

国民健康保険

ガイドブック

令和 **6** 年度



普通徴収による国民健康保険料のお支払いは口座振替が原則です！

⇄ 横浜市

目次

国民健康保険のしくみ	1
あなたの医療保険はどれですか？	3
マイナンバーカードの健康保険証利用	4
<hr/>	
加入 被保険者	5
保険証	6
届出	7
<hr/>	
医療費の動向・上手な医療機関のかかり方	8
ジェネリック医薬品（後発医薬品）	9
「医療費のお知らせ」について	9
<hr/>	
保険料 保険料の計算	10
保険料額の決定・変更	11
保険料の支払について	12
均等割額の減額について	15
保険料の軽減について	16
保険料の納付にお困りの場合	18
保険料の滞納	19
<hr/>	
財政 財源構成	20
保険料率の決め方	21
<hr/>	
給付 療養の給付	22
医療費の支払いが困難なとき	22
70歳以上の方の療養の給付	23
療養費	24
訪問看護療養費・移送費	25
入院時食事・生活療養の自己負担	26
高額療養費	28
高額介護合算療養費	35
出産育児一時金	36
障害児育児手当金	38
葬祭費	39
傷病手当金（新型コロナウイルス感染症関連）	39
国民健康保険で診療を受けられない場合	40
交通事故にあったとき	41
<hr/>	
特定健康診査・特定保健指導	42
<hr/>	
重度障害者医療費助成事業	47
ひとり親家庭等医療費助成事業	48
小児医療費助成事業	49
<hr/>	
後期高齢者医療制度	50
<hr/>	
急な病気やけがで迷ったら・・・	52
区役所保険年金課保険係一覧	53



国民健康保険のしくみ

お互いの助けあいの制度です

わたしたちはだれでも、いつも元気で暮らしてきたいものです。しかし、いつ病気をしたりケガをするかわかりません。そんな時、安心して治療を受けられるように、何らかの医療保険に加入していなければなりません。

国民健康保険は、もしもの時のために、加入者みんながお金を出し合って助け合う制度です。



社会保障と社会保険

日本の社会保障制度は、主に社会保険料で運営される「社会保険」を中心としており、「公的扶助」、「社会福祉」、「公衆衛生」がそれを補完するものとして形作られています。

社会保険には、病気やケガに備える「医療保険」のほか、年をとったときや障害を負ったときなどに年金を支給する「年金保険」、失業するリスクに対する「雇用保険」、加齢に伴い介護が必要になったときの「介護保険」などがあります。

国民健康保険とは……

公的医療保険制度には、職場を通して加入する「健康保険」、75歳以上の方等が加入する「後期高齢者医療制度」、その他の方が加入する「国民健康保険」があります。

国民健康保険(国保)は地域単位でつくられており、各市町村と都道府県が共同で運営しています。

そして、職場の健康保険に加入している方・後期高齢者医療制度に加入している方(および生活保護を受けている方)以外は、すべての方が国民健康保険に加入するよう法律で定められています。

国民健康保険の加入や脱退などの届出や医療費等の支給申請、保険料の納付、特定健診などの事務は、お住まいの区の区役所保険年金課で行います。

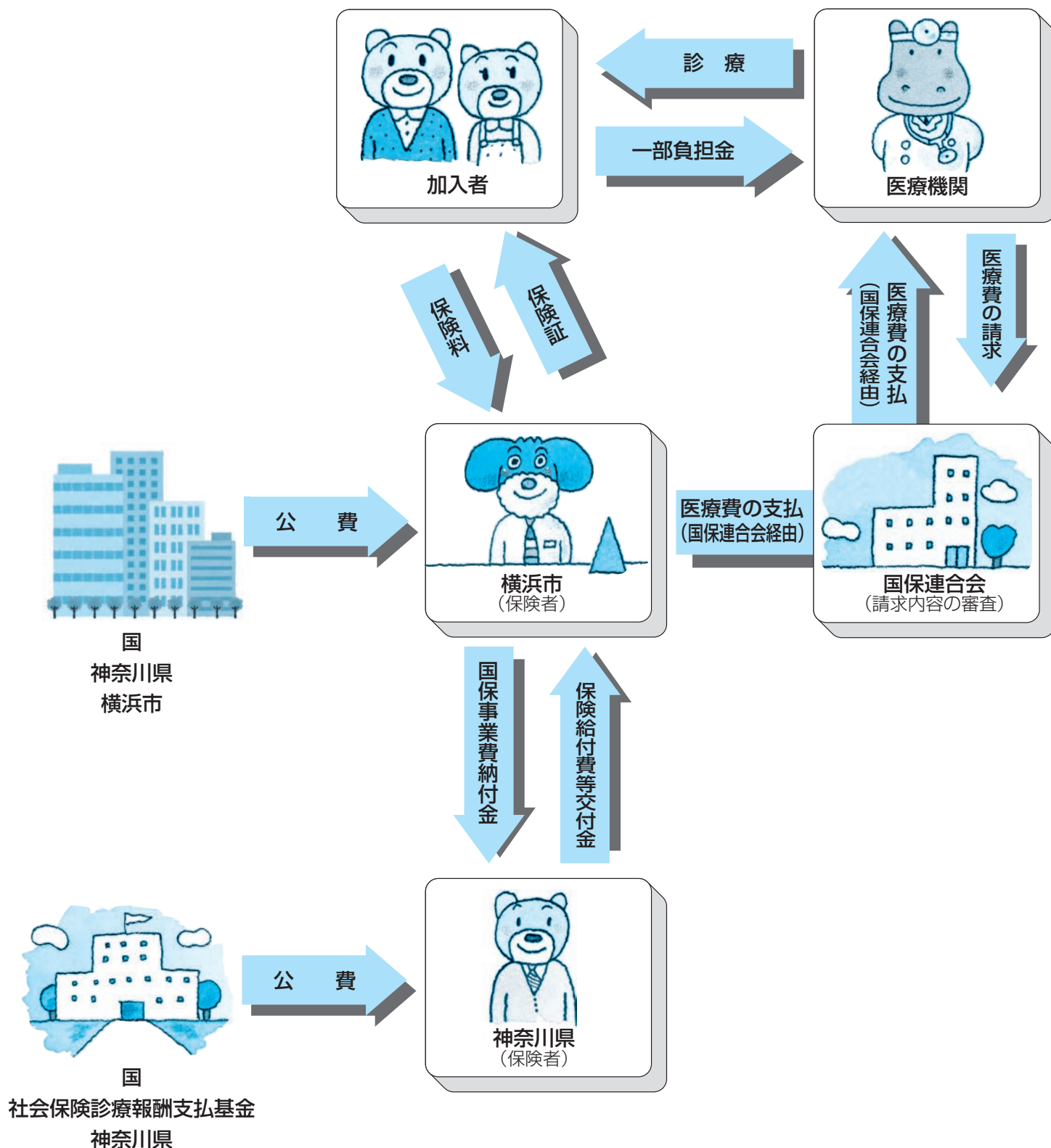
医療費は保険料で 支えられています

国民健康保険の加入者は、保険による診療等を受ける「権利」を持つ一方で、保険料を納付していただく「義務」も持っています。



国民健康保険のしくみ

みなさんの国民健康保険の運営は、神奈川県及び横浜市が担っています。
その費用は、主に、みなさんの納める保険料によって支えられています。



あなたの医療保険はどれですか？

保険の種類が変わったときは、届出が必要です。

医療保険の種類		保険に加入する方	届出先
①後期高齢者医療制度 (※1) (50ページ参照)		75歳以上の方 (一定の障害がある方は65歳以上)	お住まいの区の 区役所
健康保険	②全国健康保険協会 管掌健康保険	民間会社に勤める方とその扶養家族 (会社に健保組合がない場合)	事業主を通じて 年金事務所
		民間会社に勤める 日雇い労働者とその扶養家族	事業主を通じて 年金事務所
	③組合管掌健康保険	民間会社に勤める方とその扶養家族 (会社単位等で健保組合がある場合)	それぞれの健保組合
④船員保険		船員とその扶養家族	全国健康保険協会
共済組合	⑤国家公務員等 共済組合	国家公務員・公共企業体等の 職員とその扶養家族	それぞれの共済組合
	⑥地方公務員 共済組合	地方公務員とその扶養家族	
	⑦私立学校教職員等 共済組合	私立学校の教職員とその扶養家族	
国民健康保険	⑧国民健康保険組合	①～⑦に加入していない同業者の 地域組合の組合員とその家族	それぞれの国保組合
	⑨国民健康保険	①～⑧に加入していない方	お住まいの区の 区役所

【任意継続保険について】

会社を退職した方でも、国民健康保険に加入せず、前の健康保険等を任意継続できる場合があります(最大2年間)。お手続きに関しては、前の健康保険組合等にお問い合わせください。

〔申請できる方〕 職場の健康保険に2か月以上(共済組合の場合は1年以上)加入していた方

〔申請期限〕 退職して20日以内

※1 75歳の誕生日から加入される場合は、加入の届出は必要ありません。

マイナンバーカードの健康保険証利用

※オンライン資格確認が導入された医療機関等でご利用いただけます。

マイナンバーカードが健康保険証として利用できます！

事前にマイナポータル等で利用申込をしたマイナンバーカードが、医療機関等で健康保険証として利用できます。

※国民健康保険への加入等の手続き後、情報が登録されるまで数日かかります。

※各種医療証(小児医療証等)については、提示が必要です。

※ICチップの中の電子証明書を使用するため、マイナンバー(12桁の番号)は使用されません。

※詳しくは厚生労働省ホームページをご覧ください。

マイナンバーカードの健康保険証利用 🔍 検索

限度額適用認定証等の提示が不要になります！

医療機関等で、限度額適用認定証等の情報提供に同意すれば、適用区分が確認できます。

※70歳未満で住民税非課税世帯に属する方及び70歳以上で低所得Ⅱに該当する方で、過去12か月の入院日数が91日以上「長期入院」に該当する場合は、お住まいの区の区役所保険年金課に限度額適用・標準負担額減額認定の申請が必要です。

○横浜市ホームページ
「限度額適用認定証等の
提示が不要です」
のページはコチラ→



特定健診情報や診療情報・薬剤情報・医療費通知情報が見られます！

マイナポータルで、令和2年度以降の健診結果・令和3年9月診療分以降の診療情報・薬剤情報・医療費通知情報を閲覧できます(診療情報については、令和4年6月以降に医療機関が提出したレセプト分が対象です)。ご自身の健康管理に是非お役立てください。

医療機関等に特定健診情報や診療情報・薬剤情報を提供できます！

あなたが同意をすれば、医療機関等に、令和2年度以降の健診結果・令和3年9月診療分以降の診療情報・薬剤情報を共有できます(診療情報については、令和4年6月以降に医療機関が提出したレセプト分が対象です)。

確定申告の医療費控除が簡単にできます！

確定申告における医療費控除の手続きで、マイナポータルを通じて、令和3年9月診療分以降の医療費情報の自動入力が可能になりました。(令和3年8月以前の診療分に係る医療費については、領収書や医療費通知書が必要になります。)

※詳しくはマイナポータルのウェブサイトまたはマイナポータルアプリでご確認ください。



マイナンバー PR キャラクター
マイナちゃん

マイナポータル 🔍 検索

国民健康保険の加入者(被保険者)

後期高齢者医療制度に該当されている方、職場の健康保険に加入している方とその扶養家族、および生活保護を受けている方などを除いて、市内に住んでいる方はすべて、横浜市の国民健康保険に加入しなければなりません。

(20歳以上60歳未満の方は、併せて国民年金にも加入しなければなりません。)

- 自営業の方
- 農業の方



- 年金生活者
- 無職の方



- 職場の健康保険の扶養からはずれた方



70歳以上の方については、くわしい説明のページがあります。

70歳以上の方については

☞ 23ページ「70歳以上の方の療養の給付」参照

75歳以上の方については

☞ 50ページ「後期高齢者医療制度」参照

国民健康保険の世帯主について

国民健康保険の場合、世帯単位で加入をし、保険料も世帯単位で請求をします。また、保険料の納付義務は住基上の世帯主が負います。

ただし、一定の条件を満たすと住基上の世帯主以外の方が国民健康保険の世帯主になることができます。詳しくはお住まいの区の区役所保険年金課にお問い合わせください。

一人ひとりが被保険者

国民健康保険では一人ひとりが被保険者になります。



加入手続は世帯ごとにおこないます。



Q & A

Q 現在、保険に入っていないのですが、お医者さんにかかるときに加入する手続をすればいいのですか？

A すべての方が何らかの保険に加入しなければならないことになっています。お医者さんにかかっていない時でも加入しなければなりません。会社等の保険に加入できる方を除き至急手続をしてください。

Q 職場の健康保険の扶養家族になれるのは、どのような場合ですか？

A 原則として向こう一年間の見込み収入金額が130万円未満(60歳以上や身障者の方は180万円未満)で、職場の健康保険加入者の収入によって生計をたてている方は扶養家族として認められます。この場合、国民健康保険には加入できません。

保険証(被保険者証)について

国民健康保険に加入すると、一人一枚の保険証が発行されます。保険証はその有効期限まで使用できます。(最長令和7年7月31日)

令和6年12月2日から保険証は新規発行しません。代わりに「資格確認書」またはマイナンバーカードと一緒に提示する「資格情報のお知らせ」を交付します。

これまで通り、保険診療を適切に受けることができます。

交付されるのは

新しく加入したとき

加入手続きをすると交付されます。



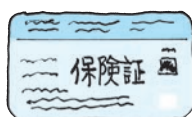
保険証をなくしたり、汚したりしたとき

再発行手続きをすると交付されます。



70歳年齢到達により保険証の有効期限が令和6年11月30日までの方

令和7年7月31日までの保険証が交付されます。



☞ 手続きの方法については、裏表紙参照

取扱いのご注意

- 記載事項を自分で直さないでください。
- 手元に大切に保管してください。
- 貸し借りは禁じられています。

資格確認書について

マイナンバーカードをお持ちでない方、マイナンバーカードの健康保険証利用申込をしていない方については、申請がなくても「資格確認書」を交付します。

国民健康保険に加入中の方は、保険証の有効期限が切れる前に交付します。

資格情報のお知らせについて

マイナンバーカードの健康保険証利用申込をしている方には、自身の被保険者資格等が記載された「資格情報のお知らせ」を交付します。

臓器提供意思表示欄について

保険証等の裏面にある「臓器提供意思表示欄」に記入することで、臓器の提供に関する意思表示をすることができます(記入するかどうかは任意です)。

意思表示した内容を、医療機関等に知られたくないという方は、「個人情報保護シール」を臓器提供意思表示欄の上から貼り付けてください。

臓器移植に関するお問い合わせは…

(公社)日本臓器移植ネットワーク
フリーダイヤル：0120-78-1069
ホームページ <http://www.jotnw.or.jp/>



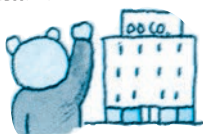
Q 世帯主は国民健康保険に加入していないのに、保険証は世帯主の名前で送られてきました。何かの間違ひではないでしょうか。

A 世帯主が国民健康保険に加入していない場合でも、保険証と保険料の通知書等は世帯主の名前で発行されます。ただしお医者さんにかかるときに使えるのは加入者のみです。ご注意ください。

こんなとき必ず届出を

次のようなときはお住まいの区の区役所保険年金課保険係に届け出てください。

- ①職場の健康保険をやめたり、加入したりしたとき



- ②住所や氏名、世帯主が変わったとき



- ③出生、死亡のとき



- ④生活保護の開始、廃止のとき



- ⑤学校に通うため、家族と離れて他の市町村に住むとき



☞ 届出に必要なものは裏表紙参照

※マイナンバーカードを保険証としてご利用されている方も、①～⑤にあたる時は必ず届出をお願いします。

Q & A

Q 国民健康保険に加入していましたが、今度就職して職場の健康保険に入りました。切り替えの手続きは、自動的にされるのでしょうか。

A 自動的に切り替わりません。新しい健康保険証と国民健康保険証の両方をお持ちになって届け出てください。新しい健康保険証の記号・番号等を確認のうえ、国民健康保険証を回収します。

国民健康保険に加入する日、やめる日

国民健康保険に加入する日	<ul style="list-style-type: none"> ①他の市町村から転入した日 (他の医療保険等に加入している場合を除く) ②職場の健康保険の喪失日 (退職日の翌日や被扶養者でなくなった日) ③出生した日 ④生活保護を受けなくなった日 ⑤後期高齢者医療制度の認定を受けなくなった日の翌日 (65歳以上75歳未満の方)
国民健康保険をやめる日 (使えなくなる日)	<ul style="list-style-type: none"> ①他の市町村に転出した日 ②職場の健康保険に加入した日 ③死亡した日の翌日 ④生活保護を受け始めた日 ⑤後期高齢者医療制度の被保険者となる日

Q & A

Q 加入の届出が遅れると、どうなりますか。

A 保険証がないため、その間の医療費が全額自己負担になったり、保険料をさかのぼって納めなければならなくなったりします。

Q やめる届出が遅れると、どうなりますか。

A 本来資格のない方が手元の保険証を使ってしまった場合は、医療費の国民健康保険負担分(7割・8割、高額療養費等)をあとで返していただくことになります。就職して職場の健康保険に加入した場合は、国民健康保険の保険証は使わないよう注意し、職場の保険証ができたらすみやかに届出をしてください。

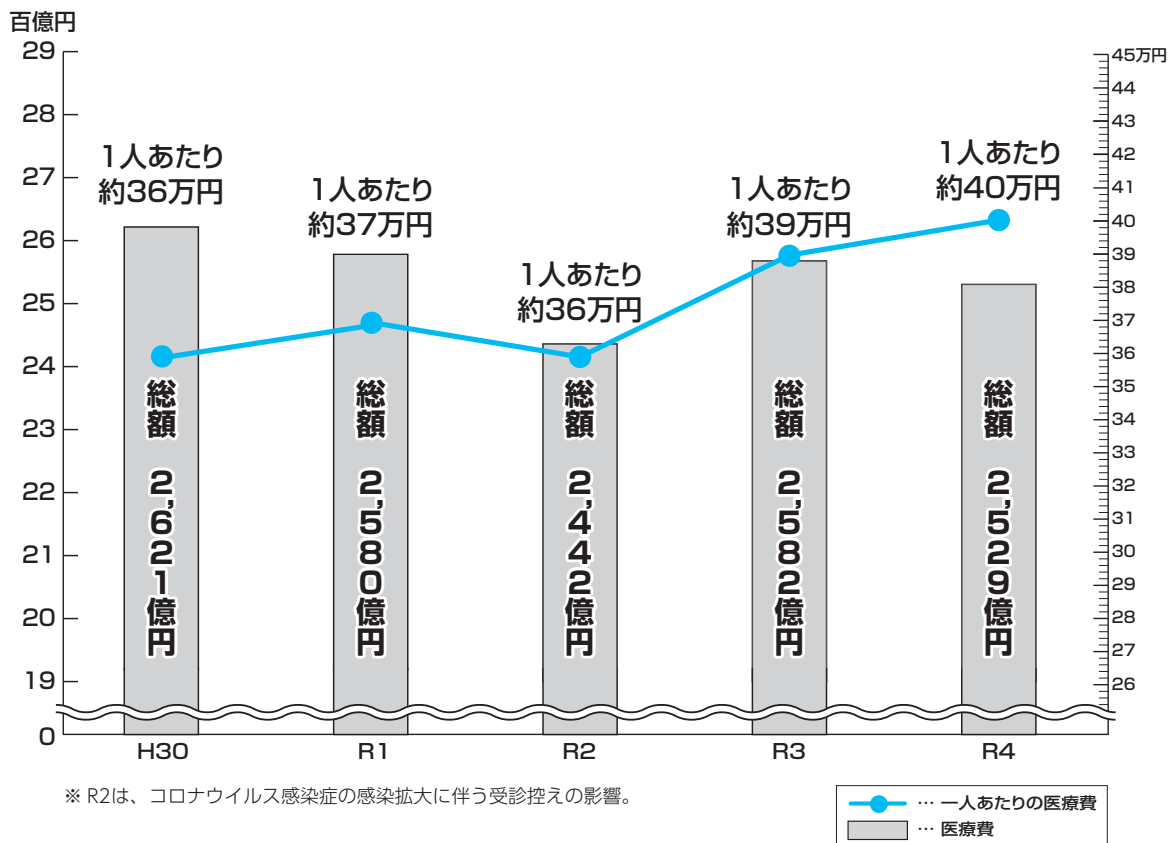
医療費の動向・上手な医療機関のかかり方

— 適正な医療機関への受診に向けて —

健康に対する意識が大切

医療費が増えれば保険料も上がります。だからといって医療機関にかかるのを抑える必要があるということではなく、大切なのは、一人ひとりが日頃から健康に気をつけるとともに、治療が必要なきときには「かかりつけ医」にかかり、「はしご受診」を控えることです。

横浜市国民健康保険加入者の過去5年間の医療費の動向



上手な医療機関のかかり方

受診する際の準備や心構えを知り、上手に医療機関にかかりましょう。

気になる症状があるときは、まず、かかりつけ医(近所の診療所)を受診しましょう。

医師に聞きたいことや伝えたいことは、メモに書いて準備しましょう。

自覚症状とその経過、病歴や飲んでいる薬などを医師に詳しく伝えましょう。

大事なことはメモを取りましょう。

わからないこと、疑問に思ったことは、遠慮なく質問しましょう。

自分の病気に対する理解を深め、積極的に治療に参加しましょう。

医療費の内容に関する疑問は、まず医療機関にお尋ねください。

ジェネリック医薬品(後発医薬品)

ジェネリック医薬品(後発医薬品)をご存知ですか？

ジェネリック医薬品とは、先発医薬品(新薬)の特許が切れた後に販売される先発医薬品と同じ有効成分を持つ医薬品のことです。

ポイント1：先発医薬品より、一般的には安価で経済的といえます。皆さんの自己負担額の軽減、横浜市国保財政の改善につながります。

ポイント2：効き目や安全性は、先発医薬品とほぼ同等です。薬の形や色などは、先発医薬品と異なることがあります。

ポイント3：全ての医薬品にジェネリック医薬品があるわけではありません。医師の治療方針や医療機関、薬局の在庫等により、ジェネリック医薬品をご用意できない場合もあります。

★ジェネリック医薬品を希望される場合は、医師・薬剤師にご相談ください。

ジェネリック医薬品個別差額通知を発送します

横浜市国民健康保険では、生活習慣病等でお薬を処方されている方で、ジェネリック医薬品への切り替えをすることにより、月額で一定以上お薬代が安くなると思われる方に、お知らせハガキをお送りします。

送付の停止をご希望の場合は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係へご連絡ください。

「医療費のお知らせ」について

年に1回2月頃、医療機関を受診した世帯全員の医療費の総額等が示してある「医療費のお知らせ」を世帯主の方宛にお送りします。

このお知らせは、国民健康保険の医療費負担のしくみや皆様の健康に関する認識を深めていただくためにお送りするものです。(世帯の中に受診者がいなければ送付されません。)

※1月に、確定申告の医療費控除に使用する方のための事前発行を予定しています。

詳細は、時期が近づいた段階で、広報よこはま、ホームページ等でお知らせします。

「医療費のお知らせ」における個人情報の取扱いについて

世帯主の方宛てに世帯全員の「医療費のお知らせ」をお送りすることは、個人情報の第三者提供に該当しますが、事前に参加者全員の意向を確認することは困難なため、特段の申し出がない場合は、国のガイダンスに従い、同意をいただいたものと判断します。

送付の停止をご希望の場合は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係へご連絡ください。

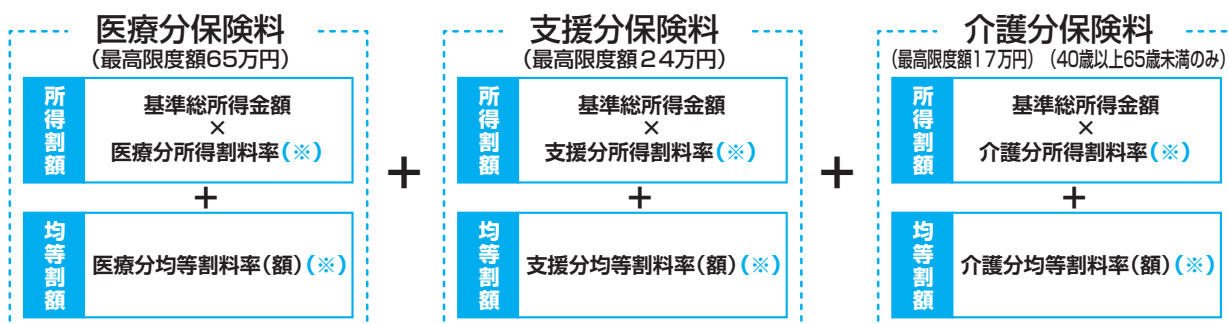
令和3年9月診療分以降の医療費情報について、マイナポータルを通じて確定申告における医療費控除の自動入力が可能になりました。詳細は、4ページをご覧ください。

保険料の計算のしかた

保険料額は、同一世帯の被保険者ごとに所得金額を基に各種別（医療分・支援分・介護分）の保険料を計算し、合算したものが世帯の保険料額となります。保険料は世帯主にその世帯の被保険者全員分の保険料を請求します。世帯主が国民健康保険の被保険者でない場合であっても、同じ世帯の中に国民健康保険の被保険者がいる場合には、被保険者の分のみを算定した保険料を世帯主に請求します。

注1 所得金額は、横浜市国民健康保険では「基準総所得金額」と表記し、地方税法第314条の2第1項などで規定する「総所得金額等」から「市民税の基礎控除額」を控除した金額のことです。ただし、分離課税分の土地建物等にかかる譲渡所得金額の特別控除は適用後の金額とし、退職所得は除きます。また、雑損失の繰越控除は行いません。

注2 源泉徴収を選択している特定口座における株式等譲渡所得及び上場株式等の配当所得は、原則、確定申告が不要です。確定申告をしない場合、源泉徴収の特定口座における株式等譲渡所得及び上場株式等の配当所得は、国民健康保険料の計算の対象には含まれませんが、損益通算や繰越控除等の適用を受けるためなどで確定申告する場合は、その所得金額が保険料の算定対象に含まれます。



※ 所得割料率、均等割料率の決め方は21ページ参照

横浜市外から転入された場合の保険料額算定方法

保険料の算定基礎となる所得金額は、毎年1月1日現在の住所地で把握されます。そのため、横浜市外から転入された方の場合、区役所から1月1日現在の住所地の自治体に所得状況等の照会を行い、保険料額を算定します。

照会先の自治体からの回答があるまでの間は所得割額の算定ができませんので、いったん被保険者均等割額のみを請求し、照会に対する回答内容に基づき保険料額を再度計算した結果、保険料額が増減する場合は改めて「国民健康保険料額通知書」によりお知らせします。

保険料額の決定

毎年6月に、その年の4月から翌年3月までの年間の保険料額を、被保険者ごとに計算し、合算して世帯ごとに決定します。決定に際しては、翌年3月まで継続して国民健康保険にご加入いただくものとして算定します。

保険料額を決定した後に、被保険者の人数や所得金額が変わった場合、又は世帯の全員が国民健康保険の被保険者でなくなった場合は、保険料額を再算定します。

保険料額は、「国民健康保険料額決定通知書」又は「国民健康保険料額通知書」によりお知らせします。
《40歳の誕生日を迎える方は…》

世帯の中に40歳の誕生日を迎える方がいる場合は、医療分及び支援分のほかに介護分(※1)の負担が生じることから、40歳の誕生日を過ぎてから保険料額を再算定します。

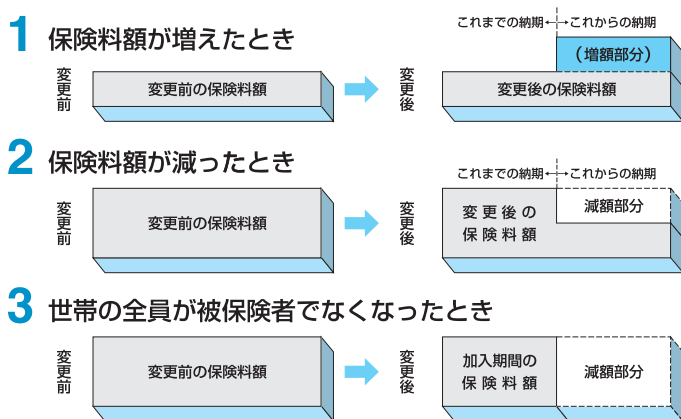
※1 介護分は、介護保険制度の費用にあてるため、40歳以上65歳未満の方に負担していただきます。40歳の誕生月(1日生まれの方は、誕生月の前月)分から介護分は発生します。なお、介護保険法施行規則等で規定されている特定の施設(適用除外施設)に入所・入院されている方は、介護保険が適用されないため、保険料の介護分がかかりません。施設に入所・入院又は退所・退院された方は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係へ必ず届出をしてください。

《75歳の誕生日を迎える方は…》

世帯の中に75歳の誕生日を迎える方がいる場合は、国民健康保険をやめて後期高齢者医療制度へ移行することとなりますので、75歳の誕生日を過ぎてから保険料額を再算定します。

保険料額の変更※2

保険料額を変更するときは、これまでの納期分の保険料額は変更しないで、これからの納期分の保険料額で調整します。



上記の2、3の場合に今までに納めていただいた額が納めていただくべき額よりも多い場合は、原則として口座振込の方法で差額分をお返しします。また、お返しする保険料額については、「国民健康保険料等還付(充当)通知書」にてお知らせします。

※2 普通徴収(口座振替又は納付書での納付方法)の場合

保険料額の決定又は変更の期間制限

保険料額の決定又は変更は、当該年度における最初の保険料の納期(それ以後に資格取得した場合は資格取得日)の翌日から起算して2年を経過した日以後はできません。

国民健康保険をやめる届出や収入の申告が遅れた場合、保険料が減額できない場合がありますのでご注意ください。

資格ができた月から納めます

保険料は、被保険者になったその月の分から納めていただきます(届け出た月からではありません)。加入の届出が遅れると、それまでの分までさかのぼって納めていただくことになります。

また、国民健康保険をやめた場合の保険料は、やめた月の前月分までとなります。加入や脱退の届出をお願いいたします。

普通徴収について

普通徴収とは、保険料を口座振替又は納付書により納付する仕組みです。

保険料は、6月から翌年の3月までの毎月(年10回)に分割して納めていただきます。

1回の支払額はこうなります

$$\text{年間保険料額} \div 10 \text{回} = 1 \text{回の支払額}$$

例えば、年間保険料額を15万円としますと、1回にお支払いいただく保険料額は1万5千円となります。

$$15 \text{万円} \div 10 \text{回} = 1 \text{万5千円}$$

4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
お支払いはありません (通常)※		1万5千円	1万5千円	1万5千円	1万5千円	1万5千円	1万5千円	1万5千円	1万5千円	1万5千円	1万5千円
		1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	8回	9回	10回

※4月分と5月分の保険料がないということではなく、4月分と5月分を含む年間保険料(12か月分)を年10回に分割してお支払いいただきます。

保険料は必ず納期限内に

保険料は、制度を維持していくための重要な財源です。必ず納期限内に納めてください。

納期限を過ぎますと、督促状を発送します。

また、督促状の指定期限を過ぎますと、指定期限の翌日から納付の日までの日数に応じ、条例に定める利率の延滞金を納めていただきます。

通常、納期限は各納期の末日です。ただし、金融機関等の休業日のときは、翌営業日となります。



口座振替の申込方法等について

通常、口座振替日は各納期月(6月から翌年3月まで)の29日です。ただし、金融機関等の休業日のときは、前営業日が振替日となります。なお、前年度以前にさかのぼって保険料額が増額した場合には、4月又は5月にも口座振替を行う場合があります。

口座振替を Web でお申込みをするには

被保険者証番号とご利用したい金融機関の口座番号が分かるものを用意し、本市ホームページ内にある「Web 口座振替受付サービス」からお手続きください。

※お申込みに関する詳細は、下記二次元バーコードからご確認ください。

<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/koseki-zei-hoken/kokuho/hokenryo/webkouzafurikae.html>



口座振替を金融機関等窓口でお申込みをするには

口座振替依頼書に必要事項を記入し、通帳届出印を押印のうえ、預・貯金口座のある金融機関へご提出ください。口座振替依頼書は、金融機関及び区役所保険年金課保険係にあります。

※お申込みから実際に口座振替が開始されるまで、約1～2か月かかります。

ペイジー口座振替受付サービスについて

区役所窓口にて専用端末にキャッシュカードを読み込ませ、暗証番号を入力することで、電子的に金融機関に口座振替の登録を行うことができます。本サービス対象の金融機関については区役所保険年金課にお問い合わせください。

口座振替開始の確認は

口座振替の登録が完了した月の中旬にお住まいの区の区役所保険年金課から世帯主宛に「納付方法のお知らせ」を送付しますので、ご確認ください。

納付書での納付について

口座振替を利用されない場合は納付書を送付します。納付書裏面に記載のある金融機関やコンビニエンスストア等で、納期限内にお支払いください。

納付書は次のようにお送りします

お送りする月	お送りする枚数	お送りする納付書の納期	
		何月期分か	納期限(※2)
6月	2枚(※1)	6月期分+(全期分)	6月末日
		7月期分	7月末日
7月	3枚	8月期分	8月末日
		9月期分	9月末日
		10月期分	10月末日
10月	3枚	11月期分	11月末日
		12月期分	12月末日
		1月期分	1月末日
1月	3枚	2月期分	2月末日
		3月期分	3月末日

※1 6月は一部の世帯を除き、6月期の納付書に加えて年間分の保険料を一括で納付することができる「全期前納分納付書(6～3月期分)」の計2枚を送付します。

※2 金融機関等の休業日のときは、翌営業日となります。

※前年度以前にさかのぼって保険料額が増額した場合には、4月に4月期分又は5月に5月期分をお送りすることがあります。

※年度の途中で加入者の人数や所得金額の変更によって年間保険料額が変わった世帯については、変更後の納付書を随時お送りします。その際には、表面の発行が新しい変更後の納付書でお支払いください。

※領収書は、支払い済みの証ですので、大切に保管してください。

バーコードが印刷された納付書のみ、コンビニエンスストア等での利用ができます。納付書裏面記載のコンビニエンスストア等をご利用いただけます。

特別徴収(年金からの天引き)について

次の1～4の全てに該当している世帯は、原則特別徴収となります。

- 1 世帯主が国民健康保険に加入しており、世帯内の被保険者全員が65歳以上74歳未満。
- 2 世帯主が特別徴収の対象となる公的年金を年額18万円以上受給している。
- 3 世帯主の介護保険料が公的年金から特別徴収されている。
- 4 国民健康保険料と介護保険料の合算額が、公的年金受給額の2分の1を超えない。

- ◆ 希望により口座振替に変更することができます。
 - ・ 口座振替への変更は、申出書の提出が必要です。
 - ・ 申出書の提出から口座振替に変更されるまで2～3か月程度かかります。
 - ・ 法令の定めにより、特別徴収から納付書による納付への変更はできません。

◆ 納付スケジュールについて

特別徴収該当初年度						
6月	7月	8月	9月	10月	12月	2月
普通徴収			特別徴収			
口座振替又は納付書による納付			(年間保険料額の1/2) ÷ 3の額を年金から天引き			

2年目以降					
4月	6月	8月	10月	12月	2月
特別徴収(仮徴収)			特別徴収(本徴収)		
前年度2月の納付額と同額を年金から天引き(8月の天引き額は、変更される場合があります。)			(年間保険料額－仮徴収合計額) ÷ 3の額を年金から天引き		

- ◆ 年間の保険料額の決定後に特別徴収の保険料額を増額又は減額する場合の納付方法
 - ① 特別徴収により納付している世帯で、再算定の結果、保険料額が増えた場合
 - 特別徴収により納付していただく保険料額に加えて、増えた分の保険料額を普通徴収により納付していただきます。
 - ② 特別徴収により納付している世帯で、再算定の結果、保険料額が減った場合
 - 特別徴収が停止され、普通徴収での納付に切り替わります。

低所得世帯に対する減額制度

保険料額を算定する際に、法令により定められた所得基準を下回る世帯については、医療分、支援分及び介護分それぞれの被保険者均等割額の7割、5割又は2割を減額します。

被保険者均等割額の減額に該当するかしないかについては、世帯主（国民健康保険に加入・非加入を問いません。）並びにその世帯に属する被保険者全員及び特定同一世帯所属者（注）の総所得金額等の合算額により判定しますので、収入状況が不明な方がいる世帯については、減額できません。

このため、前年又は前々年中に、収入が全くなかった方や障害若しくは死亡を支給理由とする年金、恩給、老齢福祉年金を受給している等の非課税所得のみの方についても、「市民税・県民税申告書」又は「国民健康保険の収入申立書」の提出が必要な場合があります。

（注）特定同一世帯所属者とは、国民健康保険から後期高齢者医療制度へ移行された方で、後期高齢者医療制度の被保険者となった後も継続して同一の世帯に属する方です。ただし、世帯主が変更になった場合やその世帯の世帯員でなくなった場合は、特定同一世帯所属者ではなくなります。

所得基準(令和5年中の総所得金額等の合算額(※3))	均等割額の減額割合
43万円+10万円×(給与所得者等の数(※1)−1)以下	7割を減額
43万円+ 29.5万円×被保険者数(※2) +10万円×(給与所得者等の数(※1)−1)以下	5割を減額
43万円+ 54.5万円×被保険者数(※2) +10万円×(給与所得者等の数(※1)−1)以下	2割を減額

※1 世帯主(国民健康保険に加入・非加入を問いません。)並びにその世帯に属する被保険者及び特定同一世帯所属者のうち、一定の給与所得者(給与等の収入金額が55万円超)と公的年金所得者(公的年金等の収入金額等が60万円超(65歳未満)又は125万円超(65歳以上))をいいます。なお、表中の下線部分は給与所得者等の数が2人以上の場合のみ計算します。

※2 その世帯に属する被保険者全員及び特定同一世帯所属者の合計数です。

※3 総所得金額等の合算額とは、地方税法第314条の2第1項などで規定する「総所得金額等(退職所得を除く)」のことです。なお、10ページの注の「基準総所得金額」の計算と異なり、分離課税分の土地建物等に係る短期(長期)譲渡所得については、特別控除適用前の額となります。

ただし、事業主が(青色)事業専従者に支払った青色専従者給与額又は事業専従者控除額は事業主の所得とみなし、(青色)事業専従者が事業主から支払を受けた給与は無いものとします。さらに、65歳以上(1月1日現在)で公的年金所得がある場合、税法上の公的年金等控除とは別に、15万円を控除した額を公的年金等に係る所得金額とします。

未就学児に対する減額制度

国民健康保険に加入する未就学児の均等割額が5割減額されます。また、上述の低所得世帯に対する減額制度に該当する世帯については、減額後の均等割額がさらに5割減額されるため、未就学児の均等割額は、7割が減額される世帯で8.5割減額、5割が減額される世帯で7.5割減額、2割が減額される世帯で6割減額となります。

ただし、未就学児の均等割額が減額されてもなお世帯の年間保険料額が最高限度額に達するとき、最高限度額が保険料額となります。

子どもがいる世帯の被保険者である世帯主に係る所得割額の減額

19歳未満の被保険者がいる世帯に対し、被保険者である世帯主の国民健康保険料の軽減を実施します。

【対象者】

賦課期日（※1）現在において国民健康保険に加入している世帯主であって、所得が48万円以下である19歳未満の被保険者（※2）が同一の世帯に属している方

※1 該当年度の4月1日。ただし、該当年度の4月2日以降に国民健康保険の資格を取得したときは、その資格取得日。

※2 次のいずれの条件にも該当する被保険者

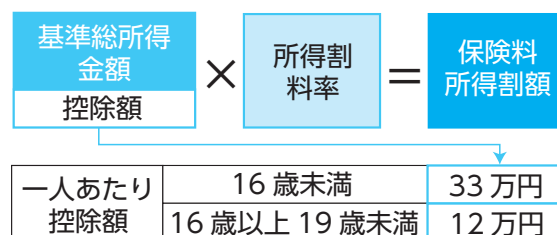
- ① 該当年度の前年度の12月末日時点で19歳未満である
- ② 該当年度の前年の合計所得金額が48万円以下である

【軽減内容】

次の金額を世帯主の基準総所得金額（10ページ注参照）から控除して保険料所得割額を算定します。なお、控除する金額は、世帯主の基準総所得金額を限度とします（基準総所得が0円の場合は軽減対象になりません）。また、所得割額が減額されてもなお世帯の年間保険料額が最高限度額に達するときは、最高限度額が保険料額となります。

- ① 16歳未満の被保険者1人につき33万円
- ② 16歳以上19歳未満の被保険者1人につき12万円

<イメージ図>



非自発的失業者に対する保険料の減額

雇用保険の「特定受給資格者」又は「特定理由離職者」として受給資格を有する方は、離職日の翌日から翌年度末までの期間において、国民健康保険料が軽減される場合があります。

【対象者】

雇用保険受給資格者証又は雇用保険受給資格通知「全件版」の離職理由が「11・12・21・22・23・31・32・33・34」のいずれかの方が申請できます。

【軽減内容】

離職日の翌日の属する月から翌年度3月分まで、該当する方の給与所得を100分の30とみなして国民健康保険料額を決定します。

【手続きに必要なもの】

非自発的失業者に対する保険料の減額が適用されるためには届出が必要です。次のものをご用意いただきお住まいの区の区役所保険年金課保険係へおたずねください。

- ① 該当する方の雇用保険受給資格者証又は雇用保険受給資格通知「全件版」（マイナンバーカードによる失業認定の手続きをされた場合）

※ 原本をお持ちください。離職票や退職証明書では受付できません。

- ② 国民健康保険証

- ③ 本人確認書類（マイナンバーカード、免許証、パスポートなど）

出産被保険者に対する保険料の減額

世帯に出産する被保険者がいる場合に産前産後期間についてその方の国民健康保険料を軽減します。

【対象者】

出産(妊娠85日以上分娩(死産、流産、早産、人工妊娠中絶を含む))をした国民健康保険の被保険者(出産被保険者)

【軽減内容】

出産予定日(出産後の場合は出産日)が属する月の前月から4か月間(多胎妊娠(双子等)の場合は、出産予定日または出産日が属する月の3か月前から6か月間)の国民健康保険料が減額されます。

【単胎の場合】
(4か月軽減)

		産前産後 軽減	産前産後 軽減	産前産後 軽減	産前産後 軽減		
--	--	------------	------------	------------	------------	--	--

▲
出産予定日(出産後の届出の場合は「出産日」)

【多胎の場合】
(6か月軽減)

産前産後 軽減	産前産後 軽減	産前産後 軽減	産前産後 軽減	産前産後 軽減	産前産後 軽減		
------------	------------	------------	------------	------------	------------	--	--

▲
出産予定日(出産後の届出の場合は「出産日」)

【手続きに必要なもの】

出産被保険者に対する保険料の減額が適用されるためには届出が必要です。次のものをご用意いただきお住まいの区の区役所保険年金課保険係へおたずねください。

- ① 母子健康手帳等の出産予定日(出産後の場合は出産日)が確認できる書類
- ② 国民健康保険証
- ③ 本人確認書類(マイナンバーカード、免許証、パスポートなど)

保険料の減免について

災害、その他の事情で保険料を納めることが困難なとき、保険料の減免が受けられる場合があります。また、社会保険等の被保険者が後期高齢者医療制度に移行することにより、その被扶養者であった65～74歳の方（旧被扶養者）が国民健康保険に加入した場合には、保険料の負担緩和措置（旧被扶養者減免（※1））を受けられる場合があります。

事情の種類	基準	減免内容
災害	風水害、火災、震災等により家屋、事業所等の資産が20%以上被害を受けた場合	被害の程度により4か月分又は6か月分を免除
低所得	今年中の見込み総所得金額等の合算額が減額の基準に該当する場合	所得金額の減少率により所得割額を減額し、均等割額の7割、5割又は2割を免除
所得減少	失職又は事業の不振等により所得が著しく減少した場合	所得金額の減少率により所得割額を減額
給付制限	刑事施設等に収容され、給付を受けられない期間があった場合	給付を受けられない期間分を免除（初日～末日まで受けられない月）

上記の内容について、くわしくはお住まいの区の区役所保険年金課保険係にお問合せください。

※1 旧被扶養者減免については、被扶養者であった方の均等割額の半額に相当する保険料額を加入した月から2年間に限り減免を行い、所得割額は当面の間全額が減免されます。

保険料を滞納すると

●督促状、差押事前通知書等の送付

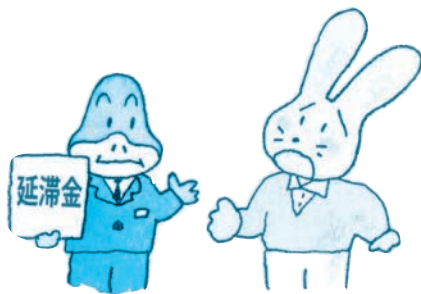
保険料には、条例で定められた各納期限があり、納期限までに納付いただけない場合、条例の規定により督促状を送付します。その他、催告書・差押事前通知書等が届く場合もあります。※未納のある方に対しては、納付を確認する電話がかかることもあります。

●延滞金の発生

督促状の指定期限までに納付いただけない場合、延滞金が発生します。

※延滞金の計算

督促状の指定期限の翌日から納付日までの日数に、条例で定められた率をかけて算出した金額になります(横浜市国民健康保険条例第20条の2 など)。



●滞納処分(財産の差押)

保険料の滞納がある場合、財産の調査を行います(国税徴収法第141条)。

調査の結果、保険料に充てることができる財産が見つかった場合は、法律に基づく滞納処分として不動産・預貯金・給与・生命保険等の財産を警告なく差し押さえることがあります(国税徴収法第47条)。



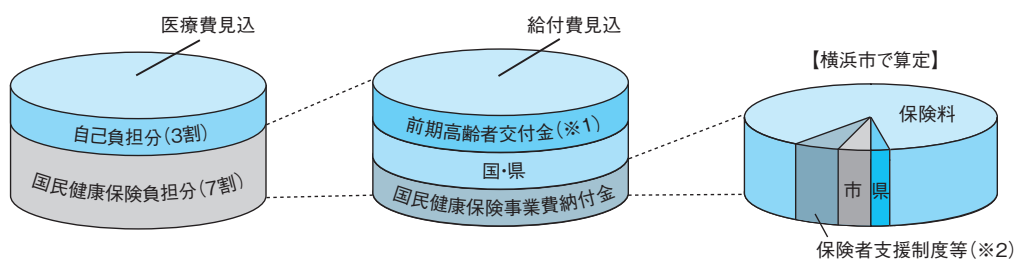
●在留許可を受けている方の滞納

保険料の滞納がある場合、在留期間の更新が認められないことがありますので、ご注意ください。

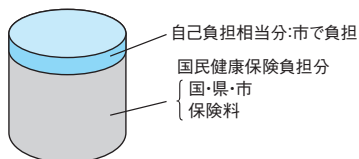
医療費の財源構成

国民健康保険の加入者が医療機関にかかった際、窓口で支払う自己負担分を除く医療費は、国民健康保険が支払っています（＝給付費）。この給付費は、原則として前期高齢者交付金（※1）を除いた残りの50%を国・県からの補助金で、残りの50%を加入者の保険料でまかなう仕組みとなっています。

平成30年度以降は神奈川県が給付費を見込み、国・県等の補助金を差し引いた「国民健康保険事業費納付金（＝納付金）」を横浜市に提示します。横浜市ではこの「納付金」を県に支払うために必要な額をまかなうため、保険者支援制度（※2）などを活用し、保険料の負担緩和に努めています。



参考:特定健康診査・保健指導事業費



国民健康保険の健診費用は、自己負担と国・県・市の負担でまかなうこととされていますが、本市は一般会計からの繰入を行い自己負担を無料にしています。

※1 前期高齢者交付金とは、前期高齢者（65～74歳）に係る医療費の負担均衡を図るために分配される交付金です。

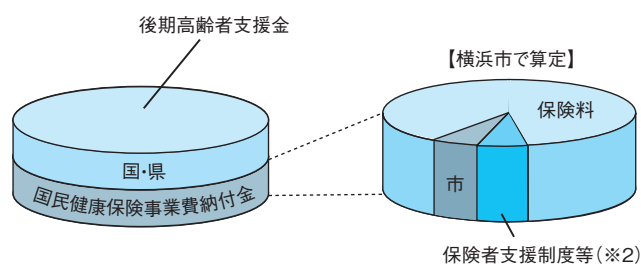
※2 保険者支援制度とは、国・県・市が負担して一定額を繰り入れることにより、保険料の負担緩和を行う制度です。

後期高齢者支援金の財源構成

それぞれの医療保険者は、後期高齢者医療制度に対して後期高齢者支援金を納付します。

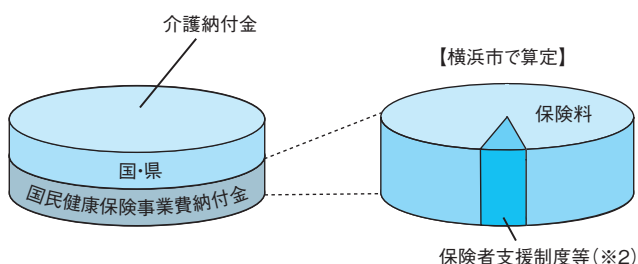
その財源は、国・県の補助金と国民健康保険の加入者の保険料でまかなわれています。

また、横浜市では、後期高齢者支援金に係る「納付金」についても、医療費の財源構成と同様に保険者支援制度などを活用し、保険料の負担緩和に努めています。



介護納付金の財源構成

それぞれの医療保険者は、介護保険制度に対して介護納付金を納付していますが、その財源は国・県の補助金と介護保険第2号被保険者（40歳以上65歳未満）の保険料でまかなわれています。

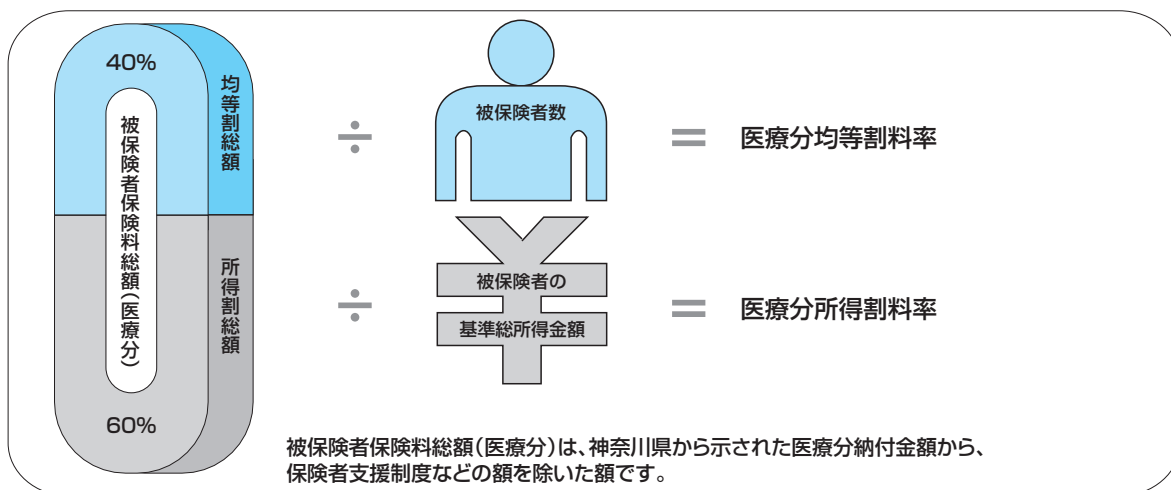


保険料率の決め方

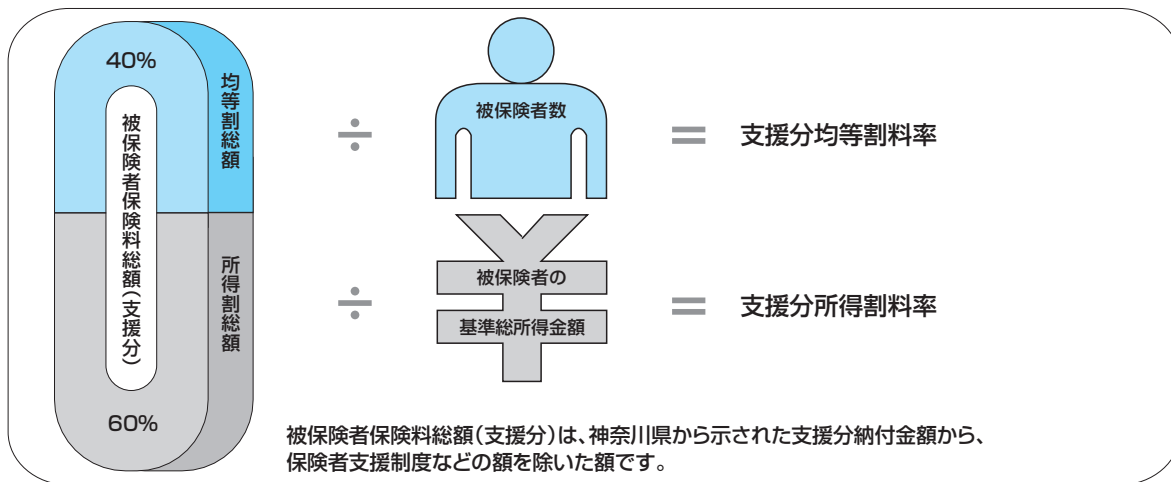
保険料率は、下の図のように、保険料総額をもとに被保険者数と所得金額から算出します。

※保険料率(均等割、所得割)は毎年度変わります。

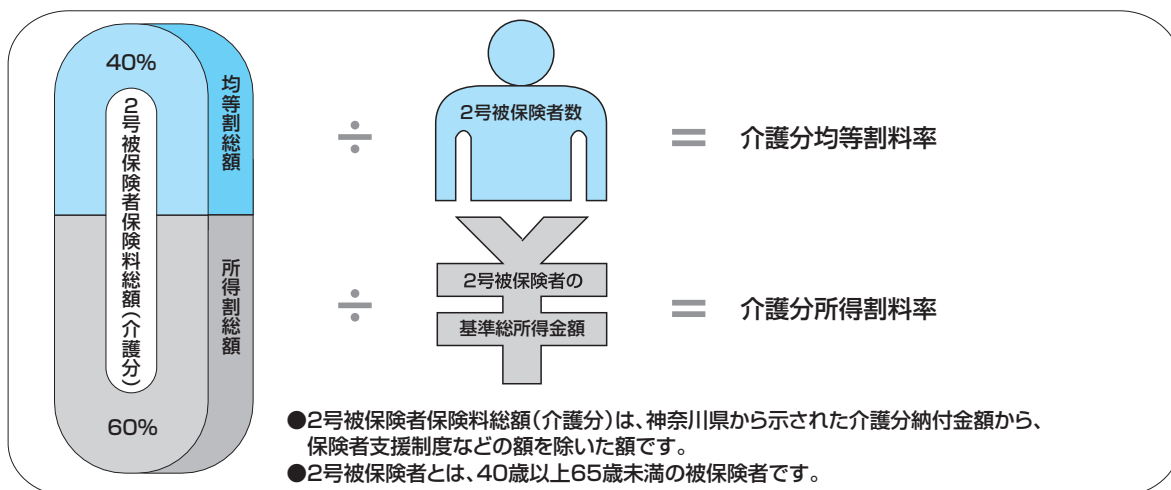
医療分



支援分



介護分



国民健康保険の給付とは

病気やケガをしてお医者さんにかかったとき、また出産や死亡などがあつたとき、国民健康保険の加入者は保険による診療や、現金の支給が受けられます。

療養の給付

病院・診療所に保険証利用できるマイナンバーカードまたは保険証(70歳以上の方は、被保険者証兼高齢受給者証)を提示すれば、一部負担金を支払うだけでお医者さんの診療が受けられます。

区 分		一部負担金の割合
小学校就学前	6歳の誕生日の翌3月31日 (4月1日生まれの場合は6歳の誕生日前日)まで	2割
70歳以上の方	詳しくは23ページ参照	2割・3割
上記以外の方		3割

医療費の支払いが困難なとき（一部負担金の減免及び徴収猶予）

被災したときや、病気や失業などの理由により医療機関等の窓口で一部負担金を支払うことが困難なときは、その状況に応じて一部負担金の減額、免除または徴収猶予の制度を利用できる場合があります。

利用するためには、収入を証明する書類や被災証明書等の必要書類を添えて申請が必要です。事前にお住まいの区の区役所保険年金課保険係にご相談ください。

区 分	事 由	対 象
災害救助法世帯	災害救助法の適用された地域で被災したとき（住家が全半壊・全半焼・床上浸水の損害を受けたとき、主たる生計維持者がお亡くなりになった等）	入院・外来 (※1)
被災世帯	地震、風水害、火災、その他これらに類する災害により、住家が全半壊・全半焼・床上浸水の損害を受けたとき（災害救助法世帯を除く）	入院 (※2)
収入減少世帯	疾病、事故、失職、不作及びこれらに類する事由により、世帯の収入が減少したとき	入院 (※2、※3)
有病世帯	疾病又は負傷のため療養の給付を受けることにより、生活が困窮したとき	入院 (※2、※3)

※1 免除期間は原則として被災日から4か月間です。

※2 減免期間は原則として3か月間です。

※3 原則として医療機関で受診する前に申請が必要です。

給付

70歳以上の方の療養の給付

70歳の誕生日の翌月から(誕生日が1日の方は当月から)世帯の所得状況等により、医療機関の窓口での負担割合が2割・3割となります。

70歳以上の方の負担割合

70歳以上の方の医療機関の窓口での負担割合は、所得区分に応じて異なります。所得区分は、毎年8月に課税標準額により判定されます。

70歳以上の方の負担割合の判定

所得区分	判定基準	負担割合		
現役並み所得者	高齢者(※1)に現役並みの所得(住民税の課税標準額(※2)が145万円以上)がある方が1人でもいる世帯に属する方。 ただし、高齢者全員の収入金額(※3)合計が下記の場合、「2割」となります。(※4)	3割		
	<table border="1"><tr><td>高齢者が1人の世帯</td><td>383万円未満</td></tr><tr><td>高齢者が2人以上の世帯</td><td>520万円未満</td></tr></table>		高齢者が1人の世帯	383万円未満
高齢者が1人の世帯	383万円未満			
高齢者が2人以上の世帯	520万円未満			
	また、次のすべての条件に該当される場合も、「2割」となります。(※4) ① 国民健康保険に加入している高齢者が世帯に1人である。 ② 同一世帯に国民健康保険から後期高齢者医療制度に移行された方(移行した日から継続して同一世帯に属している方に限ります)がいる。 ③ ①の方と②の対象となる方全員の収入金額合計が520万円未満である。			
一般 低所得Ⅱ 低所得Ⅰ	次の条件のいずれかに該当する方 ① 「現役並み所得者」に該当しない方 ② 高齢者全員の基準総所得金額(※5)の合計額が210万円以下の世帯に属する方	2割		

注)判定は、診療月の1日現在の世帯構成について行われます。

- ※1 (高齢者)国民健康保険に加入している70歳以上の方。
- ※2 (課税標準額) 1月から7月は前々年の収入額に対する住民税の課税標準額、8月から12月は前年の収入額に対する住民税の課税標準額により判定されます。
- ※3 (収入金額)前年中(1月から7月は前々年)の収入金額により判定されます。
- ※4 この制度は本来被保険者の申請により変更するものですが、横浜市では対象と思われる方の適用条件の確認ができる場合は、原則申請なしで2割負担に変更しています。
- ※5 (基準総所得金額)保険料の計算に用いる所得です。(10ページ注参照)

療養費の支給——払戻しが受けられる場合

下の表のような場合は、いったん医療費を全額支払い、あとから保険証・明細書など必要な書類を添えてお住まいの区の区役所保険年金課保険係に申請してください。国民健康保険で審査をして、保険が使えなかったことがやむをえないと認められた場合には、保険適用分の7割相当額(小学校就学前は8割、70歳以上は8割・7割)が払い戻されます。

なお、審査があるため、支払いまでには2~3か月くらいかかります。

●費用を支払ってから2年を過ぎますと時効となり、申請ができなくなりますのでご注意ください。

	こんなとき	申請に必要なもの	保険証・預金通帳又は振込先の確認できるもの※世帯主以外の方の口座に振り込む場合は、印鑑(世帯主名で朱肉を使用するもの)が必要です。
1	急病など、緊急その他やむを得ない事情で保険が使えなかったとき(※1) (保険証を持参できなかったときなど)	(1) 領収書 (2) 傷病名・診療の内容がわかる明細書	
2	医師の同意を得て、 コルセットなど治療用装具を作ったとき(※2)	(1) 医師の指示書(証明書) (2) 領収書及び明細書	
3	骨折、脱臼、打撲、捻挫などで柔道整復師の 施術を受けたとき(※3) (「受領委任払」により保険証を提示すれば、 一部負担金を支払うだけですむ場合があります(※4))	(1) 領収書 (2) 施術の内容がわかる明細書	
4	医師の同意を得て、はり・きゅう・ マッサージ師の施術を受けたとき (「受領委任払」により保険証を提示すれば、 一部負担金を支払うだけですむ場合があります(※4))	(1) 領収書 (2) 施術の内容がわかる明細書 (3) 医師の同意書	
5	海外で急な病気やケガにより医療機関で治療 を受けたとき(※5)	(1) 領収書及び明細書 (2) 傷病名・診療の内容がわかる明細書 (3) (1)と(2)の日本語の翻訳文 (4) 治療を受けた方の旅券 (パスポート)原本(※6) (5) 同意書(※7)	

※1 移植を受けるため、移植する臓器の搬送を行った場合の費用についても、療養費の支給対象となります。必要書類としては、移送を必要とする医師の意見書、移送にかかった費用の領収書(移送区間・距離等のわかるもの)となります。

※2 保険医が治療用装具の装着を確認した年月日、装具の作製に携わった義肢装具士の氏名の記載が必要です。(靴型装具の場合は当該装具の写真等(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)の添付も必要です。)

※3 骨折・脱臼により柔道整復師の施術を受けるときには医師の同意が必要です。

※4 「受領委任払」とは施術の際、一部負担金(2割、3割)を支払い、残額を施術者に直接支給する取扱いです。

※5 治療目的での渡航は対象にはなりません。また、日本国内で保険適用外の医療行為は対象なりません。

※6 旅券で渡航の事実が確認できない場合は、法務省に対する出入国記録の開示請求を行っていただき、出入国に係る証明書をご提出いただきます。

※7 申請内容について、現地の医療機関等へ確認させていただく場合がありますので、診療を受けた人の同意書をご記入いただきます。

●申請書等の様式は区役所保険年金課保険係にあります。また、上記1、5(1)の明細書、(2)傷病名・診療の内容がわかる明細書、(5)同意書の様式については、横浜市ホームページからダウンロードも可能です。

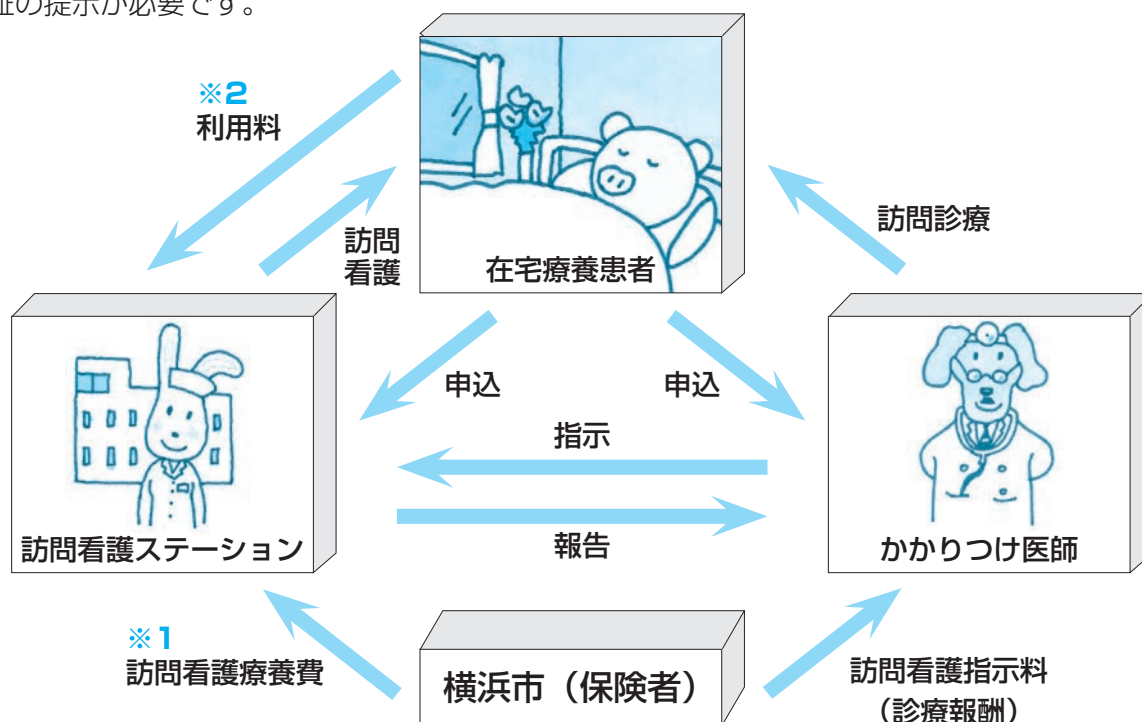
●保険で認められた費用のうち、自己負担分(一部負担金)は高額療養費の対象になる場合があります。
28ページ「高額療養費」参照

給付

訪問看護療養費・移送費

訪問看護療養費の支給

難病患者や重度の障害のある方が、主治医の指示のもとで訪問看護ステーションを利用した場合、利用料(※2)を支払うだけで残りは「訪問看護療養費」として国民健康保険が負担します。なお、訪問診療に要した交通費は実費負担となります。また、訪問看護ステーションを利用する場合は、保険証の提示が必要です。



※1 訪問看護療養費

- 算定基準によって計算された費用の保険者負担分(7割または8割)

※2 利用料

- 算定基準によって計算された費用の本人負担分(3割または2割)
- 利用料は、高額療養費の対象になる場合があります。

移送費の支給

移動困難な患者であって、緊急的に必要な医療を受けるために医師の指示により転院したとき、国民健康保険で審査を行い移送にかかった費用が必要であると認められた場合は、審査で認められた金額が移送費として支給されます。

- 自己都合(自宅近くの病院への転院など)、検査目的の移送、退院時や通院時の移送などは対象になりません。
- 費用を支払ってから2年を過ぎますと時効となり、申請ができなくなりますのでご注意ください。

申請に必要なもの

- 保険証
- 移送を必要とする医師の意見書
- 移送にかかった費用の領収書(移送区間・距離等の内訳がわかるもの)
- 預金通帳又は振込先の確認できるもの

※ 世帯主以外の方の口座に振り込む場合は、印鑑(世帯主名で朱肉を使用するもの)が必要です。

給付

入院時食事・生活療養の自己負担

入院中の食事に関する費用は、食材料費相当を「入院時食事療養標準負担額」（1食単位、1日3回まで）として負担します。また、療養病床に入院する65歳以上の方は、介護保険との負担均衡を図るため、所得に応じて食費（食材料費＋調理コスト相当）と居住費（光熱水費相当）を「入院時生活療養標準負担額」として負担します。

※年齢は月単位で計算します。誕生日の翌月1日（1日生まれの方は当月1日）に年齢が上がります。
 ※高額療養費及び高額介護合算療養費の算定には入りません。

入院時食事療養標準負担額（令和6年4月1日現在）

表1 70歳未満の方の入院時食事療養標準負担額

所得区分		1食あたりの標準負担額（食事代）
住民税課税世帯		460円
住民税非課税世帯に該当しない 指定難病・小児慢性特定疾病の患者等（※1）		260円
住民税非課税世帯 （※2）	入院日数が90日まで（※3）	210円
	入院日数が91日以降（※3、※4）	160円

表2 70歳以上の方の入院時食事療養標準負担額

所得区分		1食あたりの標準負担額（食事代）
現役並み所得者・一般		460円
低所得Ⅰ・Ⅱに該当しない指定難病の患者等（※1）		260円
低所得Ⅱ（※2）	入院日数が90日まで（※3）	210円
	入院日数が91日以降（※3、※4）	160円
低所得Ⅰ（※5）		100円

入院時生活療養標準負担額（令和6年4月1日現在）

表3 65歳以上70歳未満の方の生活療養標準負担額（食費＋居住費）

所得区分		医療の必要性の低い方		医療の必要性の高い方		指定難病患者（※1）	
		食費 （1食）	居住費 （1日）	食費 （1食）	居住費 （1日）	食費 （1食）	居住費 （1日）
住民税課税世帯		460円 (420円※6)	370円	460円 (420円※6)	370円	260円	0円
住民税非課税世帯 （※2）	入院日数が90日まで （※3）	210円		210円		210円	
	入院日数が91日以降 （※3、※4）			160円		160円	
境界層該当者		100円	0円	100円	0円	100円	0円

表4 70歳以上の方の生活療養標準負担額(食費+居住費)

所得区分		医療の必要性の低い方		医療の必要性の高い方		指定難病患者(※1)	
		食費 (1食)	居住費 (1日)	食費 (1食)	居住費 (1日)	食費 (1食)	居住費 (1日)
現役並み所得者		460円 (420円※6)	370円	460円 (420円※6)	370円	260円	0円
一般							
低所得Ⅱ (※2)	入院日数が 90日まで (※3)	210円	370円	210円	370円	210円	0円
	入院日数が 91日以降 (※3、※4)			160円		160円	
低所得Ⅰ(※5)		130円	370円	100円	370円	100円	0円
境界層該当者		100円		0円		0円	

- ※1 認定された疾病の治療に対する入院のみ対象になります。
- ※2 世帯主及び国民健康保険加入者全員が住民税非課税である世帯に属する方の区分です。入院月が1月から7月の場合は前々年の収入から計算された住民税、8月から12月の場合は前年の収入から計算された住民税により区分判定が行われます。なお、所得の確認ができない方が世帯にいる場合はこの区分となりません。
- ※3 当該月を含めた過去12か月間で、70歳未満は「住民税非課税世帯」、70歳以上は「低所得Ⅱ」の判定を受けている期間の入院日数です。
- ※4 転入などにより新たに被保険者になった方は、それまで加入していた医療保険加入期間も対象となります。
- ※5 世帯主及び国民健康保険加入者全員が住民税非課税である世帯に属する方で、かつ、入院月が1月から7月までの場合は前々年の所得、8月から12月の場合は前年の所得がない(公的年金控除額を80万円として判定します。令和3年8月診療分以降は、給与所得を含む場合は給与所得から10万円を控除して判定します。)世帯に属する方が対象の区分です。
- ※6 医療機関によって異なります。どちらの金額になるかは医療機関におたずねください。

「国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」について

70歳未満の方で住民税非課税世帯に属する方及び70歳以上の方で低所得Ⅰ・低所得Ⅱに該当する方は、医療機関等でオンライン資格確認(4ページ参照)における限度額適用認定証等の情報提供に同意することで、標準負担額までの支払いに抑えることができます。

なお、従来通り紙の「国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付をご希望の方は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係に申請してください。

詳しくは、4ページの「マイナンバーカードの健康保険証利用」の項目をご参照ください。

標準負担額差額支給

オンライン資格確認ができなかった場合や、やむを得ず「国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」の提示ができず、通常の費用を支払った時は、申請にもとづき差額を支給します。

ただし、費用を支払ってから2年を過ぎますと時効となり、申請ができなくなりますのでご注意ください。

申請に必要なもの

- 保険証 ●医療機関の領収書 ●預金通帳又は振込先の確認できるもの

※世帯主以外の方の口座に振り込む場合は、印鑑(世帯主名で朱肉を使用するもの)が必要です。

高額療養費とは

高額療養費制度は、被保険者の療養に要した費用が著しく高額であるときに、一部負担金として支払った額の一部を支給する制度です。

同一の月に受けた療養に係る一部負担金(保険外分の自己負担は除きます。)が世帯ごとに判定された「自己負担限度額」を超えた場合、超えた分が「**高額療養費**」として健康保険から支給されます。

「自己負担限度額」や高額療養費の計算方法は、70歳未満の方と70歳以上の方では異なり、世帯の所得によっても異なります。

詳しくはそれぞれのページでご確認ください。

なお、「**高額療養費**」の支給には、世帯主の申請が必要です。

高額療養費に関するページ

◆高額療養費の計算の際は次のステップ順にお読みください

- ステップ1 あなたの世帯の所得区分はどれですか？ } 70歳未満の方(29ページ参照)
- ステップ2 あなたの自己負担限度額はどれですか？ } 70歳以上の方(30ページ参照)
- ステップ3 高額療養費の計算手順(32、33ページ参照)
- ステップ4 高額療養費の申請方法(34ページ参照)
 - (1) あらかじめ自己負担額までの支払いにする方法
 - (2) 一部負担金を支払った後に高額療養費を申請する方法

血友病の方、人工透析を受けている慢性腎不全の方 及び血液凝固因子製剤に起因する HIV 感染症の方の場合

「特定疾病療養受療証」を提示すれば、該当する病名に関する治療費のみ1つの病院での1か月の自己負担額は1万円(※)までとなります。該当する方は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係へ届出ください。

※ 人工透析を受けている慢性腎不全の方で、所得区分「ア」「イ」に属する70歳未満の方は2万円まで。

届出の際にお持ちいただくもの

- 上記に該当する事実を証明するもの(医師の意見書など)
- 保険証

● 70歳未満の方の場合

ステップ1 あなたの世帯の所得区分はどれですか？

毎年1月から7月は前々年、8月から12月は前年の所得金額により区分判定が行われます。

毎年8月に区分判定を行い、原則翌年の7月までは同じ区分が適用されますが、その間に世帯員の異動等があった場合は再判定されます。

所得区分	所得要件
ア	国保加入者全員の基準総所得金額(※)の合計額が901万円を超える世帯。所得の確認ができない方が世帯にいる場合もこの区分となります。
イ	国保加入者全員の基準総所得金額の合計額が600万円を超え、901万円以下の世帯。
ウ	国保加入者全員の基準総所得金額の合計額が210万円を超え、600万円以下の世帯。
エ	国保加入者全員の基準総所得金額の合計額が210万円以下の世帯。
オ	世帯主及び国保加入者全員に住民税の課税がされていない世帯。

※ 基準総所得金額とは、保険料の計算に用いる所得です。(10ページ注参照)

企業の倒産や解雇等で失業し、国民健康保険に加入された方で雇用保険の「特定受給資格者」又は「特定理由離職者」である方は、所得区分が引き下げられる場合があります。

詳しくはお住まいの区の区役所保険年金課保険係にご相談ください。

ステップ2 あなたの世帯の自己負担限度額はどれですか？

ステップ1 で該当した所得区分に応じて自己負担限度額が分かれます。

所得区分	自己負担限度額 (月額)
ア	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% (4回目以降限度額 140,100円)
イ	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% (4回目以降限度額 93,000円)
ウ	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% (4回目以降限度額 44,400円)
エ	57,600円 (4回目以降限度額 44,400円)
オ	35,400円 (4回目以降限度額 24,600円)

● 医療費…治療等にかかった10割の金額(一部負担金+横浜市国民健康保険負担分)

● 4回目以降限度額…過去12か月以内に4回以上高額療養費に該当したときの4回目からの限度額です。転居等により県内の他市町村の国民健康保険に加入した場合でも、国の基準による世帯としての継続性が保たれていれば、県内の他市町村の国民健康保険に加入している間の高額療養費の該当回数を通算できます。

● 70歳以上の方の場合

ステップ1 あなたの世帯の所得区分はどれですか？

毎年1月から7月は前々年、8月から12月は前年の所得金額により区分判定が行われます。
毎年8月に区分判定を行い、原則翌年の7月までは同じ区分が適用されますが、その間に世帯員の異動等があった場合は再判定されます。

所得区分	所得要件
現役並み所得者Ⅲ	国民健康保険に加入している70歳以上の方のうち、住民税の課税標準額が最も高い方の金額が690万円以上ある世帯に属する方。
現役並み所得者Ⅱ	国民健康保険に加入している70歳以上の方のうち、住民税の課税標準額が最も高い方の金額が380万円以上690万円未満の世帯に属する方。
現役並み所得者Ⅰ	国民健康保険に加入している70歳以上の方のうち、住民税の課税標準額が最も高い方の金額が145万円以上380万円未満の世帯に属する方。
一般	・現役並み所得者の内、23ページの条件に該当し、2割負担となる世帯に属する方。 ・23ページの「一般、低所得Ⅱ、低所得Ⅰ」の内、以下の「低所得Ⅱ」、「低所得Ⅰ」に該当しない世帯に属する方。
低所得Ⅱ	世帯主及び国民健康保険加入者全員の住民税が非課税である世帯に属する方。
低所得Ⅰ	世帯主及び国民健康保険加入者全員が住民税非課税で、かつ、所得の区分ごとに必要経費・控除額（※）を差し引いたとき各所得とも0円になる方。（令和3年8月診療分以降は、給与所得を含む場合は給与所得から10万円を控除して判定します。）

※ 公的年金控除額は80万円として計算

ステップ2 あなたの世帯の自己負担限度額はどれですか？

ステップ1で該当した所得区分に応じて自己負担限度額が分かります。さらに、70歳以上の方の自己負担限度額は「**外来の限度額(個人単位)**」と「**入院及び世帯の限度額(世帯単位)**」に分かれます。

なお、75歳到達月には自己負担限度額の特例があります。（31ページ下部参照）

所得区分	外来の限度額（月額） （個人単位）	入院及び世帯の限度額（月額） （世帯単位）
現役並み所得者Ⅲ	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% (4回目以降限度額 140,100円)	
現役並み所得者Ⅱ	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% (4回目以降限度額 93,000円)	
現役並み所得者Ⅰ	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% (4回目以降限度額 44,400円)	
一般	18,000円	57,600円 (4回目以降限度額 44,400円)
低所得Ⅱ	8,000円	24,600円
低所得Ⅰ	8,000円	15,000円

- 医療費…治療等にかかった10割の金額(一部負担金 + 横浜市国民健康保険負担分)
- 4回目以降限度額…過去12か月以内に4回以上高額療養費に該当したときの4回目からの限度額です。転居等により県内の他市町村の国民健康保険に加入した場合でも、国の基準による世帯としての継続性が保たれていれば、県内の他市町村の国民健康保険に加入している間の高額療養費の該当回数を通算できます。
- 70歳以上(一般所得者及び低所得者)の外来については、1年間(8月から翌年7月)の外来の自己負担額の合計が個人単位で年間限度額(144,000円)を超えた場合、超えた分が「高額療養費」として健康保険から支給されます。申請方法等については、該当した方に別途通知します。

75歳到達月の自己負担限度額の特例について

次に該当する方は、加入する健康保険が変わった月に限り、その月の自己負担限度額の特例があります。

- 75歳の誕生日を迎えて国民健康保険から後期高齢者医療制度に変わる方(1日生まれの方を除きます。)
 - 被保険者が75歳になって後期高齢者医療制度に変わったため、国民健康保険に加入した元社会保険の被扶養者(国保組合の組合員が75歳になって後期高齢者医療制度に変わったため、国民健康保険に加入した他の元国保組合員も含みます。(国民健康保険の加入日が1日付である場合を除きます。))
- ※詳しくは、お住まいの区の区役所保険年金課保険係へお問い合わせください(53ページ参照)。



ステップ3 高額療養費の計算手順

手順1 暦の1日から末日までの間に受けた療養にかかる一部負担金額を計算します。
 ※計算する際は以下の注意事項をお読みください。

注 意 事 項

● 共通

- ① 同じ世帯でも加入している健康保険ごとに計算します。
- ② 月の途中で加入している健康保険が変更となった場合、それぞれの健康保険ごとに計算します。
- ③ 次のものは高額療養費を計算する際の一部負担金には含まれません。
 - 入院時食事・生活療養(26、27ページ参照)の標準負担額。
 - 差額ベッド代(個室代)、診断書料、一般的なインプラント治療等の保険適用外の費用。
- ④ 診療(調剤)報酬明細書(以下、「レセプト(※)」といいます。)単位で計算対象とします。
 ※レセプトとは、医療機関等が診療を行い、その診療(調剤)報酬を保険者へ請求する際に提出する「診療(調剤)報酬請求書」に添付する書類です。各月に行った診療(調剤)内容とそれに要した費用の額が記載されています。

～レセプトの作成条件～ レセプトは保険診療のものにつき、次の条件で作成されます。

- ・ 暦月ごと
- ・ 入院と外来は別々
- ・ 医療機関ごと
- ・ 医科(外科、内科、眼科、耳鼻科等)と歯科(口腔外科を含む)は別々
- ・ 薬局は処方元の医療機関ごと

● 70歳未満の方の場合

- 一部負担金が21,000円以上のレセプトが計算対象となります。
- 医療機関から処方箋の発行を受けて薬局で支払った一部負担金は、処方箋発行元の医療機関で支払った一部負担金と合わせて計算します。

● 70歳以上の方の場合

- 全てのレセプトが計算対象となります。(現役並み所得者については(2)からの計算となります。)

(1) 個人ごとに**外来**の一部負担金を計算します。

→ 手順2(33ページ)の **計算式A** へ

(2) 同じ世帯で70歳以上の複数の方が1か月の間に外来受診をした場合や、入院があった場合、(1)で計算した結果、なお残る外来の一部負担金(外来の一部負担金から高額療養費を控除した額又は自己負担限度額に達しなかった場合はその全額)と、入院の一部負担金の合計額を合算します。

→ 手順2(33ページ)の **計算式B** へ

● 同一世帯に70歳未満の方と70歳以上の方がいる場合

70歳未満の方の自己負担額と、70歳以上の方の高額療養費の計算をした結果なお残る自己負担額を合算して70歳未満の方の自己負担限度額を超えた場合「高額療養費」として支給されます。

(1) それぞれ個人の一部負担金額を計算します。このとき、上記の《共通》、《70歳未満の方の場合》、《70歳以上の方の場合の(2)》の注意事項に沿って計算します。

(2) (1)で計算した一部負担金を次のとおり合算します。

(1)で計算した70歳未満の方の
一部負担金のうち
21,000円以上的一部負担金額



(1)で計算した結果、なお残る70歳以上の方の
一部負担金額(70歳以上の方の高額療養費に該当
している場合は自己負担限度額の額)
※自己負担限度額は30ページ参照

給付

高額療養費

手順2 手順1で計算した一部負担金が**ステップ2**で該当した自己負担限度額を超えているか計算します。

● 70歳未満の方の場合

$$\begin{array}{l} \text{一部負担金額(32ページ)} \\ \text{(手順1で計算した額)} \end{array} - \begin{array}{l} \text{自己負担限度額(29ページ)} \\ \text{(ステップ2で計算した額)} \end{array} = \text{高額療養費支給額}$$

- 1か月の間に複数の医療機関を受診していてそれぞれの医療機関での一部負担金額では自己負担限度額を超えない場合、1つの医療機関での支払額が21,000円以上のものについては、その金額を合算して計算します(同じ世帯で21,000円以上の自己負担額を2回以上支払った場合も同様に計算します)。

$$\left. \begin{array}{l} 21,000 \text{円以上の自己負担額 A} \\ + \\ 21,000 \text{円以上の自己負担額 B} \end{array} \right\} - \begin{array}{l} \text{自己負担限度額(29ページ)} \\ \text{(ステップ2で計算した額)} \end{array} = \text{高額療養費支給額}$$

● 70歳以上の方の場合

計算式 A

$$\begin{array}{l} \text{外来の一部負担金} \\ \text{(個人単位)} \\ \text{(32ページの手順1(1)で計算した額)} \end{array} - \begin{array}{l} \text{自己負担限度額} \\ \text{(ステップ2(30ページ)で} \\ \text{該当した外来の限度額)} \end{array} = \text{高額療養費支給額}$$

計算式 B

$$\begin{array}{l} \text{計算式 A の結果なお残る} \\ \text{外来の一部負担金又は自己負担限度額} \\ \text{入院の一部負担金又は自己負担限度額} \\ \text{(32ページの手順1(2)で計算した額)} \end{array} - \begin{array}{l} \text{自己負担限度額} \\ \text{(ステップ2(30ページ)で} \\ \text{該当した入院及び世帯の限度額)} \end{array} = \text{高額療養費支給額}$$

● 同一世帯に70歳未満の方と70歳以上の方がいる場合(※)

$$\begin{array}{l} \text{70歳未満の方の自己負担額と} \\ \text{70歳以上の方の高額療養費の計算を} \\ \text{した結果なお残る自己負担額の合算額} \\ \text{(32ページの手順1で計算した額)} \end{array} - \begin{array}{l} \text{70歳未満の方の自己負担限度額} \\ \text{(29ページ)} \end{array} = \text{高額療養費支給額}$$

- ※ 最初に70歳以上の方のみで「70歳以上の方の場合」で計算した結果、高額療養費が発生した場合は、上記の高額療養費と合算した金額が支給されます。

ステップ4 高額療養費の申請方法

高額療養費の申請方法は2種類あります。

(1) あらかじめ自己負担額までの支払いにする方法

オンライン資格確認で、限度額適用認定証等の情報提供に同意すれば、所得区分が確認でき、月ごとのお支払いを自己負担限度額(29、30ページ)までの支払いで済ませることができます。

なお、従来通り紙の「国民健康保険限度額適用認定証」又は「国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付をご希望の方は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係に申請してください。

詳しくは、4ページの「マイナンバーカードの健康保険証利用」の項目をご参照ください。

(注意！)入院時食事・生活療養(26、27ページ参照)の標準負担額や差額ベッド代などの保険適用外の費用については別途お支払いが必要です。

(2) 一部負担金を支払った後に高額療養費を申請する方法

- 70歳未満の方の場合
オンライン資格確認ができなかった場合や限度額適用認定証等の情報提供に同意せず、自己負担限度額以上の一部負担金を支払った場合
- 同月中に医療機関で支払った一部負担金(1件21,000円以上のものに限る)の合計が自己負担限度額を超えた場合など

- 70歳以上の方の場合
所得区分(30ページ参照)が「現役並みⅡ」「現役並みⅠ」または「低所得Ⅱ」「低所得Ⅰ」に該当される方で、オンライン資格確認ができなかった場合や限度額適用認定証等の情報提供に同意せず、自己負担限度額以上の一部負担金を支払った場合
- 同月中に医療機関で支払った一部負担金の合計が自己負担限度額を超えた場合など

申請

横浜市国民健康保険では、高額療養費の対象となる医療を受けた月の翌々月の下旬以降に、高額療養費の支給に該当する場合はお知らせと支給申請書兼申立書を世帯主あてにお送りします。

お知らせに記載の手順をご確認いただき、**原則郵送での申請**をお願いいたします。

- ※ 原則、郵送での申請をお願いしていますが、送付元の区役所保険年金課の窓口で申請していただくことも可能です。窓口での申請の際には、●支給申請書 ●保険証 ●預金通帳又は振込先の確認できるもの (●世帯主以外の方の口座に振り込む場合は、印鑑(世帯主名で朱肉を使用するもの))が必要です。
- ※ **受診した月の翌月1日から2年を過ぎますと時効となり、申請ができなくなりますので、ご注意ください。**
- ※ 受診月から3か月以上たってもお知らせと支給申請書兼申立書が届かない場合は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係へお問い合わせください(53ページ参照)。
- ※ 一度高額療養費をお住まいの区の区役所保険年金課保険係にご申請いただくことで、それ以降の高額療養費については原則自動振込となります。詳細については、お住まいの区の区役所保険年金課保険係にお問い合わせいただくか、横浜市国民健康保険のホームページをご確認ください。

高額介護合算療養費制度について

同一世帯における、「国民健康保険の自己負担額(※1)」と「介護保険の利用者負担額(※2)」の1年間(※3)の合計額が自己負担限度額を超えた場合、申請すると超えた額が「高額介護合算療養費」として支給される制度です。

【自己負担限度額】

70～74歳の方

所得区分	国民健康保険+介護保険の自己負担限度額(年額)
現役並み所得者Ⅲ	212万円
現役並み所得者Ⅱ	141万円
現役並み所得者Ⅰ	67万円
一般	56万円
低所得Ⅱ	31万円
低所得Ⅰ	19万円

70歳未満の方

所得区分	国民健康保険+介護保険の自己負担限度額(年額)	
住民税 課税世帯	ア	212万円
	イ	141万円
	ウ	67万円
	エ	60万円
住民税 非課税世帯	オ	34万円

- ※1 高額療養費に該当する場合は、高額療養費の自己負担限度額(29、30ページ)の金額までが対象となります。なお、70歳未満の方は、1か月(暦月)に1つの医療機関ごとに21,000円以上の一部負担金対象です。差額ベッド代、診断書料などの保険外の費用や、入院時食事・生活療養(26、27ページ参照)の標準負担額などは含まれません。
- ※2 高額介護サービス費に該当する場合は、高額介護サービス費の自己負担限度額の金額までが対象となります。食費、宿泊費、住宅改修費、福祉用具購入費などは含まれません。
- ※3 毎年8月から翌年7月末まで。
- ※4 基準日(原則毎年7月31日。死亡等で資格を喪失した場合は喪失日の前日)の翌日から2年で時効となり、申請ができなくなりますのでご注意ください。

出産育児一時金の支給

国民健康保険の加入者が出産したとき、出産育児一時金が支給されます。

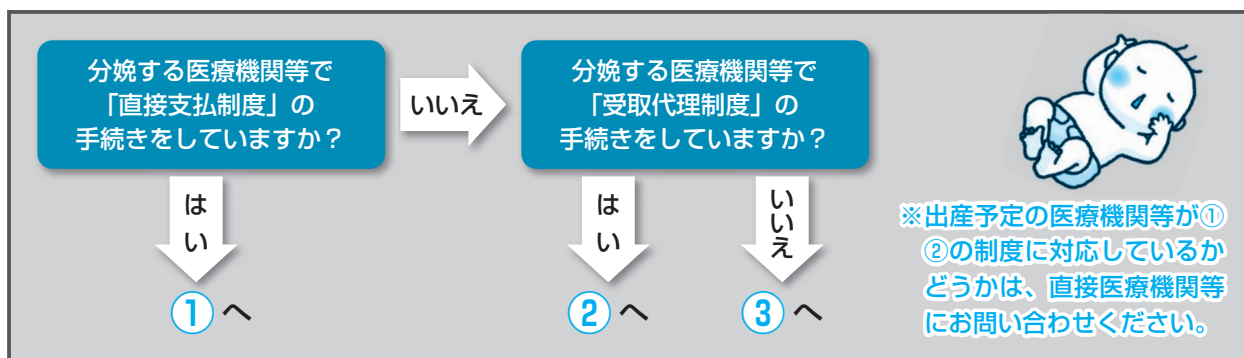
支給額………**50万円**（令和5年3月31日以前の出生は42万円）

〈注1〉妊娠満12週以上でしたら、死産・流産の場合にも支給されます。

〈注2〉会社を退職後6か月以内に出産した方は、以前に加入していた健康保険か国民健康保険を選択して、出産育児一時金が支給されます（ただし、1年以上継続して会社に勤務していた場合に限りです）。健康保険によっては、独自の付加給付を行っているため国民健康保険より支給額が多い場合があります。該当される方は、以前に加入していた健康保険にご確認ください（健康保険から支給された場合は、国民健康保険からは支給されません）。

〈注3〉出産から2年を過ぎますと時効となり、申請ができなくなりますのでご注意ください。

出産育児一時金の申請方法



① 出産育児一時金直接支払制度

世帯主が行う出産育児一時金の請求手続きと受取を、出産する医療機関等で契約手続きを行うことにより、世帯主に代わって医療機関等が行うという制度です。出産育児一時金が医療機関等へ直接支給されるため、出産費用のうち、50万円（産科医療補償制度対象外の場合は48万8千円）分については退院時のお支払いが不要となります。

〈注〉 出産費用が出産育児一時金相当額(50万円)を下回った場合については、お住まいの区の区役所保険年金課保険係へ申請することにより、50万円との差額分が支給されます。

申請の際は、●保険証 ●母子健康手帳 ●預金通帳又は振込先の確認できるもの ●医療機関等で発行される出産費用を証明する書類(領収・明細書) ●医療機関等で交わす合意文書(「直接支払制度を利用する旨」の記載があるもの)が必要となります。

※世帯主以外の方の口座に振り込む場合は、印鑑(世帯主名で朱肉を使用するもの)が必要です。

～産科医療補償制度についてのお知らせ～

この制度は、分娩において発生した脳性麻痺の児に対する補償制度で、妊産婦の皆様が安心して出産できるよう病院、診療所や助産所が加入する制度です。

産科医療補償制度に加入している医療機関や、制度の詳細については、産科医療補償制度のホームページ (<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>) をご確認ください。

② 出産育児一時金受取代理制度

出産予定の方が、受取代理制度を実施する医療機関等（実施には厚生労働省への届出が必要です）で国指定の申請書を作成し、さらにお住まいの区の区役所保険年金課保険係へ出産予定日前2か月以内に届出を行うことにより、出産育児一時金の受取について医療機関等に委任するという制度です。

この委任を受けて出産育児一時金を保険者から医療機関等へ支給することになるため、出産費用のうち、50万円（産科医療補償制度対象外の場合は48万8千円）分については退院時のお支払いが不要となります。

〈注〉 出産費用が出産育児一時金相当額(50万円)を下回った場合については、50万円との差額分が支給されます。

③ 区役所に直接申請する場合(①②以外の場合)

次のものをお持ちのうえ、お住まいの区の区役所保険年金課保険係へ申請してください。

●保険証 ●母子健康手帳 ●預金通帳又は振込先の確認できるもの ●医療機関等で発行される出産費用を証明する書類(領収・明細書) ●医療機関等で交わす合意文書(「直接支払制度を利用しない旨」の記載があるもの) ●同意書(海外で出産した場合)

※海外で出産した場合は、**出生証明書とその翻訳文、出産した方のパスポート(原本)をお持ちください。**

※死産・流産の場合は、**医師の証明書をお持ちください。**

※海外で出産した場合は**申請内容について現地の医療機関へ確認させていただく場合がありますので、出産した方の同意書をご記入いただきます。**

※世帯主以外の方の口座に振り込む場合は、印鑑(世帯主名で朱肉を使用するもの)が必要です。

障害児育児手当金の支給

横浜市では生まれて2年以内の赤ちゃんに先天性の障害又は異常が現われたとき、その障害の程度に応じて障害児育児手当金を支給します。

ただし、生まれてから申請するまでの間、継続して横浜市の国民健康保険に加入しているお子さんが対象となります。

※障害が現われてから2年を過ぎますと時効となり、申請ができなくなりますのでご注意ください。

等級	支給額
1級	80万円
2級	60万円
3級	30万円
4級	10万円

申請に必要なもの

- 診断書(所定の用紙は、区役所保険年金課保険係にあります)
 - 保険証
 - 母子健康手帳
 - 預金通帳又は振込先の確認できるもの
- ※世帯主以外の方の口座に振り込む場合は、印鑑(世帯主名で朱肉を使用するもの)が必要です。

○対象となる障害の例

ダウン症候群、口蓋裂など先天性の障害(肢体不自由、内臓異常、視聴覚異常、発達異常など)。

給付

葬祭費

葬祭費の支給

国民健康保険の加入者が死亡したとき、その葬祭を行った方に葬祭費が支給されます。

支給額……………**5万円**

申請に必要なもの

- 申請する方の本人確認書類
 - 葬祭を行った方及び葬祭日の確認ができる書類(葬儀店の領収書、請求書又は会葬礼状など)
 - 預金通帳又は振込先の確認できるもの
- ※申請者以外の方の口座に振り込む場合は、印鑑(申請者名で朱肉を使用するもの)が必要です。

※ お手元に亡くなられた方の保険証があれば申請時にお持ちください。

※ **葬祭を行ってから2年を過ぎますと時効となり、申請ができなくなりますのでご注意ください。**

※ 下記1、2、3に該当する場合には、以前に加入していた健康保険か国民健康保険を選択して、埋葬料または葬祭費が支給されます。(健康保険から埋葬料が支給された場合は、国民健康保険から葬祭費は支給されません。) 詳しい手続き等については、以前に加入していた健康保険にお尋ねください。

・ 以前に加入していた健康保険から支給される場合

- 1 死亡前3か月以内に以前に加入していた健康保険に、被保険者本人として加入していた場合
- 2 死亡時または死亡前3か月以内に、以前に加入していた健康保険から、傷病手当金の継続給付を受けていた場合
- 3 死亡時または死亡前3か月以内に、以前に加入していた健康保険から、出産手当金の継続給付を受けていた場合

給付

傷病手当金(新型コロナウイルス感染症関連)

傷病手当金の支給

新型コロナウイルス感染症に感染し、又は発熱等の症状があり感染が疑われることにより会社等を休み、事業主から十分な給与等が受けられない場合に傷病手当金を支給します。

※対象期間：令和2年1月1日～令和5年5月7日(労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日)まで

申請方法など詳細は、横浜市ホームページをご確認ください。



← 横浜市ホームページ「傷病手当金の支給(新型コロナウイルス感染症関連)」

給付

国民健康保険で診療を受けられない場合

保険証を持っていても、次の場合には保険診療を受けられなかったり、制限されることがあります。

保険診療の対象とならないもの(保険診療外)

①保険のきかない診療、差額ベッド代など

(歯科診療では、材料費などが保険の対象とならない場合があります。)

②健康診断 ③予防接種 ④美容整形 ⑤歯列矯正 ⑥正常な出産

保険診療が制限されるもの(給付制限)

ケンカや泥酔、違法行為などひどい不行跡による場合には、給付の一部または全てが制限されることがあります。

業務上のけがや病気

労災保険が適用されるか、労働基準法にしたがって雇主の負担となります。

※ 労災保険等の適用となるケースで、国民健康保険を使って受診してしまった場合は、すみやかにお住まいの区の区役所保険年金課保険係へ「自過失及び業務上の傷病等に関する届書」を提出してください。労災保険への変更手続きについては、所轄の労働基準監督署にお問い合わせください。

交通事故・傷害事件にあったときは

交通事故や傷害事件など、第三者(加害者)の行為による傷病であっても、国民健康保険を使って治療が受けられます。

ただし、加害者からすでに治療費全額を受け取っているときは国民健康保険を使えません。

第三者の行為による傷病の主な事例

- ①交通事故 ②ケンカや暴力による負傷
- ③第三者のペットによる負傷
- ④飲食店などでの食中毒
- ⑤施設内や物による事故

必ず区役所に届出を

国民健康保険を使って治療を受けるときは、「第三者の行為による傷病届」を必ず提出してください(※)。警察の交通事故証明書なども必要になりますので、すみやかにお住まいの区の区役所保険年金課保険係へご相談ください。

※法令により届出義務があります。

ただし、こんな時は

①業務上のけがや病気

労災保険が適用されるか、労働基準法にしたがって雇主の負担となり、国民健康保険は使えません。すでに国民健康保険を使用して治療を受けた場合は、すみやかにお住まいの区の区役所保険年金課保険係に「自過失及び業務上の傷病等に関する届書」を提出してください。

②飲酒運転や無免許運転などの不法行為

給付の一部または全部が制限され、国民健康保険が使えないことがあります。

医療費は加害者が負担します

交通事故や傷害事件など、第三者の行為による傷病の場合、本来その治療費は加害者が、その過失割合に応じて負担します。

したがって国民健康保険を使って治療を受けた場合、加害者が負担すべき治療費は国民健康保険が一時立て替えて支払い、あとで被害者に代わって加害者に請求することになりますが、被害者からの届出がないと請求ができません。

また、被害者が支払った一部負担金は、被害者が加害者に直接請求することになります。

示談をする前に

被害者と加害者の話し合いがついて示談が成立すると、示談日以降の治療費は被害者負担になるのが原則です。また、示談の内容によっては、国民健康保険から加害者へ請求ができなくなったり、国民健康保険を使って治療が受けられなくなる場合があります。

示談をする場合は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係に事前にご連絡いただくとともに、示談成立の場合は、すみやかに示談書の写しを提出してください。

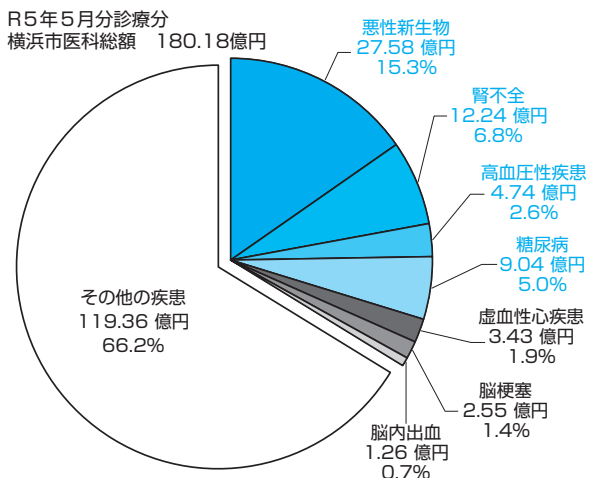
特定健康診査・特定保健指導

— 実施の背景・制度のご案内 —

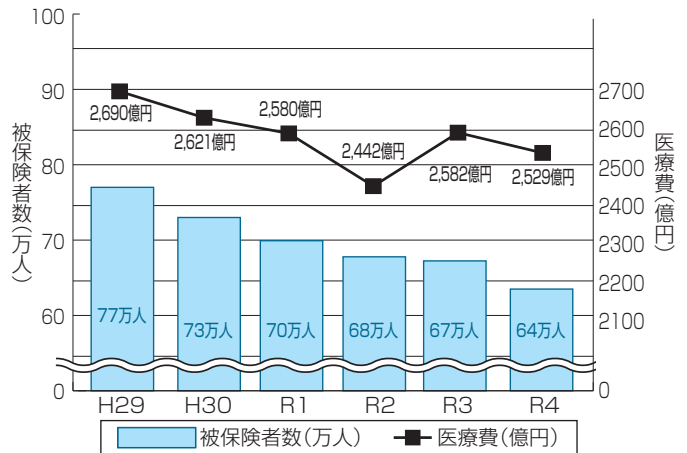
特定健康診査・特定保健指導実施の背景

高齢化の急速な進展に伴い疾病構造も変化し、疾病全体に占める虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病などの生活習慣病の割合は年々増加しています。現在、横浜市国民健康保険における医科総医療費において生活習慣病(悪性新生物を除く)の占める割合は約2割となっています。

横浜市国民健康保険における医療費の状況



平成29～令和4年度の医療費の状況



特定健康診査・特定保健指導とは

メタボリックシンドロームとは、内臓に脂肪が過剰にたまり、それに加え脂質異常、高血圧、高血糖などの状態が重なることにより、動脈硬化が進み心臓病や脳卒中などの発病リスクが増す状態をいいます。

特定健康診査は、メタボリックシンドロームの該当者、予備群の人を早期に発見し、生活習慣病を予防するための健診です。

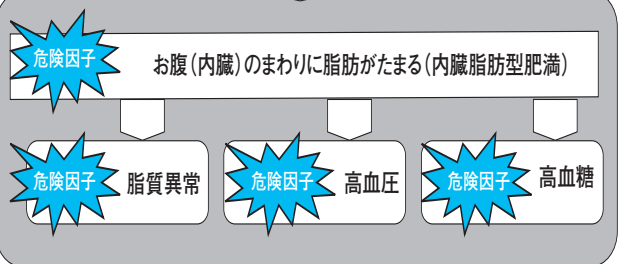
また、横浜市国民健康保険特定健康診査では、独自に検査項目を追加し、腎臓の働きや尿路、前立腺の働き、痛風かどうかも確認することができます。

特定保健指導は、特定健康診査の結果から、生活習慣病の発病リスクが高く、生活習慣の改善による予防効果が期待できる方に対して、食事や運動等のアドバイスやサポートを行う約3か月間の支援プログラムです。

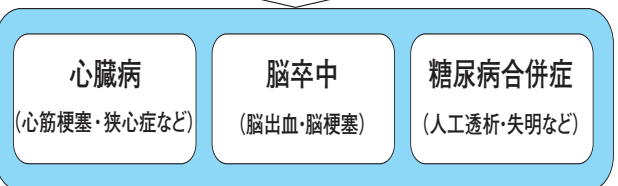
メタボリックシンドロームはこうして進行します!

食べ過ぎ、飲み過ぎ、運動不足、喫煙、ストレスなど

継続すると



放置すると



特定健康診査・特定保健指導

— 特定健康診査のご案内① —

特定健康診査(特定健診)

1 対象となる方

国民健康保険に加入している方で、翌年3月31日までに40歳～75歳の誕生日を迎える方。
なお、妊産婦の方や、一定の施設に入所されている方は該当しません。また、お勤め先等で実施する健康診査を受診する機会のある方は、そちらを利用してください。

対象とならない方

- ① 妊産婦の方
- ② 病院または診療所に6か月以上継続して入院している方
- ③ 障害者支援施設に入所している方
- ④ 国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する施設に入所している方
- ⑤ 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設等に入所している方
- ⑥ 刑事施設等に拘禁されている方

2 健康診査の実施期間 令和6年4月1日～翌年3月31日

3 利用回数 1年度につき1回

4 利用料金 無料

5 受診券について

特定健診を受診するためには、「受診券」が必要です。「受診券」等は令和6年5月中旬頃にお住まいの区の区役所から送付します。(令和6年4月2日以降に国民健康保険に加入した方及び令和6年6月30日までに75歳になる方は除きます)。

受診券がお手元にない方はこちら



[受診券発行申請フォーム]

- 特定健診の受診券を希望する方は右上部の申請フォームからWeb申請するかけんしん専用ダイヤル(TEL.045-664-2606)またはお住まいの区の区役所保険年金課保険係にお問い合わせください。
- 後期高齢者医療制度の対象となった方は、「横浜市健康診査」を無料で受診することができます。
- 横浜市国民健康保険加入前に他の健康保険で受診した、令和2年度以降の健康診査の結果を、横浜市が取得することがあります。横浜市が健康診査の結果を取得することに「同意しない」場合は、健康福祉局保険年金課(045-671-4067)までご連絡ください。
- 特定健診の結果から『特定保健指導』(45ページ)の対象となった方には、「特定保健指導利用券」を送付します。
- 特定健診の健診項目が含まれた事業主健診や人間ドック等を受けている場合は、横浜市国民健康保険が実施する特定健診を受ける必要はありませんが、横浜市国民健康保険として加入者の健診状況を把握する必要があります。お住まいの区の区役所保険年金課保険係までご連絡ください。
- 感染症の流行状況等により、健診の実施を一時中止する可能性があります。

特定健康診査・特定保健指導

— 特定健康診査のご案内② —

6 受診方法

健診前の準備	①受診券をお手元にご準備ください ②一覧表等でご希望の実施機関をお選びください ③直接、実施機関へ連絡し、予約してください
健診当日	■下記のものを受診の際に必ずお持ちください ①受診券(当該年度のもの) ②問診票 ③横浜市国民健康保険被保険者証(保険証)または保険証として利用登録したマイナンバーカード ※昨年度の特定健診結果をお持ちの場合は、その結果も併せてお持ちください ※マイナンバーカードを持参する場合は、受診する医療機関で保険証として使用できるか、あらかじめ予約時などにご確認ください。使用できない医療機関では、保険証をお持ちください。

- (注意) ① 氏名等の変更により受診券の記載事項が変更となった場合は、受診券の差し替えが必要です。お住まいの区の区役所保険年金課保険係で手続きをしてください。
- ② 受診日に他の健康保険に加入されている場合は、受診できませんのでご注意ください。
- ③ 他の区の健診実施機関をお探しの場合は、「横浜市けんしん専用ダイヤル」(電話：045-664-2606) またはホームページ [横浜市 特定健診実施機関](#) で検索してください。

7 健診項目

すべての方が対象となる「基本的な健診の項目」と一定の基準の下に医師が必要と判定した場合に限り追加実施する「詳細な健診の項目」があります。

健診は空腹(食後10時間以上)で行います。水は、飲んでいただいてもかまいません。詳しくは実施機関にご確認ください。

なお、(※)の検査項目は、横浜市国保が独自に追加で実施している検査です。

区分	内容		
基本的な健診の項目	質問(問診)	食事・運動習慣、服薬歴、喫煙歴 など	
	身体計測	身長、体重、BMI(体格指数)、腹囲(内臓脂肪面積)	
	理学的所見	身体診察	
	血圧測定	収縮期血圧、拡張期血圧	
	血液検査	脂質検査	空腹時中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール
		血糖検査	空腹時血糖、ヘモグロビンA1c
		肝機能検査	AST、ALT、γ-GT
		腎機能検査	血清クレアチニン(※)
	痛風検査	血清尿酸(※)	
	尿検査	尿糖、尿蛋白、尿潜血(※)	
詳細な健診の項目	心電図検査		
	眼底検査		
	貧血検査	赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値	

8 受診結果のお知らせ(情報提供)

特定健診の受診結果は健診を受診した実施機関からお知らせします。健診結果に関することは、直接実施機関にお問い合わせください。なお、この結果により特定保健指導等に該当した方には、ご案内を送付します。お手元に届きましたら、ぜひご利用ください。(詳細は45ページ～46ページ) また、マイナポータルで健診結果を閲覧することができます。詳しくは4ページをご覧ください。

特定健康診査・特定保健指導

— 特定保健指導のご案内① —

特定保健指導

1 特定保健指導とは

特定健診の結果、生活習慣の見直しが必要となった方を対象にした、参加型の支援プログラムです。ご自身で改善のための目標や計画を立て、毎日の生活の中で取り組んでいただけるように、医師、保健師、管理栄養士等の専門職が約3か月間サポートします。

特定健診の再検査ではありませんのでご注意ください。

2 利用料金

無料

3 対象となる方

特定健診の結果により、①動機付け支援、②積極的支援のいずれかに該当した方。ただし、生活習慣病(高血圧症、糖尿病、脂質異常症のいずれか)に係わる薬を服用中の方は、治療が優先となるため、特定保健指導の対象となりません。

判定は、次のページのフロー図をご参照ください。

4 特定保健指導の内容

特定健診の結果等から、メタボリックシンドロームのリスクに応じて、「動機付け支援」か「積極的支援」のいずれかをご案内しています。

動機付け支援

メタボの一步手前の人

初回に専門家と面接を実施し、生活習慣を改善するため、実行できる計画、目標を立てます。

3か月後にご自身の健康状態や生活習慣の改善状況について確認します。

初回面接

専門家と一緒に計画を立てます。

計画実行

計画に沿って生活習慣を改善。

評価

専門家と一緒にご自身の状態を確認します。

積極的支援

メタボのリスクが高い人

初回に専門家と面接を実施し、健診の結果を改善するため、実行できる計画、目標を立てます。

継続した支援を受けながら、計画を実行していただき、3か月後にご自身の健康状態や生活習慣の改善状況について確認します。



特定健康診査・特定保健指導

— 特定保健指導のご案内② —

特定健診結果の判定と特定保健指導の支援方法

STEP 1 腹囲とBMIで内臓脂肪蓄積のリスクを判定

① 腹 囲	② BMI	③
男性85cm以上 女性90cm以上	腹囲は基準値未満だが BMIが25以上	①②以外の方 保健指導の対象ではありません ➔STEP 3へ
A	B	

※ BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)

STEP 2 検査結果・質問票より追加リスクをカウント

①血糖値※1	②脂質	③血圧	④喫煙※2
空腹時血糖100mg/dl以上またはHbA1cの場合5.6%以上	空腹時中性脂肪150mg/dl以上(やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上)またはHDLコレステロール40mg/dl未満	収縮期130mmHg以上または、拡張期85mmHg以上	「あり」(左記①～③に一つ以上該当したときにカウント)

※1 空腹時血糖の判定を優先します。
※2 「以前は吸っていたが最近1か月は吸っていない」の回答は、「喫煙なし」として扱う。

STEP 3 STEP 1、2から保健指導レベルをグループ分け

A	B	STEP 1で③に該当
に該当し、STEP 2の追加リスクが	に該当し、STEP 2の追加リスクが	
2以上 積極的支援レベル	3以上 積極的支援レベル	指導対象外
1 動機付け支援レベル	1～2 動機付け支援レベル	
0 指導対象外	0 指導対象外	

STEP 4 以下の条件を踏まえて保健指導レベルを確定

- ※65歳以上75歳未満の方は、積極的支援となった場合でも動機付け支援とします。
- ※高血圧症、糖尿病、脂質異常症で服薬中の場合は治療が優先となるため、対象となりません。

5 利用方法

- ①特定保健指導の対象となった方には、特定健診受診から約3か月後に、ご自宅へ利用券の入った封筒を送付します。
- ②同封の冊子に記載の実施機関一覧をご覧ください、事前に電話等で予約をしてください。
- ③利用当日は、「保険証または保険証として利用登録したマイナンバーカード」、「利用券」、「特定健診の結果」を必ず持参してください。

※マイナンバーカードを持参する場合は、利用する実施機関で保険証として使用できるか、あらかじめ予約時などにご確認ください。使用できない実施機関では、保険証をお持ちください。

※マイナンバーカードを使用できる実施機関では、健診結果の提供に同意する場合、「特定健診の結果」の持込が不要になります。

※利用券には有効期限があります。期限が切れた場合は再発行が必要ですので、お住まいの区の区役所保険年金課でご相談ください。

※横浜市国民健康保険を脱退された場合、その時点で特定保健指導は中断となりますのでご注意ください。

特定健診、特定保健指導についてのお問い合わせ

横浜市けんしん専用ダイヤル

TEL: 045-664-2606 FAX: 045-664-0403

受付時間 8:30～17:15 月～土(祝休日・年末年始を除く)

重度障害者医療費助成事業

重度障害者医療費助成事業とは

健康保険に加入している重度の障害のある方が、病気やケガで医療機関にかかったときの保険診療の自己負担額を助成する制度です。入院中の差額ベッド代など保険診療の対象とならない費用は助成されません。

対象となる方は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当に申請してください。重度障害者医療証をお渡しします。

対象となる方

- ① 1級・2級の身体障害者手帳の交付を受けている方
- ② 知能指数が35以下と判定されている方
- ③ 知能指数が50以下と判定され、かつ3級の身体障害者手帳の交付を受けている方
- ④ 1級の精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方(入院費は除く)

申請手続き

重度障害者医療費助成を受けるための医療証を発行します。次のものをお持ちになって、お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当に申請してください。

〈申請に必要なもの〉

- 身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者保健福祉手帳等
- 健康保険証または、健康保険の内容が確認できるもの(「資格確認書」「資格情報のお知らせ」等)

医療機関にかかるとき

- 県内の医療機関 健康保険証と重度障害者医療証を医療機関に提示…自己負担額の支払いの必要はありません。
- 県外の医療機関 医療機関で自己負担額を支払う…お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当へ申請し、払戻しを受けます。

重度障害者医療証を使えなかったとき

やむをえない理由により重度障害者医療証を提示できず受診した場合や、この制度を扱わない病院や県外の病院などで受診した場合は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当で手続きをすれば払戻しが受けられます。

なお、後期高齢者医療制度加入の方が県外の病院で受診した場合は、区役所での手続きは、必要ありません。後日、ご指定の口座に自動的に振り込まれます。

〈手続きに必要なもの〉

(1) 後期高齢者医療制度以外の健康保険に加入している方の場合

- ① 重度障害者医療証
- ② 健康保険証または、健康保険の内容が確認できるもの(「資格確認書」「資格情報のお知らせ」等)
- ③ 領収証(患者氏名、保険診療の総点数、診療期間、領収金額、医療機関名のあるもの)
- ④ 振込先金融機関の預金通帳

★健康保険から高額療養費や附加給付金等が支給される場合は、その額を除いて支給します。医療費の支給は、受診月の翌月からなるべく1年以内に申請してください。受診月の翌月1日から5年で時効となり、申請できなくなりますので、ご注意ください。

(2) 後期高齢者医療制度に加入している方の場合

県外の病院を受診して支払った自己負担額については、おおよそ6か月後にご指定の口座にお振り込みします。ただし、事前に「振込口座指定届出書」の提出が必要となります。

ひとり親家庭等医療費助成事業

ひとり親家庭等医療費助成事業とは

健康保険に加入している母子家庭、父子家庭などのひとり親家庭の方が、病気やケガで医療機関にかかったときの保険診療の自己負担額を助成する制度です。入院中の差額ベッド代など保険診療の対象とならない費用は助成されません。

対象となる方は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当に申請してください。**⑧福祉医療証**をお渡しします。

対象となる方

- 横浜市内に住所があること。
- 何らかの健康保険に加入していること。
- ひとり親家庭の父母等と、扶養されている児童(18歳になった日以後最初の3月31日まで。ただし、中程度以上の障害のある場合又は高等学校等に在学中の場合は20歳未満まで)。

※父又は母が重度の障害(身体障害者福祉法による2級程度以上)の状態にある場合も、この制度の対象となります。

- 一定の所得基準を超えていないこと。

申請手続

ひとり親家庭等医療費助成を受けるために、次のものをお持ちになって、お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当に申請してください。

＜申請に必要なもの＞

● 児童扶養手当証書

※児童扶養手当証書をお持ちでない方は、次の書類を添付

- 戸籍謄本
- 前々年分の所得に対する課税(所得)証明書[所得及び所得控除の内訳が記載されたもの]

(市外から転入された場合に必要となる場合があります。マイナンバーによる所得照会に同意いただける場合は不要となります。)

● 健康保険証または、健康保険の内容が確認できるもの(「資格確認書」「資格情報のお知らせ」等)

● その他

- 障害のある方がいる場合
障害の程度を証明する書類(身体障害者手帳など)
- 20歳未満で高等学校などに在学している児童がいる場合
在学証明書

医療機関にかかるとき

- 県内の医療機関 医療証と健康保険証を医療機関に提示…自己負担額の支払いの必要はありません。
- 県外の医療機関 医療機関で自己負担額を支払う…お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当へ申請し、払戻しを受けます。

⑧福祉医療証を使えなかったとき

やむをえない理由により**⑧福祉医療証**を提示できず受診した場合や、この制度を扱わない病院や県外の病院などで受診した場合は、お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当で手続きをすれば払戻しが受けられます。

＜手続に必要なもの＞

- ① **⑧福祉医療証**
- ② 健康保険証または、健康保険の内容が確認できるもの(「資格確認書」「資格情報のお知らせ」等)
- ③ 領収証(患者氏名、保険診療の総点数、診療期間、領収金額、医療機関名のあるもの)
- ④ 振込先金融機関の預金通帳

★健康保険から高額療養費や附加給付金等が支給される場合は、その額を除いて支給します。医療費の支給は、なるべく受診月の翌月から1年以内に申請してください。受診月の翌月1日から5年で時効となり、申請できなくなりますので、ご注意ください。

その他の届出

- 加入している健康保険が変わったとき
- 児童福祉施設等に入所(または退所)したときなど
- ひとり親家庭等に該当しなくなったとき

小児医療費助成事業

小児医療費助成事業とは

横浜市内に住所があり健康保険に加入しているお子さまが、病気やけがで医療機関にかかったときに、年齢に応じ保険診療の自己負担額を助成する制度です。入院中の差額ベッド代など、保険診療の対象とならない費用は助成されません。

●助成の対象とならない場合

他の医療費助成(重度障害者医療費助成・ひとり親家庭等医療費助成等)を受けている場合。生活保護を受けている場合など。

●小児医療費助成制度の対象年齢と助成範囲

- 対象年齢 0歳～中学3年生
- 助成対象 入院・通院
- 助成の内容 保険診療の自己負担額を全額助成

申請の手続と利用のしかた

お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当に申請してください。医療証をお渡しします。

〈届出に必要なもの〉

- お子さまの加入している健康保険証または、健康保険の内容が確認できるもの(「資格確認書」「資格情報のお知らせ」等)
- 課税(所得)証明書[所得及び所得控除の内訳が記載されたもの]

市外から転入された場合に必要となることがあります。マイナンバーによる所得照会に同意いただけない場合は不要となります。

※所得制限はありませんが、神奈川県への補助金申請のため、所得の確認が必要となります。

医療証の更新

医療証の有効期限の末日までに新しい医療証をお送りしますので、お手続きは必要ありません。

医療機関にかかるとき

- 県内の医療機関 医療証と健康保険証を医療機関に提示
- 県外の医療機関や県内のこの制度による診療を取り扱わない医療機関 医療機関で自己負担額を支払う…お住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当へ申請し、払戻しを受けます。※

その他の届出

- 加入している健康保険が変わったとき
- 住所が変わったとき
- 保護者が変わったときなど

※ 払戻しの申請に必要なもの

- 医療証
 - お子さまの健康保険証または、健康保険の内容が確認できるもの(「資格確認書」「資格情報のお知らせ」等)
 - 領収証(患者氏名、保険診療の総点数、診療期間、領収金額、医療機関名のあるもの)
 - 振込先金融機関の預金通帳またはキャッシュカード
- (該当する方のみ必要なもの)
- 申請する診療月分として健康保険組合から支給された療養費(医療費の7割または8割の健保負担分)、高額療養費や附加給付金の金額を確認できる支給通知書等
 - 医師の指示書(医師の指示により、小児弱視等治療用眼鏡・コルセットなどの治療用装具をつくった場合)
 - 印鑑(朱肉を使うもの)
※申請者以外の口座へ振り込む場合は必要です。

★健康保険から高額療養費や附加給付金等が支給される場合は、その額を除いて支給します。医療費の支給は、受診月の翌月からなるべく1年以内に申請してください。受診月の翌月1日から5年で時効となり、申請できなくなりますので、ご注意ください。

★医療証の交付・払戻し・その他の届出は郵送で申請することも出来ます。詳細はお住まいの区の区役所保険年金課保険係給付担当にお問い合わせください。

後期高齢者医療制度

後期高齢者医療制度とは

主に75歳以上の方を対象とした医療保険制度で、都道府県ごとに設置された後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)が主体となり、市区町村と連携しながら運営しています。また、区役所保険年金課では、主に窓口での受付業務を行います。

対象となる方には、広域連合から被保険者証が交付され、保険による診療を受けられるとともに、保険料を納めていただくことになります。

この制度は、現役世代と高齢者の皆さまがともに支えあう仕組みとなっています。運営に必要な費用は、税金(公費)で約5割、現役世代が約4割を負担し、高齢者の皆さまからも約1割を保険料としてご負担いただくことになっています。

○神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局
横浜市神奈川区栄町8番地1
ヨコハマポートサイドビル9階
お問い合わせ先(コールセンター)：
TEL：045-440-6700
0570-001120(ナビダイヤル)
FAX:045-441-1500

※制度についての説明は、「後期高齢者医療制度ガイドブック」(広域連合作成)にもあります。区役所保険年金課保険係にお問い合わせください。

対象となる方

●75歳以上の方

75歳の誕生日当日からこの制度に加入します。(生活保護を受けている方を除く。)

被保険者証(※)は、誕生月の前月下旬頃に郵便(簡易書留)でお送りします。

●65歳以上で一定の障害がある方

65歳~74歳で一定の障害がある方は、区役所保険年金課保険係を通じて広域連合に申請し、一定の障害の状態にあることにより認定を受けた場合、認定日からこの制度に加入できます。ただし、さかのぼっての加入・脱退はできません。

医療機関にかかるとき

窓口「後期高齢者医療被保険者証」(広域連合から発行される保険証)を提示します。

窓口では、世帯の所得状況に応じて医療費の一部を負担します。

外来・入院とも1か月に支払う自己負担額には上限が設けられています。上限を超えて支払った分については、あとから払戻しを受けられます。

保険料の納付について

後期高齢者医療制度に移行された方は、制度が変わるため、保険料が年金からの徴収や口座振替だった場合でも、いったんは納付書でのお支払になります。

※国の方針により、令和6年12月2日をもって現行の保険証が廃止されます。以降は、代わりに「資格確認書」又はマイナンバーカードと一緒に提示する「資格情報のお知らせ」(*)を交付します。また、保険証廃止以前に交付された保険証は、有効期限(令和7年7月31日)まで使用することができます。(ただし、保険証廃止以降に保険証の記載事項等変更があった場合は、「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ」を交付します。)

*「資格確認書」・「資格情報のお知らせ」については、6ページを参照してください。

MEMO

急な病気やけがで迷ったら…

電話から

パソコン
スマートフォンから



シャープ # 7 1 1 9

または 045-232-7119
※ダイヤル回線・IP電話からはこちら

救急受診できる
病院・診療所を知りたい

1

番を選択

今すぐに受診すべきか
救急車を呼ぶべきか

2

番を選択

年中無休 24時間対応

(聴覚障害者専用) 医療機関案内のみ FAX 045-242-3808



救急受診ガイド

緊急性や受診の
必要性を確認できます



横浜市救急受診ガイド

検索



二次元バーコードからもアクセスできます。

●夜間の診療● 夜間急病センター 年中無休の夜間診療

名称	住所	電話	診療科目	診療時間
横浜市 夜間急病センター	中区桜木町 1-1	212-3535	内科／小児科／眼科／ 耳鼻咽喉科	20:00～24:00
横浜市北部 夜間急病センター	都筑区牛久保西 1-23-4	911-0088	内科／小児科	
横浜市南西部 夜間急病センター	泉区和泉中央北 5-1-5	806-0921	内科／小児科	

●休日の診療● 休日急患診療所 日曜日、祝日、年末年始(12/30～1/3)の診療

名称	住所	電話	診療科目	診療時間
青葉区	市ヶ尾町 31-21	973-2707	内科／小児科	9:00～12:00 13:00～16:00
旭区	二俣川 1-88-16	363-2020		
泉区	泉区和泉中央北 5-1-5	806-0921		
磯子区	磯子 1-3-13	753-6011		
神奈川区	反町 1-8-4 は一と友神奈川 3階	317-5474		
金沢区	金沢町 48 ※R6.5月頃から建替工事が完了するまで、仮設診療所(金沢区谷津町35番地VICSビル2階)にて診療	782-8785		
港南区	港南中央通 7-29	842-8806		
港北区	菊名 7-8-27	433-2311		
栄区	公田町 635 ※建替工事が完了するまで、仮診療所(栄区桂町 301)にて診療	893-2999		
瀬谷区	二ツ橋町 489-46	360-8666		
都筑区	牛久保西 1-23-4	911-0088		
鶴見区	鶴見中央 3-4-22	503-3851		
戸塚区	戸塚町 4141-1	861-3335		
中区	本牧町 2-353	622-6372		
西区	中央1-15-18	322-5715		
保土ヶ谷区	天王町 1-21	335-5975		
緑区	中山 3-16-2	937-2300		
南区	宿町 4-76-1	711-7000		

●夜間・休日の歯科診療●

名称	住所	電話	診療日	診療時間
横浜市 歯科保健医療センター※	中区相生町 6-107	201-7737	(夜間診療) 毎日	19:00～23:00 (受付:～22:30)
			(休日診療) 日・祝・12/29～1/4	10:00～16:00 (受付:～15:30)
金沢区 休日救急診療所	金沢区金沢町 48	782-8785	建て替えに伴い5月中下旬以降移転予定(移転先: 谷津町35番地 VICSビル2階) ※4月から建て替え完了まで歯科診療はありません ※事前にホームページや電話で確認してください	

※歯科の救急診療のほか、毎週月～土曜日(祝日、年末年始を除く)の9時から17時まで、心身障害児・者の歯科診療を実施しています(予約制)。

区役所保険年金課保険係一覧

区役所名	電 話 番 号			所 在 地	最寄り駅等	FAX 番号
	資格・保険料額など については	保険料の納付など については	給付・後期高齢・医療 助成などについては			
鶴 見	(510)1807	(510)1808～09	(510)1810	〒230-0051 鶴見区鶴見中央3-20-1	J R「鶴見」徒歩9分・京 急「京急鶴見」徒歩7分	(510)1898
神 奈 川	(411)7124	(411)7029	(411)7126	〒221-0824 神奈川区広台太田町3-8	J R「東神奈川」・東急「反 町」徒歩7分	(322)1979
西	(320)8425～26	(320)8475	(320)8427～28	〒220-0051 西区中央1-5-10	京急「戸部」徒歩8分・ 相鉄「平沼橋」徒歩10分	(322)2183
中	(224)8315～16	(224)8313～14	(224)8317～18	〒231-0021 中区日本大通35	J R・市営地下鉄「関内」徒歩10分 みなとみらい線「日本大通り」 徒歩5分	(224)8309
南	(341)1126	(341)1127	(341)1128	〒232-0024 南区浦舟町2-33	市営地下鉄「阪東橋」徒歩8分 京急「黄金町」徒歩14分	(341)1131
港 南	(847)8425	(847)8426	(847)8423	〒233-0003 港南区港南4-2-10	市営地下鉄「港南中央」 徒歩2分	(845)8413
保土ヶ谷	(334)6335	(334)6337	(334)6338	〒240-0001 保土ヶ谷区川辺町2-9	相鉄「星川」 徒歩2分	(334)6334
旭	(954)6134	(954)6137	(954)6138	〒241-0022 旭区鶴ヶ峰1-4-12	相鉄「鶴ヶ峰」 徒歩7分	(954)5784
磯 子	(750)2425	(750)2431	(750)2428	〒235-0016 磯子区磯子3-5-1	J R「磯子」 徒歩3分	(750)2545
金 沢	(788)7835～36	(788)7837	(788)7838～39	〒236-0021 金沢区泥亀2-9-1	京急・シーサイドライン 「金沢八景」徒歩12分、 京急「金沢文庫」徒歩12分	(788)0328
港 北	(540)2349	(540)2350	(540)2351	〒222-0032 港北区大豆戸町26-1	東急「大倉山」 徒歩7分	(540)2355
緑	(930)2341	(930)2342	(930)2344	〒226-0013 緑区寺山町118	J R・市営地下鉄「中山」 徒歩5分	(930)2347
青 葉	(978)2335	(978)2431	(978)2337	〒225-0024 青葉区市ヶ尾町31-4	東急「市が尾」 徒歩8分	(978)2417
都 筑	(948)2334～35	(948)2338	(948)2336～37	〒224-0032 都筑区茅ヶ崎中央32-1	市営地下鉄「センター 南」徒歩6分	(948)2339
戸 塚	(866)8449	(866)8445	(866)8450	〒244-0003 戸塚区戸塚町16-17	J R・市営地下鉄「戸 塚」徒歩2分	(871)5809
栄	(894)8425	(894)8425	(894)8426	〒247-0005 栄区桂町303-19	J R「本郷台」 徒歩10分	(895)0115
泉	(800)2425～26	(800)2428～29	(800)2427	〒245-0024 泉区和泉中央北5-1-1	相鉄「いずみ中央」 徒歩5分	(800)2512
瀬 谷	(367)5725～26	(367)5732	(367)5727～28	〒246-0021 瀬谷区二ツ橋町190	相鉄「三ツ境」 徒歩10分	(362)2420

※ 市外局番は横浜「045」です。

◆区役所保険年金課の開庁時間について

《開庁時間》月曜～金曜8時45分～17時、毎月第2・第4土曜日※9時～12時(祝日、年末年始の休庁日を除く)

※通常どおりの業務を行います。区によって一部取り扱わない業務がありますので、詳しくはお住まいの区の区役所保険年金課へお問い合わせください。

市役所国民健康保険担当課

	問い合わせ先	電 話 番 号	所 在 地	最寄り駅等	FAX 番号
市 役 所	健康福祉局保険年金課 ・管理係 ・資格保険料係 ・給付係 ・収納対策担当 ・医療費適正化等担当	(671) 2421 2422 2424 3922 4067	〒231-0005 中区本町6丁目50番地の10	みなとみらい線「馬車 道駅」1C 出入口直結 JR・市営地下鉄「桜木 町駅」徒歩3分	(664)0403

Eメール：kf-hokennenkin@city.yokohama.jp

国民健康保険、こんなときには忘れずに届出を

届出は世帯主(または同じ住民票の方)がお住まいの区の区役所保険年金課へ！

区分	こんなとき	届出に必要なもの	
横浜市国民健康保険に入るとき	職場の健康保険や国民健康保険組合をやめたとき(郵送手続き可)	健康保険資格喪失証明書(※1)	窓口に来る方のマイナンバーカード(お持ちでない方は免許証・パスポート等)
	市外から転入してきたとき	—	
	生活保護を受けなくなったとき	保護廃止・停止通知書	
	子供が生まれたとき	母子健康手帳	
横浜市国民健康保険をやめるとき	職場の健康保険や国民健康保険組合に加入したとき(郵送手続き可)	加入した保険証(※2)又は健康保険資格取得証明書	窓口に来る方のマイナンバーカード(お持ちでない方は免許証・パスポート等) 保険証(※3)
	市外に転出するとき	—	
	生活保護を受けたとき	保護決定通知書	
	死亡したとき	死亡を証明するもの	
その他	市内の他区から転入してきたとき(新たにお住まいになった区の区役所保険年金課へ)	前の区の保険証	窓口に来る方のマイナンバーカード(お持ちでない方は免許証・パスポート等) 保険証(※3)
	区内で転居したとき	—	
	世帯主が変わったとき		
	世帯をわけたり一緒にするとき		
	氏名が変わったとき		
	修学のため市外で生活するとき	在学証明書	
保険証をなくしたり汚したとき(郵送手続き可)	紛失の場合は、保険料額決定通知書、納付書など保険証の番号がわかる書類。汚損の場合は、汚損した保険証。	窓口に来る方のマイナンバーカード(お持ちでない方は免許証・パスポート等) 保険証(※3)	

お届出は原則14日以内にお願ひします。

※1 健康保険資格喪失証明書は、やめた職場または保険証を発行していたところでもらってください。

※2 国民健康保険をやめる方全員分の加入した保険証をお持ちください。

※3 異動がある方、及び世帯主名や住所など保険証の記載事項が変わる方全員分の保険証をお持ちください。また、限度額適用認定証や特定健診の受診券等を交付されている方は併せてお持ちください。

リサイクル適性 (A)

この印刷物は、印刷用の紙へリサイクルできます。

横浜市健康福祉局生活福祉部保険年金課
令和6年3月発行

ウェブサイト <https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/koseki-zei-hoken/kokuho/>

普通徴収による国民健康保険料のお支払いは口座振替が原則です！
口座振替のお手続きについては13ページをご確認ください。