

後期高齢者医療制度 の ご案内



岡山県後期高齢者医療広域連合

この冊子の内容は令和7年4月現在で作成しています。
今後、内容が変更になる場合があります。

もくじ

後期高齢者医療制度とは？	1
後期高齢者医療制度のしくみ	1
後期高齢者医療制度の財源	2
被保険者（加入する人）	3
マイナ保険証等	4
お医者さんにかかるとき	6
医療機関にかかるときの一部負担金／所得区分	6
入院したときの食事代	8
医療費が高額になったとき（高額療養費の支給）	9
高額医療・高額介護合算療養費制度	11
交通事故にあったとき	12
被保険者の葬祭が行われたとき	12
柔道整復、はり・きゅう、 マッサージの施術を受けるとき	13
療養費の支給が受けられる場合	14
保険料について	15
保険料の決まり方	15
保険料の納め方	18
後期高齢者健診等について	20
臓器提供について	21
お問い合わせ先一覧	24



後期高齢者医療制度とは？

後期高齢者医療制度は、75歳以上の人全員と一定の障害がある65歳以上の人で申請により認定された人が加入する高齢者の医療制度です。

後期高齢者医療制度のしくみ

後期高齢者医療制度は、県内すべての市町村が加入する広域連合が主体となり、市町村と協力して運営しています。

広域連合

運営主体であり、

- 保険料の決定
 - 医療を受けたときの給付
 - 資格確認書の交付
- などを行います。



市町村

- 保険料の徴収
- 申請や届出の受付
- 資格確認書の引渡
- 資格確認書の再交付
- 各種相談

などの窓口業務を行います。
(P24、25参照)



後期高齢者医療制度の財源

後期高齢者医療制度の医療にかかる費用のうち、医療機関で支払う窓口負担を除いた部分の約5割を公費が負担、約4割を現役世代（75歳未満の人）が負担し、残り約1割を被保険者が負担します。

医療にかかる費用

患者負担額（窓口負担分）

被保険者の保険料
約1割後期高齢者支援金
（現役世代の保険料）
約4割公費
約5割
国：県：市町村
=4：1：1

被保険者（加入する人）

75歳以上の人

- 満75歳の誕生日から加入します（加入手続きは必要ありません）。「資格確認書」がお住まいの市町村から誕生日までに送付されます。

転入した人

- 他県から転出したときは、原則転入先の後期高齢者医療広域連合の被保険者となり、転入先の市町村の担当課から「資格確認書」が送付されます。

65歳以上75歳未満で一定の障害があり、申請することで広域連合の認定を受けた人

- 認定申請についてはお住まいの市町村の担当窓口におたずねください。
- 一定の障害とは、次に該当する状態です。
 - ・身体障害者手帳1～3級
 - ・身体障害者手帳4級のうちの一部（音声、言語に関する障害、下肢障害の一部）
 - ・療育手帳「A」
 - ・精神障害者保健福祉手帳1・2級
 - ・国民年金証書（障害年金1・2級）
- 加入した後も75歳になるまでの間は、後期高齢者医療制度から脱退することができます。

被用者保険から後期高齢者医療制度に加入すると、その人の扶養家族は国民健康保険等へ加入手続きが必要です。

マイナ保険証 資格確認書(後期高齢者医療資格確認書)

医療機関等にかかるときは、次のいずれかを
利用してください。

マイナ保険証

- マイナンバーカードをお持ちの人は、保険証の
利用登録をすることにより、医療機関等で保険
証として利用できます。
- 紛失や破損によりマイナンバーカードを再交付
中の場合や、「マイナ保険証」に対応していな
い医療機関等では、「資格確認書」を使用して
ください。

資格確認書(後期高齢者医療資格確認書)

- 被保険者には、資格確認書が1人に1枚交付さ
れます。
- 資格確認書は毎年8月1日付で更新します。
- 資格喪失後の資格確認書を使って医療を受けて
しまうと、後期高齢者医療が負担した医療費を
後で返していただくことがあります。
- 紛失や破損した場合は、再交付できますので、
お住まいの市町村の担当窓口で申請してくださ
い。

令和6年12月1日までに発行された後期高齢者
医療被保険者証は、負担区分等に変更が無い限
り有効期限まで使用できます。

マイナンバーカードの保険証利用

マイナンバーカードが医療機関に
かかるときの保険証として利用でき
ます(「**マイナ保険証**」と呼びます)。
マイナンバーカードを取得していな
い人は、早めに取得しましょう。



(注)医療機関の状況によりマイナ保険証を利用できない
場合があります。

マイナ保険証の利用には**登録が必要**です!

マイナポータルより、マイナンバーカー
ドの健康保険証の利用登録、または、登録
されている健康保険証の情報を確認するこ
とができます。



▲マイナポータル

マイナ保険証に関するお問い合わせ

マイナンバー総合
フリーダイヤル **0120-95-0178**
音声ガイダンスに従ってお進みください。

受付時間 平 日：9時30分～20時00分
(年末年始を除く) 土日祝：9時30分～17時30分

マイナ保険証を使うメリット

★より良い医療を受けることができます!

医療機関を受診した際に、お薬の情報や健診結果の提供
に同意すると、その情報に基づいた総合的な診断や重複す
る投薬を回避した適切な処方を受けることができます。

★窓口で限度額以上の支払いが不要になります!

高額な医療費が発生する場合でも、限度額を超える金額
を一時的に自己負担する必要がなくなります。

★確定申告の医療費控除がカンタンにできます!

領収証を保管・提出する必要がなく、マイナポータルで
簡単に医療費控除の申請手続きができます。

お医者さんにかかるとき

医療機関にかかるときの一部負担金

窓口で支払う一部負担金の割合は、保険証（資格確認書）でご確認ください。

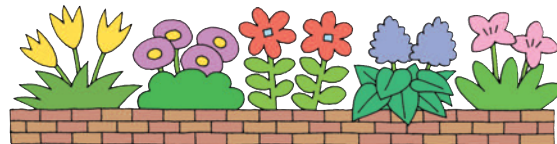
一部負担金の割合は、所得区分に応じて決まります。所得区分は、前年（1～7月までは前々年）の所得により毎年判定をします。

世帯構成の変更や所得の更正などにより、保険証（資格確認書）の有効期間内でも一部負担金の割合が変更となる場合があります。その際には、新しい資格確認書を交付します。

負担割合	所得区分	判定基準
3割 (注)	現役並み所得者Ⅲ	住民税の課税所得額（各種控除後）が690万円以上ある人や、その被保険者と同じ世帯にいる被保険者。
	現役並み所得者Ⅱ	住民税の課税所得額（各種控除後）が380万円以上ある人や、その被保険者と同じ世帯にいる被保険者。
	現役並み所得者Ⅰ	住民税の課税所得額（各種控除後）が145万円以上ある人や、その被保険者と同じ世帯にいる被保険者。
	ただし、以下の基準のいずれかに該当する場合、2割負担または1割負担となります。いずれに該当するかは、2割・1割の判定基準をご覧ください。 ※1、2については、市町村の担当窓口に申請が必要な場合があります。	
	1. 世帯に被保険者が2人以上いる場合	収入合計額520万円未満
	2. 世帯に被保険者が1人の場合は次のいずれかの額	①被保険者本人の収入額が383万円未満 ②世帯の70～74歳の人（後期高齢者医療の被保険者を除く）を含めた収入合計額が520万円未満
	3. 昭和20年1月2日以降生まれの被保険者及びその属する世帯の被保険者の場合	旧ただし書き所得（総所得金額等から基礎控除43万円を差し引いた額）の合計額が210万円以下

負担割合	所得区分	判定基準
2割 (注)	一般Ⅱ	現役並み所得者以外で、 1. 世帯の被保険者が1人の場合 住民税の課税所得額（各種控除後）が28万円以上、かつ「年金収入＋その他の合計所得金額」が200万円以上ある被保険者 2. 世帯の被保険者が2人以上の場合 世帯の被保険者のうち、いずれかの住民税の課税所得額（各種控除後）が28万円以上、かつ世帯の被保険者の「年金収入＋その他の合計所得金額」の合計が320万円以上ある世帯の被保険者
1割	一般Ⅰ	現役並み所得者、一般Ⅱ、低所得者Ⅱ・Ⅰ以外の人
	低所得者Ⅱ（区分Ⅱ）	世帯の全員が住民税非課税(注)の人（低所得者Ⅰ以外の人）
	低所得者Ⅰ（区分Ⅰ）	・世帯の全員が住民税非課税(注)で、世帯全員の所得（年金の所得控除額は80万円として計算）が0円となる人 ・世帯の全員が住民税非課税(注)で、老齢福祉年金を受給している人

(注)課税所得額等により、3割負担または2割負担の基準を満たしていても、世帯全員が住民税非課税であれば1割負担となります。「住民税非課税」には、市町村の条例により住民税が全額免除された場合を含みます。



入院したときの食事代

入院したときの食事代は、1食あたり次の標準負担額を自己負担します。低所得者Ⅱ・Ⅰの人は、入院の際にマイナ保険証または限度区分が併記された資格確認書を医療機関の窓口に提示することにより食事代が減額されます。資格確認書の限度区分欄に記載がない場合は、お住まいの市町村の担当窓口でお手続きができます。

※入院時食事代の標準負担額【表1】令和6年6月1日から

所得区分（P6・7参照）		1食あたりの食事代
現役並み所得者及び一般Ⅰ・Ⅱ		490円※1
低所得者Ⅱ（区分Ⅱ）	90日までの入院	230円
	過去12か月で90日※2を超える入院	180円
低所得者Ⅰ（区分Ⅰ）		110円

※1 指定難病の人は280円です。

※2 低所得者Ⅱ（区分Ⅱ）の認定期間内の入院日数が90日を超えた場合に、お住まいの市町村の担当窓口へ届出をすることで1食あたり180円になります。（以前加入の医療保険において区分Ⅱに相当する認定を受けている期間内の入院日数も含む）

療養病床に入院する場合

※食費・居住費の標準負担額【表2】令和6年6月1日から

所得区分（P6・7参照）	1食あたりの食費	1日あたりの居住費※7
現役並み所得者及び一般Ⅰ・Ⅱ	490円※3※4	370円
低所得者Ⅱ（区分Ⅱ）	230円※5	370円
低所得者Ⅰ（区分Ⅰ）	140円※6	370円

※3 一部医療機関では450円の場合もあります。

※4 指定難病の人は280円です。

※5 所得区分が「低所得者Ⅱ（過去12か月で90日※2を超える入院）」であり、入院医療の必要性が高い人（人工呼吸器、静脈栄養等が必要な人や難病の人など）の食事代は1食180円になります。

※6 入院医療の必要性が高い人（人工呼吸器、静脈栄養等が必要な人や難病の人など）の食事代は1食110円になります。

※7 指定難病の人の居住費は0円です。

やむを得ない事由等により、食事代等の減額が行われなかった場合、標準負担額の差額申請によって支給を受けられることがあります。

医療費が高額になったとき（高額療養費の支給）

高額療養費の手続き

1か月（同じ月内）の医療費の自己負担額が次の自己負担限度額を超えた場合、自己負担限度額を超えた分が高額療養費として支給されます。なお、2回目以降の申請は不要です。振込口座を変更される場合は、お住まいの市町村の担当窓口で手続きをしてください。

※自己負担限度額（月額）

所得区分（P6・7参照）	個人単位（外来のみ）	世帯単位（外来+入院）
現役並み所得者Ⅲ 課税所得 〔690万円以上〕	252,600円+ (医療費の総額-842,000円)×1% 〔140,100円〕(注)	
現役並み所得者Ⅱ 課税所得 〔380万円以上〕	167,400円+ (医療費の総額-558,000円)×1% 〔93,000円〕(注)	
現役並み所得者Ⅰ 課税所得 〔145万円以上〕	80,100円+ (医療費の総額-267,000円)×1% 〔44,400円〕(注)	
一般Ⅱ	18,000円 または (6,000円+(医療費の総額-30,000円)×10%)の 低い方を適用 (令和7年9月診療分まで)	57,600円 〔44,400円〕(注)
一般Ⅰ	18,000円	
低所得者Ⅱ（区分Ⅱ）	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ（区分Ⅰ）	8,000円	15,000円

(注)岡山県の後期高齢者医療保険に加入後、過去12か月以内に世帯単位で高額療養費の支給が3回あった場合の4回目以降の自己負担限度額。

●一般Ⅰ・Ⅱの人は、外来の年間(8月1日から翌年7月31日までの間)の自己負担限度額が144,000円となります。

- 入院したときの食事代や保険がきかない差額ベッド料などは支給の対象外となります。
- マイナ保険証または限度区分が併記された資格確認書を医療機関等の窓口に提示することで1医療機関ごとの一部負担金在自己負担限度額までとなります。(資格確認書の限度区分欄に記載がない場合は、お住まいの市町村の担当窓口でお手続きができます。)
- 区分が変わった場合は、医療費、食事療養費、高額療養費の差額を支給または返納いただく場合があります。
- 医療機関での窓口負担額は10円未満が四捨五入された金額になるため、高額療養費の算定内容と異なる場合があります。

特定疾病の場合

厚生労働大臣が指定する特定疾病により、長期にわたって高額な治療が必要となった場合は、「特定疾病療養受療証」を医療機関に提示することで、認定疾病の療養にかかる自己負担限度額(月額)が、同一の医療機関につき入院・外来ごとで1万円※になりますので、お住まいの市町村の担当窓口で交付申請をしてください。なお、以前加入の医療保険で特定疾病療養受療証をお持ちの人も再度申請が必要となります。

*対象となる特定疾病

- 人工透析が必要な慢性腎不全
- 先天性血液凝固因子障害の一部(いわゆる血友病)
- 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症

※医療機関で外来受診後に院外の調剤薬局で薬を処方され、自己負担額の合計が、月額1万円を超えた場合はご相談ください。

※75歳到達により月の途中で後期高齢者医療制度に加入された場合は、75歳到達月に限り、自己負担限度額が2分の1の5千円になります。

75歳到達月の自己負担限度額の特例

月の途中で75歳になり後期高齢者医療制度に加入された場合、その月の自己負担限度額は、移行前の医療制度の限度額と後期高齢者医療制度の限度額が両方適用されないよう、それぞれ限度額を2分の1とする特例があります。(月の初日が誕生日の場合を除く)

※これまで加入していた医療保険と後期高齢者医療制度で、自己負担限度額が異なる場合があります。

高額医療・高額介護合算療養費制度

被保険者の属する世帯が、後期高齢者医療制度などの医療制度と介護保険制度のどちらにも自己負担金を支払っていて、1年間の自己負担金の合計が下表の自己負担限度額を超えた場合は、各保険者から高額介護合算療養費等が支給されます。

*自己負担限度額(年額・8月～翌年7月)

所得区分(P6・7参照)	自己負担限度額
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Ⅰ・Ⅱ	56万円
低所得者Ⅱ(区分Ⅱ)	31万円
低所得者Ⅰ(区分Ⅰ)	19万円(注)

(注)低所得者Ⅰで介護保険の利用者が複数いる場合は、介護保険分の支給額は自己負担限度額を31万円にして再計算をします。

※後期高齢者医療制度に加入していることが条件のため、同じ世帯の異なる医療保険に加入している人の支払った金額は合算できません。

※1年の間に医療保険または介護保険の異動があったときは、別途手続きが必要となる場合がありますのでご相談ください。

現在、休日や夜間に軽症の患者さんの救急医療への受診が増え、緊急性の高い重症の患者さんの治療に支障をきたしています。気になることがあれば、**かかりつけの医師・薬剤師にご相談ください**。紹介状なしで大病院を受診する場合、別途費用(保険対象外)が発生します。

同じ疾患で複数の医療機関を受診することは控えてください。また、医療機関・薬局へ行かれる際には、**お薬手帳を持参**してください。服用するお薬が重複したり多くなったりすると、体に悪影響を与えてしまう恐れがあります。

一人ひとりの健康管理や適正受診への取組が、保険料の値上がりを抑えることにつながります。

交通事故にあったとき

交通事故など第三者（加害者）の行為によってけがをした場合は、加害者が治療費を全額負担することが原則です。

ただし、やむを得ず保険証（資格確認書）を提示して医療機関等を受診する場合には、自己負担の有無にかかわらず、広域連合またはお住まいの市町村の担当窓口へ、必ず「**第三者行為による傷病届**」を提出してください。損害保険会社が対応している場合には、届出のサポートをしていただける場合があります。

また、自損事故の場合で同乗者が医療機関等を受診する場合にも、届出が必要となります。

届出がない場合には、医療費を保険料で補てんすることになり、保険料の値上がりにつながりますので、ご協力をお願いいたします。



被保険者の葬祭が行われたとき

被保険者が亡くなった後、葬儀等を行った場合には、申請により葬祭執行者（喪主等）に対して、葬祭費5万円が支給されます。

※葬祭を行った日の翌日から2年を経過すると時効により支給できませんので、ご注意ください。

柔道整復、はり・きゅう、マッサージの施術を受けるとき

●柔道整復（接骨院等）

保険が使える	骨折、脱臼、打撲及び捻挫（肉離れを含む）。 ※骨折及び脱臼については、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。
保険が使えない	- 慢性的な要因からくる肩こりや筋肉疲労 - 入院期間中の施術 - 内科的な原因によるもの など

※病院、診療所等と同じ負傷等の治療中は、整骨院や接骨院等で施術を受けても保険の対象になりません。

●はり・きゅう

保険が使える	主として神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を主症とする場合 ※保険を使うには、あらかじめ主治の医師の診察を受け、同意書または診断書を取得する必要があります。
保険が使えない	病院、診療所等で同じ対象疾患の治療を受けている場合 ※鎮痛剤等の薬の処方を受けている場合も含みます。

●マッサージ

保険が使える	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 ※保険を使うには、あらかじめ主治の医師の診察を受け、同意書または診断書を取得する必要があります。
保険が使えない	疲労回復や慰安を目的としたものや、疾病予防のためのもの

これらの施術について、当広域連合での審査の結果、保険が使えない施術であることを確認した場合、自費（10割負担）でのお支払いとなる場合がありますのでご注意ください。

広域連合または委託業者より施術内容についてお尋ねすることがあります。

柔道整復、はり・きゅう、マッサージの請求の中に、保険対象とならない施術や不適切な請求があったときは、適正な支払いのため調査が必要となります。広域連合より負傷原因、施術年月日、施術内容等を照会させていただくことがありますので領収書等を保管していただき、照会がありましたら、ご回答くださいますよう、ご協力をお願いします。

療養費の支給が受けられる場合

次のような場合は、いったん全額自己負担となりますが、お住まいの市町村の担当窓口に申請して認められると、自己負担分を除いた額が支給されます。

●補装具

医師が、病気やけがの治療に必要と認めた関節用装具やコルセット等を購入したとき

- ・医療機関で行われる処置で用いられる装具は療養費の支給対象となります。
- ・日常生活や職業上の必要性による装具も対象となりません。

●一般診療

やむを得ない事情で保険証（資格確認書）を持たずに受診したとき

●海外療養費

海外渡航中に治療を受けたとき

- ・治療目的の渡航は対象とならない場合があります。
- ・支給額は日本国内の医療費基準を基に計算されます。

●生血代、移送費（広域連合が認めた場合）

※療養に要した費用を支払った日の翌日から2年を経過すると時効により支給できませんので、ご注意ください。

保険料について

被保険者一人ひとりに、納めていただきます。

保険料は**被保険者全員が負担する「均等割額」**と**被保険者の所得に応じて負担する「所得割額」**の合計額になります。保険料率は、2年ごとに見直され、岡山県内では均一となります。

保険料の決まり方

$$\begin{array}{c} \text{一人当たり} \\ \text{年間保険料} \\ \text{(限度額} \\ \text{80万円)} \end{array} = \text{均等割額} + \begin{array}{c} \text{所得割額} \\ \text{(賦課のもととなる所得金額} \\ \times \\ \text{所得割率)} \end{array}$$

保険料率（令和6年度・令和7年度）			
		令和6年度	令和7年度
均等割額		50,200円	
所得割率	賦課のもととなる所得金額58万円以下	9.76%	10.49%
	賦課のもととなる所得金額58万円超	10.49%	

※令和6年3月31日時点で75歳以上の人等の令和6年度限度額は、73万円となります。

※一人当たり年間保険料は、100円未満を切り捨てます。

※保険料は対象年度1年間分（4月から翌年3月までの12か月）として計算され、年度の途中で加入された場合は加入された月から計算されます。

※「賦課のもととなる所得金額」とは、前年の総所得金額等（雑所得、事業所得、給与所得等の総所得金額と分離課税の株式の譲渡所得、土地建物等の譲渡所得、山林所得等の合計額）から、地方税法に定める基礎控除額（合計所得金額が2,400万円以下の場合は43万円）を控除した額です（雑損失の繰越控除額は控除しません）。

※分離課税の所得がマイナスの場合は、0円として合算します。

均等割額軽減の基準（令和7年度）

所得の低い人は、世帯の所得水準に応じて均等割額が軽減されます。

軽減割合	世帯主及びその世帯の被保険者の総所得金額等の合計が下記の金額以下の世帯
7割軽減	基礎控除額(43万円) + (給与所得者等の数 - 1) × 10万円
5割軽減	基礎控除額(43万円) + (給与所得者等の数 - 1) × 10万円 + 30.5万円 × (被保険者数)
2割軽減	基礎控除額(43万円) + (給与所得者等の数 - 1) × 10万円 + 56万円 × (被保険者数)

※「給与所得者等の数」とは、一定の給与所得者と公的年金等の所得がある人の合計人数です。合計人数が2人以上の場合に適用します。

- 軽減の判定は、賦課期日現在で行われます。
- 65歳以上（その年の1月1日時点）の人の公的年金等の所得については、年金所得の範囲内で、最大15万円を控除した金額で判定します。
- 軽減判定時の総所得金額等では、専従者控除、土地建物等の譲渡所得の特別控除は適用されません。雑損失の繰越控除は適用されます。
- 世帯主及びその世帯の被保険者に所得の不明な人がいる場合は、基準に該当するかどうか判定できないため、軽減が適用されません。

ポイント!!

会社の健康保険などの被扶養者であった人
後期高齢者医療制度の被保険者となった前日に、会社の健康保険など※¹の被扶養者であった人は、保険料の均等割額が5割軽減※²され、所得割額はかかりません。

ただし、P16の均等割額軽減にも該当する人は、いずれか大きい方の額が軽減されます。

※¹ 国民健康保険及び国民健康保険組合は除きます。

※² 均等割額が5割軽減されるのは、制度加入時から2年間です。

令和7年度 年間保険料の計算例
(75歳以上の夫婦二人の世帯)

夫（世帯主）：年金収入240万円（所得130万円）

妻：年金収入 80万円（所得 0円）

場合の保険料

夫（世帯主）の保険料

所得割額①： $(130万円 - 43万円) \times 10.49\%$
= 91,263円

均等割額②： $50,200円 - (50,200円 \times 20\%)$
= 40,160円（2割軽減該当）

① + ②：91,263円 + 40,160円 = 131,423円

100円未満切捨により 年間保険料 131,400円

妻の保険料

所得割額①：= 0円

均等割額②： $50,200円 - (50,200円 \times 20\%)$
= 40,160円（2割軽減該当）

① + ②：0円 + 40,160円 = 40,160円

100円未満切捨により 年間保険料 40,100円

※軽減については、P16を参照してください。

保険料の納め方

保険料は、年金からの天引きによる納付（特別徴収）が原則となります。ただし、天引き対象となる年金の受給額によっては納付書または口座振替（お住まいの市町村の担当窓口での手続きが必要）による納付（普通徴収）となります。

※天引き対象となる年金について

天引き対象となる年金は、種類等によって優先順位が定められています。複数の年金を受給している場合、最も優先順位の高い年金（介護保険料が天引きされている年金）のみで、特別徴収の判定を行います。

例えば

- ・天引き対象となる年金が年額18万円未満ですか？

いいえ

- ・介護保険料と後期高齢者医療保険料の合算額が天引き対象となる年金の受給額の2分の1を超えますか？

はい

はい

いいえ

普通徴収

納付書等でお住まいの市町村へ個別に納めます。

特別徴収

年金から天引きされます。

※75歳になられた場合や他市町村から転入された場合などは、**しばらくの間、年金から天引きされず**、納付書等でお住まいの市町村へ個別に納めていただくことになります。

※保険料の決定通知書等は、毎年7月中旬に送付します。ただし、75歳になられた年度の保険料の決定通知書等（誕生月～3月分）は、75歳の誕生日の属する月から約2か月後（4月生まれの方は約3か月後）の送付になります。

保険料の納付は口座振替がおすすめです。

新たに後期高齢者医療制度に加入した人や納付書により納めていただいている人は、お住まいの市町村で口座振替の手続きをすると、納期限に指定口座から保険料が自動的に引き落とされるため、納め忘れの心配がなく、納付のために金融機関や市町村へ足を運ぶ必要がなくなります。

※国民健康保険で口座振替の手続きをしていた人も、改めて口座振替の手続きが必要です。

※年金から保険料が天引きされている人も、口座振替の方法による納付を希望すれば、口座振替に変更することができます。（滞納があった場合など、別途相談となることがあります。）

※詳しくは、お住まいの市町村の担当窓口におたずねください。

普通徴収の人は納め忘れにご注意ください。 保険料を滞納すると…

特別な理由がなく保険料を滞納したときは、療養費及び高額療養費などの保険給付の全部又は一部を差し止め、その給付分を滞納保険料に充てる場合があります。また、滞納処分の対象となり、場合によっては財産などが差し押さえられることがありますので、保険料は期限内に納めるようにしましょう。

後期高齢者医療制度は、公費を重点的に投入しながら、高齢者の医療費をみんなで支えるための制度ですので、保険料の納付にご理解とご協力をお願いします。

保険料の納付が困難な場合は、お住まいの市町村の担当窓口にご相談ください。

後期高齢者健診等について

後期高齢者健診は県内各市町村で実施しており、血液検査や検尿など75歳未満の人が受診する特定健診に準じた検査項目が実施されます。病気を早期に発見して重症化を防ぐためにも、年に1回は受診しましょう。

実施時期や実施方法は市町村によって異なりますので、詳細については、お住まいの市町村の担当窓口へおたずねください。

健診結果は大切な書類です。
なくさないよう大切に保管してください。

ジェネリック医薬品・バイオシミラーについて

●ジェネリック医薬品（後発医薬品）とは？

先発医薬品の特許期間終了後に、同じ有効成分を同一量使用して作られた医療用医薬品です。

そのため、効果・効能は原則的に同じですが、先発医薬品と比べて低価格での提供が可能です。

●バイオシミラー（バイオ後続品）とは？

先行バイオ医薬品の特許期間終了後に、同等／同質の品質、安全性、有効性を有すると認められたバイオ医薬品です。

そのため、効き目と安全性は同等ですが、先行バイオ医薬品と比べて低価格での提供が可能です。

●医薬品を変更するには？

ジェネリック医薬品・バイオシミラーを希望するには、医療機関を受診する際や薬局で処方箋を提出する際に、医師・薬剤師にご相談ください。

リフィル処方箋について

●リフィル処方箋とは？

医師の診療により、症状が安定しており長期間の処方が可能と判断された人に対して発行される、最大3回まで使用できる処方箋のことです。

●対象となるお薬は？

すべてのお薬が対象となるわけではありません。

睡眠薬や向精神薬、発売から1年以内の新薬等、投与期間に上限が設けられている医薬品及び湿布薬は対象外です。

臓器提供について

臓器の移植に関する法律に基づき、みなさんの臓器提供に関する意思を尊重するために、保険証（資格確認書）の裏面に臓器提供の意思表示欄が設けられています。

意思を表示することには、年齢の上限はありません。高齢の方でも病気で薬を飲んでいる場合でも、どなたでも記入いただけます。

なお、意思表示欄の記入は任意ですので、記入しなければならないものではありません。

臓器移植について

臓器移植は病気や事故によって臓器（心臓や肝臓など）が機能しなくなった方に、他の方の健康な臓器を移植して、機能を回復させる医療です。

健康な家族からの肝臓・腎臓などの部分提供による生体移植と亡くなられた方からの臓器提供による移植があります。

移植に用いられる臓器は、心臓、肺、肝臓、腎臓、脾臓、小腸及び眼球（角膜）です。

日本で臓器の移植希望の登録をしている方はおよそ1万5千人います。しかし、臓器の提供が少なく、数多くの方が移植を待ちながら亡くなっています。

自分が最期を迎えたとき、誰かの命を救うことができます。

わたしたち一人ひとりが、今、臓器提供について考え、家族と話し合い、自分の臓器提供に関する意思を表示しておくことが大切です。

臓器移植に関するQ&A

Q1 臓器は誰でも提供できますか？ また、臓器提供や意思表示に年齢の上限はありますか？

A がんや全身性の感染症で亡くなられた場合には、臓器提供できないこともあります。実際の臓器提供時に医学的検査をして判断します。

また、意思を表示することには、年齢の上限はありません。高齢の方でも病気で薬を飲んでいますが、どなたでも意思表示カードに記入できますので、過去や現在の健康状況にかかわらず、現在の意思を記入してお持ちください。

Q2 遺体は、どんな状態で戻ってくるのでしょうか？

A 摘出手術の傷は残りますが、通常の手術傷と同様に、からだは礼意をもって丁寧に扱われ、傷口は縫合して、清潔なガーゼでおおわれます。その後、お身体をきれいにし、すぐにご遺体をご家族にお返しいたします。

Q3 臓器提供にかかる費用についての負担はありませんか？

A 臓器提供者（ドナー）の側には臓器提供にかかる費用は一切かかりません。

また、善意による提供なので葬儀の費用や謝礼が支払われることもありません。

Q4 持っている意思表示カードは旧法のカードだと聞きました。

A 平成22年7月17日に改正臓器移植法が全面施行され、意思表示カードの内容も変わりました。

今、お持ちの古い意思表示カードも有効ですが、なるべく現行法のカードに書き直して、家族にも自分の意思を伝えておきましょう。

Q5 現在、意思表示カードを所持しています。臓器提供意思登録サイトにも登録が必要ですか？

A 平成22年7月から意思表示カードの内容が変わりました。すでにお持ちの意思表示カード・シールも有効ですが、インターネットで意思登録をすると、ID入りの新しい内容の意思登録カードが発行され、臓器提供時に本人意思をより確実に確認することができます。ぜひ、登録をしておきましょう。

登録カードなど複数のカードがあった場合、最も日付の新しいものが有効なものとして取り扱われます。

親族への優先提供をお考えの方は、以下をお読みください。

親族への優先提供が行われる場合

以下の3つの要件をすべて満たす必要があります。

ご本人（15歳以上の方）が臓器を提供する意思表示に併せて、親族への優先提供の意思を書面により表示している。

臓器提供の際、親族（配偶者※1、子ども※2、父母※2）が移植希望登録をしている。

医学的な条件（適合条件）を満たしている。

※1 婚姻届を出している方です。事実婚の方は含みません。

※2 実の親子のほか、特別養子縁組による養子及び養父母を含みます。

*親族優先提供についての留意事項

- 医学的な条件などにより移植の対象となる親族がいなかった場合は、親族以外の方への移植が行われます。
- 優先提供する親族の方を指定（名前を記載）した場合は、その方を含めた親族全体への優先提供意思として取り扱います。
- 「〇〇さんだけにしか提供したくない」という提供先を限定する意思表示があった場合には、親族の方も含め、臓器提供が行われません。
- 親族提供を目的とした自殺を防ぐため、自殺した方からの親族への優先提供は行われません。

臓器移植に関する
ご質問・お問い合わせ先

〒108-0022 東京都港区海岸3-26-1 バーク芝浦12階
公益社団法人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 <https://www.jotnw.or.jp>

お問い合わせ先一覧

市町村名	担当部署	電話番号
岡山市	医療助成課	086-803-1217
倉敷市	医療給付課	086-426-3395
津山市	医療保険課	0868-32-2073
玉野市	保険年金課	0863-32-5528
笠岡市	市民課	0865-69-2130
井原市	市民課	0866-62-9514
総社市	ワンストップ課	0866-92-8257
高梁市	地域医療 連携課	0866-21-0258
新見市	市民課	0867-72-6123
備前市	保健課	0869-64-1819
瀬戸内市	国保年金 医療給付課	0869-22-3958
赤磐市	市民課	086-955-1113
真庭市	市民課	0867-42-1112
美作市	市民保険課	0868-72-1143
浅口市	市民課	0865-44-9042

市町村名	担当部署	電話番号
和気町	住民課	0869-93-1128
早島町	町民課	086-482-0613
里庄町	町民課	0865-64-3112
矢掛町	健康推進課	0866-82-1013
新庄村	住民福祉課	0867-56-2646
鏡野町	健康推進課	0868-54-2025
勝央町	税務住民部	0868-38-3115
奈義町	税務住民課	0868-36-4112
西粟倉村	保健福祉課	0868-79-2233
久米南町	税務住民課	086-728-2113
美咲町	長寿しあわせ課	0868-66-1115
吉備中央町	保健課	0866-54-1326

岡山県後期高齢者医療広域連合

〒700-0975

岡山市北区今二丁目2番1号（岡山県市町村振興センター3階）

電話：086-245-0090

Fax：086-245-7277

こんなときは手続きをしましょう

お住まいの市町村の担当窓口で届出や申請をしてください。なお、下記以外の手続きが必要となる場合がありますので、お住まいの市町村の担当窓口にお問い合わせください。

加入のとき

- 県外から転入したとき
- 生活保護を受けなくなったとき
- 一定の障害がある65歳以上75歳未満の人で、障害認定を申請するとき

脱退のとき

- 県外へ転出するとき
- 生活保護を受けたとき
- お亡くなりになったとき
- 障害認定を受けている人で、一定の障害の状態に該当しなくなったとき、または障害認定の取下げをするとき

その他

- 県内で住所が変わったとき
- 氏名が変わったとき
- 保険証または資格確認書をなくしたり、汚したりしたとき

後期高齢者医療制度でもマイナンバー（個人番号）を利用しますので、手続きの際にはマイナンバーの記入をお願いします。