

◆医療保険◆

■国民健康保険■

◎制度の概要

国民健康保険は、被保険者の疾病、負傷、出産又は死亡に関して、医療の給付又は医療費等の支給をするため、法律によって制度化された社会保障事業の一つです。この事業は、地域を基盤としているものであり、健康保険等の被用者保険とともに、わが国における医療保険制度の根幹をなすものです。

◎保険者

被用者以外の地域住民を対象とし、その加入者から徴収した保険料（税）と国庫負担金等の収入によって、保険加入者が疾病、負傷、出産又は死亡した場合に、保険給付を行う事業主体のことです。

保険者の種類 次の3種類があります。

- 1 県
- 2 市町村
- 3 同種の事業又は事務所に従事する者を組合員とする国民健康保険組合

このうち国民健康保険組合の設立には知事の認可が必要です。現在、県内にある保険者は、県、54市町村と医師国保組合、歯科医師国保組合及び薬剤師国保組合の3組合です。

事業内容 平成30年度から県も保険者に加わり、財政運営の責任主体と位置づけられました。市町村は引き続き、地域住民との身近な関係の中、下記事業内容1～4等の業務を行っています。

- 1 保険の給付
- 2 保険料（税）の賦課及び徴収
- 3 被保険者証の発行
- 4 保健事業活動

◎被保険者

国民健康保険の加入者で、保険料（税）を納付するとともに、疾病、負傷等の保険事故が発生した場合に、保険給付として医師の診療治療等を受けることができる人をいいます。

対 象 市町村の区域内に住所を有する者で、次の方以外は意思のいかんにかかわらず、全員市町村国民健康保険に加入することになっています。

- 1 健康保険等の職場の保険に入っている方とその被扶養者

2 国民健康保険組合に入っている方

(国保組合の場合は、組合員と組合員の世帯に属する人が、被保険者となります。)

3 生活保護を受けている方

4 後期高齢者医療制度の対象となっている方

なお、外国人も原則として被保険者となりますが、渡航目的、在留期間等により被保険者とならない場合があります。

加入手続 前記 1 から 4 の対象でなくなった方は、その日から 14 日以内に現在住んでいる各市(区)役所・町村役場国民健康保険担当課に加入の届けをしてください。

◎退職被保険者

国民健康保険の被保険者のうち退職者医療制度の対象となる方(退職被保険者)は、平成 27 年 3 月 31 日時点で次の要件をすべて満たしている方とその方の被扶養者です。

1 国民健康保険に加入している

2 65 歳未満の方

3 厚生年金や共済年金などの被用者年金制度の加入期間が 20 年以上、若しくは 40 歳以降に 10 年以上ある方で、老齢(退職)年金を受給している方

なお、65 歳到達月の翌月から一般の国保被保険者となり、新しい被保険者証が交付されます。

◎保険料(税)

国民健康保険事業に要する費用は、公費及び保険料(税)等により負担することとなっています。

保険料(税)の算定方式は保険者によって異なりますが、基本的には支払能力に応じた応能割額(所得割・資産割)と、国保加入者数等の受益に応じた応益割額(均等割・平等割)を加えて算定します。

国保事業が円滑に運営されるために保険料(税)の果たす役割が非常に大きいことから、また、負担の公平性ということからも保険者が保険料(税)を徴収する権限は強いものとされ、滞納処分も行えるようになっています。

また、滞納が続くと滞納処分とは別に、通常の被保険者証の代わりに有効期限の短い短期被保険者証が交付されたり、災害などの特別な事情もなく保険料(税)を 1 年間滞納したりすると、被保険者証を返してもらい、代わりに資格証明書が交付される場合もあります。資格証明書は、国保の資格を証明するだけのもので、被保険者証のように受診券とはならないので、医療費はいったん全額自己負担することになります。

なお、一定の所得以下の世帯に対しては、保険料(税)の応益割額(均等割・平等割)に係る部分についてその額の 7 割、5 割又は 2 割を軽減する措置が、非自発的理由により退職した場合は、保険料(税)を算定する際の所得を 30/100 に軽減する措置が講じられます。

◎療養の給付（現物給付）

被保険者が病気や怪我をしたとき、被保険者証を提示し病院などで診療を受けられる保険給付です。

給付内容 次のような給付が受けられます。

- 1 診療
- 2 薬剤または治療材料の支給
- 3 処置、手術その他の治療
- 4 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 5 病院または診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

なお、被保険者は保険医療機関において、診療（療養の給付）を受ける際、一部負担金を負担することになっています。

また、特別な理由がある方で、一部負担金を支払うことが困難であると保険者が認めた場合は、一部負担の減額、支払免除、徴収猶予が受けられる場合がありますので、市町村の担当窓口にご相談ください。

一部負担割合

0歳以上 未就学児	小学生以上 70歳未満	70歳以上	
		一般・低所得 I・IIの人	現役並み 所得者（注）
2割	3割	2割	3割

（注）現役並み所得者とは、同一世帯に住民税課税所得（※）が145万円以上の70歳以上の国保被保険者がいる人をいいます。

ただし、70歳以上の国保被保険者の収入合計が、2人以上で520万円未満、1人で383万円未満の場合は申請により、2割負担となります。

また、誕生日が昭和20年1月2日以降の被保険者及び同じ世帯にいる被保険者の基礎控除後の総所得金額等の合計が210万円以下の方についても、2割負担となります（申請は不要です）。

※課税年度の前年12月31日に世帯主であって、同一世帯に合計所得が38万円以下の19歳未満の国保被保険者がいる場合は、調整控除後の金額となります。

また、入院時の食事の費用については、入院時食事療養費という別個の給付とし、定額の一部負担を行うことになっています。

入院時食事療養費の自己負担額（1食あたり）

一般（下記以外の人）		460円(注1)
住民税非課税世帯 低所得Ⅱ（注2）	90日までの入院	210円
	90日を超える入院 （過去12か月の入院日数）	160円
低所得Ⅰ（注3）		100円

（注1）指定難病及び小児慢性特定疾病の患者、所得区分が一般の人で平成29年4月1日時点ですでに1年を超えて継続して精神病床に入院している人（合併症により転退院した場合で、同日内に再入院する方を含む）は、260円です。

（注2）低所得Ⅱとは、同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税の人（低所得Ⅰ以外の人）にあたります。

（注3）低所得Ⅰとは、同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税で、その世帯の各所得が必要経費・控除（年金の所得は控除額を80万円として計算）を差し引いたときに0円となる人にあたります。

※低所得Ⅰ・Ⅱの人は、入院の際「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要となりますので、市町村の担当窓口で申請を行ってください。

※入院時の食事代は、高額療養費の支給の対象とはなりません。

そして、療養病床に入院する65歳以上の人は、入院時食事療養費と入院時生活療養費の一部定額の一部負担を行うことになっています。

入院時食事療養費・生活療養費の自己負担額

	1食当たりの食費	1日当たりの居住費
一般（下記以外の人）	※460円	370円
低所得Ⅱ	210円	370円
低所得Ⅰ	130円	370円

※ 保険医療機関の施設基準等により、420円の場合もあります。

※ 高額療養費の支給の対象とはなりません。

※ 居住費は一定の要件に合致することにより、200円又は0円の場合もあります。

◎現金給付

病気やケガに対する保険給付では、現物給付としての療養の給付を原則としていますが、これを行うことが困難な場合や高額療養費に該当する場合、また被保険者が出産、死亡したとき等に現金を支給する保険給付です。

1 療養費

保険医療機関でない医療機関で診療を受けた場合、また緊急その他やむを得ない理由により、被保険者証の提出ができなかった場合において、保険者が必要と認めるとき、療養に要する費用の額から一部負担金を控除した額を基準として保険者の定めるところにより支給されます。

2 高額療養費

同じ人が同じ月内に、同一の医療機関に支払った医療費の自己負担分が高額になったときに、自己負担の限度額を超えた分が、申請により後から高額療養費として支給されます。

なお、「限度額適用認定証」（上位所得者・一般）「限度額適用標準負担額減額認定証」（住民税非課税）を提示することで、医療機関への支払が自己負担限度額となります。市町村の担当窓口で交付を受けてください。

自己負担限度額（月額）70歳未満の人の場合

所得区分 ※	限度額（3回目まで）	限度額（4回目以降）
901万円超	252,600円 ＋（医療費が842,000円を超えた場合はその超えた分の1%）	140,100円
600万円超 901万円以下	167,400円 ＋（医療費が558,000円を超えた場合はその超えた分の1%）	93,000円
210万円超 600万円以下	80,100円 ＋（医療費が267,000円を超えた場合はその超えた分の1%）	44,400円
210万円以下 （住民税非課税 世帯除く）	57,600円	44,400円
住民税 非課税世帯	35,400円	24,600円

※基礎控除後の総所得金額等に当たります。

(1) 自己負担額が限度額を超えたとき

同じ人が同じ月内に同じ医療機関で限度額を超える自己負担額を支払った場合、その超えた分が申請により後で支給されます。

(2) 世帯合算ができます

ひとつの世帯で、同じ月内に21,000円（住民税非課税世帯も同額）以上の自己負担額を2回以上支払った場合、それらを合算して限度額を超えた分が、申請により後で支給されます。

(3) 高額療養費の支給が4回以上ある場合

過去12か月以内に、ひとつの世帯で高額療養費の支給が4回以上あった場合、4回目からは、「4回目以降の限度額」を超えた分が申請により、後で支給されます。

(4) 高額の治療を長期間続ける場合

高額の治療を長い間続ける必要がある病気（先天性血液凝固因子障害の一部や人工透析の必要な慢性腎不全、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症）の場合、自己負担限度額が別に定められています。（該当する人は「特定疾病療養受療証」が必要です。）

※高額医療費が支給されるまでの間の一時的な負担軽減のため、貸付制度を設けている市町村があります。

自己負担限度額（月額・平成30年8月から）70歳以上74歳までの人の場合

所得区分	外来 (個人ごと)	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) (注1)	252,600円 + (医療費が842,000円を超えた場合はその超えた分の1%) 過去12ヶ月間に世帯単位の自己負担限度額を超えた高額療養費の支給が4回以上あった場合、4回目以降は140,100円	
現役並み所得者Ⅱ (課税所得380万円以上) (注1)	167,400円 + (医療費が558,000円を超えた場合はその超えた分の1%) 4回目以降は93,000円	
現役並み所得者Ⅰ (課税所得145万円以上) (注1)	80,100円 + (医療費が267,000円を超えた場合はその超えた分の1%) 4回目以降は44,400円	
一般 (課税所得145万円未満等)	18,000円 (年間14.4万円上限)	57,600円 4回目以降は44,400円
低所得者Ⅱ (注2)	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ (注3)		15,000円

(注1) 現役並み所得者とは、70歳以上の国保被保険者のうち、1人でも一定の所得（課税所得が145万円）以上の人が同一世帯にいる人にあたります。

ただし、70歳以上の国保被保険者の収入の合計が、2人以上の場合は520万円未満、1人の場合は383万円未満であると申請した場合は、「一般」の区分と同様となります。また、誕生日が昭和20年1月2日以降の被保険者及び同じ世帯にいる被保険者の基礎控除後の総所得金額等の合計が210万円以下の被保険者についても、「一般」の区分と同様となります（申請は不要です）。

(注2) 低所得Ⅱとは、同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税の人（低所得Ⅰ以外の人）にあたります。

(注3) 低所得Ⅰとは、同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税でその世帯の各所得が必要経費・控除（年金の所得は控除後を80万円として計算）を差し引いたときに0円となる人にあたります。

※入院の際、低所得Ⅰ・Ⅱの人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が、現役並み所得者Ⅰ・Ⅱの人は「限度額適用認定証」がそれぞれ必要となりますので、各市町村の担当窓口申請してください。

70歳未満と70歳以上74歳までの人が同じ世帯の場合

同じ世帯に70歳未満と70歳以上74歳までの方がいる場合、以下のような手順で、家族の皆様の自己負担額を合算し、その合計が世帯全体の自己負担の上限を超えないようにしています。

なお、70歳以上74歳までの方の所得区分に応じて手順が異なります。

—現役並み区分の場合—

a 70歳以上74歳までの方について、外来と入院分を合計した自己負担額に、70歳以上74歳までの方の世帯における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。

b 70歳未満の方の21,000円以上の自己負担額と、aによってもなお残る自己負担額を合計した、世帯全体の自己負担額に、世帯全体における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。

—現役並み区分以外の場合—

a 70歳以上74歳までの方について、外来の自己負担額を個人ごとに合算した額に、70歳以上74歳までの方の外来における負担の上限額をそれぞれ当てはめ、差額を支給。

b 70歳以上74歳までの方の入院分の自己負担額と、aによってもなお残る自己負担額とを合計した額に、70歳以上74歳までの方の世帯における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。

c 70歳未満の方の21,000円以上の自己負担額と、bによってもなお残る自己負担額を合計した、世帯全体の自己負担額に、世帯全体における負担の上限額を当てはめ、差額を支給。

3 出産育児一時金

被保険者が出産したとき保険者の条例若しくは規程の定めにより支給されます。

※出産育児一時金が支給されるまでの間の一時的な負担軽減のため、貸付制度を設けている市町村があります。

4 葬祭費の支給

被保険者が亡くなったとき、葬祭を行った人に支給されます。

5 移送費

被保険者が療養の給付などを受けるために移送されたとき、保険者が必要と認めた場合は、移送費が支給されます。

◎第三者行為（交通事故等）と保険給付

交通事故や傷害事件など第三者（加害者）から受けた傷病も、国保で診療を受けられますが、保険者に「第三者行為による傷病届」を提出する必要があります。この場合は、保険者が加害者に代わり一時立替えて支払うことになり、後日加害者にその立替分を請求することとなります。加害者から直接治療費を受け取ったり、示談を済ませたりすると国保が使えなくなりますのでご注意ください。

◎保健事業

医療保険は、本来、発生した保険事故に対する医療給付を基本事業としていますが、国保の保健事業は、より積極的な事前の措置として、傷病の発生を未然に防止し、あるいは早期発見により重症化、長期化を防止し健康保持増進を図るため、健康教育、疾病予防、健康診断、母性及び乳幼児の保護、栄養改善、レクリエーション等の活動を実施するとともに、療養の給付を行うための国保病院、国保診療所を設置する等の活動を行っています。

県下の国保病院、国保診療所の設置状況は、次のとおりです。

また、平成 20 年 4 月からは 40 歳以上の被保険者を対象として、糖尿病等生活習慣病の予防・改善に着目した特定健康診査・特定保健指導が実施されています。

国保病院

名称	所在地	代表電話
松戸市立総合医療センター	〒270-2296 松戸市千駄堀993-1	047(712)2511
香取おみがわ医療センター	〒289-0332 香取市南原地新田 438-1	0478(82)3161
国保多古中央病院	〒289-2241 香取郡多古町多古 388-1	0479(76)2211
東庄町国民健康保険東庄病院	〒289-0612 香取郡東庄町石出 2692-15	0478(86)1177
国保匝瑳市民病院	〒289-2144 匝瑳市八日市場イ 1304	0479(72)1525
東陽病院	〒289-1727 山武郡横芝光町宮川 12100	0479(84)1335
大網白里市立国保大網病院	〒299-3221 大網白里市富田 884-1	0475(72)1121

公立長生病院	〒299-4192 茂原市本納 2777	0475(34)2121
いすみ医療センター	〒298-0123 いすみ市苅谷 1177	0470(86)2311
鴨川市立国保病院	〒296-0112 鴨川市宮山 233	04(7097)1221
南房総市立富山国保病院	〒299-2204 南房総市平久里中 1410-1	0470(58)0301
鋸南町国民健康保険 鋸南病院	〒299-1902 安房郡鋸南町保田 359	0470(55)2125
国保直営総合病院君津中央 病院	〒292-8535 木更津市桜井 1010	0438(36)1071
国保直営君津中央病院 大佐和分院	〒293-0036 富津市千種新田 710	0439(65)1251

国保診療所

名称	所在地	代表電話
成田市国保大栄診療所	〒287-0225 成田市吉岡 289-1	0476(73)2333
旭市国民健康保険直営 滝郷診療所	〒289-2602 旭市岩井 193-1	0479(55)3017
山武市国保さんぶの森診 療所	〒289-1223 山武市埴谷 1904-3	0475(71)2888
君津市国保松丘診療所	〒292-0503 君津市広岡 1726-1	0439(29)2604
君津市国保笹診療所	〒292-0526 君津市笹 670	0439(39)2213
君津市国保小櫃診療所	〒292-0451 君津市末吉 1046	0439(35)2020
国民健康保険勝浦診療所	〒299-5211 勝浦市松野 448-1	0470(77)0331

■後期高齢者医療制度■

◎制度の概要

後期高齢者医療制度は、高齢者の医療費が増大する中、医療制度を将来にわたり維持するとともに、高齢者の世代と現役世代の費用負担や財政運営の責任を明確化し、公平で分かりやすい制度にするために創設されました。

概要については、以下のとおりです。

◎制度の運営

県内全市町村（54 市町村）が加入する「千葉県後期高齢者医療広域連合」が制度の運営主体となります。

◎被保険者

千葉県内に住所を有する次の方が対象となります。

- 1 75 歳以上の方（75 歳の誕生日当日から）
- 2 65 歳以上 75 歳未満で一定の障害がある方で後期高齢者医療制度に加入を希望する方（認定を受けた日から）

◎患者の窓口負担

- | | |
|----------------|---------------------|
| 1 一般・低所得者Ⅰ・Ⅱ | 1 割 |
| 2 一定以上所得者 | 2 割（令和4年10月1日から〔※〕） |
| 3 現役並み所得者Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ | 3 割 |

※ 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日の施行後3年間（令和7年9月30日まで）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）。

同一世帯の被保険者の課税所得と収入により広域連合が判定します。

(1)現役並み所得者Ⅲ

市町村民税課税所得が690万以上の加入者（被保険者）本人及び同一世帯に属する加入者（被保険者）

(2)現役並み所得者Ⅱ

市町村民税課税所得が380万以上690万円未満の加入者（被保険者）本人及び同一世帯に属する加入者（被保険者）

(3)現役並み所得者Ⅰ

市町村民税課税所得が145万以上380万円未満の加入者（被保険者）本人及び同一世帯に属する加入者（被保険者）

(4)一定以上所得者

市町村民税課税所得が28万以上145万円未満で、かつ、年金収入とその他の合計所得金額が200万円（※）以上の加入者（被保険者）本人。

※単身世帯の場合。複数世帯の場合は、世帯合計所得金額が320万円以上の同一世帯に属する加入者（被保険者）全員。

(5)一般

現役並み所得者、一定以上所得者、低所得者Ⅱ、低所得者Ⅰ以外の方

(6)低所得者Ⅱ

世帯の全員が市町村民税非課税の方（低所得者Ⅰ以外の方）

(7)低所得者Ⅰ

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円となる方

世帯の全員が市町村民税非課税であり、かつ被保険者本人が老齢福祉年金を受給している方

ただし、一部負担金の割合が3割でも、次のいずれかの条件を満たし、広域連合に申請し認定を受けた場合は、1割負担となります。

※(3)に該当する場合、申請の必要はありません。

(1)加入者（被保険者）が1人の場合

前年（1月～7月の判定は前々年）の収入額が383万円未満

※ただし、383万円以上でも同じ世帯に70歳から74歳の国保又は会社の健康保険などの加入者がいる場合は、その方と加入者（被保険者）の収入合計額が520万円未満

(2)加入者（被保険者）が2人以上いる場合

前年（1月～7月の判定は前々年）の収入合計額が520万円未満

※収入とは、所得税法上収入金額（退職所得に係わる収入金額を除く。）であり、必要経費や公的年金控除などを差し引く前の金額です（所得金額ではありません）。

(3)出生日が昭和20年1月2日以降の被保険者及び同じ世帯にいる被保険者の賦課のもととなる所得金額の合計が210万円以下の被保険者

※賦課のもととなる所得金額とは、前年の総所得金額及び山林所得金額並びに株式・長期（短期）譲渡所得金額等の合計から基礎控除額43万円を控除した額です（ただし、雑損失の繰越控除額は控除しません）。

◎自己負担限度額及び高額療養費の支給

月ごとに自己負担の上限額を定めています。

1か月（同じ月内）の医療費の自己負担額が限度額を超えた場合、申請すると限度額を超えた額が高額療養費として支給されます。

平成 24 年 4 月から、高額な外来診療で、同じ医療機関での同じ月の窓口負担が自己限度額を超えた場合に医療機関などの窓口で保険者証などを提出すれば、窓口での支払いが限度額までにとどめられるようになりました。

区分	外来 (個人単位)	外来+入院 (世帯単位)
現役並み所得者Ⅲ	252,600円+ (総医療費-842,000円) × 1% ・多数回該当(※1)の場合は140,100円	
現役並み所得者Ⅱ ※2	167,400円+ (総医療費-558,000円) × 1% ・多数回該当(※1)の場合は93,000円	
現役並み所得者Ⅰ ※2	80,100円+ (総医療費-267,000円) × 1% ・多数回該当(※1)の場合は44,400円	
一般	18,000円 ・年間(8月~翌7月)144,000円上限	57,600円 ・多数回該当(※1)の場合は44,400円
低所得者Ⅱ※3	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ※3	8,000円	15,000円

※1 多数回該当：過去 12 か月以内に世帯単位の限度額を超えた支給が3回以上あった場合、4回目以降は限度額が異なります。

※2 現役並み所得者Ⅰ・Ⅱの方は、市(区)町村担当窓口へ申請し、広域連合から交付される「限度額適用認定証」を医療機関の窓口へ提示することにより、自己負担限度額をあらかじめ低く抑えることができます。

※3 低所得者Ⅰ・Ⅱの方は、市(区)町村担当窓口へ申請し、広域連合から交付される「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関の窓口へ提示することにより、自己負担限度額および入院時の食事負担額等をあらかじめ低く抑えることができます。

◎入院時食事療養費の支給

入院中の食事にかかる費用のうち、1食あたり下記の標準負担額が自己負担となります。
入院したときの1食当たりの標準負担額(自己負担額)

現役並み所得者		460円※
一般		
低所得者Ⅱ	90日までの入院	210円
	過去12か月で減額認定証の交付を受けていた期間の入院日数が90日を超える入院	160円
低所得者Ⅰ		100円

※指定難病の方、所得区分が一般の方で平成28年4月1日時点ですでに1年を超えて継続して精神病床に入院している方（合併症により転退院した場合で、同日内に再入院する方を含む。）は、260円

◎療養病床入院時の生活療養費の支給

療養病床に入院した場合は、食費（1食当たり）と居住費（1日当たり）の下記の標準負担額が自己負担となります。

入院の必要性が継続する方（人工呼吸器、静脈栄養が必要な人や難病の人など）や回復期リハビリテーション病棟に入院している方については、入院したときの1食当たりの標準負担額（前項の表）と同額（居住費負担はありません。）を負担します。

食費・住居費の標準負担額（自己負担額）

所得区分	1食当たりの食費	1日当たりの居住費
現役並み所得者	※1 460円	※2 370円
一般		
低所得者Ⅱ	210円	
低所得者Ⅰ	130円	
低所得者Ⅰで老齢福祉年金受給者	100円	0円

※1 保険医療機関により420円の場合もあります。

※2 居住費は一定の要件に合致することにより、200円又は0円の場合もあります。

◎高額医療・高額介護合算療養費の支給

医療保険の自己負担と介護保険制度のサービス利用料を合算した額が限度額を超えた方は、限度額を超えた分が支給されます。

世帯の自己負担限度額（8月1日～翌年7月31日）

所得区分	後期高齢者医療制度と介護保険の合算額
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
低所得者Ⅱ	31万円
低所得者Ⅰ	19万円

◎保険料

原則として県内は均一の保険料とし、広域連合において決定されました。（令和4年度から2年間）

個人の保険料は、頭割の部分（均等割）と、所得に応じた部分（所得割）により算出されます。

1人当たり保険料額＝均等割額（※1）＋所得割額（※2）

※1 43,400円

※2（総所得金額等－基礎控除額43万円）×8.39%

次の方に対しては、軽減措置が設けられています。

1 均等割額の軽減

世帯の所得状況に応じて「均等割額」が軽減されます。

世帯内の被保険者と世帯主の総所得金額等の合計が次の基準を下回る場合は軽減の対象となります。

(1) 7割軽減：43万円＋10万円×（給与・年金所得者の数－1） ※

(2) 5割軽減：43万円＋（28.5万円×世帯内の被保険者数）
＋10万円×（給与・年金所得者の数－1） ※

(3) 2割軽減：43万円＋（52万円×世帯内の被保険者数）
＋10万円×（給与・年金所得者の数－1） ※

※ 世帯内の被保険者と世帯主のうち、以下のいずれかに該当する者が2人以上いる場合には、その数から1を減じた数に10万円を乗じた金額を加えます。

- ・給与収入（専従者給与を除く）が55万円を超える。
- ・65歳以上（前年の12月31日現在）で公的年金収入（特別控除額15万円を差し引いた額）が110万円を超える。
- ・65歳未満（前年の12月31日現在）で公的年金収入が60万円を超える。

2 被扶養者であった方への軽減措置

被用者保険の被扶養者であった方の「均等割額」は、加入した月から2年間のみ5割軽減されます。「所得割額」はかかりません。

※制度の詳細については保険指導課ホームページ

(<http://www.pref.chiba.lg.jp/hoken/kouki-iryuu/kouki-iryuu/index.html>)

を参照してください。

※各種申請や届出、お問い合わせ等については、千葉県後期高齢者医療広域連合にお願いします。

資格・保険料について TEL：043(308)6768

給付について TEL：043(216)5013

FAX：043(206)0085