令和4年度予算ベース



令和4年9月30日まで

区分	医療費負担割合
現役並み所得者	3割
一般所得者等	1割

令和4年10月1日から

区分	医療費負担割合
現役並み所得者	3割
一定以上所得のある方	2割
一般所得者等	1割

被保険者全体の約20%

窓口負担割合が2割となる方には負担を抑える配慮措置があります

- 令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間は、2割負担となる方について、1か月の外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う負担増加額を3,000円までに抑えます（入院の医療費は対象外です）。
- 同一の医療機関での受診については、上限額以上窓口で支払う必要はありません。そうでない場合は、1か月の負担増を3,000円までに抑えるための差額を後日高額療養費として払い戻します。
- 配慮措置の適用で払い戻しとなる方は、高額療養費として、事前に登録されている口座へ後日自動的に払い戻します。

【配慮措置が適用される場合の計算方法】

例：1か月の外来医療費全体額が50,000円の場合

窓口負担割合1割のとき ①	5,000円
窓口負担割合2割のとき ②	10,000円
負担増 ③ (②-①)	5,000円
窓口負担増の上限 ④	3,000円
払い戻し等 (③-④)	2,000円

配慮措置

1か月 5,000円の負担増を3,000円までに抑えます。

2割負担となる方で高額療養費の口座が登録されていない方には
令和4年9月中に神奈川県後期高齢者医療広域連合から

申請書を**郵送**します

申請書がお手元に届いたら、申請書に記載の内容に沿って、口座の登録をしてください。

ご注意ください！

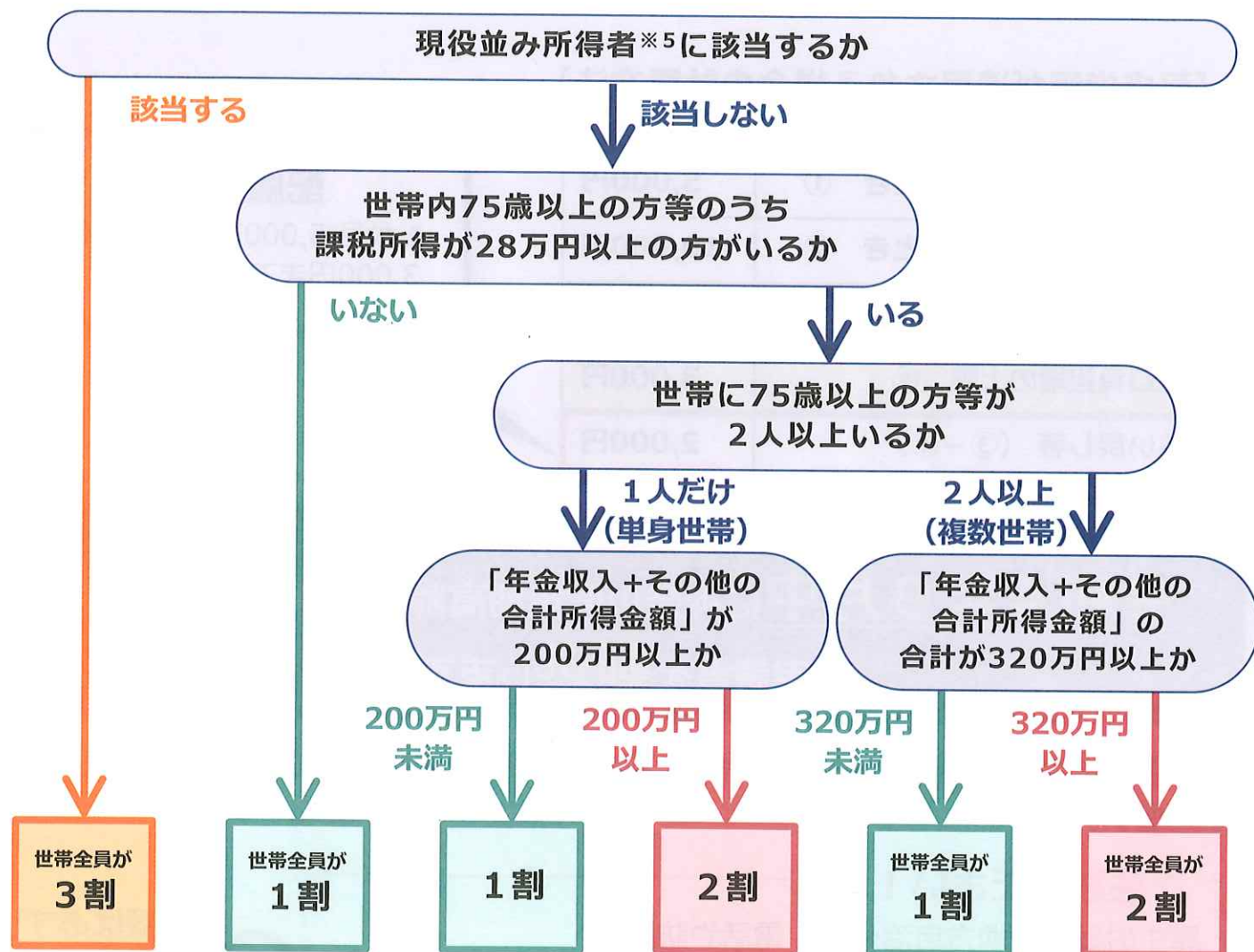
- 厚生労働省や地方自治体が、電話や訪問で口座情報登録をお願いすることや、キャッシュカード、通帳等をお預かりすることは**絶対にありません**。
- ATMの操作をお願いすることは**絶対にありません**。
- 不審な電話があったときは、最寄りの警察署や警察相談専用電話(#9110)、または消費生活センター(188(いやや!))にお問い合わせください。

書類は必ず
郵送で
お届けします



窓口負担割合 2割の対象となるかどうかは 主に以下の流れで判定します

- 世帯の窓口負担割合が2割の対象となるかどうかは、75歳以上の方等※1の課税所得※2や年金収入※3等（令和3年中のもの）をもとに、世帯単位で判定します。
- 75歳以上の方等で一定以上の所得（課税所得が28万円以上かつ「年金収入+その他の合計所得金額※4」が単身世帯の場合200万円以上、複数世帯の場合合計320万円以上）がある方は、医療費の窓口負担割合が2割になります。



・ 住民税非課税世帯の方は、1割負担となります。

※1 65～74歳で一定の障害の状態にあると広域連合から認定を受けた方を含みます。

※2 「課税所得」とは、住民税納税通知書の「課税標準」の額です。
「課税標準」の額は、前年の収入から、給与所得控除や公的年金等控除等、所得控除（基礎控除や社会保険料控除等）等を差し引いた後の金額です。

※3 「年金収入」には遺族年金や障害年金は含みません。

※4 「その他の合計所得金額」とは、事業収入や給与収入等から、必要経費や給与所得控除等を差し引いた後の金額のことでです。

※5 課税所得145万円以上で、医療費の窓口負担割合が3割の方。
(一定の基準・要件を満たす場合、窓口負担割合が1割または2割になるケースがあります)