

国保だより

令和5年度

〈令和5年8月〉

江津市 保険年金課

国民健康保険係

(0855) 52-7937



江津市PRキャラクター

人麻呂くん♡よさみ姫

■国民健康保険について

国民健康保険（国保）は、国民皆保険制度により職場の健康保険や後期高齢者医療制度など他の保険に加入されている人を除く全ての人が入会者となり、病気やケガをした時に、安心して必要な医療を受けることが出来る制度です。

国保の医療費はみなさまの保険料と国等の負担で成り立っています。江津市の医療費は高止まりしており、これ以上医療費を増やさないように、みなさんの健康づくりを推進するための保健事業も国保の大切な仕事です。

■国民皆保険制度

日本の医療保険制度は、病気やケガをした時に、その経済的な負担を軽減し、安心して治療が受けられるように、必ずすべての人が、何らかの公的医療保険に加入することになっています。会社などの職場の健康保険等に加入している人、生活保護を受けている人などを除き、国保に必ず加入する必要があります。

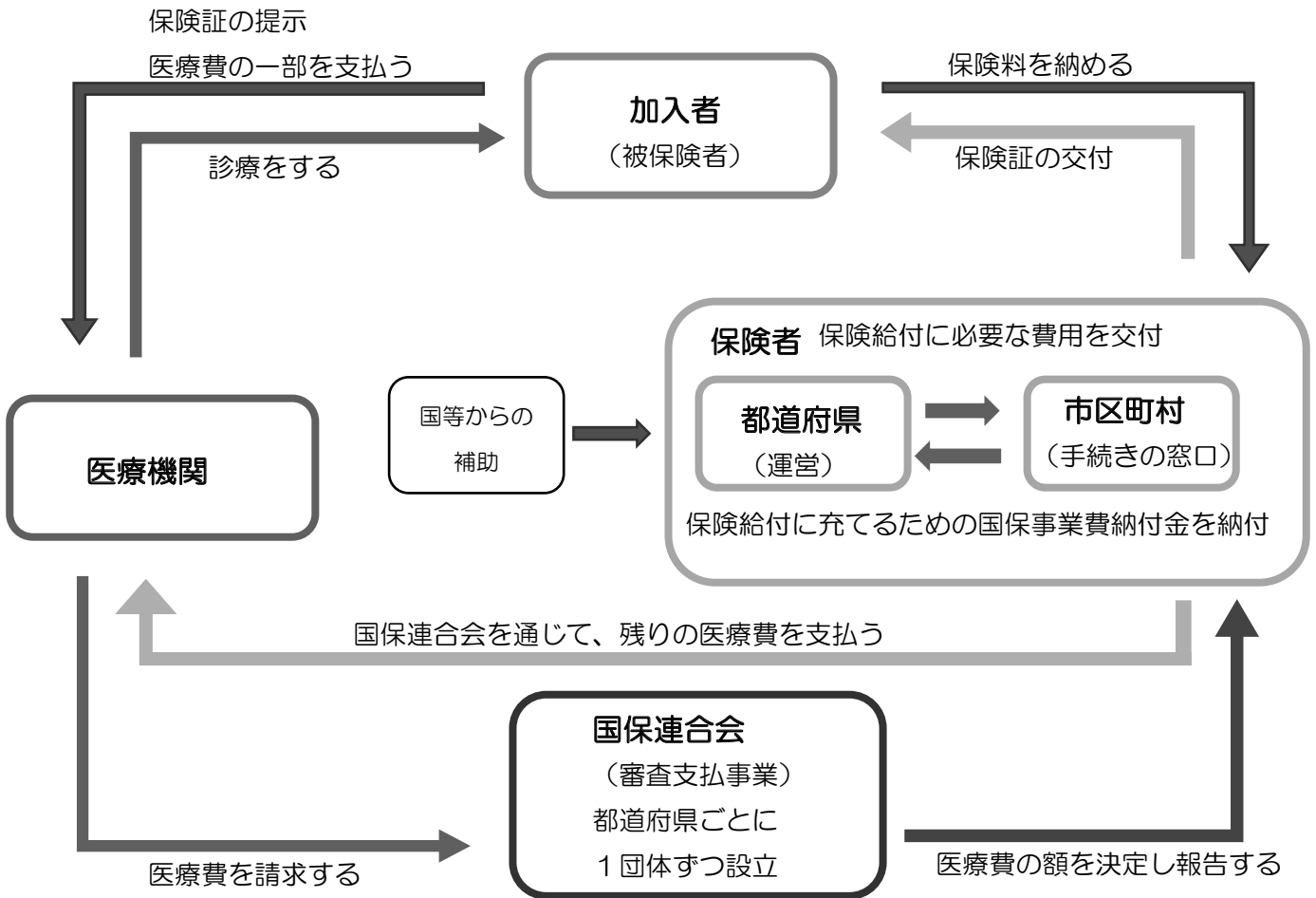
■目次

・国民健康保険について	1P	・医療費が高額になったとき	7～8P
・国民健康保険のしくみ	2P	・国民健康保険料の納付	9P
・保険証は大切に	3P	・令和5年度の国民健康保険料	10～12P
・届け出が必要なとき	4P	・国保の保健事業	13～14P
・医療機関にかかるとき	5P	・国保からみなさんへ	15P
・こんなときにも給付があります			
・特定疾病療養受療証の交付	6P		
・交通事故などにあつたとき			

▷国民健康保険のしくみ

国民健康保険（国保）とは、病気やケガをしたとき、安心して医療を受けられる制度です。都道府県と市区町村と一緒に運営を担うことにより、事務の効率化、標準化、広域化を推進し、制度の安定化を目指します。

国保に加入している人は、医療機関を受診したときに支払う自己負担額は保険証を提示することで、かかった医療費の一部の負担で済みます。残りの医療費は、保険者である国保から支払われます。



■国保の加入は世帯ごと、被保険者は一人ひとり

国保では、世帯の一人ひとりが被保険者となりますが、加入は世帯ごとに行います。

■後期高齢者医療制度への移行

75歳になると国保を抜けて【後期高齢者医療制度】で医療を受けることとなります。75歳になるときは届け出は必要ありません。

また、65歳以上75歳未満の一定程度の障がいがある方で、申請により認められた方も後期高齢者医療制度へ移行することができます。詳しくは、保険年金課医療年金係(0855-52-7483)までお問合せください。

▷保険証は大切に

国民健康保険被保険者証（保険証）は、国保に加入していることを証明するものです。保険証は1人に1枚交付されます。医療機関にかかるときに必要ですので、大切に保管してください。

■保険証が交付されたら

- ・保険証が交付されたら、記載内容を確認しましょう。誤りがあれば、届け出てください。
- ・コピーした保険証や有効期限が切れた保険証は、使用できません。
- ・他人との貸し借りは絶対にしないでください。
- ・紛失したり、破れたりしたときは、再交付の手続きを行ってください。

■保険証の有効期限

毎年7月31日までが有効期限の保険証を交付しています。ただし、7月31日までの1年間で75歳になる人、70歳になる人の保険証の有効期限は次の通りです。

- ・75歳を迎える人…75歳の誕生日の前日
- ・70歳を迎える人…70歳の誕生月の末日 ※誕生日が1日の人は誕生日の前日

国保に加入中の人には、有効期限が切れるまでに新しい保険証を郵送します。

■マイナンバーカードの保険証利用について

オンライン資格確認が可能な医療機関・薬局では、マイナンバーカードを保険証として利用できます。利用するためには事前に申し込みが必要です。市役所窓口でも手続きが可能です。

【メリット】

- 本人が同意すれば特定健診の情報や今までに使用した薬剤情報を確認できるようになります。
- 特定健診や薬剤情報等を医療機関と共有できるようになります。
- 限度額認定証の交付手続きなしで医療機関の窓口での支払額が限度額までとなります。

■70歳から74歳までの人の保険証は高齢受給者証を兼ねています

江津市国保の保険証は、70歳から74歳の人が医療機関を受診するときに必要な高齢受給者証を兼ねています（被保険者証兼高齢受給者証といいます）。被保険者兼高齢受給者証には、医療機関等での負担割合が明記してあります。

- ※70歳になった月の翌月から利用することができます。（1日生まれの人はその月から）
- ※所得に応じて、一部負担金の割合が2割または3割となります。

【3割負担となる人】（一定所得以上の人）

同一世帯に住民税課税所得が145万円以上の70歳～74歳の国保被保険者がいる人。ただし、70歳～74歳の国保被保険者の収入合計が、2人以上で520万円未満、1人で383万円未満の場合（新たに70歳になった人がいる世帯で基準総所得の合計額が210万円以下の世帯に属する人も含まれます）は、2割負担となります。負担割合の判定は、世帯の70歳～74歳の国保被保険者の住民税課税所得と収入で判定されます。

▷届け出が必要なとき

国保に加入するときややめるときなどには、14日以内に窓口で届け出をしてください。

■国保に加入するとき

こんなとき	手続きに必要なもの
他の市町村から転入してきたとき	前年中の所得がわかるもの、本人確認書類
職場の健康保険をやめたとき、またはその被扶養者から外れたとき	職場の健康保険をやめた証明書（資格喪失証明書、もしくは扶養が無い場合は離職票）、本人確認書類
子どもが生まれたとき	本人確認書類

■国保をやめるとき

こんなとき	手続きに必要なもの
他の市町村に転出するとき	保険証、本人確認書類
職場の健康保険に入ったとき、またはその被扶養者になったとき	国保の保険証と職場の保険証の両方、本人確認書類
国保の被保険者が死亡したとき	保険証、喪主の印かん、喪主の口座が分かるもの、本人確認書類、喪主のマイナンバーがわかるもの

■その他

こんなとき	手続きに必要なもの
住所や氏名が変わったとき、世帯が変わったとき	保険証、本人確認書類
修学のため市外に住民登録したとき	保険証、在学証明書（原本）もしくは学生証の写し、本人確認書類 ※転出先の住民票が必要な場合があります。
保険証をなくしたときや汚れて使えなくなったとき	本人確認書類

国保の各手続きにマイナンバー（個人番号）の記載が必要となります。手続きの際には、上記のものにあわせて、マイナンバーカードまたは通知カードをお持ちください。（通知カードがない場合、本人の同意のもとマイナンバーをお調べできる場合があります。）

また、代理人による手続きの際には委任状が必要となる場合があります。

■届け出の遅れにご注意ください！！

国保に入る手続きが14日以内になされなかったとき

- 特別な理由がない限り、手続きをした日より前の医療費は全額自己負担となります。
- 保険料は、手続きをした日からではなく、加入する資格を得た月までさかのぼってかかります。（最高2年間）

国保をやめる手続きが遅れたとき

- 保険料を従来どおり請求することがあります。
- 職場の健康保険の「資格取得日」以降に、国保の保険証を使用しているときは、すぐに健康保険証が変わっている事を病院等にご連絡ください。変更できなかった月がある場合は、国保負担分の医療費を請求します。

▷医療機関にかかるとき

医療機関にかかったとき、次の負担で治療を受けることができます。

■医療費の自己負担割合

小学校就学前の乳幼児	小学校就学後～70歳未満	70歳～74歳
2割	3割	2割（一定所得以上の人は3割）

次の要件に全てあてはまる場合は、一部負担金の減免等の適用を受けることができます。

- ① 災害、失業等の理由により生活が著しく困難となった場合（世帯の収入金額が生活保護基準以下で、預貯金が基準生活費の3か月以下の世帯）
- ② 緊急に治療を要する疾病のため入院が必要と医師が認めた場合
- ③ 国民健康保険料を完納していること

■入院したときの食事代

被保険者の状況に応じて食事代の負担額が異なります。

下記以外の人 <small>（小児慢性特定疾病児童等及び指定難病患者の負担額については、1食あたり260円に据え置かれます）</small>		1食あたり 460円
住民税非課税世帯 低所得Ⅱ	過去12か月の 入院日数が	90日まで
		91日から
70歳以上で低所得Ⅰの人		1食あたり 100円

・所得区分が住民税非課税世帯もしくは低所得Ⅱの人で、過去12か月の入院が90日を超える人は、申請すると食事代の負担額が変更になります。

※マイナンバーカードの保険証利用をされている方でも申請が必要です。

■全額を自己負担したとき

次のような場合は、いったん全額自己負担となりますが、国保窓口へ申請し、審査で必要と認められた場合には、自己負担分を除いた額が後から払い戻されます。

- ① 旅先での急病など、やむを得ず保険証を持たずに診療を受けたとき
- ② 医師が治療上必要と認めた、コルセットなどの治療用装具代を支払ったとき
- ③ 骨折や捻挫等で、柔道整復師（接骨院、整骨院）の施術を受けたとき
- ④ 医師が必要と認めた、はり、きゅう、あんま、マッサージなどの施術を受けたとき
- ⑤ 医師が必要と認めた、手術などで輸血に用いた生血代（第三者からの輸血に限る）
- ⑥ 海外渡航中に病院にかかったとき

※接骨院、整骨院にかかるとき

接骨院、整骨院は国家資格を持つ「柔道整復師」が、整復・固定などを行い、人間の持つ治癒力を最大限に発揮させる施術（治療）を行う施設です。保険が適用される施術の範囲は、医療行為を行う医師に比べて限定されています。

保険が使える場合	保険が使えない場合
捻挫、打撲、挫傷（肉ばなれ）、骨折・脱臼の 応急手当、医師の同意がある骨折、脱臼	左記以外 内科的原因によるもの、肩こりなど慢性的症状

▷こんなときにも給付があります

■子どもが生まれたとき（出産育児一時金の支給）

被保険者が出産したときまたは妊娠 4 か月以上の死産・流産の場合、出産育児一時金が支給されます。原則として、国保から医療機関に直接支払われます（出産育児一時金直接支払制度）。出産のために入院する際、医療機関で手続きしてください。出産費用が一時金より低かった場合は、申請いただくことで差額を支給します。

ただし、会社等をやめてから 6 か月以内の出産の場合、前の保険から給付される場合もあります。

■被保険者が死亡したとき（葬祭費の支給）

被保険者が死亡し、葬儀が行われたときは、葬儀を行った人（喪主）に葬祭費（3 万円）が支給されます。

ただし、国保の資格取得後 3 か月以内に亡くなり、国保加入前にご本人が社会保険に加入していた場合は、社会保険から支給されます。

▷特定疾病療養受療証の交付

人工透析が必要な慢性腎不全、血友病、HIV などの長期高額疾病の場合、「特定疾病療養受療証」を提示すれば、1 か月の自己負担限度額は 1 万円（70 歳未満の人工透析をしている上位所得者は 2 万円）までとなります。受療証が必要な場合は国民窓口へお問い合わせください。

▷交通事故などにあつたとき

第三者行為で保険証を使う場合は、必ず国保に届け出をしてください

交通事故やスポーツ中の事故、飲食店等での食中毒など第三者から傷害を受けた場合、その医療費は加害者が全額負担するのが原則です。

しかし、国保に加入している人は、国保に届出をすることにより保険診療が受けられません。

本来加害者が負担すべき医療費を一時的に立て替え、後日国保から加害者へ請求します。交通事故などで保険証を使う場合は必ず市役所まで届出をしてください。

届出の前に、勝手に示談をして治療費を受け取ったりすると国保が使えなくなります。

詳しくは、国民健康保険係にお問い合わせください。

▷医療費が高額になったとき

同じ月（1日から末日まで）にかかった医療費の一部負担金の額が自己負担限度額を超えた場合、その超えた金額を後日、高額療養費として支給します。（食事代・病衣代・個室代などの自費部分は対象外）

70歳未満の人と70歳以上75歳未満の人では限度額が異なります。

■窓口での支払額が限度額までになるとき（限度額認定証の交付）

外来・入院とも限度額認定証を提示することで、一医療機関の窓口での支払は限度額までとなります。マイナンバーカードの保険証利用をされていない人は事前に限度額認定証交付申請をしてください。

※70歳未満の人の認定証の交付は、国民健康保険料を完納していることが条件です。

※保険証と同様の有効期限があります。有効期限満了後、引き続き必要な方は再度申請が必要です。

※世帯に異動があると所得区分が変わることがあります。区分が変わると、既に交付している認定証を返却し、新しい認定証の交付が必要です。返却せずに医療を受けた場合、後日医療費を追加徴収することがあります。

■自己負担限度額（月額）

○70歳未満の人

所得区分（国保加入者の合計所得）※1	3回目までの限度額※2	4回目以降※2
ア 基準総所得額 901万円以上	252,600円＋（医療費－842,000円）× 1%	140,100円
イ 基準総所得額 600～901万円以下	167,400円＋（医療費－558,000円）× 1%	93,000円
ウ 基準総所得額 210～600万円以下	80,100円＋（医療費－267,000円）× 1%	44,400円
エ 基準総所得額 210万円以下	57,600円	44,400円
オ 住民税非課税世帯	35,400円	24,600円

※1…基準総所得額＝前年中の総所得金額－基礎控除額 43万円

※2…過去12か月に4回以上高額療養費が発生した場合の4回目以降の限度額です。

■個人ごと・暦月ごと・医療機関ごと・医科と歯科は別・同じ医療機関でも入院と外来は別

■同じ世帯で合算して限度額を超えたとき

同じ世帯で、同じ月に21,000円以上の自己負担額を2回以上支払った場合、それらを合算して限度額を超えた分が支給されます。

○70歳～74歳の人

所得区分		②入院／外来＋入院（世帯ごと）（注2）	
		①外来（個人ごと）（注1）	
課税	現役並み所得者	課税所得 690万円以上	252,600円＋(医療費－842,000円)×1% (多数該当(4回目以降の場合)140,100円)
		課税所得 380万円以上	167,400円＋(医療費－558,000円)×1% (多数該当(4回目以降の場合)93,000円)
		課税所得 145万円以上	80,100円＋(医療費－267,000円)×1% (多数該当(4回目以降の場合)44,400円)
	一般 (課税所得145万円未満)	18,000円 (8月～翌年7月の年間限度額 144,000円)	57,600円 (多数該当(4回目以降の場合)44,400円)
非課税	低所得Ⅱ(注3)	8,000円	24,600円
	低所得Ⅰ(注4)		15,000円

(注1) 外来のみの場合

同じ月に外来で支払った一部負担金の額(個人ごと)を全て合計します。

(注2) 入院のみ、または外来と入院がある場合

同一世帯の70歳～74歳の方の同じ月にかかった入院・外来の一部負担金の額を全て合計します。

(注3) 低所得Ⅱ・・・同一世帯の世帯主および国保加入者が住民税非課税の人

(注4) 低所得Ⅰ・・・同一世帯の世帯主および国保加入者が住民税非課税で所得が0円になる人(年金収入の場合80万円以下)

※75歳に達する月は自己負担限度額が1/2になります。(1日生まれの方は除く)

■高額療養費の支給申請について

高額療養費支給申請書の届いた人は、保険証、本人確認書類(運転免許証等)をお持ちいただき、申請してください(郵便でも受け付けます)。また、治療を受けた月の翌月の初日(ただし一部負担金を支払った日が翌月以降の場合は支払った日の翌日)から2年を過ぎると、申請しても支給されませんのでご注意ください。

■高額介護合算制度

国保と介護保険のそれぞれの自己負担限度額適用後に、両方の年間の自己負担を合算して一定の限度額(年間)を超えた場合は、申請により、その超えた額が「高額介護合算療養費」として支給されます。期間中、国保に加入しており支給対象となった人には申請書を送付します。

※高額介護合算療養費の限度額【年額(8月～翌年7月)】

○70歳未満の人

所得区分	限度額
基準総所得額901万円超	212万円
基準総所得額600万円超～901万円以下	141万円
基準総所得額210万円超～600万円以下	67万円
基準総所得額210万円以下	60万円
住民税非課税世帯	34万円

○70歳以上75歳未満の人

所得区分	限度額
課税所得690万円以上	212万円
課税所得380万円以上～690万円未満	141万円
課税所得145万円以上～380万円未満	67万円
課税所得145万円未満	56万円
住民税非課税	31万円
住民税非課税(所得が一定以下)	19万円

※基準総所得額＝前年中の総所得金額等－基礎控除額43万円

※限度額を超える額が500円以下の場合には支給されません。

※課税所得＝前年中の総所得金額等－各種所得控除額

▷令和5年度の国民健康保険料

■令和5年度の保険料率

区分	医療分	後期高齢者 支援金分	介護分 40歳以上65歳未満	内 容
所得割	9.2%	2.4%	2.7%	〔前年中の総所得金額等 －基礎控除額 43万円〕×料率 ※合計所得金額が 2,400万円を超える 場合、基礎控除額が減額されます。
均等割	24,700円	6,600円	8,600円	世帯に属する国保加入者×額
平等割	16,200円	4,300円	4,200円	一世帯あたりの額
最高限度額	65万円	22万円	17万円	区分ごとの負担上限額

※保険料は、所得割額、均等割額、平等割額を合計した額となります。

※前年度の総所得金額には、山林所得及び住民税で分離課税として申告された株式の譲渡所得や配当所得、土地の譲渡所得を含みます。

※年度途中で加入、喪失された人は加入月数による月割計算となります。

・年度途中で65歳になられる場合の介護納付金は、65歳の誕生月の前月（1日が誕生日の人はその前々月）までの分が月割して算出され、その額を納期全体（1期～10期）に振り分けてのご負担となります。40歳到達者は、到達月から介護納付金が合算されます。

・40歳～64歳の国民健康保険加入者が、介護保険の適用除外施設に入所している、または入所すると、入所期間中の介護納付金が免除されます。適用除外の事由に該当した場合、または介護保険の適用除外施設の退所等により適用除外の事由に該当しなくなった場合には届出をしてください。

■保険料の均等割と平等割の軽減

次のような一定所得以下の世帯は、均等割と平等割が軽減されます。

軽減割合	世帯主を含む国保加入者の令和4年中所得の合計
7割軽減	43万円(基礎控除額) + (給与所得者等の数(注)-1) × 10万円
5割軽減	43万円(基礎控除額) + 29万円 × 国保加入者数 + 10万円 × (給与所得者等の数(注)-1)
2割軽減	43万円(基礎控除額) + 53.5万円 × 国保加入者数 + 10万円 × (給与所得者等の数(注)-1)

(注)一定給与所得者（給与収入55万円超）と公的年金等の支給60万円超（65歳未満）または110万円超（65歳以上）を受ける者。

※所得未申告の人がいる世帯には軽減が適用されませんので、必ず申告しましょう。

※年金所得（昭和33年1月1日以前生まれの人）、専従者控除、譲渡所得の特別控除がある場合は軽減判定所得が保険料計算の所得と変わります。国保から後期高齢者医療制度に移行した人の所得及び人数を含めて判定する場合があります。

■非自発的失業（解雇や雇止めなど）による保険料の軽減

リストラや会社の倒産、解雇など事業主の都合（非自発的理由）で離職された65歳未満の人は、申請により保険料が軽減されます。

○対象者

雇用保険の特定受給資格者（倒産、解雇などによる離職）及び特定理由離職者（雇止めなどによる離職）として失業等給付を受ける65歳未満の人

○軽減額

保険料の所得割部分と世帯軽減判定（均等割・平等割部分）を前年の給与所得をその30/100とみなして算定します。

※高額療養費などの所得区分の判定も前年所得を軽減して判定します。

○軽減期間

離職の翌日の属する月から翌年度末までの期間。ただし国保を脱退されると終了します。

○手続き

職業安定所で交付される「雇用保険受給資格者証」と保険証をお持ちになり、国保窓口で手続きをしてください。

■後期高齢者医療制度創設に伴う軽減

国保加入者が75歳を迎え後期高齢者医療制度に移行し、75歳未満の人が引き続き国保に加入されている場合、次のとおり保険料が軽減されます。

- ① 保険料の軽減を受けている世帯は、世帯構成や収入が変わらなければ、今までと同じ軽減を受けることができます。
- ② 国民健康保険の被保険者が1人となる場合には、医療給付費分と後期高齢者支援金分の平等割部分が5年間は半額に、その後3年間は4分の3に軽減されます。

■被用者保険の被扶養者であった人の保険料の軽減

75歳以上の方が、職場の健康保険などの被用者保険から後期高齢者医療制度に移行することにより、その扶養家族である被扶養者の人（65歳以上75歳未満）が新たに国民健康保険に加入することになった場合、保険料が軽減されます。軽減期間は、加入月から2年間（24か月）です。

- ① 旧被扶養者にかかる所得割額 → 全額免除
- ② 旧被扶養者にかかる均等割額 → 半額に軽減
※7割軽減、5割軽減に該当する世帯には適用されません。
- ③ 旧被扶養者のみで構成される世帯 → 平等割額を半額に軽減

※7割軽減、5割軽減に該当する世帯には適用されません。世帯内の国保加入者に旧被扶養者以外の方がいる場合は適用されませんが資格異動により年度途中で国保加入者が旧被扶養者のみになった場合は、その時点が属する月から軽減が適用されます。

■未就学児に対する均等割額の軽減

国民健康保険に加入する未就学児にかかる均等割額の5割が減額となります。

均等割額が7割・5割・2割軽減されている世帯については、軽減後の額が5割軽減されます。

■保険料の減免制度

○対象者

災害等により生活が著しく困難となった人、または失業、倒産、廃業等により、当該年に所得が皆無となった人（定年退職、自己都合退職は含みません）。

○軽減率

保険料の計算時の「前年の所得」を「当該年の見込み所得」とみなして算定します。

保険料を納めずにいると…

納付が難しいときは、
早めにご相談ください！

■督促手数料が発生します

納期限が過ぎると20日以内に督促状が送付され、保険料とは別に手数料として100円が加算されます。

■延滞金が発生します

納期限が過ぎ、一定の条件を満たすと延滞金が発生します。

■利用できない制度があります【未納があると利用できない制度】

- ・ 限度額適用認定証の発行
- ・ 一部負担金（自己負担金）の減免制度
- ・ 人間ドックの助成制度

■短期保険証の交付（1年間有効の保険証ではなくなります）

通常の有効期間（1年）より短い保険証が交付されます。短期保険証は通常の保険証と同じ医療費の自己負担ですが、更新の手続きが必要となります。

■資格証明書の交付（医療費が10割負担となります）

保険証ではなく、国保の資格を有することを証明するものです。医療費の支払いは資格証明書を提示の上、一旦10割を負担していただくこととなります。

※その後領収書を添付して申請していただくと自己負担分以外をお返しします。（滞納保険料に充当する場合があります。）

■財産の差し押さえ



江津市PRキャラクター

人麻呂くん♡よさみ姫

▷国保の保健事業

■特定健診（40～74 歳の人を対象）

特定健診は、糖尿病や脳卒中、心臓病などの生活習慣病を予防するために、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した検査で、年1回実施しています。6月から10月末までの間に必ず受診してください。受診料は1,000円です。詳しくは受診券同封の案内文書をご覧ください。

○受診券について

- ・受診券は5月下旬に封書（黄色い封筒）で送付します。
- ・3月末の国保加入状況で発行しています。4月以降に江津市国民健康保険に加入された人は、翌月以降に受診券を送付します。
- ・国保が募集する人間ドックを受診される場合は、同一年度に特定健診を受診することはできません。

○健診の内容

身長・体重、腹囲、血圧測定、尿検査、血液検査（肝機能、脂質、血糖）、貧血検査、尿酸、腎機能検査、心電図検査、診察

【詳細検査（医師が必要と判断した場合）】眼底検査

※社会保険への加入等により、江津市国民健康保険の資格がなくなった場合は、国保の特定健診を受けることができません。国保の資格がなくなった日以降に受診されると、自己負担が発生することがあります。

※特定健診は、島根県医師会と委託契約を結んでいる島根県内のほとんどの医療機関で受けることができます。委託契約を結んでいる医療機関かどうかは、保険年金課までお問い合わせください。

※派遣先やパート等で会社の健康診断を受診された人は、健診結果の写しを国保窓口までお持ちください。

■特定保健指導の利用券が届いたら…

特定健診の結果により、生活習慣の改善が必要と思われる人には、保健指導の利用券を送付します。

保健師または管理栄養士が一人ひとりにあつた個別支援計画を作成し、指導を行います。ぜひご利用ください。

■がん検診

国保加入者で対象となる方は下記のがん検診を無料で受けることができます。

「江津市健康づくり予定表」に対象者等が記載されていますのでご確認ください。

○胃がん ○前立腺がん ○乳がん ○子宮頸がん ○大腸がん ○肺がん

■人間ドック

江津市国民健康保険の保健事業として国保加入者を対象に、1日外来ドック、脳ドックの助成をしています。1日外来ドックでは胃カメラ、脳ドックではMRI検査等が受けられます。病気の早期発見、早期治療のためご利用ください。

○助成対象者

江津市国保加入者で、国保料の滞納がない世帯

○申込方法

毎年4月に募集します。詳しくは毎年「広報ごうつ4月号」をご覧ください。

○実施医療機関

済生会江津総合病院 ①1日外来ドック ②脳ドック

浜田医療センター ①1日外来ドック ②脳ドック

※申し込み多数の場合は前年に受診していない人を優先します。

○注意事項

同一年度内に1日外来ドック、脳ドックのいずれか1回しか助成を受けることができません。

○自己負担金

1日外来ドック 8,000円、脳ドック 9,000円

■24時間ごうつ電話健康相談

急な病気への対応や毎日の生活で健康について悩みがある方は、「24時間ごうつ電話健康相談」をご利用ください。

○年中無休（24時間サービス） ○通話料・相談料無料

○専用ダイヤル **0120-502-564**

※携帯電話、スマートフォンからも利用できます。

■島根県内の1人あたり医療費（令和4年3月～令和5年2月診療分）

① 美郷町	627,941円	⑪ 吉賀町	502,353円
② 川本町	624,404円	⑫ 安来市	499,419円
③ 江津市	590,737円	⑬ 海士町	482,914円
④ 津和野町	547,261円	⑭ 出雲市	479,988円
⑤ 飯南町	541,382円	⑮ 西ノ島町	471,877円
⑥ 奥出雲町	537,475円	⑯ 松江市	465,711円
⑥ 浜田市	528,530円	⑰ 益田市	448,860円
⑦ 大田市	515,903円	⑱ 邑南町	428,050円
⑨ 隠岐の島町	512,764円	⑲ 知夫村	404,575円
⑩ 雲南市	503,261円		

江津市は県内でも医療費が高い状況です。健康づくりに努めましょう！

▷国保からみなさんへ

江津市の1人あたりの医療費は島根県内でも高い状況です。医療費は保険料でまかなわれているため、このまま増え続けると、保険料の引き上げにつながります。そうならないためにも医療費の節約を心がけましょう。医療費の節約のためにできることをご紹介します。



江津市PRキャラクター
人麻呂くん♡よさみ姫

■特定健診や人間ドック、がん検診を活用しましょう

病気の早期発見、早期治療につながります。毎年必ず受けましょう。

■かかりつけ医を持ちましょう

日頃から、病気の治療や医療の相談にのってもらえる「かかりつけ医」を持ちましょう。紹介状を持たずに最初から大きな病院を受診すると、費用が余計にかかる場合があります。

■重複受診をやめましょう

あちこちの病院を次々受診するのはやめましょう。検査・処置・注射・薬などをやり直すため、医療費のむだ使いになります。

■ジェネリック医薬品（後発医薬品）を活用しましょう

ジェネリック医薬品とは、先発医薬品の特許が切れた後に販売される、同じ有効成分、効能・効果をもつ後発医薬品のことです。先発医薬品より安価で医療費負担の軽減につながります。医師・薬剤師に相談し、活用しましょう。

■お薬手帳を活用しましょう

お薬手帳とは、使っている薬の名前・量・日数・使用法などを記録する手帳です。副作用やアレルギーの有無も記入できます。

お薬手帳が複数あると、薬の重複や飲みあわせのチェックができませんので、必ず1人1冊にまとめておきましょう。

■時間外受診を控えましょう

緊急でないときは、夜間や休日の診療時間外の受診をやめましょう。急病で心配なときは、まず24時間ごうつ電話健康相談（0120-502-564）を活用しましょう。

