

## 老人保健 負担割合を判定

### あなたの医療費負担は1割? 2割?

変更になる場合は、新受給者証を交付

#### 老人保健で

医療機関にかかる人は?

- ◆75歳（一定の障害のある方は65歳）以上の方
- ◆昭和7年9月30日以前に生まれた方

医療機関にかかるときは、必ず「健康保険証」・「老人医療受給者証」・「健康手帳」を窓口に表示してください。

（特に「老人医療受給者証」には、窓口負担割合が記載されていますので、必ず窓口に表示してください。）

#### 負担割合を判定

負担割合が変更になる場合は、新受給者証を交付します。老人医療受給者の皆様には、医療機関等の窓口でかかった医療費の1割または2割を負担

担していただいています。

この負担割合については、毎年判定が行われ、負担割合が変更になる場合は、新しい受給者証を交付します。

#### 一定以上所得者は、2割

負担割合の判定は、8月1日現在の世帯状況と前年所得（平成17年分）が基準となります。

- 一定以上所得者の条件(①または②に該当)
- ①課税所得額が145万円以上の老人医療受給者
  - ②課税所得額が145万円以上の70歳以上の方、または老人医療受給者と同じ世帯にみえる老人医療受給者

医療機関等の窓口で支払う一部負担金は、原則としてかかった医療費の1割で

#### 次の場合は必ず届出を

老人医療受給者の方が	いつまでに	必要なものは
他の市町村から転入したとき	14日以内	被保険者証・印鑑・所得判定用証明書
同一市町村内で住所を変更したとき	14日以内	医療受給者証・印鑑
加入する医療保険が変わったとき	14日以内	被保険者証・印鑑
他の市町村に転出するとき	すみやかに	医療受給者証・印鑑
死亡したとき	14日以内	医療受給者証・印鑑

医療機関の窓口では、必ず老人医療受給者証を提示してください!

ず返却してください。新たな負担区分は、8月1日から適用されます。

#### 基準収入額適用申請

「2割」の負担と判定された受給者の方でも、次の条件のいずれかに該当する場合は、「1割」となりますが、申請が必要です。

#### 【1割となる条件】

- ◆同じ世帯において、他に70歳以上の高齢者の方（65歳以上で老人医療の障害認定を受けている方も含む。）がみえる場合
- ◆合計収入額520万円

#### 未滿

◆同じ世帯において、他に70歳以上の高齢者の方（65歳以上で老人医療の障害認定を受けている方も含む。）がみえない場合

#### 未滿


◆合計収入額383万円

「1割」負担の適用を受けるときは、「基準収入額適用申請書」を福祉課に提出してください。

住民税が非課税の世帯に属する老人医療受給者の方は、申請により入院時の食事負担額等が軽減されますので、福祉課に申請してください。

問い合わせ  
福祉課 TEL 366・7116

医療機関の窓口には、必ず老人保健医療受給者証を提出してくださいね!



## 敬老年金 障害年金

# 受給手続きはもろでもか?

「年金支給申請書」を福祉課に提出してください

### 年金は金融機関の指定口座に振り込み

ますので、障害者手帳をお持ちの参ください。

敬老年金、障害年金の受給資格要件と支給額は、表1のとおりです。

受給するには、9月1日現在において受給資格要件を満たしていることが必要です。

## ※申請書を提出しないと年金が受けられません

町では、9月に敬老年金と障害年金を支給しています。行政事務を簡素化するため、金融機関（郵便局を除く。）の指定口座に年金を振り込みますので、「年金支給申請書」を福祉課に提出してください。

申請書を提出されないと、年金が受けられませんので、ご注意ください。

すでに対象となる方には、手続きに必要な書類をお送りしております。

なお、障害年金を受給される場合は、資格を確認させていただきます。

	受給資格要件	支給額
敬老年金	満75歳以上の方	年額 6,000円
	満90歳以上の方	年額 10,000円
障害年金	身体障害者 1級、2級の方	年額 10,000円
	身体障害者 3級の方	年額 6,000円
	知的障害者 Aの方	年額 10,000円
	知的障害者 Bの方	年額 6,000円

(表1) 敬老年金、障害年金の受給資格要件と支給額



問い合わせ 福祉課 TEL 366・7116

「国民健康保険庁」なる国家組織は存在せず、厚生労働省や川越町とは無関係です!!

国民健康保険庁 健康保険課/国民年金係  
※このような名称の国家組織は存在しません!!

督促状 国民健康保険負担割合変更のお知らせ

平成18年5月1日 整理番号 0230085071

この度、平成18年度から国民健康保険の負担割合変更に伴い調査した結果、あなた下記いずれかに該当されます。

①年金未納期間がある方  
②保険証切り替え  
③住民税等、未納  
④職員の方、  
⑤自動車税及び、重量税違反の支払いが未納の方  
⑥罰金等が含まれます。

⑦自己課税の免責が下りて9年未納の方

平成18年4月1日より、国民健康保険の負担割合が変更されました。平成18年6月16日までにご連絡いただけない場合は、現在お持ちの保険証が使用停止となりますので、至急ご連絡ください。通知致します。

国民健康保険庁 健康保険課/国民年金係  
〒0000000 東京都0000000  
TEL 03(0000)0000

## 「国民健康保険庁」を名乗る団体からのハガキにご注意ください!!

最近、県内の複数の市町村から、「国民健康保険庁」から「国民健康保険負担割合変更のお知らせ」のハガキが到着した。『「年金未納期間がある方、住民税等の未納がある方」等は「国民健康保険の無期限停止」、「預金口座の差し押さえ」等が執行されるので連絡をとるよう要請された』等の相談が住民より寄せられたとの情報提供がありました。

「国民健康保険庁」なる国家組織は存在せず、厚生労働省や川越町とは無関係です。このようなハガキが届いても一切連絡をとらないようご注意ください。

問い合わせ 福祉課  
TEL 366・7116