

主な 改正点

- 令和7年度国民健康保険税の課税限度額、所得割税率が改定されました！

➡ P.6へ



- 均等割額の減額制度の基準額が改定されました！

➡ P.8へ

- 入院したときの食事代が改定されました！

➡ P.21へ

三鷹市市民部保険課

〒181-8555 三鷹市野崎1-1-1

電話番号(直通)

国保に加入するとき・やめるとき
保険税賦課について 0422-29-9216

給付について 0422-29-9215

納税の相談について（市民部納税課）
0422-29-9210
0422-29-9212

口座振替について（市民部納税課）
0422-29-9211
0422-29-9218

特定健診について（健康福祉部健康推進課健康診査係）
三鷹市総合保健センター（元気創造プラザ2階）
0422-24-8571

国保のてびき

マイナ保険証をご利用ください



三 鷹 市

もくじ

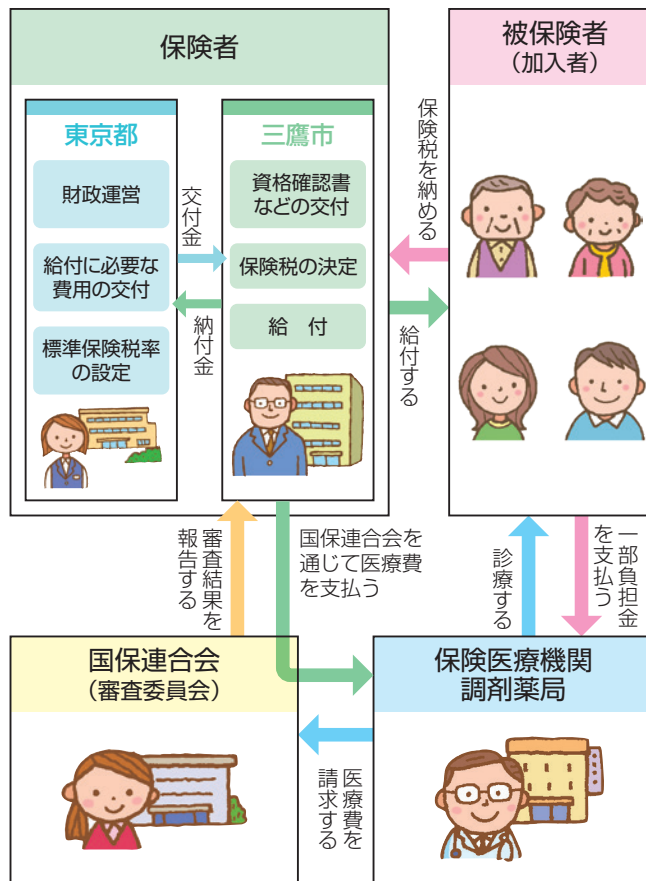
国保のしくみ	1
国保に加入する人（被保険者）	2
国保の加入・脱退と届出	3
こんなときは14日以内に届出をしましょう	4
資格確認書または資格情報のお知らせを受け取ったら	5
保険税について	6
国保で受けられる給付	12
いったん全額自己負担になるとき（療養費の支給）	19
入院したときの食事代	21
医療費が高額になったとき（高額療養費の支給）	22
交通事故にあったとき・国保の給付が受けられないとき	30
後期高齢者医療制度	31
特定健診・特定保健指導	32

この冊子の中の「資格確認書」には、有効期限内の保険証を含みます。

国保のしくみ

健康を守る国保制度

国民健康保険（国保）は、けがや病気に備えて加入者であるみなさん全員が、日頃から保険税を納めて、いざというときの医療費などにあてる“助け合い”の制度です。



国保に加入する人 (被保険者)

加入する人

75歳未満で次にあてはまらない人は、皆、国保に加入しなければなりません。

- 職場の医療保険（健康保険、共済組合、船員保険など）に加入している人と、その扶養家族
- 生活保護を受けている人
- 65歳以上で一定の障がいがあり後期高齢者医療制度に加入している人



加入は世帯ごと

国保では、大人や子ども、世帯の区別なく、一人ひとりが被保険者ですが、加入は世帯ごとで行い、世帯主がその届出をします。

外国籍の人も加入します

市区町村に住民登録をしている外国人（在留資格が3か月を超える人）は、国保に加入しなければなりません。ただし、在留資格が「特定活動」の人で医療を受ける活動（付添いも含む）のため滞在する人、または観光、保養のために一年を超えない期間滞在する人（配偶者も含む）は、加入することができません。



国保の加入・脱退と届出

マイナ保険証をお使いでも国保の加入・脱退の届出は必要です。

国保の加入者（被保険者）になったり、国保をやめたりするときには届出が必要です。届出をしなかったり遅れたりすると、保険税をさかのぼって納めなければならなくなったり、国保が負担した医療費を返さなければならなくなることがあります。

国保に加入するとき、やめるとき

国保に加入するとき	国保をやめるとき
● 他の市区町村から転入した日（職場の健康保険などに加入していない場合） ● 職場の健康保険などをやめた日（退職日の翌日） ● 出生した日 ● 生活保護を受けなくなった日	● 他の市区町村へ転出した日 ● 職場の健康保険などへ加入した日の翌日 ● 死亡した日の翌日 ● 生活保護を受けはじめた日 ● 後期高齢者医療制度へ加入した日の翌日（満75歳になり加入する場合、届出は不要）
加入の届出が遅れると 加入者は、国保に届出をした日ではなく、被保険者の資格を得た日までさかのぼって保険税を納めなくてはなりません。 また、遅れてしまった期間にかかった医療費は全額自己負担となる場合がありますので注意しましょう。	医療費の返還 (不当利得の返還) 国保の資格がなくなってから国保の資格で医療を受けた場合は、三鷹市が医療機関へ支払った医療費を返還していただくことになります。返還額は高額になりやすく数十万円におもよぶ場合もあります。 転出・社会保険加入などで国保の資格がなくなった場合は、必ず届出をしてください。

詳しくは
こちらを
チェック



こんなときは14日以内に届出をしましょう

届出の際には、下表の書類に加え、マイナンバー（個人番号）の記載・提示と本人確認が必要です。

- 世帯主および手続きの対象となる人のマイナンバー確認書類（マイナンバーカード、通知カードなど）
- 窓口にお越しいただく人の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、パスポートなど）

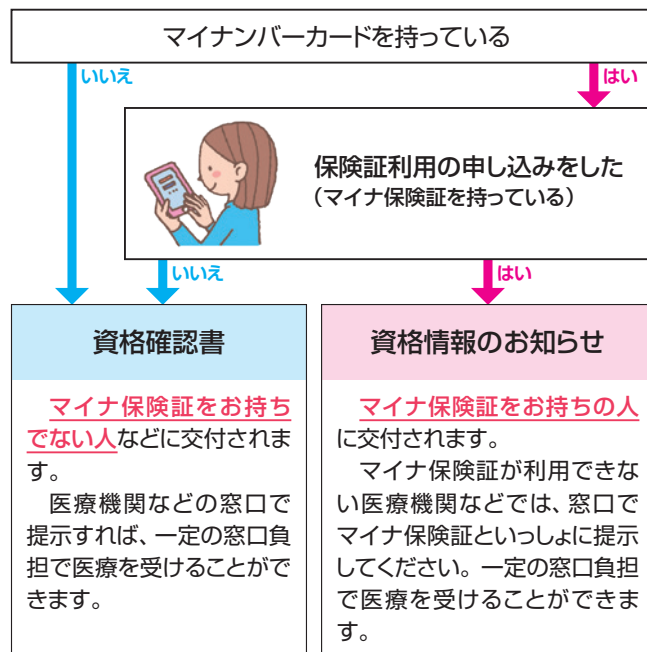
	こんなとき	届出に必要なもの
国保にはいるとき	他の市区町村から転入してきたとき	他の市区町村からの転出証明書
	職場の健康保険をやめたとき	健康保険資格喪失証明書
	職場の健康保険の被扶養者でなくなったとき	被扶養者の資格喪失証明書
	こどもが生まれたとき	世帯主の資格確認書または資格情報のお知らせ、母子健康手帳
	生活保護を受けなくなったとき	生活保護廃止決定通知書
	外国籍の人がはいるとき	在留カードまたは特別永住者証明書、パスポート

●資格確認書または資格情報のお知らせは、住民票の世帯主あてに郵送します。

	こんなとき	届出に必要なもの
国保をやめるとき	他の市区町村に転出するとき	資格確認書または資格情報のお知らせ
	職場の健康保険にはいったとき	国保と職場の健康保険の両方の資格確認書または資格情報のお知らせ（資格情報通知書）
	職場の健康保険の被扶養者になったとき	資格確認書または資格情報のお知らせ（資格情報通知書）
	国保の被保険者が死亡したとき	資格確認書または資格情報のお知らせ、会葬礼状（または葬儀の領収書）、喪主の銀行口座の分かるもの
	生活保護を受けるようになったとき	資格確認書または資格情報のお知らせ、生活保護開始決定通知書
	外国籍の人がやめるとき	資格確認書または資格情報のお知らせ、在留カードまたは特別永住者証明書
その他	三鷹市内で住所が変わったとき	資格確認書または資格情報のお知らせ
	世帯主や氏名が変わったとき	資格確認書または資格情報のお知らせ
	世帯が分かれたり、いっしょになったとき	資格確認書または資格情報のお知らせ
	修学のため、別に住所を定めるとき	資格確認書または資格情報のお知らせ、在学証明書、他市町村住民票
	資格確認書または資格情報のお知らせをなくしたとき（あるいは汚れて使えなくなったとき）	（納税通知書など）

- 同じ世帯の中で上記のようなことがあてはまる場合、そのつど世帯主が届け出てください。
- 満75歳になり国保をやめるときは、脱退手続き不要です。

資格確認書または資格情報のお知らせを受け取ったら



マイナンバーカードの保険証利用について

マイナンバーカードの読み取り機を設置する医療機関・薬局で、マイナンバーカードが保険証として利用できます。



- ※マイナンバーカードを保険証として利用するためには、マイナポータルなどで申し込みが必要です。
- ※マイナンバーカードの保険証利用には、ICチップの中の電子証明書を使用するため、マイナンバー（12桁の番号）は使用されません。
- ※詳しくは、厚生労働省ホームページをご覧ください。

保険税について

保険税を正しく算定するために、忘れずに所得の申告をお願いします。

保険税の決まり方

保険税は、世帯で加入している被保険者の算定基礎額に税率を掛けた所得割額、被保険者の人数に応じて計算される均等割額を合計して世帯ごとの保険税額を決定します。

保険税の計算

1 基礎課税分（医療分）

- ①所得割 算定基礎額×6.1% ②均等割 被保険者数×29,000円※
■年税額=①+② 課税限度額 66万円

2 後期高齢者支援金等課税分

- ①所得割 算定基礎額×2.3% ②均等割 被保険者数×11,800円※
■年税額=①+② 課税限度額 26万円

3 介護納付金課税分（介護保険料）（40歳以上65歳未満の被保険者に課税）

- ①所得割 算定基礎額×1.6% ②均等割 被保険者数×13,400円
■年税額=①+② 課税限度額 17万円

1+2+3の合算額が国民健康保険税として課税されます。
（年度の途中で加入・脱退の場合は、加入月より脱退の月の前月まで月割りにより課税されます。）

※未就学児については、均等割の半額を減額します。

算定基礎額（旧ただし書き所得※）とは

加入している年度（4～3月）の前年の所得から計算します。

●算定基礎額の計算例（43万円は基礎控除額です）

- 給与収入のみ－給与所得控除－43万円
- 年金収入のみ－公的年金控除－43万円
- 営業等その他の収入－必要経費－43万円

（注）一人で複数の所得がある場合は、一度だけ－43万円

※旧ただし書き所得とは、前年の総所得金額および山林所得金額、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（合計所得金額が2,400万円を超えると、段階的に減額）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）。

年度途中で国保に加入したり、やめたときの保険税の計算

途中で加入した場合	年間保険税× $\frac{\text{加入した月から年度末までの月数}}{12}$
途中でやめた場合	年間保険税× $\frac{4\text{月からやめた月の前月までの月数}}{12}$



40歳以上65歳未満の人は介護保険分も課税されます

40歳以上の人は介護保険の被保険者となりますので、介護保険料を納めることになります。

●40歳以上65歳未満の人（介護保険の第2号被保険者）

国保の保険税に、介護保険分を上乗せして、国保の保険税として納めます。

●65歳以上の国保加入者（介護保険の第1号被保険者）

国保の保険税は従来どおり市区町村に納め、介護保険料は保険税とは別に原則として年金から差し引かれます（年金額が年額18万円未満の人は、市区町村に納付書または口座振替で納めます）。

資格を取得した月から保険税は課税されます

保険税は国保の被保険者としての資格を得た月（職場の健康保険をやめたり、他の市区町村から転入したりした月）の分から納めます。例えば、1月に会社をやめたり、三鷹市に転入した人が、4月に国保加入の届出をした場合、保険税は4月からではなく1月分からさかのぼって課税されます。

最近転入した人の保険税

最近転入した人の保険税の基となる前年中の所得は、前住所地へ文書等で照会します。そのため、毎月25日頃までに所得が判明しない場合は、一旦、均等割額のみを請求し、その翌月以降に所得割額を追加請求することがあります。

■ 保険税は社会保険料控除の対象になります

納められた保険税は、年末調整や確定申告のときに申告すると全額社会保険料控除の対象となります。

■ 保険税の納付は世帯主の義務

納税通知書は世帯主あてに送られます。世帯主が国保に加入していなくても、世帯内のどなたかが国保に加入していれば、世帯主には期日内に保険税を納める義務があります。

■ 均等割額の減額制度

世帯主、国保の被保険者および特定同一世帯所属者※¹の所得の合計が一定額以下の世帯について、均等割額を減額します。また、未就学児については均等割額の半額を減額します。

世帯軽減の対象となる所得の範囲	軽減率
43万円+10万円×(給与所得者等の数※ ² -1) 以下	7割
43万円+30.5万円×(被保険者数+特定同一世帯所属者数)+10万円×(給与所得者等の数-1) 以下	5割
43万円+56万円×(被保険者数+特定同一世帯所属者数)+10万円×(給与所得者等の数-1) 以下	2割

※¹ 国保から後期高齢者医療制度に移行した人。

※² 一定の給与所得または公的年金等の所得がある人の数。

■ 保険税の緩和措置

● 後期高齢者医療制度移行に伴う減免措置

会社の健康保険に加入していた人が75歳を迎え、後期高齢者医療制度に移行することにより、その被扶養者(65歳以上75歳未満)が国保に加入する場合には、申請により当分の間、所得割額は課されず、資格取得日の属する月から最大2年間、均等割額が半額になります。

■ 非自発的失業者の保険税の軽減

65歳未満の人で会社の倒産・解雇などによる離職(特定受給資格者)や雇止めなどによる離職(特定理由離職者)をされた人は、申請により保険税が軽減されます。軽減期間は離職日の翌日の属する月から翌年度末までです。軽減の対象となる所得は、前年の所得のうち、離職者本人の給与所得を30/100とみなして保険税を算定します。高額療養費などの所得区分の判定も軽減した所得で行います。

◆ 申請に必要なもの

資格確認書または資格情報のお知らせ、雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知、世帯主および該当者のマイナンバー確認書類、窓口にお越しいただく人の本人確認書類

■ 産前産後期間の保険税の軽減

国保の被保険者が出産するまたは出産した場合、その人の産前産後期間相当分の保険税が減額されます。妊娠85日以上の出産が対象です(死産、流産、早産および人工妊娠中絶の場合も含みます)。出産予定日の6か月前より、手続きができます。

※減額の対象期間は令和6年1月以降となります。

詳しくはこちらを
チェック↓



■ 保険税の納めかた

● 普通徴収の保険税の納期

1 期	7 月末日まで	5 期	11 月末日まで
2 期	8 月末日まで	6 期	1 月4日まで
3 期	9 月末日まで	7 期	1 月末日まで
4 期	10 月末日まで	8 期	2 月末日まで

保険税の納付を口座振替にすれば、納め忘れの心配がなく便利です。納税通知書・預金通帳・通帳届出印を持って取扱金融機関へお申し込みください。なお、市役所本庁舎でキャッシュカードによる口座振替の受付ができる場合があります。詳しくは、市民部納税課納税管理係へお問い合わせください。

※末日が土日祝日の場合は翌営業日が納期となります。

※三鷹市内・近隣の支店には申込書が備え付けてあります。口座開設が遠方の支店の場合には、市民部納税課納税管理係へお問い合わせください。

※お申し込みから概ね40日以降の納期限の分から引き落としができます。

●保険税の特別徴収

65歳以上75歳未満の人だけが加入している世帯については、一定の要件のもと、世帯主の年金から差し引かれます(特別徴収)。

一定の要件

1. 世帯主が国保の被保険者であること
 2. 世帯主の年金の年額が18万円以上であること
 3. 保険税と介護保険料の合計額が年金額の2分の1を超えないこと
- ※上記に該当しなくなったとき、世帯に変更があったとき、または年度の途中で税額が減額されたときは、自動的に普通徴収に変更されることがあります。
世帯主が年度の途中で75歳になる年度は、普通徴収になります。

●当該年度から特別徴収が開始になる世帯の場合

9月までは納付書・口座振替で納めていただき(普通徴収)、10月以降は、2か月ごとに支払われる年金からの特別徴収になります。

●特別徴収対象世帯主への通知は

毎年7月に確定する当該年度の税額の納税通知書に、普通徴収額と特別徴収額の期別額を表示いたします。

●引き続き特別徴収となる世帯の仮徴収について

新年度にあたる4月、6月、8月は本計算前の仮計算(前年度の2月の特別徴収額と同額)で年金からの特別徴収になります。毎年3月頃にこの旨の通知をお送りします。毎年7月に確定する当該年度の年税額から、仮徴収税額を差し引いた額を10月、12月、2月の年金で特別徴収します。

※この年金からの特別徴収は、申出により金融機関からの口座振替に変更できます。申出月から3か月以降の年金から特別徴収を停止します。ただし、滞納がある場合は、申出をお受けできないことがあります。

■保険税は納期内に納めましょう

保険税を滞納すると、高額療養費の限度額適用認定証の交付を受けられない場合があります。さらに、未納期間に応じた措置がとられます。

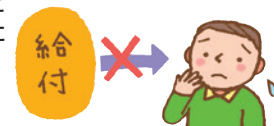
納期限を過ぎると……

督促が行われ、延滞金などを徴収される場合があります。



納付相談を行わず理由なく滞納を続けていると……

財産の差し押さえなどの滞納処分を受ける場合があります。また、負担能力があるにもかかわらず、1年以上滞納を続けていると、お医者さんにかかるときは医療費をいったん全額自己負担する特別療養費の対象者となったり国保の給付が全部、または一部差し止めになります。



それでも納めないでいると……

差し止められた保険給付額から滞納分が差し引かれます。

- 介護保険の第2号被保険者がいる場合は、介護保険の給付制限などを受ける場合があります。

■納付が困難な場合はご相談ください

- 震災・風水害・火災などの災害によって財産に対して大きな損失を被ったとき



- 世帯主または生計を同じくしている親族が、失業・病気・怪我・盗難などにより経済的に困窮してしまったとき

これらのようなやむを得ない事情により保険税の納付が困難になってしまった場合には、世帯主の申請により保険税の

分割納付 減免

などが認められることがあります。

相談担当者が丁寧に対応します。

※適用の詳細について

納付に関することは納税課へ、減免に関することは保険課までご相談ください。

ご相談
ください!



国保で受けられる給付

国保に加入するといろいろな給付を受けることができます。

療養の給付

病院などの窓口でマイナ保険証など資格情報を確認できるもの※¹を提示すれば、医療費のうち年齢などに応じた一部負担金※²（負担割合はP.15参照）を支払うだけで次のような医療を受けることができます。

- ※¹ 資格情報を確認できるものとは、マイナ保険証と資格情報のお知らせ、資格確認書のことです。
- ※² 一部負担金とは、病院などの窓口で支払う自己負担額（患者負担額）のことです。

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およ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およびその療養に伴う世話その他の看護

医療機関の適正受診にご協力ください

医療機関・薬局の受診等にあたっての留意点

近年、休日や夜間において、軽症の患者さんの救急医療への受診が増加し、緊急性の高い重症の患者さんの治療に支障をきたすケースが発生しており、このことが病院勤務医の負担が過重となる原因のひとつにもなっています。

なお、休日・夜間は医療機関に支払われる医療費も高く設定されており、患者さんの窓口負担も高くなります。

必要な人が安心して医療が受けられるようにするとともに、最終的に保険税や窓口負担として皆様にご負担いただく医療費を有効に活用するため、医療機関・薬局を受診等する際には、以下のことに留意しましょう。

- 休日や夜間に開いている救急医療機関は、緊急性の高い患者さんを受け入れるためのものです。休日や夜間に受診しようとする際には、平日の時間内に受診することができないのか、もう一度考えてみましょう。

- 夜間・休日にお子さんの急な病気で心配になったら、まず、小児救急電話相談（#8000または03-5285-8898）※の利用を考えましょう。小児科の医師や看護師からお子さんの症状に応じた適切な対処の仕方などのアドバイスが受けられます。



※小児救急電話相談の受付時間は、月～金曜日は18時～翌朝8時、土・日曜日・休日・年末年始は8時～翌朝8時です。



- かかりつけの医師を持ち、気になることがあったら、まずはかかりつけの医師に相談しましょう。



- 同じ病気で複数の医療機関を受診することは、控えましょう。医療費を増やしてしまうだけでなく、重複する検査や投薬によりかえって体に悪影響を与えてしまうなどの心配もあります。今受けている治療に不安などがあるときには、そのことを医師に伝えて話し合ってみましょう。

- 薬が余っているときは、医師や薬剤師に相談しましょう（薬のもらいすぎに注意しましょう）。



- 薬は飲み合わせによっては、副作用を生じることがあります。お薬手帳の活用などにより、既に処方されている薬を医師や薬剤師に伝え、飲み合わせには注意しましょう。



医療費のお知らせ（医療費通知）について

健康および医療に対する認識を深め、国民健康保険事業の健全な運営に役立てることを目的として、国民健康保険の被保険者に対し、医療費の額等の通知を行っています。

医療費通知は2月上旬頃個人あてに発送します。また、確定申告の医療費控除に使用できます。

ジェネリック医薬品を利用しましょう

ジェネリック医薬品（後発医薬品）は、厚生労働省が、先発医薬品（新薬）と有効成分、分量、用法、用量、効能および効果が同等と認めた薬品です。

薬の開発期間が先発医薬品よりも短いため、低価格で製造できます。そのため、薬代が安くなる場合があります。ジェネリック医薬品の利用で薬代の負担を軽くしませんか？

ジェネリック医薬品へ切り替えることで自己負担額が100円以上軽減できる見込みのある人にジェネリック医薬品利用差額通知書をお送りしますので、ご確認ください。

資格確認書と一緒に、ジェネリック医薬品利用の意思表示をしやすい「ジェネリック医薬品希望シール」をお配りしていますので、ご利用ください。

※薬の種類によっては、ジェネリック医薬品が販売されていない、店頭在庫がないなど、薬代が安くならない場合もあります。ジェネリック医薬品の利用等に当たっては、必ず医師・薬剤師にご相談ください。

※ジェネリック医薬品があるお薬で、先発医薬品の処方を希望される場合は、特別の料金をお支払いいただく場合があります。

ジェネリック医薬品使用時には

「お薬手帳」などに薬効を記録しましょう

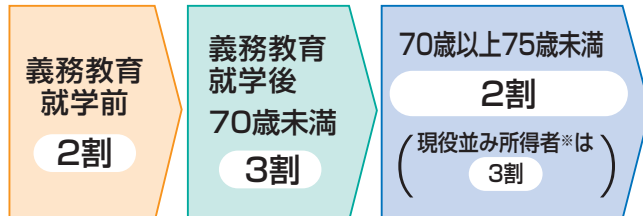
実際に服用し始めたときは、効果が続く時間や効き目が前の薬と異なるかなど、変化に注意して、お薬手帳などに記録しましょう。以前と異なるようでしたら、すぐに医師・薬剤師に相談しましょう。

リフィル処方せんをご存じですか

「リフィル処方せん」とは、再診なしで2回または3回、調剤薬局で薬を受け取ることができる処方せんのことです。主に慢性疾患などで、「症状が安定していると医師に判断された人」が対象です。

通院の負担や医療費を減らすことができますので、リフィル処方せんをご活用ください。

一部負担金の自己負担割合



●70歳以上75歳未満の自己負担割合は、現役並み所得者※（3割負担）を除き、70歳を迎える人は2割負担となります。

※同一世帯に一定の所得（住民税課税所得^①が145万円）以上の70歳以上75歳未満の国保被保険者がいる場合。

ただし、住民税課税所得が145万円以上の世帯の場合でも、次のいずれかの条件に該当する場合は、「一般」区分と同様になり2割負担となります。

1. 70歳以上の被保険者がいる世帯で、その世帯に属する70歳から74歳の被保険者の総所得金額等から基礎控除額43万円（令和2年度以前は33万円）を差し引いた額の合計が210万円以下の世帯。
2. 同一世帯の70歳以上75歳未満の被保険者のすべての収入金額を合計した額が、520万円（1人場合は383万円）未満または、1人世帯で収入金額が383万円以上でも、同一世帯内の後期高齢者医療制度に移行した旧国保被保険者を含めた収入合計が、520万円未満で、基準収入額適用申請をされた場合（三鷹市で収入が確認できる場合は申請不要）。

①19歳未満で所得のない被保険者がいる世帯主の人は、16歳以上19歳未満の人数×12万円、16歳未満の人数×33万円を控除した金額となります。

●70歳以上75歳未満の人は

70歳以上75歳未満の人には自己負担割合を記載した「高齢受給者証」または「資格情報のお知らせ」を交付します。

※後期高齢者医療制度の対象となる一定の障がい認定を受けた人は除く。

詳しくはこちらをチェック



一部負担金の減免および徴収猶予について

災害により資産に重大な損害を受けたとき、失業等により著しく収入が減少したときなど特別な事情があり、病院での窓口負担額（一部負担金）の支払いが困難であると認められる場合は、申請により一定期間その一部負担金について免除、減額または徴収猶予を行う制度があります。

■ 出産育児一時金の支給

被保険者が出産したとき、50万円が世帯主に支給されます。妊娠85日以上であれば、死産・流産・人工妊娠中絶でも支給されます。

なお、健康保険組合・共済組合等に本人として1年以上加入していた方が、その保険をやめてから6か月以内に出産した場合は、加入していた健康保険から支給を受けることができます。その場合、国保から出産育児一時金は支給されませんので、ご注意ください。

※ご注意ください！

●出産育児一時金は出生日の翌日から2年を過ぎると支給されません。

● 直接支払制度について

この制度は、被保険者が医療機関で手続きすることにより、国保から医療機関に直接、出産育児一時金が支払われる制度です。これにより被保険者は、出産費用から出産育児一時金を引いた残りの額を医療機関に支払うだけですみ、市役所への申請手続きが不要となります。

◆ 申請方法

① 直接支払制度を利用する場合

医療機関に資格情報を確認できるものを提示して申し出てください。市役所への申請は必要ありません。ただし、出産費用が出産育児一時金の額を下回った場合は、申請により差額分が世帯主に支給されます（②をご覧ください）。

※医療機関によっては直接支払制度を利用できない場合があります。また、直接支払制度ではなく、受取代理制度（※1）が利用できる場合がありますので、出産予定の医療機関に直接ご確認ください。

② 直接支払制度を利用し、差額が発生する場合、または直接支払制度を利用しない場合

◆ 申請に必要なもの

印鑑（海外出産の場合）・資格情報を確認できるもの・出産の確認ができるもの（出生証明書、母子健康手帳など）・世帯主の銀行口座がわかるもの・医療機関から交付される直接支払制度に関する合意文書・医療機関から交付される出産費用の領収書および明細書

※1 出産育児一時金の受取代理制度とは 直接支払制度が利用できない医療機関において、出産費用の窓口負担を軽減するため、医療機関が加入者に代わって出産育児一時金を受け取ることができる制度です。この制度を利用するためには、「出産育児一時金申請書（受取代理用）」を作成し、出産前の申請が必要となります。

● 出産資金貸付制度

次の人がいる世帯の世帯主は申請することにより出産資金（40万円以内）の貸付（無利子）が受けられる制度があります。

- ① 出産予定日が1か月以内の被保険者
- ② 妊娠4か月以降で医療機関などから診療費用の請求を受けた（支払った）被保険者

◆ 申請に必要なもの

資格情報を確認できるもの・母子健康手帳・世帯主の銀行口座がわかるもの（上記②の人は診療費用の内訳が記載された請求書・領収書も必要です）

- 出産後に支給される出産育児一時金を充当することで償還していただきます。
- 借受人は世帯主となります。

■ 葬祭費の支給

被保険者が亡くなったとき、葬儀を行った人（喪主）に対して5万円が支給されます。



◆ 申請に必要なもの

被保険者の資格情報を確認できるもの・喪主の銀行口座がわかるもの・喪主を確認できる会葬礼状または葬儀費用の領収書など

※ご注意ください！

- 葬祭費は葬儀を行った日の翌日から2年を過ぎると支給されません。
- 他の健康保険から支給される場合は対象となりません。

■ 移送費の支給

緊急やむを得ない重病人の入院や転院などの移送にかかった費用について支給されます。

◆ 申請に必要なもの

資格情報を確認できるもの・医師の意見書・領収書・世帯主の銀行口座がわかるもの・世帯主および移送を受けた人のマイナンバー確認書類と申請者の本人確認書類

※ご注意ください！

実際に費用を支払った日の翌日から2年を過ぎると支給されません。次のすべてに該当することが必要です。

- 医師の指示により、一時的、緊急的に移送が必要であり、やむを得ない。
- 目的である療養が保険診療として適切である。
- 療養することとなった原因の病気のやむを得ない、移動困難である。

訪問看護療養費の支給

在宅で医療を受ける必要があると医師に認められた人が、医師の指示で訪問看護ステーションなどから訪問看護を受けたときには、「利用料」として料金の一部を支払うだけで残りは国保が負担します。

●訪問看護サービスを受けるには

訪問看護を受けられる人は、骨折や高齢などで寝たきりの人や障がい者など、在宅で医療を受ける必要があると医師が認めた患者です。主治医または訪問看護ステーションの看護師、保健師、理学療法士などが訪問し、必要な看護サービスを行います。

訪問看護サービスを受けたい人は、主治医や訪問看護ステーションに申し込んでください。

保険外併用療養費

保険適用外の診療を受けるときには、検査や診察料など保険適用部分も含めてすべて全額自己負担することになります。ただし、保険適用外の診療を受ける場合でも、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」については、保険診療との併用が認められています。また患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療養のしくみもあります。

評価療養

- 先進医療（高度医療を含む）
- 医薬品の治験に係る診療
- 医療機器の治験に係る診療
- 薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用
- 薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用
- 適応外の医薬品の使用
- 適応外の医療機器の使用

選定療養

- 特別の療養環境（差額ベッド）
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診
- 小児う触の指導管理
- 大病院の再診
- 180日以上入院
- 制限回数を超える医療行為

いったん全額自己負担になるとき（療養費の支給）

次のようなときには、治療などに要した費用の全額を一旦支払ってから、後日申請により一部負担金を除いた額が療養費として支給されます。

※ご注意ください！

1. 医療費などを支払った日の翌日から2年を過ぎると支給されません。
2. 国保連合会での審査の結果、支給対象とならないことがあります。

1 不慮の事故などで国保を扱っていない医療機関で治療を受けたり、旅行先で急病になりマイナ保険証や資格確認書を持たずに診療を受けたとき
(申請にはマイナ保険証や資格確認書を使えなかったやむを得ない理由が必要です)
(海外渡航中の治療も含みます)

申請に必要なもの

診療（調剤）内容の明細書★（診療報酬明細書に準じた様式のもの）・領収書★・資格情報を確認できるもの・世帯主の銀行口座がわかるもの（海外渡航中の治療の場合は印鑑・パスポートなど）
★に関して海外渡航中の治療により外国語で作成されているときは日本語の翻訳文が必要です。



●海外療養費

旅行などで海外渡航中に、病気やけがでやむを得ず現地の医療機関で治療を受けた場合、その医療費は帰国後、申請により海外療養費として給付を受けることができます。ただし、治療目的の渡航による医療費は、給付の対象にはなりません。また、美容整形など日本国内で保険適用となっていない医療行為も、給付の対象にはなりません。

〈支給される金額〉

「日本国内の医療機関で保険診療を受けた場合の治療費を基準とした金額（実際に海外で支払った額の方が低いときはその額）」から「自己負担額（一部負担金相当額）」を控除した金額を支給します。

2 コルセットなどの補装具代

※補装具によっては、支給対象とならない場合があります。

申請に必要なもの

医師の診断書（または意見書）・領収書・資格情報を確認できるもの・世帯主の銀行口座がわかるもの

3 骨折やねんざなどで接骨院で治療を受けたとき

※世帯主の委任により、世帯主に代わって柔道整復師が療養費を受け取る方法もあります。

申請に必要なもの
施術内容明細書・領収書・資格情報を確認できるもの

4 医師の同意があったあとにはり・灸・マッサージなどの施術を受けたとき

※世帯主の委任により、世帯主に代わって施術師が療養費を受け取る方法もあります。

申請に必要なもの
施術内容明細書・医師の同意書・領収書・資格情報を確認できるもの

柔道整復師の施術を受けられる人へ

保険が使えるのはどんなとき

- ◆整骨院や接骨院で骨折、脱臼、打撲および捻挫（肉ばなれを含む）の施術を受けた場合に保険の対象となります。
- ◆なお、骨折および脱臼については、緊急の場合を除き、あらかじめ医師の同意を得ることが必要です。

治療を受けるときの注意

- ◆単なる肩こり、腰痛などに対する施術は保険の対象となりません。このような症状で施術を受けた場合は、全額自己負担となります。
- ◆保険医療機関（病院、診療所など）で同じ負傷等の治療中は、施術を受けても保険の対象にはなりませんので、ご注意ください。

はり・きゅうの施術を受けられる人へ

保険が使えるのはどんなとき

- ◆主として神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症および頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を主病とする疾患の治療を受けたときに保険の対象となります。

治療を受けるときの注意

- ◆治療を受けるにあたって、保険が使えるのは、あらかじめ医師の発行した同意書または診断書が必要です。詳しくは、はり・きゅう施術所などにお尋ねください。
- ◆保険医療機関（病院、診療所など）で同じ対象疾患の治療を受けている間は、はり・きゅう施術を受けても保険の対象にはなりませんので、ご注意ください。

マッサージの施術を受けられる人へ

保険が使えるのはどんなとき

- ◆筋麻痺や関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について施術を受けたときに保険の対象となります。

治療を受けるときの注意

- ◆マッサージの施術を受けるにあたって、保険が使えるのは、あらかじめ医師の発行した同意書または診断書が必要です。詳しくは、マッサージ施術所などにお尋ねください。
- ◆単に疲労回復や慰安を目的としたものや、疾病予防のためのマッサージなどは保険の対象となりませんので、ご注意ください。

入院したときの食事代

入院したときの食事代は、他の医療費とは別に、定額（標準負担額）を自己負担します。

入院時の食事にかかる標準負担額

一般の被保険者		1食510円
●住民税非課税世帯（70歳未満） ●住民税非課税Ⅱ※1の人	90日までの入院	1食240円
	90日を超える入院（過去12か月の入院日数） ★市での認定が必要	1食190円
住民税非課税Ⅰ※2の人		1食110円

●住民税非課税世帯の人は標準負担額が減額されます。マイナ保険証の利用や患者同意で確認できる場合は申請不要です。ただし、90日を超える長期入院該当による減額を受けるためには申請が必要です。

●一般区分の方で、指定難病患者または小児慢性特定疾病児童等に該当する方は1食300円を負担します。また、平成28年3月31日時点ですでに一年を超えて精神科棟に入院している人は、経過措置により、当面1食260円を負担します。

※1 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世帯に属する70歳以上75歳未満の人（※2に該当する人を除く。）

※2 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、その世帯員の各所得が必要経費・控除を差し引いたときに0円となる世帯に属する70歳以上75歳未満の人
年収例 単身世帯（年収入のみ）80万円（令和7年8月以降は80万6,700円）以下

◎入院時の食事代は高額療養費の支給の対象にはなりません。

●65歳以上の方が療養病床に入院したときは、食費1食510円（一部医療機関では470円）・居住費1日370円を負担します（低所得者などは負担が軽減されます）。

医療費が高額になったとき (高額療養費の支給)

医療費の自己負担額が高額になったとき、申請をして認められれば、限度額を超えた分が高額療養費としてあとから支給されます。計算対象の自己負担額には、食事代や保険診療の対象とならない差額ベッド代などは含みません。

1 70歳未満の場合

適用区分		限度額(3回目まで)	限度額(4回目以降)
ア	旧ただし書所得 ^{※1} 901万円超 ^{※2}	252,600円 { 医療費が842,000円を超えた 場合はその1%を加算 }	140,100円
イ	旧ただし書所得 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1%を加算 }	93,000円
ウ	旧ただし書所得 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1%を加算 }	44,400円
エ	旧ただし書所得 210万円以下	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税世帯	35,400円	24,600円

※1…P8参照

※2…国保世帯に1人でも所得が確認できない人(住民税未申告者)がいる場合は、適用区分「ア」になります。

限度額適用認定証

入院または外来の、各医療機関の窓口での支払いは限度額までとなります。

あらかじめ申請し、交付を受けた「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関の窓口で提示することにより窓口での支払いが限度額までとなります。限度額は所得区分により異なります。

マイナ保険証の利用や患者同意で確認できる場合は申請不要です。

※保険税に滞納がある世帯は、認定証の交付やマイナ保険証等による限度額の確認に制限がある場合もあります。

70歳未満の高額療養費の計算方法

まず自己負担額(一部負担金)を算出します。

1	1か月、1医療機関で21,000円以上の支払いがあったものが対象になります。
2	月をまたがる受診は、それぞれが別計算になります。
3	2つ以上の医療機関にかかった場合は、それぞれが別計算になります。また一つの医療機関にかかっていても入院と外来は別計算になります。
4	医科と歯科、外来と入院は別計算になります。医科・歯科には調剤を含みます。

高額療養費の詳しい計算方法は次ページのとおり

1 1か月の自己負担が 限度額を超えたとき

同じ人が、同じ月に支払った自己負担額が限度額を超えた場合、その超えた分が支給されます。マイナ保険証等による限度額の確認または限度額適用認定証を提示した場合、各医療機関での支払いは限度額までとなります。

例 適用区分ウの場合

自己負担分は3割負担で30万円(医療費は100万円)かかった

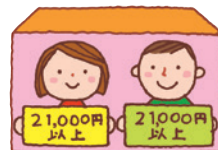
自己負担限度額80,100円+7,330円
※(100万円-267,000円)×1%

212,570円は
国保が負担します

つまり窓口での支払いは87,430円

2 同じ世帯で合算して 限度額を超えた場合

ひとつの世帯内で、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は、それらを合算して限度額を超えた分が支給されます。



例 適用区分ウの場合

自己負担額が60,000円かかった

自己負担額が
30,000円かかった

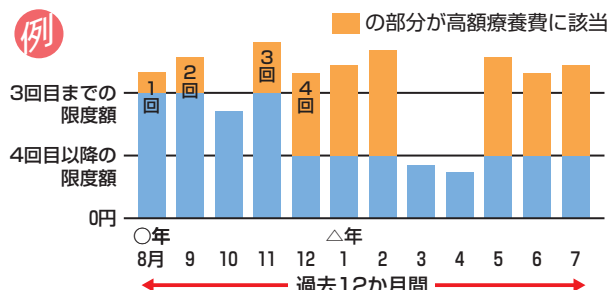
合計で90,000円(医療費は30万円)

自己負担限度額80,100円+330円
※(30万円-267,000円)×1%

この分があとで支給(9,570円)

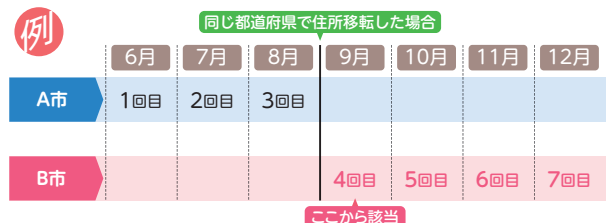
3 高額療養費の支給を年4回以上受けたとき(多数回該当)

過去12か月間に、ひとつの世帯で高額療養費の該当が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支給されます。



4 高額療養費の多数回該当(4回目以降)の支給について

平成30年4月からは都道府県が国保の資格を管理しているため、同じ都道府県のほかの市区町村へ住所移転した場合でも資格は継続します※。これに合わせて、過去12か月間に高額療養費の支給が4回以上ある場合に限度額が引き下げられる多数回該当について、同じ都道府県のほかの市区町村への住所移転で、住所移転後も同じ世帯であれば、該当回数を通算します。



※継続性が保たれている世帯が、同一都道府県内に転居した月については、転居地と転入地の市区町村における自己負担限度額がそれぞれ2分の1で計算されます。

2 70歳以上75歳未満の場合

70歳以上75歳未満の人は、外来(個人ごと)の限度額Aを適用後に自己負担限度額Bを適用します。

自己負担限度額(月額/平成30年8月診療分から)

所得区分	負担割合	外来(個人ごと) A	外来+入院(世帯ごと) B
課税所得③690万円以上(現役並みⅢ)	3割	252,600円+ (10割分の医療費-842,000円)×1%※4	
課税所得③380万円以上690万円未満(現役並みⅡ)		167,400円+ (10割分の医療費-558,000円)×1%※5	
課税所得③145万円以上380万円未満(現役並みⅠ)		80,100円+ (10割分の医療費-267,000円)×1%※6	
一般	2割	18,000円 (年間144,000円上限) ※3	57,600円※6
住民税非課税Ⅱ※1		8,000円※3	24,600円
住民税非課税Ⅰ※2			15,000円

- 住民税非課税Ⅰ・Ⅱの人は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」、現役並みⅠ・Ⅱの人は、「限度額適用認定証」の申請ができます。マイナ保険証の利用や患者同意で確認できる場合は申請不要です。
- 現役並み所得の人で基準収入額適用申請をし、負担割合が2割の人は一般区分となります(P.15参照)。

- ※1…国保世帯全員(国保未加入の世帯主を含む)が住民税非課税で、住民税非課税Ⅰに該当しない世帯。
- ※2…国保世帯全員(国保未加入の世帯主を含む)が住民税非課税で、世帯員それぞれの所得が0円の世帯(年金収入のみの人は、受給額80万円(令和7年8月以降は80万6,700円)以下)。
- ※3…年間(8月～翌年7月)の限度額は14万4千円(期間の途中で住民税非課税Ⅰ・Ⅱに変わった場合も対象です。)(P.28参照)
- ※4…過去12か月以内に自己負担限度額を超えた支給が4回以上あった場合、4回目以降の限度額は140,100円となります(多数回該当)。
- ※5…過去12か月以内に自己負担限度額を超えた支給が4回以上あった場合、4回目以降の限度額は93,000円となります(多数回該当)。
- ※6…過去12か月以内に自己負担限度額を超えた支給が4回以上あった場合、4回目以降の限度額は44,400円となります(多数回該当)。

③19歳未満で所得のない被保険者がいる世帯主の人は、16歳以上19歳未満の人数×12万円、16歳未満の人数×33万円を控除した金額となります。

■70歳以上75歳未満の高額療養費の計算方法

1	月がまたがる受診はそれぞれが別計算になります。
2	外来は個人ごとにまとめますが、入院を含む自己負担額は世帯内の70歳以上75歳未満の人を合算します。
3	病院・診療所、歯科の区別なく、調剤薬局の自己負担も合算して計算します。

③ 70歳未満と70歳以上75歳未満が同じ世帯の場合

70歳未満と70歳以上75歳未満の人が同じ世帯の場合でも合算することができます。計算方法は次のとおりとなります。

1	70歳以上75歳未満の支給額を計算します（P.25の表を適用）。
2	1で適用した自己負担限度額に70歳未満の対象額（P.23 ②参照）を加算し、70歳未満の自己負担額を適用して支給額を計算します。
3	1・2の支給額を合算します。

④ 75歳到達月の自己負担限度額の特例について

国保加入者で、月の途中*に75歳になった人は、国保と後期高齢者医療制度において、制度を移行した月の医療費の自己負担限度額がそれぞれ2分の1となります。

また、月の途中に75歳になったことにより職場の健康保険から後期高齢者医療制度に移行した人の被扶養者（家族）で、国保に移行した人についても、制度を移行した月の自己負担限度額がそれぞれ2分の1となります。

*月の途中とは、2日から月の月末のこと。

■高額療養費の支給申請の手続きは

受診月から約3か月後に三鷹市から世帯主あてに支給申請書が送付されます。必要事項を記入し、市役所または市政窓口まで申請してください（郵送でも受け付けます）。次回以降の支給を自動化する簡素化の申請もできます。詳しくは、申請書同封の案内をご確認ください。

※ご注意ください！

受診月の翌月から2年を過ぎて申請した場合には支給されません。

世帯主の銀行口座に振り込みます。

申請の際には世帯主と対象者のマイナンバー確認書類と窓口にお越しいただく人の本人確認書類をお持ちください。

●高額の治療を長期間続けるとき

高額な治療を長期間継続して行う必要がある先天性血液凝固因子障害の一部・人工透析が必要な慢性腎不全・血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の人は、「特定疾病療養受療証」を病院などの窓口に提示すれば、毎月の自己負担額は医療機関ごとに10,000円※までとなります。

※人工透析が必要な慢性腎不全で、70歳未満の人は所得状況によって20,000円までとなる場合があります。

●マイナ保険証を利用する場合、「特定疾病療養受療証」の交付申請は必要ですが、提示は不要です。

●高額療養資金貸付制度

高額療養費の支給は、受診した月から支給されるまでに約3か月かかります。その間に、医療費の支払いが困難な場合、申請することにより高額療養資金の貸付（無利子）が受けられる制度があります。

- ①貸付対象者は、高額療養費の支給対象となる人の世帯主となります。
- ②貸付額は、高額療養費の支給見込額の90%を限度とします。
- ③償還は高額療養費の支給時とします。

◆申請に必要なもの

被保険者資格が確認できるもの・医療機関の診療費用の内訳が記載された請求書または領収書・世帯主の銀行口座がわかるもの

●高額療養費・外来年間合算制度

年間を通じて医療保険で長期の外来療養を受けている人の負担を軽減する制度です。

外来療養の自己負担の年間合算額が 144,000 円を超えた場合、その超えた額を申請により支給します。

■対象者

7月31日（基準日）時点で70歳以上であり、高額療養費の所得区分（P.25参照）が「一般」または「住民税非課税」の人

■計算期間

毎年8月1日から翌年7月31日の12か月

■支給要件

計算期間の外来療養の自己負担額（※）が 144,000 円を超えた場合

※医療保険の高額療養費の計算対象となるものを対象にします。ただし、この自己負担額に対して、高額療養費が発生している場合は、該当した月ごとに、その額を控除してもなお残る自己負担額が対象になります。

■申請先について

毎年7月31日に資格がある医療保険に対して申請します。上記の計算期間内に会社の健康保険から国保に切り替わるなど、複数の医療保険に加入している場合は、異動前の保険者から交付してもらう自己負担額を証明する書類（「自己負担額証明書」）を、申請の際に添付していただく場合があります。詳しくは、異動前の保険者に確認してください。

●高額医療・高額介護合算療養費制度

医療保険と介護保険の両方を利用する世帯の自己負担の軽減を目的として、医療保険および介護保険の自己負担の合計が自己負担限度額を超えた場合、その超えた額を申請により支給します。

■計算期間

毎年8月1日から翌年7月31日の12か月

■自己負担額

医療保険の高額療養費、介護保険の高額介護（予防）サービス費の計算対象となるものを対象とします。ただし、この自己負担額に対して、高額療養費や高額介護（予防）サービス費が発生している場合は、その額を自己負担額から控除します。

■自己負担限度額（平成30年8月診療分から）

所得区分	70歳以上 75歳未満の人※1	所得区分	70歳未満 の人
課税所得690万円以上（現役並みⅢ）	212万円	旧たし書所得901万円超	212万円
課税所得380万円以上690万円未満（現役並みⅡ）	141万円	旧たし書所得600万円超～901万円以下	141万円
課税所得145万円以上380万円未満（現役並みⅠ）	67万円	旧たし書所得210万円超～600万円以下	67万円
一般	56万円	旧たし書所得210万円以下	60万円
住民税非課税Ⅱ	31万円	住民税非課税世帯	34万円
住民税非課税Ⅰ	19万円※2		

※所得区分の判定は、高額療養費の判定方法と同じです。

※1 対象世帯に70歳以上75歳未満と70歳未満が混在する場合、まず70歳以上75歳未満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を適用する。

※2 介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合、介護保険分は31万円。

■申請先について

毎年7月31日に資格がある医療保険に対して申請します。

■医療保険や介護保険の変更があった場合

上記の計算期間内に健康保険や介護保険の異動があった場合、異動前の保険における自己負担分も含めて計算できる場合があります。その場合、異動前の保険者から交付してもらう自己負担額を証明する書類（「自己負担額証明書」）を、申請の際に添付していただく場合があります。詳しくは、異動前の保険者に確認してください。

■オンライン資格確認

オンライン資格確認が利用可能な医療機関・薬局では、マイナ保険証の利用や患者同意で限度額の確認をすることで、一部負担金の支払いが高額療養費の自己負担限度額（P22・25参照）までになります。また、世帯主および国保加入者全員が住民税非課税の場合は、入院時食事（生活）療養標準負担額（P21参照）についても減額されます。

※マイナ保険証を利用する場合は、事前にマイナポータルなどで申し込みが必要です（マイナバーカードの保険証としての利用はP5参照）。

※オンライン資格確認が利用可能な医療機関・薬局は、厚生労働省のホームページで確認できます（一部未対応の医療機関有）。

※保険税に滞納がある世帯は、オンライン資格確認の利用による限度額の確認に制限がある場合もあります。

交通事故にあったとき

交通事故などの第三者の行為によって、けがをしたときの治療費は、原則として加害者が負担すべきものです。ただし、届出によって国保で治療を受けることができます。その場合、国保で医療費を一時的に立替え、あとで加害者に請求します。

①警察に届け出ます

交通事故にあったら、すみやかに警察に届け出て、「事故証明書」をもらいます。

②国保に届け出ます

事故後すみやかに国保の窓口へ「第三者行為による傷病届」を提出してください。

●届出に必要なもの

資格情報が確認できるもの・事故証明書
傷病者のマイナンバー確認書類と申請者の本人確認書類

示談の前にご相談ください

加害者から治療費を受け取ったり、示談を受けてしまうと国保が使えなくなってしまう場合があります。示談の前に必ず国保にご相談ください。

※加害者がわからない場合や自損事故などの場合も、国保を使うには届出が必要になります。

国保の給付が受けられないとき

次のような場合は、受診時にマイナ保険証と資格情報のお知らせ、もしくは資格確認書を使っても保険診療が受けられません。全額自己負担となりますので、ご注意ください。

- 健康診断 ●予防注射 ●美容整形 ●歯列矯正 ●正常な妊娠 ●正常な出産 ●軽度のわきがやしみ ●経済上の理由による妊娠中絶

労災保険の対象となるもの

業務上のけがや病気は、労災保険の対象となります。お勤めの会社に労災となるか確認してください。

国保の給付が制限されるとき

- けんかや泥酔などが原因のとき
- 犯罪やわざとした行為が原因のとき
- 医師や保険者の指示に従わなかったとき
- 少年院、刑務所などに収容または拘禁されたとき

後期高齢者医療制度

75歳の誕生日を迎えると、それまで加入していた医療保険から自動的に後期高齢者医療制度に加入します。職場の健康保険から後期高齢者医療制度に加入する場合、その人の扶養家族は国保等へ加入手続きが必要です。

■後期高齢者医療制度の概要

対象者	●75歳以上の人 ●65歳以上75歳未満で一定の障がいのある人
加入手続き	●75歳になる人は手続き不要 ●65歳以上75歳未満で一定の障がいのある人は申請が必要
資格確認書の送付	誕生日の前月
自己負担の割合	所得に応じて1割、2割、3割のいずれか
保険料負担の開始	加入月から
保険料通知の送付	おおむね加入月の翌月

特定健診・特定保健指導

特定健診

メタボリックシンドローム^(※)に着目し、生活習慣病の予防や悪化防止を目的とした健康診査です。ご自身の健康管理にお役立てください。

詳しくはこちらをチェック↓



※メタボリックシンドロームとは？

腹部の内臓周囲に脂肪が蓄積し、さらに高血圧や高血糖、脂質異常などが重なることにより、心臓病や脳卒中などの動脈硬化性疾患を招きやすくなる状態のことをいいます。

対象者

4月1日現在、三鷹市の国保に加入中で、対象年度中に40歳から75歳に達する人です。対象の人には市より受診票をお送りします。なお、4月2日以降国保に加入し、それまで加入していた健康保険で特定健診の受診機会がなかった人は、健康推進課健康診査係にお問い合わせください。

実施期間：5月1日～翌年2月末日まで受診できますが、混雑緩和のため、下記期間での受診をお願いします。

誕生月	受診推奨期間	受診票送付時期
4月～ 7月	5月1日～ 9月30日	4月下旬
8月～11月	6月1日～10月31日	5月下旬
12月～ 3月	7月1日～11月30日	6月下旬

●健診項目

●質問票

●身体計測

身長・体重・腹囲・BMI

●理学的検査 身体診察

●血圧測定

●尿検査

pH・蛋白・糖・潜血・ウロビリノーゲン

●心電図検査

●血液検査

●脂質検査 総コレステロール・LDLコレステロール・HDLコレステロール・中性脂肪

●肝機能検査 AST(GOT)・ALT(GPT)・ γ -GT(γ -GTP)

●血糖検査 血糖・ヘモグロビンA1c

●貧血検査 赤血球数・血色素量・白血球・血小板・ヘマトクリット

●腎機能検査 クレアチニン・eGFR

●痛風検査 尿酸

同時に受診できる検診（自己負担があります）

- 大腸がん検診（500円）
- 肺がん検診（胸部レントゲンは無料、喀痰細胞診実施の場合500円）
- 前立腺がん検診（500円） 50・55・60・65・70歳に達する男性

特定保健指導

特定健診の結果に応じ、専門職（医師、保健師等）から受けられる生活習慣病の予防・改善のためのアドバイスや支援です。

特定健診の結果

生活習慣の改善の
必要性がある人

生活習慣の改善の
必要性がない人

結果説明

結果説明時に医師から健診受診者全員に健康な生活を送るために役立つ情報が提供されます。

特定保健指導の対象者

動機付け支援

専門家との原則1回の面接で実行しやすい生活習慣改善のための計画を立て、約3か月後に健康状態等の確認が行われます。

積極的支援

初回面接で生活習慣改善のための計画を立て、継続したサポートを専門家から受け、3か月以上経過後に健康状態等の確認が行われます。

令和3年10月から、オンライン資格確認等システムを活用し、保険者間同士で特定健診等データの提供を求めることができるようになりました。この提供にあたり、オンライン資格確認等システムを用い、特定健康診査の情報提供を受ける場合に限り、加入者本人の同意を得ることは不要とされています。

旧保険者において実施された特定健康診査情報の提供を希望しない場合は、健康推進課健康診査係までご連絡ください。

※オンライン資格確認等システムとは、マイナ保険証や保険証を利用して、医療保険資格等の確認がオンラインでできるようになるしくみです。