

後期高齢者医療制度

問い合わせ

北海道後期高齢者医療広域連合
☎011-290-5601
市民課医療年金係(名寄庁舎1階)
☎01654③2111(内線3118)

令和5年度の保険料

令和5年度の保険料額については7月に個別にお知らせします。

保険料の計算方法

均等割【1人当たりの額】	51,892円
+	
所得割【本人の所得に応じた額】 (令和4年中の所得-43万円)×10.98%	
II	
1年間の保険料 (限度額66万円、100円未満切り捨て)	

○1年間の保険料の上限額は66万円になります。
○年度の途中で加入したときは、加入した月からの月割で計算します。
※「所得」とは、前年の「収入」から必要経費(公的年金等控除や給与所得控除額など)を引いたものです。
※前年の所得金額により43万円の控除額が異なる場合があります。

保険料の軽減

均等割の軽減(年額)

●軽減は被保険者と世帯主の所得の

合計で判定します。

●被保険者ではない世帯主の所得も判定の対象となります。

●昭和33年1月1日以前に生まれた方の公的年金などに係る所得については、さらに15万円を引いた額で判定します。

対象者の所得要件 (世帯主および世帯の被保険者全員の軽減判定の所得額)	均等割の軽減割合
43万円+10万円×(給与所得者等の数-1)	7割
43万円+(29万円×世帯の被保険者数)+10万円×(給与所得者等の数-1)	5割
43万円+(53万5千円×世帯の被保険者数)+10万円×(給与所得者等の数-1)	2割

※給与所得者等とは、次のいずれかに該当する方となります。
・給与などの収入額が55万円を超える方
・公的年金の収入額が60万円(65歳未満)、125万円(65歳以上)を超える方

被用者保険の被扶養者だった方の軽減

●この制度に加入したとき、被用者保険の被扶養者だった方は、負担軽減のための特別措置として、所得割がかからず、制度加入から2年を経過していない期間のみ均等割が5割軽減となります。

※被用者保険とは、協会けんぽなど、

主に会社員などの方々が入社して

いる健康保険のことで、市町村の国民健康保険などは含まれません。

保険料の減免

●保険料のお支払いが困難な場合は、医療年金係へご相談ください。

●災害、失業などによる所得の大幅な減少などにより、保険料の支払いが困難な方については、保険料の減免が受けられる場合があります。

保険料の支払い方法

●保険料の納め方は、原則「年金天引き」です(申し出によって「口座振替」も可能)。
●口座振替を希望する方は問い合わせください。

●国民健康保険税の「口座振替は自動継続されません。再度、医療年金係へ申し出を行ってください。

保険証(被保険者証)が新しくなります

●現在、ご使用の橙色の保険証の有効期限が令和5年7月31日(月)をもって満了となるため、8月以降は使用できなくなります。

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 〇〇年 7月 31日
交付年月日 〇〇年 7月 1日

被保険者番号 01234567

住所 広域市連合町1丁目

氏名 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 男
生年月日 昭和 7年 7月 7日

加入年月日 平成 20年 4月 1日
発給期日 平成 20年 4月 1日

一部負担金の割合 1割

保険者番号並びに保険者の名称及び印 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

北海道後期高齢者医療広域連合 公印(朱)

▶保険証(最新は黄色)

7月中に新しい保険証を交付しますので、お手元に届きましたら黄色の保険証をご使用ください。

●新しい保険証の有効期限は、令和6年7月31日です。

減額認定証・限度額証も新しくなります

●現在、ご使用の水色の減額認定証および限度額証の有効期限が、令和5年7月31日(月)をもって満了となるため、8月以降は使用できなくなります。引き続き交付対象に該当する方は7月中に減額認定証および限度額証を交付しますので、8月1日からは黄緑色の減額認定証および限度額証をご使用ください。

●また新たに必要となる方は医療年金係へ申請手続きをしてください。

後期高齢者医療被保険者証・被扶養者認定証

有効期限 〇〇年 7月 31日
交付年月日 〇〇年 8月 1日

被保険者番号 01234567

住所 広域市連合町1丁目

氏名 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 男
生年月日 昭和 7年 7月 7日

発給期日 〇〇年 8月 1日

適用区分 区分Ⅱ
長期入院認定年月日 〇〇年 8月 1日

保険者番号並びに保険者の名称及び印 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

北海道後期高齢者医療広域連合 公印(朱)

▶減額認定証(最新は黄緑色)

後期高齢者医療限度額適用認定証

有効期限 〇〇年 7月 31日
交付年月日 〇〇年 8月 1日

被保険者番号 01234567

住所 広域市連合町1丁目

氏名 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 男
生年月日 昭和 7年 7月 7日

発給期日 〇〇年 8月 1日

適用区分 現役Ⅱ

保険者番号並びに保険者の名称及び印 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

北海道後期高齢者医療広域連合 公印(朱)

▶限度額証(最新は黄緑色)