

後期高齢者医療制度の新しい被保険者証等を交付します。

8月から使用する新しい被保険者証等は、7月中に被保険者の方へ交付しますので、今後、被保険者証等が窓口で提示されましたら、次のことにご注意ください。

1. 被保険者証

(1) 被保険者証の色

紫色（平成30年7月末までは緑色です。）

(2) 交付年月日

平成30年8月1日

(3) 有効期限

平成31年7月31日

短期被保険者証の対象となる方は、平成31年1月31日までとなります。

(4) 一部負担金の割合

前年（平成29年中）の所得が確定したあと、毎年8月1日に見直します。

(5) その他

一部の被保険者の方については、7月中に紫色の被保険者証を窓口で提示する場合がありますので、7月から使用できる証かどうか、ご確認をお願いします。

7月から使用できる紫色の証は、交付年月日が平成30年7月1日から31日の間となっています。（8月から使用できる証は、交付年月日が平成30年8月1日となっています。）使用できる証をお持ちの場合で、8月から一部負担金の割合に変更がある方は、「一部負担金の割合」欄に、変更となる割合が記載されています。

【被保険者証の色が、緑色から紫色に変わります。】

後期高齢者医療被保険者証							
有効期限							
交付年月日							
被保険者番号							
被 保 険 者	住 所						
	氏 名						
	生年月日						
資格取得年月日							
発 効 期 日							
一部負担金の割合							
保険者番号並びに保険者の名称及び印	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 岡山県後期高齢者医療広域連合 						

2. 限度額適用・標準負担額減額認定証

(1) 減額認定証の色

サーモンピンク色（色の変更はありません。）

(2) 交付年月日

平成30年8月1日

(3) 有効期限

平成31年7月31日

(4) 適用区分

前年（平成29年中）の所得が確定したあと、毎年8月1日に見直します。

(5) 更新の手続き

7月末までの減額認定証をお持ちで、8月以降も所得区分が低所得者 または となる方には、新しい減額認定証を保険証に同封し、7月中に送付しますので、申請の手続きは必要ありません。

ただし、次の方は申請などが必要となります。

世帯内に所得の未申告者がいる方

8月以降も所得区分が低所得者 であっても、世帯内に所得の未申告者がいる場合は、新しい減額認定証は送付されませんが、6月中に市町村で申告をされ、所得区分が低所得者 または となった場合は、減額認定証が引き続き交付されます。

なお、所得がない場合でも申告が必要となります。

長期入院をされた方

平成29年8月1日以降、所得区分が低所得者 の減額認定証をお持ちだった期間内に、90日を超える入院日数（岡山県後期高齢者医療保険加入前の保険で区分 ・ 区分才の減額認定証の交付を受けていた入院期間も含む）がある方は、住所地の市町村へ申請し認められた場合、1食あたり160円となる減額認定証が交付されます。

ただし、平成29年8月1日から平成30年4月30日までの間で、入院が90日を超える人は、申請の必要はありません。

該当にならない場合は、1食あたり210円となる減額認定証を送付します。

(6) その他

7月中に、誤って交付年月日が平成30年8月1日の減額認定証を、窓口で提示される方がおられるかもしれませんので、ご注意ください。

【減額認定証の色の変更はありません。】

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証			
有効期限			
交付年月日			
被保険者番号			
被 保 険 者	住 所	見本	
	氏 名		
	生年月日		
発効期日			
適用区分			
長期入院 該当年月日		保 険 者 印	
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印			岡山県後期高齢者医療広域連合 見本

3. 限度額適用認定証

(1) 限度額適用認定証の色
灰色

(2) 交付年月日
平成30年8月1日

(3) 有効期限
平成31年7月31日

(4) 適用区分
前年（平成29年中）の所得により判定されます。

(5) 申請の手続き
限度額適用認定証の交付には、住所地の市町村で申請の手続きが必要です。ただし、世帯内に所得未申告の被保険者がいる場合は申告が必要になります。

(6) その他
課税所得145万円以上690万円未満の現役並み所得者Ⅱ・Ⅰの被保険者及び同世帯の被保険者の方について、医療機関での窓口負担を自己負担限度額までとする認定証です。

【限度額適用認定証の見本です。】

後期高齢者医療限度額適用認定証						
有効期限 交付年月日 _____						
被保険者番号						
被 保 険 者	住 所					
	氏 名					
	生 年 月 日					
発 効 期 日						
適 用 区 分						
保 険 者 番 号 並 び に 保 険 者 の 名 称 及 び 印	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <p>岡山県後期高齢者医療広域連合</p> <p>見本</p> 					