いつも健康はつらつ笑顔

国保のしおり

令和８年度版



江　南　市

目　次

- 国保ってなんだろう？ ・・・

●国保ってなんだろう？

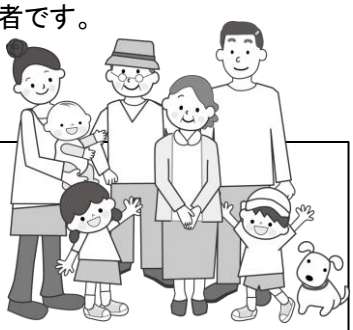
国保（国民健康保険）は、病気やけがに備えて加入者が収入に応じて保険税を出し合い、そこから医療費を支出しみんなで助け合うという制度です。

●国保に加入する方

国保には、職場の健康保険に加入している方、生活保護を受けている方、後期高齢者医療制度の対象となる方を除いて、市内に住んでいる方はみんな入らなくてはなりません。

国保では、世帯ごとに加入し、世帯主がまとめて加入などの届出を行うことにより、資格情報のお知らせ又は資格確認書が交付されます。加入は世帯ごとですが、加入者の一人ひとりがみんな被保険者です。

加入する必要が生じた場合は、原則 14 日以内に届出をお願いします。



健康保険の扶養家族は

国保は、職場の健康保険に加入できない方などを対象とした制度です。
職場の健康保険加入者に扶養されている方で、次の条件に該当する場合は、原則としてその健康保険の被扶養者として加入できますので、会社などで手続きしてください。

① 二親等内又は同一世帯三親等内の親族
② 年収が 130 万円未満（60 歳以上又は障害年金を受給する程度の障害のある人は 180 万円未満）で、被保険者の年収の２分の１未満の方
③ 後期高齢者医療制度の対象とならない方

職場の健康保険の加入（扶養）手続きをすませたら、国保の資格喪失の手続きをしてください。

●マイナ保険証

マイナ保険証は、健康保険証の利用登録がされたマイナンバーカードのことで、医療機関等で健康保険証として利用することができます。

●資格情報のお知らせ

マイナ保険証を持っている方に対して交付され、自身の被保険者資格を簡易に把握できるように交付されます。

医療機関等の窓口の機器不良などでマイナ保険証が読み取れない場合に、マイナ保険証と一緒に提示することで資格確認をすることもできます。

なお、資格情報のお知らせのみでは医療機関等で保険診療を受けることはできません。

●資格確認書

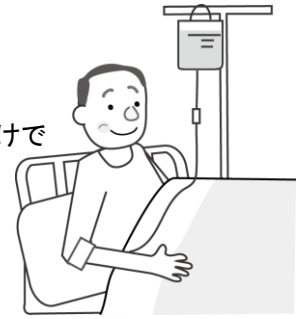
マイナ保険証を持っていない方に対して交付され、医療機関等で提示することで保険診療を受けることができます。

◎学生用の資格情報のお知らせ・資格確認書

修学などで江南市外に居住される場合は、学生用の資格情報のお知らせ又は資格確認書に切り替えをしますので申し出てください（在学証明書が必要です）。

●こんなときに国保が使えます

国保に加入していると、次のような給付が受けられます。



◎療養の給付

医療機関などの窓口でマイナ保険証又は資格確認書を提示すれば、医療費の一部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診察　②治療　③薬や注射などの処置　④入院（食事代は別途負担します）

⑤在宅療養（かかりつけの医師による訪問診療）および看護

年齢などによって負担割合が異なります

義務教育就学前	義務教育就学後から70歳未満	70歳～74歳	
2割	**3割**	**2割**	**現役並み所得者 3割** ※

※　についてはP7参照

※特別療養費の支給

国民健康保険税の滞納があり、災害その他特別の事情がない方は、特別療養費制度（医療費をいったん全額負担し、後日、申請により自己負担分（3割または2割）を除いた金額の支給を受ける）の対象になる場合があります。

なお、支給を受ける金額の一部または全部を、滞納している国民健康保険税に充当する場合があり、さらに滞納が長期間となった場合には、療養の給付を一時差し止め、滞納している国民健康保険税に充当します。

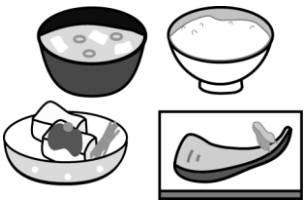
◎国民健康保険一部負担金の減免制度

国民健康保険では、災害や失業などの特別な事情によって収入が一定額以下になり、医療機関への一部負担金の支払いが困難になったとき、減免や徴収猶予を一定期間受けられる場合がありますので、お問い合わせください。

◎入院時の食事代

入院したときの食事代については、他の診療などにかかる費用などとは別に、下記の標準負担額を自己負担します。

残りは入院時食事療養費として、国保が負担します。



入院時食事療養費の標準負担額（1食あたり）　※2・※3についてはそれぞれP7※3・※4を参照

一般 （右記以外の方）	一般 （指定難病・小児慢性特定疾病患者、長期精神病床入院患者※1）	・市民税非課税世帯 ・低所得Ⅱ※2	低所得Ⅰ※3
550円	**指定難病患者** **小児慢性特定疾病患者** **330円** **長期精神病床患者** **260円**	90日までの入院：**270円** 90日を超える入院：**220円** （注）入院日数が90日を超えた方は、マイナ保険証の利用に関わらず事前に市へ申請が必要です。 ※　過去12か月の入院日数 ※　他の健康保険で入院した期間の日数も合算できます	**130円**

※1　平成28年4月1日において、既に1年を超えて継続して精神病床に入院している患者が対象となります。

☆マイナ保険証を持っていない市民税非課税世帯及び低所得Ⅰ・Ⅱの方は、入院の際に「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要です。保険年金課に申請し、交付を受けてください。

◎入院時の居住費（光熱水費相当額）

医療療養病床（長期療養のための病床）に入院する方のうち、介護保険の対象となる 65 歳以上の方の居住費については、他の診療などにかかる費用とは別に、3ページの標準負担額を自己負担します。残りは入院時生活療養費として、国保が負担します。

入院時の居住費（光熱水費相当額）の標準負担額（1日あたり）

	令和8年5月まで	令和8年6月から
医療の必要性の低い方(医療区分Ⅰ)	**370円**	**430円**
医療の必要性の高い方（医療区分Ⅱ・Ⅲ）	**370円**	**430円**
指定難病の方・境界層該当者	**0円**	**0円**

※療養病床に入院している 65 歳以上の方の食事代につきましては、ホームページをご覧ください。

◎いったん全額負担したとき（療養費の支給）

次のような場合は、いったん全額負担となりますが、その後国保の窓口へ申請し、審査で決定すれば、自己負担を除いた額があとで支給されます（申請期限は、医療費等を支払った日の翌日から2年です）。

①急病などでやむを得ずマイナ保険証等を持たずに医療機関等にかかったとき

申請に必要なもの：診療（調剤）内容の明細書・領収書・金融機関の口座の分かるもの

②コルセットなどの治療用装具代（小児弱視治療のための眼鏡、リンパ浮腫治療のための弾性着衣も対象）

※靴型装具の支給申請には写真の添付が必要となります。

申請に必要なもの：医師の意見書等・装具の明細書・領収書(靴型装具申請時には写真添付)・金融機関の口座の分かるもの

③海外旅行中に医療機関にかかったとき

申請に必要なもの：★診療（調剤）内容の明細書・★領収明細書・★領収書・パスポート等の渡航期間の分かるもの
・金融機関の口座の分かるもの

・海外に行く場合は、事前に市役所で申請書をお受け取りいただくと安心です。

・★が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳が必要です。

・日本国内の医療機関で、治療をした場合にかかる治療費を基準に計算をした額（実際に海外で支払った額の方が低い時はその額）から自己負担相当額を差し引いた額が支給されます。

④その他　・輸血のための生血代（生血の提供者が親族の場合を除く）

◎訪問看護療養費の支給

居宅で医療を受ける必要があると医師が認めた方が訪問看護ステーションを利用した場合、費用の一部を基本利用料として患者が負担し、残りは国保が負担します。

◎移送費の支給

病気やけがで移動が困難な患者を転院などで移送しなければならないと医師が認めた場合、国保の認定を受け、移送にかかった費用が支給されます（申請期限は、費用を支払った日の翌日から2年です）。

◎出産育児一時金の支給

国保の加入者が出産したときは、原則、直接支払制度※1 により、一児につき 48 万8千円（産科医療補償制度に加入している分娩機関での出産は 50 万円）が支給されます。妊娠4か月（85 日）以降であれば、死産・流産でも支給されます（申請期限は、出産した日の翌日から2年です）。

※1　出産される方が医療機関で手続きすることにより出産育児一時金の受領を医療機関に委託し、出産される方は医療機関での退院時に出産育児一時金相当額を引いた額の出産費用を支払うことにより、出産育児一時金を支給する制度です。出産費用が出産育児一時金を下回った場合は、申請することによりその差額分が支給されます。

◎葬祭費の支給

国保の加入者が亡くなったときは、葬祭を行った方（喪主）に5万円が支給されます（申請期限は、葬祭を行った日の翌日から2年です）。

●こんなときは国保が使えません

次のようなときは国保が使えず、かかった医療費は全額自己負担となります。

①病気とみなされないもの （健康診断や人間ドック、予防注射、歯列矯正、美容整形、正常な妊娠・出産など）

②業務上のけがや病気 （雇用主が負担すべきものなので、労災保険の対象になります）

③国保の給付が制限されるとき

・故意の犯罪行為や故意の事故　・けんかや泥酔などによる傷病

・医師や保険者の指示に従わなかったとき



●柔道整復師による施術について

接骨院や整骨院での施術は、医療機関での診療とは異なり、国民健康保険の対象となる範囲が限られます。

◆国保が使えるとき

〇打撲、ねんざ、肉ばなれ　〇骨折、脱臼（応急手当以外は医師の同意が必要です）

〇骨・筋肉・関節のケガや痛みで負傷原因がはっきりしているとき

例）日常生活やスポーツで転んだり足首をひねったりして急に痛みが出たとき

〇医療機関での診療と病名・負傷部位が異なるとき　〇医療機関の医師から接骨院を紹介されたとき

◆国保が使えないとき

×日常生活における単なる疲れや肩こり　×スポーツや仕事などによる筋肉疲労

×加齢による痛み　×神経痛やリウマチ、五十肩、ヘルニアなど　×脳疾患後遺症などの慢性病

×保険医療機関（病院、診療所など）で同じ負傷について治療中のもの

適正な受診にご協力ください

- かかりつけ医をもちましょう
  これまでの病歴を知っている、相談しやすい、専門医を紹介してもらえるなどのメリットがあります。
- 重複受診をやめましょう
  医師の診断が信用できないなどの理由で複数の医療機関を受診することは、過剰な医療費の支払いになったり重複した薬剤の投与で副作用が出たりします。
- 時間外診療はよく考えて
  休日や夜間などの時間外診療はやむを得ない場合以外は避けましょう。急病人の治療に支障をきたします。
- 薬のもらい方を見直しましょう
  余分に薬を処方してもらい余ってしまったことはありませんか。適切な薬の使い方に心がけましょう。

☆交通事故などにあったとき

交通事故など、第三者の行為により怪我などをした場合でも、届出により国保で治療を受けることができます。ただし、この場合、治療費は国保が一時立て替え、あとで加害者に請求することになります。そのため、示談をして加害者から治療費を受け取ってしまうと国保が使えないこともありますのでご注意ください。

国保で治療を受けるときは、必ず事前にご連絡ください。

●特定健診・特定保健指導とは

特定健康診査（特定健診）は40歳～74歳の方を対象とした健診で、メタボ（内臓脂肪症候群、メタボリックシンドローム）の発見と予防・改善を目的としていて、加入している医療保険者により実施されています。

メタボとは、内臓脂肪の蓄積による肥満が原因で、高血圧・糖尿病・脂質異常症などの生活習慣病にかかりやすくなっている状態のことです。

放置すれば脳梗塞などの深刻な病気へと進行する可能性がありますが、内臓脂肪は燃焼されやすい性質を持つので、早めに生活習慣の改善に取り組みましょう。

生活習慣の改善の大切さはわかっていても、何から取り組めば良いのか分からないことはありませんか。そんなときは、専門家の力をかりるのもひとつの方法です。特定健診を受診すると、その結果に応じて保健師などの専門家による、個別相談や運動・栄養教室、健康に関する情報提供などの特定保健指導を受けられます。まずは特定健診を受診して、自分の健康状態を知ることから始めましょう。



特定健診　受診の流れ（国民健康保険に加入されている方の場合）

① 受診券の送付

国民健康保険に加入されている方へ、6月上旬に送付します。

年度途中で新たに国民健康保険に加入された方など、受診券が送付されていない場合がありますので、その際は保険年金課まで連絡してください。

② 特定健診の受診

送付した受診券に同封されている「令和8年度健康診査・がん検診等実施医療機関一覧」の中から受診する医療機関をお選びください。受診券と資格情報のお知らせ又は資格確認書を医療機関の窓口に提示すると、市の補助を受けて自己負担額1,000円（40歳の方は自己負担額0円）で受診することができます。医療機関によっては、事前に予約が必要な場合もあります。

【特定健診の健診項目】

＜問診＞ 現在の健康状態や喫煙歴、服薬歴などをお聞きします	＜身体計測＞ 身長・体重・BMI・腹囲の計測	＜理学的検査＞ 身体診察
＜血圧測定＞ 2回の測定値の平均値	＜血液検査＞ ・脂質検査 （中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール） ・代謝系検査　（血糖、HbA1c検査、尿酸） ・肝機能検査 （AST〔GOT〕、ALT〔GPT〕、γ—GT〔γ—GTP〕、血清アルブミン）	＜尿検査＞ 尿糖・尿蛋白

【医師の判断等により実施される詳細な健診】

心電図・眼底検査・貧血検査(赤血球数、血色素量(ヘモグロビン値)、ヘマトクリット値)・血清クレアチニン検査

●医療費が高額になったとき（高額療養費の支給）

同じ月内の医療費の自己負担（保険診療分）が高額になったとき、一定限度額を超えた分が申請により高額療養費としてあとから支給されます。 70 歳未満の方と 70 歳～74 歳の方では限度額が異なります。
（ただし、診療月の翌月１日から2年を過ぎたものは支給できません）

◎入院されるとき・高額な外来診療を受けるとき

入院で医療機関への支払いが自己負担限度額を超える場合は、マイナ保険証又は限度額適用認定証を提示することで、自己負担限度額までの支払いとなります。マイナ保険証を持っていない方は、申請により限度額適用認定証の交付を受けることができます。本人確認書類(運転免許証など)、マイナンバーカード(個人番号カード)又は通知カード(氏名・住所等が住民票の記載と一致しているもの)をお持ちのうえ保険年金課までお越しください。

また、高額な外来診療についても限度額適用認定証を適用できます。ただし、複数の医療機関・薬局等を合算して限度額を超える場合は、従来どおり申請により高額療養費として支給することになります。

なお、保険税を滞納している世帯※については限度額適用認定証の交付対象となりません。

※70 歳以上の方を除く



◎70 歳未満の方の場合

① 1か月の自己負担額が限度額を超えたとき

同じ方が同じ月内に同じ医療機関（医科、歯科は別計算）に支払った自己負担額が限度額を超えた場合、その超えた分があとから支給されます。（ただし、マイナ保険証又は限度額適用認定証を医療機関の窓口に提示した場合は、自己負担限度額までの支払いとなります。）差額ベッド代など保険が適用されない支払いや入院中の食事代は、自己負担額には計算されません。また、同じ病院でも入院と通院は別計算です。処方せんにより支払った薬代は処方せんの出た医療機関に合算できます。なお、高額療養費の支給に該当する方には、診療月の2か月後以降に通知書を送付しています。

●70 歳未満の自己負担限度額（月額） ※令和9年8月から限度額の見直しが予定されています。 〔表 1〕

区分	所得要件※	A 限度額（3回目まで）	B 限度額（4回目以降）	年間上限
ア	901 万円を超える	**270,300 円** （医療費が 901,000 円を超えた場合はその超えた分の 1%を加算）	**140,100 円**	**1,680,000 円**
イ	600 万円を超え 901 万円以下	**179,100 円** （医療費が 597,000 円を超えた場合はその超えた分の 1%を加算）	**93,000 円**	**1,110,000 円**
ウ	210 万円を超え 600 万円以下	**85,800 円** （医療費が 286,000 円を超えた場合はその超えた分の 1%を加算）	**44,400 円**	**530,000 円**
エ	210 万円以下	**61,500 円**	**44,400 円**	**530,000 円**
オ	市民税非課税世帯	**36,900 円**	**24,600 円**	**290,000 円**

※総所得金額などから基礎控除 43 万円を差し引いた金額です。所得の申告がない場合は区分アとみなされます。
基礎控除は、合計所得金額が 2,400 万円を超える場合減額されます。

② 高額療養費の支給が4回以上あるとき

過去 12 か月内に同じ世帯で4回以上高額療養費の支給を受けた場合、4回目以降は限度額 B を超えた分が支給されます。

平成 30 年度の国民健康保険法の改正により、同一都道府県内で転居等されても、世帯の継続性が保たれている場合には、高額療養費の多数該当も引き継がれることになります。

③ 同じ世帯で合算できる場合

同一世帯の国民健康保険の被保険者で、ひとりが、同じ月内にひとつの医療機関（医科、歯科は別計算）で、入院・通院別に 21,000 円（市民税非課税世帯も同額）以上の自己負担額を支払った場合、自己負担額が 21,000 円以上のものを合算することができ、限度額を超えた場合、超えた分が支給されます。

例）①世帯主、A病院入院 65,000 円 ②世帯主、A病院外来計 20,000 円 ③世帯主、B病院外来計 3,000 円 ④妻、C病院外来計 25,000 円の場合、①と④のみが合算対象。その合計が 90,000 円となり、区分がウの場合であれば限度額の 85,800 円を超えているので①と④は高額療養費の対象となります。

◎70 歳～74 歳の方の場合（後期高齢者医療制度で医療を受ける方は除く）

同じ月内に外来でかかった自己負担額の合計を個人単位の限度額 C に適用し、そのあとに、入院の自己負担額も含めて世帯で合算して、世帯単位の限度額 D を適用します。入院の窓口での負担は、世帯単位の限度額 D までとなります。同じ方が同じ月内に同じ医療機関で入院と外来でかかった場合、その医療機関での窓口負担の限度額は C + D となり、申請により D を超えた分が支給されます。ただし、保険が適用されない支払いや入院中の食事代は、自己負担額には計算されません。

また、75 歳になる月の自己負担限度額は、国保と後期高齢者医療制度でそれぞれ2分の1ずつになります。

なお、高額療養費の支給に該当する方には、診療月の2か月後以降に通知書を送付しています。

●70 歳～74 歳の自己負担限度額（月額） ※令和9年8月から限度額の見直しが予定されています。 〔表2〕

区分	負担割合	C 個人単位（外来のみ）	D 世帯単位(入院＋外来)	年間上限
現役並み所得者Ⅲ※2 課税所得 690 万円以上の方	3割	270,300 円＋ （医療費－901,000 円）×1％ ※多数回…140,100 円※1		1,680,000 円
現役並み所得者Ⅱ※2 課税所得 380 万円以上 690 万円未満の方		179,100 円＋ （医療費－597,000 円）×1％ ※多数回…93,000 円※1		1,110,000 円
現役並み所得者Ⅰ※2 課税所得 145 万円以上 380 万円未満の方		85,800 円＋ （医療費－286,000 円）×1％ ※多数回…44,400 円※1		530,000 円
一般	2割	22,000 円 〔年間（8 月～翌 7 月）の上限額 216,000 円〕	61,500 円 ※多数回…44,400 円※1	530,000 円
低所得Ⅱ※3		11,000 円 〔年間（8 月～翌 7 月）の上限額 96,000 円〕	25,700 円 ※多数回…24,600 円※1	290,000 円
低所得Ⅰ※4		8,000 円	15,700 円	180,000 円

所得に応じて自己負担割合などが決まりますので、忘れずに申告をしましょう。

（※1） 過去 12 ヶ月以内に3回以上、上限額に達した場合は、4回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります。

（※2）現役並み所得者とは、同一世帯に住民税課税所得※5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方。ただし 70 歳以上 75 歳未満の国保被保険者の収入合計が、2人以上で 520 万円、1人で 383 万円未満の場合は申請により、「一般」の区分と同様となり2割負担となります。また、同一世帯に後期高齢者医療制度に移行する方（旧国保被保険者）がいて現役並み所得者になった国保被保険者1人の世帯の場合、住民税課税所得 145 万円以上かつ収入 383 万円以上で、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 万円未満の方は、「一般」の区分と同様となり2割負担となります。

（※3）低所得Ⅱとは、70 歳～74 歳の方で、属する世帯の世帯主および国保被保険者が市民税非課税の方

（※4）低所得Ⅰとは、70 歳～74 歳の方で、属する世帯の世帯主および国保被保険者が市民税非課税で、その世帯員の各所得が必要経費・控除（年金の所得は控除額を 82.65 万円として計算。給与所得がある場合は、給与所得から最大 10 万円を控除。）を差し引いたときに0円となる方

（※5）同一世帯に 19 歳未満で所得（給与所得がある場合は、給与所得から最大 10 万円を控除）が 38 万円以下の国保被保険者がいる世帯の世帯主は年少扶養控除廃止に伴う調整控除があります（16 歳未満 1 人につき 33 万円、16 歳以上 19 歳未満 1 人につき 12 万円が控除されます）。

マイナ保険証を利用すれば、事前の手続きなく、
高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。
限度額適用認定証の事前申請は不要(注)となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

（注） 住民税非課税世帯（低所得Ⅰを除く）の方の過去 12 か月の入院日数が 90 日を超えることで、食事療養費の標準負担額が変更となる場合は、引き続き保険年金課の窓口で事前に申請する必要があります。

高額療養費の計算例

70 歳～74 歳の方だけの世帯の例

〇単独の場合

（所得区分：一般）



世帯主（73 歳）

外来（A 病院） 自己負担（同じ月内、以下同じ） 10,000 円

外来（B 病院） 自己負担 15,000 円

表2を用いて支給額を計算します。



外来の自己負担額合計 A 病院＋B 病院 25,000 円 － 個人単位（外来）の自己負担限度額C 22,000 円 ＝ 支給額 3,000 円

〇合算できる場合(所得区分：一般)



世帯主（73 歳）

外来（A 病院）自己負担 10,000 円

外来（B 病院）自己負担 15,000 円



妻（72 歳）

入院（C病院）自己負担 50,000 円

まず、表2（p.7参照）を用いて、外来のみの支給額を計算します。



外来の自己負担額合計 A 病院＋B 病院 25,000 円 － 個人単位（外来）の自己負担限度額C 22,000 円 ＝支給額 3,000 円・・・①

次に、表2（p.7 参照）を用いて、妻の入院を含めた世帯単位の支給額を計算します。





世帯単位（入院+外来）の自己負担限度額D

（ 22,000 円 外来限度額C ＋ 50,000 円 入院負担額 ） － 61,500 円 ＝ 支給額 10,500 円・・・②

この世帯の支給合計額は

支給額 ① 3,000 円 ＋ 支給額 ② 10,500 円 ＝ 13,500 円

◎70 歳未満の方と 70 歳～74 歳の方が同じ世帯の場合（後期高齢者医療制度で医療を受ける方は除く）

70 歳未満の方と 70 歳～74 歳の方が同じ世帯の場合でも合算することができます。この場合の計算方法は次のとおりとなります。

①70 歳～74 歳の方の自己負担額をまず計算

②それに、70 歳未満の合算対象基準額（21,000 円以上の自己負担額）を加えて、表1（p6参照）の 70 歳未満の自己負担限度額 A ・ B を適用して計算

◎申請に必要なもの

本人確認書類(運転免許証など)、金融機関の口座の分かるもの、マイナンバーカード(個人番号カード)又は通知カード(氏名、住所等が住民票の記載と一致しているもの)

◎高額な治療が長期間必要なとき

高額な治療を長期間継続して行う必要がある病気で、厚生労働大臣が指定するものについては、毎月の自己負担額は 10,000 円まで（人工透析を要する 70 歳未満の区分ア、イの方については 20,000 円まで）となります。「特定疾病療養受療証」が必要となりますので、申請してください。

マイナ保険証を持っている方には交付されませんが、申請は必要です。



厚生労働大臣が指定している特定疾病

・先天性血液凝固因子障害の一部
・人工透析の必要な慢性腎不全
・血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症

◎高額療養費の受領委任払制度

病院などへ支払う自己負担額が高額で支払いが困難なときは、高額療養費の受領委任払制度がありますので、保険年金課又は病院などの窓口へお問い合わせください。

●高額医療・高額介護合算制度とは

年間の医療費が高額になった世帯に介護保険の受給者がいる場合、８月から１年間にかかった医療保険と介護保険のそれぞれの自己負担額を合計し、次の表の限度額（年額・毎年８月～翌年７月）を超えた場合にその超えた額を申請により支給します。

【70 歳未満の方】※1

区分	限度額
ア	212 万円
イ	141 万円
ウ	67 万円
エ	60 万円
オ	34 万円

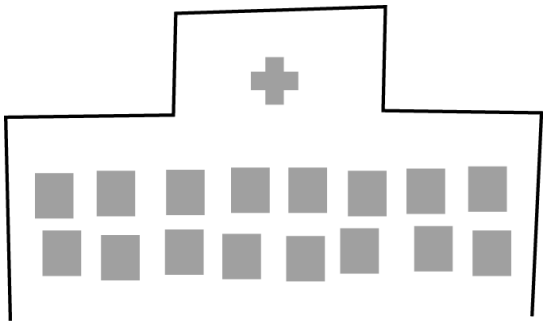
【70 歳～74 歳の方】※2

区分	限度額
現役並み所得Ⅲ	212 万円
現役並み所得Ⅱ	141 万円
現役並み所得Ⅰ	67 万円
一般	56 万円
低所得Ⅱ	31 万円
低所得Ⅰ	19 万円

※1「70 歳未満の区分の判定」については P6（表 1）参照

※2「70 歳～74 歳の区分の判定」については P7（表2）参照

☆ 70 歳～74 歳の方と 70 歳未満の方がいる場合は、まず 70 歳～74 歳の方の自己負担の合計額に 70 歳～74 歳の区分の自己負担限度額を適用し、なお残る負担額と 70 歳未満の方の自己負担の合計額とを合算した額に、70 歳未満の区分の自己負担限度額を適用します。



●ジェネリック医薬品とは

ジェネリック医薬品は「後発医薬品」とも呼ばれ、新薬（先発医薬品）の特許期間が終了した後に新薬と同じ有効成分で開発・製造された医薬品です。新薬と比べ開発費が少なくてすみ、2～7割（平均して半額）の価格で提供されています。

高騰する医療費が国や地方自治体の財政を圧迫しています。ジェネリック医薬品を使うことは、みなさんの家計の負担を軽くするだけでなく、医療費抑制にもつながります。

※ジェネリック医薬品に切り替えても、薬代の差額が少ない場合や、薬代のほかに管理料が加わることなどによって、自己負担額があまり変わらないことがあります。

◎安全性について

ジェネリック医薬品は新薬と同様の安全基準を満たしており、厚生労働省のジェネリック医薬品承認基準をクリアしているので安心して使えます。また、飲みやすさや副作用を抑える改良を施したものもあります。

◎先発医薬品を希望した場合の自己負担の仕組み

ジェネリック医薬品があるお薬で、先発医薬品を希望される場合は、特別の料金が加算されます。

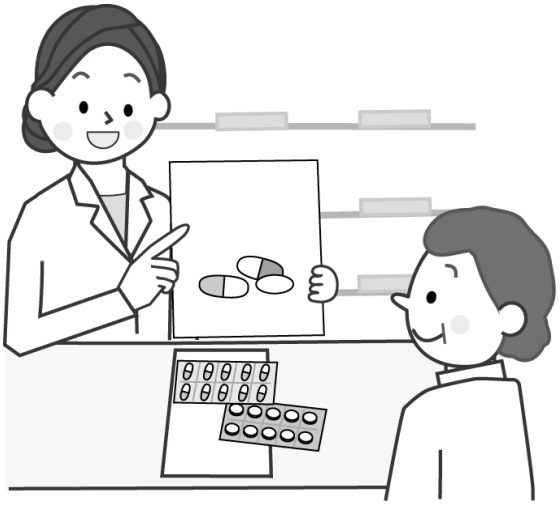
特別の料金は、先発医薬品とジェネリック医薬品の価格差の4分の1相当を医療保険の患者負担分と合わせてお支払いいただくものです。

※令和8年6月からは価格差の2分の1相当に変わります。

なお、先発医薬品を処方・調剤する医療上の必要があると認められる場合等は、特別の料金はかかりません。

〇現在使用されている薬にジェネリック医薬品があるか知りたい方は、インターネットで調べることができます。

日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会ホームページ「かんじゃさんの薬箱」
https://www.generic.gr.jp/





●臓器提供意思表示欄について

マイナンバーカードの表面及び国民健康保険資格確認書の裏面には、臓器提供意思表示欄が設けられています。

記入にあたっての注意事項

・臓器提供意思表示欄の記入は任意ですので、記入を義務付けるものではありません。
・記入の有無により受けられる医療の内容に違いが生じることはありません。
・臓器提供意思表示欄の記入内容は、臓器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。年齢の上限はありませんが、15 歳以上の方が記入したものに限ります。（提供しない意思表示については年齢の制限はありません。）
・記入の際は油性ボールペンをご使用ください。
・臓器提供意思表示欄を記入した後であっても、いつでも臓器提供への意思を変更することができます。

☆臓器移植や臓器提供意思表示欄の書き方に関するご質問は、公益社団法人　日本臓器移植ネットワークにお問い合わせください。

（公社）日本臓器移植ネットワーク
ホームページ　https://www.jotnw.or.jp/
フリーダイヤル：0120-78-1069

【MEMO】

●令和8年度江南市国民健康保険税

（令和8年4月～令和9年3月）

① 課税の根拠

江南市の国民健康保険の保険料は地方税法及び江南市国民健康保険税条例等の規定により、国民健康保険税（保険税）として被保険者がいる世帯の世帯主（世帯主が被保険者でない場合も含む）が納税義務者となり、世帯主に課税されます。また、納税通知書などの市役所からの通知は、世帯主（納税義務者）あてに送られます。

② 国民皆保険制度

日本の医療保険制度は、すべての方が必ずいずれかの公的医療保険等に加入することになっています。そのため、国民健康保険の加入日は、手続きに来た日ではなく、今まで加入していた健康保険の資格を喪失した日となります。届出が遅れると、保険税もさかのぼって納付しなければなりません。

③ 保険税の額

保険税は、被保険者一人ひとりの所得等により計算し、世帯ごとにまとめて税額を算定します。税額は、医療分、高齢者支援分、子ども・子育て支援分の合算額です。なお、40歳から64歳までの被保険者は介護分も合算します。

		医療分	高齢者支援分	介護分	子ども・子育て支援分
(1)所得割	被保険者の令和7年中の所得の合計金額※から基礎控除 43 万円(注1)を差し引いた金額 ×	8.27%	2.86%	2.51%	0.28%
(2)均等割	被保険者1人につき(未就学児は 1/2 を減額)(18 歳未満は、子ども・子育て支援分のみ全額軽減)	35,300 円	12,200 円	12,600 円	1,200 円 18 歳以上 +100 円
(3)平等割	1世帯につき	22,700 円	7,800 円	6,200 円	800 円
	賦課限度額	67 万円	26 万円	17 万円	3 万円

※分離課税の所得も含まれます。転入された方は、その時点で所得金額が把握できないため、所得がわかるまでの間は、所得金額を0円として所得割額を計算します。後日、所得金額が判明した時点で、保険税を更正します。

(注1)合計所得金額が2,400万円を超える場合は、基礎控除が43万円より少なくなります。

④ 月割課税

保険税は加入の届出をした月にかかわらず、資格を取得した月から喪失した月の前月までの月割りで課税します。

例）9月27日から加入するという届出を10月3日にした場合でも、9月分から課税されます。

⑤ 軽　減

世帯の軽減の判定所得が一定以下のときは、その判定所得に応じて均等割額及び平等割額の7割、5割又は2割を軽減します（軽減を適用するために申請は必要ありませんが、所得の申告がされていない場合や所得が把握できない場合は適用されません）。なお、未就学児は均等割額（7・5・2割軽減が適用されている世帯は軽減後の額）の1/2を減額します。

7割軽減　判定所得が43万円に被保険者等で「給与所得」又は「公的年金等所得」がある人数から1を減じた人数※につき10万円を加えた金額を超えない世帯が該当

5割軽減　判定所得が43万円に被保険者等で「給与所得」又は「公的年金等所得」がある人数から1を減じた人数※につき10万円を加えた金額に、被保険者等1人につき31万円を加えた金額を超えない世帯が該当

2割軽減　判定所得が43万円に被保険者等で「給与所得」又は「公的年金等所得」がある人数から1を減じた人数※につき10万円を加えた金額に、被保険者等1人につき57万円を加えた金額を超えない世帯が該当

※「給与所得」又は「公的年金等所得」がある人数が2人以上いる世帯にのみ適用されます。

・前年12月31日時点で65歳以上の方の公的年金等所得は最大15万円控除されます。

・専従者控除が適用されている場合は、適用前の金額となります。

出産（予定）被保険者は、産前産後期間中の所得割額及び均等割額が減額されるため、届け出てください。

⑥ 減　免

生活保護、失業・休業等で所得が大きく減少した方、長期の病気療養、災害で被災された方、身体障害者（1級～3級、腎機能障害者4級まで、進行性筋萎縮症者6級まで）、知的障害者（知能指数50以下）、自閉症状群と診断された方、母子・父子家庭医療費受給資格者のうち18歳以下の子などがいる世帯で、世帯の所得が一定以下の時は、申請により減免が受けられる場合があります。また、非自発的離職者の保険税軽減制度（P13）もご覧ください。なお、2つ以上の事由に当てはまる場合は、減免額の大きい規定を適用します。

⑦ 保険税の納め方

年金から徴収(天引き)する特別徴収と口座振替や金融機関等で納付する普通徴収があります。

Ⅰ 特別徴収 〔年金から徴収(天引き)〕

次の(1)～(4)すべての要件に該当する世帯の保険税は原則、公的年金から徴収(天引き)します。
(1)世帯主の介護保険料が特別徴収であること
(2)世帯主が国民健康保険の被保険者であること
(3)世帯内の国民健康保険の被保険者の方が全て65歳以上75歳未満であり、世帯主が年度内に75歳に到達しないこと
(4)世帯主の対象となる年金の年額が18万円以上であり、保険税と介護保険料の合計額が、その年金額の2分の1を超えないこと

※特別徴収から口座振替に納付方法の変更が出来る場合があります。変更が可能か、保険年金課にお尋ねください。
4・6・8月分は仮徴収で令和8年2月分と同じ金額を徴収(天引き)します。10月分以降は、確定した今年度の保険税額から4・6・8月分を差し引き、算定します。

Ⅱ 普通徴収 〔Ⅰ特別徴収以外の世帯〕

確定した保険税額は、7月中旬に送付します。納期は第1期から第8期までの8回です。
※過年度分(年度をさかのぼって国民健康保険に加入した場合や所得の申告をした場合に、今年度の保険税とは別に納付していただくもの)は、毎月 13 日頃納付書を発送し、納期限はその月末になります。過年度分は、口座振替の取扱いはできません。

⑧ 延滞金等

納期限までに納付されない場合、20 日以内に原則督促状を送付します。また、納期限後に納付すると、次の割合を乗じて得た額を延滞金として徴収します。

(1)納期限の翌日から 1 月間　　年　　2．8%(令和8年1月1日現在)
(2)その後　　年　　9．1%

※延滞金の割合は、変更になる場合があります。

●非自発的離職者に対する保険税の軽減制度について

倒産・解雇などによる離職(特定受給資格者)や雇い止めなどによる離職(特定理由離職者)をされた方は、保険税が軽減されます。

※具体的には、雇用保険の受給資格者証又は受給資格者通知にある離職理由コードが、特定受給資格者は 11・12・21・22・31・32、特定理由離職者は 23・33・34 のいずれかに該当し、離職した時点で 65 歳未満の方。

国民健康保険税は、前年の所得などにより算定されますが、前年の給与所得を 30/100 とみなして保険税を算定します。

軽減の期間は離職の翌日から翌年度末までの間です。ただし、会社の健康保険に加入するなど国民健康保険を脱退すると軽減期間は終了します。

雇用保険の受給資格者証又は受給資格者通知、マイナンバーカード(個人番号カード)又は通知カード(氏名住所等が住民票の記載と一致しているもの)をお持ちのうえ、保険年金課の窓口で申請をしてください。

保険税の納付は口座振替で！

一度手続きすれば、あなたの指定した口座から自動的に振り替えられるので、納期のたびにコンビニエンスストアや金融機関に行く手間が省け納め忘れもありません。

最寄の市内の金融機関又はゆうちょ銀行の窓口で手続きをしてください。

(ゆうちょ銀行以外は市役所でも手続きが可能です。)

【手続きに必要なもの】 ☆預金・貯金通帳 ☆印鑑(通帳届出印) ☆資格情報のお知らせ、資格確認書又は納税通知書

◎保険税を滞納すると

特別な事情もなく保険税を長い間滞納すると、未納期間に応じ次のような措置がとられます。

①納期限を過ぎると督促が行われます。延滞金などを徴収される場合があります。



②それでも納めないでいると資格情報のお知らせ（特別療養費）又は資格確認書（特別療養費）が交付される場合があります。国保に加入していることを証明するだけのものであり、医療機関等にかかるときは、いったん全額自己負担することになります。

☆そのほかに財産の差し押さえなどの処分を受ける場合もあります。

◎保険税の納付が困難な場合は

保険税の納付がどうしても難しいという場合は、まずはご相談ください。保険税を分割して納付できる場合があります。また、災害や失業、病気などの理由で保険税の減免が受けられる場合があります。

届出にはマイナンバー（個人番号）などが必要です。

マイナンバー制度の開始に伴い、届出には以下のものが必要になります。

1、世帯主及び対象者の**マイナンバーカード(個人番号カード)**又は**通知カード（氏名、住所等が住民票の記載と一致しているもの）**

2、窓口に来られる方の**本人確認書類**（運転免許証、パスポートなど顔写真があるものは1点、年金手帳など顔写真のないものは2点必要）

3、代理人による届出の場合、**代理権限確認書類**（申請者の委任状）

こんなときは 14 日以内に届出を

	こんなとき	手続きに必要なもの
国保に入るとき	職場の健康保険をやめたとき	職場の健康保険の資格を喪失した証明書
	職場の健康保険の被扶養者からはずれたとき	被扶養者からはずれた証明書
	子どもが生まれたとき	母子健康手帳
	生活保護を受けなくなったとき	保護廃止決定通知書
国保をやめるとき	職場の健康保険に入ったとき	職場の健康保険の資格取得日などがわかる書類（健康保険資格取得連絡票や職場の資格確認書・資格情報のお知らせなど） 国保の資格確認書又は資格情報のお知らせ
	職場の健康保険の被扶養者になったとき	
	国保の被保険者が死亡したとき	喪主の確認ができるもの 資格確認書又は資格情報のお知らせ
	生活保護を受けるようになったとき	保護開始決定通知書 資格確認書又は資格情報のお知らせ
その他	市内で住所が変わったとき	変更前の資格確認書又は資格情報のお知らせ
	世帯主や氏名が変わったとき	
	世帯を分けたり、一緒にしたとき	
	他の市区町村に転出するとき	資格確認書又は資格情報のお知らせ
	修学などで江南市外に居住するとき	在学証明書 資格確認書又は資格情報のお知らせ
	資格確認書をなくしたとき（汚損など）	窓口に来られる方の本人確認書類（運転免許証など）

☆75 歳に到達して後期高齢者医療制度に該当する時は国保の資格を喪失しますが、手続きの必要はありません。

※お手続きの際に、世帯主及び被保険者のマイナンバーの記載が必要になります。

お問合せ先：江南市役所ふくし部保険年金課　℡0587-50-0251（ダイヤルイン）