

後期高齢者医療制度のお知らせ

■高額介護合算療養費について

医療と介護の両方を利用している世帯の自己負担を軽減する制度です。

同じ世帯の被保険者が、1年間に支払った後期高齢者医療制度と介護保険の自己負担額の合計が限度額を超えたときは、その超えた額が後期高齢者医療制度及び介護保険から支給されます。なお、手続きには市区町村窓口への申請が必要となります。

- 後期高齢者医療制度または介護保険の自己負担額のいずれかが0円の場合は対象となりません。
- 支給額が500円以下の場合には支給されません。

◆ 自己負担限度額表

【1年分の自己負担額の計算期間：8月1日～翌年7月31日】

負担割合	区 分	自己負担額の合計の基準額	
3割	現役並み所得者(※1)	【課税所得690万円以上】212万円	
		【課税所得380万円以上】141万円	
		【課税所得145万円以上】67万円	
1割	一 般	56万円	
	住民税非課税世帯	区分Ⅱ(※2)	31万円
		区分Ⅰ(※3)	19万円

※1 現役並み所得者の限度額は、平成30年8月以降から変更となります。

※2 世帯全員が住民税非課税で区分Ⅰに該当しない方

※3 世帯全員が住民税非課税であり、世帯全員の所得が0円（公的年金収入のみの場合、その受給額が80万円以下）、または老齢福祉年金を受給している方

申請される方は、木古内町町民課住民グループまでお申し出ください。

■高額介護合算療養費勧奨通知の発送時期について

高額介護合算療養費の勧奨通知は、支給対象となる方に例年1月～2月に発送しておりましたが、平成29年度分（計算対象期間：平成29年8月1日～平成30年7月31日）は、3月～4月に発送予定です。

お 問 い 合 わ せ

北海道後期高齢者医療広域連合
住所 〒060-0062
札幌市中央区南2条西14丁目
国保会館6階
電話 011-290-5601

木古内町役場町民課住民グループ
電話 01392-2-3131