

後期高齢者医療制度のお知らせ

～ 令和2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 ■

令和2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＞

均等割 【一人当たりの額】 52,048円	+	所得割 【本人の所得に応じた額】 (令和元年中の所得-33万円)× 10.98%	=	1年間の保険料 【限度額64万円】 (100円未満切捨て)
------------------------------------	---	---	---	--

○1年間の保険料の上限額は、令和2年度から64万円になります。

○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されます。

※「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。

●昭和30年1月1日以前に生まれた方の公的年金等に係る所得については、さらに15万円を引いた額で判定します。

対象者の所得要件 (世帯主及び世帯の被保険者全員の軽減判定の所得額)	均等割の軽減割合			
	本則	令和元年度	令和2年度	令和3年度
33万円以下かつ被保険者全員の所得なし (年金収入の場合80万円以下)	7割	8割	7割	
33万円以下		8.5割	7.75割	7割
33万円+(28万5千円×被保険者数)以下	5割	5割		
33万円+(52万円×被保険者数)以下	2割	2割		

※令和2年度から、均等割5割軽減・2割軽減の軽減判定所得が拡充されました。

令和2年度から、軽減特例の見直しにより8.5割軽減から7.75割軽減、8割軽減から7割軽減に変更になりました。

② 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、被用者保険の被扶養者だった方は、負担軽減のための特別措置として、所得割がかからず、制度加入から2年を経過していない期間のみ均等割が5割軽減となります。

(52,048円→26,024円)

※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。

◆ 保険料の減免

保険料のお支払いが困難な場合は、日高町役場保険年金課または日高総合支所地域住民課へご相談ください。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。

◆ 保険料のお支払い方法

保険料のお支払いは、「年金からの天引き」又は「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、日高町役場保険年金課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)

●「年金からの天引き」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。

(年金からの天引きの場合は、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)

■ 保険証が新しくなります (橙色→水色)

現在ご使用の橙色の保険証の有効期限が令和2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、水色の保険証をご使用ください。

- 新しい保険証の有効期限は、令和3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、日高町役場保険年金課または、水・くらしサービスセンター、厚賀出張所、日高総合支所地域住民課までお申し出ください。

新しい保険証は水色です

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限	〇〇年 7月31日
交付年月日	〇〇年 7月 1日
被保険者番号	01234567
住 所	広城市連合町1丁目
保 険 者	氏 名 広城 太郎 男
生年月日	昭和 7年 7月 7日
被保険者開始年月日	平成20年 4月 1日
発 給 日	平成20年 4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	390110000 北海道後期高齢者医療広域連合 公印 (紫)

■ 減額認定証 (限度額適用・標準負担額減額認定証)、限度証 (限度額適用認定証) も新しくなります (黄緑色→黄色)

現在ご使用の黄緑色の減額認定証及び限度証の有効期限が令和2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。

引き続き交付対象に該当する方は、7月中に減額認定証及び限度証を交付しますので、8月1日からは黄色の減額認定証及び限度証をご使用ください。

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うえ、日高町役場保険年金課または、水・くらしサービスセンター、厚賀出張所、日高総合支所地域住民課までお申し出ください。

※有効期間は保険証と同じく1年間です。

◆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

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
	○世帯全員の所得が0円の方 (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

減額認定証 (標準負担額減額認定証)	
有効期限	〇〇年 7月31日
交付年月日	〇〇年 8月 1日
被保険者番号	01234567
住 所	広城市連合町1丁目
保 険 者	氏 名 広城 太郎 男
生年月日	昭和 7年 7月 7日
発 給 日	〇〇年 8月 1日
適用区分	区分Ⅱ
被保険者開始年月日	〇〇年 8月 1日 保険者印
保険者番号並びに保険者の名称及び印	390110000 北海道後期高齢者医療広域連合 公印 (紫)

◆限度証の交付対象…次の3区分のうち、現役並みⅠまたは現役並みⅡに該当する方

現役並みⅢ	住民税課税所得が690万円以上の被保険者と、その方と同一世帯にいる被保険者の方
現役並みⅡ	現役並みⅢに該当せず、住民税課税所得が380万円以上の被保険者と、その方と同一世帯にいる被保険者の方
現役並みⅠ	現役並みⅢ・Ⅱに該当しない3割負担の方と、その方と同一世帯にいる被保険者の方

新しい減額認定証及び限度証は黄色です

後期高齢者医療限度額適用認定証	
有効期限	〇〇年 7月31日
交付年月日	〇〇年 8月 1日
被保険者番号	01234567
住 所	広城市連合町1丁目
保 険 者	氏 名 広城 太郎 男
生年月日	昭和 7年 7月 7日
発 給 日	〇〇年 8月 1日
適用区分	現役Ⅱ
被保険者開始年月日	〇〇年 8月 1日 保険者印
保険者番号並びに保険者の名称及び印	390110000 北海道後期高齢者医療広域連合 公印 (紫)

◆お問い合わせ先

- ・ 北海道後期高齢者医療広域連合 電話 011-290-5601
- ・ 日高町役場 保険年金課 保険医療・介護・年金グループ 電話 01456-2-6561
- ・ 日高総合支所 地域住民課 福祉・保険グループ 電話 01457-6-3173