

杉并区 2024年度版 国民健康保险指南

日本有“健康保险”这一制度。健康保险总体分为“公司（工作单位）的健康保险”和“以居住地区为单位的国民健康保险”两种；在日本国内办理了居民登记的任何人都须加入其中任意一种健康保险，外国人也不例外。

编制本手册的目的在于让各位外国人理解日本健康保险制度之一的“国民健康保险”的结构和手续等。

将杉并区的“国民健康保险证”交给今日加入办理加入手续的人。
请确认姓名、出生年月日以及住所等是否正确。

权利

被保险人在生病或受伤时，可以使用健康保险到医疗机构就诊，就诊时请向医疗机构出示保险证。
加入者在指定的医疗机构自己承担的金额为医疗费总额的2至3成。

义务

所有加入国民健康保险的人都有交纳保险费的义务。

目录

1 国民健康保险 (国保)制度 P. 1	2 国保的结构 P. 1	3 国民健康保险的 被保险人证 (保险证) P. 1	4 申请加入国保 P. 2	5 保险费 P. 4
6 关于保险费的减额 以及减免制度 P. 6	7 保险费的支付方法 P. 6	8 若不交纳保险费… P. 7	9 国保可提供的给付 P. 8	10 国保特定体检和 特定保健指导 P. 17

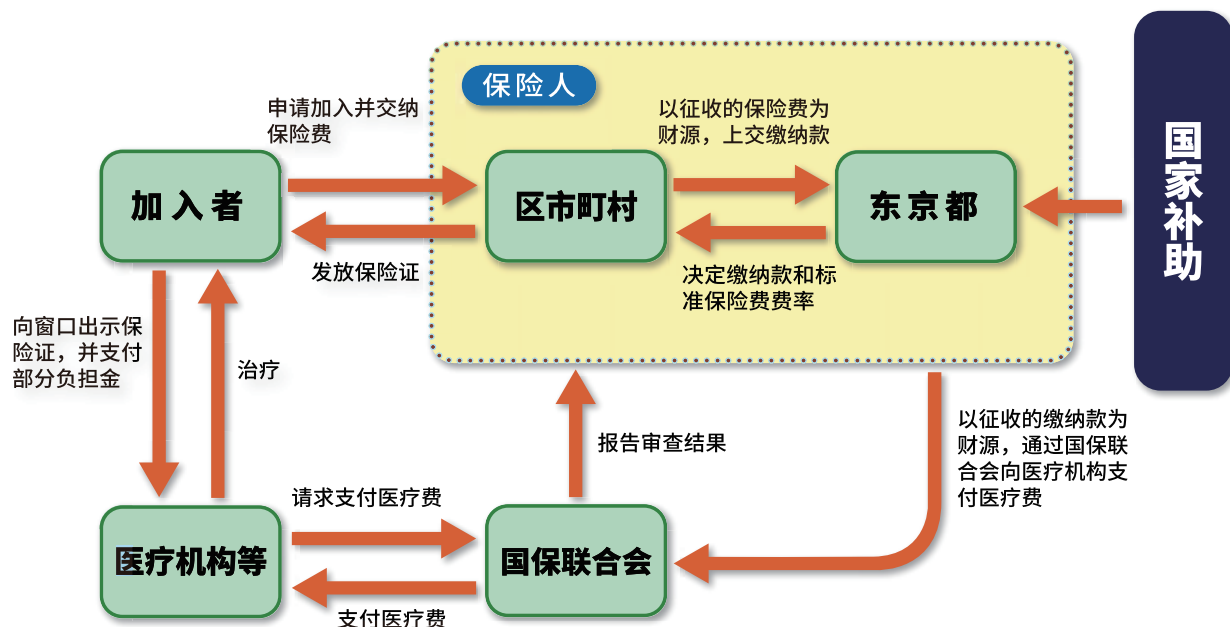
1 国民健康保险(国保)制度

国民健康保险(国保)是一种互助制度,被保险人(以下称为“加入者”)根据各自的收入共同交纳保险费,所交纳的保险费用于支付加入者的医疗费,以便加入者在生病或受伤时能放心接受治疗。各位加入者在生病或受伤时,有权利接受国保的医疗给付,相反,居民一旦加入国保,户主就负有交纳保险费的义务。

2 国保的结构

国保由大家所居住的都道府县和区市町村作为保险人来运营。作为保险人的各区市町村以各位加入者交纳的保险费、中央政府或东京都等的补助金等为财源,来开展医疗费支付(保险给付)等工作。

大家在医疗机构等看病时,只需负担(支付)部分医疗费就能接受治疗,剩余部分由国保支付给医疗机构。



3 国民健康保险的被保险人证(保险证)

联系方式 国保资格系 电话:03-5307-0641

(1) 妥善保管保险证

保险证是加入者的证明书,在医疗机构等接受治疗时需要此保险证。

※每位加入者均会获得1张保险证(个人卡),但仅限本人使用。

(2) 到医疗机构就诊时请出示保险证

在医疗机构就诊时,请务必向窗口出示保险证。医疗机构在确认患者已加入国保后,将会按已加入保险的标准收取医疗费。

(3) 有效期限

保险证有效期限记载于保险证的右上方。原则上为在留期届满的次日。如因未办理在留期限续签而导致住民登记被取消，则将丧失国保资格，从而导致保险证不能使用。因此请务必前往入国管理局办理在留期限延长手续。原则上，在法务省发送在留期限续签的联络之后，将立即通过简易挂号信将保险证寄出。

但是，若在留资格是通过“特定活动”续签的情况下，则需要确认“指定书”的内容方能交付保险证。这种情况下请持国民健康保险证、护照、在留卡、指定书，前往国保资格系或区民课区民系（区政府本厅舍）、区民办事处办理手续。

(4) 保险证的管理

- ① 领到保险证后，请务必确认住址、姓名和出生年月日等记载内容。
- ② 保险证因丢失或破损等而无法使用时，请申请补发。请携带身份证明（在留卡等）到国保资格系或区民事务所申请。若保险证在外出时丢失，请到警察署申报挂失。
※ 所持的保险证或资格证明书的期限较短的住民请到国保资格系办理。
- ③ 70 岁到 74 岁的被保险人，将会领取到记载有部分负担金比例的“国民健康保险高龄领受者证”。到医疗机构就诊时，请与保险证一同出示。
- ④ 不得将保险证出借给他人，或从他人借用保险证。否则，将会受到法律的惩罚。

(5) 关于2024年12月2日后医疗保险证的管理

自 2024 年 12 月 2 日起，将停止签发保险证。医疗保险制度诸功能将迁移至用于登记保险证的个人编号卡（以下称个人编号保险卡）。

但是，截至 2024 年 12 月 1 日前持有保险证的情况下，在其有效期间仍可使用（最长至 2025 年 9 月 30 日）。

2024 年 12 月 2 日之后，不持有有效保险证的人员，可使用个人编号保险卡。若不持有个人编号保险卡的人员，可使用“资格确认书”接受诊疗、配药。

4 申请加入国保

联系方式 国保资格系 电话：03-5307-0641

(1) 加入国保时

① 能加入的人和不能加入的人

已在区市町村登记居住，且在留期限超过 3 个月的外国人（在留资格超过 3 个月的人）必须加入国民健康保险。此外，持“公用”在留资格，且在留期限超过 3 个月的人，即使未办理居民登记也要加入国保。不能凭个人的意志不加入保险。

但是，符合下列任意一种情况的人不能加入。

- ① 已加入工作单位提供的其他日本公共健康保险的人（也包括作为其被抚养者加入的人）。
- ② 已加入后期高龄者医疗制度的人*
※ 从 75 岁的生日开始不是国保，而将过渡到后期高龄者医疗制度。
- ③ 接受生活保护的人
- ④ 在留资格属于“特定活动”，指定书内容显示为
 - a. 旅居目的为接受治疗，或照顾接受治疗人员的日常生活的人员
 - b. 居住期限在 1 年以内，以观光、休养或其它类似活动为目的的人（18 岁及以上）及其同行的配偶
※ 在留期限为 3 个月或以下，但符合以下条件的人，根据所提交的材料，可能也可以加入。

- 持“表演”、“技能实习”、“家族滞在”或“特定活动(上述(1)①④除外)”在留资格,且在留期限超过3个月的人
 - ※ 对于特定活动,通过订在护照上的“指定书”来确认。
- 虽然已加入国保,更新后的在留期限变为3个月或以下,并被消除了居民注册的人

② 加入手续

符合下列任意一种情况的人,必须在14天以内办理加入手续。若手续迟延,加入者必须补交迟延部分的保险费。

- ① 迁入(包含入境)时
办理居民登记时,请同时申请“国保加入”手续。
- ② 重新获得超过3个月的在留资格许可时
- ③ 因退職等而退出工作单位提供的其他日本公共健康保险的人(也包括不再是其被抚养者时)
请携带“健康保险资格丧失证明书”和身份证明(在留卡等)。
- ④ 孩子出生时
在留资格为“特定活动”的人请携带护照。
- ⑤ 已不再接受生活保护时
请携带“保护废止决定通知书”和身份证明(在留卡等)。

(2) 退出国保时

符合以下任意一种情况时,必须在14天之内办理退出手续,并退还保险证。

- ① 迁出(出境)时
请办理居民迁出申报。
 - ※ 加入者办理迁出境外的申报后,保险证将会从出境日的次日起变为无效。此外,迁出时若不办理迁出申报,加入者必须继续交纳保险费。
- ② 已加入工作单位提供的其他日本公共健康保险时(也包括作为其被抚养者加入时)
 - ※ 退出时若不办理退出手续,则变为双重加入,将被持续要求交纳国保的保险费。请携带已加入公司的健康保险证和国民健康保险证。
- ③ 已加入后期高龄者医疗制度时
 - ※ 无需办理退出手续。
- ④ 死亡时
- ⑤ 已接受生活保护时
- ⑥ 获得了以就诊或以照料就诊的人的日常生活为目的“特定活动”在留资格时
- ⑦ 在留资格丧失时(在留期限届满时)

★ 请注意

- 加入者在退出国保后不能使用保险证。若在无国保资格的情况下使用保险证,则必须退还保险人所负担的医疗费。
- 不能以保险费高或者不使用保险证(不去医院看病)等为理由而退出国保。
- 即使被保险人加入了留学生保险、生命保险(支付医疗给付金)或旅行伤害保险(这些保险属于私人健康保险,而非日本的公共健康保险),也不能退出国保。

(3) 其他申报

- ① 居住地址在区市町村内发生变化时
- ② 户主或姓名出现变化时
- ③ 入住杉并区以外的照护保险设施、残疾人设施或儿童福祉设施时
需要的材料因所办理的手续内容而异，请事先咨询国保资格系。
- ④ 需要变更在留期限或在留资格时
请到入国管理局申请，入国管理局审查官将会在在留卡的背面记入有效的在留期限和在留资格。
若不到入国管理局申请，可能会丧失国民健康保险的资格。

(4) 受理时间和受理场所

因各种申报的种类和申请的提交人(来窗口的人)的情况不同，所需的书面材料也不同，所以详情请向经办窗口咨询。

平日	上午 8:30 ~ 下午 5:00	国民资格系、区民课区民系、区民事务所
星期三	下午 5:00 ~ 晚上 7:00	区民事务所
星期六(第1周、第3周、第5周)	上午 9:00 ~ 下午 5:00	区民课区民系
星期六(第2周、第4周)	上午 9:00 ~ 下午 5:00	区民事务所

5 保险费

联系方式 国保资格系 电话：03-5307-0641

保险费从成为加入者的月份开始计算。居民一旦迁入(包含入境)区市町村，或退出日本的其他公共健康保险而加入国保，将会从国保资格成为事实(迁入〈包含入境〉或退出其他公共健康保险)的那一日起开始计算保险费。

(1) 保险费的计算方法

保险费以住户为单位交纳，先计算出每个加入者的金额后再进行合计，并由户主交纳。

医疗部分(用于支付医疗费)：

- I 医疗部分(用于医疗付款)
- II 后期高龄者支援金部分(用于支付后期高龄者的支援金等)
- III 照护部分(用于支付照护费，仅由 40 ~ 64 岁的人负担)

以上费用的总额为保险费金额。

此外，各区间都设定了以住户为单位的征收限额(一年之间交纳的最高额)。各区间的金额分别分为“所得比例金额”和“均摊金额”。

- ① 所得比例金额：根据住户内加入者的收入进行计算(所得额 × 费用比例)
- ② 均摊金额：根据住户内加入者的人数进行计算(均摊金额 × 加入者人数)，不受收入影响，由所有加入者都需负担

所得比例金额额算定基础的“所得额”为“征收标准金额(原但书所得)**”。

※征收标准金额(原但书所得)：“前一年的总所得金额等” - “基础扣除额(43 万日元)”

■ 每户的全年保险费金额 (2024年度)

I 医疗部分	① 所得比例金额	② 均摊金额
4月~次年3月 (征收限额 65 万日元)	$\text{所有加入者的征收标准金额} \times 8.69\%$	$49,100 \text{ 日元} \times \text{加入者人数}$
II 后期高龄者支援金部分	① 所得比例金额	② 均摊金额
4月~次年3月 (征收限额 24 万日元)	$\text{所有加入者的征收标准金额} \times 2.80\%$	$16,500 \text{ 日元} \times \text{加入者人数}$
III 照护部分	① 所得比例金额	② 均摊金额
4月~次年3月 (征收限额 17 万日元)	$40 \sim 64 \text{ 岁的加入者的征收标准金额} \times 2.20\%$	$16,500 \text{ 日元} \times 40 \sim 64 \text{ 岁的加入者人数}$

※ 全年保险费为从 4 月到次年 3 月为止。

学龄前孩童均摊金额减额

从2022年度起，以学龄前孩童(※)为对象，均摊金额减至50%。此外，有学龄前孩童的家庭的均摊金额减额（请参阅6(1)①。）时，亦学龄前孩童的均摊金额减至减额后的50%。

(※)每年以财年最后一天（3月31日）为截点，处于6岁以下的孩童。

(2) 保险费的通知

1年(从4月到次年3月为止)的保险费金额分为10次,加入者在6月~次年3月之间每月交纳一次。因此,保险费将会在6月以上一年中的所得额为根据被计算出,并通知给被保险人。但是,在年度中途加入国保时,保险费将会在加入月份的下一个月寄送给加入者。此外,因加入者的人数、收入等发生变化而导致保险费发生变化时,将会随时通知被保险人。

(3) 年度中途加入或退出国保时的保险费

若加入者在年度中途加入国保,则从加入的月份开始计算保险费;若加入者在年度中途退出国保,则保险费计算至退出月份的上月为止。

若加入者住址迁出境外或回国,在办理退出手续时,可能要支付不足部分的保险费。

年度中途加入
或
退出国保时的计算方法



$\frac{\text{以年度为单位的加入月数}}{12} \times \text{保险费年额}$

6 关于保险费的减额以及减免制度

联系方式 国保资格系 电话：03-5307-0641

(1) 保险费的减额制度

① 均摊金额的减额

若住户的上一年收入低于规定的基准金额，可以降低均摊金额。但是，包括户主在内的所有加入者需要进行收入申报。

② 减轻非自发性失业者的负担

在雇用保险的被保险人中，因公司倒闭或被解雇等非自发性理由而失业的未满65岁的人，通过申报可减轻保险费。申报需要“雇用保险给付金领取资格者证“或”雇用保险给付金领取资格通知”。减轻期间为从离职日次日所属月份到次年度末为止。

③ 产前产后期间保险费减免

2023年11月之后分娩的国民医疗保险被保险人，于2024年1月及其后的指定期间可享受保险费减免。

【指定期间】分娩（妊娠85日（4个月）以上分娩（预产）。包含死产、流产、早产和堕胎）

从当月前一个月起的4个月期间（多胎妊娠则为分娩（预产）的3个月前到6个月期间）

(2) 保险费的减免制度

加入者遭受灾害和疾病等特殊情况而导致生活明显变得困难时，可以申请减免保险费。能否减免须调查住户的生活状况后才能决定。

7 保险费的支付方式

联系方式 国保收纳系 电话：03-5307-0644

请在保险费的交纳期限（每月最后1日。但是，最后1日是金融机构停止营业日时为下一个营业日）为止交纳。

主要交纳方式如下：

(1) 通过银行转账

对于加入者来说，交纳保险费时，通过银行账户转账十分方便。可以从储蓄账户自动缴纳，并且只需办理一次手续，第二年度起自动续缴。

(2) 通过缴纳书交纳

① 窗口交纳

银行、信用金库、信用组合、邮政储蓄银行以及邮局等
（杉并区指定金融机构、特别区属公款收缴门店）
杉并区政府、区内各区民事务所、便利店

详情请浏览区主页。



② 无现金交纳

手机缴费APP



信用卡



网上银行、手机银行



8 若不交纳保险费…

联系方式 国保收纳系 电话：03-5307-0374

- ① 若加入者在交纳期限内未交纳保险费，将会向加入者寄送督促书。寄送督促书后若仍未确认到保险费已经交纳，将会以书面形式向加入者寄送催告。此外，也可能通过电话或上门催促，或以手机短信的方式通知加入者交纳保险费。
- ② 加入者收到督促书和催告书后仍未交纳保险费时，若无特别理由或咨询，可能会依据法律调查加入者的财产状况，进行查封财产*等滞纳处分。
* 查封财产：根据法律确保预存款等个人财产。
- ③ 若加入者长期不交纳保险费，将向加入者发放“短期保险证”。若加入者继续拖欠保险费，也不进行咨询，将要求加入者退还保险证，并向加入者发放“资格证明书”。届时，在医院等医疗机构窗口支付的医疗费将变为患者全额负担，日后再到区役所申请疗养费。

★无法交纳保险费的人请务必咨询国保！

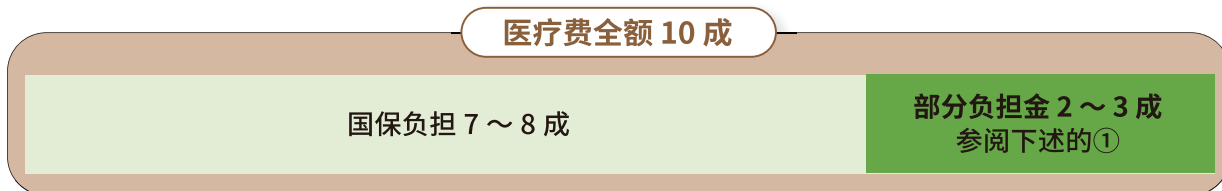
- 因失业或公司倒闭等不可抗原因导致难以缴纳保险费的人员，不知如何补缴滞纳保险费的情况下，请咨询国民保险出纳系。

9 国保可提供的给付

联系方式 国保给付系 电话：03-5307-0642

(1) 疗养给付

加入者因生病或受伤而到医疗机构就诊时，只要向医疗机构窗口出示保险证，则仅需支付部分医疗费(部分负担金)即可接受治疗。剩余的医疗费由国保支付。



① 部分负担金的比例



*1: 至满 6 周岁之后的最初的 3 月 31 日为止

*2: 请查阅记载有部分负担金比例的“高龄领受者证”。关于负担比例的判定标准，请咨询国保资格系。

② 国保可适用的治疗 (保险的适用对象)

- 医师或牙科医师的治疗
- 药剂或治疗材料的提供
- 治疗、手术或其它诊治
- 在家疗养
- 住院和护理

③ 国保不适用的治疗

下列情况时，不能使用国保。

- 健康诊断或短期住院综合体检
- 预防注射和预防接种
- 正常怀孕和正常分娩
*关于生育一次性支付金，请参阅第14页
- 以美容为目的的医疗、齿列矫正
- 业务相关的疾病或受伤
*上述医疗属于劳动者灾害补偿保险<劳灾>的对象。
- 因犯罪或故意行为造成的疾病和伤害
- 因打架或酒醉而导致生病或受伤

(2) 疗养费支付

被保险人因以下原因全额支付了医疗费时，请向国保给付系申请医疗费。经审查判定符合条件后，保险人将会向被保险人支付国保所应负担部分的医疗费(医疗费 的 7 ~ 8 成)(仅限适用于国民健康保险的对象)。

※ 请注意，如果自接受治疗之日的次日起已经超过 2 年，则无法再申请退款。

<疗养费的支付条件>

- ① 因旅行期间突发急病等紧急情况，未出具保险证就接受治疗，导致国保无法使用时。因万不得已的理由在不受理保险的医院接受治疗时。但是，若因被保险人根据自己的判断而在不受理保险的地方接受治疗，则不符合疗养费的支付条件。
- ② 根据医师的指示制作了治疗用具(围腰胸衣和石膏绷带等)时。
- ③ 经过医师的同意或诊断后，接受了针灸、艾灸或按摩治疗时。
因骨折或扭伤等原因在接骨院接受了柔道整复师的治疗时。
- ④ 因在海外旅行等期间突发急病或受伤，在海外的医疗机构接受了治疗时。但是，若以海外疗养为目的而接受治疗，则不符合疗养费的支付条件。
- ⑤ 在退出其它健康保险之后，国保加入手续正在办理期间接受了医疗机构的治疗时。但是，若国保加入手续延迟，仅当保险人判定延迟理由是不得以的，才能申请疗养费。
- ⑥ 被保险人支付了输血用的血液费用时(血液为亲人提供时除外)。

<手续所需的材料>

办理手续时，需要保险证、户主的银行帐号、以及每次申请所需的以下材料。

申请书可以到国保给付系领取。

- | | |
|------------|--|
| ① 医科 | → 诊疗报酬明细书、收据 |
| ② 齿科 | → 诊疗报酬明细书、收据 |
| ③ 配药 | → 配药报酬明细书、收据 |
| ④ 海外疗养费 | → 被保险人的护照(需要原件)、诊疗内容明细单、医疗费明细单、收据(需附译件，译件须注明翻译员的住址和姓名)、以及调查同意书(请到国保给付系领取，或从杉并区官方网站下载。) |
| ⑤ 假体 | → 医师意见书或诊断书(使用医用弹力服时，需要弹力服的穿着指南)、供应商的收据和明细单、鞋型矫正器的实物相片或穿着时的相片 |
| ⑥ 针灸、艾灸、按摩 | → 申请书(既定格式)、医师的同意书或诊断书、治疗费收据 |
| ⑦ 接骨(柔道整复) | → 申请书(既定格式)、医师同意书(骨折或脱臼时)、治疗费收据 |
| ⑧ 血液费用 | → 医师开具的证明书、输血用血液领取证明书、血液提供者开具的收据 |

(3) 移送费的支付

发生重病或重伤等紧急且不得已的情况，根据医师的指示需要住院或转院时产生的移送费(使用车辆等移送时)。但是，门诊及出院时产生的费用不被视为移送费。

※ 请注意，如果自患者交通费支付日的次日起已经超过 2 年，则无法再申请退款。

<手续所需的材料>

保险证、医师意见书(既定格式)、收据(记载有移送路径及方法的详情)、户主的银行帐号

即使被保险人出示了医生开具的证明书，根据审查结果，也存在不符合支付条款的可能性。

(4) 高额疗养费的支付

因生病或受伤到医疗机构就诊，所产生的医疗费超过自己负担限额时，超出部分的金额将作为高额疗养费支付给被保险人。

※ 若申请日至接受治疗月份的次月 1 日已超过 2 年，则无法申请。即使被保险人正在向各保险医疗机构等分期支付医疗费的部分负担金，高额疗养费的失效时间还是从接受治疗月份的次月 1 日开始起算。

(1) 高额疗养费的申请方法

在治疗月份的3个月后将寄送申请书给被保险人。申请书收到之后，由户主进行申请。

申请过一次之后，自第二次起将自动转账至首次申请时登记的账户中，无需再次申请（部分高额疗养费不在对象范围内）。

另外，若在医疗之前就能预计到会产生高额的医疗费，请事先到国保给付系领取限额适用认定证。在医疗机构窗口支付医疗费时，若同时出示限额适用认定证与保险证，被保险人最多只需支付自己负担限额。关于限额适用认定证的申请，请参阅第12页。

(2) 高额疗养费的计算方法

适用于高额疗养费的医疗费，按以下方法进行计算。

A. 以日历的月份为单位进行计算。

B. 以适用于保险的医疗费的部分负担金额为计算对象（但是，被保险人未满70周岁时，各个医疗机构（按医科，牙科，住院，门诊分类）的部分医疗费少于21,000日元，则不包括在计算对象内。

① 计算对象为一名时的计算方法

若住户里有1个人的医疗费为高额疗养费的对象，上述“A”和“B”中计算的金额超出下表中所示的自己负担限额时，超出部分的金额将被视为高额疗养费。

关于高龄领受者证适用者，首先仅计算门诊的高额疗养费。其次，若有住院的费用，算出门诊医疗费计算中剩余的自己负担限额（即门诊医疗费自己负担限额）与住院医疗费合计金额，然后计算超出门诊+住院的自己负担限额部分的金额（住院费用）。这些金额（包括门诊部分和住院部分）的合计金额构成高额疗养费。

自己负担限额

【未满70周岁的被保险人】

区间	自己负担限额	多次支付对象*4
征收标准金额*1 超过901万日元	252,600日元 + (医疗费总额 - 842,000日元) × 1%	140,100日元
征收标准金额 超过600万日元~901万日元及以下	167,400日元 + (医疗费总额 - 558,000日元) × 1%	93,000日元
征收标准金额 超过210万日元~600万日元及以下	80,100日元 + (医疗费总额 - 267,000日元) × 1%	44,400日元
征收标准金额210万日元以下	57,600日元	44,400日元
非居民税课税住户	35,400日元	24,600日元

【高龄领受者证适用者】

区间	自己负担限额		多次支付对象*4
	门诊（以个人为单位）	门诊+住院（以户为单位）	
在职水平收入Ⅲ (课税所得690万日元以上)	252,600日元 + (医疗费总额 - 842,000日元) × 1%	140,100日元	
在职水平收入Ⅱ (课税所得380日元或以上~未满690万日元)	167,400日元 + (医疗费总额 - 558,000日元) × 1%	93,000日元	

在职水平收入 I (课税所得 145 日元或以上~未满 380 万日元)		80,100 日元 + (医疗费总额 - 267,000 日元) × 1%	44,400 日元
一般		18,000 日元 (年额上限为 144,000 日元)	57,600 日元 44,400 日元
非居民税课税住户	低所得 II *2	8,000 日元	24,600 日元
	低所得 I *3		15,000 日元

*1: 征收标准金额…前一年的总所得金额等 - 基础扣除额 (43 万日元)。

*2: 低所得 II…户主以及国保加入者全员属于居民税非征税住户的人。

*3: 低所得 I…户主和国民医疗保险被保险人全员属于免征居民税对象, 每人公共养老金收入为 80 万日元以下, 且无其他收入的人员。

*4: 多次支付对象…过去一年间接受了 4 次或以上高额疗养费支付时的第 4 次起的自己负担限额。详情请参阅下述的“一年接受 4 次或以上的高额疗养费支付时”。

② 计算对象为多名时的计算方法

同一个月内相同住户的人发生与 (A) 及 (B) 相符的医疗费 (第 10 页) 时, 可以合并计算。

未满 70 周岁的医疗费与高龄领受者证适用者合并计算时, 须先分别计算高龄领受者证适用者的门诊医疗费和住院医疗费, 然后再加上未满 70 周岁的 21,000 日元或以上的金额, 若超过未满 70 周岁的自己负担限额, 将会支付高额疗养费。

③ 一年接受 4 次或以上的高额疗养费支付时

同一住户在一年内 (接受治疗月份的前 12 个月) 接受 4 次或以上的高额疗养费支付时, 从第 4 次起自己负担限额会发生变化。但是, 70 周岁及以上的人若仅接受门诊治疗, 所发生的高额疗养费的月份不包含在该次数内。

此外, 若在同一都道府县内迁居, 且迁居前后购买了国民医疗保险的情况下, 高额疗养费用申请将按累计次数计算。

		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
东京都	A 市	①	②	③						
	B 区				④	⑤	⑥	⑦		

▲ 从 A 市迁入 B 区

从此开始适用

④ 自己负担限额的特例

高额疗养费以月为单位进行计算, 若被保险人在月内迎来 75 周岁生日而过渡到后期高龄者医疗制度, 或者在同一都道府县内搬迁住址, 将分别按照移行前后的医疗保险制度支付自己负担限额。过渡到后期高龄者医疗制度, 医疗保险发生变化的人可享受特例, 移行月份 (仅限该月) 的自己负担限额将变为原来的 2 分之 1。

持有特定疾病疗养医疗证的人支付的部分负担金, 也适用于此特例。

高额疗养费贷款

收到高额疗养费申请书需要约 3 个月时间。在此期间长期住院可能需要支付高额的费用, 无法支付医疗费力的被保险人可以申请高额疗养费的贷款, 最多可提供高额疗养费的 9 成的无息贷款。

被保险人可以用其后申请的高额疗养费来偿还贷款。

申请需提前预约。请务必提前咨询以了解其他必要的贷款条件和文件。

(5) 限额适用认定证(限额适用和标准负担金额减额认定证)的交付

发生高额医疗费时,请事先领取“限额适用认定证”,在医疗机构窗口支付医疗费时,只要同时出示限额适用认定证和保险证,被保险人最多只需支付自己负担限额(第10页)。

70岁以上的收入分类属于“在职水平收入III”或“一般”的被保险人,向窗口出示高龄领受者证和保险证即可按自己负担限额支付费用,无需出示“限额适用认定证”。

此外使用个人编号保险证的人员无需提前申请限额适用认定证。但是,属于标准负担额减额(长期住院)的情况下需办理申请手续。

<手续所需的材料>

- ① 保险证
- ② 由同一住户的人办理手续时,需要户主的委任状和本人证件

住院期间伙食费的减额

住院期间的餐饮费用,每餐定额 490 日元(令和 6 年 5 月 31 日前为 460 日元)需自行承担(伙食疗养费标准负担金额)。非居民税课税住户可申请领取“限额适用和标准负担金额减额认定证”,并在住院时向医疗机构出示该证明与保险证,将会按下表所示地减轻被保险人住院期间的伙食费。

申请时请确认户主及国保加入者(被保险人)的全部成员是否都属于非居民税课税对象。若被保险人尚未申报,须先进行居民税的申报,在确认被保险人属于非居民税课税住户后,将会向其发放“限额适用和标准负担金额减额认定证”。

住院期间的伙食费不适用高额疗养费的支付条件。

住院时的用餐费(标准负担金额)

区间	用餐费(1餐)	
	截至令和6年5月31日	自令和6年6月1日起
居民税课税住户	460 日元	490 日元
未出示限额适用和标准负担金额减额认定证时		
未满70周岁的非居民税课税住户	210 日元*	230 日元
高龄领受者证适用者的低所得II		
高龄领受者证适用者的低所得I	100 日元	110 日元

* 免税家庭被保险人住院天数超过 90 天的情况下,自住院第 91 天后的申请日起,每餐餐饮费可减免至 180 日元(令和 6 年 5 月 31 日前为 160 日元)。符合条件的被保险人请办理申请手续。

<手续所需的材料>

- ① 保险证
- ② 由同一住户的人办理手续时,需要户主的委任状和本人证件
- ③ 医疗机构发行的收据等可证明住院日数的材料(仅限住院日数为 91 日或以上时)
- ④ 已领取的限额适用和标准负担金额减额认定证(仅限住院日数为 91 日或以上,且年度内首次申请时无需出示此证明)

(6) 高额照护合计疗养费的支付

家庭年度杉并区国民医疗保险自付费用和护理保险的自付费用总额超过下表中自付费用限额的情况下，通过申请即可获取“高额照护合计疗养费”。计算期间为每年 8 月 1 日至次年 7 月 31 日。

① 高额照护合计疗养费的自己负担限额

自己负担限额

【含有未满 70 周岁被保险人的住戶】

区间	医疗保险 + 照护保险的自己负担限额
征收标准金额 超过 901 万日元	212 万日元
征收标准金额 超过 600 万日元～901 万日元及以下	141 万日元
征收标准金额 超过 210 万日元～600 万日元及以下	67 万日元
征收标准金额 210 万日元及以下	60 万日元
非居民税课税住戶	34 万日元

【含有 70～74 周岁被保险人的住戶】

区间	医疗保险 + 照护保险的自己负担限额	
课税所得 690 万日元以上	212 万日元	
课税所得 380 万日元或以上～未满 690 万日元	141 万日元	
课税所得 145 万日元或以上～未满 380 万日元	67 万日元	
一般	56 万日元	
非居民税课税住戶	低所得 II	31 万日元
	低所得 I	19 万日元

② 申请人

至基准日(计算期间的最后一天 <7 月 31 日 >)为止已加入杉并区国保的住戶的户主。

③ 申请方法

符合高额照护合计疗养费支付的住戶每年会收到一份(2月中旬)申请书。请在申请书中填入户主姓名及使用照护服务的人的银行账号，由户主签名后提交申请。

(7) 减轻身患特定疾病的人的负担

若被保险人身患以下需要长期治疗且医疗费高昂的疾病，每月的分期负担额为 10,000 日元(需要申请)。

① 需要进行人工透析的慢性肾功能衰竭

② 血友病、以及需要服用抗病毒药物的获得性免疫缺陷综合症(仅限厚生劳动大臣指定的包括 HIV 感染等病症)

符合条件的人请申请领取“特定疾病疗养医疗证”。

※ 身患慢性肾功能衰竭需要进行人工透析，且同时符合以下 A 和 B 两种条件的人，每月的分期负担额为 20,000 日元。

A. 住戶的所有国保加入者的征收标准金额超过 600 万日元(或者含有未申报居民税的人)的住戶。

B. 被保险人未满 70 周岁。

<手续所需的材料>

保险证、医师意见书或残疾人手册(记载有特定疾病的手册)

(8) 生育一次性支付金的支付

支付给分娩的国保险加入者。如果怀孕 85 天及以上，则即使死产或流产也支付。

※ 请注意：从分娩日的次日起的 2 年内未申请，将丧失申请资格。

支付金额

每出生一个婴儿 50 万日元

* 2023 年 4 月 1 日后出生的婴儿为 50 万日元，2023 年 3 月 31 日前出生的婴儿为 42 万日元。

申请方法

可按以下 3 种方法申请生育一次性支付金。

(1) 直接支付制度（在医疗机构的窗口办理手续）

向医疗机构或助产院的窗口出示保险证，然后互相交换利用该制度的协议文件。办完手续之后，区将会直接向医疗机构或助产院支付金额限度内的生育一次性支付金。

但是，若医疗机构或助产院的分娩费用未达到生育一次性支付金的支付金额，剩余金额将会支付给户主。若产生剩余金额，区将会在分娩的 1～3 个月后通知被保险人。

※ 部分医疗机构或助产院不能使用直接支付制度或代收制度。请事先咨询医疗机构或助产院。

(2) 代收制度（在区役所国保给付系办理手续）

手续可在预产期的 2 个月前开始办理。办完手续之后，区将会直接向医疗机构或助产院支付金额限度内的生育一次性支付金。

但是，若医疗机构或助产院的分娩费用未达到生育一次性支付金的支付金额，剩余金额将会支付给户主。

<手续所需的材料>

- ① 保险证
- ② 母子健康手册(输入预期出生日期)
- ③ 户主的印章(需要使用印泥的印章，若没有这种印章，也可以使用户主签名)
- ④ 户主名义的银行帐号
- ⑤ 生育一次性支付金申请书(代收用)
(⑤须有医疗机构或助产院的签字盖章)

※ 生育一次性支付金申请书（代收用）可到国保给付系以及可利用代收制度的医疗机构或助产院都可领取。

※ 部分医疗机构或助产院不能利用代收制度。请事先咨询医疗机构或助产院。

(3) 不利用直接支付制度和代收制度时

(在区役所国保给付系或区民事务所办理手续)

<手续所需的材料>

- ① 保险证
- ② 母子健康手册(可证明出生登记已办理的小册)、或出生证明书(原件)等可确认出生日期的资料(死产或流产时需要医师证明书原件)
- ③ 从医疗机构或助产院领取的“不使用直接支付制度的协议文件”
- ④ 从医疗机构或助产院领取的分娩费用的“收据·明细单”或“收据”(原件)
(④须记载有“未使用直接支付制度的要旨”)
- ⑤ 户主名义的银行帐号

※ 生育一次性支付金会在申请后的一个月后汇到户主的账户上。

若加入者在海外分娩，请在回到日本之后再办理申请手续。

<手续所需的材料>

- ① 保险证
- ② 出生证明书(包括原件和译件)
- ③ 户主名义的银行帐号
- ④ 分娩者的护照

(9) 提供分娩所需的资金贷款(需要事先预约)

若国民健康保险加入者分娩时未使用直接支付制度或代收制度，户主可以在预产期的一个月前申请分娩资金贷款，最多可以获得生育一次性支付金的 8 成的无息贷款。

<手续所需的材料>

- ① 保险证
 - ② 母子健康手册(记载有预产期的小册)
 - ③ 从医疗机构或助产院领取的“不使用直接支付制度的协议文件”
 - ④ 户主的印章(需要使用印泥的印章，若没有这种印章，也可以使用户主签名)
 - ⑤ 户主名义的银行帐号
 - ⑥ 由户主之外的人办理手续时，需要户主的委任状和本人的证件
- ※ 申请贷款时需要确认贷款要求，请事先咨询。
- ※ 分娩之后或者在国外分娩时，不能申请贷款。

(10) 葬礼费的支付

国保加入者身亡时，将会对举办葬礼的人支付葬礼费。支付金额为 70,000 日元。若社会保险等机构向举办葬礼的人支付葬礼费，国保将不再支付葬礼费。

※ 请注意，如果自葬礼日的次日起已经超过 2 年，则无法申请。

<手续所需的材料>

保险证、葬礼收据(原件)、葬礼举办人的银行帐号

(11) 精神医疗给付金和结核医疗给付金的支付

(1) 精神医疗给付金

若被保险人符合残疾人自立支援医疗制度(精神康复治疗)的规定，且为非居民税课税的对象，申请并领取“国保领受者证(精神康复治疗)”后，可领取精神医疗给付金(规定的每月上限金额以内)。

※ 申请手续请到居住地所属的保健中心办理。

(2) 结核医疗给付金

若被保险人接受了基于传染病预防及传染病患者治疗的法律的医疗，且非居民税的课税对象，申请并领取“结核医疗给付金”后，可以领取给付金(医疗费费的 5%)。

※ 申请手续在杉并保健所保健预防课办理。

(12) 部分负担金的减免

因发生灾害或其他特殊情况而难以支付部分负担金时，有时可以减轻或免除负担金额，请事先进行咨询。

(13) 第三者行为导致的受伤等

被保险人因交通事故或伤害事件等第三者(肇事人)行为而导致受伤或生病,使用国保接受治疗时,请务必联系国保给付系。

(14) 医疗费力的退还要求

在住址已经迁出杉并区或加入其它健康保险后,若使用杉并区的保险证,必须退还杉并区所支付的医疗费。

下列情况时,不能使用杉并区的保险证。

- 已迁出杉并区时 → 从迁出的当日起
- 已加入其它健康保险时 → 加入其它健康保险的当日起

- ※ 加入日为资格取得年月日或认定年月日。
- ※ 不是保险证的交付日。
- ※ 失去国民健康保险的资格时,必须及时退还保险证。
- ※ 若外国人加入者离开日本之后,未能在再入国的许可期限内返回日本,则被保险人自出境之日起就丧失国民健康保险的资格。

(15) 伤病补助金

加入杉并区国民健康保险的人,若染上新型冠状病毒或出现发热等疑似感染的症状,在因疗养而无法工作的期间内(须满足一定条件)可领取伤病补助金。

① 适用对象

领取伤病补助金须符合以下 1 至 4 所列的所有条件。

1. 加入杉并区国民健康保险的人
2. 正在领取工资的人
3. 染上新型冠状病毒或出现发热等疑似感染的症状,为了疗养而无法工作的人
4. 在为了疗养而无法工作的期间内,无法领取全部或部分工资的人

② 支付期间

无法工作的状态连续持续 3 天后开始起算,从起算日开始的无法工作期间

③ 支付金额

(最近 3 个月的工资收入总额除以工作天数后得到的金额) × 2/3 × 天数(支付的适用天数)

(注)若被保险人能领取到全部或部分工资,补助金可能会有调整或无法领取。

④ 时效

自每次无法工作之日的次日起 2 年以内

- ※ 对象人群为 2023 年 5 月 7 日前感染的人。
- ※ 由于申请时须确认条件,请务必事先咨询。

10 国保特定体检和特定保健指导

(1) 国保特定体检

是以预防糖尿病、高血压等生活习惯病，或防止该类疾病的恶化为目的，以代谢综合症为重点而实施的健康诊断。请加入者每年进行体检，这有益于自己的健康管理。

① 体检对象

年度中达到 40 岁或以上的加入者

② 就诊方法和期限

体检对象会收到就诊券（无需申请）。就诊期间为6月1日至2025年2月15日。关于能够就诊医疗机构等详情，请咨询经办窗口。

③ 体检项目

将实施问诊、体型测量（身高、体重、腹围、BMI）、血压测量、测量血液、尿检等。根据医生的判断也有可能需要实施其他体检。

④ 自己负担金额

免费

(2) 特定保健指导

根据国保特定体检的结果，医生会向生活习惯病的患病风险高的人介绍特定保健指导。在特定保健指导中，加入者可以免费接受专业人士（医生、保健师、注册营养师等）的指导来改善生活习惯。

杉并区役所保健福祉部国保年金课

.....
東京都杉并区阿佐谷南一丁目 15 番 1 号
.....

☎ 03-3312-2111 (总机)
.....

* 咨询时使用日语对话。