75세이상된 분들께
일정한 장애가 인정된 분은
65세

【2018년 6월 작성】

후기고령자의료제도 안내서

후기고령자의료제도는「75세 이상 되시는 분과 일정한 장애가 있다고 인정된 65세 이상 되시는 분」을 대상으로 하는 의료를 국민 모두가 함께 지탱해 가도록 만들어진 제도입니다.

여러분의 많은 이해를 부탁드립니다.

오사카부 후기고령자의료 광역연합

목차

◯제도의 구조와 재정운영 …… 2
◯대상이 되는 분(피보험자) …… 3
◯피보험자증 …… 4
- 「장기제공 의사표시란」에 대해서 …… 5

◯보험료 …… 7
- 보험료 산정 방법 …… 7
- 보험료 경감조치 …… 8
- 보험료 산정례 …… 10
- 보험료 납부방법 …… 12
- 보험료 감면과 징수유예에 대해서 …… 13
- 보험료를 체납하면… …… 14

◯병원에서 진료를 받을 때 …… 15
- 의료기관 등 창구에서의 본인부담비율 …… 15
- 의료비가 고액이 되었을 경우 …… 16
- 입원 시의 식비 …… 19
- 요양병상에 입원했을 경우 …… 19
- 고액의료·고액개호 합산제도 …… 20
- 고액 치료를 장기간 계속할 필요가 있을 경우 …… 21
- 교통사고를 당했을 때 …… 21
- 의료비 환급을 받을 수 있는 경우(요양비 지급) …… 22
- 유도정복, 침, 뜸, 안마 · 마사지를 받는 방법 …… 23
- 기타 급부에 관한 사항 …… 24

◯보건사업 …… 25
- 건강검진 …… 25
- 치과검진 …… 25
- 인간독 비용 조성 …… 25

◯이럴 경우에는 시구정촌에 신고를 …… 26

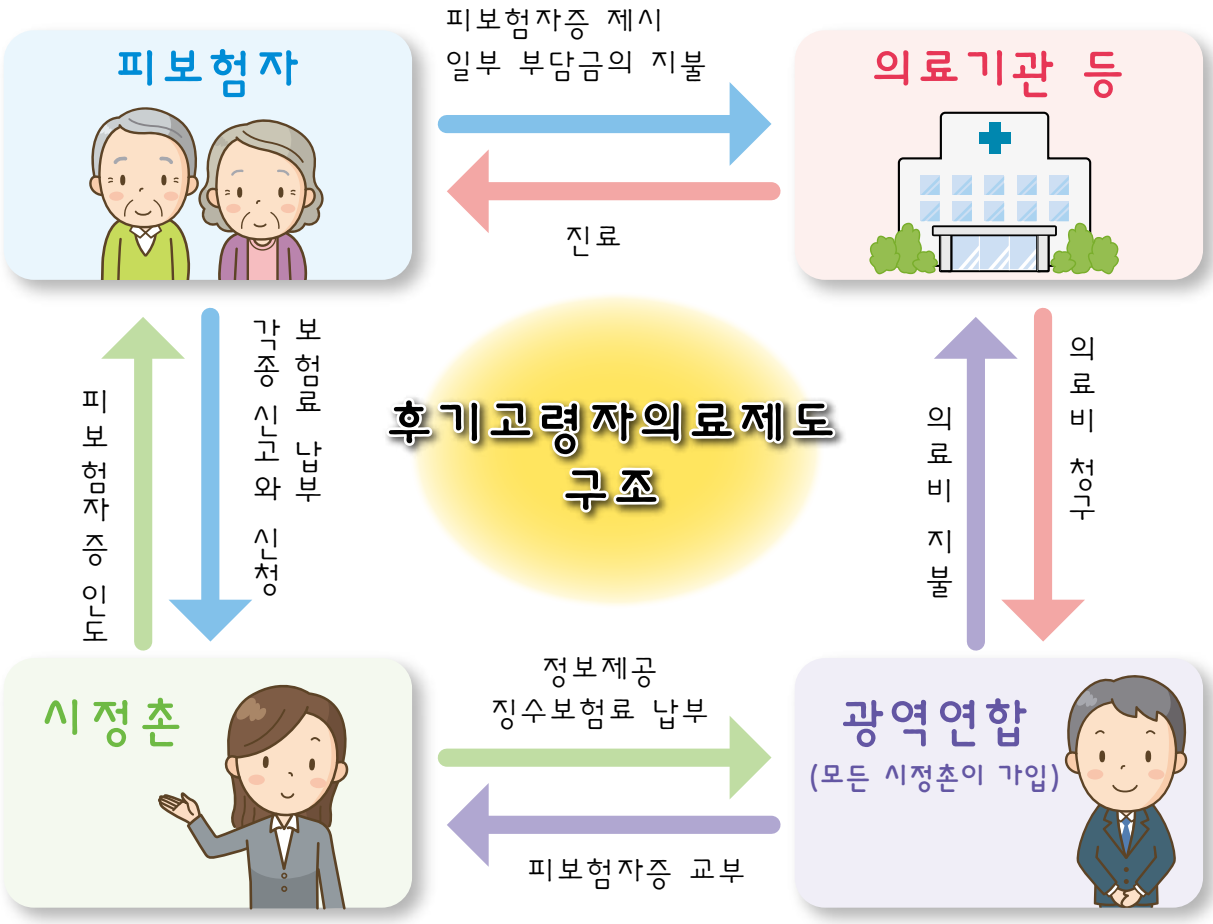
후기고령자의료제도는 오사카부 내의 모든 시정촌이 가입하는 『오사카부 후기고령자의료 광역연합』이 운영을 맡고 있습니다.

신청과 신고접수 등의 창구업무는 거주하시는 시구정촌이 관리합니다.

광역연합이 하는 일	시구정촌이 하는 일
제도의 운영 전반을 담당합니다. ●피보험자 인정 • 자격관리 ●피보험자증 등의 교부 ●보험료 결정 ●의료 급부 ●건강검진 등 실시 등	보험료 징수, 신청과 신고접수 등의 창구업무를 담당합니다. ●보험료 징수 ●피보험자증 등의 인도·회수 ●각종 신청·신고 접수 ●제도에 관한 각종 상담 등

제도의 구조와 재정운영

제도의 구조



재정운영

사회전체가 함께 유지해 가는 제도입니다

75세 이상이 되시는 분들의 의료를 전국민이 함께 유지하기 위해 의료에 드는 비용 중 창구부담을 제외한 비용은 공금과 현역세대(75세 미만인 분)로부터의 지원금, 피보험자의 보험료로 충당하게 됩니다.

【후기고령자와 관련된 의료비 부담의 구조 】

피보험자의 보험료 약 1할	현역세대 보험료 (75세 미만인 분) 약 4할	공금(약 5할) <부담비율> 정부 : 도도부현 : 시정촌 = 4 : 1 : 1

창 구 부 담

대상이 되는 분(피보험자)

대상이 되는 분		개시일
①	75세 이상 되시는 분	75세가 되시는 생일 당일부터
②	65세부터 74세인 분들 중에서 신청에 의해 광역연합이 일정한 장애가 있다고 인정한 분	광역연합에서 인정 받은 날부터

① 75세 이상이 되시는 분

75세 이상이 되신 분은 지금까지 가입하고 있던 의료보험의 종류에 관계없이 후기고령자의료제도의 피보험자가 됩니다.

※ 단, 생활보호수급자는 대상이 되지 않습니다.

○ 국민건강보험 이외의 의료보험에 가입하셨던 분께

피용자보험에 가입하고 있던 피보험자 본인 또는 피부양자가 후기고령자의료제도의 피보험자가 될 경우에는 근무처 등을 통해 자격상실 등의 신고를 해 주십시오.

또한, 그 부양가족으로 75세 미만인 분은 국민건강보험 등에 별도 가입하게 되므로 시구정촌 등의 담당 창구에서 필요한 수속을 밟아 주십시오. 수속할 때에는 도장과 가입하고 있던 보험의 자격상실증명서 등이 필요합니다.

② 65세부터 74세인 분들 중에서 신청에 의해 광역연합이 일정한 장애가 있다고 인정한 분

65세부터 74세로 일정한 장애가 있는 분은 신청하시면 후기고령자의료제도에 가입할 수 있습니다.(장애인정)

○ 장애인정을 받으려는 분께

대상이 되는 일정한 장애

- 국민연금법 등에 있어서의 장애연금 1•2급
- 신체장애인수첩 1•2•3급 및 4급의 일부
- 정신장애인보건복지수첩 1•2급
- 요육수첩 A

〈신청에 필요한 것〉

- 신청서
- 국민연금증서, 신체장애인수첩 등
- 도장

인정 후에라도 75세가 될 때까지는 철회신고서를 제출하면 신고일 다음 날부터 철회할 수 있습니다. 철회신고서 제출로 인해 신체장애인수첩 등이나 장애연금 수급 자격 등이 무효화되지는 않습니다. 또한, 인정 후 대상이 되는 장애에 해당되지 않게 되었을 경우에는 상실신고를 하셔야 합니다. 거주하시는 시구정촌 담당 창구에서 상의해 주십시오.

다른 도도부현으로 주소를 이전(전출)했을 때에는 원칙적으로 전출한 도도부현 광역연합의 피보험자가 됩니다. 단, 다른 도도부현의 복지시설, 병원 등으로 전출했을 경우에는 계속해서 오사카부 광역연합의 피보험자가 됩니다. 또한, 2018년 4월 1일 이후로 상기 ① 또는 ②로 인해 자격취득을 할 분으로 다른 도도부현의 복지시설이나 병원 등에 주소가 있으며 오사카부의 국민건강보험에 가입했을 경우에는 오사카부 광역연합의 피보험자가 됩니다.(주소지 특례)

피 보 험 자 증

① 피보험자증

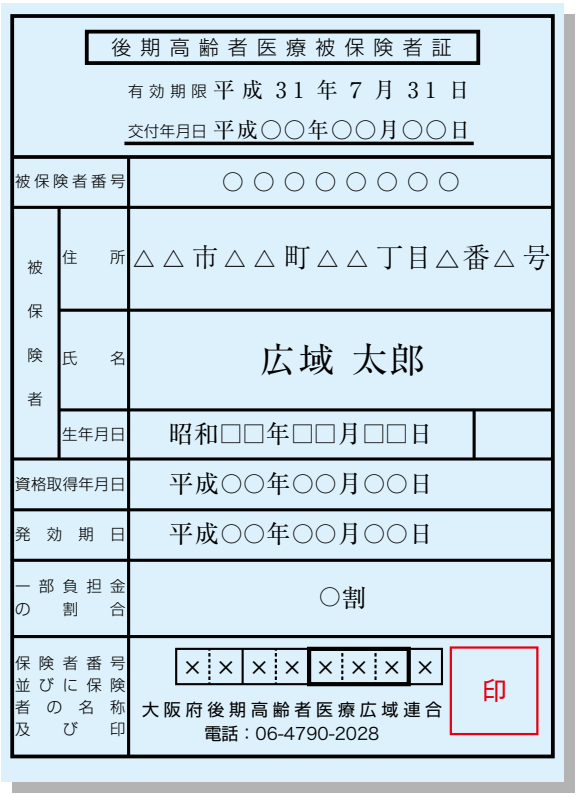
1인당 1장씩 교부됩니다.
병원 등에서 진료를 받을 때에는 반드시 창구에 제시하십시오.

② 유효기한

원칙적으로 매년 8월1일부터 다음 해 7월 31일까지입니다.
피보험자증을 갱신할 때 색이 바뀝니다.
신 피보험자증은 7월 하순까지는 송부되고, 받은 날부터 사용이 가능합니다.

③ 구 피보험자증

구 피보험자증은 매년 8월 1일 이후 사용할 수 없으므로 시구정촌 담당 창구로 반환하시거나 직접 처분해 주시기 바랍니다.



後期高齢者医療被保険者証

有効期限 平成31年7月31日

交付年月日 平成○○年○○月○○日

被保険者番号		○○○○○○○○○
被保険者	住所	△△市△△町△△丁目△番△号
	氏名	広域 太郎
	生年月日	昭和□□年□□月□□日
資格取得年月日		平成○○年○○月○○日
発効期日		平成○○年○○月○○日
一部負担金の割合		○割
保険者番号並びに保険者の名称及び印		××××××× 大阪府後期高齢者医療広域連合 電話：06-4790-2028 印

※새롭게 75세가 되시는 분에게는 생일 전월에 피보험자증이 송부됩니다. 생일날 이후는 지금까지 가입하고 있던 국민건강보험, 회사의 건강보험 등의 피보험자증은 사용할 수 없게 되므로 피보험자증 취급에 관해서는 교부처에 확인해 주십시오.

취급 시 주의사항

- ○ **기재 내용을 확인하신 후 오류 등이 있을 경우에는 거주하시는 시구정촌 담당 창구로 연락해 주십시오.**
- ○ **본인 이외에는 절대 사용하지 마십시오. (해당 법률에 의해 처벌됩니다.)**
- ○ **피보험자증의 복사본은 사용할 수 없습니다.**
- ○ **분실했을 때는 재교부 해 드립니다.**
  분실하거나 파손되어 사용할 수 없게 되었을 때는 재교부 해 드립니다. 거주하시는 시구정촌 담당 창구로 신청해 주십시오.
- ○ **본인부담비율이나 주소 등이 변경되었을 때는 신 피보험자증이 송부됩니다. 반드시 신 피보험자증을 사용해 주십시오.**
  지금까지 가지고 계신 피보험자증은 시구정촌 담당 창구로 반환해 주십시오.
- ○ **다른 도도부현으로 전출했을 때는 반환해 주십시오.**
  다른 도도부현으로 전출하여 자격이 상실되었을 경우에는 신속히 시구정촌 담당 창구로 반환해 주십시오.

피 보 험 자 증

「장기제공 의사표시란」에 대해서

장기 이식에 관한 법률이 개정되어 이식의료에 관한 이해를 깊게 하기 위하여 2010년 7월부터 의료보험 피보험자증과 면허증 등에 「장기제공에 관한 의사표시란」을 신설하고 보급계발활동을 하게 되었습니다.

「장기이식」은 질병이나 사고로 인해 장기 기능이 저하되어 이식만이 치료가 가능한 분에게 선의로 제공된 장기를 이식하여 기능을 회복시키는 의료입니다. 일본에서는 장기 이식 희망 등록을 한 사람에 비해 장기제공이 적은 바, 많은 분이 지금도 장기이식을 기다리고 있는 실정입니다.

오사카부 후기고령자의료 광역연합에서도 법의 취지에 입각하여 2011년 8월부터 피보험자증 뒷면에「장기제공 의사표시란」을 설치하였으므로 이해와 협력을 부탁드리는 바입니다.

◎장기제공 의사표시에 대하여

○ 장기제공 의사표시 유무에 관해서는 피보험자 본인의 판단에 따르며 기입이 의무화된 것은 아닙니다.
또한, 기입 유무나 기입 내용에 따라 진료 등의 내용이 달라지는 일도 없습니다.

○ 장기제공 의사를 표시하는데 연령 상한은 없습니다. 고령이신 분, 병으로 약을 드시고 계시는 분, 모두 기입 가능하며 현재까지 70대 분으로부터도 장기제공을 받고 있습니다. 단, 암 등으로 사망하신 경우, 장기제공을 할 수 없는 경우가 있으며 실제 장기제공 때 의학적 검사를 한 후 판단합니다.

○ 제공은 어디까지나 선의에 따른 무상 제공이므로 장기 제공자께서는 제공에 관한 비용은 일체 들지 않습니다.

○ 의사표시한 내용에 대해서 다른 사람에게 알리고 싶지 않은 분은 의사표시란 보호 실(스티커)을 이용해 주십시오. 보호 실은 광역연합 또는 시구정촌 담당 창구에 비치(우편 송부 때는 동봉)되어 있습니다.

장기제공에 관한 자세한 내용에 대해서는 공익사단법인 일본장기이식 네트워크 에 문의해 주십시오.

공익사단법인 일본장기이식 네트워크
무료 전화: 0120-78-1069
홈페이지: http://www.jotnw.or.jp

◎기입방법

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、必ずこの証をその窓口で渡してください。

備考

※ 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
1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。

②
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】

③〔特記欄：　　〕

④署名年月日：　　年　　月　　日

本人署名（自筆）：

家族署名（自筆）：

①의사 선택

자신의 의사에 맞는 번호에 하나만 ○표시를 하십시오.

●장기제공 의사가 있는 분은 1 또는 2에 ○표시를 해 주십시오.

⇒ ② ③ ④ 번으로

●장기제공을 하고 싶지 않은 분은 3에 ○표시를 해 주십시오.

⇒ ④번으로

②제공하고 싶지 않은 장기의 선택

1이나 2에 ○표시를 하신 분 중에서 제공하고 싶지 않은 장기가 있으면 그 장기에 ×표시를 해 주십시오.

제공할 수 있는 장기는 각각 아래와 같습니다.

【뇌사 후: 심장, 폐, 간장, 콩팥(신장), 이자(췌장), 소장, 안구】

【심장이 정지한 사후: 콩팥(신장), 이자(췌장), 안구】

③특기란에의 기재

- 1이나 2에 표시를 하신 분 중에서 피부, 심장판, 혈관, 뼈 등의 조직도 제공해도 좋다고 생각하시는 분은「전부」또는「피부」「심장판」「혈관」「뼈」등으로 기입할 수 있습니다.
- 우선적으로 친족에게 장기제공을 희망할 경우에는「친족 우선」으로 기입할 수 있습니다. (친족에게의 우선적 제공은 일정 요건이 필요합니다.)

④서명 등

본인의 서명 및 서명 연월일을 자필로 기입해 주십시오. 가능하시면 이 의사표시란에 기입한 것을 알고 있는 가족분이 확인을 위해 서명해 주십시오.

보 험 료

보험료 산정 방법

보험료는 피보험자 전원이 동등하게 부담하는 「균등할당액」과 소득에 따라서 차등부담하는 「소득비례 할당액」의 합계입니다. 피보험자 각 개인에게 부과됩니다.

보험료를 정하는 기준(보험료율)에 대해서는, 각 도도부현의 광역연합이 각각 2 년마다 조례에 의거해 설정하며 오사카부 내에서는 거주하시는 시정촌과 관계없이 균일한 보험료율이 적용됩니다.

◎보험료율 산정법 (2018년•2019년도)

(주1) 보험료 (연간금액) = 균등할당액 피보험자 1인당 51,491엔 + 소득비례 할당액 부과의 기초가 되는 소득금액(주2) × 소득할당율 9.90%

(주1) 보험료의 연간 금액의 한도금액은 62만엔입니다.

(주2) 부과의 기초가 되는 소득금액이란 전년도 총소득금액과 산림소득금액 및 기타 소득과 구분하여 계산되는 소득금액(분리 과세로 신고된 주식의 양도소득이나 배당소득 · 토지 등의 양도 소득 등)의 합계금액으로부터 기초공제액 33만엔을 공제한 금액을 말합니다.(잡손실 이월공제액은 공제하지 않습니다.)

주된 「부과의 기초가 되는 소득금액」의 산정방법

1) 급여소득일 경우
(급여수입금액-급여소득공제액)-기초공제액(33만엔)

2) 공적연금소득일 경우
(연금수입금액-공적연금 등 공제액)-기초공제액(33만엔)

3) 기타 소득일 경우
(수입금액-필요경비)-기초공제액(33만엔)

※복수의 소득이 있을 경우에는 1회만 기초공제액이 적용됩니다.

원포인트 Q&A

Q 연도 도중에 후기고령자의료제도의 피보험자가 되었을 경우의 보험료는 어떻게 됩니까?

A 가입한 달부터 개월 수로 나누어 보험료를 계산합니다.

또한 연도 도중에 후기고령자의료제도의 피보험자 자격을 상실했을 경우에는 상실한 달의 전달까지의 개월 수로 나누어 보험료를 계산합니다.

보험료 경감조치

소득이 낮은 분에게는 보험료의 경감조치가 적용됩니다.

균등할당액의 경감

세대의 소득수준에 따라 보험료의 피보험자균등할당액(51,491엔)이 경감됩니다.

경감비율	경감 후의 균등할당액 (연액)	소득의 판정구분
9할	5,149엔	① 아래의 ②에 속하는 피보험자이며 또한 당해세대의 피보험자 전원의 각 소득이 0엔일 때(단, 공적연금 등의 공제액은 80만엔으로 계산)
8.5할	7,723엔	② 동일세대 내의 피보험자와 세대주의 총소득금액 등이 기초공제액(33만엔)을 초과하지 않을 때
5할	25,745엔	③ 동일세대 내의 피보험자와 세대주의 총소득금액 등이 【기초공제액(33만엔)+ 27.5만엔×피보험자의 수】를 초과하지 않을 때
2할	41,192엔	④ 동일세대 내의 피보험자와 세대주의 총소득금액 등이 【기초공제액(33만엔)+ 50만엔×피보험자의 수】를 초과하지 않을 때

※ 기초공제액 등의 수치는 앞으로의 세법개정 등에 의해 변동될 수 있습니다.

※ 경감조치에 대한 해당여부를 판단할 때의 총소득금액 등에는 전종자 공제, 양도소득의 특별공제에 관련되는 부분에 대한 세법상의 규정은 적용되지 않습니다.

※ 당분간 연금수입에 대해서 공적연금 등의 공제를 받은 65세 이상되는 분에 대해서는 공적연금 등에 관련되는 소득금액에서 15만엔을 공제하고 경감 판정합니다.

※ 세대주가 피보험자가 아닐 경우라도 그 세대주의 소득이 경감판정의 대상이 됩니다.

소득신고를 부탁드립니다

소득에 따라서 본인부담비율이나 보험료 경감에 대한 판정을 하게 되므로
소득이 없는 경우라도 시구정촌 담당 창구에 간이 신고를 해 주시기 바랍니다.

보 험 료

후기고령자의료제도에 가입하시면 이렇게 바뀝니다.

○국민건강보험•국민건강보험조합에 가입하고 있었던 분이나 회사 건강보험의 피보험자였던 분은…

⇒ 국민건강보험이나 건강보험의 보험료에서 후기고령자의료제도의 보험료로 바뀝니다.

○회사의 건강보험이나 공제조합, 선원보험의 피부양자였던 분은…

⇒ 앞으로는 각자 보험료를 부담하셔야 합니다. (아래 경감 조치가 있습니다.)

회사건강보험, 공제조합, 선원보험의 피부양자였던 분 (이제까지 보험료를 부담하지 않았던 분)의 보험료 경감

후기고령자의료제도에 가입하는 날의 전날 시점에서 회사의 건강보험이나 공제조합, 선원보험의 피부양자였던 분은 당분간 소득할당액은 부과되지 않으며 2018년도는 균등할당액의 5할이 경감됩니다.

소득할당액	균등할당액
부담 없음	5할 경감

※ 후기고령자의료제도에 가입하는 날의 전날 시점에서 국민건강보험•국민건강보험 조합에 가입되어 있었던 분은 대상이 되지 않습니다.

※ 세대의 소득에 따라 균등할당액의 9할 또는 8.5할 경감에 해당하는 분에 대해서는 각각의 경감비율이 적용됩니다.

※ 2019년도 이후의 보험료 산정에 있어서는 자격취득 후 2년간은 균등할당액의 5할이 경감됩니다.

원포인트 Q&A

Q 지금까지 자식의 회사 건강보험 등의 피부양자였던 분이 후기고령자의료제도 적용을 받을 경우, 보험료액은 균등할당액의 5할만으로 족하다고 들었습니다만, 경감 조치 전의 보험료액으로 통지가 온 이유는 무엇입니까?

A 회사 건강보험 등의 피부양자였던 분이었다 하더라도 당초 받게 되실 보험료 액의 통지는 경감 전의 금액이 됩니다. 이는 전 보험자에 피부양자이동(상실)신고서를 제출한 후 그것을 확인하는 데까지 2, 3개월 정도의 기간을 소요하기 때문입니다. 확인이 되는 대로 보험료액을 경감한 보험료액 변경통지서를 송부해 드립니다.

또한 당초의 보험료액 통지서에 동봉된 납부고지서로 보험료를 이미 지불한 경우에는 회사 건강보험 등의 피부양자였던 사실이 확인되는 대로 이미 납부하신 보험료를 정산하여 드립니다.

※거주하시는 시구정촌의 담당 창구에「피용자보험의 피부양자에 관한 신고서」를 청구하신 후, 제출해 주시면 보험료액이 경감되기까지의 기간을 단축할 수 있습니다.

보험료 산정례 (2018년도)

◎ 단신 세대(수입은 연금만)의 경우

연금수입액	80만엔	168만엔	195.5만엔	218만엔	300만엔
소득액	0엔	48만엔	75.5만엔	98만엔	180만엔
부과의 기초가 되는 소득금액	0엔	15만엔	42.5만엔	65만엔	147만엔
소득비례할당액 ①	0엔	14,850엔	42,075엔	64,350엔	145,530엔
균등할당액의 경감비율	9할 경감	8.5할 경감	5할 경감	2할 경감	
경감 후의 균등할당액 ②	5,149엔	7,723엔	25,745엔	41,192엔	51,491엔
보험료 총액 ①+②	5,149엔	22,573엔	67,820엔	105,542엔	197,021엔

※금액은 연간 금액입니다.
※피보험자균등할당액 51,491엔, 소득비례율 9.90%로 계산함.
※소득비례할당액•피보험자균등할당액에 1엔 미만의 끝수가 나왔을 때는 버림.

〈참고〉 소득비례할당액의 계산방법 예(연금수입이 330만엔 미만일 경우)

{연금수입액-120만엔 -33만엔}×9.90%
(공적연금 등 공제액) (기초공제액) (소득비례율)

※공적연금 등 공제액의 산정에 대해서는 하기의 표를 참조해 주십시오.
※유족연금 등의 비과세연금은 보험료 부과금액과 관련된 수입액의 계산에 포함하지 않습니다.

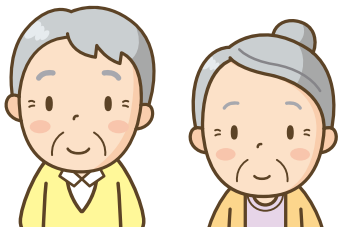
공적연금수입액	공적연금 등 공제액
330만엔 미만	120만엔
330만엔 이상 410만엔 미만	공적연금 수입액×0.25+37만5000엔
410만엔 이상 770만엔 미만	공적연금 수입액×0.15+78만5000엔
770만엔 이상	공적연금 수입액×0.05+155만5000엔

※상기의 공적연금 등 공제액은 수입이 있었던 해의 12월 31일 시점으로 65세 이상인 분의 경우임.

보 험 료

◎후기고령자 부부 2인 세대 (수입은 연금만)의 경우

* (세대주 = 남편 또는 아내)의 경우



●아내의 연금수입액 78만엔은 기초연금액을 예로 들었습니다.

연금수입액	남편	80만엔	168만엔	223만엔	268만엔	300만엔
	아내	78만엔	78만엔	78만엔	78만엔	78만엔
소득액	남편	0엔	48만엔	103만엔	148만엔	180만엔
	아내	0엔	0엔	0엔	0엔	0엔
부과의 기초가 되는 소득금액	남편	0엔	15만엔	70만엔	115만엔	147만엔
	아내	0엔	0엔	0엔	0엔	0엔
소득비례할당액 ①	남편	0엔	14,850엔	69,300엔	113,850엔	145,530엔
	아내	0엔	0엔	0엔	0엔	0엔
균등할당액의 경감 비율		9할 경감	8.5할 경감	5할 경감	2할 경감	
경감 후의 균등할당액 ②	남편	5,149엔	7,723엔	25,745엔	41,192엔	51,491엔
	아내	5,149엔	7,723엔	25,745엔	41,192엔	51,491엔
보험료 총액 ①+②	남편	5,149엔	22,573엔	95,045엔	155,042엔	197,021엔
	아내	5,149엔	7,723엔	25,745엔	41,192엔	51,491엔
	합계	10,298엔	30,296엔	120,790엔	196,234엔	248,512엔

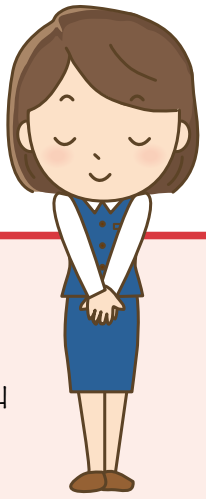
※금액은 연간 금액입니다.

※피보험자균등할당액 51,491엔, 소득비례율 9.90%로 계산함.

※소득비례할당액•균등할당액에 1엔 미만의 끝수가 나왔을 때는 버림.

보험료 납부방법

연금수급액 등에 따라 아래 2가지로 나뉩니다. 보험료 징수에 관한 사무는 주거지 시구정촌에서 담당합니다.



특별징수

연금에서 납부

연간액 18만엔 이상의 연금을 수급하고 있는 분은 원칙적으로 연 6회의 연금 지급일에 해당 연금에서 직접 납부하게 됩니다.

※ 후기고령자의료보험료와 개호보험료와의 합산액이 연금수급액의 2분의 1을 넘을 경우에는 보통징수를 하게 됩니다.

※ 연령이 도달하는 등으로 새로 자격을 취득하신 분이나 전입하신 분은 당분간 보통징수로 납부하시게 됩니다.

신청 등을 통해【특별징수(연금에서 납부)를 계좌이체방식으로 변경할 수 있는 경우가 있습니다】

보험료를 특별징수방식으로 납부하고 있는 분, 또는 특별징수가 개시되는 내용의 통지를 받은 분으로 계좌이체방식으로의 납부를 희망하시는 분은 신청을 통해 계좌이체방식을 선택하실 수 있습니다.

※수속 방법 등은 거주하시는 시구정촌 담당 창구에서 확인하시기 바랍니다.
※특별징수로부터 변경하는 시기는 신청 시기에 따라 결정됩니다.

보통징수

계좌이체, 납부고지서 등으로 납부

특별징수의 대상이 안 되는 분은 시정촌이 정하는 납기(매년 7월부터 다음 해 3월까지의 9기)까지 계좌이체나 납부고지서(납부통지서)로 보험료를 납부하셔야 합니다.

— 사회보험료 공제에 대하여 —

후기고령자의료보험료를 납부한 분에 대해서는, 소득세 및 개인주민세를 신고할 때, 사회보험료 공제를 적용받을 수 있는 경우가 있습니다. 이에 따라 세대전체로 봤을 때의 소득세•개인주민세의 부담액이 변경될 경우가 있으므로 이 점 충분히 유의해 주십시오. 또한, 신고 등의 내용에 관하여 소득세는 관할 세무서, 개인주민세는 관할 시구정촌으로 문의하시기 바랍니다.

보험료 징수방법의 판정례

노령기초연금 50만엔, 노령후생연금 270만엔 (연금합계 320만엔)을 수급하고 있으며, 개호보험료는 연간액 100,000엔(주) 을 연금에서 공제되고 있는 경우.

(주) 개호보험료는 거주하시는 시정촌에 따라 다릅니다.

①먼저, 상기의 연금수입 320만엔의 경우, 후기고령자의료보험료는 216,821엔이 됩니다.

②2종류의 연금이 모두 연간액 18만엔 이상입니다만 노령기초연금은 특별징수의 대상연금에서는 가장 우선 순위가 높은 연금이므로 노령기초연금액을 기초로 징수방법(특별징수 또는 보통징수)의 판정을 합니다.

③노령기초연금수급액 (50만엔)과 후기고령자의료보험료와 개호보험료와의 합산액 (316,821엔)을 비교하여 판정을 내립니다.

316,821엔 (후기고령자의료보험료+개호보험료)	>	250,000엔 (노령기초연금수급액 (50만엔)×1/2)

판정 결과, 후기고령자의료보험료의 납부방법은 보통징수가 됩니다.

※각 시정촌에 있어서 판정할 때는 1회에 받을 수 있는 연금급부액에 대해 실제로 징수될 예정의 1회당 개호보험료와 후기고령자의료보험료의 합계금액이 2분의 1초과 여부가 판단요소가 됩니다.

보험료 감면과 징수유예에 대해서

피보험자 또는 연대납부의무자※가 하기 ❶~❸의 이유 중 한가지에 해당되어 보험료의 전부 또는 일부를 납부할 수 없다고 인정받았을 경우에는 납부할 수 없는 금액을 한도액으로 하여 보험료가 감액 또는 면제되는 경우가 있습니다.

또한 같은 이유로 인해 보험료의 전부 또는 일부를 한꺼번에 납부할 수 없다고 인정받았을 경우에는 납부할 수 없는 금액을 한도액으로 하여 징수(납부)가 길게는 1년 유예되는 경우가 있습니다.

자세한 것은 거주하시는 시구정촌 담당창구에서 상담해 주십시오.

❶ 지진으로 인한 재해, 풍수해, 화재, 기타 이와 같은 재해로 인해 피보험자가 주로 거주용으로 사용하고 있는 주택, 피보험자의 가재도구, 기타 재산에 지대한 손해를 입었을 때

❷ 피보험자 또는 연대납부의무자의 수입이 사업 부진, 휴업 또는 폐지, 실업 등의 이유로 현저하게 감소하였을 때

❸ 피보험자가 형사시설, 노역장 기타 이에 준하는 시설에 구금되었을 때

※연대납부의무자: 피보험자가 속해 있는 세대의 세대주와 피보험자의 배우자를 가리킵니다.

보험료를 체납하면…

○ 납부기한이 지나서도 납부가 안 되었을 경우에는 법률에 따라 독촉장이 송부됩니다. 또한, 납부기한까지 납부하신 분과의 형평성을 꾀하기 위해 연체금이 가산될 경우가 있습니다.
체납이 계속되면 전화나 문서, 방문을 통한 최고가 이루어집니다.

○ 경우에 따라서는 체납처분 대상이 되어 재산조사를 통해 연금, 예적금, 급여, 부동산 등의 재산을 압류당하는 경우가 있습니다.

○ 특별한 사유 없이 체납이 계속되면, 통상보다 유효기간이 짧은 피보험증이 교부됩니다.

○ 1년이상 계속해서 체납하였을 경우에는 피보험자증을 반환하셔야 하며 『피보험자자격증명서』가 교부될 경우가 있습니다.
자격증명서로 의사 진찰을 받으면 일단 전액 본인부담 (10할)이 됩니다.

○ 이유 없이 1년 6개월 이상 체납하였을 경우에는 보험급부의 전부 또는 일부가 중지되는 경우가 있습니다.

◇ 이런 일이 발생하지 않도록 보험료는 기한 내에 납부하십시오.

◇ 납부가 힘든 때는 신속하게 시구정촌 담당 창구에서 상담해 주십시오.

병원에서 진료를 받을 때

의료기관 등 창구에서의 본인부담비율

일반 → 본인부담 (1할)

현역 근로자와 같은 수준의 소득자 → 본인부담 (3할)

의료기관에서의 본인부담비율은 일반인은 (1할), 현역 근로자와 같은 수준의 소득자는 (3할)입니다. 본인부담비율은 매년 8월1일 현재, 해당연도의 주민세 과세소득액(각종 소득 공제 후의 소득액)에 의해 판정을 실시합니다.

※단, 4월부터 7월까지는 전년도, 8월부터 다음 해 3월까지는 해당연도의 주민세 과세소득액을 이용하여 부담비율을 판정합니다.

또한, 유효기한 내라도 세대 상황이나 소득 경정 등으로 인해 본인부담비율이 변경될 수가 있습니다. 변경된 경우는 후일 차액의 2할 상당액을 청구 또는 환급할 경우가 있습니다.

◎ 현역 근로자와 같은 수준의 소득자 3할 부담하는 분의 판정

주민세 과세소득액(각종 소득공제 후의 소득액)이 145만엔 이상이 되는 피보험자 및 이 분과 같은 세대에 속하는 피보험자는 현역근로자와 같은 수준의 소득자로서 3할 부담을 하게 됩니다.

단, 1945년 1월 2일 이후 출생인 피보험자와 동일 세대 피보험자의 소득세 부과의 기초가 되는 소득금액 (7페이지 주2)의 합계금액이 210만엔 이하인 경우는 1할 부담을 하게 됩니다.

3할 부담에서 1할 부담으로 변경될 수 있는 경우가 있습니다.

하기의 요건에 해당되는 분은 거주지 시구정촌 담당 창구로 신청(기준수입액 적용 신청)하시면 신청하신 달의 다음 달부터 1할 부담으로 변경할 수 있습니다. 신청이 통과되면 1할 부담의 피보험자증이 후일 교부됩니다.

- 동일세대에 피보험자가 한 분인 경우
  → 피보험자 본인의 수입액(※)이 383만엔 미만일 때
- 동일세대에 피보험자가 복수 있는 경우
  → 피보험자 전원의 수입 합계금액이 520만엔 미만일 때
- 동일세대에 피보험자가 한 분으로,또한 동일세대에 70세 이상 75세 미만인 분이 계실 경우
  → 피보험자 본인의 수입액(※)이 383만엔 이상일 경우로서 피보험자 본인 및 70세 이상 75세 미만인 분의 수입의 합계금액이 520만엔 미만일 때

※수입액이란, 소득세법상에 규정하는 각종 소득금액(퇴직소득 금액을 제외)의 계산상 수입금액으로 해야 할 총 수입금액입니다. 또한, 수입금액(수입)이란, 공적 연금공제나 필요경비 등을 차감하기 전의 금액으로 소득금액이 아닙니다. 또, 필요경비나 특별공제에 의해 소득이 「0」 또는 「마이너스」가 될 경우라도 수입금액을 합산하여 수입금액을 산출합니다.

(예: 영업수입, 신고에 의한 분리과세의 상장주식 등의 매각금액, 생명보험의 만기액 등)

<신청에 필요한 것>

●신청서 ●수입액을 알 수 있는 서류 ●피보험자증 ●도장

의료비가 고액이 되었을 경우

1개월 (동일한 달)동안의 의료비가 고액이 되었을 때(본인부담 한도액을 초과해서 납부하였을 경우)는 신청을 하면 본인부담 한도액을 초과한 금액이 고액요양비로서 후일 환급됩니다.

또한, 같은 의료기관 등에서의 창구부담에 대해서는 외래진찰일 때는 개인 단위, 입원했을 때는 세대 단위로 본인부담 한도액까지로 됩니다. 단, 치과와 치과 이외, 입원과 외래진찰은 따로 계산합니다.

입원했을 때 식비나 보험진료외 차액 침대비 등은 계산에 포함하지 않습니다.

【2018년 7월까지】

소득 구분		본인부담 한도액 (월액) 외래 (개인단위)	본인부담 한도액 (월액) 외래+입원 (세대단위)
현역과 같은 수준의 소득자		57,600엔	80,100엔 +1% (주1) (44,400엔 (주4))
일반		14,000엔 (연간 14.4 만엔 상한)	57,600엔 (44,400엔 (주4))
저소득 (주5)	II	8,000엔	24,600엔
	I		15,000엔

【2018년 8월 이후】

소득 구분			본인부담 한도액 (월액) 외래 (개인단위)	본인부담 한도액 (월액) 외래+입원 (세대단위)
현역과 같은 수준의 소득자		과세소득 690만엔 이상	252,600엔+1% (주2) (140,100엔 (주4))	
	II	과세소득 380만엔 이상	167,400엔+1% (주3) (93,000엔 (주4))	
	I	과세소득 145만엔 이상	80,100엔+1% (주1) (44,400엔 (주4))	
일반			18,000엔 (연간 14.4 만엔 상한)	57,600엔 (44,400엔 (주4))
저소득 (注5)	II		8,000엔	24,600엔
	I			15,000엔

(주 1) 「1%」는 의료비가 267,000엔을 초과했을 경우, 초과액의 1%에 해당하는 금액.

(주 2) 「1%」는 의료비가 842,000엔을 초과했을 경우, 초과액의 1%에 해당하는 금액.

(주 3) 「1%」는 의료비가 558,000엔을 초과했을 경우, 초과액의 1%에 해당하는 금액.

(주 4) 피보험자가 고액요양비에 해당한 달로부터 가장 가까운 1년 동안에 세대단위로 연 3회 이상 고액요양비에 해당되었을 경우의 4회째 이후의 금액. (다른 의료 보험으로 지불한 횟수는 통산되지 않습니다.)

(주 5) 저소득II•I에 대해서는 17페이지를 보십시오.

【현역 근로자와 같은 수준의 소득 II•I에 대해서】

2018년 8월부터 현역 근로자와 같은 수준의 소득 구분 세분화에 의해 현역 근로자와 같은 수준의 소득 II•I에 해당하는 분에게는 한도액 적용 인정증을 발급하므로 의료기관 등의 창구에서 피보험자증과 함께 제시하시기 바랍니다.

※교부신청은 2018년 7월부터 시구정촌 담당창구에서 접수합니다.

【한도액 적용 인정증 교부신청에 필요한 것】

●피보험자증 ●도장

(주) 의료기관 등에 제시하지 않았을 때는 「과세소득 690만엔 이상」의 본인부담 한도액이 적용되어 「구분 II•I」과의 차액분을 후일 고액요양비로서 환급됩니다.

병원에서 진료를 받을 때

※ 처음 고액요양비의 지급대상이 된 경우에는 광역연합으로부터 신청서를 송부(진료월의 약 3개월 이후)하므로 거주하시는 시구정촌 담당창구에 신청해 주시기 바랍니다.
※ 고액요양비 신청은 한번 신청하시면 계좌번호 등을 변경하지 않는 한 다시 신청할 필요가 없습니다.
※ 의료기관 등이 제출하는 진료보수명세서 제출 지연이나 재심사 등에 따라 신청 안내 및 지급이 지연될 수가 있습니다.
※ 고액요양비 지급 후라도 진료보수명세서의 재심사 등의 이유로 지급금액이 감액될 수가 있습니다. 이 경우 이후에 지급되는 금액에서 차감하거나 환급하셔야 할 경우가 있습니다.

【저소득Ⅱ·Ⅰ에 대해서】

하기에 해당하는 분은 신청을 통해 저소득 Ⅱ 또는 Ⅰ 구분이 적용됩니다. 인정을 받으면 「한도액 적용·표준부담액 감액 인정증」(주)을 발행하므로 의료기관 등의 창구에서 피보험자증과 함께 제시해 주십시오.

저소득Ⅱ	동일세대의 전원이 주민세 비과세로 저소득Ⅰ 이외의 피보험자
저소득Ⅰ	• 동일세대의 전원이 주민세 비과세로 그 세대 전원 각각의 소득이 0엔인 피보험자(단, 공적연금 등 공제액은 80만엔으로 계산) • 동일세대의 전원이 주민세 비과세로 노령복지연금을 수급하고 있는 피보험자

※ 저소득Ⅱ·Ⅰ의 판정에 대해서는, 매년 8월1일 현재로 모든 세대구성원의 소득과 과세 상황에 의해 정기판정을 실시합니다.
정기판정 이외에도 세대구성원의 변경이나 소득 경정 등에 의해 판정이 변경될 경우가 있습니다. 이 판정의 대상이 되는 소득은 4월부터 7월까지는 전년도의 소득, 8월부터 다음해 3월까지는 당해년도의 주민세 과세 상황을 기준으로 합니다.

※ 시구정촌 담당창구에서 교부 신청을 해 주십시오.

【한도액 적용·표준부담액 감액 인정증의 교부 신청에 필요한 것】

●피보험자증 ●도장
●저소득Ⅰ(노령복지연금수급자)의 적용을 받을 경우는 노령복지연금증서

(주)의료기관 등에 제시하지 않았을 때는 경우 「일반」의 본인부담 한도액이 적용되어 「저소득Ⅱ·Ⅰ」과의 차액분은 후일 고액요양비로서 환급됩니다.

◎ 75세가 된 달의 특례

달 중간에 75세가 되어 새로 피보험자가 되시는 분의 경우, 생일이 들어 있는 달에 대해서는 생일 전에 가입되어 있던 의료보험과 후기고령자의료제도에서의 본인부담 한도액(16페이지 기재)이 각각 통상월의 2분의 1(반액)이 됩니다.
※75세가 된 달의 특례는 해당자 개인마다 한도액을 적용합니다. 단, 동일세대에서 다른 피보험자가 부담해야 할 금액이 있을 경우는, 통상 세대단위의 한도액으로 계산을 합니다.

※2018년 8월 진료분 이후의 계산 예입니다

고액요양비 계산 예

(소득구분이 「일반」 세대의 경우)

남편(78세)

A병원에서(외래)	B병원에서(외래)
본인부담 10,000엔	본인부담 18,000엔
의료비는 100,000엔	의료비는 200,000엔

아내(75세)

C병원에서(외래)	D병원에서(입원)
본인부담 5,000엔	본인부담 57,600엔
의료비는 50,000엔	의료비는 800,000엔

※창구부담은 개인단위 한도액까지가 됩니다.

※창구부담은 세대단위의 한도액까지가 됩니다

개인별로 외래진료비를 계산

본인부담 10,000엔	본인부담 18,000엔	본인부담 5,000엔
외래 본인부담 한도액18,000엔(주)	외래 지급액 10,000엔①	외래 본인부담한도액 18,000엔(주)을 초과하지 않으므로 지급되지 않습니다.

세대 전체의 외래진료비와 입원비를 합산

최종 외래진료 본인부담액 18,000엔	외래진료 본인부담액 5,000엔	입원 본인부담액 57,600엔
세대의 본인부담 한도액 57,600엔(주)		외래+입원 지급액 23,000엔 ②

이 세대 전체의 최종적인 고액요양비

①+②=10,000엔+23,000엔=33,000엔 이 나중에 급부됩니다.

※고액요양비는 소요된 비용에 따라서 남편과 아내로 나누어집니다.

(주)2018년 7월 진료분까지는 본인부담 한도액의 개정 전 금액으로 계산됩니다. 자세한 내용은 16페이지를 참조해 주십시오.

병원에서 진료를 받을 때

입원 시의 식비

입원하시면 식비의 표준부담액을 본인이 부담하셔야 합니다.

소 득 구 분		부담액 (1회 식사 당)
현역과 같은 수준의 수입이 있는 소득자		460엔
일반	지정난병환자(주1)	260엔
저소득II	90일 이내의 입원(과거 12개월의 입원 일수)	210엔
	90일을 초과한 입원(주2) (과거 12개월의 입원 일수)	160엔 (주3)
저소득I		100엔

※저소득II·I의 적용을 받기 위해서는「한도액 적용·표준부담액 감액 인정증」이 필요합니다.
저소득II·I의 설명에 대해서는 17페이지를 참조해 주십시오.

(주1) 2016년 3월 31일 시점에서 1년 이상 계속하여 정신병동에 입원해 있던 사람으로 계속 의료기관에 입원하는 사람도 대상이 됩니다.

(주2) 저소득II로 인정된 날부터 입원 일수가 90일을 초과한 입원이 대상이 됩니다.

(주3) 부담액이 160엔은 신청일 다음 달부터 적용됩니다.

【적용을 받기 위해 신청에 필요한 것】

●피보험자증 ●도장 ●한도액 적용·표준부담액 감액 인정증

●입원 일수가 90일을 초과하였다는 것을 확인할 수 있는 것(영수증 등)

요양병상에 입원했을 경우

요양병상에 입원했을 때는 식비와 거주비를 일부 부담하셔야 합니다.

※난치병 환자분은 상기 입원시 식비만 부담하시면 됩니다. 입원의료의 필요성이 높은 분은 상기 입원시의 식비 외에, 거주비도 부담하셔야 합니다.

식비·거주비의 표준부담액

소 득 구 분		1회 식사 당 식비	1일 당 거주비용
현역과 같은 수준의 수입이 있는 소득자 일반		460엔 (주1)	370엔
저소득II		210엔	
저소득I		130엔	
	노령복지연금수급자	100엔	0엔
	경계층 해당자(주2)	100엔	0엔

(주1) 관리영양사 또는 영양사에 의해 영양관리가 행해지고 있는 등의 경우입니다. 그 이외의 경우는 420엔입니다.

(주2) 생활보호법(1950년 법률 제144호) 규정에 의한 생활보호를 필요로 하지 않는 상태가 되는 사람

고액의료•고액개호 합산제도

후기고령자의료제도와 개호보험 모두에 보험료를 부담하고 있는 세대로서 1년간(매년 8월~다음 해 7월 말)의 본인부담액의 합산액이 하기 표에 설정된 본인부담한도액을 초과할 경우, 신청을 하면 한도액을 초과한 금액이 지급됩니다.

【2018년 7월까지】

소득 구분		【후기고령자의료제도+개호보험】의 본인부담 한도액 (연액)
현역과 같은 수준의 수입이 있는 소득자		67만엔
일반		56만엔
저소득	II	31만엔
	I	19만엔 (주1)

【2018년 8월 이후】

※2020년 1월 이후 송부 신청하는 고지부터【2018년 8월 이후】표에 의해 개호합산 계산이 이루어집니다.

소득 구분		【후기고령자의료제도+개호보험】의 본인부담 한도액 (연액)
과세소득 690만엔 이상		212만엔
과세소득 380만엔 이상		141만엔
과세소득 145만엔 이상		67만엔
일반		56만엔
저소득	II	31만엔
	I	19만엔 (주1)

(주1) 저소득 I 에서 개호서비스 이용자가 복수 있는 세대일 경우, 개호지급분에 대해서는 저소득 II 의 본인부담한도액 31만엔이 적용됩니다.

후발의약품(제네릭의약품) 이용촉진

제네릭 의약품이란 선발의약품(지금까지 사용되어온 신약)의 특허가 만료된 후에 판매되는 의약품으로, 선발의약품과 동일한 유효성분을 동량을 함유하고 있어서 동등한 효능이 있다고 국가로부터 인정받은 의약품입니다. 개발기간이 짧고 개발비용을 줄일 수 있어서 선발의약품보다 저렴하고 경제적입니다

주 의

- 모든 선발의약품에 대해서 제네릭의약품이 있는 것은 아닙니다.
- 사용가능한 병(효능)이 다르다는 등의 이유로 대체할 수 없을 경우가 있습니다.
- 선발의약품과 색깔, 크기, 모양 등이 다를 수가 있습니다.
- 의료기관이나 약국에서 상비가능한 의약품에는 한계가 있으므로 주문에서 배송까지 시간이 걸릴 때가 있습니다.

☆제네릭의약품을 희망하는 경우에는 의사, 약사에게 상담하십시오. 약값 부담 경감 및 의료보험 재정개선 효과를 볼 수 있으므로 권장하고 있습니다.

병원에서 진료를 받을 때

고액 치료를 장기간 계속할 필요가 있을 경우

후생노동성이 지정하는 특정 질병의 경우 본인부담액은 의료기관마다(의과와 조제는 합쳐서, 동일 의료기관에서의 외래와 입원은 별개) 월 10,000엔까지입니다. 단, 의료기관 및 약국 창구에서는 통상적으로 지불하셔야 합니다.

【75세가 된 달의 특례】

달의 도중에 75세가 되시는 분의 경우, 생일이 들어 있는 달은 후기고령자의료제도에서의 본인부담액은 5,000엔이 한도입니다.

【후생노동성 지정 특정질병】

- 선천성 혈액응고인자장애의 일부(제Ⅷ, 제Ⅸ 인자에 유래하는 것)
- 인공투석이 필요한 만성 신부전증
- 혈액응고인자제제의 투여로 인한 HIV감염증

적용을 받기 위해서는「특정질병요양수료증」을 의료기관 창구에 제시해야 하므로, 시구정촌 담당창구에서 수료증 교부신청을 해 주십시오.

【특정질병요양수료증의 교부 신청에 필요한 것】

- 피보험자증
- 도장
- 갱생의료권 등 특정질병인 것을 알 수 있는 것
- 후기고령자의료제도의 피보험자가 되기 전에 사용하고 있던「특정질병요양수료증」(가지고 계실 경우에만)

교통사고를 당했을 때

교통사고 등과 같이 제삼자의 행위에 의해 상병을 얻은 경우에도 후기고령자의료제도로 진료를 받을 수 있습니다. 이 경우, 광역연합이 의료비(일부 부담금을 제외)를 일단 대납한 후, 나중에 제삼자(가해자)에게 청구합니다.

① 경찰에 신고한 후『사고증명서』를 발급받으십시오.

② 『사고증명서』, 『도장』, 『피보험자증』을 가지고 시구정촌 담당 창구에서「제삼자 행위에 의한 상병신고」수속을 밟아 주십시오.

주의! 가해자로부터 치료비를 받거나 당사자간의 합의를 보면 후기고령자의료제도에 의한 의료혜택을 받을 수 없게 되는 경우가 있습니다. 합의를 보기 전에 반드시 시구정촌 담당 창구에 상담해 주십시오.

의료비 환급을 받을 수 있는 경우(요양비 지급)

다음 ❶~❺와 같을 때, 진료비 전액을 본인이 부담했을 경우, 거주하시는 시구정촌 담당창구에서 신청하신 후 지급결정이 내려지면 후일 일부부담금을 공제한 금액이 지급됩니다. 단, 의료비 등을 납부한 날(전액을 납부한 날)의 다음날로부터 2년이 경과하면 지급 대상에서 제외되므로 주의해 주십시오.

❶ **갑작스런 병 등으로 부득이하게 피보험자증 없이 진료를 받았을 때**
※광역연합이 부득이한 사정이 있었다고 인정한 경우에 한합니다.

❷ **타박·염좌 등으로 유도정복사로부터 시술을 받았을 때**

❸ **의사가 필요하다고 인정한 침, 뜸, 안마·마사지 등을 받았을 때**

❹ **의사가 필요하다고 인정한 깁스·코르셋 등의 의료용 장구를 구입했을 때나 수혈한 생혈비 등**

❺ **해외여행 중에 뜻밖의 질병이나 부상으로 부득이하게 진료를 받았을 때**

〈상기 ❶~❺ 신청에 필요한 것〉

●피보험자증 ●신청서 ●영수증 ●도장 ●신청자의 계좌정보를 알 수 있는 것

+

상기 ❶의 경우 ●진료보수명세서 또는 진료내용증명서
상기 ❷의 경우 ●명세서 등
상기 ❸의 경우 ●명세서 등 ●의사의 동의서
상기 ❹의 경우 ●명세서 등 ●의사의 의견서
※구두형 장구를 신청할 때는 장착하는 장구 사진 첨부가 필요합니다.
상기 ❺의 경우 ●진료내용증명서(일본어로 번역하여 첨부)
●조사에 관한 동의서
●영수명세서(일본어로 번역하여 첨부)
●도항 이력을 확인할 수 있는 서류(여권 등)

병원에서 진료를 받을 때

유도정복, 침, 뜸, 안마 · 마사지를 받는 방법

① 유도정복사로부터 시술을 받았을 때

[건강보험을 사용가능할 때]

• 골절　• 탈구　• 타박 및 염좌 등(이른바 근육수축이완을 포함)

※골절, 탈구에 대해서는 응급 치료를 제외하고 미리 의사의 동의를 얻어야 합니다.

[시술을 받을 때의 주의]

• 단순한 어깨걸림, 근육피로 등에 대한 시술은 보험 대상이 되지 않으며, 전액 본인 부담입니다.

• 유도정복사가 환자 대신 보험 청구를 하는 것이 인정됨으로 본인부담분을 지불하고 시술을 받을 수 있습니다. 시술을 받았을 때는 「요양비 지급신청서」의 시술 부위, 횟수를 확인하고 서명 또는 날인해 주십시오.

② 의사가 필요하다고 인정한 침, 뜸, 안마 · 마사지 등을 받았을 때

[건강보험 대상이 되는 질환과 증상]

●침, 뜸

• 신경통 · 류마티스 · 경완 증후군

• 오십견 · 요통증 · 경추 염좌 후유증

• 기타 만성적 동통을 주 증상으로 하는 질환

●안마 · 마사지

근육마비, 관절구축 등으로 의료상 마시지가 필요한 증례

[시술을 받을 때의 주의]

• 보험 적용에는 미리 의사가 발행한 동의서나 진단서가 필요합니다.

• 단순한 피로회복이나 위안을 목적으로 하는 것이나 질병예방을 위한 마사지 등은 보험 대상이 되지 않으며 전액 본인부담입니다.

• 보험의료기관(병원, 진료소 등)에서 동일한 대상질환으로 치료 중일 때는 침, 뜸 시술을 받더라도 보험 대상이 되지 않습니다.

유도정복 등의 시술을 받으셨을 때는 의료비공제 대상이 됩니다.
반드시 영수증을 받으십시오.

■기타 급부에 관한 사항

◎ 방문간호요양비

의사의 지시에 의해 방문간호스테이션 등을 이용했을 경우, 피보험자증을 제시하면 보험 적용을 받을 수가 있습니다.

◎ 보험 외 병용요양비

고도선진의료를 받았을 경우 등에도 일반치료와 공통되는 부분에 대해서는 보험이 적용되므로 피보험자증으로 진료를 받을 수 있습니다.

◎ 이송비용

이동이 곤란한 환자가 의사의 지시에 따라 이송된 경우, 아래 ①~③의 사유에 전부 해당하고, 광역연합이 필요하다고 인정한 경우에만 지급됩니다.

❶ 당해 이송의 목적인 요양이 보험진료로서 적절한 경우
❷ 요양의 원인인 질병 또는 부상으로 이동이 현저하게 곤란한 경우
❸ 긴급 그외 부득이한 경우

<신청에 필요한 것>

●피보험자증 ●신청서 ●도장 ●신청자의 계좌정보를 알 수 있는 것 ●영수증
●의사의 의견서 ●이송 경로를 확인할 수 있는 것(지도 등)

◎ 장례•제사비

피보험자가 사망한 경우 그 분의 장례를 치른 분에게 장례비용으로서 50,000엔을 지급합니다.

※장례를 치른 날의 다음 날부터 2년을 경과하면 지급 대상이 되지 않습니다.

<신청에 필요한 것>

●피보험자증 ●신청서 ●도장 ●신청자의 계좌정보를 알 수 있는 것
●장례식 영수증 ●신청자가 장례를 치렀다는 것을 확인할 수 있는 것(장례식 영수증에 기재된 성명과 신청자가 다를 경우 등)

◎ 일부부담금의 면제제도

피보험자가 속하는 세대에서 과거 1년 이내에

❶ 재해로 인하여 주택이나 가재 등의 재산에 막대한 손해를 입었을 때,
❷ 사업의 휴지•폐지 및 실업 등으로 현저하게 수입이 줄어들었을 때,
❸ 세대주 등이 사망 또는 심신에 중대한 장애를 입거나 장기간 입원했을 때

중 어느 하나에 해당하여 주민세가 감면되었거나 피보험자가 속하는 세대수입이 생활보호법에서 규정하는 생활보호기준 이하이며 동시에 예금액, 저금액이 생활보호기준 3개월 이하로 되었을 때 등으로 일부 부담금 지급이 어렵다고 인정된 경우에는 6개월간에 한하여 일부 부담금을 면제받는 경우가 있습니다.

보건사업

건강검진

당뇨병 등과 같은 생활습관병의 조기발견을 위하여 건강검진을 실시합니다.

피보험자에게는 매년 4월 하순에, 그리고 연도 도중에 새로 75세가 되신 분에게는 생일이 있는 달의 다음 달 초순에 진찰권을 보내드립니다.

대 상 자	오사카부 후기고령자의료 광역연합의 피보험자 (주1) (주2)
검 진 방 법	의료기관에서 피보험자증과 진찰권을 제시
진 찰 비 용	무료
진 찰 기 간	진찰권을 받으셨을 때 ~ 당해연도 3월 31일까지(연도 중 1회)

치과검진

치아나 잇몸 상태, 구강위생상태 등을 확인하고 구강기능 저하 및 폐렴 등을 예방하기 위하여 치과검진을 실시합니다.

대 상 자	오사카부 후기고령자의료 광역연합의 피보험자 (주1)
검 진 방 법	치과의원에서 피보험자증을 제시
진 찰 비 용	무료
진 찰 기 간	4월 1일~해당연도 3월 31일까지(연도 중 1회)

(주1) 장애인지원시설 개호보험시설 등에 입소 중이신 분, 병원 또는 진료소에 6개월 이상 계속 입원하시고 있는 분 등은 대상에서 제외됩니다.

(주2) 인간독 진찰을 받으신 분은 건강진단을 받으실 필요가 없습니다.

인간독 비용 조성

인간독 진찰에 소요되는 비용의 일부를 조성합니다.

시구정촌 담당 창구에 신청해 주시기 바랍니다. 단, 진찰받으신 날의 다음 날부터 2년이 경과하면 조성 대상이 되지 않습니다.

대 상 자	오사카부 후기고령자의료 광역연합의 피보험자
신청에 필요한 것	●인간독 영수서 및 검사결과통지서 복사본 ●피보험자증 ●계좌번호를 알 수 있는 것 ●도장
조 성 액	26,000엔을 상한으로 비용의 일부를 조성해 드립니다.
진 찰 기 간	4월 1일 ~ 당해연도 3월 31일까지(연도중에 1회)

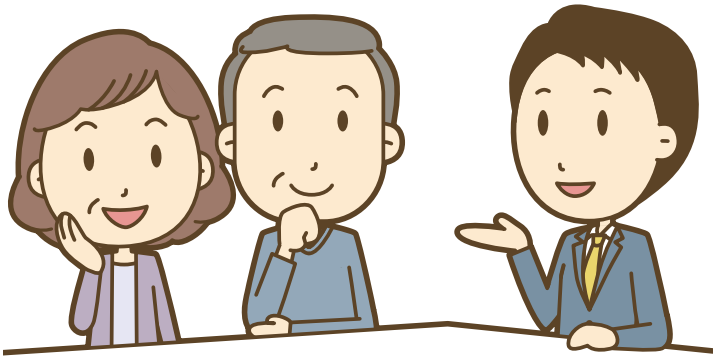
※ 뇌독, PET(종합 암 검진), 각종 암 검진, 추가 검사 등의 비용은 조성 대상이 되지 않습니다.

※ 인간독 검사항목은 공익사단법인 일본 인간독 학회가 설정한 검사항목을 충족시킬 필요가 있습니다.

이럴 경우에는 시구정촌에 신고를

이럴 때는	필요한 것과 수속	시기
다른 시구정촌으로 전출할 때	피보험자증의 반환	전출할 시기가 결정되었을 때
다른 시구정촌에서 전입했을 때	부담구분 등의 증명서 (오사카부 외로부터 전입한 경우)	신주소지에 거주하게 된 날부터 14일 이내
일정한 장애가 있는 상태가 되었을 때 (65세부터 74세인 분)	국민연금증서, 신체장애인수첩 등, 도장 (3페이지를 참조해 주십시오.)	광역연합에 의한 일정한 장애인정을 받고자 할 때
광역연합에 의한 장애인정을 철회할 때 (65세부터 74세인 분)	피보험자증의 반환, 도장 (3페이지를 참조해 주십시오.)	광역연합에 의한 장애인정의 철회를 희망할 때
피보험자가 사망하였을 때	피보험자증의 반환	사망신고 제출 후
	장제비 신청(24페이지를 참조해 주십시오.)	장례를 치렀을 때
생활보호대상이 되었을 때	피보험자증의 반환, 생활보호(수급)증명서	신속하게
생활보호대상에서 제외되었을 때	생활보호(폐지)증명서	신속하게

※상기 외에 필요한 서류나 수속이 있을 경우가 있으므로 거주하시는 시구정촌 담당창구로 확인해 주십시오.



◇ 알 림 ◇

● 전화금융 사기 및 개인정보 사취 등에 조심하십시오!

광역연합이나 시정촌 직원 등으로 가장한 환부금 사기 등의 사건이 자주 발생하고 있습니다!

후기고령자 의료제도에 관한 의심스러운 전화•방문 등이 있었을 때에는 바로 그 지시에 따르지 마시고, 광역연합이나 거주지의 시구정촌 담당창구로 확인 문의를 해 주시기 바랍니다.

만약, 피해를 입으셨을 경우에는 신속하게 경찰서로 신고해 주십시오.

● 의료기관에서의 진찰이나 약국에서의 약 조제에 관하여

현재, 공휴일과 야간에 가벼운 증상을 가진 환자들의 구급 의료 진찰이 늘어나 긴급성이 높은 중증환자분들의 치료가 어려워지고 있습니다. 안심할 수 있는 의료를 위해 아래 사항에 배려해 주시기 바랍니다.

☆평일 시간 안에 진찰을 받을 수 있는지 생각해 봅시다.
☆항상 진찰을 받는 주치의를 두고 걱정되는 증상은 주치의에게 일단 상담받도록 합시다.
☆중복되는 검사나 투약으로 오히려 건강에 악영향을 줄 염려가 있습니다. 동일한 병으로 복수의 의료기관에 진찰을 받는 일은 삼가합시다.
☆약이 남아 있을 때나 일반적으로 비용을 줄일 수 있는 제네릭의약품의 이용에 대해 의사나 약사에게 상담합시다.

문 의 처 오사카부 후기고령자의료 광역연합

피보험자증, 보험료 등에 관한 것	자격관리과	☎ 06-4790-2028
고액요양비, 건강검진, 의료비통지 등에 관한 것	급부과	☎ 06-4790-2031
예산, 홍보, 의회 등에 관한 것	총무기획과	☎ 06-4790-2029

우편번호 540-0028 오사카시 주오구 도키와마치 1-3-8(주오오도리 FN빌딩 8층)
팩스06-4790-2030(각 과 공통)
홈페이지 http://www.kouikirengo-osaka.jp/
또는, 거주지 시구정촌 후기고령자의료 담당과

이 책자는 2018년 6월 1일 현재의 제도내용을 기재한 것입니다. 향후 제도의 재검토에 의해 기재내용이 현행 제도와 달라질 수도 있습니다. 이 점 양해해 주시기 바랍니다.

VEGETABLE OIL INK この冊子は環境に配慮し、植物油インキを使用しています
無断転載・複製禁止 ©