

令和6年度版

静岡市

国保のしおり



お問い合わせ先

葵区役所 保険年金課 保険第1・第2係

〒420-8602 静岡市葵区追手町5番1号
☎(054)221-1070

駿河区役所 保険年金課 保険第1・第2係

〒422-8550 静岡市駿河区南八幡町10番40号
☎(054)287-8621

清水区役所 保険年金課 保険係

〒424-8701 静岡市清水区旭町6番8号
☎(054)354-2141

静岡市国保のホームページはこちら→



国保について
しくみと資格

国保のしくみ	2ページ
国保に加入する人は?	3ページ
医療費の一部負担割合	3ページ
医療費が払えないときは(一部負担金の減免および徴収猶予について)	3ページ
マイナンバーカードが健康保険証として利用できます	3ページ
国保の加入・脱退手続き	4ページ
その他保険証の手続きについて(再交付・住所・氏名の変更など)	5・7ページ
外国人住民の皆様へ	5ページ
70歳から74歳までの人の医療費(国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証)	6ページ
後期高齢者医療制度(75歳以上の人の医療保険)	7ページ
臓器提供意思表示欄について	7ページ

国保で受けられる給付
いろいろな場合の給付

療養の給付	8ページ
療養費	8・9ページ
入院時食事療養費	9ページ
入院時生活療養費	10ページ
訪問看護療養費	10ページ
移送費	10ページ
出産育児一時金	11ページ
葬祭費	12ページ
交通事故にあったとき	12ページ

高額療養費について
医療費が高額になった場合の給付

70歳未満の人の高額療養費	13ページ
70歳から74歳までの人の高額療養費	14・15ページ
医療機関に支払う金額が高額になる場合に利用できる制度	15・16ページ
・限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)	
・高額療養費貸付制度	
高額療養費の特例	16ページ
高額療養費の多数回該当の通算について	16ページ
特定の治療を長期間受ける場合の医療費	17ページ
介護保険制度	17ページ
高額医療・高額介護合算制度	18・19ページ

健康
診査

特定健康診査・特定保健指導・国民健康保険健康診査	20・21ページ
--------------------------	----------

保険料について
静岡市国保の保険料

保険料の納付義務者	22ページ
保険料の計算	22・23ページ
保険料の軽減	24・25ページ
・低所得者に対する軽減	
・未就学児に対する軽減	
・出産する被保険者に対する軽減	
・非自発的失業者に対する軽減	
・後期高齢者医療制度移行により、国保被保険者が単身となる世帯に対する軽減	
・被扶養者であった人に対する軽減	
保険料の納め方	25・26・27ページ
減額・免除制度	27ページ
保険料の納付が困難な人は	27ページ

らお
せ知

国保の手続きにはマイナンバーが必要です!!	28ページ
静岡市国保の年間カレンダー	29ページ
窓口が混んでいる時期	29ページ

こんなときは? ~FAQ方式の国保逆引もくじ~



国保について しきりと資格

- Q 就職、退職したときは、どうすればいいですか? 4ページ「国保の加入・脱退手続き」
- Q 住所、氏名が変わったときは、届出が必要ですか? 5ページ「その他保険証の手続きについて」
- Q 保険証を紛失したのですが、再交付はできますか? 5ページ「その他保険証の手続きについて」
- Q 70歳になったときは、保険証や負担割合が変わりますか? .. 6ページ「70歳から74歳までの人の医療費」
- Q 75歳になったときは、保険証が変わりますか? 7ページ「後期高齢者医療制度」
- Q 国保の加入者が亡くなったときは、どうすればいいですか? .. 4ページ「国保の加入・脱退手続き」 / 12ページ「葬祭費」

国保で受けられる給付 いろいろな場合の給付

- Q 医療機関に支払う負担割合は何割ですか? 3ページ「医療費の一部負担割合」
- Q 保険証を持たずに医療機関にかかり医療費を全額自費で支払いましたが、給付金はありますか?
..... 8ページ「療養費」
- Q コルセットなどの補装具を作ったときは、給付金がありますか? 8ページ「療養費」
- Q 海外で治療を受けたときは、給付金がありますか? 8ページ「療養費」
- Q 入院したときの食事代などは、いくらですか? 9・10ページ「入院時食事療養費・入院時生活療養費」
- Q 出産したときは、給付金がありますか? 11ページ「出産育児一時金」
- Q 国保の加入者が亡くなったときは、給付金がありますか? 12ページ「葬祭費」
- Q 交通事故にあって治療を受けるときは、どうすればいいですか? 12ページ「交通事故にあったとき」

高額療養費について 医療費が高額になった場合の給付

- Q 高額な医療費を支払ったときは、給付金がありますか?
..... 13ページ「70歳未満の人の高額療養費」 / 14・15ページ「70歳から74歳までの人の高額療養費」
- Q 医療費が高額になるときは、負担を少なくする方法がありますか?
..... 15・16ページ「限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)」 「高額療養費貸付制度」
- Q 医療と介護の支払いが高額になったときは、給付金がありますか? ... 18・19ページ「高額医療・高額介護合算制度」

健康診査

- Q 健康診査を受けたいのですが、助成がありますか?
..... 20・21ページ「特定健康診査・特定保健指導」 「国民健康保険健康診査」

保険料について 静岡市国保の保険料

- Q 保険料はどのような計算で決まりますか? 22・23ページ「保険料の計算」
- Q 会社の健康保険に加入している世帯主に納付書が届きましたが、世帯主が支払わなければなりませんか?
..... 22ページ「保険料の納付義務者」
- Q 保険料はいつ、どのように納めればいいですか? 25・26・27ページ「保険料の納め方」
- Q 保険料を口座振替で納めたいのですが? 25ページ「普通徴収」
- Q 年金から保険料が差し引きされる人はどのような人が対象ですか? 26・27ページ「特別徴収」
- Q 保険料が減額される制度はありますか? .. 24・25ページ「保険料の軽減」 / 27ページ「減額・免除制度」

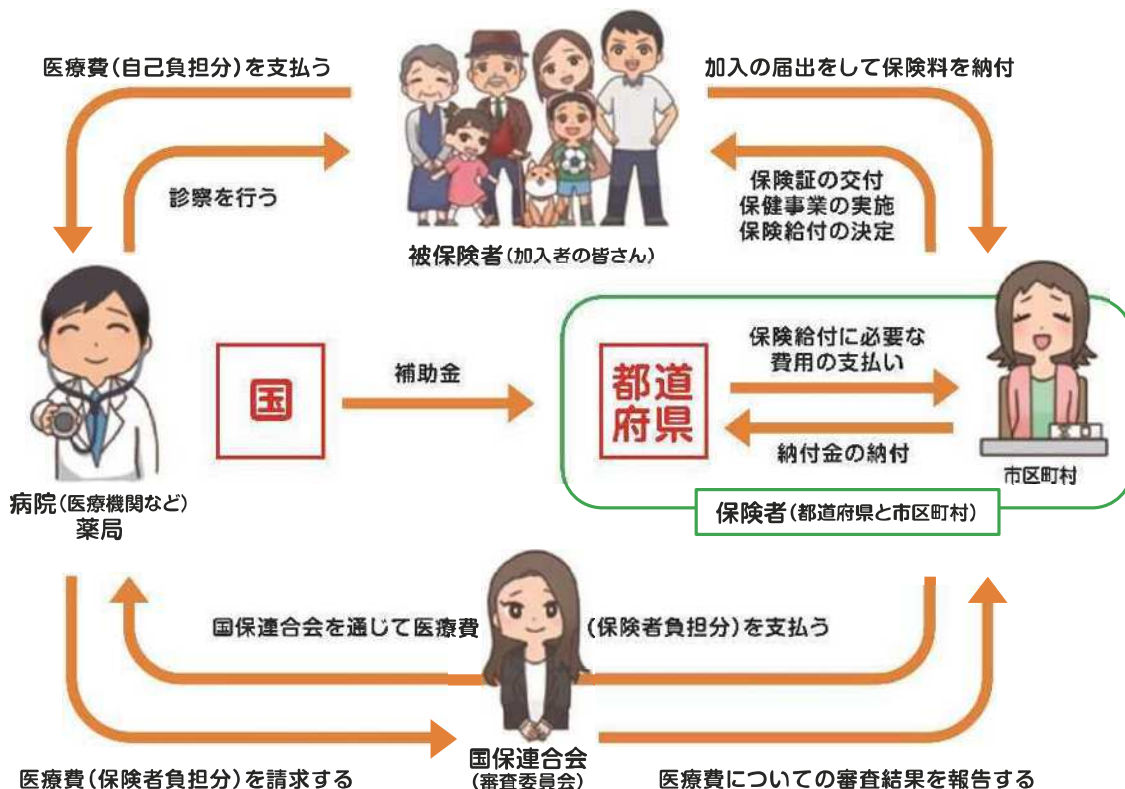
その他

- Q 国保の届出や申請にはマイナンバーが必要ですか? 28ページ「国保の手続きにはマイナンバーが必要です!!」
- Q 窓口が混み合う時期はありますか? 29ページ「窓口が混んでいる時期」

国保のしくみ

国保とは、正式には国民健康保険といいます。わが国では「国民皆保険制度」とっており、国民は必ず何らかの医療保険に加入することになっています。国保はその医療保険制度のひとつで、皆さんが住む市区町村（静岡市）が、都道府県（静岡県）と一緒に運営しています。

国保はこのようなくみで運営されています。



国保の制度について

国保を持続可能で安定的に運営していくため、平成30年4月から、都道府県と市区町村がともに国保の保険者となり、それぞれの役割を担っています。

都道府県と市区町村の役割分担

都道府県の主な役割	市区町村の主な役割
・財政運営の責任主体	・国保事業費納付金を都道府県に納付
・国保運営方針に基づき、事務の効率化、標準化、広域化を推進	・資格を管理(被保険者証などの発行)
・市区町村ごとの標準保険料率を算定・公表	・標準保険料率などを参考に保険料率を決定 ・保険料の賦課・徴収
・保険給付費等交付金の市区町村への支払い	・保険給付の決定・支給

※ 各種申請や届出など、皆さんに身近な窓口事務は、お住まいの市区町村で受付しています。

国保に加入する人は？

他の医療保険（健康保険、共済組合、船員保険、後期高齢者医療制度など）に加入している人や生活保護を受けている人などを除いたすべての人は、住民登録のある市区町村の国保に加入することになります。（国民健康保険法第5条・第6条）

なお、海外に1年以上居住し、一時帰国の期間が1年未満であるときは、住所は海外にあるものとして扱うこととなるため、住民登録の対象とはなりません。（昭和46年3月31日自治振第128号自治省行政局振興課長通知）

医療費の一部負担割合（国民健康保険法第42条）

医療費の一部負担割合は年齢などに応じて決まっています。
医療機関などで支払う医療費（自己負担分）を一部負担金といいます。



・0歳児から高校生年代までのお子様の保険医療助成制度については、各区福祉事務所子育て支援課給付係へお問い合わせください。

葵区 ☎(054)221-1093

駿河区 ☎(054)287-8674

清水区 ☎(054)354-2120

医療費が払えないときは（一部負担金の減免および徴収猶予について）

災害、失業などの特別な理由で、一時的に生活が困難となり、医療機関などに医療費（一部負担金）を支払えないときに、医療費の減額、または免除を受ける制度があります。（国民健康保険法第44条）

事前の申請が必要ですので、詳しくはお住まいの区の保険年金課にご相談ください。

マイナンバーカードが健康保険証として利用できます

利用するための申込は、マイナポータルまたはセブン銀行ATMでできます。



マイナンバーについてのお問合せ

マイナンバー
総合フリーダイヤル

0120-95-0178

平日: 9時30分～20時00分
土日祝: 9時30分～17時30分
紛失・盗難によるマイナンバーカードの一時利用停止については24時間365日受付

年末年始を除く



〈マイナンバーカードの健康保険証利用の条件〉

「マイナポータルの利用者登録」と「マイナポータル上での健康保険証利用申し込み」または「セブン銀行ATMでの申し込み」が必要です。

顔認証機が導入された医療機関に限り、利用できます。

利用できるかについては、受診される医療機関へお問い合わせください。

★健康保険証とマイナンバーカードの一体化について

令和6年12月2日以降、新規の健康保険証は発行しません。マイナンバーカードがない方や健康保険証利用されていない方については、ご本人の被保険者資格情報を記載した「資格確認書」を交付します。

★次のようなメリットがあります。

- ① 就職・転職・引越をしても切れ目なく健康保険証として使えます。※1
- ② 医療保険の資格確認がスピーディーにできます。
- ③ 限度額適用認定証がなくても高額療養費制度における限度額以上の支払が免除されます。※2
- ④ 薬剤情報を確認できるようになり、健康管理や医療の質が向上します。※3
- ⑤ マイナポータルを通じた医療費情報の自動入力で、確定申告の医療費控除がカンタンにできます。

※1 医療保険者への加入の届出は引き続き必要です。

※2 自治体独自の医療費助成などについては書類の持参が必要です。

※3 受診の際、情報提供に同意する必要があります。

★マイナポータルとは

マイナポータルは、政府が運営するオンラインサービスです。子育てや介護をはじめとする行政手続の検索やオンライン申請がワンストップでできたり、行政からのお知らせを受け取ることができる自分専用サイトです。

国保の加入・脱退手続き(国民健康保険法第9条)

次のようなときには、本人または同じ世帯の人が、各区役所保険年金課、支所または市民サービスコーナー(裏表紙参照)へ必ず14日以内に届出をしましょう。
(国民健康保険法施行規則第2条～第15条)

国保に加入したときや国保を脱退したときは、かかっている医療機関などに必ずその旨を申し出てください。

〈保険証はいつもらえますか?〉(令和6年12月1日まで)

新規に加入の手続きをした人には、4～5日程度で郵便にてお送りします。

ただし、本人確認書類(マイナンバーカード、運転免許証、運転経歴証明書、パスポート、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書、顔写真付住基カードの中から有効期限内のものを1つ)で、来庁者の本人確認ができる場合は窓口でお渡しできます。(本人または同じ世帯の人が届け出た場合に限ります。ただし、郵便物が届かなかったことのある人などは、窓口でお渡しできない場合があります。)

なお、井川支所、長田支所および市民サービスコーナーでの受付は、すべて郵送になります。

有効期限到達により保険証を更新する際は、普通郵便で郵送しています。簡易書留による保険証の郵送を希望する人は、各区役所保険年金課、蒲原支所に申し出てください。



	こんなとき	届出に必要なもの
加入する場合	転入したとき	① 転出証明書 ② 世帯主に変更がある場合は、同じ世帯の人全員の国民健康保険証 ③ 特定同一世帯所属者異動連絡票※1、旧被扶養者異動連絡票※2、産前産後期間保険料免除対象者異動連絡票※3 (③の連絡票は前住所地の市区町村で発行されている場合)
	健康保険などを脱退したとき、健康保険などの任意継続が切れたとき、扶養からはずれたとき	健康保険資格喪失証明書または脱退連絡票など(元の勤務先などで発行)
	子どもが生まれたとき	母子健康手帳(出産育児一時金については11ページ「出産育児一時金」参照)
	生活保護が廃止(停止)されたとき	保護証明書
	後期高齢者医療制度の適用でなくなったとき	後期高齢者医療保険証
		・ 左記のほかに、マイナンバーカードまたは通知カードと本人確認書類が必要です。※4 ・ 別世帯の人が届け出る場合は、委任状が必要です。

※1 24ページ「[4](1)※1 特定同一世帯所属者とは」参照。 ※2 24ページ「[4](6)被扶養者であった人に対する軽減」参照。

※3 24ページ「[4](3)出産する被保険者に対する軽減」参照。

※4 28ページ「国保の手続きにはマイナンバーが必要です!!」参照。マイナンバーの提示があれば、添付書類が省略できる場合があります。

- ・ 国民年金の手続きが必要な場合は、年金手帳または基礎年金番号通知書をお持ちください。
- ・ 国保の資格は、健康保険などの資格を喪失した日から取得となります。(国民健康保険法第7条)
そのため、保険料も届出日ではなく、資格取得日までさかのぼって負担していただきます。
- ・ 国保に加入する場合の届出が遅れたときは、給付が受けられないことがあります。
- ・ 国民健康保険料の口座振替を次の金融機関のいずれかで希望する場合は、対象金融機関のキャッシュカードをお持ちください。
届出窓口で口座振替の手続きができます。※
静岡銀行・清水銀行・しずおか焼津信用金庫・静岡信用金庫・静岡市農協・清水農協・ゆうちょ銀行
- ※ 25ページ「[4]保険料の納め方②静岡庁舎・各区役所でのお申込み(ペイジー口座振替受付サービス)」参照。

	こんなとき	届出に必要なもの
脱退する場合	転出するとき	① 転出する人の国民健康保険証 ② 世帯主に変更がある場合は、同じ世帯の人全員の国民健康保険証
	健康保険などに加入したとき、健康保険などの扶養に入ったとき	① 健康保険加入証明書等(勤務先などで発行)または加入した人全員の健康保険の保険証 ② 健康保険などに加入した人、扶養を認められた人全員の国民健康保険証
	死亡したとき	① 亡くなった人の国民健康保険証 ② 世帯主に変更がある場合は、同じ世帯の人全員の国民健康保険証 ③ 相続関係の確認できる書類(全部事項証明など) ④ 葬祭費については12ページ「葬祭費」参照
	生活保護が開始されたとき	① 保護証明書 ② 国民健康保険証
	申請により後期高齢者医療制度へ移行したとき	該当する人の国民健康保険証
		・ 左記のほかに、マイナンバーカードまたは通知カードと本人確認書類が必要です。※ ・ 別世帯の人が届け出る場合は、委任状が必要です。

※ 28ページ「国保の手続きにはマイナンバーが必要です!!」参照。

- ・ 有効期限を経過した国民健康保険証は使用できません。健康保険などに加入していながら、国民健康保険証で医療機関などにかかった場合は、国保が負担した医療費の全額を返していただくことになります。
- ・ 異動届、委任状は静岡市国保のホームページからダウンロードすることができます。

その他保険証の手続きについて(再交付・住所・氏名の変更など)

〈次のような場合にも届出が必要です〉

こんなとき	④ 届出に必要なもの	
住所・氏名が変わったとき	保険証※1	・左記のほかに、マイナンバーカードまたは通知カードと本人確認書類が必要です。※2 ・別世帯の人が届け出る場合は、委任状が必要です。
世帯主が変わったとき	同じ世帯の人全員の保険証※1	
修学で他の市区町村へ転出するとき、および修学が延長となったとき	①保険証※1 ②在学を証明するもの(在学証明書、学生証など)、延長が確認できるもの	
修学が終了し、転入したとき	保険証※1	
施設に入所するため他の市区町村へ転出するとき	①保険証※1 ②施設の入所が確認できる書類	
保険証の紛失など再交付が必要なとき	・マイナンバーカードまたは通知カードと本人確認書類 ・別世帯の人が届け出る場合は、委任状が必要です。	
個人番号の変更があったとき	・変更前のマイナンバーカードまたは通知カード ・変更後の個人番号通知書 ・本人確認書類 ・別世帯の人が届け出る場合は、委任状が必要です。	

※1 保険証のほか、「限度額適用認定証」など国保から交付されているものがあれば、お持ちください。

※2 28ページ「国保の手続きにはマイナンバーが必要です!!」参照。

※3 郵送でできる手続きについては、7ページをご覧ください。

外国人住民の皆様へ

住民基本台帳法の改正に伴い、平成24年7月9日以降、外国人住民の国保の適用範囲が変更になりました。

国保に加入する人

- ①静岡市に住民票のある外国人(在留期間が3ヵ月を超える人)
- ②入国時点において、在留期間が3ヵ月以下で住民票が作成されない外国人のうち、下表の資格で3ヵ月を超えて在留することが資料により確認できる人

- ・国保に加入していた外国人の在留資格が「短期滞在」などに変更となり、住民票がなくなった場合でも、合法的に日本にいる期間は、引き続き国保の被保険者となります。保険証、在留カード、パスポートを持って、お住まいの区の保険年金課に届出をしてください。
- ・健康保険などに加入している人、「外交」、「公用」の在留資格が決定された人などは、国保に加入することができません。
- ・特定活動のうち、治療目的、観光、保養目的による滞在の場合は、国保に加入することができません。
- ・日本と医療保険を含む社会保障協定を結んでいる国の人で、本国政府から社会保障加入の証明がある人は国保に加入することができません。
- ・②の対象者は、届出が必要です。下表の必要なものを持ってお住まいの区の保険年金課に届出をしてください。

在留資格と届出に必要なもの

在留資格	④ 届出に必要なもの	
興 行	活動内容および期間を証する文書(招へい機関との契約書など)	左記のほかに、パスポート、住所が確認できる資料(契約書など)が必要です。
技能実習	活動の内容および期間を明らかにする資料(活動を行う機関が作成した資料など)	
家族滞在	家族滞在の在留資格を有する者を扶養する者の在留資格および在留期間を明らかにする資料	
特定活動	活動の内容および期間を明らかにする資料	

※ 帰国するときや日本国内で住所が変わるときは、お住まいの区の戸籍住民課と保険年金課に必ず届出をしてください。

70歳から74歳までの人の医療費(国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証)

70歳を迎える人には、70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が1日の人はその月)から使用する一部負担金の割合を表示した「国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証」(以下「一体証」という。)を郵送します。(国民健康保険法施行規則第7条の4)

「一部負担金の割合」の判定方法 チャートにしたがって「はい」、「いいえ」をお答えください。

(1) 同じ世帯内の70～74歳の国保加入者全員の令和5年度(8月以降は令和6年度)市民税課税所得(課税標準額)が全員145万円未満である。

はい

いいえ

(2) 70～74歳までの国保加入者全員の令和5年度(8月以降は令和6年度)の旧ただし書所得の合計が210万円以下である。
・旧ただし書所得とは総所得金額等※1から基礎控除額※2を差し引いた額です。

はい

いいえ

申請不要

申請不要

申請による再判定

70～74歳の国保加入者の令和4年中(8月以降は令和5年中)の収入金額が下表のいずれかに該当する。

世帯の状況	左記の人の合計収入額
70歳以上の被保険者が1人だけの場合	383万円未満
収入額が383万円以上の70歳以上の被保険者1人と特定同一世帯所属者※3がいる場合	520万円未満
70歳以上の被保険者が2人以上の場合	

・収入金額とは必要経費等を控除する前の金額です。

はい 申請が必要

いいえ

一部負担金の割合 **2割**

一部負担金の割合 **3割**

☆申請による再判定について

この判定は所得額ではなく収入金額(必要経費等を控除する前の金額)で判定します。

上記チャート(1)、(2)により「3割」と判定され、再判定の表のいずれかに該当する場合は、申請により一部負担金の割合が変更される場合があります。該当する場合は、お住まいの区の保険年金課で申請してください。



申請に必要なもの

- ① 一体証
- ② 来庁者の本人確認書類
- ③ マイナンバー(個人情報)が必要な人の番号確認書類※4
- ④ 令和4年中(8月以降は令和5年中)の収入金額がわかるもの(確定申告書の控え、源泉徴収票など)
- ⑤ 別世帯の人が申請する場合は、委任状

※1 23ページ「※1 国民健康保険料に係る総所得金額等とは」参照。

※2 令和6年7月診療分までは、令和4年中の所得から、令和6年8月診療分からは令和5年中の所得から43万円を控除します。ただし、合計所得金額が2,400万円超の場合は、金額に応じて控除額が変わります。(23ページ「※2 前年の合計所得金額が」参照。)

※3 24ページ「※1 特定同一世帯所属者とは」参照。

※4 28ページ「国保の手続きにはマイナンバーが必要です!!」参照。

後期高齢者医療制度(75歳以上の人の医療保険)

後期高齢者医療制度は、75歳以上の人(65歳以上で一定の障がいがあり後期高齢者医療広域連合の認定を受けた人を含む。)を対象とした医療制度です。

75歳を迎える人は、75歳の誕生日当日から後期高齢者医療制度に加入します。その際、国保への脱退の届出は必要ありません。(ただし、65歳以上で一定の障がいがあり申請により後期高齢者医療制度に加入する人は、国保への脱退の届出が必要です。)

※国民健康保険に加入している人が75歳になったときの保険料の口座振替について

国民健康保険料を口座振替で納付されている人が後期高齢者医療制度に加入したとき、国民健康保険料の口座振替の情報は、後期高齢者医療制度に引き継がれません。

後期高齢者医療制度の保険料を、口座振替での納付を希望されるときは、金融機関などで手続きをお願いします。

ただし、口座振替の手続きをした場合でも、条件に当てはまるときは、保険料は年金からの引き取りとなります。

臓器提供意思表示欄について

↓ 保険証裏面に「臓器提供意思表示欄」があります。

注意事項 保険医療機関等において診療を受けようとするときには、その窓口で電子資格確認を受けるか、この証を渡してください。

備考

※以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思表示をすることができます。
記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
 2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
 3. 私は、臓器を提供しません
- 〈1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。〉

【心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球】

〔特記欄〕

署名(年)月日: 年 月 日

本人署名(自筆):

家族署名(自筆):

〈記入時の注意点〉

- ・記入は任意であり、義務付けられているものではありません。
- ・意思表示欄の記入内容は、臓器の移植に関する法律に規定する書面による意思表示として取り扱われます。
- ・特記欄について、1または2を選択した人で、皮膚、心臓弁、血管、骨などの組織も提供してよい人は、「すべて」あるいは「皮膚」「心臓弁」「血管」「骨」などと記入できます。また、親族優先の臓器提供をしたい場合は、「親族優先」と記入できます。
- ・本人および家族の署名は、自筆で記入してください。可能であれば、この意思表示について知っている家族が、確認のために署名してください。
- ・ボールペンなどの消えない筆記用具を使用して記入してください。

臓器移植に関するお問い合わせ先

(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>

※3 郵送での手続きについて

国保の加入・脱退手続きをする方で窓口での手続きが難しい場合は郵送で届出ができます。静岡市国保のホームページ内の記載例を参考に必要事項を記入し、添付書類を同封してお住まいの区の保険年金課へ郵送してください。この場合、各区保険年金課で発行した保険証は世帯主宛て、住民登録住所へ郵送します。

なお、郵送による手続きは時間がかかりますので、お急ぎの方は窓口へお越しください。

届出に必要なもの

①国民健康保険・国民年金異動届

②4,5ページ「届出に必要なもの」参照

※マイナンバーカードまたは通知カードと本人確認書類はコピーを同封してください。

- ・異動届、証明書、委任状は静岡市国保のホームページからダウンロードすることができます。
- ・書類は、ボールペンなど消せない筆記用具で記入してください(鉛筆・消せるボールペンは不可)。
- ・書類に不備があった場合、書類一式を返送し、再提出をお願いすることもあります。

国保で受けられる給付(法令などの改正により内容が変更される場合があります。)

病気やケガをして医療機関などにかかったとき、また出産や死亡があったとき、国保の加入者は医療保険による診療や、療養費などの支給を受けることができます。

療養の給付(国民健康保険法第36条・第42条ほか)

医療機関などに保険証を提示すれば、医療費の一部負担金(3ページ『医療費の一部負担割合』参照)を支払うだけで、残りは国保が負担します。

療養費(国民健康保険法第54条)

次のような場合は、いったん医療費の全額を自己負担することになりますが、申請により、審査で認められた保険給付分が療養費として払い戻されますので、各区役所保険年金課、蒲原支所で申請してください。(医療費を支払った日の翌日から2年を過ぎると申請できませんので、ご注意ください。ただし、他の健康保険証で医療機関にかかり、旧保険者から請求があったときは、受診日の翌日から2年を過ぎると申請できません)

保険料(税)に滞納がある場合、支給分を保険料(税)へ充当するようお願いすることがあります。

こんなとき	申請に必要なもの
緊急、その他やむを得ない理由で保険証を持たずに治療を受けたとき	① 保険証 ② 来庁者の本人確認書類 ③ 対象医療機関の領収書(コピー不可、領収書はその場で返却します) ④ 診療報酬明細書(レセプト) ⑤ 世帯主振込先口座
静岡市国保加入中に他の健康保険証で医療機関にかかり、旧保険者から請求があったとき	① 保険証 ② 来庁者の本人確認書類 ③ 他の健康保険に返納した領収書(コピー不可、領収書はその場で返却します) ④ 他の健康保険からの返納依頼の通知書 ⑤ 診療報酬明細書(レセプト) ⑥ 世帯主振込先口座
コルセットなどの補装具代や輸血の生血代がかかったとき(医師が必要と認めた場合に限る。)	① 保険証 ② 来庁者の本人確認書類 ③ 領収書(コピー不可、領収書はその場で返却します) ④ 医師の診断書 ⑤ 世帯主振込先口座 ⑥ 明細書(補装具の場合) ⑦ 証明書および写真(靴型装具のみ)
海外渡航中に治療を受けたとき※1(治療目的の渡航を除く。※4)	① 保険証 ② 来庁者の本人確認書類 ③ 対象医療機関の領収書(コピー不可、領収書はその場で返却します) ④ 診療内容明細書、領収明細書など※2 (③④が外国語で作成されている場合は、翻訳者の署名、住所が明記された翻訳文を添付) (④は、月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ必要) ⑤ 世帯主振込先口座 ⑥ 海外で治療を受けた人の渡航期間のわかるもの(パスポート、出入国記録の開示請求による証明書) ⑦ 調査に関わる同意書※2※3

※1 海外に1年以上滞在しているなど生活の実態が海外にあると認められる期間に治療を受けた場合は、療養費を支給できないことがあります。(3ページ『国保に加入する人は?』参照)

※2 静岡市国保のホームページからダウンロードすることができます。

※3 診療内容明細書、領収明細書などの再翻訳や医療機関へ照会を行う場合があります。

※4 臓器移植を受ける場合、支給対象となることがありますので各区役所保険年金課、蒲原支所へお問い合わせください。

〈はり・きゅう、マッサージ、柔道整復などの施術について〉

次の病気や症状についてははり・きゅう、マッサージなどの施術を受けたとき（事前に医師が医療上必要であると認めた場合に限る）や次の負傷について柔道整復の施術を受けたときは、医療保険の対象となります。

ただし、入院などで医師の治療を受けている場合、これらの施術が医療保険の対象とならないことがあります。

- 〔はり・きゅう〕 神経痛、リウマチ、腰痛症、五十肩、頸腕症候群、頸椎捻挫後遺症など
- 〔マッサージ〕 関節拘縮、筋麻痺など
- 〔柔道整復〕 打撲、ねんざ、挫傷（肉離れなど）、骨折・脱臼（緊急時以外は医師の同意が必要）

・領収書は毎回必ずもらうようにしましょう。

入院時食事療養費（国民健康保険法第52条）

国保に加入している人は、入院時の食事代として費用の一部（食事療養標準負担額）を負担し、残りの費用は食事療養費として国保が負担します。

入院時の食事代の標準負担額【食事療養標準負担額】（1食当たり）

令和6年4月1日現在（令和6年6月より変更となる可能性があります）**令和6年6月1日より入院時食事療養標準負担額が変更となりました。**

区 分		1食あたり
市民税課税世帯の人	下記以外の人	460円 490円
	指定難病患者、小児慢性特定疾病児童など	260円 280円
市民税非課税世帯の人 （適用区分オ、低所得Ⅱ）	過去12ヵ月の入院日数が90日以下の場合	240円 230円
	過去12ヵ月の入院日数が90日を超える場合（91日目以降）	160円 180円
市民税非課税世帯に属し、所得が一定の基準に満たない70歳以上の人（低所得Ⅰ）		100円 110円

- ・市民税非課税世帯とは、世帯主および国保加入者全員に令和5年度（8月以降は令和6年度）の市民税※が課税されていない世帯です。
- ・低所得Ⅰとは、世帯主および国保加入者全員に令和5年度（8月以降は令和6年度）の市民税※が課税されず、所得が一定の基準（世帯主および国保加入者全員の総所得金額が0円になる場合。ただし、年金所得は公的年金等控除額を80万円として計算。所得金額調整控除は適用しません。）に満たない世帯です。
- ・指定難病患者、小児慢性特定疾病児童などについては、公費負担医療制度による助成を合わせて受けることができます。（詳しくは入院先の医療機関にお問い合わせください）
- ・市民税課税世帯の人のうち、平成28年3月31日において、すでに1年以上継続して精神病床に入院していた人で、平成28年4月1日以降も引き続き入院（合併症などにより転退院した場合で、同日内に再入院する場合を含む）している人の標準負担額は、経過措置により260円となります。

※ 市民税は、年度の途中で判定対象が変わります。

4月から7月までの受診分は受診月の前年度（令和5年度）、8月から3月までの受診分は受診月の属する年度（令和6年度）の課税状況が判定対象となります。

入院時生活療養費(国民健康保険法第52条の2)

療養病床に入院する65歳以上の国保加入者は、入院時の食費と居住費として費用の一部(生活療養標準負担額)を負担し、残りの費用は生活療養費として国保が負担します。

入院時の食費・居住費の標準負担額【生活療養標準負担額】

令和6年4月1日現在(食費については、令和6年6月より変更となる可能性があります) **令和6年6月1日より入院時食事療養標準負担額が変更となりました。**

区 分 (65歳以上の人)	医療の必要性の低い人		医療の必要性の高い人	
	食事(1食)	居住費(1日)	食事(1食)	居住費(1日)
市民税課税世帯の人	400円 ※490円	370円	400円 ※490円	370円
市民税非課税世帯の人(適用区分才、低所得Ⅱ)	210円 230円	370円	210円 230円 (91日目以降100円) 180円	370円
市民税非課税世帯に属し、所得が一定の基準に満たない70歳以上の人(低所得Ⅰ)	100円 140円	370円	100円 110円	370円

- 市民税非課税世帯とは世帯主および国保加入者全員に令和5年度(8月以降は令和6年度)の市民税が課税されていない世帯です。
- 低所得Ⅰとは、世帯主および国保加入者全員に令和5年度(8月以降は令和6年度)の市民税が課税されず、所得が一定の基準(世帯主および国保加入者全員の総所得金額が0円になる場合。ただし、年金所得は公的年金等控除額を80万円として計算。所得金額調整控除は適用しません。)に満たない世帯です。
- 療養病床に入院する指定難病患者の食費は、食事療養標準負担額と同額の負担となり、居住費は0円となります。(詳しくは入院先の医療機関にお問い合わせください)

※ 医療機関によっては~~420円~~となります。(詳しくは入院先の医療機関にお問い合わせください)
450円

〈入院時食事療養費・入院時生活療養費にかかる手続き〉

国保に加入している市民税非課税世帯の人は、各区役所保険年金課、蒲原支所で「限度額適用・標準負担額減額認定証」または「標準負担額減額認定証」(以下「認定証」という)の交付申請を行ってください。入院前に医療機関などに「認定証」を提示することで、標準負担額が減額されます。(15ページ) **③** (1) 限度額適用認定証(限度額適用・標準負担減額認定証) 参照) ※1

なお、やむを得ない理由で「認定証」を提示できなかった場合は、後日、各区役所保険年金課、蒲原支所で差額の申請をすることができます。



申請に必要なもの

- ① 保険証
- ② 来庁者の本人確認書類
- ③ マイナンバー(個人番号)が必要な人の番号確認書類 ※2
- ④ 対象医療機関の領収書(コピー不可、領収書はその場で返却します)
- ⑤ 世帯主振込先口座
- ⑥ 別世帯の人が申請する場合は、委任状

※1 令和3年10月20日以降、マイナンバーカードの健康保険証利用が可能な医療機関においては、認定証の提示がなくても、マイナンバーカードや健康保険証で資格の確認ができれば、本人の同意により、標準負担額の減額を適用することができるようになりました。

ただし、適用区分才または低所得Ⅱの人で、過去12カ月の入院日数が90日を超えた場合(長期該当)における入院時食事療養費・入院時生活療養費の標準負担額の減額を受けるためには、マイナンバーカードの健康保険証利用が可能な医療機関の受診であっても、各区役所などでの申請が必要となります。

※2 28ページ「国保の手続きにはマイナンバーが必要です!!」参照。

訪問看護療養費(国民健康保険法第54条の2)

医師の指示のもとで、訪問看護ステーションなどを利用したときは、費用の一部を支払うだけで、残りは国保が負担します。

移送費(国民健康保険法第54条の4)

病気やケガにより移動が著しく困難な被保険者が、医師の指示により一時的、緊急的な必要があつて移送されたときは、申請によりその費用のうち審査で認められた金額が支給されます。

申請する場合は、事前に各区役所保険年金課にご相談ください。

出産育児一時金(国民健康保険法第58条、静岡市国民健康保険条例第4条)

- 国保に加入している人が出産したときは、出産育児一時金(支給額50万円※1)を支給します。
- ・妊娠12週(85日)以上の死産または流産の場合を含みます。
 - ・被用者保険(社会保険など)に被保険者として1年以上加入していた人が資格喪失して、国保に加入後6ヵ月以内に出産した場合は、被用者保険または国保のどちらから出産育児一時金の支給を受けるか選択することができます。



〈支給方法について〉

出産育児一時金の支給方法は3通りあり、出産時の本人の費用負担を軽減する方法が、(1)直接支払制度と(2)受取代理制度です。どちらも、出産育児一時金を静岡市国保が医療機関などに直接支払うため、出産費用が50万円以下の場合、本人の費用負担はありません。出産費用が50万円を超える場合は、その超える分については退院時に医療機関などにお支払いください。

なお、直接支払制度および受取代理制度の実施の有無は、医療機関などによって異なりますので、出産する医療機関などにご確認ください。

(1)直接支払制度

出産する医療機関などが、ご本人に代行して申請を行うことで、医療機関に対して直接、出産育児一時金が支払われます。この制度を利用する場合は、出産する医療機関などへ保険証を提示し、直接支払制度を利用する旨の意思表示をしてください。出産費用が50万円未満の場合は、その差額分を支給しますので、各区役所保険年金課、蒲原支所で申請してください。



差額支給申請に必要なもの

- ①「出産育児一時金代理受領支給決定通知書」(出産育児一時金のお知らせハガキ)または対象医療機関などから交付される領収・明細書と直接支払制度の同意書など(原本のみ(コピー不可)、領収・明細書と直接支払制度の同意書などはその場で返却します)
- ②保険証 ③来庁者の本人確認書類 ④母子健康手帳 ⑤世帯主振込先口座

(2)受取代理制度

出産する医療機関などが、ご本人に代わって出産育児一時金を受け取ります。この制度を利用する場合は、出産する医療機関などへ保険証を提示し、受取代理制度を利用する旨の意思表示をした上で、各区役所保険年金課、蒲原支所で申請してください。申請は出産予定日の2ヵ月前から1ヵ月前までに受け付けます。出産費用が50万円未満の場合は、その差額分を支給します。



申請に必要なもの

- ①「出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)」(受取代理人となる医療機関などによる必要事項の記載があること)
- ②保険証 ③来庁者の本人確認書類 ④母子健康手帳 ⑤世帯主振込先口座

(3)出産費用を医療機関などに支払った場合(海外で出産した場合を含む。)

上記(1)(2)の制度を利用せずに出産費用を医療機関などに支払った場合、出産育児一時金(50万円)を支給しますので、各区役所保険年金課、蒲原支所で申請してください。



申請に必要なもの
※2

- ①対象医療機関などから交付される領収・明細書など(コピー不可、領収・明細書はその場で返却します)
 - ②保険証 ③来庁者の本人確認書類 ④母子健康手帳 ⑤世帯主振込先口座
 - ⑥死産の場合は、死産証明や埋葬許可証など妊娠12週(85日)以上であったことが分かる書類
- 【海外出産の場合】
- ①対象医療機関などから交付される領収・明細書など(コピー不可、領収・明細書はその場で返却します)
 - ②保険証 ③来庁者の本人確認書類 ④母子健康手帳 ⑤世帯主振込先口座
 - ⑥出産(死産の場合は妊娠週数記載)の事実を証明する書類(コピー不可)
 - ⑦出産した人のパスポート
 - ⑧①⑥が外国語で作成されている場合は、翻訳者の署名、住所が明記された翻訳文を添付
 - ⑨出産した現地の公的機関・医療機関に対して照会を行うことの同意書を提出していただきます。

※1 令和5年3月31日以前の出産は、支給額42万円となります。

※2 海外に1年以上滞在しているなど生活の実態が海外にあると認められる期間に出産した場合は、出産育児一時金を支給できないことがあります。(3ページ「国保に加入する人は?」参照)

葬祭費(国民健康保険法第58条、静岡市国民健康保険条例第5条)

国保に加入している人が死亡したときは、葬祭を行う(行った)人に葬祭費(支給額5万円)を支給しますので、各区役所保険年金課、蒲原支所で申請してください。

・被用者保険(社会保険など)に被保険者として加入していた人が資格喪失して、国保に加入後3ヵ月以内に死亡した場合は、被用者保険または国保のどちらから葬祭費の支給を受けるか選択することができます。



申請に必要なもの

- ① 亡くなった人の保険証(世帯主の変更がある場合は、同じ世帯の人全員の保険証)
- ② 来庁者の本人確認書類
- ③ 葬祭を行う(行った)人の振込先口座
- ④ 領収書(あて名が申請者のもので、亡くなった人の葬儀であることがわかるもの。コピー不可、領収書はその場で返却します)、会葬礼状、訃報のうち1つ

・国保の脱退手続きが必要となります。4ページ『国保の加入・脱退手続き』参照。

交通事故にあったとき(国民健康保険法第64条)

交通事故など本人以外の行為(第三者行為)によって負傷し、保険証を使用して治療を受けた場合は、速やかに国保へ届出をしなければなりません。届出には下記の書類が必要です。(③～⑥の記入用書類は各区役所保険年金課、蒲原支所にあります)

本人以外の行為によって負傷して保険証を使用し治療を受けた場合の医療費は、本来は、加害者(第三者)が負担すべきものですが、国保が一時立て替え払いをし、後日、過失割合に応じて加害者に請求することになります。



届出に必要なもの

- ① 保険証
- ② 認め印(スタンプ印不可)
- ③ 被害届出書
- ④ 事故発生状況報告書
- ⑤ 念書
- ⑥ 誓約書(※加害者が保険に未加入の場合は、必ず提出してください)
- ⑦ 交通事故証明書
- ⑧ 別世帯の人が届け出る場合は、委任状

・被害届出書などは、静岡市国保のホームページからダウンロードすることができます。



高額療養費について～医療費が高額になった場合の給付～(国民健康保険法第57条の2)

大きな病気やケガなどにより、高額な医療費がかかったとき、支払った金額のうち自己負担限度額を超えた分が、申請により高額療養費として後日支給されます。

ただし、健康診断、予防接種など医療保険適用外の医療費や入院時の食事代、差額ベッド代などについては支給の対象になりません。

高額療養費に該当した場合は、診療月の約2ヵ月後に高額療養費支給申請の案内ハガキを送ります。ハガキが届きましたら、各区役所保険年金課、蒲原支所で申請してください。その際、該当する医療機関などの領収書が必要となる場合がありますので、領収書は大切に保管してください。

令和4年2月診療分以降の高額療養費については、申請手続きを1回行えば次回以降の申請が不要となる場合があります。(自動償還)

なお、入院などあらかじめ医療費が高額になることが見込まれるときは、受診の前に「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」を申請してください。医療機関などへの支払い(保険診療分)が自己負担限度額までとなります。(15ページ「③(1)限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)」参照)保険料(税)に滞納がある場合、支給分を保険料(税)へ充当するようお願いすることがあります。



申請に必要なもの

- ①案内ハガキ ②保険証 ③来庁者の本人確認書類
- ④マイナンバー(個人番号)が必要な人の番号確認書類※1
- ⑤対象医療機関などの領収書(コピー不可、領収書はその場で返却します)※2
- ⑥世帯主振込先口座※3 ⑦別世帯の人が申請する場合は、委任状

※1 28ページ「国保の手続きにはマイナンバーが必要です!!」参照。

※2 公費負担分、令和4年1月以前の診療分(70歳未満)など、領収書の確認が必要な場合があります。

※3 高額療養費は、世帯主に振込みます。やむをえず世帯主以外の人に振込む場合、その人の振込先口座が必要になります。

1 70歳未満の人の高額療養費

(1) 自己負担限度額(1ヵ月)

区 分	自己負担限度額(過去12ヵ月で3回まで)	多数回
旧ただし書所得 901万円超 【適用区分 ア】	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円
旧ただし書所得600万円超～901万円以下 【適用区分 イ】	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
旧ただし書所得210万円超～600万円以下 【適用区分 ウ】	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
旧ただし書所得210万円以下 【適用区分 エ】	57,600円	44,400円
市民税非課税世帯 【適用区分 オ】	35,400円	24,600円

・総医療費とは、保険診療の全額分(10割分)です。

・旧ただし書所得とは、総所得金額等から基礎控除額※を差し引いた額です。

・適用区分の判定は、令和6年4月から7月までの受診であれば令和5年度(令和4年分)、令和6年8月から令和7年3月までの受診分は令和6年度(令和5年分)の旧ただし書所得が判定基準となります。

・市民税非課税世帯とは、世帯主および国保加入者全員に令和5年度(令和6年8月以降は令和6年度)の市民税が課税されていない世帯です。

・多数回とは、静岡市国保(平成30年4月診療以降は、世帯の継続性が認められる場合には静岡県内の市町村国保)から診療月単位で過去12ヵ月に3回以上高額療養費の支給を受けたときの4回目以降の限度額です。(医療機関などでオンライン資格確認による限度額の適用を受けるか「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示し自己負担限度額を超える入院または外来受診をした診療月も回数に含みます。)

・所得の確認ができない人がいる世帯は、【適用区分 ア】とみなされます。

※ 令和6年7月診療分までは、令和4年中の所得から、令和6年8月診療分からは令和5年中の所得から43万円を控除します。ただし、合計所得金額が2,400万円超の場合の基礎控除額については、23ページ「※2 前年の合計所得金額が」参照。

(2) 高額療養費の計算方法

・各月の1日から末日までの1ヵ月単位で計算します。(月が変われば別々に計算します)

・個人ごと、医療機関ごとに計算します。

・同じ医療機関であっても入院と外来は別に計算します。

・同じ医療機関であっても内科と歯科は別に計算します。

・医療機関から処方箋をもらい、薬局で支払った薬代については、処方箋をもらった医療機関に支払った金額と合わせて計算します。

・上記により計算した支払額が、自己負担限度額を超えたとき、超えた金額が高額療養費として支給されます。

・上記により計算した支払額で21,000円以上のものを合計して自己負担限度額を超えたときも、高額療養費の支給が受けられます。

2 70歳から74歳までの人の高額療養費

(1) 自己負担限度額(1ヵ月)

平成30年8月受診分～(※平成30年7月受診分までについては、一部自己負担限度額が異なります)

区 分	自己負担限度額	
	外来限度額(個人ごと)	世帯限度額(入院および世帯で入院と外来が複数あった場合)
現役並み所得Ⅲ 課税所得690万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% 〔多数回140,100円〕	
現役並み所得Ⅱ 課税所得380～690万円未満	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% 〔多数回93,000円〕	
現役並み所得Ⅰ 課税所得145～380万円未満	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% 〔多数回44,400円〕	
一 般	18,000円 〈年間上限144,000円〉	57,600円 〔多数回44,400円〕
低 所 得 Ⅱ	8,000円	24,600円
低 所 得 Ⅰ		15,000円

- ・総医療費とは、保険診療の全額分(10割分)です。
- ・課税所得とは、市民税の課税標準額です。
- ・現役並み所得とは、国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証(以下「一体証」という。)の一部負担割合が3割と表示された人がいる世帯です。
- ・一般とは、現役並み所得(平成30年8月以降は現役並み所得Ⅲ、Ⅱ、Ⅰ)・低所得Ⅱ・低所得Ⅰに該当しない世帯です。
- ・低所得Ⅱとは、世帯主および国保加入者全員に令和5年度(8月以降は令和6年度)の市民税が課税されていない世帯です。
- ・低所得Ⅰとは、世帯主および国保加入者全員に令和5年度(8月以降は令和6年度)の市民税が課税されず、所得が一定の基準(世帯主および国保加入者全員の総所得金額が0円になる場合。ただし、年金所得は公的年金等控除額を80万円として計算。所得金額調整控除は適用しません。)に満たない世帯です。令和3年8月以降は、低所得Ⅱに該当する者に係る各種金額の算定に当たり、総所得金額に給与所得が含まれている場合には、当該給与所得の金額から10万円を控除します。
- ・多数回とは、静岡市国保(平成30年4月診療以降は静岡県内の市町村国保)から診療月単位で過去12ヵ月に3回以上高額療養費の支給を受けたときの4回目以降の限度額です。(医療機関などでオンライン資格確認による限度額の適用を受けるか「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示し自己負担限度額を超える入院または外来受診をした診療月も回数に含まれます。個人ごとの外来限度額を超える場合の支給は含めません。)
- ・年間上限とは、1年間(8月～翌7月)の外来自己負担額の合計に上限を設けるものです。

(2) 高額療養費の計算方法

- ・各月の1日から末日までの1ヵ月単位で計算します。(月が変われば別々に計算します)
- ・外来については個人ごとに計算します。医療機関などの区別はなく1ヵ月の支払額すべてを合計し、外来限度額を超えた金額が支給されます。
- ・入院については、医療機関では世帯限度額までを支払い、それを超えた金額(「高額療養費」)は、国保から医療機関に直接支払います。
- ・同じ月に同じ世帯の一体証をお持ちの人に入院と外来の両方での受診があった場合、まず外来について支給金額(①)を計算します。外来分について支給金額を引いてなお残る自己負担額と入院分の自己負担額を合計し、世帯限度額を超えた金額(②)を計算し、①と②を合計したものが支給金額となります。(平成30年8月以降、現役並み所得世帯には外来限度額はなくなります)
- ・70歳から74歳までの人の支払額(上記の計算による高額療養費がある場合は、その高額療養費を除いた金額)は、70歳未満の人の高額療養費の計算に加えることができます。

(3) 年間上限の計算方法(計算期間:8月受診分から翌年7月受診分までの12ヵ月)

基準日(7月31日)時点で一般区分又は低所得区分である被保険者について、計算期間(8月1日から翌年7月31日まで)のうち一般区分又は低所得区分であった月の外来療養に係る自己負担額(月間の高額療養費が支給されている場合は支給後の額)を合算し、144,000円を超える場合は、その超える分が申請により支給されます。