

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か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、マイナ保険証で受診するか、医療機関で認定証情報のオンライン資格確認ができれば、申請手続きなしで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 医療機関に支払う金額が高額になる場合の限度額適用』参照)

保険料(税)に滞納がある場合、限度額の適用はできません。



申請に必要なもの

- ①案内ハガキ ②マイナ保険証または資格確認書等 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か月)

令和7年8月診療分から、自己負担限度額が変更となる可能性があります。

適用区分	自己負担限度額(過去12か月で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7年4月から7月までの受診であれば令和6年度(令和5年分)、令和7年8月から令和8年3月までの受診分は令和7年度(令和6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6年度(令和7年8月以降は令和7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(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か月に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。(医療機関などでマイナ保険証を提示した場合や認定証情報のオンライン資格確認ができた場合に、入院または外来受診の支払額(保険診療分)について自己負担限度額の適用を受けた診療月も回数に含まれます。)(他国保や被用者保険分は回数に含まれません。)
- ・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7年7月診療分までは令和5年中の所得から、令和7年8月診療分からは令和6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か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か月)

令和7年8月診療分から、自己負担限度額が変更となる可能性があります。

適用区分	自己負担割合	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	3割	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	2割	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、70歳から74歳までの人で資格確認書または資格情報のお知らせの一部負担割合が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Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ、低所得Ⅱ・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6年度(8月以降は令和7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6年度(8月以降は令和7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。
- ・多数回とは、静岡市国保(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か月に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。(医療機関などでマイナ保険証を提示した場合や認定証情報のオンライン資格確認ができた場合に、入院または外来受診の支払額(保険診療分)について自己負担限度額の適用を受けた診療月も回数に含みます。個人ごとの外来限度額を超える場合の支給は含みません。)(他国保や被用者保険分は回数に含みません。)
- ・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か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か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70歳から74歳まで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。
- ・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か月)

基準日(7月31日)時点で一般区分また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)のうち一般区分また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。

(4) 高額療養費年間上限の申請方法

- ① 静岡市国保の自己負担額のみで限度額(144,000円)を超え、支給を受けられる場合
7月31日時点で国保に加入している支給対象者へは、11月頃に「高額療養費(外来年間合算)支給申請のお知らせ」のハガキをお送りします。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。
- ② 静岡市国保の自己負担額のみでは限度額(144,000円)を超えないが、静岡市国保以外の自己負担額を合算することで限度額を超え、支給を受ける場合
「高額療養費(外来年間合算)支給申請のお知らせ」のハガキは送付されませんのでご注意ください。該当している場合は自己負担額のあったそれぞれの保険者から自己負担額証明書の交付を受けたうえで、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

- ①案内ハガキ
- ②マイナ保険証または資格確認書等
- 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自己負担額証明書(必要な人のみ)
- ⑥世帯主振込先口座が確認できるもの※2
- 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 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。

3 医療機関に支払う金額が高額になる場合の限度額適用

(1) マイナ保険証等による限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)情報の確認

マイナ保険証で医療機関を受診した場合は、医療機関・薬局・訪問看護事業所など(以下、「医療機関など」という)への1か月あたりの支払額(保険診療分)が、医療機関ごと、入院・外来ごとに自己負担限度額までになります。

非課税世帯(適用区分オ、低所得I、低所得II)の人は、マイナ保険証の提示により、入院時の食事代などの減額もあわせて受けられます。(9ページ『入院時食事療養費』、10ページ『入院時生活療養費』参照)

また、資格確認書または有効な保険証で医療機関を受診した場合も、マイナ保険証が利用できる医療機関などにおいては、被保険者等の同意があれば、自己負担限度額区分情報をオンライン資格確認により参照することができます。この場合も、各区役所などでの申請手続きなしで自己負担限度額を超える支払いが免除されます。

このため、従来の高額療養費の限度額適用区分を示した「限度額適用認定証」(非課税世帯の場合は「限度額適用・標準負担額減額認定証」)(以下「認定証」という)の交付申請は不要となります。

(2) 認定証の交付申請が必要な人

以下のときは各区役所保険年金課、蒲原支所で「認定証」の交付申請が必要です。

- ①市民税非課税世帯のうち、区分が「オ」または「低所得II」の場合において、過去12か月の入院期間が90日を超えた場合の入院時食事療養標準負担額、生活療養標準負担額の減額を受けるとき。長期該当であることを記載した認定証の交付申請が必要です。(9ページ『入院時食事療養費』、10ページ『入院時生活療養費』参照)
- ②保険料(税)の滞納がある(滞納したことがある)場合に、急ぎで限度額の適用が必要なとき(持ち物:申請に必要なもの⑤)。滞納があると認定証情報がオンライン資格確認で表示されなくなります。なお、申請がない場合、滞納解消後オンラインで認定証情報が確認できるまでに時間を要します。
- ③市県民税の変更や世帯員の異動などがあつたときで、急ぎで内容を反映した限度額の適用が必要なとき。遅れて税申告等をした人や転入して間もない人は、所得の確認ができるまでは正確な限度額が表示されない場合があります。
- ④その他、何らかの事情でオンライン資格確認を行えないとき。

上記①～④のときも、70歳から74歳までの3割負担の人のうち「現役並み所得Ⅲ」の区分と、2割負担の人のうち「一般」の区分の人は、1か月あたりの医療機関などへの支払額(保険診療分)が入院・外来ごとに自己負担限度額までになるため、「認定証」の申請をする必要はありません。



申請に
必要なもの

- ①認定証を必要とする人のマイナ保険証または資格確認書等
- ②来庁者の写真付き本人確認書類※1
- 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別世帯の人が申請する場合は、委任状
- ⑤申請日前2週間以内に保険料(税)を納付した場合は、納付が確認できる領収証書または預金通帳(口座振替またはモバイルレジの場合)。(スマホ画面での確認不可)。

※1 マイナンバーカード、運転免許証等、官公署が発行するもの。写真付きのものでない場合、申請はできますが、郵送交付となります。

※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。

(次ページへ続く)

〈申請時の注意〉

- ・ 保険料(税)の滞納がある場合は、「認定証」の交付ができません。(70歳以上の人を除く)
まずは、保険料(税)の納付についてご相談ください。ご相談は、27ページ「**6** 保険料の納付が困難な人は」参照。
- ・ 申請に必要なものが不足したときは、郵送交付となる場合があります。

〈制度利用時の注意〉

- ・ 自己負担限度額の計算は、個人ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに行います。
- ・ 同じ医療機関であっても内科と歯科は別に計算します。
- ・ 70歳未満の人が「マイナ保険証」を提示したときの自己負担限度額は、「過去12か月で3回まで」の金額で請求されます。医療機関で多数回に該当していると判断できた場合のみ「多数回」の金額で請求されます。(13ページ「**11** 70歳未満の人の高額療養費」参照)
- ・ 世帯で高額療養費の合算対象があった場合などは、後日、高額療養費支給申請の案内ハガキを送付します。

4 高額療養費の特例

(1) 非自発的失業者のいる世帯に対する特例

世帯内の国保加入者に非自発的失業者※1がいる場合は、非自発的失業者の給与所得を100分の30として計算し、70歳未満の区分の判定を行います。また、保険料の軽減判定用の合計所得が2割軽減の基準金額以下になる場合※2は、70歳未満は非課税世帯として扱い、70歳から74歳までの「一般」区分は「低所得Ⅱ」区分として扱います。また、令和3年8月診療分以降は低所得世帯であって、非自発的な離職をした特例対象被保険者等の属する世帯においては、当該世帯に給与所得を有する者または公的年金などに係る所得を有する者(給与所得者など)が2人以上いる場合には、給与所得者等の数の合計数から1を減じた数に10万円を乗じて得た金額を高額療養費算定基準額および介護合算算定基準額に加えるものとしします。

※1・※2 24・25ページ「**6** 保険料の軽減」参照。

(2) 75歳になる月の特例

月の途中で75歳になり後期高齢者医療制度に移行する場合、74歳までに加入していた国保と後期高齢者医療制度の自己負担限度額(対象者分に限る。)がそれぞれ本来の額の半額になります。

(3) 同一都道府県内の他市町村へ転居した月の特例

月の途中で市町村国保を脱退、その後、同一都道府県内の転出先市町村国保へ加入し、世帯の継続性が認められた場合、以前加入していた市町村国保と転出先市町村国保での自己負担限度額がそれぞれ本来の額の半額になります。(月の途中で県外国保・被用者保険を脱退し、市町村国保へ加入した場合この特例は適用されません。)

(4) 75歳になる月に同一都道府県内の他市町村へ転居した月の特例

75歳になる月の途中で市町村国保を脱退、その後、同一都道府県内の転出先市町村国保へ加入し、世帯の継続性が認められた場合、以前加入していた市町村国保と転出先市町村国保での自己負担限度額(対象者分に限る。)がそれぞれの本来の額の1/4になります。また、後期高齢者医療制度の自己負担限度額(対象者分に限る。)が本来の額の半額になります。(月の途中で県外国保・被用者保険を脱退し、市町村国保へ加入した場合この特例は適用されません。)

5 高額療養費の多数回該当の通算について

都道府県も国保の保険者となったことに伴い、同一都道府県内の他市町村に住所異動した場合でも、住所異動する前と同じ世帯であることが認められるときは、高額療養費の多数回該当に係る該当回数が通算され、経済的な負担が軽減されます。

例		4月	5月	6月	7月	8月	9月
静岡県	B市			②	③	④	
	C市		①				
A県	D市	①					

県内で通算 ④から該当

※○の数字は、高額療養費の多数回該当に係る該当回数

6 特定の治療を長期間受ける場合の医療費

厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施している慢性腎不全、血友病など）に係る診療を受ける場合には、静岡市（国民健康保険）から特定疾病に係る認定を受け、医療機関などでマイナ保険証を提示すること等※1により、1か月単位の自己負担限度額（医療機関ごと、入院・外来ごと）が1万円となります。ただし、70歳未満で人工透析を受けている人のうち、高額療養費の適用区分がア・イの世帯の人については、自己負担限度額が2万円となります。また、静岡市国保加入前に他の国保や被用者保険で認定されている人についても、静岡市国保で新たに申請が必要になります。認定を希望する人は、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

- ① 認定を必要とする人のマイナ保険証または資格確認書等
- ② 来庁者の写真付き本人確認書類※2
- ③ マイナンバー（個人番号）が必要な人の番号確認書類※3
- ④ 医師の証明書
- ⑤ 別世帯の人が申請する場合は、委任状

- ※1 マイナ保険証で医療機関を受診した場合は、マイナ保険証の提示により特定疾病の認定を受けていることの確認ができます。資格確認書の交付を受けている人には特定疾病療養受療証を交付するため、この証の提示により認定を受けていることの確認を受けてください。
- ※2 マイナンバーカード、運転免許証等、官公署が発行するもの。本人確認書類が写真付きでない場合、申請はできますが、郵送交付となります。
- ※3 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。

介護保険制度

40歳以上の人が被保険者となって保険料を納め、介護や支援が必要と認定されたときには、費用の一部（1割、2割または3割）を支払って、介護サービスを利用できるしくみです。

	加入する人	サービスを受けられる人	保険料の決め方	保険料の納め方
第1号被保険者	65歳以上の人 （被保険者証は65歳の誕生日前までに郵送）	日常の生活動作に介護や支援が必要と認定を受けた人	被保険者個人ごとに、所得と世帯の課税状況に応じて決定	年金が年額18万円以上の人は年金から天引き（それ以外の人は、納付書で支払い。口座振替も可。）
第2号被保険者	40歳以上65歳未満の医療保険加入者	老化が原因とされる病気などにより介護や支援が必要と認定を受けた人	加入している医療保険の算定方法により決定	加入している医療保険の保険料と一括して支払い

要介護（要支援）認定の申請については、各区福祉事務所の高齢介護課（介護保険係）へお問い合わせください。
葵区 ☎ (054) 221-1180 駿河区 ☎ (054) 287-8679 清水区 ☎ (054) 354-2110

介護保険適用除外について

40歳から64歳までの人で、指定障害者支援施設などの介護保険の適用除外施設（以下の対象施設）に入所または入院している人は介護保険料の納付対象者から除外されます。手続きをされていない人は各区役所保険年金課、蒲原支所までお問い合わせください。

適用除外対象施設

医療型障害児入所施設
指定発達支援医療機関
のぞみの園が設置する施設
国立ハンセン病療養所等
救護施設
労働者災害特別介護施設
障害者支援施設
指定障害者支援施設



申請に必要なもの

- ① マイナ保険証または資格確認書等
- ② 住民票の写しまたは施設入所証明書

国保について
しくみと資格

国保で受けられる給付
いろいろな場合の給付

高額療養費について
医療費が高額になった場合の給付

健康
診療

保険料について
静岡市国保の保険料

お知らせ

高額医療・高額介護合算制度〈国民健康保険法第57条の3〉

高額医療・高額介護合算制度とは、国保などの各医療保険制度における世帯において、医療および介護の両制度ともに自己負担額がある場合、医療と介護（総合事業分は除く。）の1年分の自己負担額を合算して、一定の限度額（自己負担限度額）を超える金額については高額介護合算療養費（介護分は高額医療合算介護（介護予防）サービス費）として支給する制度です。毎年7月31日を基準日とし、基準日時点で世帯の中で同じ医療保険に加入している人の自己負担額を合計します。

申請先は、7月31日現在に加入している医療保険です。

（1）世帯の自己負担限度額（計算期間：8月受診から翌年7月受診までの12か月間）

区分は高額療養費における区分を適用します。自己負担額を合算する際、高額療養費、高額介護（介護予防）サービス費などの支給額は控除します。また、入院時の食費、居住費、差額ベッド代など、高額療養費または高額介護（介護予防）サービス費などで支給の対象とならないものは高額医療・高額介護合算制度でも支給の対象となりません。

①70歳未満の人 ※

区 分	限度額
旧ただし書所得 901万円超 【適用区分 ア】	212万円
旧ただし書所得 600万円超～901万円以下 【適用区分 イ】	141万円
旧ただし書所得 210万円超～600万円以下 【適用区分 ウ】	67万円
旧ただし書所得 210万円以下 【適用区分 エ】	60万円
市民税非課税世帯 【適用区分 オ】	34万円

- ・旧ただし書所得とは、総所得金額等から基礎控除※を差し引いた額です。
- ・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6年度（8月以降は令和7年度）の市民税が課税されていない世帯です。
- ※令和7年7月診療分までは令和5年中の所得から、令和7年8月診療分からは令和6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。

②70歳から74歳までの人 ※1

区 分	所得要件	限度額
現役並み所得	現役並み所得Ⅲ 課税所得690万円以上	212万円
	現役並み所得Ⅱ 課税所得380～690万円未満	141万円
	現役並み所得Ⅰ 課税所得145～380万円未満	67万円
一 般	課税所得145万円未満	56万円
低 所 得 Ⅱ	市民税非課税	31万円
低 所 得 Ⅰ	市民税非課税（所得が一定以下）	19万円※2

- ・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、一部負担割合が3割の方がいる世帯です。
- ・一般とは、現役並み所得（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6年度（8月以降は令和7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6年度（8月以降は令和7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Ⅰ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、当該給与と所得の金額から10万円を控除します。

- ※1 対象世帯に70歳未満と70歳から74歳までが混在する場合、まず70歳から74歳までの自己負担合算額に限度額を適用した後、残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用します。
- ※2 介護サービス利用者が複数いる場合、介護保険の算定は31万円の限度額を用いて計算します。

(2) 高額介護合算療養費の申請方法

① 静岡市国保および静岡市介護保険の自己負担額のみで限度額を超え、支給を受けられる場合

7月31日時点で国保に加入している支給対象世帯へは、12月頃に「高額介護合算療養費支給申請のお知らせ」のハガキをお送りします。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。

② 静岡市国保および静岡市介護保険の自己負担額のみでは限度額を超えないが、静岡市国保、静岡市介護保険以外の自己負担額を合算することで限度額を超え、支給を受ける場合

「高額介護合算療養費支給申請のお知らせ」のハガキは送付されませんのでご注意ください。該当している場合は自己負担額のあったそれぞれの保険者から自己負担額証明書の交付を受けたうえで、各区役所保険年金課、蒲原支所で申請してください。

なお、国保の窓口で介護分(高額医療合算介護(介護予防)サービス費)の支給申請も同時に受け付けます。



申請に
必要なもの

- ①案内ハガキ ②マイナ保険証または資格確認書等 ③介護保険証
- ④来庁者の本人確認書類 ⑤自己負担額証明書(必要な人のみ) ⑥世帯主振込先口座
- ⑦マイナンバー(個人番号)が必要な人の番号確認書類※
- ⑧別世帯の人が申請する場合は、委任状

※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。



ポイント

こんな取り組みをしてみよう

かかりつけ医・薬局をもつ

病歴や体質、健康状態などを把握してもらうと、適切な治療やアドバイスが得られ、必要に応じて専門医を紹介してもらえます。大きな病院を受診する際には、「紹介状なし加算」がありますが、必要なときだけ紹介状を持参してかかれば医療費の節約になります。

また、かかりつけ薬局をもつことにより、薬局は患者の服用情報の一元的・継続的な把握と薬学的管理を行うことができ、患者は、より適切なアドバイスを受けることができるようになります。

これにより、多剤・重複投薬の防止や残薬解消なども可能となり、患者の薬物療法の安全性・有効性が向上します。

ジェネリック医薬品の利用で医療費を安くする

ジェネリック医薬品という選択肢があります。ジェネリック医薬品とは、新薬と同じ有効成分を同量含んでおり、新薬と同等の効果があると厚生労働省に認められた医薬品です。特許が切れた後に製造するため、高額な開発コストが削減され、新薬と比較して医療費を安く抑えることができます。今服用しているお薬をジェネリック医薬品に切り替えたい場合は、かかりつけの医師や薬剤師にご相談ください。

静岡市では、慢性的な病気によって長期的にお薬を服用している人に、ジェネリック医薬品に切り替えた場合、どれくらい医療費が安くなるかお知らせする『ジェネリック医薬品差額通知』を送付しています。