

1 医療と介護の両方を利用している世帯には負担軽減があります

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ために高額介護合算療養費制度があります。

この制度は、同じ世帯の被保険者が、「病院にかかったとき」と「介護サービスを利用したとき」の1年分の自己負担額の合計が表の基準額（限度額）を超えた場合は、超えた額が支給されるものです。なお、対象と考えられる世帯へは北海道後期高齢者医療広域連合から申請書が送付されますので、印鑑、通帳を持参し保健福祉課保険グループで申請をして下さい。

- 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円未満の場合は支給されません。
- 例：夫が介護のみ妻が医療のみで算定基準を超えた場合も対象となります。

◆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	67万円	
1割	一 般	56万円	
	住民税非課税世帯	区分Ⅱ※1	31万円
		区分Ⅰ※2	19万円

※1：世帯全員が住民税非課税である方

※2：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）、または高齢福祉年金を受給している方

●「現役並み所得者」の方は後期高齢者医療被保険者証に「3割」と記載されている方です。

○申請される方は、保健福祉課保険グループまでお申し出ください。

【申請に必要な物】 ①広域連合から送付される申請書 ②印鑑（シャチハタ以外）③通帳

2 医療費通知の送付を希望される方へ

北海道後期高齢者医療広域連合では、被保険者の皆様に健康や医療に対する理解を深めていただくために、皆様の医療費を半年ごとにまとめ、発行をご希望の方を対象に医療費通知を送付しています。次回の発行は、平成28年3月（平成27年7～12月の医療費を対象）に行います。

◆新たに発行をご希望の方はご連絡ください

新たに発行をご希望の方は、お手数ですが、北海道後期高齢者医療広域連合または沼田町役場保健福祉課保険グループへご連絡ください。（電話でのご連絡だけで手続きができます）

- すでに「発行希望」のご連絡をいただいている方につきましては継続して発行しますので、再度のご連絡は必要ありません。
- この通知は希望により送付するものですので、これにより何らかの申請等の手続きをしていただく様なことはありません。
- ※この通知を確定申告などの「医療費控除」の領収書の代わりとすることはできません。

◆後期高齢者医療制度に関するお問い合わせ先◆
◆保健福祉課保険グループ 電話35-2120◆