

国民健康保険に関する届け出・申請は、現在お住まいの区域に関係なく、次の所と各地区センター、CiCビル3階とやま市民交流館「市民サービスコーナー」で受付いたします。なお、ご不明の点などは、お気軽にお問い合わせください。

富山市役所福祉保健部保険年金課
TEL (076)443-2064 (給付係)
TEL (076)443-2065 (賦課係)
TEL (076)443-2066 (収納係)
TEL (076)443-2271 (保健担当)

大沢野行政サービスセンター地域福祉係
TEL (076)467-5811

大山行政サービスセンター地域福祉係
TEL (076)483-1214

八尾行政サービスセンター地域福祉係
TEL (076)455-2461

婦中行政サービスセンター地域福祉係
TEL (076)465-2114

※受付時間 午前8時30分から午後5時15分(月曜日から金曜日)

受けよう！特定健診

Q 富山市にはおいしい食べ物がいっぱい。
ダメなのはわかっているけど、
つい食べ過ぎちゃう…。
マチコさん、どうしたらいいの？



富山市立探偵ペロリッチ

A 自分の体の状態は知ってる？ペロリッチ。まずは、**特定健診**を受ける事がおすすめ。生活習慣病予防のためのポイントも、お医者さんなどの専門家が教えてくれるよ。

健診にかかる費用は **無料** です！ お得！



ご存じですか

令和8年度

国保

ハンドブック



富山市

こんなときは 必ず14日以内に届け出を

こんなとき

手続きに必要なもの

国民健康保険にはいるとき

他の市区町村から富山市へ
転入したとき

本人確認書類（運転免許証、
マイナンバーカードなど。外国
籍の方は、併せて、在留カード、
パスポート）

職場の健康保険をやめたとき

職場の健康保険をやめた日の
わかる証明書

職場の健康保険の被扶養者で
なくなったとき

被扶養者でなくなった日のわ
かる証明書

子どもが生まれたとき

本人確認書類

国民健康保険をやめるとき

他の市区町村に転出するとき

なし

職場の健康保険に加入したとき

職場の資格確認書など
（職場の健康保険に加入した日
のわかるもの）

職場の健康保険の被扶養者に
なったとき

国民健康保険の被保険者が死
亡したとき

喪主の通帳、会葬礼状など
（葬祭費申請のため）

その他の

同じ市内で住所が変わったとき

本人確認書類

世帯主や氏名が変わったとき



世帯が分かれたり、いっしょに
なったとき

修学のため、別に住所を定める
とき

在学証明書など（在学を証明で
きるもの）

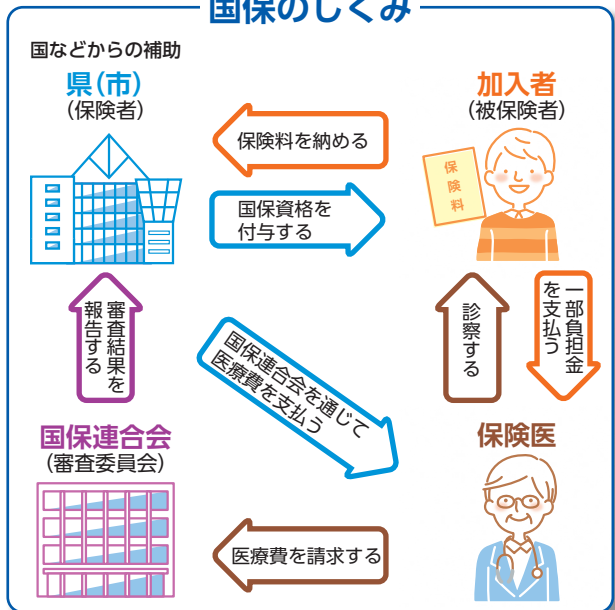
目次

国保とは	1
国保に加入される方	1
お医者さんにかかったとき	2
自己負担割合	3
70歳以上の方の自己負担割合について	4
医療費が高額になったとき	4
入院したときの食事代	11
年間の医療費と介護サービス費が高額になったとき	12
いったん全額自己負担したとき	13
こんなときにも支給があります	14
交通事故などにあったとき	15
医療費節約のために私たちができること	16
後発医薬品（ジェネリック医薬品）をご存じですか	17
臓器提供意思表示欄について	18
保険料の決まり方	19
保険料の納め方	20
非自発的失業者の保険料軽減	22
保険料を滞納していると	23
特定健康診査・特定保健指導を受けましょう!	24
一日人間ドック・脳ドックの助成について	26
保険が適用されないとき	26
柔道整復師の施術を受けられる方へ	27
知っておきたいHIV／エイズの基礎知識	28

国保とは

国民健康保険（国保）は、病気やけがに備えて加入者のみなさんがお金を出し合い、お医者さんにかかるときの医療費の補助などにあてる助け合いの制度です。みなさんが住む富山県と各市町村が一体となりその運営をしています。

国保のしくみ



※平成30年4月から都道府県も国民健康保険制度の保険者となりました。

国保に加入される方

職場の健康保険（健康保険組合や共済組合など）に加入している方や、後期高齢者医療制度に加入している方、生活保護を受けている方等を除くすべての方が、国保に加入します。



退職して職場の健康保険などをやめた方



パートやアルバイトなどをしていて、職場の健康保険などに加入していない方



3か月を超えて日本に滞在するものと認められた外国籍の方※

※一部の在留資格を除く



お医者さんにかかったとき

年齢などに応じた負担割合分（次ページの図参照）を支払うだけで、次のような医療を受けることができます。

1 診察



2 治療



3 薬などの支給



4 入院および看護

入院時の食事は別途負担します
→P11参照



5 在宅療養および看護

（かかりつけの医師による訪問診療）



6 訪問看護

医師の指示による



自己負担割合

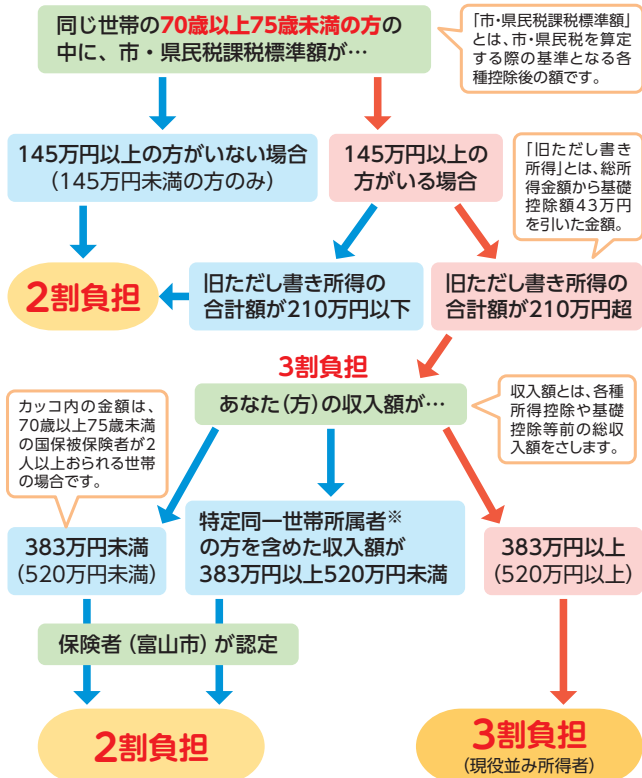
小学校入学前 **2割**

小学校入学後
70歳未満 **3割**

70歳以上 **2割**

(現役並み所得者は3割)

70歳以上の方の一部負担金割合の判定方法



※ 特定同一世帯所属者とは、後期高齢者医療制度の適用により国保の資格を喪失した方で、その喪失日以降も継続して同一の世帯に属する方です。ただし、世帯主の異動があった場合は同一の世帯と見なされなくなり、特定同一世帯所属者ではなくなります。

70歳以上の方の自己負担割合について

70歳以上75歳未満の方には、前年中の収入・所得に応じ、8月から翌年7月までの一部負担金割合等^(※1)を判定し7月下旬に「資格確認書」または「資格情報通知書」を送付します。

新たに70歳とられる方には、70歳になる誕生日の翌月1日から使用できる「資格確認書」または「資格情報通知書」を誕生月^(※2)24日頃に送付します。

※1 一部負担金割合は、世帯員の異動や所得更正などにより変更となる場合があります。

※2 1日生まれの方は、誕生日から使用するものを誕生月の前月に送付します。

医療費が高額になったとき

医療費の自己負担額が高額になったとき、限度額を超えた分が申請により高額療養費として、受診月から概ね4か月程あとに支給されます。

申請に必要なもの

- 本人確認書類
- 通帳等、振込み先のわかるもの
- 領収書



1: 70歳未満の人の場合

1. 自己負担額が1か月の限度額を超えたとき

同じ方が同じ診療月に同じ医療機関ごとに支払った自己負担額が、21,000円以上のもの（院外処方含む）を合わせて下の表の限度額を超えた場合、その超えた分が申請により高額療養費としてあとから支給されます。

ただし、医療費に公費負担があるときは、自己負担額が21,000円未満であっても医療費に自己負担割合を乗じて21,000円以上となった場合は対象となります。

■自己負担限度額（月額）

区分	所得要件	限度額
ア	所得 ^{※1} 901万円超	270,300円+ (総医療費-901,000円)×1% (4回目以降 ^{※2} :140,100円) (年間上限 168万円)
イ	所得 600万円超～ 901万円以下	179,100円+ (総医療費-597,000円)×1% (4回目以降:93,000円) (年間上限 111万円)
ウ	所得 210万円超～ 600万円以下	85,800円+ (総医療費-286,000円)×1% (4回目以降:44,400円) (年間上限 53万円)
エ	所得 210万円以下	61,500円 (4回目以降:44,400円) (年間上限 53万円)
オ	市・県民税非課税世帯	36,900円 (4回目以降:24,600円) (年間上限 29万円)

※1 所得とは、基礎控除後の被保険者全員の所得を合わせた額です。

※2 4回目以降とは、過去12か月で、同一世帯での高額療養費の支給が4回以上あった場合の4回目からの限度額です。

基礎控除

前年の合計所得金額	基礎控除額
2,400万円以下	43万円
2,400万円超～2,450万円以下	29万円
2,450万円超～2,500万円以下	15万円
2,500万円超	0円

■限度額を超えたときの計算例

例 医療費が100万円かかった ～区分ウの場合～

自己負担額は85,800円ですが、医療費が286,000円を超えているので加算分があります。

加算分 = (100万円 - 286,000円) × 1% = 7,140円

自己負担限度額は: 85,800円 + 7,140円 = 92,940円

つまり: 300,000円 - 92,940円 = 207,060円

3割(自己負担)

があとから支給されます。

医療費 100万円	7割(国保負担) 700,000円	3割(自己負担) 300,000円
自己負担限度額 92,940円	高額療養費として支給される分(国保負担分) 207,060円	

2. 世帯で合算して1か月の限度額を超えたとき

一つの世帯で、同じ月内に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、申請によりあとから支給されます。

計算例 ～区分ウの場合～

夫が60,000円、妻が30,000円（自己負担額）かかった

60,000円(夫) 30,000円(妻) 合計で90,000円

総医療費

200,000円(夫) 100,000円(妻) 合計で300,000円

(300,000円 - 286,000円) × 1% = 140円

85,800円 + 140円 = 85,940円

自己負担限度額85,940円 4,060円

高額療養費として支給される分↑

自己負担額の計算方法

- 暦月ごと（月の1日から末日まで）の受診について計算
- 入院時の食事代や保険がきかない差額ベッド料・病衣代などは支給の対象外
- 複数の病院・診療所にかかった場合は、別々に計算
- 同じ病院・診療所でも、歯科は別計算。また外来・入院も別計算

※70歳以上75歳未満の方は、病院・診療所・歯科の区別なく合算

2. 70歳以上の方の場合

70歳以上の方は、外来（個人単位）の限度額[A]を適用後、入院と合算して限度額[B]を適用します。

現役並み所得者の方は、入院を含む世帯単位の限度額[B]を適用します。

自己負担限度額（月額）

区分	負担割合	限度額		限度額適用認定等の申請	
		外来 A (個人単位)	外来+入院 B (世帯単位)		
現役並み所得者Ⅲ※1 〔課税所得 690万円以上〕	3割	270,300円+ (総医療費-901,000円)×1% (4回目以降は140,100円) (年間上限 168万円)			
現役並み所得者Ⅱ※1 〔課税所得 380万円以上 690万円未満〕		179,100円+ (総医療費-597,000円)×1% (4回目以降は93,000円) (年間上限 111万円)			○
現役並み所得者Ⅰ※1 〔課税所得 145万円以上 380万円未満〕		85,800円+ (総医療費-286,000円)×1% (4回目以降は44,400円) (年間上限 53万円)			
一 般	2割	22,000円 (年間上限 21.6万円)	61,500円 (4回目以降※4) 44,400円 (年間上限 53万円)		
低所得者Ⅱ※2		11,000円 (年間上限 9.6万円)	25,700円 (4回目以降※4) 24,600円 (年間上限 29万円)		○
低所得者Ⅰ※3		8,000円	15,700円 (年間上限 18万円)		

※1 現役世代の平均的収入以上の所得（市・県民税課税標準額145万円以上）のある70歳以上の被保険者およびその世帯に属する70歳以上の被保険者であって1人で年収383万円以上、2人以上の世帯で年収520万円以上かつ、70歳以上75歳未満の被保険者の旧ただし書き所得（総所得金額から基礎控除額を引いた金額）の合計額が210万円を超える方

※2 属する世帯の世帯主および被保険者全員が市・県民税非課税の方

※3 属する世帯の世帯主および被保険者全員が市・県民税非課税で、それらの各所得が必要経費・控除を差し引いたときに0円となる方

※4 外来（個人単位）で該当した支給は回数に含まれません。

【計算例】 ～一般世帯の場合～

医療費の2割の額が

夫 が A病院で外来20,000円、B病院で外来10,000円

妻 が C病院で入院80,000円のケース

外来分

夫 A病院 20,000円 } 30,000円 → ①22,000円
B病院 10,000円 } (外来の個人単位
限度額)
〈30,000円-22,000円=②8,000円を支給〉

入院分

妻 C病院 80,000円
入院時には限度額の61,500円までの負担となりますので
80,000円 → ②61,500円 (入院の限度額)
〈80,000円-61,500円=18,500円は保険者負担〉

世帯合計(外来+入院)

①22,000円+②61,500円=83,500円
しかし、世帯の限度額は61,500円なので
〈83,500円-61,500円=③22,000円を支給〉
③8,000円+④22,000円=30,000円
があとから支給されます

高額な支払いが発生するとき（入院、高額薬剤など）

医療機関等の窓口で「マイナ保険証」や『限度額適用認定証』、『限度額適用・標準負担額減額認定証』を提示することにより、窓口負担額が限度額までとなります。

※ 保険料に未納がない方に限ります。

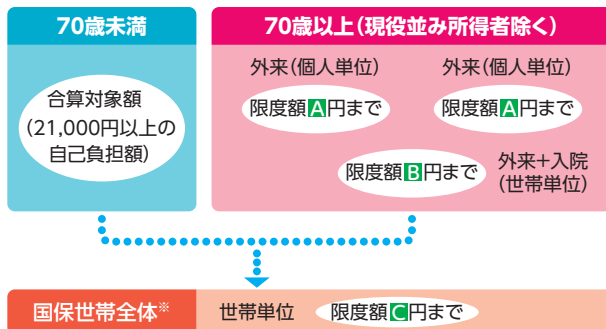
【申請先】 保険年金課、行政サービスセンター・地域福祉係

マイナ保険証の利用について

マイナ保険証（保険証の利用登録をしたマイナンバーカード）を利用すれば、事前の手続きなく、医療機関等の窓口での支払いが限度額までとなります。限度額適用認定証等の申請は不要となりますので、マイナ保険証をぜひご利用ください。

3 70歳未満と70歳以上が同じ世帯の場合

70歳未満と70歳以上の方が同じ世帯で合算する場合は、まず70歳未満と70歳以上の方に分けます。70歳以上の方（現役並み所得者除く）は外来の個人単位で限度額（下の図A）を適用し、その後入院を含めて世帯の70歳以上の限度額（下の図B）を適用。これに70歳未満の合算対象額を合わせて国保世帯全体での限度額（下の図C）を適用します。（それぞれの限度額A B Cは下の表を参照）



※70歳未満の合算対象額がある場合のみ

70歳未満と 70歳以上が同じ世帯の

※後期高齢者医療制度で医療を受ける人は除く

70歳以上	外来 A (個人単位)	外来+入院 B (世帯単位)		国保世帯全体 C		
					3回目まで	4回目以降
現役並み所得者Ⅲ (課税所得690万円以上)	270,300円+(総医療費-901,000円)×1% (4回目以降は140,100円)			ア	270,300円+1%※2	140,100円
現役並み所得者Ⅱ (課税所得380万円以上 690万円未満)	179,100円+(総医療費-597,000円)×1% (4回目以降は93,000円)			イ	174,100円+1%※3	93,000円
現役並み所得者Ⅰ (課税所得145万円以上 380万円未満)	85,800円+(総医療費-286,000円)×1% (4回目以降は44,400円)			ウ	85,800円+1%※4	44,400円
— 一般	22,000円 (年間上限21.6万円)	61,500円 (4回目以降※1は44,400円)	→	エ	61,500円	44,400円
低所得者Ⅱ	11,000円 (年間上限9.6万円)	25,700円 (4回目以降は24,600円)	→	オ	36,900円	24,600円
低所得者Ⅰ	8,000円	15,700円				

※1 外来（個人単位）を超えた支給は回数に含みません。

【計算例】～区分工、高齢負担区分一般の場合～

自己負担額が

父 (70歳以上) A病院で外来10,000円、B病院で外来15,000円

子 (70歳未満) C病院で入院②130,000円のケース

70歳以上

父 A病院 10,000円
B病院 15,000円 } 25,000円 → ①22,000円 (外来の個人単位限度額)

③ (25,000円-22,000円=3,000円を支給)

世帯合計(外来+入院)

① 22,000円 + ② 130,000円 = 152,000円
しかし、世帯の自己負担限度額は61,500円なので
⑤ (152,000円-61,500円=90,500円を支給)

③ 3,000円 + ⑤ 90,500円 = 93,500円が支給されます

場合の自己負担限度額

※2 「1%」は、901,000円を超えた分の1%

※3 「1%」は、597,000円を超えた分の1%

※4 「1%」は、286,000円を超えた分の1%

高額の治療を長期間続けるとき

高額な治療を長期間継続して行う必要がある人工腎臓を実施している慢性腎不全・血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等の方は、「特定疾病療養受療証」（申請による交付）を医療機関の窓口で提示すれば、年齢にかかわらず毎月の自己負担額は10,000円※までとなります。

※ 慢性腎不全で人工腎臓を実施している70歳未満の区分ア、イの方については、自己負担額は20,000円までとなります。

入院したときの食事代

入院したときの食事代は、診療や薬にかかる費用とは別に、1食あたり下記の標準負担額を自己負担し、残りは国保が負担します。

■入院時食事代の標準負担額（1食あたり）※令和8年6月1日以降

一般（下記以外の方）		550円（一部330円の場合あり）
市・県民税非課税世帯 低所得者Ⅱ※1	90日までの入院	270円
	過去12か月で 90日を超える入院	220円
低所得者Ⅰ※2		130円

●市・県民税非課税世帯の方で「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要な方は、保険年金課・各行政サービスセンター・地域福祉係に申請してください。

※1 70歳以上の方が属する世帯の世帯主および被保険者全員が市・県民税非課税の方

※2 70歳以上の方が属する世帯の世帯主および被保険者全員が市・県民税非課税で、それらの方の各所得が必要経費・控除を差し引いたときに0円となる方

65歳以上の方が療養病床に入院する場合の食費・居住費の負担

療養病床に入院する65歳以上の方は、食費（食材料費・調理コスト相当）と居住費（光熱水費相当）の一部を自己負担します。

※令和8年6月1日以降

区 分	食費（1食あたり）	居住費（1日あたり）
一般 （下記以外の方）	550円 （一部医療機関では510円）	430円
市・県民税非課税世帯 低所得者Ⅱ	270円	
低所得者Ⅰ	160円	

●入院医療の必要性の高い状態が継続する患者および回復期リハビリテーション病棟に入院している患者については、上記「入院時食事代の標準負担額」と同額の食材料費相当を負担します。なお、居住費については、難病患者の方は、負担はありません。

年間の医療費と介護サービス費が高額になったとき

医療保険と介護保険の両方のサービスを利用し、年間の自己負担額が著しく高額になった場合、それらを合算し、下記の算定基準額（年額）を超えた場合、申請することで、その超えた金額が医療保険と介護保険の割合に応じて支給されます。

医療保険は世帯主に支給し、介護保険は被保険者に支給します。

算定基準額（年額）

毎年7月31日に加入する医療保険での高額療養費自己負担限度額の負担区分を適用します。前年8月1日から7月31日までの1年間の医療保険と介護保険の両方の自己負担額の合計が下記の額を超えた場合に支給の対象となります。ただし、支給額が500円を超えない場合は支給されません。

70歳未満		70歳以上75歳未満	
区分	算定基準	区分	算定基準
ア	212万円	現役並みⅢ	212万円
イ	141万円	現役並みⅡ	141万円
ウ	67万円	現役並みⅠ	67万円
エ	60万円	一般	56万円
オ	34万円	低Ⅱ	31万円
		低Ⅰ	19万円

合算は医療保険上の世帯単位で行います

国保加入世帯の中に介護保険サービスを利用している方がおり、医療保険と介護保険の両方に自己負担がある世帯が対象となります（どちらか一方の負担のみの世帯は対象になりません）。

合算の対象となる自己負担額

保険適用となった医療保険、介護保険が対象となります（医療保険については、高額療養費の対象となる自己負担額と同じです。70歳未満についてはP4の「自己負担額の計算方法」参照）。

高額療養費、高額介護サービス費が支給できる場合は、支給額を控除した額が自己負担額となります。

いったん全額自己負担したとき ● ● ●

次のような場合は、いったん全額自己負担となりますが、保険年金課・各行政サービスセンター地域福祉係へ申請し、審査で決定すれば、7割～8割(自己負担割合に応じて)が払い戻されます。

医療の内容

申請に必要なもの

- 本人確認書類
■ 共通
■ 口座番号
■ 領収書

急病などやむを得ない事情で、国保を扱っていない医療機関にかかったときや、マイナ保険証や資格確認書を持たずに治療を受けたとき

□ 診療内容の明細書

治療用装具（コルセットなど）を購入したとき **医**

□ 医師の診断書か
意見書

国保を扱っていない柔道整復師の施術代（骨折、脱臼、捻挫など）

□ 施術内容の明細書

輸血のための生血代（医療機関を通じて購入した場合） **医**

□ 医師の診断書と
輸血証明書

医師が認めたはり・きゅう・あんま・マッサージ代 **医**

□ 施術内容の明細書
□ 医師の同意書

海外渡航中に急病で医療機関にかかったとき（海外療養費）（治療目的の渡航は除く）

□ 診療内容明細書
□ 領収明細書
（外国語で書かれている場合は
日本語の翻訳文）

※日本国内での保険医療機関等で給付される場合を標準として決定した金額から一部負担金相当額を控除した額となります。

□ 出入国がわかる
パスポート、航空券

ご注意ください

- 医療費などを支払った日の翌日から2年を過ぎると申請できません。
- 審査の結果、支給されない場合もあります。
- 払い戻されたあとのなお残る自己負担額は高額医療費の支給対象に含まれます。

こんなときにも支給があります ● ● ●

次のような場合に、保険年金課・各行政サービスセンター地域福祉係に申請すれば給付が受けられます。

1 出産育児一時金の支給

被保険者が出産したとき支給されます。妊娠12週（85日）以降であれば死産・流産でも支給されます。

50万円（海外での出産など産科医療補償制度対象外分娩の場合には48.8万円（令和5年4月1日以降の出産））

窓口での出産費用をできるだけ現金で支払わなくても済むように、「出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度」が設けられています。

この場合は、被保険者と医療機関との間で申請・受取に係る代理契約が必要です。

※ただし、他の健康保険から出産育児一時金相当のものを受けられる場合は除きます。

2 葬祭費の支給

被保険者が亡くなったとき、葬祭を行った方に支給されます。

※ただし、他の健康保険から葬祭費相当のものを受けられる場合は除きます。



3 移送費の支給

緊急にやむを得ず重病人の入院や転院などの移送に費用がかかったとき、申請して国保が必要と認めた場合に支給されます。

交通事故などにあつたとき●●●●●

交通事故など、第三者から傷害を受けた場合でも、国保で医療機関等を受診することができます。

ただし、その医療費は加害者が過失の割合に応じて負担することが原則ですので、一時的に国保が立て替え、後日、国保が加害者に求償することになります。

そのため、**必ず届け出**をしてください。

手続きの流れ

- ①交通事故などにあつたら、すぐに警察へ届け出る。
- ②加入している自賠責保険や任意保険の会社へ連絡する。
- ③第三者行為による被害届もしくは傷病届一式を保険年金課・行政サービスセンター地域福祉係窓口へ提出（郵送）する。

届け出に必要なもの

- ・本人確認書類 ・第三者行為による被害届（傷病届）
- ・交通事故証明書
- ・人身事故証明書入手不能理由書
（交通事故が物件事故扱いの場合）
- ・事故発生状況報告書（傷害を受けた場合も必要）

傷害を受けた場合は以下2点も必要です。

- ・念書
- ・誓約書（保証人欄の記入と印鑑証明書の添付が必要）

示談の前にご相談を

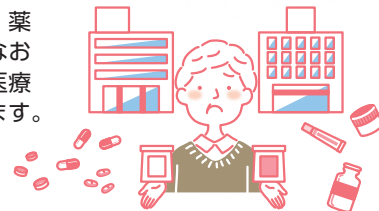
加害者から治療費を受け取ったり示談を済ませたりすると国保が使えなくなります。示談の前に必ず保険年金課・各行政サービスセンター地域福祉係にご相談ください。

医療費節約のために

私たちができること

重複受診はやめましょう

検査・処置・注射・薬などを最初からやりなおすことになるため、医療費のムダ遣いになります。



家庭医を持ちましょう

家庭医（かかりつけ医）は、病歴や体質などを把握してくれているので、より治療効果が上がります。

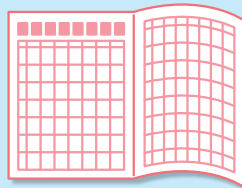


診察時間内に受診しましょう

急病の場合はともかく、時間外は料金が加算され、お医者さんの負担にもなります。



医療費通知について



健康や医療費に対する理解を深めていただくため、「診療年月」、「受診者名」、「医療機関名」、「受診区分」、「日数回数」、「医療費の総額」、「支払った医療費の額」を記載した「医療費のお知らせ」をお送りしています。

※マイナポータルからもご自身の医療費情報を閲覧できます。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）を ご存じですか？



後発医薬品（ジェネリック医薬品）とは、先発医薬品（新薬）の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と同じ有効成分、同じ効能・効果がある医療用医薬品のことです。

1 先発医薬品より安価で、経済的です

- 患者さんの自己負担の軽減、医療保険財政の改善につながります。
- 後発医薬品の価格は、最初に販売したときが新薬の5割、その後は価格改定を受けて新薬の2割以下になる場合もあります。

2 効き目や安全性は、先発医薬品と同等です

- 後発医薬品は、製剤の安定性や溶け方（溶出性）、有効成分と体内への移行具合（体内への吸収性）などの品質規格が新薬と同じ範囲内にあり、新薬と有効性および安全性が同等であると国から認められています。

※薬の形、色や味は、先発医薬品と異なる場合があります。

3 先発医薬品を選択する場合は自己負担額が増えます

- 後発医薬品市販後5年以上経過、または後発医薬品の置換率が50%以上となった先発医薬品を対象に、後発医薬品の最高価格帯との価格差の2分の1が全額自己負担となります。

※医療上の必要性があると認められる場合などは、特別の料金は要りません。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）を
希望される場合は医師・薬剤師にご相談ください。

医療費（窓口での一部負担金）の支払いにお困りのときは

災害や事業の休廃止など特別な事情により一時的に収入が減少し医療機関等に対する医療費の支払いが困難な場合は、保険年金課・各行政サービスセンター・地域福祉係までご相談ください。

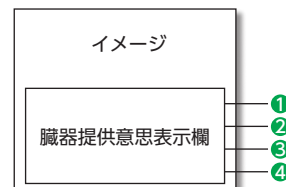
臓器提供意思表示欄について

臓器の移植に関する法律の改正に基づき、移植医療に関する啓発や知識の普及を進めるため、マイナンバーカードの表面や資格確認書の裏面に、臓器提供の意思を記載できるよう表示欄が設けられています。

臓器移植とは

臓器移植は病気や事故によって臓器が機能しなくなった方に、他の方の健康な臓器を移植して機能を回復させるという医療です。多くの方が移植を待ちながら病气と闘い亡くられています。もしその方たちに健康な臓器を提供することができれば多くの命を助けることができます。

臓器提供意思表示欄の 記入方法



- ① 意思の選択** 1～3のうち自分の意思に合う番号をひとつだけ選び○をしてください。
 - ・ 脳死後および心臓が停止後に提供してもよいと思われる方は1に○をしてください。
 - ・ 脳死後の臓器の提供はしたくないが、心臓が停止した後は臓器を提供してもよいと思われる方は2に○をしてください。
 - ・ 臓器を提供したくないと思われる方は3に○をしてください [4へ]
- ② 提供したくない臓器の選択** 1か2に○をした方で、提供したくない臓器があれば、その臓器に×をつけてください。
- ③ 特記欄への記載について**
 - ・ 組織の提供について
1か2に○をした方で、皮膚、心臓弁、血管、骨などの組織を提供してもよい方は、「すべて」あるいは「皮膚」「心臓弁」などと記入できます。
 - ・ 親族優先の意思について
親族優先提供の意思を示したい方は、「親族優先」と記入できます。
- ④ 署名について**
本人の署名および署名年月日を自筆で記入してください。また、できればこの意思表示カードを持っていることを知っている家族が、その確認のために署名してください。

臓器提供意思表示欄の記入について

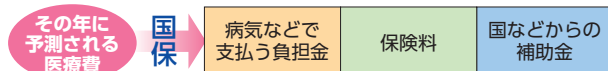
臓器提供意思表示欄への意思の記入は任意であり、**記入を義務付けるものではありません**。また記入の有無により、受けられる医療の内容に違いが生じることはありません。

臓器提供意思表示欄を記入した後も、いつでも臓器提供に関する意思を表示することができます。記載した内容を変更する場合には、二重線を引くなどした上で、新たな意思を表示するか、意思表示カードなどを活用してください。

保険料の決まり方

保険料は国などの補助金とともに、国保の給付費用などにあてるための財源となっています。予測される医療費から、国などからの補助金、病院などで支払う自己負担金を差し引いた分が保険料の総額となります。これを所得などに応じて割り振り、公平に負担するように決められています。

所得に応じて保険料や自己負担割合などが決まります。忘れずに所得の申告をしましょう。



1世帯当たりの保険料額の決まり方

国民健康保険料 (医療分、後期高齢者支援金分、子ども・子育て支援金分)

保険料の総額を次の3つ（子ども・子育て支援金分については4つ）の項目に割り振り、それらを組み合わせて1世帯ごとの保険料額が決められています。

所得割

世帯の所得に応じて計算

均等割

世帯の加入者数に応じて計算

18歳以上均等割

世帯の18歳以上の加入者数に応じて計算
※子ども・子育て支援金分のみ

平等割

1世帯あたりの金額

国民健康保険料（介護分）

国保に加入している40歳以上65歳未満の方（介護保険の第2号被保険者）のみが納めます。

所得割

第2号被保険者の所得に応じて計算

均等割

第2号被保険者の人数に応じて計算

平等割

第2号被保険者がいる世帯にかかる金額

※医療分、後期高齢者支援金分、子ども・子育て支援金分、介護分の保険料の上限額（賦課限度額）は別々に決められています。

保険料の納め方

保険料は、他の市区町村から転入してきたときや職場の健康保険などをやめたときなど、国保の資格を得た月の分から納めます。届け出をしたときからではありませんので、ご注意ください。

届け出が遅れた場合は？

- ①届け出までの医療費は全額自己負担となりますが、後から資格確認書などを提示すると規定の負担（P3参照）となります。
- ②加入資格を得た時点まで、保険料をさかのぼって納めなければならないとなります。（遡及賦課）

保険料の納付義務者は世帯主

国保では一人ひとりが被保険者ですが、加入は世帯ごとになります。世帯主が勤務先の健康保険に加入している場合でも、世帯のだれかが国保に加入していれば、世帯主が納付義務者となります。



40歳未満の方の納め方

国保の保険料（医療分、後期高齢者支援金分、子ども・子育て支援金分）のみ納めます。



国民健康保険料 ●医療分 ●後期高齢者支援金分 ●子ども・子育て支援金分

40歳以上65歳未満の方の納め方 (介護保険の第2号被保険者)

国保の保険料（医療分、後期高齢者支援金分、子ども・子育て支援金分）に介護分を合わせて、一つの国保の保険料として納めます。



年度の途中で65歳になったときは

65歳になる前月までの介護保険分を国民健康保険料として納めることになります。

国民健康保険料 ●医療分 ●後期高齢者支援金分 ●子ども・子育て支援金分 ●介護分

65歳以上75歳未満の方の納め方 (介護保険の第1号被保険者)

国保の保険料（医療分、後期高齢者支援金分、子ども・子育て支援金分）と介護保険料は別に納めます。



国民健康保険料 ●医療分 ●後期高齢者支援金分 ●子ども・子育て支援金分
介護保険料 ●介護分

口座振替による納付

一度手続きをすれば翌年度以降も自動的に継続し納め忘れの心配がなくなります。

- 納入通知書（または資格確認書等）
- 預金通帳
- 通帳届け出印

これらを持って、市指定の金融機関（または保険年金課・各行政サービスセンター地域福祉係窓口）へ。

※web口座振替受付

サービスであれば
窓口に行かなくて
も申込ができます。

富山市ホームページへ
アクセス

<https://www.city.toyama.lg.jp/kurashi/zei/1010207/1013020.html>



コンビニエンスストアでの納付

日本全国どこでも営業時間内であれば、国民健康保険料をお支払いいただくことができます。

納付できるコンビニエンスストア（令和8年4月現在）

- セブン-イレブン
- デイリーヤマザキ
- ニューヤマザキデイリーストア
- ファミリーマート
- ポプラグループ
- ミニストップ
- ローソン
- MMK設置店

ご注意

- ・納付書に記載されている期限内に納付してください。
- ・納付額が30万円を超える場合はコンビニエンスストアでは取り扱いできません。
- ・バーコードのない納付書、折れ曲がりや傷、汚れなどのためにバーコードが読み取れない納付書、金額を訂正された納付書は、コンビニエンスストアでは納付できません。

スマートフォン決済アプリによる納付

ご自身のスマートフォンに決済アプリをダウンロードし、納付書に記載されているバーコードをスマートフォンのカメラで読み取ることで、いつでもどこでも納付できます。

使用できる決済アプリ（令和8年4月現在）

- ・ PayPay
- ・ d払い
- ・ 楽天銀行アプリ
- ・ J-Coin Pay
- ・ FamiPay
- ・ au PAY
- ・ モバイルレジ
- ・ 楽天ペイ

ご注意

- ・納付手続き完了後に納付を取り消すことはできません。
- ・領収書は発行できません。二重納付にご注意ください。
- ・納付書に記載されている期限内に納付してください。
- ・納付額が30万円を超える場合はスマートフォン決済アプリでは取り扱いできません。
- ・コンビニエンスストア等の店頭では、上記決済アプリを使用したお支払いはできません。

非自発的失業者の保険料軽減 ● ● ● ● ●

次の条件すべてに該当する非自発的失業者（特例対象被保険者等）について、離職日の翌日の属する月から、その月の属する年度の翌年度末まで、所得のうち給与所得を30/100として国民健康保険料を算定する制度があります。

なお、この制度の適用には申請が必要です。最新の雇用保険受給資格者証または最新の雇用保険受給資格通知を持参の上、保険年金課または各行政サービスセンター地域福祉係までご相談ください。

特例対象被保険者等

以下の条件すべてに該当する方

1. 平成21年4月1日（退職日が平成21年3月31日）以降の離職者
2. 失業した時点で65歳未満の方
3. 雇用保険の特定受給資格者または特定理由離職者（雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の理由コードが、11、12、21、22、23、31、32、33、34の方）
4. 国保加入者

※非自発的失業者の国民健康保険料軽減の適用には、税申告が必要です。富山市以外の自治体に課税資料がある方については、所得の照会後、適用となります。

※特定受給資格者または特定理由離職者に該当後、被用者保険に加入してから国保にご加入された場合であっても、新たに雇用保険受給資格が発生しない場合は、非自発的失業者の国民健康保険料軽減が適用される場合があります（詳しくは、保険年金課までご相談ください）。

※軽減が該当になる期間の保険料を、申請のあった月以降で年額調整します。申請の遅れに伴い、年間保険料に差が生じることはありません。

※雇用保険受給資格者証または雇用保険受給資格通知の記載事項に疑義がある場合は、ハローワークにお問い合わせください。



保険料を滞納していると●●●●●●●●●●

特別な事情もないのに保険料を滞納すると、次のような措置をとられますし、国保の加入者全員に迷惑をかけていることになります。**保険料は必ず納めましょう。**

納付が困難な場合は

災害やその他特別な事情により、保険料の納付が困難な場合は、分納・減免などの制度もありますので、お早めにご相談ください。

1

納期限を過ぎると督促状が送付されます。また、未納の期間に応じた延滞金が加算されます。

2

滞納が続くと、特別療養費の支給に係る事前通知を行ったうえで、特別療養費の支給対象となります。

※特別療養費の支給対象者
医療機関の窓口で医療費を10割全額負担していただくことになります。

3

国保の給付の全部または一部が差し止められます。これらの給付は滞納している保険料にあてられます。

その他に財産の差し押さえなどの処分を受ける場合もあります。

特定健康診査・特定保健指導を受けましょう!

40歳以上75歳未満の方を対象に、糖尿病等の生活習慣病、特にメタボリックシンドロームの予防に着目した特定健康診査・特定保健指導を行っています。

心臓病、脳卒中、糖尿病等の生活習慣病は、自覚症状がないまま進行することが多く、異常に気付くためには、毎年健康診査を受けて、予防に取り組むことが大切です。

特定健康診査は、自分自身の健康状態を確認できる機会であり、年に1回、必ず受診して生活習慣の見直しに役立てましょう。



特定健康診査について

- 対象者 40歳以上75歳未満の国保加入者
- 受診期間 令和8年5月15日（金）～12月28日（月）
- 受診先 市内の指定医療機関または集団健診会場
- 受診方法 受診の際は、受診券と保険資格がわかるもの（マイナ保険証または資格確認書等）をお持ちください。

※令和8年4月2日以降に富山市国保へ加入手続きを行った方で、特定健康診査の受診を希望される方は保険年金課へ連絡してください。

●健康診査の項目

基本的な健康診査項目

問診、身体計測（身長、体重、BMI※1、腹囲）、診察、血圧測定、血液検査（脂質検査、血糖検査、肝機能検査）、尿検査（尿糖、尿蛋白）
※1…肥満度を測るめやす BMI＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）

詳細な健康診査項目

以下の検査は医師が必要と判断した方のみが対象
心電図検査、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニン検査※2
※2…貧血検査、血清クレアチニン検査は、すべての方へ実施

●健診結果の活用について

受診された情報は市へ報告され、保健指導や受診勧奨などの各種保健事業に活用させていただきます。

●受診率について

令和6年度の富山市国民健康保険特定健康診査の受診率は、36.6%（法定報告値）でした。

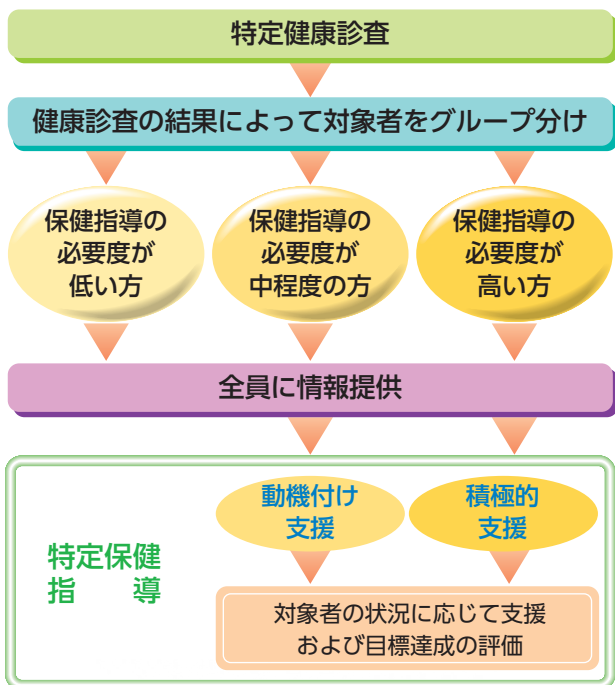
本市の受診率向上事業の取組みとして、受診勧奨通知の送付や集団健診の休日開催、web予約等を行っています。市の全額助成により健診費用は0円です。ぜひこの機会に受診しましょう。

特定保健指導について

特定健康診査の結果、メタボリックシンドローム予備群やメタボリックシンドロームに該当すると判定された方には、保健師、管理栄養士などによる生活習慣改善のためのアドバイスが行われます。

特定保健指導が必要な方には「特定保健指導利用券」を交付しますので、ぜひお受けください。ただし、糖尿病、高血圧症、脂質異常症などの生活習慣病の治療を受けている場合は特定保健指導の対象となりません。

健康診査・保健指導の流れ



一日人間ドック・脳ドックの助成について

国保では、みなさんの健康の保持増進や病気の早期発見を目的として、一日人間ドック・脳ドックの助成を行っています。

令和9年度の申込方法等詳細につきましては、「広報とやま2月20日号」に掲載予定です。

※令和8年度の申し込みは4月1日で終了しました。

※一日人間ドックと脳ドック両方の助成を受けることはできません。

令和9年度申込対象者(全ての要件を満たす方)

- 令和9年4月1日時点での国保加入者
- 受診日に75歳未満の方
- 納期限の到来している国民健康保険料を完納している世帯の方

保険が適用されないとき

次のようなときには、保険証が使えないのでご注意ください。

- | | |
|-----------------|--------------------------------|
| ①病気とみなされないもの | ②他の保険が使えるとき |
| ● 健康診断・人間ドック | ● 仕事上の病気やけが
(労災保険の対象になります。) |
| ● 予防注射 | ● 以前勤めていた職場の健康保険が使えるとき |
| ● 正常な妊娠 | ③国保の給付が制限される
とき |
| ● 軽度のわきが・しみ | ● 故意の犯罪行為や故意の事故 |
| ● 美容整形や歯列矯正 | ● けんかや泥酔による病気やけが |
| ● 経済上の理由による妊娠中絶 | ● 医師や保険者の指示に従わなかったとき |



柔道整復師の施術を受けられる方へ

接骨院や整骨院などの柔道整復師による施術は、健康保険の使える範囲が限られていることをご存じですか。柔道整復師の正しいかかり方を理解し、適正な受診を心がけましょう。

保険が使えるとき

- 医師や柔道整復師に、骨折、脱臼、打撲および捻挫等（いわゆる肉ばなれを含む）と診断または判断され、施術を受けたとき（骨折および脱臼については、応急手当をする場合を除き、あらかじめ医師の同意を得ることが必要です）。
- 骨・筋肉・関節のケガや痛みで、その負傷原因がはっきりしているとき。

保険が使えないとき（全額自己負担）

- 日常生活での単なる肩こりや筋肉疲労など。
- 脳疾患後遺症などの慢性病や症状の改善がみられない長期の施術。
- 保険医療機関（病院、診療所など）で同じ負傷等の治療中のものなど。

施術を受けるときの注意点

- 健康保険は治療を目的としたものであり、上記のように保険の対象とならない場合もあります。負傷の原因は正確に伝えましょう。
- 「療養費支給申請書」の内容（負傷原因、負傷名、日数、施術内容、回数、金額）をよく確認し、必ず自署しましょう。
- 施術が長期にわたる場合は、内科的要因も考えられますので、医師の診察を受けましょう。
- 窓口支払いの領収書は無料発行されます。必ず領収書を発行してもらい、マイナポータルや医療費通知で金額、日数等の確認をしましょう。
- 患者調査を実施しています。ご協力をお願いします。

知っておきたいHIV／エイズの基礎知識

エイズ（AIDS：後天性免疫不全症候群）は、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）に感染することにより引き起こされる病気です。

エイズは潜伏期間が長く、HIVに感染してからエイズ発症まで数年から10年以上かかる場合があります。この期間は、自覚症状はほとんどなく、HIV検査を受けなければ感染しているかどうかわかりません。そのため、気付かないうちに性行為等でパートナーに感染させてしまうおそれがあります。

感染経路や予防法を正しく理解することで、HIVの感染を防ぎましょう。

HIVの感染経路と予防法

感 染 経 路	予 防 法
性行為による感染	HIVの感染経路の大多数を占めます。性行為の際にコンドームを正しく使用することで感染を防ぐことができます。
血液を介した感染	注射器具の共用や、傷口のある手などで直接他人の血液に触らないようにしましょう。
母子感染	HIVに感染している方が出産を希望する場合は、感染の確率を下げる医療措置があるので、医師とよく相談してください。

HIV検査を受けましょう

富山市では、HIV・エイズ相談、HIV抗体検査を実施しています。

- 日 時 毎週火曜日、毎月第3木曜日（祝日を除く）
（詳細は、下記にお問い合わせください。）
- 場 所 富山市保健所（富山市蜷川459-1）
- 費 用 原則として無料
- 注意点 検査は、感染したと思われる機会から3か月以上経ってから受けてください。

※相談や検査は匿名で受けることができます。

※その他の性感染症相談・検査（クラミジア・梅毒）も行っています。

HIV感染症の治療

現在、HIVを体内から完全に取り除く治療法はありませんが、治療方法は日々進歩しています。HIVに感染しても、早期に、また継続して服薬することでエイズの発症を抑えながら、感染する前とほぼ同じように生活することができます。

早期発見による早期治療が重要です。

お問い合わせ 保健所保健予防課 TEL(076)428-1152