

# 後期高齢者医療制度のお知らせ

～ 平成25年度の保険料のお支払いと  
保険証（被保険者証）の一斉更新について ～

## ■ 7月に保険料額をお知らせします ■

平成25年度の保険料につきましては、7月に個別にお知らせします。

＜保険料の計算方法＞

<b>均等割</b> 【一人当たりの額】 47,709円	+	<b>所得割</b> 【本人の所得に応じた額】 (平成24年中の所得-33万円) × 10.61%	=	<b>1年間の保険料</b> (100円未満切捨て)
------------------------------------	---	---	---	-------------------------------

- 1年間の保険料の上限額は55万円です。
- 年度の途中で加入したときは、加入した月からの月割で計算します。
- ※「所得」とは、前年の「収入」から必要経費（公的年金等控除や給与所得控除額など）を引いたものです。

## ◆ 保険料の軽減

### ① 均等割の軽減（年額）

- 軽減は、被保険者と世帯主の所得の合計で判定します。
- 被保険者ではない世帯主の所得も判定の対象となります。

所得が次の金額以下の世帯		軽減割合	均等割の年額
33万円かつ被保険者全員が所得0円 (年金収入のみの場合、受給額80万円以下)	→	9割軽減	【年額】 4,770円
33万円	→	8.5割軽減	【年額】 7,156円
33万円+(24万5千円×世帯主以外の被保険者数) ※単身世帯の方は該当しません。	→	5割軽減	【年額】 23,854円
33万円+(35万円×世帯の被保険者数)	→	2割軽減	【年額】 38,167円

### ② 所得割の軽減

- 被保険者個人の所得で計算します。

所得が次の金額以下の方	軽減割合
所得から33万円を引いた額が58万円以下の方	5割軽減

### ③ 被用者保険の被扶養者だった方の軽減

- この制度に加入したときに被用者保険の被扶養者だった方については、所得割はかからず、均等割が9割軽減となります。

※被用者保険とは、協会けんぽ等、主にサラリーマンの方々が加入している健康保険のことで、市町村の国民健康保険等は含まれません。

## ◆ 保険料のお支払い方法

保険料のお支払いは、「年金からのお支払い」と「口座振替」を選ぶことができます。

「口座振替」を希望される方は、保健福祉課 介護・保険医療グループへお申し出ください。  
(お申込みに必要なもの：ご本人の保険証・お支払いする口座の預金通帳とお届け印)

- 「年金からのお支払い」から「口座振替」に切り替わる時期は、お申し出の時期により異なります。
- 税申告の際の「社会保険料控除」は、お支払いする方に適用されます。  
(年金からのお支払いの場合、お支払いいただくご本人の社会保険料控除の対象になります。)

## ◆ 保険料の減免

保険料のお支払いが困難な場合は、保健福祉課介護・保険医療グループへご相談ください。  
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、保険料のお支払いが困難な方については、保険料の減免が受けられる場合があります。

## ■ 保険証が新しくなります ■

有効期限が1年間になり、毎年更新することになりました。  
 現在ご使用の保険証の有効期限が平成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月中に新しい保険証を交付しますので、お手元に届きましたら、お持ちの黄色の保険証を破棄し、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、保健福祉課介護・保険医療グループまでお申し出ください。

新しい保険証の色はピンク色です

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	広城市連合町1丁目
氏名	広城 太郎 男
生年月日	昭和 7年 7月 7日
発給年月日	平成20年 4月 1日
発給期日	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
被保険者番号並びに被保険者の名称及び印	39011010 公印(朱)

## ■ 減額認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）も新しくなります ■

現在ご使用の減額認定証の有効期限が平成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。有効期限は保険証と同じく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。  
 新たに必要となる方は、下記の交付要件に該当することをご確認の上、保健福祉課介護・保険医療グループへ申請してください。

減額認定証の交付対象…次の区分Ⅰまたは区分Ⅱに該当する方です

区分Ⅱ	・世帯全員が住民税非課税である方
	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
区分Ⅰ	・世帯全員の所得が0円の方 (公的年金収入のみの方、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

新しい減額認定証の色は水色です

後期高齢者医療被保険者証	
交付年月日 平成25年 8月 1日	
被保険者番号	01234567
住所	広城市連合町1丁目
氏名	後期 一郎 男
生年月日	昭和 7年 7月 7日
発給年月日	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Ⅰ
長期入院該当年月日	平成25年 8月 1日 保険者印
被保険者番号並びに被保険者の名称及び印	39011010 公印(朱)

## ■ 医療費通知の発行を希望される方へ ■

被保険者の皆様に健康や医療に対する理解を深めていただくために、医療費を半年ごとにまとめ、発行をご希望の方を対象に医療費通知を送付しています。  
 なお、次回の発行は、9月（平成25年1月～6月の医療費を対象）に行います。

### ◆ 新たに発行をご希望の方はご連絡ください

新たに発行をご希望の方は、お手数ですが、北海道後期高齢者医療広域連合または保健福祉課介護・保険医療グループへご連絡ください（電話でのご連絡だけで手続きできます）。

- すでに「発行希望」のご連絡をいただいている方には、継続して発行しますので、再度のご連絡は必要ありません。
- この通知を受け取られたことにより、申請等の手続きをされる必要はありません。
- ※ この通知を確定申告などの「医療費控除」の領収書の代わりとすることはできません。

### お問い合わせ先

北海道後期高齢者医療広域連合  
 〒060-0062  
 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館6階  
 電話 011-290-5601

日高町 保健福祉課  
 介護・保険医療グループ  
 電話 01456-2-6184