

75歳以上の方と

【令和7年6月発行】

65歳～74歳で一定の障がいのある方が対象

後期高齢者医療制度



支えあいのしくみ

医療費から、高齢者の皆様が窓口で支払う自己負担分(1割～3割)を除いた費用(医療給付費)について、約5割を公費(税金)で、約4割を若い世代の保険料で、残りを高齢者の皆様の保険料でまかなう仕組みです。

高齢者の医療費

自己負担

1割
2割
3割

高齢者の医療給付費

公費(税金) 約5割

高齢者の保険料
約1割

若い世代の保険料 約4割

運営のしくみ

後期高齢者医療制度は、都道府県ごとにすべての市町村が加入する広域連合が実施しており、北海道では北海道後期高齢者医療広域連合が主体(保険者)となり、市区町村と協力して運営しています。

広域連合

運営主体(保険者)となり、

- 資格確認書等の交付
- 医療を受けたときの給付
- 保険料の決定
- 保健事業の企画を行います

市区町村

- 資格確認書等の引き渡し
- 申請や届出の受付
- 保険料の徴収
- 保健事業の推進実施

健康診査 を受けましょう

- 健康診査は、ご自身の健康状態、フレイル状態(加齢にともない、気力や体力など心身の活力が低下した状態)を知る第一歩で、生活習慣病の発症や悪化防止、フレイル防止につなげる機会となります。
- 1年に1回健康診査を受けて、ご自身の健康状態を確認し、健康管理に努めましょう。
《詳しくはお住まいの市区町村窓口へお問い合わせください。》

次の方々が被保険者（対象者）になります

- ①75歳以上の方（75歳の誕生日から加入。加入の手続きは必要ありません。）
 - ②65～74歳で、一定の障がいのある方（加入・脱退はいずれも任意で、かつ申請が必要です。）
- 【一定の障がいのある方とは】
- ・国民年金などの障害年金1,2級を受給している方
 - ・療育手帳のA（重度）の方
 - ・精神障害者保健福祉手帳の1,2級の方
 - ・身体障害者手帳1～3級の方
 - ・身体障害者手帳4級で次のいずれかに該当する方【音声障害・言語障害・下肢障害（1号・3号・4号）】
- 加入しなかった場合、各市町村が行う重度心身障がい者医療費の助成を受けられなくなることがあります。

～これから加入される方へ～

これまで加入していた健康保険からは脱退することになります

- 市町村の国民健康保険に加入していた方が、75歳になり後期高齢者医療制度に加入する場合脱退手続きは不要です。
 - 上記の方以外の場合（会社の健康保険などから後期高齢者医療制度に加入する方）脱退手続きについては、これまで加入していた保険者に確認してください。
- ※会社の健康保険などから後期高齢者医療制度に加入する方に扶養されていた方は、新たに市町村の国民健康保険などの他の健康保険への加入手続きが必要となります。

こんなときは必ず市区町村窓口へ申請または届出を！

各種申請、届出は、お住まいの市区町村窓口で受け付けています。**届出の際は資格確認書などをご持参ください。**（なお、本人確認が必要となる場合もあります。）

本人以外の方が代理申請を行うときには、身分証明書などが必要となる場合がありますので、事前にご確認のうえ申請してください。

詳しくは**市区町村の後期高齢者医療担当窓口**へご確認ください。

こんなとき	必要なもの
65～74歳で一定の障がいのある方が、この制度へ加入しようとするとき	●障がいを証明する書類（いずれか1つ） ・年金証書 ・身体障害者手帳 ・精神障害者保健福祉手帳 ・療育手帳 など
道外から転入するとき	●負担区分等証明書
道内の他の市町村から転入するとき	●市区町村窓口へご確認ください
他の市町村へ転出するとき	●市区町村窓口へご確認ください
特定疾病療養受療証の申請をするとき	●マイナンバーカードまたは資格確認書 ●特定疾病に関する医師の意見書 など
・各種証を紛失したときや汚したとき ・口座振替の申出をするとき など	●市区町村窓口へご確認ください

不審な電話や訪問者に注意！

市町村職員や広域連合職員を装った人物が、お金や個人情報をだまし取ろうとする事件が発生しています。北海道後期高齢者医療広域連合では、**ATMを利用した払い戻しは一切行いません。**少しでも不審に思ったときは、必ずお住まいの市区町村窓口または北海道後期高齢者医療広域連合へご連絡ください。

令和6年12月2日をもって保険証等が廃止されました

～受診の際はマイナ保険証または資格確認書をお使いください～

マイナンバーカードと健康保険証の一体化に伴い、令和6年12月2日をもって保険証や限度額適用・標準負担額減額認定証(以下、「減額認定証」という。)、限度額適用認定証(この3証を以下、「保険証等」という。)が廃止され、保険証利用登録をしたマイナンバーカード(以下、「マイナ保険証」という。)を基本とする仕組みに移行しました。今後の対応については下記をご覧ください。

なお、減額認定証と限度額適用認定証の廃止に伴う高額療養費制度の詳細な運用については4『医療費が高額になったとき(高額療養費等)』をご覧ください。

【令和8年7月末までの対応(暫定的な運用)】

マイナ保険証保有の有無にかかわらず「資格確認書」を交付します。

マイナ保険証をお持ちでない方で医療機関を受診される際は「資格確認書」をお使いください。

マイナ保険証をお持ちの方で医療機関を受診される際は「マイナ保険証」または「資格確認書」をお使いください。

【令和8年8月以降の対応】

マイナ保険証の保有状況により、(1)または(2)のとおり対応します。

(1)マイナ保険証をお持ちの方には、「資格情報のお知らせ」を交付します。

「資格情報のお知らせ」とは、被保険者の資格(被保険者番号、保険者名、氏名、負担割合等)を記載した通知書であり、「資格情報のお知らせ」のみで医療機関の受診は出来ません。医療機関を受診される際はマイナ保険証をお使いください。

なお、何らかの理由によりマイナ保険証による資格確認が困難な場合は、お住まいの市区町村に申請いただくことにより、「資格確認書」の交付を受けることが可能です。

(2)マイナ保険証をお持ちでない方等(以下の①～⑦に該当する方)には、申請によらず「資格確認書」を交付します。医療機関を受診される際は「資格確認書」をお使いください。

《資格確認書の交付対象者》

- ①マイナンバーカードを取得していない者
- ②マイナンバーカードの返納者
- ③マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者
- ④マイナンバーカードの健康保険証利用登録解除を申請した者・登録解除者
- ⑤マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ(カード本体の有効期限切れを含む)の者
- ⑥DV被害者などでマイナポータルや医療機関等で自己情報が閲覧できない設定をされている者
- ⑦申請により資格確認書が交付された要配慮者(※1)

※1 要配慮者とは、介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要がある等、マイナ保険証での受診が困難な高齢者や障がい者などが対象となります。

要配慮者として1度資格確認書交付申請をしていただくと、毎年資格確認書を交付します。

～資格確認書の任意記載事項(限度区分、長期入院該当日、特定疾病区分)について～

資格確認書の「限度区分」、「長期入院該当日」や「特定疾病区分」は任意記載事項として、お住まいの市区町村窓口申請していただくことにより資格確認書に記載することができます。

なお、減額認定証または限度額適用認定証の交付を受けている方など、「限度区分」の記載を希望していると推定可能な場合には、本人申請によらず「限度区分」を併記した資格確認書を交付します。

マイナンバーカードを保険証として利用するためには、以下2つの事前準備が必要です！

①マイナンバーカードの発行を申請し、マイナンバーカードを取得する。

→PCやスマホからの申請、まちなかの証明写真機から申請できます。

②マイナンバーカードを保険証として利用する登録を行う。(※)

→医療機関・薬局の受付(カードリーダー)やセブン銀行ATM、マイナポータルから登録可能です。

※利用登録を行っているかどうかの確認はマイナポータルから確認できます。

1 保険料について(令和7年度)

◆年間保険料の計算方法

加入者全員が均等に負担

均等割

52,953円

+

本人の前年の所得金額に応じた負担

所得割

(賦課のもととなる所得金額^(※2)) × **11.79%**

=

1年間の保険料^(※3)

限度額80万円
100円未満切り捨て

※2 「賦課のもととなる所得金額」とは、前年の総所得金額等から基礎控除額(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。

※3 年度途中で加入したときは、加入した月からの月割になります。

保険料算定に用いる「所得」の考え方

前年の収入

−

必要経費

(公的年金等控除額や給与所得控除額など)

=

所得

(社会保険料控除や扶養控除などの「所得控除」を差し引く前の金額)

※非課税所得(遺族年金や障害年金)は含みません。

均等割の軽減

同じ世帯の被保険者全員と世帯主(被保険者以外の場合を含む)の所得の合計に応じて、次のとおり軽減されます。

均等割額が軽減される世帯 (〰〰〰 部分は給与所得者等が2人以上の場合に計算します)	軽減割合	軽減後の 均等割額
43万円+10万円×(給与所得者等の数−1)以下の世帯	7割	15,885円
43万円+(30.5万円×被保険者数)+10万円×(給与所得者等の数−1)以下の世帯	5割	26,476円
43万円+(56万円×被保険者数)+10万円×(給与所得者等の数−1)以下の世帯	2割	42,362円

●「給与所得者等」とは、以下のいずれかに該当する方となります。

・給与等の収入金額が55万円を超える方

・公的年金の収入金額が125万円(65歳未満の場合は60万円)を超える方

●65歳以上の方の公的年金等に係る所得については、さらに15万円を差し引いた額で判定します。

会社の健康保険などの被扶養者であった方の軽減

後期高齢者医療制度に加入する前日に、会社の健康保険などの被扶養者であった方の保険料は、右記の金額となります。

※均等割の7割軽減に該当する場合は、7割軽減が優先。

均等割額	5割軽減 (26,476円) (制度加入から2年を経過する月まで)
所得割額	かかりません(負担なし)

保険料の納め方

保険料の納め方は、原則として「年金天引き」となります。申し出によって「口座振替」も可能のため、「口座振替」を希望される場合は、お住まいの市区町村窓口へ申し出をしてください。

ただし、次のいずれかに当てはまる方は「年金天引き」の対象にならないため、「納付書」または「口座振替」で納めていただきます。

◆介護保険料が「年金天引き」されていない方(年金額が年額18万円未満の方)

◆介護保険と後期高齢者医療の保険料の合計額が介護保険料が天引きされている年金の受給額の半分以上を超える方

◆制度の加入期間が半年未満の方

ご注意いただきたいこと

●国民健康保険料(税)より口座振替は自動継続されませんので、市区町村にて再度手続きが必要です。

社会保険料控除について

●「年金天引き」の方は本人に、「口座振替」の方は口座名義人に社会保険料控除が適用されます。

保険料を納めることが困難な場合

災害、失業などによる所得の大幅な減少、その他特別な事情で生活が著しく困窮し、保険料を納めることが困難な場合はお住まいの市区町村窓口へご相談ください。申請により、保険料の徴収猶予や減免を受けられる場合があります。

2 医療機関での窓口負担割合と限度区分について

- ・負担割合とは…診療を受けたときに医療費の何割を負担するかの割合のことです。前年の所得等をもとに8月から翌年7月までの負担割合を判定します。
- ・限度区分とは…**3** 入院したときの食事代などや **4** 医療費が高額になったとき(高額療養費等)の自己負担限度額などは、前年の所得等により区分毎に分類され、定められています。

負担割合	限度区分	要件
現役並み所得者 3割	現役 Ⅲ	住民税の課税所得(※4) 690万円以上の被保険者と、同一世帯にいる被保険者の方
	現役 Ⅱ	住民税の課税所得(※4) 380万円以上の被保険者と、同一世帯にいる被保険者の方
	現役 Ⅰ	住民税の課税所得(※4) 145万円以上の被保険者と、同一世帯にいる被保険者の方
一定以上所得者 2割	一般 Ⅱ	以下、(1)(2)両方の要件に該当する方 (1)同一世帯に住民税の課税所得(※4)28万円以上145万円未満の被保険者の方がいる。 (2)同一世帯内の被保険者全員の「年金収入+年金以外の合計所得金額(※5)」の合計金額が ●被保険者が1人の場合 →200万円以上 ●被保険者が2人以上の場合→320万円以上
1割	一般 Ⅰ	住民税課税世帯で一般Ⅱ(2割)に該当しない方
	区 Ⅱ	住民税非課税世帯 で区Ⅱに該当しない方
	区 Ⅰ	住民税非課税世帯 で、以下のいずれかに該当する方 ・世帯全員の所得が0円(※6) ・老齢福祉年金を受給している方

※4 「課税所得」とは、住民税納税通知書の「課税基準」の額(前年の収入から、給与所得控除や公的年金等控除、所得控除(基礎控除や社会保険料控除等)を差し引いた後の金額)であり、確定申告書(所得税)に記載された課税される所得金額とは異なります。

※5 給与所得がある場合は、給与所得金額から10万円を控除します。

※6 公的年金控除は80万円(令和7年8月から80万6,700円。控除額は今後変更される可能性があります。)を適用します。
給与所得がある場合は、給与所得金額から10万円を控除します。

限度区分の変更により、紙の保険証または資格確認書が変更になったときは、変更前の紙の保険証または資格確認書をお住まいの市区町村窓口へ返却してください。変更前の紙の保険証または資格確認書で医療機関を受診した場合や所得の修正申告により過去の負担割合が変更になった場合、差額精算が必要となることがあります。

<医療機関へのお支払いが困難な場合>

一部負担金のお支払いが困難な場合は、お住まいの市区町村窓口へご相談ください。災害、失業などによる所得の大幅な減少、その他特別な事情で生活が著しく困窮し、一部負担金のお支払いが困難と認められる方については、申請により一時的・臨時的にお支払いを免除、減額または猶予を受けられる場合があります。

3 入院したときの食事代など

入院したときは、医療費の自己負担額のほかに、食事代などの一部(標準負担額)を下表のとおりお支払いいただきます。ただし、住民税非課税世帯においてマイナ保険証を使用できない医療機関に入院する場合、また下記※8に該当する場合は、入院前に申請が必要です。

【令和7年4月改正】

◆療養病床以外に入院したとき

限度区分			食事療養標準負担額
現役Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、一般Ⅰ・Ⅱ			1食につき 510円
指定難病の医療受給者証をお持ちの方			1食につき 300円
住民税非課税世帯	区Ⅱ	90日までの入院	1食につき 240円
		90日を超える入院(※8)	1食につき 190円
	区Ⅰ		1食につき 110円

◆療養病床に入院したとき(※7)

限度区分		生活療養標準負担額
現役Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、一般Ⅰ・Ⅱ		(食費)1食につき 510円 ※一部医療機関では 470円 (居住費)1日につき 370円
住民税非課税世帯	区Ⅱ	(食費)1食につき 240円 (居住費)1日につき 370円
	区Ⅰ	(食費)1食につき 140円 (居住費)1日につき 370円
	老齢福祉年金を受給されている方	(食費)1食につき 110円 (居住費)1日につき 0円

※7 療養病床に入院していて、入院医療の必要性の高い状態(人工呼吸器、静脈栄養が必要な方や難病の方など)である場合などの食費については、上記の「◆療養病床以外に入院したとき」の食事療養標準負担額が適用となります。

※8 過去12か月で区Ⅱの認定を受けている期間のうち、入院日数が90日を超えている場合には、申請をして認定を受けると該当になります。

4 医療費が高額になったとき(高額療養費等)

高額療養費

1か月(月の1日から末日まで)の医療費の自己負担額が限度額を超えたとき、超えた額が高額療養費として支給されます。対象となる方には、診療月から概ね3～4か月後に申請のお知らせをお送りします。申請は初回のみ必要です。以降に発生した高額療養費については申請した口座へ自動的に振り込まれます。なお、入院したときの食事代や保険が適用されない差額のベッド代などは、支給の対象となりません。

◆自己負担限度額(※9)

限度区分		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	現役Ⅲ	3割	252,600円+ (医療費－842,000円)×1% 【140,100円】(※10)	
	現役Ⅱ		167,400円+ (医療費－558,000円)×1% 【93,000円】(※10)	
	現役Ⅰ		80,100円+ (医療費－267,000円)×1% 【44,400円】(※10)	
一定以上所得者	一般Ⅱ	2割	18,000円 (※11)	57,600円 【44,400円】(※10)
一般	一般Ⅰ	1割		
住民税非課税世帯	区Ⅱ		8,000円 (※11)	24,600円
	区Ⅰ			15,000円

※9 月の途中で75歳の誕生日を迎えることにより加入する方(障がい認定で加入する方は除く)は、加入した月の自己負担限度額が1/2に調整されます。

※10 【 】内の金額は、過去12か月以内に3回以上限度額に達した場合、4回目から「多数該当」となり限度額が引き下がります。

※11 1年間(8月1日から翌年7月31日まで)のうち1割または2割負担であった月の外来の自己負担額の合計が144,000円を超えたとき、超えた額を高額療養費(外来年間合算)として申請のあった口座へ支給します。

窓口での医療費のお支払いが高額な場合

- ・マイナ保険証を使用できる医療機関であれば、医療機関側で被保険者の限度区分をオンライン資格確認システムで確認することができ、自己負担限度額が適用されます。
- ・医療機関を受診する際に、医療機関側でオンライン資格確認システムでの限度区分の確認が行えない場合は、負担割合3割の方は「現役Ⅲ」、2割の方は「一般Ⅱ」、1割の方は「一般Ⅰ」の自己負担限度額が適用され、後日、本来の自己負担限度額を超えて支払った額を広域連合から返還します。
なお、受診時に本来の自己負担限度額を適用させたい場合は、事前にお住まいの市区町村窓口で限度区分を記載した資格確認書の交付を申請し、交付された資格確認書を医療機関窓口へ提示してください。
- ・発行済みの「減額認定証」または「限度額適用認定証」をお持ちの方は、有効期限(令和7年7月31日)までお使いいただけます。

特定疾病

厚生労働大臣が定める特定疾病(人工腎臓を実施する慢性腎不全など)の方は、「特定疾病療養受療証」が交付されます。同一月で同一医療機関の自己負担限度額が、外来・入院それぞれ1万円になります。お住まいの市区町村窓口へ申請が必要です。

窓口負担割合が2割の方には負担を抑える配慮措置があります

令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間は、1か月の外来医療の窓口負担額について、1割負担のときと比べた負担増加額を3,000円までに抑えます(入院の医療費は対象外です)。配慮措置が適用となる場合は、後日、高額療養費として支給されます。

高額介護合算療養費

同じ世帯の被保険者が、1年間に支払った後期高齢者医療制度と介護保険の自己負担額の合計が限度額を超えたときは、その超えた額が後期高齢者医療制度および介護保険から支給されます。対象となる方には、3月～4月頃に申請のお知らせをお送りします。

◆自己負担限度額(年額:8月1日～翌年7月31日)

限度区分		自己負担額の合計の限度額
現役並み所得者	現役Ⅲ	212万円
	現役Ⅱ	141万円
	現役Ⅰ	67万円
一定以上所得者	一般Ⅱ	56万円
一般	一般Ⅰ	
住民税非課税世帯	区Ⅱ	31万円
	区Ⅰ	19万円

5 療養費の支給を受けられるとき

次のような場合は、医療費の全額をいったんお支払いいただきますが、市区町村窓口への申請により当広域連合で認められた場合、本来の自己負担分(1割～3割)以外が療養費として支給されます。

種類	申請に必要なもの	備考
コルセットなどの治療用装具を購入したとき	・医師による証明書 ・領収書	医師の指示により装具が必要と認められた場合に対象となります。日常生活や職業上必要なもの、美容目的のものは対象なりません。
やむを得ず保険証やマイナ保険証(または資格確認書)を提示できずに診療を受けたとき	・診療報酬明細書(レセプト) ・領収書	先に医療費の全額をお支払いいただき、やむを得ない事情があると認められたものが対象となります。(消費税・自由診療等は対象外)
海外で診療を受けたとき	・診療内容明細書およびその翻訳文 ・領収明細書およびその翻訳文 ・パスポート	海外に渡航中に急な病気やけがなどにより、やむを得ず現地の医療機関等で受けた日本の保険適用範囲内の診療が支給対象となります。診療を目的とした海外渡航の場合は支給対象なりません。

医師が必要と認めた、はり・きゅう、あんま・マッサージ・柔道整復(応急処置の場合は不要)などを受けたとき

「療養費支給申請書」に記載されている傷病名、発病または負傷年月日、施術内容、施術日、施術日数、金額等が間違っていないかよく確認してください。「療養費支給申請書」にはご自身で内容を確認の上、署名し、必ず領収書を発行してもらってください。

6 葬祭費

被保険者が亡くなったときは、葬祭を行った方に葬祭費として3万円が支給されます。

お住まいの市区町村窓口へ申請が必要です。

支給申請の時効について

保険給付を受ける権利は、法律により2年間と定められています。期間を過ぎると給付金の支給を受けることができなくなりますので、忘れずに申請してください。

交通事故などにあつたとき

- 保険証やマイナ保険証(または資格確認書)を使って医療機関を受診した場合、**市区町村窓口**に被害届の提出が必要です。
- 医療機関を受診した際は、**事故等(第三者行為)**によるケガとお伝えください。
※交通事故や犬猫等ペットによる負傷、飲食店での食中毒など第三者(加害者)の行為によってケガや病気をしたときは、加害者が医療費を全額負担するのが原則です。治療した医療費は、北海道後期高齢者医療広域連合が加害者へ請求します。

注意

加害者から治療費を受け取ったり、示談を済ませてしまうと、保険診療を受けられなくなる場合があります。必ずお住まいの市区町村窓口または北海道後期高齢者医療広域連合へご相談ください。

受診の際の留意点

- かかりつけの医師およびかかりつけの歯科医師を持ち、気になることがあったら、まずは相談しましょう。
- 整骨院や接骨院で打撲および捻挫(いわゆる肉ばなれを含む。)等の施術を受けた場合に保険の対象になります。単なる肩こり、筋肉疲労などに対する施術は保険の対象になりません。このような症状で施術を受けた場合は、全額自己負担になります。また、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等の対象になりません。
- 有床義歯(入れ歯)を作製後、6か月の間に同一部位を作製した場合、保険の対象になりません。(他歯科医院で作製した場合も同様です。)
- 道外転出や生活保護受給開始で北海道後期高齢者医療広域連合の被保険者資格を喪失した後に保険証(または資格確認書)で医療機関を受診した場合、医療費を返納していただくことになります。
※医療機関を受診する際は、注意しましょう。

医療費のお知らせ(医療費通知)

- 健康管理の重要性をより強く意識していただくため、対象期間に医療機関等を受診した被保険者の皆様へ医療費通知をお送りします。診療日数や医療費等に間違いがないか確認するとともに、医療費の推移や健康状況を把握することで自身の健康管理に努めましょう。
- 医療費のお知らせは年2回発送予定です。
1回目：令和8年1月上旬(令和7年1月～9月診療分)
2回目：令和8年2月下旬(令和7年10月～12月診療分)
- お亡くなりになった方には発送しておりませんので、必要な場合は市区町村窓口または北海道後期高齢者医療広域連合へご連絡ください。
- 医療費のお知らせは、医療費控除の申告手続きで医療費の明細書として使用することができます。医療費控除の申告に関することは、税務署へお問い合わせください。

◆ジェネリック医薬品をご存じですか？

ジェネリック医薬品(後発医薬品)は効き目や安全性が先発医薬品と同等と確認されたもので、開発期間が短くて済むため価格が安くなります。ご希望される場合は医師や薬剤師にご相談ください。もしも、ジェネリック医薬品(後発医薬品)が身体に合わない場合は、これまでに使用していたお薬(先発医薬品等)に戻すこともできます。お薬を受け取った薬局へご相談ください。

◆リフィル処方箋について

長期にわたり変更なく飲み続けているお薬について、かかりつけの医師の処方により、医師および薬剤師の適切な連携のもと、一定期間内に同じ処方箋を繰り返し利用することができる仕組みです。症状が安定し通院をしばらく控えても問題ないとかかりつけの医師が判断した場合に対象となりますので、詳しいことはかかりつけの医師までご相談ください。

北海道後期高齢者医療広域連合

【住所】〒060-0062 北海道札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館内
【電話】011-290-5601 【FAX】011-210-5022
【ホームページ】<https://iryokouiki-hokkaido.jp/>