第７章　高齢者医療

後期高齢者医療制度

「後期高齢者医療制度」は 75 歳以上の方々にその身体の特性と生活実態を踏まえた「生活を支える医療」を提供するとともに、これまで長年、社会に貢献してこられた方々の医療を若い世代も含めて国民みんなで支えあう制度です。

また、この制度は医療費のうち一部負担金を除いた費用の 5 割を公費、4 割を現役世代の保険料からの支援金で賄い、残りの 1 割を被保険者の保険料で賄うことにより、高齢者世代と現役世代の負担を明確にし、国民皆保険制度を将来にわたり持続可能なものとするためのものであり、運営は県内のすべての市町村が加入する「千葉県後期高齢者医療広域連合」が行います。

【被保険者】

・75 歳以上の方（誕生日当日から）

・一定の障害がある 65 歳以上 75 歳未満の方で広域連合の認定を受けた方（広域連合の認定を受けた日から）

※「一定の障害がある方」とは以下の年金を受給している方や手帳をお持ちの方または同等の障害があると認められる方です。

・国民年金証書　1・2 級（障害基礎年金等）　・身体障害者手帳　1～3 級

・身体障害者手帳　4 級（の一部）（音声、言語、下肢 1・3・4 号）

・療育手帳（重度の区分）　・精神障害者保健福祉手帳　1・2 級

【保険証】

広域連合の発行する保険証が 1 人に 1 枚交付されます。

（75 歳になる方は誕生日までに郵送されます。）

【一部負担金・高額療養費】

窓口でお支払いいただく一部負担金は、所得区分に応じて 1 割～3 割ですが、所得区分毎に 1 か月に負担する限度額が定められています。

すべての医療機関等で支払った一部負担金の合計が、負担限度額を超えた場合には、申請によりその超えた額を後日高額療養費として支給します。高額療養費の支給に該当される方には、後日必要な手続きを通知します。

●所得区分の説明

所得区分は毎年 8 月 1 日を基準日として下記の 5 つから自己負担の割合を判定します。

現役並み所得者（3 割負担）	市町村民税の課税所得が 145 万円以上の方、および課税所得が 145 万円以上の被保険者と同一世帯の方　※1
一般Ⅱ（2 割負担）	課税所得 28 万円以上 145 万円未満の方、および課税所得が 28 万円以上 145 万円未満の被保険者と同一世帯の方　※2
一般Ⅰ（1 割負担）	課税所得 28 万円未満の方（又は※3 の方）　※住民税が課税されている世帯
低所得者Ⅱ（1 割負担）	被保険者の属する世帯員全員が市町村民税非課税である方
低所得者Ⅰ（1 割負担）	被保険者の属する世帯員全員が市町村民税非課税で、すべての世帯員の個々の所得（年金収入は控除額 80 万円で計算、また、給与所得が含まれている場合は、給与所得の金額から 10 万円を控除して計算）が 0 円となる方

※1 市町村民税の課税所得が 145 万円以上でも、次の場合は申請により「一般」の区分と同様になります。

・世帯内に属する被保険者の収入合計が被保険者一人の場合 383 万円未満、二人以上の場合 520 万円未満の場合

・同一世帯に属する 70～74 歳の方も含めた収入合計が 520 万円未満の場合

※2　同一世帯に被保険者が一人の場合、その方の「年金収入＋その他の合計所得金額」が 200 万円以上。同一世帯に被保険者が複数の場合、被保険者全員の「年金収入＋その他の合計所得金

額」の合計が 320 万円以上。

※3　出生日が昭和 20 年 1 月 2 日以降の被保険者及び同じ世帯にいる被保険者の賦課のもととなる所得金額の合計が 210 万円以下の被保険者

●1 か月の自己負担限度額

≪令和 4 年 10 月から≫

所得区分（負担割合）		外来(個人単位)	外来　＋　入院（世帯単位）
現役並み所得者（3割負担）	（現役並Ⅲ）　課税所得 690 万円以上	252,600 円 （総医療費が 842,000 円を超えた場合は、超えた額の 1%を加算） ＜多数該当は 140,100 円＞	
	（現役並Ⅱ）　課税所得 380 万円以上	167,400 円 （総医療費が 558,000 円を超えた場合は、超えた額の 1%を加算） ＜多数該当は 93,000 円＞	
	（現役並Ⅰ）　課税所得 145 万円以上	80,100 円 （総医療費が 267,000 円を超えた場合は、超えた額の 1%を加算） ＜多数該当は 44,400 円＞	
一般Ⅱ(2 割負担)		18,000 円　または、 （6,000 円＋（医療費－30,000 円）×10%）の低い方を適用 （年間 14 万 4 千円上限）	57,600 円 ＜多数該当は 44,400 円＞
一般Ⅰ(1 割負担)		18,000 円 （年間 14 万 4 千円上限）	57,600 円 ＜多数該当は 44,400 円＞
低所得者Ⅱ（1 割負担）		8,000 円	24,600 円
低所得者Ⅰ（1 割負担）			15,000 円

入院時の食事代（標準負担額）

所得区分		1　食
現役並み所得者・一般		460 円※1
低所得者Ⅱ	90 日までの入院	210 円
	90 日を超える入院	160 円
低所得者Ⅰ		100 円

療養病床に入院した場合の食費・居住費（標準負担額）

所　得　区　分		食費(1 食)	居住費(1日)
現役並み所得者・一般		460 円※2	370 円
低所得者Ⅱ		210 円	
低所得者Ⅰ		130 円	
	老齢福祉年金受給者	100 円	0 円

※1　特定医療費（指定難病）受給者証をお持ちの方は 260 円。

※2　保険医療機関の施設基準等により、420 円となる場合もあります。

● 低所得者Ⅰ・Ⅱに該当される方

市町村民税非課税世帯の方は、医療費の自己負担限度額と入院時の食事代が低所得者Ⅰ・Ⅱに減額となります。医療機関にかかるときは、事前に減額認定証の交付を受けてください。

● 現役並Ⅰ・Ⅱに該当される方

負担割合 3 割の方で現役並所得者Ⅰ・Ⅱに該当する方は、医療費の自己負担限度額が上の表までとなります。医療機関にかかるときは、事前に限度額適用認定証の交付を受けてください。

● 特定疾病の場合

血友病・人工透析・ＨＩＶ感染症の方は「特定疾病療養受療証」（申請により交付します。）を医療機関などの窓口に提示することで、1 か月の自己負担額が 1 医療機関（入院・外来別）につき、10,000 円までとなります。（月の途中で 75 歳の誕生日を迎え、被保険者となるときはその月に限り 5,000 円）

【かかった費用があとから支給される場合】

やむをえず、保険証を持たずに病院で治療を受けたときや、コルセットなどの補装具を購入したときはかかった費用をいったん全額自己負担し、申請して認められれば、「高齢者の医療の確保に関する法律」で決められた基準額について、支給が受けられます。

【後期高齢者医療制度の保険料】

後期高齢者医療制度では、被保険者全員が保険料を納めます。

保険料は、全員が等しく決められる「均等割額」と被保険者の所得に応じて決められる「所得割額」を合計して、個人単位で計算されます。

なお、均等割額と所得割率は、広域連合ごとに決められます。

● 保険料の決まり方（令和 5 年度の保険料）

① 均等割額　年間　43,400 円

② 所得割額（令和 4 年中の所得－430,000 円）×8.39%

①均等割額＋②所得割額＝後期高齢者医療保険料（限度額 66 万円）

※100 円未満の保険料は切り捨て

● 保険料の納め方

① 特別徴収

後期高齢者医療保険料は次に該当する方を除き、年金からの天引き（特別徴収）により納付します。

ア 厚生労働大臣や共済組合から支給される公的年金受給額が年額 18 万円未満の方

イ 同時に天引きとなる介護保険料と後期高齢者医療保険料の合計が年金受給額の 2 分の 1 を超える方

ウ 口座振替での納付を希望する方

② 普通徴収

上記のア～ウのいずれかに該当する方は、天引きにはなりませんので、納付書や口座振替で納めていただきます（普通徴収）。

普通徴収は、7 月（第 1 期）～翌年 2 月（第 8 期）の合計 8 回での納付となります。

● 保険料負担の緩和措置（令和 5 年度の緩和措置）

① 低所得者に対する軽減

ア 均等割額の軽減

世帯の所得水準に応じて均等割額を軽減します。

軽減割合	世帯（被保険者および世帯主）の総所得金額等
7 割軽減	【基礎控除額（43 万円）＋10 万円×（給与・年金所得者数※―1)】を超えない世帯
5 割軽減	【基礎控除額（43 万円）＋29 万円×世帯の被保険者数 ＋10 万円×（給与・年金所得者数※―1)】を超えない世帯
2 割軽減	【基礎控除額（43 万円）＋53.5 万円×世帯の被保険者数 ＋10 万円×（給与・年金所得者数※―1)】を超えない世帯

※世帯内の被保険者と世帯主のうち、下記のいずれかに該当する者の数の合計

・給与収入（専従者給与を除く）が 55 万円を超える。

・65 歳以上（前年の 12 月 31 日現在）で公的年金収入（特別控除額 15 万円を差し引いた額）が 110 万円を超える。

・65 歳未満（前年の 12 月 31 日現在）で公的年金収入が 60 万円を超える。

② 被用者保険の被扶養者だった方の軽減

後期高齢者医療制度に加入する前日に健康保険組合、共済組合など被用者保険の被扶養者だった方は新たに保険料を負担していただくことになりますが、これらの方は所得割額がかからず、均等割額が制度加入後 2 年を経過する月までは 5 割軽減されます。

《お問い合わせ先》			
中央区市民総合窓口課	221-2133	若葉区市民総合窓口課	233-8133
花見川区市民総合窓口課	275-6278	緑区市民総合窓口課	292-8121
稲毛区市民総合窓口課	284-6121	美浜区市民総合窓口課	270-3133

白内障特殊眼鏡等費用助成

市内に住所のある 65 歳以上の方で、白内障の手術後に必要とする特殊眼鏡等の費用を助成し、高齢者の福祉の増進を図ることを目的とする制度です。

ただし、所得および申請期間に制限があります。

なお、補助眼鏡（白内障の手術を受け、人工水晶体を挿入後、視力矯正用に使用する眼鏡）の費用助成は、平成 27 年度で廃止しました。

【助成対象品目および限度額】　①特殊眼鏡　　1 対につき　42,000 円
1 手術ごと　②コンタクトレンズ　1 眼につき　30,000 円

※上記①②の対象となる方は、白内障の手術を受け、病状などにより、人工水晶体を挿入できない方となります。

●所得制限

本人 手術を受けた本人に所得がある場合		配偶者・扶養義務者 手術を受けた本人の配偶者、手術を受けた本人を扶養している方に所得がある場合	
扶養人数	所得限度額（円）	扶養人数	所得限度額（円）
0	1,695,000	0	6,387,000
1	2,075,000	1	6,636,000
2	2,455,000	2	6,849,000
3	2,835,000	3	7,062,000
4	3,215,000	4	7,275,000
5	3,595,000	5	7,488,000
以下 1 人増すごとに 380,000 円を加算		以下 1 人増すごとに 213,000 円を加算	

※上記限度額については、令和 5 年 4 月現在の額であり、改正される可能性がありますので、詳しくはお問い合わせください。

●申請期間　白内障の手術を受けた月の翌月の初日から起算して 1 年以内

●申請に必要なもの
① 医師の証明書
② 領収書（原本）
③ 1 月 2 日以降に転入された方は、前年（手術を受けた月が 1 月から 7 月までの場合にあっては、前々年）の所得が確認できるもの

《お問い合わせ先》			
中央区市民総合窓口課	221-2133	若葉区市民総合窓口課	233-8133
花見川区市民総合窓口課	275-6278	緑区市民総合窓口課	292-8121
稲毛区市民総合窓口課	284-6121	美浜区市民総合窓口課	270-3133

はり・きゅう・マッサージ施設利用助成

健康の保持・増進のため、はり・きゅう・マッサージ施術費用の一部を助成します。
ただし、保険適用の施術は、助成の対象外です。

●対象者　満 65 歳以上の市民で、本人の前年の給与所得または年金所得が 210 万円未満の方（それ以外の所得のみの方は 200 万円未満）

●助成方法　年間 10 枚の「はり、きゅう、マッサージ施設利用券」を交付しますので、施術を受けたときに施術所等に利用券を提出してください。

●助成額　利用券 1 枚につき 800 円を助成します。
利用券は、1 日 1 枚しか使えませんので、利用するたびに切り離し、1 枚を施術者に提出してください。

●施術所等　利用券は、市の指定した施術所又は出張専門施術者の行う施術を受けたときに利用できます。

●利用期間　利用券交付日から令和 6 年 3 月末日まで

●申込方法　各区役所市民総合窓口課または各市民センターで、利用券の交付を申請してください。
（申請は令和 5 年 4 月 3 日（月）から随時受け付けます。）
※市民センターで申請した場合、利用券の交付は後日郵送となります。
この他、郵便や電子での申請も可能です。
詳しくは、ホームページをご参照ください。 千葉市 はりきゅうマッサージ 検索

●申込みに必要な物　①申請者の本人確認ができるもの（保険証・運転免許証など）
※電子申請では、マイナンバーカードが必要になります。
②利用者の前年（4 月～6 月に申請する場合は前々年）の所得が確認できるもの（課税証明書など）
ただし、千葉市で所得が確認できる方で課税台帳等により確認することに同意していただける方は不要です。
※同居親族以外の方が申請する場合は、委任状が必要です。

《お問い合わせ先》			
中央区市民総合窓口課	221-2133	若葉区市民総合窓口課	233-8133
花見川区市民総合窓口課	275-6278	緑区市民総合窓口課	292-8121
稲毛区市民総合窓口課	284-6121	美浜区市民総合窓口課	270-3133