

第8章 国民健康保険制度について

1 国民健康保険制度

担当課 国保年金課 ☎ 2 2 5 - 2 1 2 0

国民健康保険（国保）は、加入者が納付する保険料等を財源とし、各都道府県が当該都道府県内の市町村とともに運営する医療保険制度です。各職場の健康保険（全国健康保険協会・組合管掌健康保険や共済組合等）の加入者とその被扶養者、生活保護を受けている世帯に属する方、後期高齢者医療制度に加入している方を除いて、すべての方が国保の被保険者となります。

届出を行う際は、次の書類も併せてお持ちください。

- 世帯主の個人番号を確認できる書類
- 加入や脱退等をする方の個人番号を確認できる書類
- 来庁する方の本人確認ができる書類
- 世帯主以外の方が来庁する場合は、委任状などの代理権を確認できる書類
- 保険料の還付がある場合は、印鑑、通帳など振込先の分かるものが必要です。

令和6年12月2日に、従来(紙)の国民健康保険被保険者証の新規発行を終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行しました。マイナ保険証をお持ちでない方には「資格確認書」、お持ちの方には「資格情報のお知らせ」を交付します。

(1) 資格

区 分	内 容
国保加入の届出	○転入したとき ・転出証明書が必要です。 ○職場の健康保険を脱退したとき／職場の健康保険の被扶養者からはずれたとき ・職場の保険を脱退した証明書が必要です。 ○生活保護を利用しなくなったとき ・保護廃止決定通知書が必要です。 必ず14日以内に国保年金課へ届出をしてください。 国民健康保険資格確認書は原則郵送となります。 転入、入国以外の国保新規加入で運転免許証等により本人（世帯主又は同世帯の方）の確認ができた場合、窓口で交付します。
国保脱退の届出	○転出するとき ・国民健康保険被保険者証又は国民健康保険資格確認書が必要です。 ○職場の健康保険などに加入したとき／職場の健康保険の被扶養者になったとき ・職場の資格情報のお知らせ又は資格確認書と国民健康保険被保険者証又は国民健康保険資格確認書が必要です。 ○生活保護を利用し始めたとき ・国民健康保険被保険者証又は国民健康保険資格確認書と保護開始決定通知書が必要です。 ○死亡したとき ・国民健康保険被保険者証又は国民健康保険資格確認書が必要です。 必ず14日以内に国保年金課へ届出をしてください。

区 分	内 容
その他の届出	○住所、世帯主、氏名などが変わったとき ・国民健康保険被保険者証又は国民健康保険資格確認書と本人確認ができる書類が必要です。 ○国民健康保険被保険者証、国民健康保険資格確認書又は資格情報のお知らせをなくしたとき ・本人確認ができる書類が必要です。 ○修学のため、市外に住むとき ・国民健康保険被保険者証又は国民健康保険資格確認書と在学証明書又は学生証、住民票(新住所地のもの)が必要です。

(2) 保険料

国民健康保険料

区 分

内 容

保険料を納めるのは、国保の加入者であるかに関わらず、各世帯の世帯主です。ただし、保険料は加入者分のみとなります（40歳以上65歳未満の加入者については、介護納付金分も合わせてかかります。）。

医療給付費分、後期高齢者支援金等分及び介護納付金分とも、次の3方式によって定める保険料率等により算出した合計額です。

○保険料率等（令和7年度）

項 目	計 算 方 法	医療分	後期分	介護分
所得割率	前年の所得を基準として算出	6.24%	2.11%	2.12%
均等割額	加入被保険者一人当たり	25,744円	8,887円	10,123円
平等割額	一世帯当たり	23,575円	8,138円	6,899円
賦 課 限 度 額		660,000円	260,000円	170,000円

○納付方法

毎年6月に納入通知書を加入世帯の世帯主に送付します。6月を第1期として、翌年3月の第10期まで、年10回の納付となっております。厚木市内に本・支店のある金融機関（ゆうちょ銀行を含む）又はコンビニエンスストアで直接納付していただく自主納付と口座振替のほかに、パソコンや携帯電話、ＡＴＭからペイジー（※）を利用したお支払や、クレジットカード（モバイルレジを利用）、Pay Payなどのスマホアプリによるお支払もできます。

※ペイジーとは、金融機関のインターネットバンキングやペイジー対応のＡＴＭから納付できるサービスです。

なお、65歳以上75歳未満の世帯主の方であって、次の①～③のすべてに当てはまる方は、年金から、保険料を差し引いて納めていただくこと（特別徴収）になります。

① 世帯主が国民健康保険に加入しており、世帯内の国民健康保険の被保険者全員が65歳以上75歳未満であること。

② 世帯主の介護保険料が特別徴収されていること。

③ 特別徴収の対象となる公的年金（複数の年金を受給している場合は、政令で定められた優先順位によるいずれか一種類の年金）の年額が18万円以上であり、国民健康保険料と介護保険料を合わせてその年金支給額の1/2を超えないこと。

○未就学児（平成31年4月2日以降に生まれた方）は、医療給付費分と後期高齢者支援金等分の均等割が半額になります。

○産前産後期間相当分の保険料免除について

令和5年11月以降に出産又は出産予定の国民健康保険被保険者を対象に、申請により産前産後相当期間の保険料を免除します。

○保険料の納付相談

災害、失業、病気等により保険料の納付が困難になったときには、申請により保険料の分割納付、減免が認められる場合があります。早めに国保年金課までご相談ください。

(3) 給付

被保険者の疾病、負傷、出産又は死亡に関して、国民健康保険が必要な保険給付を行います。

区	分	内	容
療養の給付		病院等にかかる場合、費用額から給付割合を差し引いた一部負担金を払うだけで治療を受けることができます。	
		○給付割合	小学校以上70歳未満 7割 小学校就学前 8割 70歳以上 8割（現役並み所得者 7割）
入院時食事（生活）療養費		入院時の食事については、患者が一定額（標準負担額）を支払い、残りを国保が負担します。	
		○標準負担額（1食当たり）【令和6年5月31日まで】	
		① 住民税課税世帯	460円
		② 住民税非課税世帯(90日までの入院)	210円
		(90日を超える入院)	160円
		③ 住民税非課税世帯で所得が一定基準に満たない70歳以上の方	100円
		○標準負担額（1食当たり）【令和7年3月31日まで】	
		① 住民税課税世帯	490円
		② 住民税非課税世帯(90日までの入院)	230円
		(90日を超える入院)	180円
		③ 住民税非課税世帯で所得が一定基準に満たない70歳以上の方	110円
		○標準負担額（1食当たり）【令和7年4月1日から】	
		① 住民税課税世帯	510円
		② 住民税非課税世帯(90日までの入院)	240円
		(90日を超える入院)	190円
		③ 住民税非課税世帯で所得が一定基準に満たない70歳以上の方	110円
		※②の世帯で直近12箇月に90日を超える入院をしたことがある方及びマイナ保険証を利用していない方は、「標準負担額減額認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要になりますので申請してください。	
		○申請に必要なもの	
		① 世帯主の本人確認書類又は写し	
		② 90日を超える入院は、入院日数を証明できる領収書等	
		○その他	
		マイナ保険証又は「標準負担額減額認定証」若しくは「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示せずに支払いをした場合、保険者が認めたときは差額を支給する場合があります。	
		※申請には領収書・印鑑（世帯主以外の口座に振り込む時）・世帯主名義の振込先がわかるものがが必要です。	

区 分	内 容																		
療養費	次のような場合は、一度全額自己負担となりますが、その後申請に基づき、自己負担分を除いた額を支給します。																		
	<table><tr><th>こんなとき</th><th>申請に必要なもの</th></tr><tr><td rowspan="2">急病など、緊急その他やむをえない理由で、医療機関に確認書等を提示できなかったとき</td><td>診療報酬明細書（レセプト）</td></tr><tr><td>領収書</td></tr><tr><td rowspan="2">コルセットなどの補装具を購入したとき（医師が必要と認めた場合のみ）</td><td>補装具を必要とした医師の証明書</td></tr><tr><td>費用の明細がわかる領収書等</td></tr><tr><td rowspan="3">はり・きゅう、マッサージの施術を受けたとき（医師が必要と認めた場合のみ）</td><td>はり・きゅう、マッサージ支給申請書</td></tr><tr><td>領収書</td></tr><tr><td>医師の同意書</td></tr><tr><td>接骨院にかかったとき</td><td>施術内容と費用の明細がわかる領収書等</td></tr><tr><td rowspan="3">輸血のための生血の費用を負担したとき（親族から血液を提供された場合を除く）</td><td>医師の理由書か診断書</td></tr><tr><td>輸血用生血液受領証明書</td></tr><tr><td>輸血提供者の領収書</td></tr></table>	こんなとき	申請に必要なもの	急病など、緊急その他やむをえない理由で、医療機関に確認書等を提示できなかったとき	診療報酬明細書（レセプト）	領収書	コルセットなどの補装具を購入したとき（医師が必要と認めた場合のみ）	補装具を必要とした医師の証明書	費用の明細がわかる領収書等	はり・きゅう、マッサージの施術を受けたとき（医師が必要と認めた場合のみ）	はり・きゅう、マッサージ支給申請書	領収書	医師の同意書	接骨院にかかったとき	施術内容と費用の明細がわかる領収書等	輸血のための生血の費用を負担したとき（親族から血液を提供された場合を除く）	医師の理由書か診断書	輸血用生血液受領証明書	輸血提供者の領収書
	こんなとき	申請に必要なもの																	
	急病など、緊急その他やむをえない理由で、医療機関に確認書等を提示できなかったとき	診療報酬明細書（レセプト）																	
		領収書																	
	コルセットなどの補装具を購入したとき（医師が必要と認めた場合のみ）	補装具を必要とした医師の証明書																	
		費用の明細がわかる領収書等																	
	はり・きゅう、マッサージの施術を受けたとき（医師が必要と認めた場合のみ）	はり・きゅう、マッサージ支給申請書																	
		領収書																	
		医師の同意書																	
	接骨院にかかったとき	施術内容と費用の明細がわかる領収書等																	
	輸血のための生血の費用を負担したとき（親族から血液を提供された場合を除く）	医師の理由書か診断書																	
		輸血用生血液受領証明書																	
		輸血提供者の領収書																	
	※世帯主の本人確認書類又は写し、印鑑（世帯主以外の口座に振り込む時）、世帯主名義の振込先のわかるものは、いずれの場合にも必要です。																		
※国民健康保険を取り扱う接骨院で施術を受けた場合、通常は医療機関と同様に、一部負担金の支払で済みますので、手続は不要です。																			
※療養費は医療処置が適切であったか、審査機関（神奈川県国民健康保険団体連合会）による審査が必要になりますので、申請から支給まで2～3箇月かかります。																			
※費用を支払った日の翌日から起算して2年を経過すると時効となり、支給されませんのでご注意ください。																			
※医師の同意のない単なる肩こり、筋肉疲労に対する施術は、療養費（保険診療）の対象になりません。																			
海外療養費	海外で疾病、負傷した場合の費用を療養費として支給します。疾病等の範囲は、その医療行為が国内で認められる場合に限られます。治療目的の渡航の場合はこの制度の対象外となります。																		
	○給付割合 療養の給付と同じ																		
	○申請に必要なもの																		
	① 診療内容明細書（日本語の翻訳文を添付）																		
	② 領収明細書（日本語の翻訳文を添付）																		
	③ 領収書（原本）																		
	④ 渡航事実の確認ができるもの（パスポート等）																		
	⑤ 印鑑（世帯主以外の口座に振り込む時）																		
	⑥ 世帯主名義の振込先がわかるもの																		
	※海外療養費の額は、基本的には、日本の病院等で同様の疾病等について療養の給付等を受けた場合の額を標準額として決定します。具体的には、標準額と比べ実費額が多い場合は標準額から被保険者の一部負担金を控除した額、少ない場合は実費額から被保険者の一部負担金を控除した額を支給します。																		
※詳しくは、渡航前に国保年金課までご相談ください。																			

区 分	内 容																					
高額療養費	国民健康保険被保険者が病院等で受診したときに支払った一部負担金が自己負担限度額を超えた場合、申請すると超えた額が支給されます。																					
	○一部負担金の計算方法																					
	・月ごとに計算（月の初日から末日までを1箇月として計算）。																					
	・病院・診療所ごとに計算。																					
	・同じ病院等でも入院と外来は別に計算。																					
	・歯科は別に計算。																					
	・差額ベッド料等、保険診療の対象とならないものは除く。																					
	・入院時の食事代の標準負担額は除く。																					
	※70歳以上の方は、病院、診療所、歯科の区別なく、合算。																					
	○高額療養費の自己負担限度額																					
（表1）70歳未満の自己負担限度額（月額）																						
	<table><tr><th>所得区分</th><th colspan="2">自己負担限度額の計算</th></tr><tr><td>ア</td><td>252,600円＋（医療費－842,000円）×1％</td><td>【140,100円】</td></tr><tr><td>イ</td><td>167,400円＋（医療費－558,000円）×1％</td><td>【93,000円】</td></tr><tr><td>ウ</td><td>80,100円＋（医療費－267,000円）×1％</td><td>【44,400円】</td></tr><tr><td>エ</td><td>57,600円</td><td>【44,400円】</td></tr><tr><td>オ</td><td>35,400円</td><td>【24,600円】</td></tr></table>	所得区分	自己負担限度額の計算		ア	252,600円＋（医療費－842,000円）×1％	【140,100円】	イ	167,400円＋（医療費－558,000円）×1％	【93,000円】	ウ	80,100円＋（医療費－267,000円）×1％	【44,400円】	エ	57,600円	【44,400円】	オ	35,400円	【24,600円】			
所得区分	自己負担限度額の計算																					
ア	252,600円＋（医療費－842,000円）×1％	【140,100円】																				
イ	167,400円＋（医療費－558,000円）×1％	【93,000円】																				
ウ	80,100円＋（医療費－267,000円）×1％	【44,400円】																				
エ	57,600円	【44,400円】																				
オ	35,400円	【24,600円】																				
	（表2）70歳以上75歳未満の自己負担限度額（平成30年8月以降）																					
	<table><tr><th>区 分</th><th>外来（個人単位）の限度額</th><th>外来+入院（世帯単位）の限度額</th></tr><tr><td>現役並みⅢ（課税所得690万円以上）</td><td>252,600円+（医療費-842,000円）×1％</td><td>【140,100円】</td></tr><tr><td>現役並みⅡ（課税所得380万円以上）</td><td>167,400円+（医療費-558,000円）×1％</td><td>【93,000円】</td></tr><tr><td>現役並みⅠ（課税所得145万円以上）</td><td>80,100円+（医療費-267,000円）×1％</td><td>【44,400円】</td></tr><tr><td>一 般</td><td>18,000円 （年間上限額144,000円）</td><td>57,600円 【44,400円】</td></tr><tr><td>低所得者Ⅱ</td><td>8,000円</td><td>24,600円</td></tr><tr><td>低所得者Ⅰ</td><td>8,000円</td><td>15,000円</td></tr></table>	区 分	外来（個人単位）の限度額	外来+入院（世帯単位）の限度額	現役並みⅢ（課税所得690万円以上）	252,600円+（医療費-842,000円）×1％	【140,100円】	現役並みⅡ（課税所得380万円以上）	167,400円+（医療費-558,000円）×1％	【93,000円】	現役並みⅠ（課税所得145万円以上）	80,100円+（医療費-267,000円）×1％	【44,400円】	一 般	18,000円 （年間上限額144,000円）	57,600円 【44,400円】	低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円	低所得者Ⅰ	8,000円	15,000円
区 分	外来（個人単位）の限度額	外来+入院（世帯単位）の限度額																				
現役並みⅢ（課税所得690万円以上）	252,600円+（医療費-842,000円）×1％	【140,100円】																				
現役並みⅡ（課税所得380万円以上）	167,400円+（医療費-558,000円）×1％	【93,000円】																				
現役並みⅠ（課税所得145万円以上）	80,100円+（医療費-267,000円）×1％	【44,400円】																				
一 般	18,000円 （年間上限額144,000円）	57,600円 【44,400円】																				
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円																				
低所得者Ⅰ	8,000円	15,000円																				
	※各表いずれも、【】内は過去12箇月以内に4回以上高額療養費の支給があった場合の4回目以降の限度額です。また、年間上限額は、8月から翌年7月までの累計額に対して適用されます。																					

区 分	内 容
高額療養費	《計算方法》 ① 70 歳以上 75 歳未満の方に係る外来の医療費の一部負担金を個人単位で合算して、個人ごとの限度額を超えた分を支給します。 ② 70 歳以上 75 歳未満の方に係る医療費の一部負担金を世帯単位で合算して、世帯ごとの限度額を超えた分を支給します。 ③ 同じ世帯で 70 歳以上 75 歳未満の方に係る医療負担額と 70 歳未満の方に係る医療費の一部負担金 (21,000 円以上のものに限る) を合算し、(表 1) の限度額を超えた分を支給します。 ※限度額等は国民健康保険加入者の所属する世帯の所得によって区分されます。 基準となる所得は 1 ～ 7 月診療分は前々年、8 ～ 12 月診療分は前年の所得になります。ただし、所得の申告をしていないと上位所得世帯となりますので、所得のない方でも必ず住民税の申告をしてください。 ※アは、国民健康保険料の算定の基礎となる基礎控除後の総所得金額等が 901 万円を超える世帯。 ※イは、国民健康保険料の算定の基礎となる基礎控除後の総所得金額等が 600 万円を超えて 901 万円以下の世帯。 ※ウは、国民健康保険料の算定の基礎となる基礎控除後の総所得金額等が 210 万円を超えて 600 万円以下の世帯。 ※エは、国民健康保険料の算定の基礎となる基礎控除後の総所得金額等が 210 万円以下の世帯。 ※オは、住民税非課税世帯。 ※現役並み所得者は、国民健康保険に加入している 70 歳以上の被保険者で、住民税課税所得 145 万円以上の方が同一世帯に 1 人でもいる方。 ※70 歳以上の国保被保険者の収入の合計が 520 万円 (単身の場合 383 万円) 未満の場合は、申請により一般 (2 割負担) に変更できます。 ※低所得者Ⅱは、同一世帯の世帯主及び国保被保険者が住民税非課税の方 (低所得者Ⅰ以外の方)。 ※低所得者Ⅰは、同一世帯の世帯主及び国保被保険者が住民税非課税で、その世帯の各所得が必要経費・控除 (年金の所得は控除額を 80 万円 (令和 7 年 8 月からは 806,700 円) として計算。給与所得がある場合は給与所得から 10 万円を控除) を差し引いたときに 0 円となる方。※高額療養費の申請は、診療月の翌月の 1 日から起算して、2 年を過ぎると受付できません。 ※高額療養費は、病院等からの診療報酬明細書 (レセプト) をもとに計算しますので、実際に病院等に支払った一部負担金とは異なる場合があります。 ※75 歳到達月の限度額は、本来額の 1/2 の額となります。(1 日生まれを除く) ※会社都合及び正当な理由による自己都合での離職 (非自発的失業) をした方については、給与所得を一定の期間 100 分の 30 とみなして区分判定します。

区 分	内 容
高額療養費	《限度額適用認定証》 診療時に、マイナ保険証を病院等へ提示することにより、病院等の窓口での自己負担額が世帯の所得状況に応じた限度額までで済むようになります。 マイナ保険証を利用していない方は、申請に基づき「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」を交付いたします。 ○対象 国民健康保険料を滞納していない世帯の方で、70歳未満の方、70歳以上で住民税非課税世帯の方及び70歳以上の現役並み所得者で住民税課税所得が145万円以上690万円未満世帯の方 ○申請に必要なもの ① 世帯主の本人確認書類又は写し ② 住民税非課税世帯の方で、入院日数が90日を超える場合は、それを証明できる領収書等 ※月の途中で申請されても、原則申請月の1日から有効の証を交付します。 ※70歳以上の方で一部負担金の割合が2割の方（非課税世帯の方を除く）と、課税所得690万円以上の方は、交付されている「国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証」又は「国民健康保険資格確認書」が限度額適用認定証と同じ役割を果たします。 《高額療養費受領委任払制度》 国民健康保険料を滞納していない世帯の方で、医療費の一部負担金の支払いが困難な場合、自己負担限度額だけを病院等に支払い、申請して受け取るべき高額療養費の受領を病院等へ委任し、後日支給額が決定したときに、市が直接病院等へ支払う制度です。 ○申請に必要なもの ①世帯主の本人確認書類又は写し ②医療機関等からの請求書

区 分	内 容																										
高額介護 合算療養費	同一世帯における「国民健康保険の自己負担額」と「介護保険の利用者負担額」の1年間（毎年8月1日から翌年7月31日）の合計額が自己負担限度額を超えた場合、申請すると超えた額が支給されます。 ○自己負担限度額 世帯全体又は70歳未満の世帯 <table border="1"> <tr> <th>所得区分</th><th>自己負担限度額</th></tr> <tr> <td>ア</td><td>212万円</td></tr> <tr> <td>イ</td><td>141万円</td></tr> <tr> <td>ウ</td><td>67万円</td></tr> <tr> <td>エ</td><td>60万円</td></tr> <tr> <td>オ</td><td>34万円</td></tr> </table> 70歳以上75歳未満 <table border="1"> <tr> <th>所得区分</th><th>自己負担限度額</th></tr> <tr> <td>現役並みⅢ</td><td>212万円</td></tr> <tr> <td>現役並みⅡ</td><td>141万円</td></tr> <tr> <td>現役並みⅠ</td><td>67万円</td></tr> <tr> <td>一般</td><td>56万円</td></tr> <tr> <td>低所得者Ⅱ</td><td>31万円</td></tr> <tr> <td>低所得者Ⅰ</td><td>19万円（注）</td></tr> </table> ※所得区分は、高額療養費の区分と同様です。P. 87～P. 88を参照してください。 （注）介護サービス利用者が世帯に複数いる場合は31万円	所得区分	自己負担限度額	ア	212万円	イ	141万円	ウ	67万円	エ	60万円	オ	34万円	所得区分	自己負担限度額	現役並みⅢ	212万円	現役並みⅡ	141万円	現役並みⅠ	67万円	一般	56万円	低所得者Ⅱ	31万円	低所得者Ⅰ	19万円（注）
所得区分	自己負担限度額																										
ア	212万円																										
イ	141万円																										
ウ	67万円																										
エ	60万円																										
オ	34万円																										
所得区分	自己負担限度額																										
現役並みⅢ	212万円																										
現役並みⅡ	141万円																										
現役並みⅠ	67万円																										
一般	56万円																										
低所得者Ⅱ	31万円																										
低所得者Ⅰ	19万円（注）																										
移送費	病気やケガなどで移動が困難な方が、医師の指示によりやむを得ず他の病院等に移送されたときなどに、その移送に要した費用が審査の上、認められた場合に支給します。 ○支給額 最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用から算定した額 ○支給要件 ・ 移送の目的が、医師の指示により医療上必要な治療を施すことにあり、かつ保険診療として適切であること ・ 自力による移動が困難なこと ・ 患者の症状からみて、直ちに診療を受けなければならない緊迫した状態が生じていること ○申請に必要なもの ① 移送を必要とする医師の意見書 ② 移送の内容がわかる明細書 ③ 費用の明細がわかる領収書 ④ 世帯主の本人確認書類又は写し ⑤ 印鑑（世帯主以外の口座に振り込む時） ⑥ 世帯主名義の振込先がわかるもの																										

区 分	内 容
第三者行為 の届出	交通事故など第三者によって受けたケガの治療費について、加害者から賠償が遅れる場合等は届出により国民健康保険を利用することができます。国民健康保険が保険給付費分を一時的に立て替えますが、後から加害者に請求します。 加害者から治療費を受け取ったり、示談を済ませたりすると、国民健康保険が使えなくなります。示談をする前に、必ず国保年金課に相談してください。
出産育児 一時金	国民健康保険の加入者が分娩したとき、出産児一人につき50万円を世帯主に対して支給します。妊娠85日（12週）以上であれば、死産・流産等でも支給します。 ※他の健康保険等から出産育児一時金に相当する給付を受ける場合は、国民健康保険から出産育児一時金は支給しません。 ○出産育児一時金直接支払制度を利用する場合 医療機関等の窓口で直接支払制度を利用する旨の合意文書を医療機関等と取り交わすことで、医療機関等に直接、出産育児一時金の支給額を支払います。なお、分娩費用が50万円を下回った場合は、その差額分について国保年金課の窓口で支給手続きを行ってください。 ○出産育児一時金直接支払制度を利用しない場合 分娩にかかった費用を医療機関等に先に支払い、後から出産育児一時金を国保年金課に請求してください。 ○申請に必要なもの ① 世帯主の本人確認書類又は写し ② 母子健康手帳 ③ 直接支払制度を利用しない旨の合意文書（原本） ④ 医療機関等が発行した領収明細書 ⑤ 振込先のわかるもの（世帯主名義） ※直接支払制度が利用できない場合等御不明な点は、国保年金課までご相談ください。
葬祭費	国民健康保険の加入者が亡くなったとき、葬祭を行った方に対し葬祭費として50,000円を支給します。 ○申請に必要なもの ① 葬儀費用負担者の本人確認書類 ② 葬儀費用負担者名義の以外の振込先に振込希望の場合は委任状 ③ 葬儀費用負担者の振込先がわかるもの ④ 葬儀代の領収書、会葬礼状等

区 分	内 容
一部負担金の減額・免除・徴収猶予	国民健康保険では、災害等により資産に重大な損害を受けた場合や事業若しくは業務の休廃止又は失業により収入が著しく減った場合など、特別な理由で一時的に一部負担金を支払うことが困難な場合に、一部負担金を減額・免除、徴収猶予する制度があります。 ○対象となる世帯 国民健康保険の被保険者で、次のいずれかに該当したことにより、その生活が著しく困窮し、一部負担金の支払が困難な世帯 ① 地震、風水害、火災、その他これらに類する災害(以下「災害」という。)により死亡し、若しくは心身に障がいを受けたとき又は資産に重大な損害を受けたとき。 ② 事業若しくは業務の休廃止又は失業により、収入が著しく減少したとき。 ③ 干ばつ、冷害又は凍霜害等による農作物の不作、その他これらに類する理由により収入が著しく減少したとき。 ・以上の事実が発生した月から6箇月を経過していないこと。 ・国民健康保険料に滞納がないこと。ただし、分納納付により計画的に納付されている場合及び国民健康保険料の滞納について特別な事情が認められる場合は、この限りではありません。 ○減免の基準 実収月額（生活保護法の規定による保護の要否判定に用いられる収入認定額）が基準生活費（生活保護法による保護の基準に規定する生活扶助基準、教育扶助基準及び住宅扶助基準を用いて算出した額に10分の11を乗じて得た額）の120パーセント以下の場合に減免等の対象となります。また、災害により居住する家屋が半壊又は半焼以上の損害を受けたときは免除の対象となります。 ○その他 本人又はその家族の方の収入、資産の申告をしていただきます。 審査の結果、一定基準以上の収入、資産がある場合は対象となりません。

(4) 保健

区 分	内 容
特定健康診査 特定保健指導	【特定健康診査】 糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満、代謝異常、高血圧が合併した状態）に着目した健診です。 ○対象 40歳～74歳の厚木市国民健康保険加入者 ○期間 令和7年5月15日～令和8年2月14日 ○実施方法 施設健診 ○自己負担額 ・40歳～69歳 1,500円 ・40歳、45歳、50歳及び70歳以上 無料 ・市民税非課税世帯 無料（事前に申請が必要です。） ○診査内容 （基本的な項目） 質問票（服薬、喫煙歴等）、身体診察、身体計測（身長、体重、BMI、腹囲）、血圧、尿検査（糖、蛋白）、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLまたはNon-HDLコレステロール、AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP）、血糖、HbA1c、血清クレアチニン、尿潜血、尿酸値 （詳細な健診項目） 心電図、眼底検査、貧血検査 ※医師が必要と判断した場合に実施します。 ○その他 国保年金課で実施する人間ドック又はみなし健診助成事業を利用された方（又は申込み済みの方）は対象外です。 【特定保健指導】 特定健康診査等の結果を基に、対象者の階層化を行い、それぞれのライフスタイルに合わせた保健指導を実施します。 ○対象 特定健康診査を受診された方、国保年金課で実施する人間ドック又はみなし健診助成事業を利用した方 ○実施方法 国が示す基準により階層化し、「情報提供」、「動機付け支援」、「積極的支援」を行います。 ○その他 ・保健指導対象の方には、通知等で御案内します。 ・「情報提供」は受診者全員に結果説明と併せて健診実施機関で実施し「動機付け支援」、「積極的支援」は、国保年金課（委託機関を含む）又は健診実施機関で実施します。

区 分

内 容

容

人間ドック
助成事業

国民健康保険料を滞納していない世帯の20歳以上の方が厚木市指定の人間ドックの健診内容を全て受診し、受診後の健診結果の提供に同意いただける場合、助成金の申請ができます。

健診機関に人間ドックの予約をした後、国保年金課へ電話又は電子申請システムで申し込んでください。要件などを審査した上で助成決定者に助成券を交付します。

○助成金額

20歳～39歳：25,000円を限度

40歳～74歳：20,000円を限度

※年齢は受診年度到達年齢です。

75歳以上は後期高齢者医療制度の対象になります。

※いずれも年度内1人1回限りです。

○助成方法

指定健診機関で受診する場合は、助成券を提出することで助成金額を差引いた支払金額になります。

指定健診機関以外で受診する場合は、全額を支払い、後日、国保年金課へ助成金交付申請をしてください。（健診結果等書類の提出も必要です）

※特定健康診査を受診又はみなし健診助成事業を利用された方は対象外です。

(50音順)

No.	指定健診機関名	所 在 地	電 話
1	厚木消化器内科クリニック	妻田南1-16-36	223-1155
2	厚木佐藤病院	小野759	247-1211
3	かとうクリニック	旭町4-1-6-1	220-0330
4	神奈川県厚生農業協同組合連合会 保健福祉センター	酒井3132	229-3731
5	亀田森の里病院	森の里3-1-1	247-2121
6	近藤病院	東町3-3	221-2375
7	笹生循環器クリニック	旭町5-47-1	227-1919
8	湘南厚木病院	温水118-1	223-7815
9	仁厚会病院	中町3-8-11	221-3330
10	東名厚木メディカルサテライト クリニック	船子224	229-1937
11	徳川ファミリークリニック	上依知3002	281-8651
12	南毛利内科	愛甲2-11-9	270-6661
13	ヘルスケアクリニック厚木	旭町1-25-1 3階	227-1131
14	本厚木メディカルクリニック	泉町3-14 3階	227-6211
15	山口胃腸科クリニック	中町3-18-19 5階	222-0526
16	愛川北部病院	愛川町角田281-1	284-2323