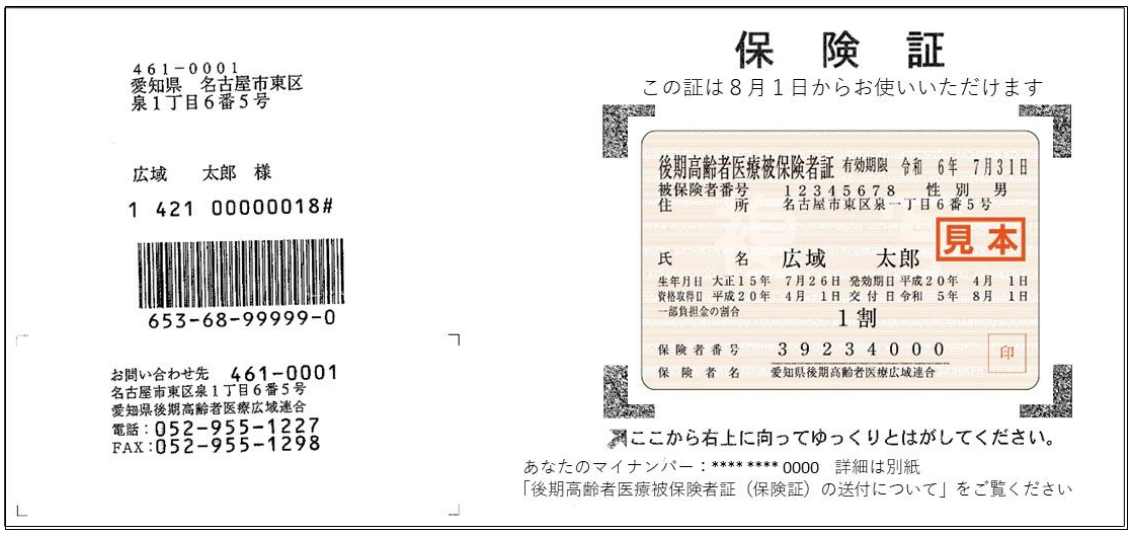
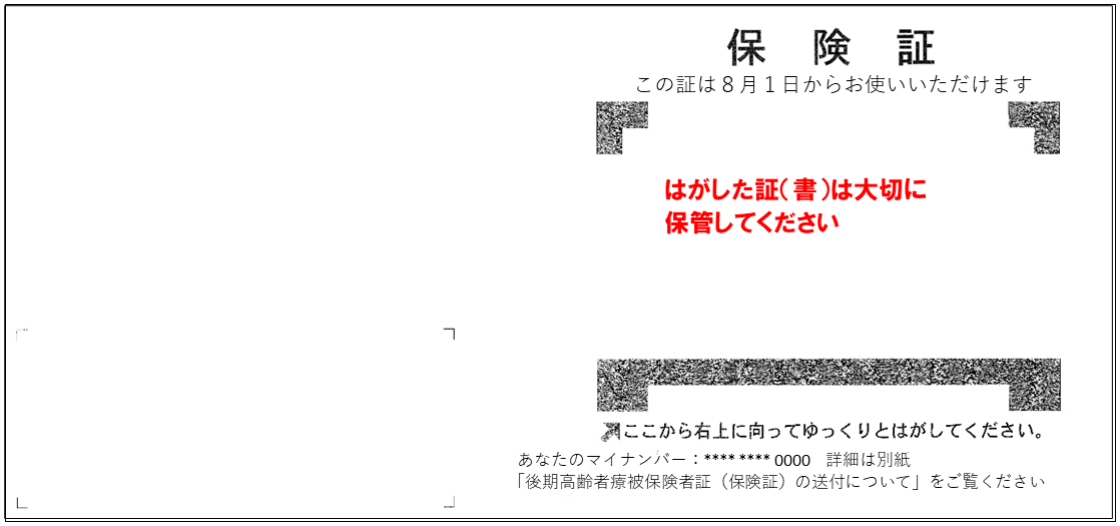
イメージ

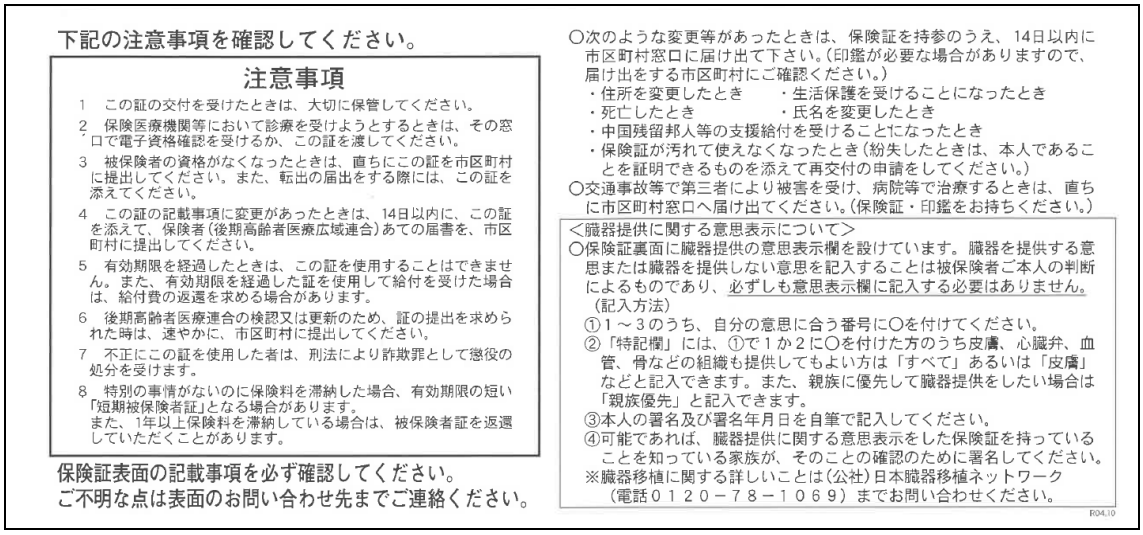
① －１　被保険者証台紙の印字後【表面】



①－２　印字前の被保険者証台紙から被保険者証を剥がした状態【表面】



①　－３　被保険者証台紙【裏面】※記載内容については変更予定あり



下記の注意事項を確認してください。

注意事項

1　この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。

2　保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、この証を渡してください。

3　被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市区町村に提出してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

4　この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市区町村に提出してください。

5　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して給付を受けた場合は、給付費の返還を求める場合があります。

6　後期高齢者医療連合の検認又は更新のため、証の提出を求められた時は、速やかに、市区町村に提出してください。

7　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

8　特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、有効期限の短い「短期被保険者証」となる場合があります。
また、1年以上保険料を滞納している場合は、被保険者証を返還していただくことがあります。

保険証表面の記載事項を必ず確認してください。
ご不明な点は表面のお問い合わせ先までご連絡ください。

○次のような変更等があったときは、保険証を持参のうえ、14日以内に市区町村窓口に届け出て下さい。（印鑑が必要な場合がありますので、届け出をする市区町村にご確認ください。）
・住所を変更したとき　・生活保護を受けることになったとき
・死亡したとき　・氏名を変更したとき
・中国残留邦人等の支援給付を受けることになったとき
・保険証が汚れて使えなくなったとき（紛失したときは、本人であることを証明できるものを添えて再交付の申請をしてください。）

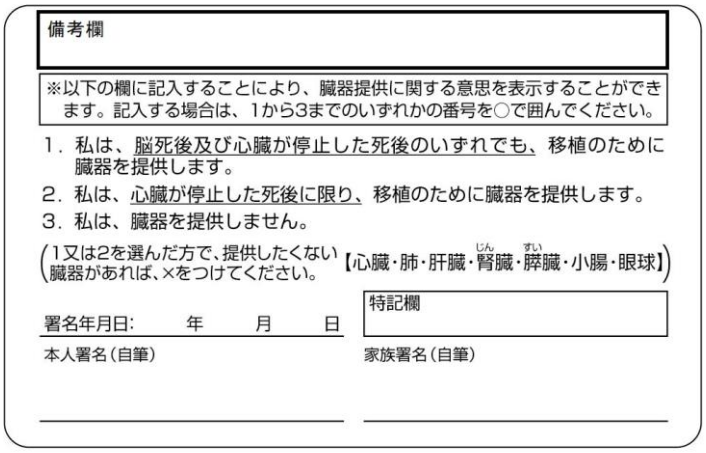
○交通事故等で第三者により被害を受け、病院等で治療するときは、直ちに市区町村窓口へ届け出てください。（保険証・印鑑をお持ちください。）

＜臓器提供に関する意思表示について＞
○保険証裏面に臓器提供の意思表示欄を設けています。臓器を提供する意思または臓器を提供しない意思を記入することは被保険者ご本人の判断によるものであり、必ずしも意思表示欄に記入する必要はありません。
（記入方法）
①１～３のうち、自分の意思に合う番号に○を付けてください。
②「特記欄」には、①で１か２に○を付けた方のうち皮膚、心臓弁、血管、骨などの組織も提供してもよい方は「すべて」あるいは「皮膚」などと記入できます。また、親族に優先して臓器提供をしたい場合は「親族優先」と記入できます。
③本人の署名及び署名年月日を自筆で記入してください。
④可能であれば、臓器提供に関する意思表示をした保険証を持っていることを知っている家族が、そのことの確認のために署名してください。
※臓器移植に関する詳しいことは（公社）日本臓器移植ネットワーク（電話０１２０－７８－１０６９）までお問い合わせください。

R04.10

①－４　印字前の被保険者証台紙から剥がした被保険者証【表面】

①－５　被保険者証台紙から剥がした被保険者証【裏面】



備考欄

※以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1．私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。

2．私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。

3．私は、臓器を提供しません。

（1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。【心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球】）

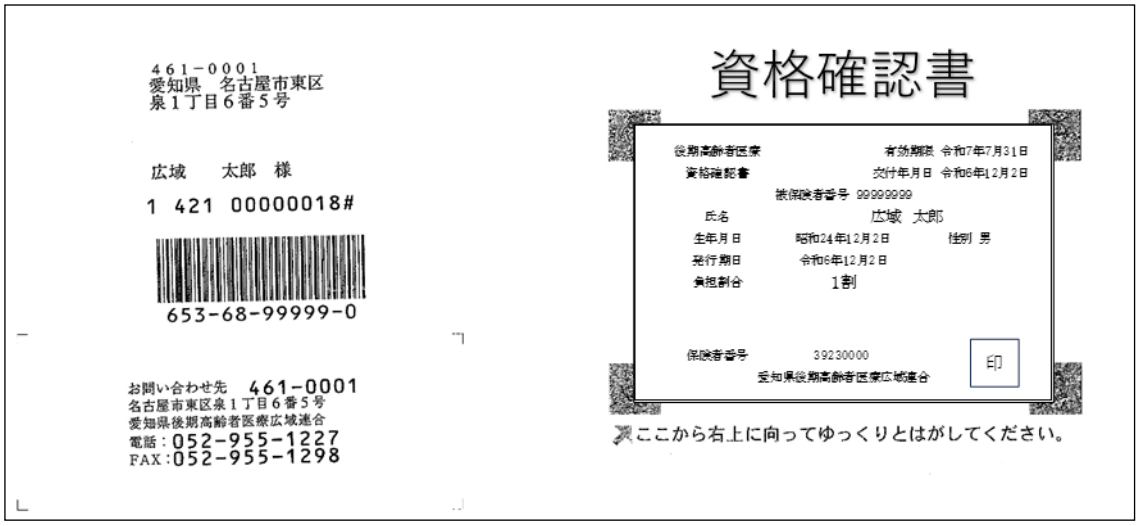
署名年月日:　　年　　月　　日

特記欄

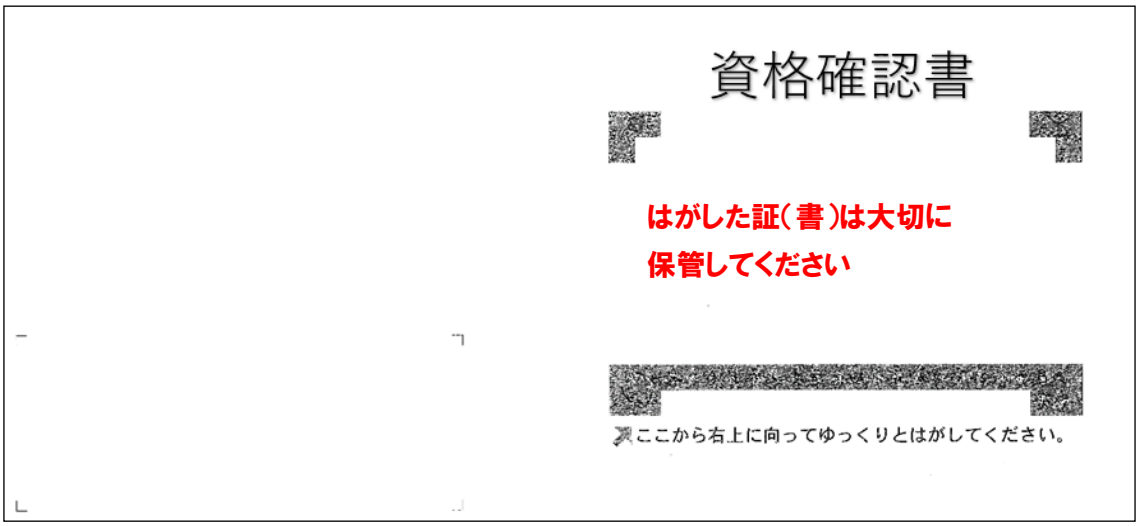
本人署名（自筆）

家族署名（自筆）

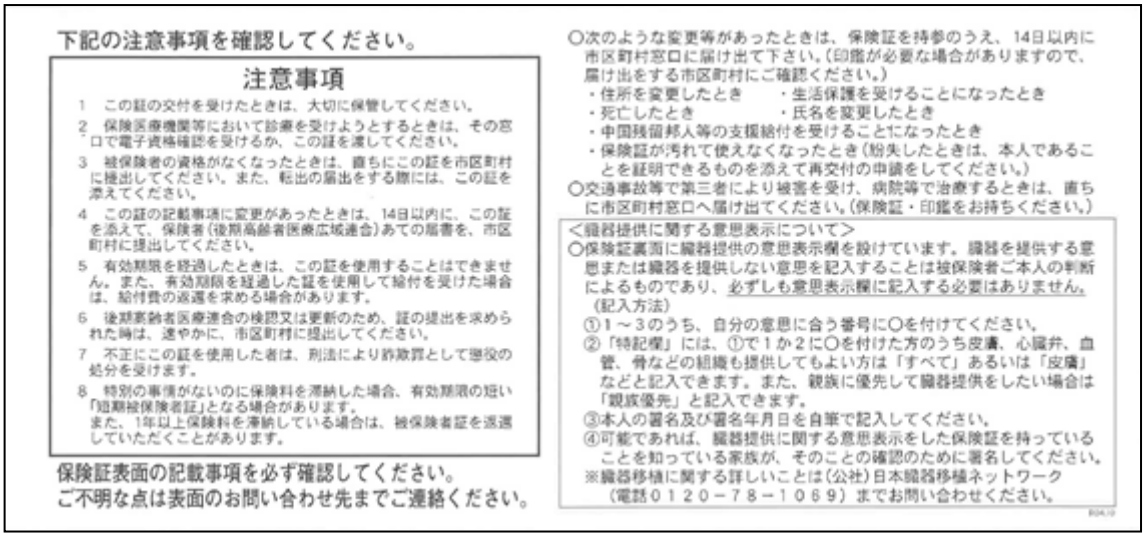
①－６　資格確認書（案）の印字後【表面】



①－７　印字前の資格確認書台紙（案）から資格確認書を剥がした状態【表面】



①－８　資格確認書台紙【裏面】※記載内容については変更予定あり



下記の注意事項を確認してください。

注意事項

1　この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。

2　保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、この証を渡してください。

3　被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市区町村に提出してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

4　この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市区町村に提出してください。

5　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して給付を受けた場合は、給付費の返還を求める場合があります。

6　後期高齢者医療連合の検認又は更新のため、証の提出を求められた時は、速やかに、市区町村に提出してください。

7　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

8　特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、有効期限の短い「短期被保険者証」となる場合があります。
また、1年以上保険料を滞納している場合は、被保険者証を返還していただくことがあります。

保険証表面の記載事項を必ず確認してください。
ご不明な点は表面のお問い合わせ先までご連絡ください。

○次のような変更等があったときは、保険証を持参のうえ、14日以内に市区町村窓口に届け出て下さい。（印鑑が必要な場合がありますので、届け出をする市区町村にご確認ください。）
・住所を変更したとき　・生活保護を受けることになったとき
・死亡したとき　・氏名を変更したとき
・中国残留邦人等の支援給付を受けることになったとき
・保険証が汚れて使えなくなったとき（紛失したときは、本人であることを証明できるものを添えて再交付の申請をしてください。）

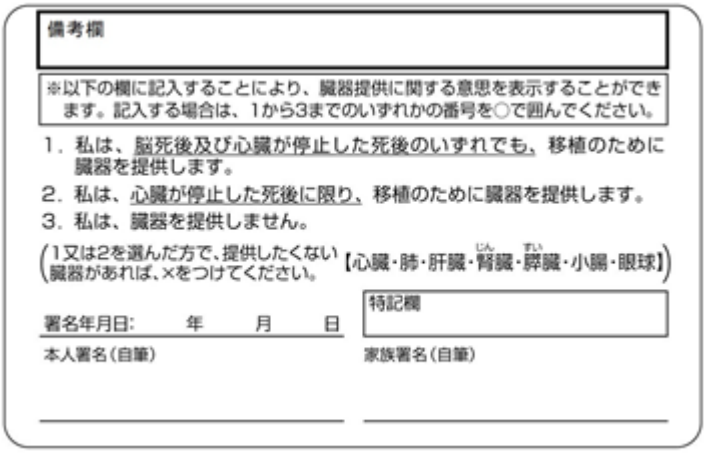
○交通事故等で第三者により被害を受け、病院等で治療するときは、直ちに市区町村窓口へ届け出てください。（保険証・印鑑をお持ちください。）

<臓器提供に関する意思表示について>

○保険証裏面に臓器提供の意思表示欄を設けています。臓器を提供する意思または臓器を提供しない意思を記入することは被保険者ご本人の判断によるものであり、必ずしも意思表示欄に記入する必要はありません。
（記入方法）
①１～３のうち、自分の意思に合う番号に○を付けてください。
②「特記欄」には、①で１か２に○を付けた方のうち皮膚、心臓弁、血管、骨などの組織も提供してもよい方は「すべて」あるいは「皮膚」などと記入できます。また、親族に優先して臓器提供をしたい場合は「親族優先」と記入できます。
③本人の署名及び署名年月日を自筆で記入してください。
④可能であれば、臓器提供に関する意思表示をした保険証を持っていることを知っている家族が、そのことの確認のために署名してください。
※臓器移植に関する詳しいことは（公社）日本臓器移植ネットワーク（電話０１２０－７８－１０６９）までお問い合わせください。

①－９　印字前の資格確認書台紙から剥がした資格確認書【表面】

①－10　資格確認書台紙から剥がした資格確認書【裏面】



備考欄

※以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1．私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。

2．私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。

3．私は、臓器を提供しません。

（1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。【心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球】）

署名年月日：　　年　　月　　日

特記欄

本人署名（自筆）

家族署名（自筆）

①－11　資格情報のお知らせ（案）の印字後【表面】

宛名、氏名

（保険者名）

差出人情報

（保険者番号）

資格情報のお知らせ

あなたの加入する健康保険の資格情報を下記のとおりお知らせします（令和6年〇月〇日時点）。
なお、このお知らせのみでは受診できません

被保険者番号	12345678
氏名	広域　太郎
フリガナ	コウイキ　タロウ
負担割合	３割
資格取得日	令和〇年〇月〇日
保険者名	愛知県後期高齢者医療広域連合

スマートフォンをお持ちの方は、以下の二次元コードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご活用ください。

―　マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら　―

ＱＲ
コード

マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます（スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます）。

右を切り取ってご利用いただくこともできます
（このお知らせのみでは受診できません）

資格情報のお知らせ

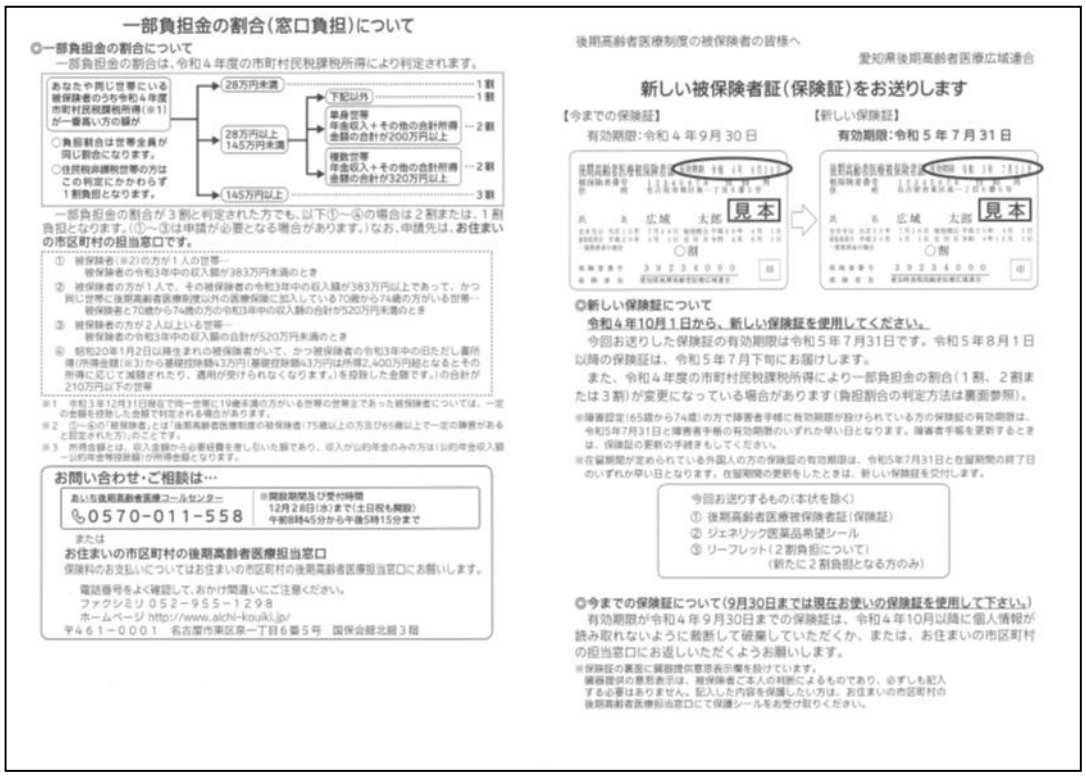
令和〇年〇月〇日発行
（保険者名）
（保険者番号）

記号 000　番号　00000000　（枝番）00
氏名　佐藤　太郎
負担割合　３割

受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です

①－12　被保険者証送付文書（年次更新用）Ａ３サイズ

【表面】※記載内容については変更予定あり



一部負担金の割合（窓口負担）について

◎一部負担金の割合について

一部負担金の割合は、令和４年度の市町村民税課税所得により判定されます。

あなたや同じ世帯にいる被保険者のうち令和４年度市町村民税課税所得（※1）が一番高い方の額が

○負担割合は世帯全員が同じ割合になります。

○住民税非課税世帯の方はこの判定にかかわらず１割負担となります。

- 28万円未満 …… １割
- 28万円以上145万円未満
  - 下記以外 …… １割
  - 単身世帯 年金収入＋その他の合計所得金額の合計が200万円以上 …… ２割
  - 複数世帯 年金収入＋その他の合計所得金額の合計が320万円以上 …… ２割
- 145万円以上 …… ３割

一部負担金の割合が３割と判定された方でも、以下①～④の場合は２割または１割負担となります。（①～③は申請が必要となる場合があります。）なお、申請先は、**お住まいの市区町村の担当窓口です。**

① 被保険者（※2）の方が１人の世帯…
被保険者の令和3年中の収入額が383万円未満のとき

② 被保険者の方が１人で、その被保険者の令和3年中の収入額が383万円以上であって、かつ同じ世帯に後期高齢者医療制度以外の医療保険に加入している70歳から74歳の方がいる世帯…
被保険者と70歳から74歳の方の令和3年中の収入額の合計が520万円未満のとき

③ 被保険者の方が２人以上いる世帯…
被保険者の令和3年中の収入額の合計が520万円未満のとき

④ 昭和20年1月2日以降生まれの被保険者がいて、かつ被保険者の令和3年中の旧ただし書所得（所得金額（※3）から基礎控除額43万円（基礎控除額43万円は所得2,400万円超となるその所得に応じて減額されたり、適用が受けられなくなります。）を控除した金額です。）の合計が210万円以下の世帯

※1　令和3年12月31日現在で同一世帯に19歳未満の方がいる世帯の世帯主であった被保険者については、一定の金額を控除した金額で判定される場合があります。

※2　①～④の「被保険者」とは「後期高齢者医療制度の被保険者（75歳以上の方及び65歳以上で一定の障害があると認定された方）」のことです。

※3　所得金額とは、収入金額から必要経費を差し引いた額であり、収入が公的年金のみの方は（公的年金収入額－公的年金等控除額）が所得金額となります。

お問い合わせ・ご相談は…

あいち後期高齢者医療コールセンター
0570-011-558
※開設期間及び受付時間
12月28日（水）まで（土日祝も開設）
午前8時45分から午後5時15分まで

または

お住まいの市区町村の後期高齢者医療担当窓口

保険料のお支払いについてはお住まいの市区町村の後期高齢者医療担当窓口にお願いします。

電話番号をよく確認して、おかけ間違いにご注意ください。
ファクシミリ 052－955－1298
ホームページ http://www.aichi-kouki.jp/
〒461－0001　名古屋市東区泉一丁目6番5号　国保会館北館3階

後期高齢者医療制度の被保険者の皆様へ

愛知県後期高齢者医療広域連合

新しい被保険者証（保険証）をお送りします

【今までの保険証】
有効期限：令和４年９月30日

【新しい保険証】
有効期限：令和５年７月31日

見本　見本

◎新しい保険証について

令和４年10月１日から、新しい保険証を使用してください。

今回お送りした保険証の有効期限は令和５年７月31日です。令和５年８月１日以降の保険証は、令和５年７月下旬にお届けします。

また、令和４年度の市町村民税課税所得により一部負担金の割合（１割、２割または３割）が変更になっている場合があります（負担割合の判定方法は裏面参照）。

※障害認定（65歳から74歳）の方で障害者手帳に有効期限が設けられている方の保険証の有効期限は、令和5年7月31日と障害者手帳の有効期限のいずれか早い日となります。障害者手帳を更新するときは、保険証の更新の手続きもしてください。

※在留期間が定められている外国人の方の保険証の有効期限は、令和5年7月31日と在留期間の終了日のいずれか早い日となります。在留期間の更新をしたときは、新しい保険証を交付します。

今回お送りするもの（本状を除く）
① 後期高齢者医療被保険者証（保険証）
② ジェネリック医薬品希望シール
③ リーフレット（２割負担について）
（新たに２割負担となる方のみ）

◎今までの保険証について（9月30日までは現在お使いの保険証を使用して下さい。）

有効期限が令和４年９月30日までの保険証は、令和４年10月以降に個人情報が読み取れないように裁断して破棄していただくか、または、お住まいの市区町村の担当窓口にお返しいただくようお願いします。

※保険証の裏面に臓器提供意思表示欄を設けています。
臓器提供の意思表示は、被保険者ご本人の判断によるものであり、必ずしも記入する必要はありません。記入した内容を保護したい方は、お住まいの市区町村の後期高齢者医療担当窓口にて保護シールをお受け取りください。

①－13　被保険者証送付文書（年次更新用）Ａ３サイズ

【裏面】※内容未定

①－14　被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせ送付文書（年齢到達用）Ａ３サイズ

【表面】※記載内容については変更予定あり

後期高齢者医療特定疾病療養受療証の申請について

現在加入されている医療保険で特定疾病療養受療証をお持ちの方は、お誕生日の月までに、必ずお住まいの市区町村の担当窓口で申請をお願いします。

協定保養所利用助成事業

愛知県後期高齢者医療の被保険者の皆さんの健康の保持増進を目的として、次の協定保養所に宿泊した場合、１泊につき1,000円を助成します。
（４月１日から翌年３月31日までの期間に最大４泊まで）
※開館状況につきましては、各保養所に直接お問い合わせください。

場　所	協定保養所名	電話番号	場　所	協定保養所名	電話番号
豊田市	豊田市百年草	0565-62-0100	東浦町	あいち健康の森プラザホテル	0562-82-0211
長野県	おんたけ休暇村 セントラル・ロッジ	0264-48-2111	蒲郡市	サンヒルズ三河湾	0533-68-4696
江南市	すいとぴあ江南	0587-53-5555（予約専用番号）			

－ご利用方法－

協定保養所へ被保険者であることを伝えて直接申し込んでください。宿泊当日、協定保養所の窓口で保険証（※マイナンバーカードは使用できません）を提示し、希望者に渡される利用カードに押印を受けてください。精算時に利用料金に対し、1,000円を助成します。
※利用カードは、すべての協定保養所で共通使用できます。
宿泊プラン、料金については、各協定保養所に直接お問い合わせください。

ジェネリック医薬品（後発医薬品）を利用しましょう

医療機関で処方される医薬品には、新薬（先発医薬品）とジェネリック医薬品（後発医薬品）があります。
新薬は、研究や開発に莫大な費用がかかるため、それが価格に反映されています。また、製造販売については特許で保護されています。
これに対し、ジェネリック医薬品は、新薬の特許が切れた後に製造販売される、新薬と同一の有効成分を同一量含み、同等の効き目がある（※）医薬品で、一般的に価格が安くなっており、医療費の節約に役立ちます。
ジェネリック医薬品を希望される方は、同封の「ジェネリック医薬品希望シール」を被保険者証やお薬手帳等に貼付し、医師・薬剤師にご相談ください。
（※）新薬が効能追加を行っている場合など、異なる場合があります。

お問い合わせ・ご相談は…
お住まいの市区町村の後期高齢者医療担当窓口
または
愛知県後期高齢者医療広域連合
電話　保険証について　０５２－９５５－１２４６
保険料について　０５２－９５５－１２２３
給付・保健事業について　０５２－９５５－１２０５
その他制度一般について　０５２－９５５－１２２７
口座振替用紙等が同封されている場合、お問い合わせ先はお住まいの市区町村の後期高齢者医療担当窓口になります。
電話番号をよく確認して、おかけ間違いにご注意ください。
ファクシミリ　０５２－９５５－１２９８
ホームページ　http://www.aichi-kouiki.jp/
〒４６１－０００１　名古屋市東区泉一丁目６番５号　国保会館北館３階

このリーフレットに記載されている内容は、令和５年４月現在のものです。

75歳を迎えられる方へ

愛知県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療被保険者証（保険証）の送付について

75歳になった方は、後期高齢者医療制度の被保険者（※1）となります。つきましては、75歳のお誕生日から使用していただく「後期高齢者医療被保険者証」（保険証）をお送りします。（※1 被保険者には、65歳から74歳で申請に基づき一定の障害があると認定された方を含みます。）

送付物	本状、後期高齢者医療被保険者証（保険証）、保険証ケース ジェネリック医薬品希望シール、小冊子（制度のご案内）
保険証の有効期限	**７５歳の誕生日から令和５年７月３１日まで** ◇令和５年８月以降の保険証は、７月中旬以降にお送りします。
窓口負担割合	保険証に記載のとおり（判定基準は、下図を参照してください）
その他	・後期高齢者医療では、「高齢受給者証」はありませんので、保険証１枚で医療機関等に係ることができます。 ・保険証裏面の「臓器提供意思表示欄」について、記入内容を第三者に見られたくない方は、お住まいの市区町村の後期高齢者医療担当窓口にて臓器提供意思表示欄保護シールをお受け取りください。

医療機関等での一部負担金の割合

あなたや同じ世帯にいる被保険者のうち令和4年度市町村民税課税所得が一番高い方の額が
○負担割合は世帯全員（※2）が同じ割合となります。
○住民税非課税世帯の方はこの判定にかかわらず１割負担となります。

- 28万円未満 …… 1割
- 28万円以上145万円未満
  - 下記以外 …… 1割
  - 単身世帯 年金収入＋その他の合計所得金額の合計が200万円以上 …… 2割
  - 複数世帯　世帯全員の（年金収入＋その他の合計所得金額）の合計が320万円以上 …… 2割
- 145万円以上 …… 3割

※2 本文における世帯全員とは、世帯員の内、後期高齢者医療制度の被保険者を指します。

◇世帯や収入の状況等によっては、上記の図によらない場合がありますので、詳細は同封の小冊子の５、６ページをご覧ください
◇ご不明な点は、お住まいの市区町村の担当窓口か、愛知県後期高齢者広域連合にお尋ねください。

マイナンバーカードの保険証利用について
マイナンバーカードは、マイナポータルで登録手続きをすることで、保険証として利用することができるようになります。ただし、全ての医療機関や薬局等で利用できる状況には至っておりません。確実にマイナンバーカードが保険証として利用できることが分かっている場合を除き、今回お送りした被保険者証を必ずお持ちいただき、医療機関等を受診いただくようお願いいたします。

①－15　被保険者証・資格確認書・資格情報のお知らせ送付文書（年齢到達用）Ａ３サイズ

【裏面】※記載内容については変更予定あり

令和５年度　保険料について

【保険料の計算方法】保険料は令和４年中の所得に応じて計算されます。

所得割額：（所得金額－基礎控除額（※））×所得割率9.57%
＋
被保険者均等割額：被保険者一人当たり 49,398円
＝
保険料（年額）（賦課限度額66万円）100円未満切捨て

※　所得金額とは、収入金額から必要経費を差引いた額であり、収入が公的年金収入のみの方は、（公的年金収入額－公的年金等控除額）が所得金額になります。
※　基礎控除額

合　計　所　得　金　額	基礎控除額
2,400万円以下	43万円
2,400万円超2,450万円以下	29万円
2,450万円超2,500万円以下	15万円
2,500万円超	適用なし

【保険料のおよその目安】公的年金収入のみの単身者の場合（単位:円）

公的年金収入額	110万	168万	197万	221.5万	300万	400万
所得割額	0	14,355	42,108	65,555	140,679	219,632
被保険者均等割額	14,819（7割軽減）	14,819（7割軽減）	24,699（5割軽減）	39,518（2割軽減）	49,398	49,398
保険料（年額）100円未満切捨て	14,800	29,100	66,800	105,000	190,000	269,000
実際にお支払いいただく金額	上記の金額を12で割って加入している月数をかけた金額（例:７月加入者の場合は、上記の金額÷12×９）となります。					

※　遺族年金・障害年金等の非課税年金は公的年金収入額に含まれません。
※　所得の低い方に対しては、被保険者均等割額の軽減措置を適用します。
⇒軽減措置の詳細については、別添「後期高齢者医療制度のご案内」をご参照ください。
※　保険料は加入時からおおむね２か月後に通知されます。

【被扶養者であった方の保険料の軽減措置について】
これまで職場の健康保険などの被扶養者で自分の保険料を納めていなかった方も、後期高齢者医療制度では被保険者となり、新たに保険料を負担していただくことになりますが、保険料が急に増えることのないよう、加入から２年を経過する月まで被保険者均等割額を５割軽減します。なお、すべての元被扶養者の方に所得割を課しません。
対象：資格取得をした日の前日に、職場の健康保険などの被扶養者だった方
※　職場の健康保険とは、全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）、組合管掌健康保険、共済組合などで、**国民健康保険及び国民健康保険組合は該当しません。**
※　今まで加入されていた職場の健康保険などの脱退手続きを必ず行ってください。脱退手続きをされないと、この軽減措置に該当しない場合があります。

保険料の納め方について

保険料は原則として年金からの天引き（特別徴収）により納めていただきます。後期高齢者医療制度に加入後、半年から１年程度は納付書または口座振替により納めていただきます。ただし、年金の受給額などにより年金からの天引きの対象とならない方は、納付書または口座振替（普通徴収）により納めていただきます。

①　年金からの天引きにより納める方法（特別徴収）
年金を年額18万円以上受け取っている方で、介護保険料と合わせた保険料額が、年金額の２分の１を超えない場合が対象となります。
※　年金からの天引きの対象者であっても、お住まいの市区町村の担当窓口で申し出をすることにより、口座振替に変更することができます。
※　天引きの対象となる年金には、優先順位があるため、年額18万円以上受け取っている方でも、年金からの天引きの対象とならない場合があります。

②　納付書または口座振替により納める方法（普通徴収）
年金からの天引きの対象とならない方については、お住まいの市区町村から送付される納付書または、口座振替により納めていただきます。
口座振替を希望される方は、お住まいの市区町村の担当窓口へお問い合わせください。
※　国民健康保険の保険料（税）を口座振替で納めていた方も、後期高齢者医療制度の保険料を口座振替とする場合は新たに手続きが必要です。

保険料の納め方、口座振替の手続きについては、お住まいの市区町村の担当窓口へお問い合わせください。

【どうしても納付が難しいときは】
特別な事情により保険料の納付が困難なときは、未納のままにせず、お早めにお住まいの市区町村の担当窓口へご相談ください。
また、次のいずれかに該当する場合、申請により保険料の減免が認められる場合があります。

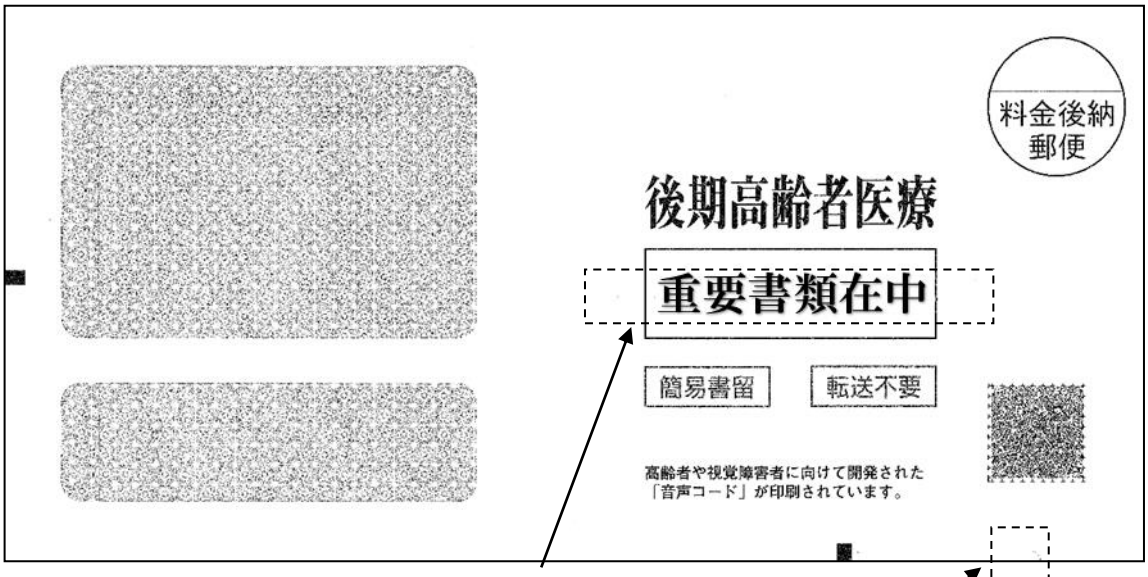
①　災害により、住宅や家財に著しい損害を受けた場合
②　事業の廃止、失業等により収入が著しく減少した場合

減免を受けるには申請が必要ですので、詳しくはお住まいの市区町村の担当窓口へお問い合わせください。

①－16　被保険者証送付用封筒

※資格確認書送付用封筒、資格情報のお知らせ送付用封筒も同形態

【表面】※記載内容については変更予定あり



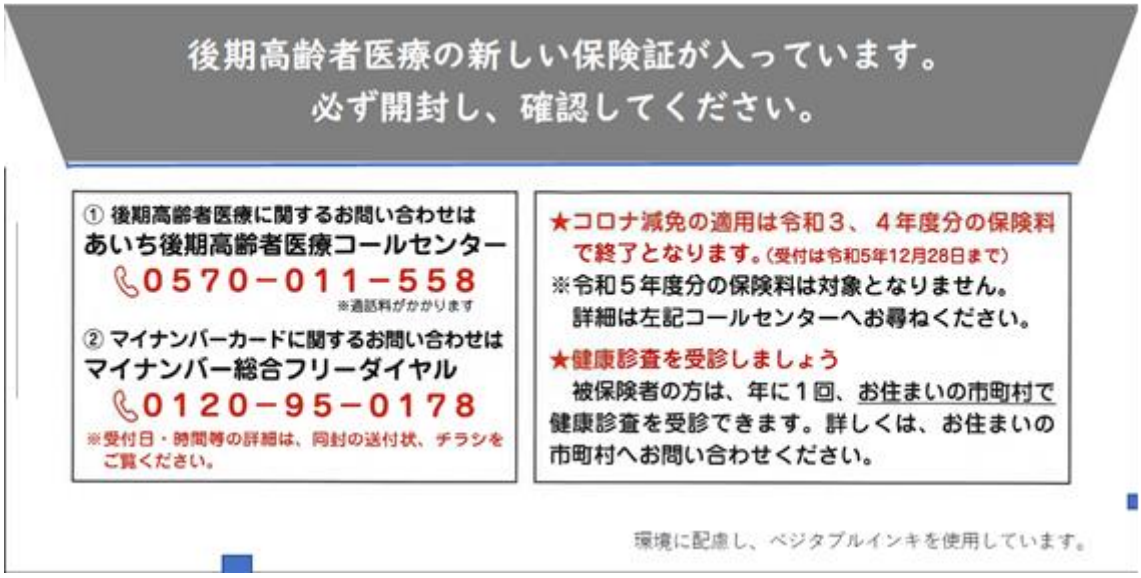
ここに「重要書類在中」の点字を入れる

音声コード認識用の切込を入れる

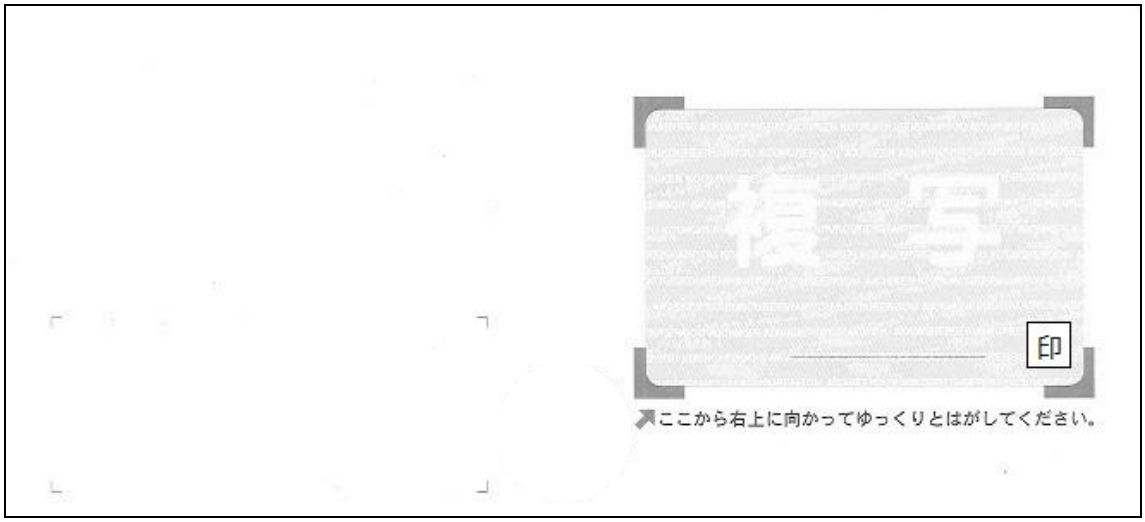
①－17

※資格確認書送付用封筒、資格情報のお知らせ送付用封筒も同形態、内容未定

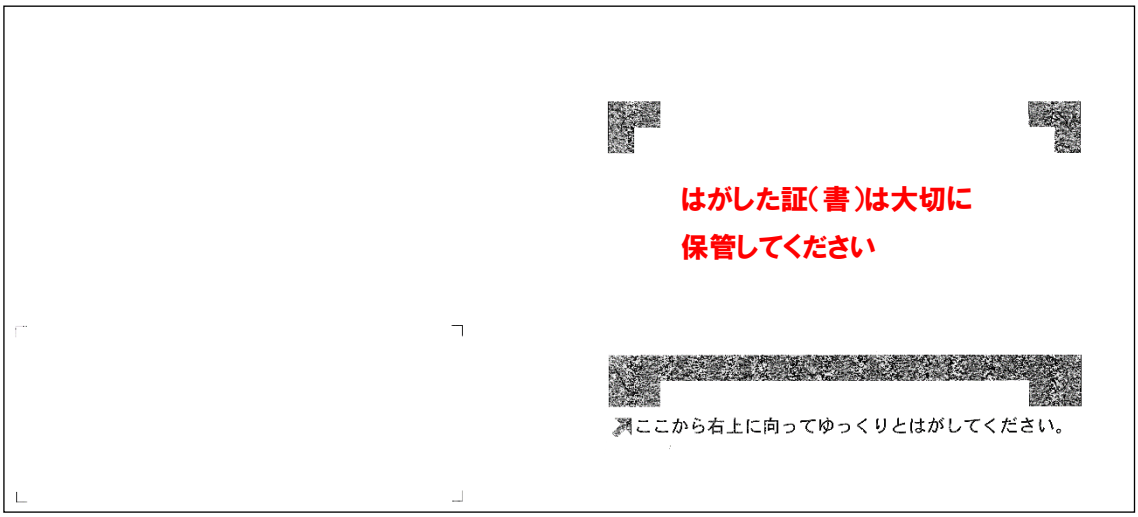
【裏面】※記載内容については変更予定あり



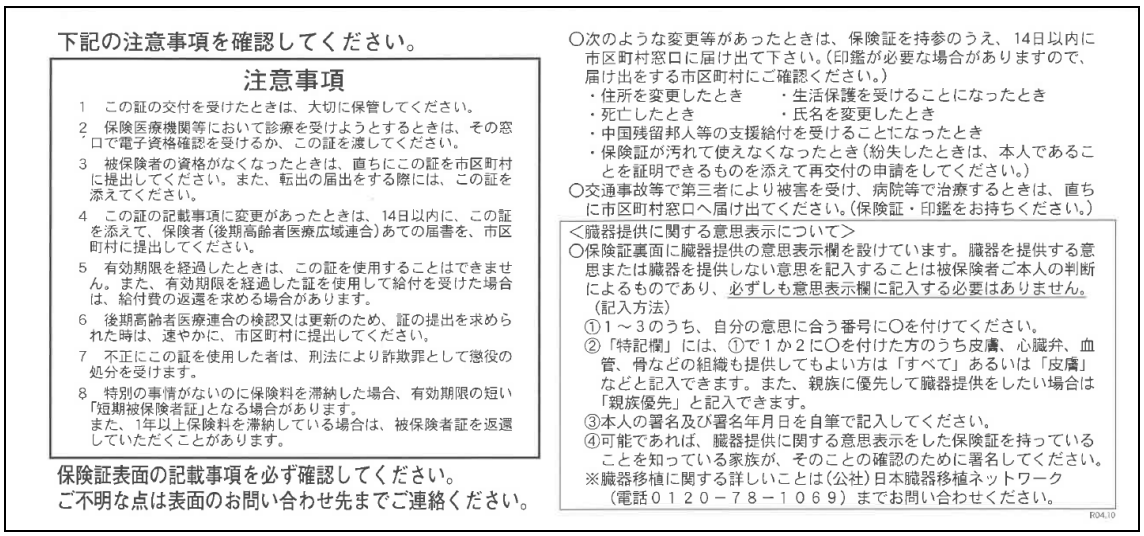
②－１　随時発行用被保険者証台紙【表面】



②－２　随時発行用被保険者証台紙から被保険者証を剥がした状態【表面】



②－３　随時発行用被保険者証台紙【裏面】※記載内容については変更予定あり



下記の注意事項を確認してください。

注意事項

1　この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。

2　保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、この証を渡してください。

3　被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市区町村に提出してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

4　この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市区町村に提出してください。

5　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して給付を受けた場合は、給付費の返還を求める場合があります。

6　後期高齢者医療連合の検認又は更新のため、証の提出を求められた時は、速やかに、市区町村に提出してください。

7　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

8　特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、有効期限の短い「短期被保険者証」となる場合があります。
また、1年以上保険料を滞納している場合は、被保険者証を返還していただくことがあります。

保険証表面の記載事項を必ず確認してください。
ご不明な点は表面のお問い合わせ先までご連絡ください。

○次のような変更等があったときは、保険証を持参のうえ、14日以内に市区町村窓口に届け出て下さい。（印鑑が必要な場合がありますので、届け出をする市区町村にご確認ください。）
・住所を変更したとき　・生活保護を受けることになったとき
・死亡したとき　・氏名を変更したとき
・中国残留邦人等の支援給付を受けることになったとき
・保険証が汚れて使えなくなったとき（紛失したときは、本人であることを証明できるものを添えて再交付の申請をしてください。）

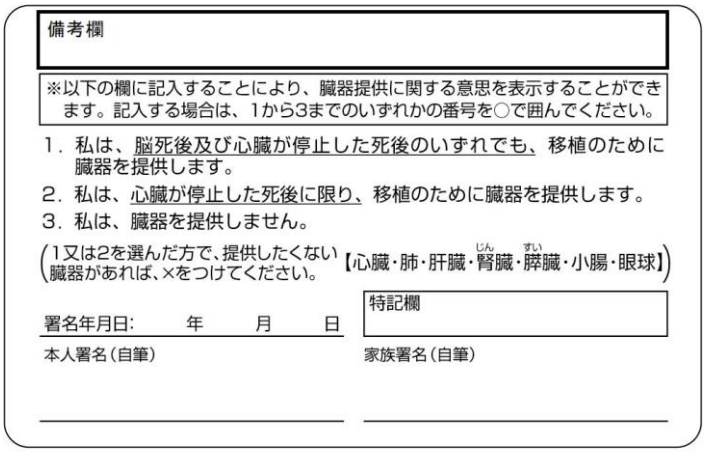
○交通事故等で第三者により被害を受け、病院等で治療するときは、直ちに市区町村窓口へ届け出てください。（保険証・印鑑をお持ちください。）

＜臓器提供に関する意思表示について＞
○保険証裏面に臓器提供の意思表示欄を設けています。臓器を提供する意思または臓器を提供しない意思を記入することは被保険者ご本人の判断によるものであり、必ずしも意思表示欄に記入する必要はありません。
（記入方法）
①１～３のうち、自分の意思に合う番号に○を付けてください。
②「特記欄」には、①で１か２に○を付けた方のうち皮膚、心臓弁、血管、骨などの組織も提供してもよい方は「すべて」あるいは「皮膚」などと記入できます。また、親族に優先して臓器提供をしたい場合は「親族優先」と記入できます。
③本人の署名及び署名年月日を自筆で記入してください。
④可能であれば、臓器提供に関する意思表示をした保険証を持っていることを知っている家族が、そのことの確認のために署名してください。
※臓器移植に関する詳しいことは（公社）日本臓器移植ネットワーク（電話０１２０－７８－１０６９）までお問い合わせください。

R04.10

②－４　随時発行用被保険者証台紙から剥がした被保険者証【表面】

②－５　随時発行用被保険者証台紙から剥がした被保険者証【裏面】



備考欄

※以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1．私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。

2．私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。

3．私は、臓器を提供しません。

（1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。【心臓・肺・肝臓・腎臓（じん）・膵臓（すい）・小腸・眼球】）

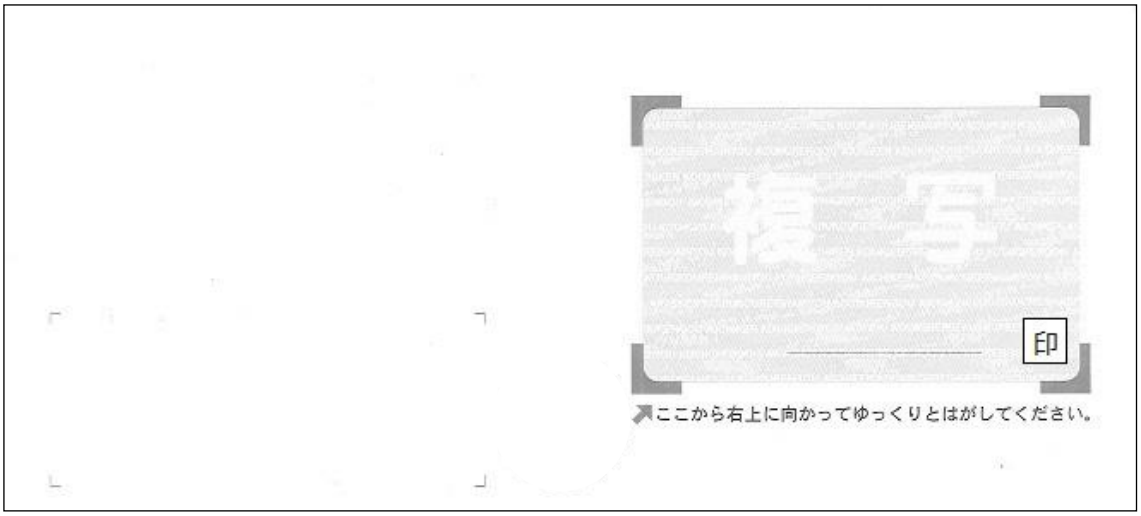
署名年月日:　　年　　月　　日

特記欄

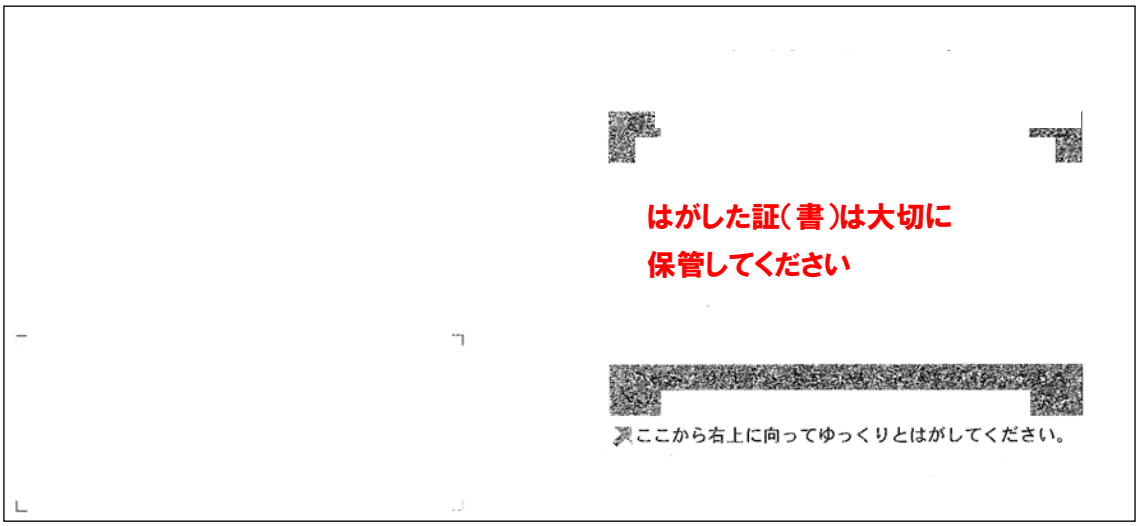
本人署名（自筆）

家族署名（自筆）

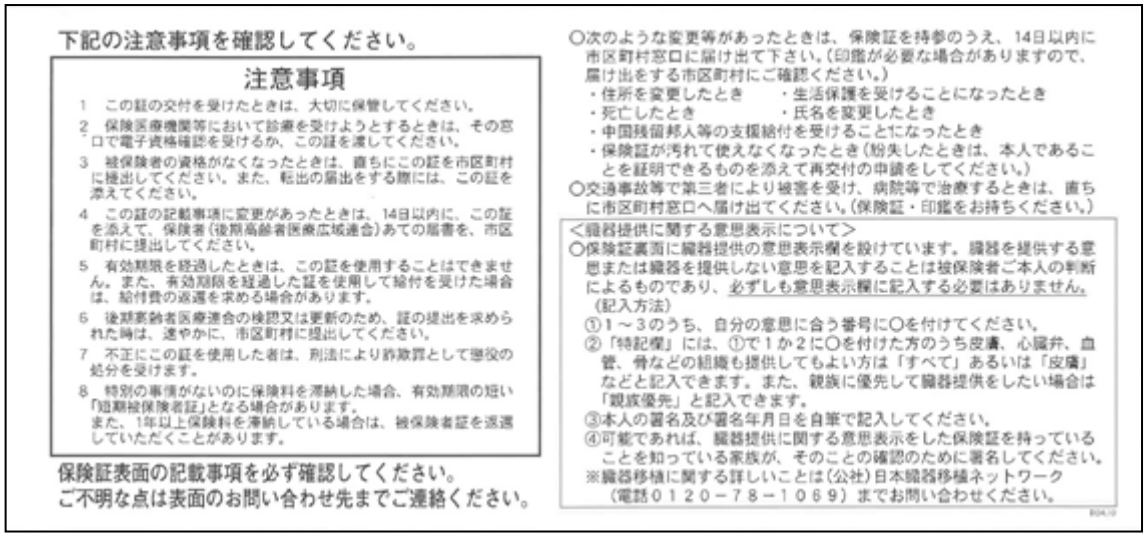
②－６　随時発行用資格確認書（案）の印字後【表面】



②－７　随時発行用資格確認書台紙（案）から資格確認書を剥がした状態【表面】



②－８　随時発行用資格確認書台紙（案）【裏面】※記載内容については変更予定あり



下記の注意事項を確認してください。

注意事項

1　この証の交付を受けたときは、大切に保管してください。

2　保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、この証を渡してください。

3　被保険者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市区町村に提出してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

4　この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市区町村に提出してください。

5　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して給付を受けた場合は、給付費の返還を求める場合があります。

6　後期高齢者医療連合の検認又は更新のため、証の提出を求められた時は、速やかに、市区町村に提出してください。

7　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

8　特別の事情がないのに保険料を滞納した場合、有効期限の短い「短期被保険者証」となる場合があります。
また、1年以上保険料を滞納している場合は、被保険者証を返還していただくことがあります。

保険証表面の記載事項を必ず確認してください。
ご不明な点は表面のお問い合わせ先までご連絡ください。

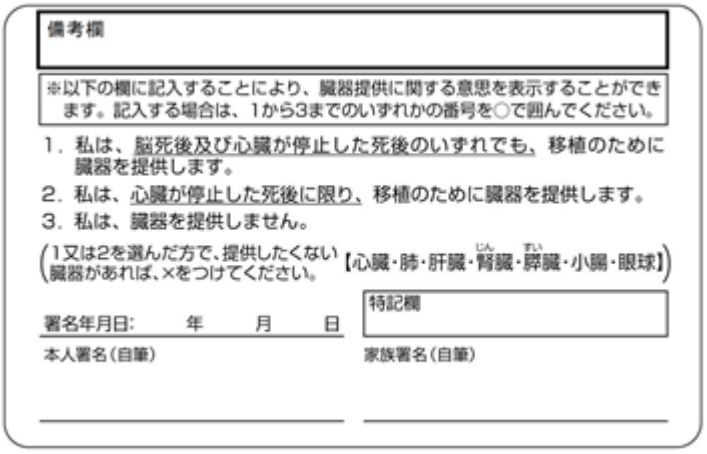
○次のような変更等があったときは、保険証を持参のうえ、14日以内に市区町村窓口に届け出て下さい。（印鑑が必要な場合がありますので、届け出をする市区町村にご確認ください。）
・住所を変更したとき　・生活保護を受けることになったとき
・死亡したとき　・氏名を変更したとき
・中国残留邦人等の支援給付を受けることになったとき
・保険証が汚れて使えなくなったとき（紛失したときは、本人であることを証明できるものを添えて再交付の申請をしてください。）

○交通事故等で第三者により被害を受け、病院等で治療するときは、直ちに市区町村窓口へ届け出てください。（保険証・印鑑をお持ちください。）

＜臓器提供に関する意思表示について＞
○保険証裏面に臓器提供の意思表示欄を設けています。臓器を提供する意思または臓器を提供しない意思を記入することは被保険者ご本人の判断によるものであり、必ずしも意思表示欄に記入する必要はありません。
（記入方法）
①１～３のうち、自分の意思に合う番号に○を付けてください。
②「特記欄」には、①で１か２に○を付けた方のうち皮膚、心臓弁、血管、骨などの組織も提供してもよい方は「すべて」あるいは「皮膚」などと記入できます。また、親族に優先して臓器提供をしたい場合は「親族優先」と記入できます。
③本人の署名及び署名年月日を自筆で記入してください。
④可能であれば、臓器提供に関する意思表示をした保険証を持っていることを知っている家族が、そのことの確認のために署名してください。
※臓器移植に関する詳しいことは（公社）日本臓器移植ネットワーク（電話０１２０－７８－１０６９）までお問い合わせください。

②－９　随時発行用資格確認書台紙から剥がした資格確認書（案）【表面】

②－10　随時発行用資格確認書台紙から剥がした資格確認書（案）【裏面】



備考欄

※以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1．私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。

2．私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。

3．私は、臓器を提供しません。

（1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】）

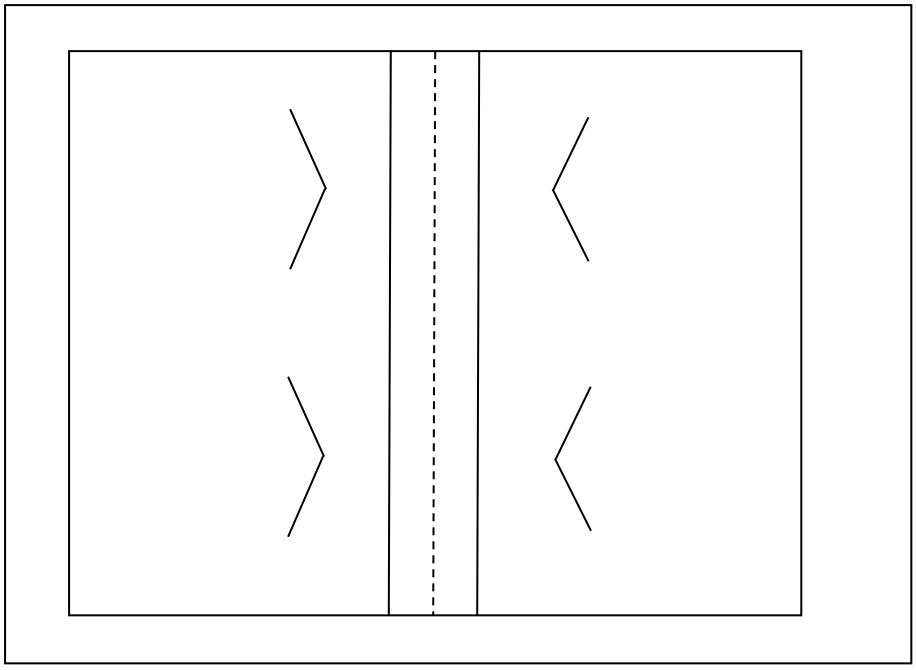
署名年月日:　　年　　月　　日

特記欄

本人署名（自筆）

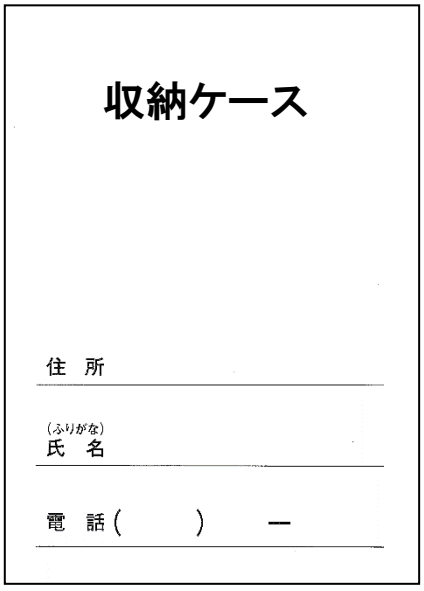
家族署名（自筆）

③－１　収納ケース（被保険者証、資格確認書、減額証、特定疾病証が収容可能なもの）

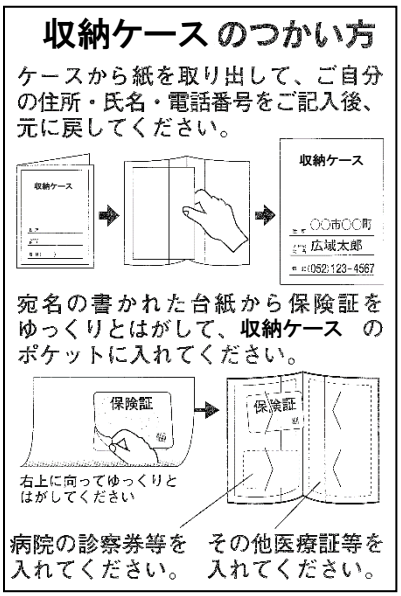


③－２　収納ケースの台紙　※記載内容については変更予定あり

【表面】

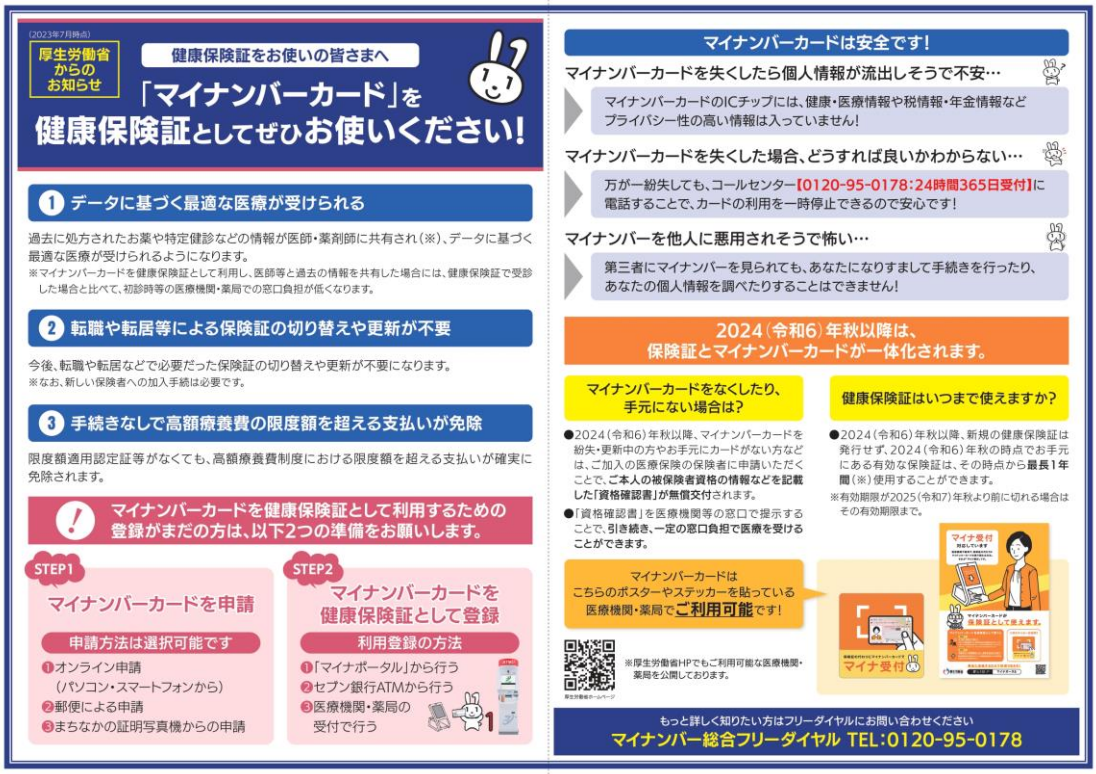


【裏面】



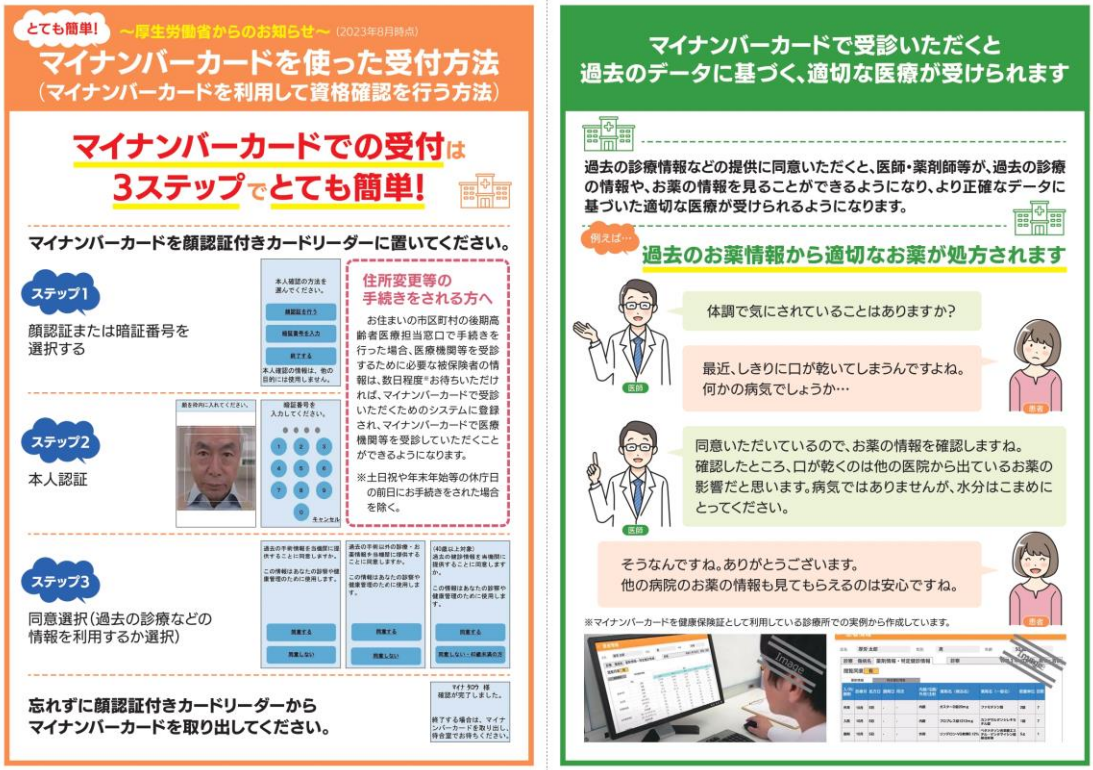
④－１　制度周知用リーフレットＡ３サイズ

【表面】※記載内容については変更予定あり



④－２　制度周知用リーフレットＡ３サイズ

【裏面】※記載内容については変更予定あり



④－３　制度周知用リーフレットＡ４サイズ　※記載内容については変更予定あり

【表面】

（令和6年1月時点）

マイナ保険証をご利用ください

-本年12月２日から現行の保険証は発行されなくなります-

マイナ保険証を使うメリット

① 医療費を20円節約できる

紙の保険証よりも、皆さまの保険料で賄われている医療費を20**円節約**でき、自己負担も低くなります。

マイナ保険証の方が自己負担も低くなるんだ

② より良い医療を受けることができる

過去のお薬情報や健康診断の結果を見られるようになるため、**身体の状態や他の病気を推測**して治療に役立てることができます。
また、**お薬の飲み合わせや分量を調整**してもらうこともできます。

よく覚えてない内容もあるから助かるわね

③ 手続きなしで高額医療の限度額を超える支払を免除

限度額適用認定証等がなくても、高額療養費制度における**限度額を超える支払が免除**されます。

一度に高額な負担をしなくて済むわ

・本年12月１日の時点でお手元にある有効な保険証は、12月２日以降、**最長１年間（来年12月１日まで）**使用可能です。
※　有効期限が2025（令和７）年12月１日以前に切れる場合は、その有効期限まで使えます。なお、転職・転居等で加入している保険者が変わった場合、使えなくなります。
・本年12月２日以降、マイナ保険証を保有していない方には、お手元にある保険証が使えなくなる前に、申請いただくことなく**「資格確認書」**が交付され、引き続き、医療を受けることができます（マイナ保険証を紛失等した場合は、保険者に申請いただくことで「資格確認書」が交付されます）。

【裏面】

マイナンバーカードを健康保険証として利用するための登録がまだの方は、以下２つの準備をお願いします。

STEP1. マイナンバーカードを申請

■申請方法は選択可能です
① オンライン申請（パソコン・スマートフォンから）
② 郵便による申請
③ まちなかの証明写真機からの申請

STEP2. マイナンバーカードを健康保険証として登録

■利用登録の方法
① 医療機関・薬局の受付（カードリーダー）で行う
② 「マイナポータル」から行う
③ セブン銀行ATMから行う

よくあるご質問

マイナンバーカードは安全なの？

マイナンバーカードのICチップには保険証情報や医療情報自体は入っていません。紛失・盗難の場合はいつでも一時利用停止ができますし、暗証番号は一定回数間違うと機能がロックされます。不正に情報を読みだそうとするとチップが壊れる仕組みもあります。

マイナンバーカードを健康保険証として利用するためにはどうしたらいいの？

マイナンバーカードを健康保険証として利用するためには、ご利用登録が必要です。初めて医療機関を受診していただいても顔認証付きカードリーダーの画面で、そのまま初回の利用登録ができます。

どうやって受付するの？

マイナ受付は顔認証付きカードリーダーで行います。マイナンバーカードを読み取り口に置くと受付が始まりますので、画面の指示に沿って受付をしてください。

詳しくは厚生労働省Webサイトでご確認いただけます。
マイナンバーカード　保険証利用　検索

厚生労働省

⑤－１　減額証交付申請書の印字前

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

被保険者番号			個人番号	
被保険者	氏　名			
	生年月日			
	住　所			
長期入院（令和2年8月1日以降入院日数91日以上）		□該当（以下の入院日数合計及び入院期間等を記入） □非該当（以下の入院日数合計及び入院期間等は記入不要）		
入院日数合計		日間		
入院期間等	① 入院期間	年　月　日 ～　年　月　日（　日間）		
	① 医療機関名			
	① 所在地			
	② 入院期間	年　月　日 ～　年　月　日（　日間）		
	② 医療機関名			
	② 所在地			

（あて先）愛知県後期高齢者医療広域連合長
上記のとおり申請します。

令和　年　月　日
氏　名

電話番号（　）　－

⑤－２　減額証交付申請書の印字後

123-4567
愛知県〇〇市〇〇町1－2－3

広域　太郎　様

お問い合せ先
123-6789
〇〇市××町1－2
〇〇市役所後期高齢者医療保険係
電話：×××－××××

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書

被保険者番号		12345678	個人番号	
被保険者	氏　名	広域　太郎		
	生年月日	昭和5年12月12日		
	住　所	愛知県〇〇市〇〇町1－2－3		
長期入院（令和2年8月1日以降入院日数91日以上）		□該当（以下の入院日数合計及び入院期間等を記入） □非該当（以下の入院日数合計及び入院期間等は記入不要）		
入院日数合計		日間		
入院期間等	① 入院期間	年　月　日 ～　年　月　日（　日間）		
	① 医療機関名			
	① 所在地			
	② 入院期間	年　月　日 ～　年　月　日（　日間）		
	② 医療機関名			
	② 所在地			

（あて先）愛知県後期高齢者医療広域連合長
上記のとおり申請します。

令和　年　月　日
氏　名

電話番号（　）　－

⑥－１　減額証交付申請書送付文書

【表面】※記載内容については変更予定あり

123-4567
愛知県〇〇市〇〇町１－２－３

広域　太郎　様

記 入 例

お問い合わせ先
123-6789
〇〇市××町１－２
〇〇市役所福祉部保険課保険係
電話：×××-××××

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

後期高齢者医療限度額適用・標準負

被保険者番号		12345678	個人番号	
被保険者	氏　名	広域　太郎		
	生年月日	昭和5年12月12日		
	住　所	愛知県〇〇市〇〇町１－２－３		
長期入院(令和1年8月1日以降入院日数91日以上)		☑該当(以下の入院日数合計及び入院期間等を記入) □非該当(以下の入院日数合計及び入院期間等は記入不要)		
入院日数合計		９５　日間		
入院期間等	① 入院期間	令和3年10月1日～令和3年10月31日(31日間)		
	① 医療機関名	医療法人 社団会		
	① 所在地	愛知県名		
	② 入院期間	令和3年1		
	② 医療機関名	医療法人		
	② 所在地	愛知県名		

ここは印刷済みです。

令和3年8月1日以降に入院日数が９１日以上ある場合のみ、この枠の中の部分を記入してください。
※愛知県後期高齢者医療に加入する前の入院も含みます。
※入院日数が９１日未満である場合は、記入しないでください。

(あて先)愛知県後期高齢者医療広域連合長
上記のとおり申請します。

ここに記入してください。

令和 4 年 ○ 月 ○ 日
氏　名　広域 太郎
電話番号(○○○)○○○－○○○○

後期高齢者医療制度の被保険者の皆様へ

愛知県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療　限度額適用・標準負担額減額認定証（減額認定証）の交付申請について

後期高齢者医療制度では、市町村民税非課税（または免除）世帯に属する被保険者の方は、証交付申請により後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証（減額認定証）が交付されます。この減額認定証を、保険証とともに医療機関等の窓口で提示していただくことで、医療費や入院時の食事代などが適用区分に応じた金額に減額されます。（裏面参照）

減額認定証が必要な方は、同封の**後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証交付申請書**を提出してください。
なお、令和３年８月１日以降の入院日数が 91 日以上になる方については、領収書の提示が必要な場合があります。

※ 記入例を参考に記入していただき、お住まいの市区町村の担当窓口へお持ちいただくか、郵送してください。
※ マイナンバーカードを保険証として利用する場合は、減額認定証の提示は必要ありません。
ただし、マイナンバーカードを保険証として利用可能かどうかは、事前に受診する医療機関にご確認ください。

⑥－２　減額証交付申請書送付文書

【裏面】※記載内容については変更予定あり

自己負担限度額・標準負担額について

適用区分	自己負担限度額(月額) 個人の限度額(外来のみ)	自己負担限度額(月額) 世帯の限度額(入院を含む)	食事療養標準負担額(※1)	生活療養標準負担額(※2) 食事代	生活療養標準負担額(※2) 居住費
区分Ⅱ	8,000円	24,600円	1食につき210円(長期入院(※4)の場合は160円)	1食につき210円	1日につき370円
区分Ⅱのうち医療の必要性の高い方(※3)				1食につき210円(長期入院(※4)の場合は160円)	
区分Ⅱのうち指定難病患者				1食につき210円	0円
区分Ⅰ		15,000円	100円	130円	370円
区分Ⅰのうち医療の必要性の高い方(※3)				100円	
区分Ⅰのうち指定難病患者					0円
区分Ⅰのうち老齢福祉年金受給者					
区分Ⅰのうち境界層該当者					
一般(保険証のみ)	18,000円(※5)	57,600円(多数回該当の場合は44,400円※6)	460円(※7)(指定難病患者の場合は260円)	460円(※8)	370円(指定難病患者の場合は0円)

(※1) 食事療養標準負担額……入院時の食事療養にかかる費用のうち、患者本人の負担となる金額です。
(※2) 生活療養標準負担額……療養病床への入院時の食事代・居住費のうち、患者本人の負担となる金額です。
(※3) 医療の必要性の高い方……健康保険法施行規則第62条の3第4号の規定に基づき厚生労働大臣が定める方です。
(※4) 長期入院……直近の12か月間で、区分Ⅱの判定を受けている期間の入院日数が91日以上(愛知県後期高齢者医療加入前の入院も含む)の方が該当します。
(※5) 1年間(8月～翌7月)の外来の自己負担額の合計額に、年間144,000円の上限を設けます。
(※6) 過去12か月以内に世帯の限度額を超え、高額療養費の支給が3回以上ある場合には、4回目以降から世帯の限度額が44,400円となります。
(※7) 平成27年4月1日以降、継続して精神病床に入院している方は、退院するまでは1食につき260円です。
(※8) 一般医療機関(入院時生活療養Ⅱを算定する保険医療機関)では、1食につき420円です。

減額認定証を保険証とともに医療機関等の窓口に提示していただくことで、ひとつの医療機関等ごとに毎月窓口でお支払いいただく医療費の自己負担限度額や食事療養・生活療養標準負担額が、適用区分（区分Ⅱまたは区分Ⅰ）により、上表のとおり減額されます。差額ベッド代等の自費分は対象外です。

適用区分について

適用区分	対　象　者
区分Ⅱ	市町村民税非課税等世帯に属する被保険者のうち、区分Ⅰ以外の方。
区分Ⅰ	次のいずれかに該当する方。 ① 市町村民税非課税等世帯に属する被保険者のうち、世帯全員の各種所得の金額(世帯員に給与所得がある場合、その給与所得については、税法の規定により計算した金額から10万円を控除した金額(その金額が0を下回れば0)によるものとする)(収入が公的年金の場合は、控除額を80万円として所得を算出する)がいずれも0円である方。 ② 市町村民税非課税世帯に属する被保険者のうち、老齢福祉年金を受給している方。

減額認定証の送付先について

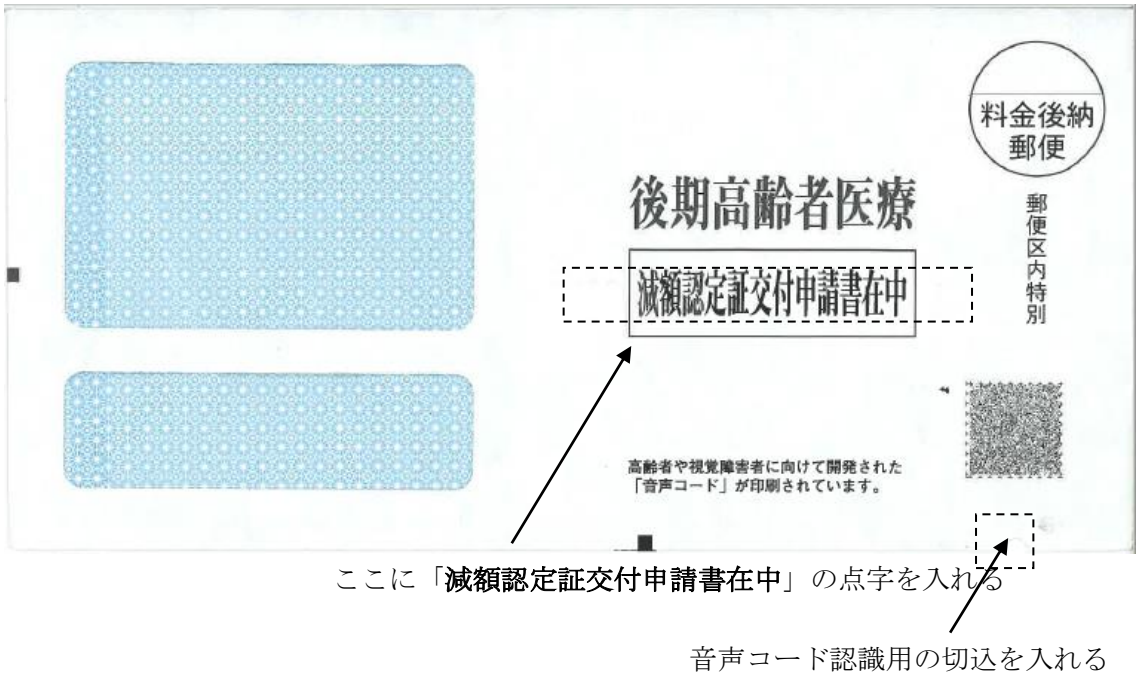
減額認定証は、7月下旬に、このお知らせと同じあて先に郵送します。減額認定証は確実にご本人にお届けできるよう、転送不要の取り扱いとなっていますので、このお知らせとは別のあて先へ送付を希望される方は、お住まいの市区町村の担当窓口へお申し出ください。

後期高齢者医療制度に関するお問い合わせ先・ご相談は…

申請方法等に関して　お住まいの市区町村の担当窓口
減額認定証に関して　☎０５２－９５５－１２４６（広域連合）
給付に関して　☎０５２－９５５－１２０５（広域連合）
ファクシミリ / ０５２－９５５－１２９８
ホームページ / http://www.aichi-kouiki.jp/

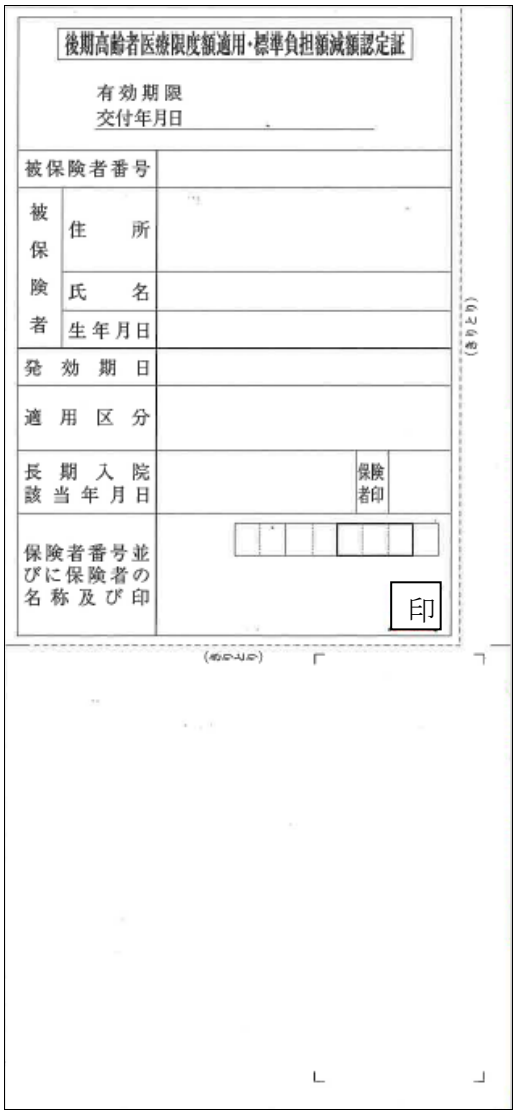
〒４６１－０００１
名古屋市東区泉一丁目６番５号（国保会館北館３階）
電話番号をよく確認して、おかけ間違いにご注意ください。

⑦　減額証交付申請書送付用封筒



⑧－１　減額証の印字前

【表面】

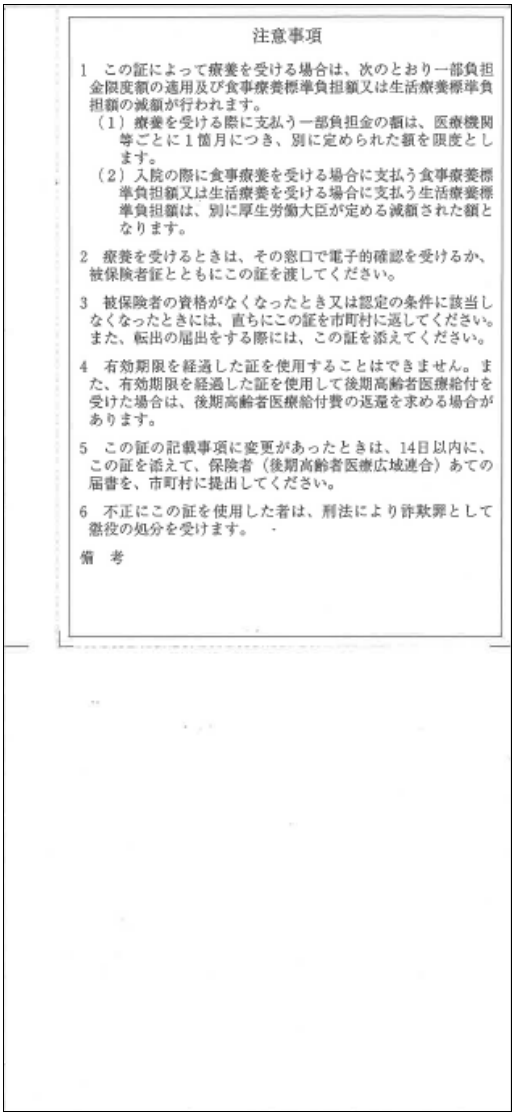


後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証

有効期限
交付年月日

被保険者番号		
被保険者	住所	
	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		印

【裏面】



注意事項

1　この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。
（1）療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、医療機関等ごとに１箇月につき、別に定められた額を限度とします。
（2）入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける場合に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。

2　療養を受けるときは、その窓口で電子的確認を受けるか、被保険者証とともにこの証を渡してください。

3　被保険者の資格がなくなったとき又は認定の条件に該当しなくなったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

4　有効期限を経過した証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して後期高齢者医療給付を受けた場合は、後期高齢者医療給付費の返還を求める場合があります。

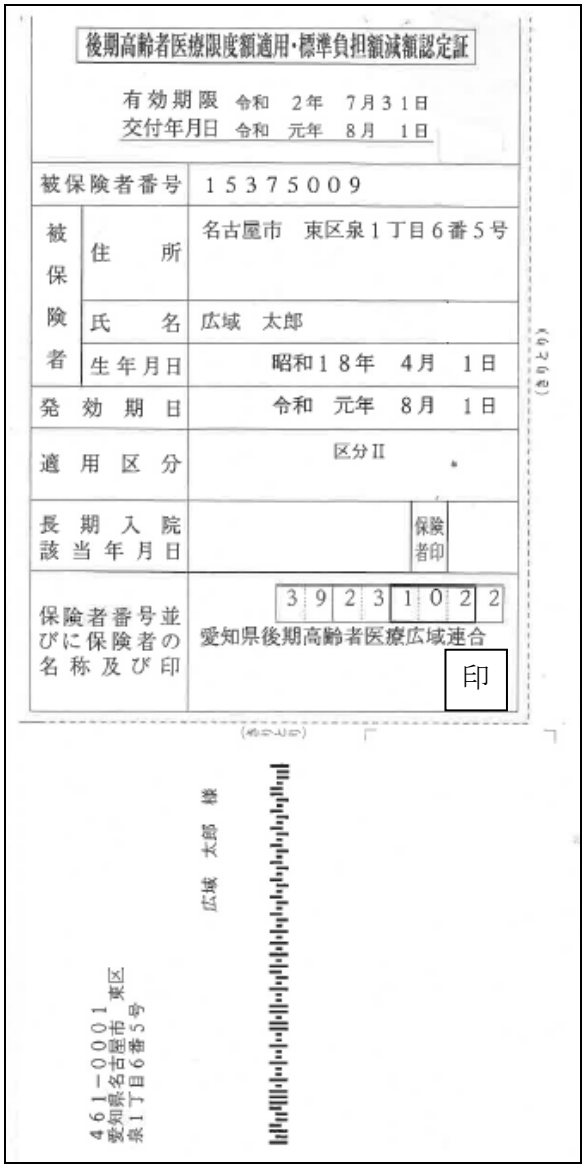
5　この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。

6　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備　考

⑧－２　減額証の印字後

【表面】



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　令和　２年　７月３１日
交付年月日　令和　元年　８月　１日

被保険者番号		１５３７５００９
被保険者	住所	名古屋市　東区泉１丁目６番５号
	氏名	広域　太郎
	生年月日	昭和１８年　４月　１日
発効期日		令和　元年　８月　１日
適用区分		区分Ⅱ
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		３９２３１０２２ 愛知県後期高齢者医療広域連合 印

（きりとり）

461－0001
愛知県名古屋市　東区
泉１丁目６番５号

広域　太郎　様

⑨　減額証送付文書　※記載内容については変更予定あり

【表面】

後期高齢者医療制度の被保険者の皆様へ

愛知県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療　限度額適用・標準負担額減額認定証（減額認定証）の送付について

令和４年８月１日から使用する減額認定証をお送りします。
この減額認定証を保険証とともに医療機関等に提示すると、適用区分に応じて医療費や入院時の食事代が減額されます（裏面参照）。
ただし、差額ベッド代等の自費分は減額の対象とはなりません。

◎適用区分が「区分Ⅱ」で、長期入院該当の方へ
長期入院（令和３年８月１日以降で、区分Ⅱの判定を受けている期間の入院日数が 91 日以上）に該当する場合は、食事代がさらに減額されます（裏面参照）。
愛知県後期高齢者医療広域連合が把握している令和３年８月から令和４年３月までの入院情報に基づき、あらかじめ長期入院該当の判定を行っています。対象となる場合には、減額認定証の「長期入院該当年月日」欄に日付が記載されていますので、ご確認ください。
令和４年４月以降の入院や、愛知県後期高齢者医療に加入する前の保険（他の都道府県の後期高齢者医療や国民健康保険、職場の健康保険など）の入院を含めることで 91 日以上の入院となる方は、入院期間を証明するもの（領収書など）をご用意のうえ、お住まいの市区町村の担当窓口で届出をしてください。

なお、今までお使いの令和４年７月 31 日有効期限の減額認定証は、令和4年8月1日以降使用できませんので、個人情報が読み取れないよう裁断して破棄していただくか、またはお住まいの市区町村の担当窓口にお返しいただくようお願いします。

お問い合わせ・ご相談はお住まいの市区町村の担当窓口　または
あいち後期高齢者医療コールセンター　電話０５７０－０１１－５５８
7/11～12/28　午前８時４５分から午後５時１５分まで（土・日祝も開設）

【裏面】

適用区分について

適用区分	対　象　者
区分Ⅱ	市町村民税非課税等世帯に属する被保険者のうち、区分Ⅰ以外の方。
区分Ⅰ	次のいずれかに該当する方。 ① 市町村民税非課税等世帯に属する被保険者のうち、世帯全員の各種所得の金額(世帯員に給与所得がある場合、その給与所得については、税法の規定により計算した金額から10万円を控除した金額)その金額がゼロを下回れば0円によるものとする)(収入が公的年金の場合は、控除額を90万円として所得を算出する)がいずれも0円である方。 ② 市町村民税非課税世帯に属する被保険者のうち、老齢福祉年金を受給している方。

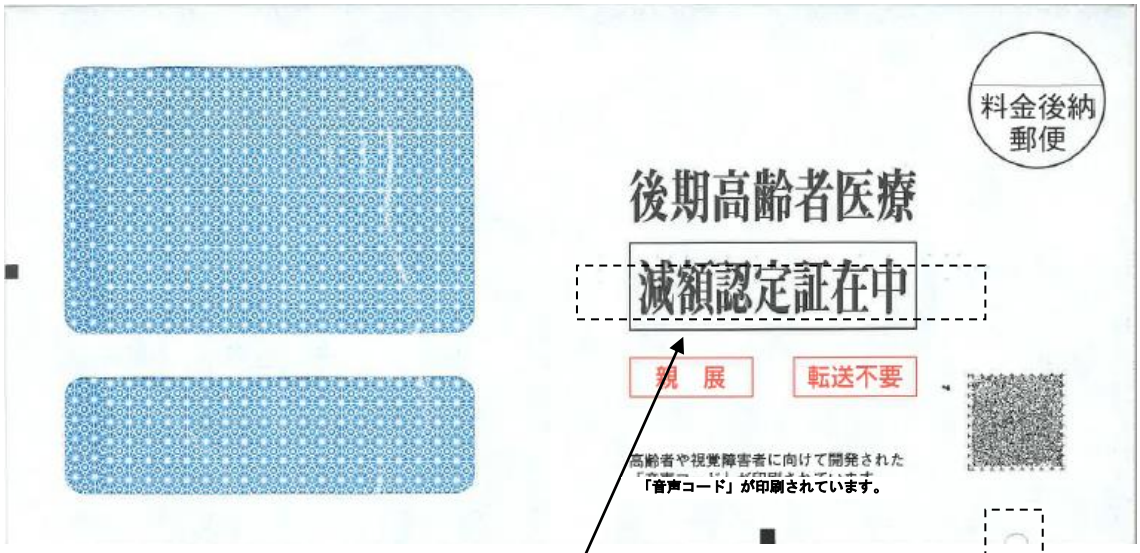
自己負担限度額・標準負担額について

適用区分	自己負担限度額（月額） 個人の限度額（外来のみ）	自己負担限度額（月額） 世帯の限度額（入院を含む）	食事療養標準負担額(※1)	生活療養標準負担額(※2) 食事代	生活療養標準負担額(※2) 居住費
区分Ⅱ	8,000円	24,600円	1食につき 210円（長期入院(※4)の場合は160円）	1食につき 210円	1日につき 370円
区分Ⅱのうち医療の必要性の高い方(※3)				1食につき 210円（長期入院(※4)の場合は160円）	
区分Ⅱのうち指定難病患者				1食につき 210円	0円
区分Ⅰ		15,000円	100円	130円	370円
区分Ⅰのうち医療の必要性の高い方(※3)				100円	
区分Ⅰのうち指定難病患者					0円
区分Ⅰのうち老齢福祉年金受給者					
区分Ⅰのうち境界層該当者					

(※1) 食事療養標準負担額……入院時の食事療養にかかる費用のうち、患者本人の負担となる金額です。
(※2) 生活療養標準負担額……療養病床への入院時の食事代・居住費のうち、患者本人の負担となる金額です。
(※3) 医療の必要性の高い方……健康保険法施行規則第62条の3第4号の規定に基づき厚生労働大臣が定める方が該当します。
(※4) 長期入院……直近の12か月間で、区分Ⅱの判定を受けている期間の入院日数が91日以上(愛知県後期高齢者医療加入前の入院も含む)の方が該当します。

愛知県後期高齢者医療広域連合　電話052-955-1246(資格)
052-955-1205(給付)

⑩　減額証送付用封筒



ここに「減額認定証在中」の点字を入れる

音声コード認識用の切込を入れる

⑪－１　限度額証印字前

【表面】

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		印

【裏面】

注意事項

1　この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、医療機関等ごとに１箇月につき、別に定められた額を限度とします。

2　療養を受けるときは、その窓口で電子的確認を受けるか、被保険者証とともにこの証を渡してください。

3　被保険者の資格がなくなったとき又は記載された適用区分に該当しなくなったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

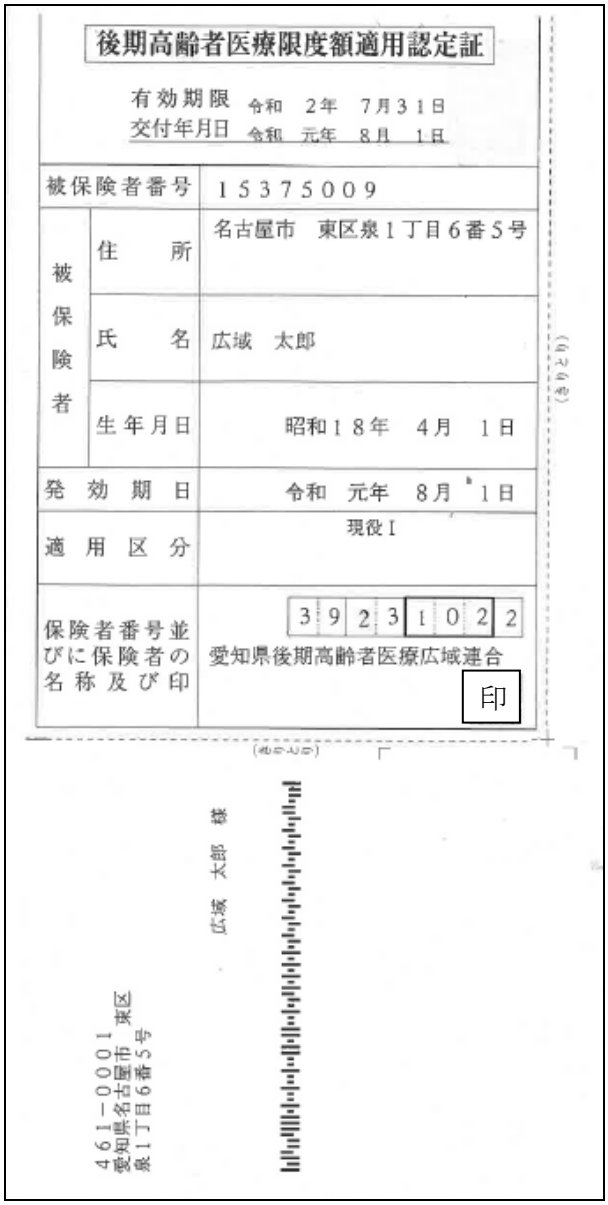
4　有効期限を経過した証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して後期高齢者医療給付を受けた場合は、後期高齢者医療給付費の返還を求める場合があります。

5　この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を、市町村に提出してください。

6　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備　考

⑪－２　限度額証印字後【表面】



後期高齢者医療限度額適用認定証

有効期限　令和　２年　７月３１日
交付年月日　令和　元年　８月　１日

被保険者番号		１５３７５００９
被保険者	住　所	名古屋市　東区泉１丁目６番５号
	氏　名	広域　太郎
	生年月日	昭和１８年　４月　１日
発効期日		令和　元年　８月　１日
適用区分		現役Ⅰ
保険者番号並びに保険者の名称及び印		３９２３１０２２ 愛知県後期高齢者医療広域連合 印

（きりとり）

（きりとり）

４６１－０００１
愛知県名古屋市　東区
泉１丁目６番５号

広域　太郎　様

⑫　限度額証送付文書【表面】※記載内容については変更予定あり

後期高齢者医療制度の被保険者の皆様へ

愛知県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療　限度額適用認定証（限度額認定証）の送付について

令和２年８月１日から使用する限度額認定証をお送りします。
この限度額認定証を保険証とともに医療機関等に提示すると、適用区分に応じて１か月の窓口でのお支払いが自己負担限度額までとなります（下表参照）。
ただし、保険外負担分（差額ベッド代など）や、入院時の食事負担額等は対象外となります。

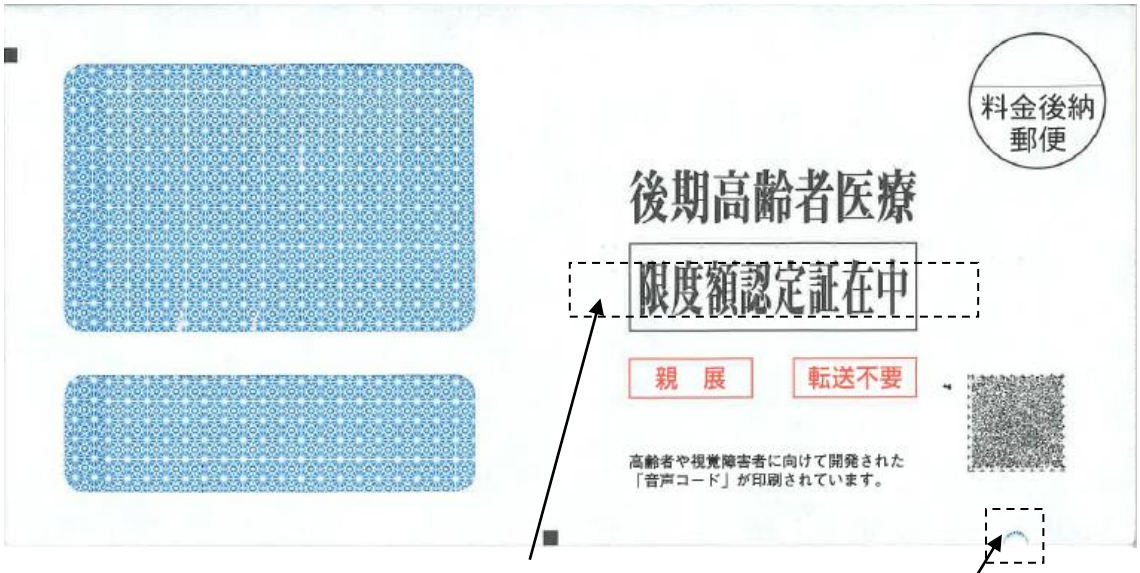
◎自己負担限度額について
「現役並み所得Ⅲ」… 同一世帯に市町村民税課税所得690万円以上の被保険者がいる世帯の方。
「現役並み所得Ⅱ」… 同一世帯に市町村民税課税所得380万円以上の被保険者がいる世帯で現役並み所得Ⅲに該当しない方。
「現役並み所得Ⅰ」… 同一世帯に市町村民税課税所得145万円以上の被保険者がいる世帯で現役並み所得ⅢまたはⅡに該当しない方。

適用区分	自己負担限度額
現役並み所得Ⅲ （保険証のみ）	252,600円＋（医療費－842,000円）×１％ （多数回140,100円）※
現役並み所得Ⅱ	167,400円＋（医療費－558,000円）×１％ （多数回93,000円）※
現役並み所得Ⅰ	80,100円＋（医療費－267,000円）×１％ （多数回44,400円）※

※　保険医療機関（入院・外来別）、保険薬局等それぞれでの取扱いとなります。
※　同月に入院や外来など複数受診がある場合は、高額療養費の申請が必要となることがあります。
※　過去12か月以内に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。

お問い合わせ・ご相談はお住まいの市区町村の担当窓口　または
愛知県後期高齢者医療広域連合　電話０５２－９５５－１２４６（資格）
０５２－９５５－１２０５（給付）

⑬　限度額証送付用封筒



ここに「限度額認定証在中」の点字を入れる

音声コード認識用の切込を入れる

⑭　特定疾病証

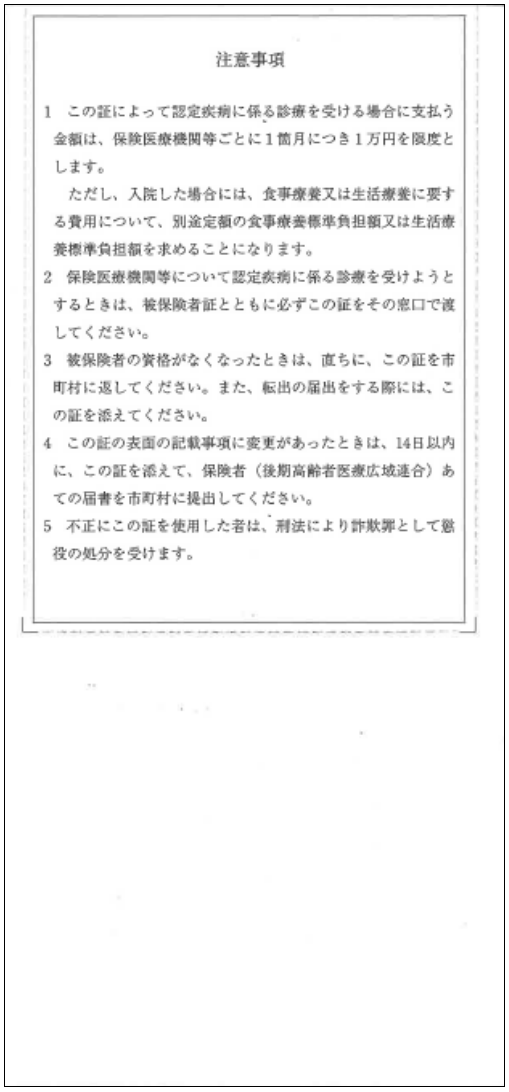
【表面】

後期高齢者医療特定疾病療養受療証

交付年月日

認定疾病名		
被保険者番号		
被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	
発効期日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印		印

【裏面】



注意事項

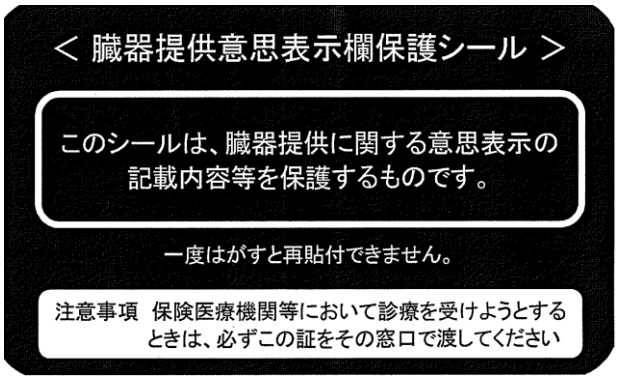
1　この証によって認定疾病に係る診療を受ける場合に支払う金額は、保険医療機関等ごとに1箇月につき1万円を限度とします。

ただし、入院した場合には、食事療養又は生活療養に要する費用について、別途定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を求めることになります。

2　保険医療機関等について認定疾病に係る診療を受けようとするときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。

3　被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

4　この証の表面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（後期高齢者医療広域連合）あての届書を市町村に提出してください。

5　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

⑮　臓器提供意思表示欄保護シール