

# 後期高齢者医療保険料のお知らせ

## 保険料のお支払い方法について

### 保険料の納め方

保険料の納め方は、「年金からのお支払い（特別徴収）」と「納付書・口座振替によるお支払い（普通徴収）」の2つの方法があります。

**年金** からのお支払いとなります。

- 手続きの必要はありません。  
なお、次の方は特別徴収に該当せず、普通徴収となります。

- 受給している年金額が、年額 13 万円未満の方
- 介護保険と合わせた保険料が年金支給の半分以上の方

※この制度に加入してからおよそ半年間は、年金からのお支払いができません。「納付書」や「口座振替」でお支払いください。



特別徴収

**納付書・口座振替** による金融機関でのお支払いとなります。

- 口座振替に切り替わるまで、数か月の時間が必要となります。  
※国民健康保険料を口座振替していた方でも自動的に継続されません。改めて手続きが必要です。

普通徴収

### 保険料の納め忘れはありませんか？

※納付書払いでの保険料の納め忘れが多発しています。  
ご自分のお支払い方法については、保険料額決定通知書（納入通知書）をご確認ください。

### 保険料のお支払いを「口座振替」に変更できます

- 納付書、年金でお支払いの方は、口座振替に変更することができます。  
「年金」のお支払いから変更できる時期は、申し出の時期により異なります。
- 税申告の際、「社会保険料控除」は、保険料をお支払いする方（口座名義人）が受けられます。

申し出の際には、「本人の保険証、預金通帳（北見信用金庫訓子府支店・きたみらい農協訓子府支店・ゆうちょ銀行）、届け印」が必要です。  
「口座振替」をご希望される方は、福祉保健課医療給付係までお越しください。

■ 問合せ 北海道後期高齢者医療広域連合（☎ 011-290-5601）  
福祉保健課医療給付係（☎ 47-5555 総合福祉センター 窓口 7 番）

## 医療機関での乳がん・子宮がん検診を実施

医療機関で、乳がん・子宮がん検診を受けることができます。  
■ 実施期間 3月31日(木)まで

### 対象および自己負担額

	検診の種類	対象者	自己負担額
子宮がん検診	子宮頸部がん検診	今年度 20 歳以上となる女性	1,500 円
	子宮体部がん検診	子宮頸部がん検診を受診された方で、不正出血などの症状のある方など	1,000 円 (病院での支払い)
乳がん検診	視触診	今年度 30 歳～ 39 歳となる女性	1,000 円
	視触診・マンモグラフィ併用(1 方向)	今年度 40 歳～ 49 歳となる女性	3,000 円
	視触診・マンモグラフィ併用(2 方向)	今年度 50 歳以上となる女性	2,500 円

※昨年度、乳がん検診（視触診・マンモグラフィ併用検診）を受診された方は対象外となります。

- 申込み問合せ 福祉保健課健康増進係（☎ 47-5555 総合福祉センター 窓口 7 番）

## 心の病気で治療中の方に 交通費の一部を助成

- 対象の病気  
統合失調症・そううつ病・認知症疾患・アルコール依存症・精神神経てんかん・自閉症・精神発達遅滞など
- 助成範囲および助成額  
町外（道内に限る）の医療機関に通院する場合で最も経済的な経路および方法で通院した場合の 2 分の 1 の額を助成します。
- 助成対象医療機関  
指定自立支援医療機関（精神通院医療に限る）

とします。ただし、18 歳未満のお子さんに関しては、北海道緑ヶ丘病院、札幌市立病院清療院など、「北海道児童思春期メンタルヘルス相談対応ガイドブック」（平成 18 年 3 月発行）に掲載の医療機関を対象とします。

- 申請に必要なもの  
① 印鑑  
② 通院証明書（用紙は福祉保健課健康増進係にあります）  
③ 銀行の振込口座番号
- その他 当該年度（4 月から 6 月の場合は前年度）の市町村民税課税世帯に属する方は、月額 9,000 円を上限とします。

福祉保健課健康増進係（☎ 47-5555 総合福祉センター 窓口 7 番）

## 特定疾患などで治療中の方に 交通費の一部を助成

- 助成対象の条件  
「特定疾患医療受給者証または、特定疾患患者認定証」「ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療受給者証」「小児慢性特定疾患医療受診券」「脳脊髄液減少症診断書」が交付されていること
- 助成範囲および助成額  
町外（道内に限る）の医療機関に通院する場合で最も経済的な経路および方法で通院した場合の 2 分の 1 の額を助成します

- 申請に必要なもの  
① 「特定疾患医療受給者証または、特定疾患患者認定証」「ウイルス性肝炎進行防止対策・橋本病重症患者対策医療受給者証」「小児慢性特定疾患医療受診券」「町長が必要と認めた疾病等の診断書」の写し  
② 印鑑  
③ 通院証明書（用紙は福祉保健課健康増進係にあります）  
④ 銀行の振込口座番号
- その他 当該年度（4 月から 6 月の場合は前年度）の市町村民税課税世帯に属する方は、月額 9,000 円を上限とします