国保で受けられる給付

一部負担金（医療費などの患者自己負担金）

保険証を病院などの窓口で提示することにより、医療費の一部の負担で診療を受けることができます。

	就学前	就学後～70歳未満	７０歳～７４歳（保険証兼高齢受給者証※1の交付）	
一部負担金の負担割合	２割	３割	２割※２	３割※３

※1　国保に加入している７０歳以上の方には負担割合が表記された「保険証兼高齢受給者証」が交付され、表記された負担割合での支払いとなります。

○「保険証兼高齢受給者証」の適用は、月の1日生まれの方はその月の１日から、それ以外の方は誕生日の属する月の翌月1日からの適用となります。

○「保険証兼高齢受給者証」が交付された後でも、世帯内の異動や収入・所得の変更の申告などにより、さかのぼって負担割合が変更となる場合があります。

※2　3割負担(現役並み所得者)以外の方の負担割合は「2割」となります。

※3　現役並み所得者とその同世帯にいる方の負担割合は「3割」となります。

(現役並み所得者については14ページを参照してください)

一部負担金の減免について

世帯主などが失業による収入の減少や自然災害などの特別な事由により一時的に著しく生活が困難になったと認められる場合は、病院などに支払う一部負担金が一定期間内で減額又は免除になる場合があります。詳しくは国保課給付係までお問合せください。また、所定の医療機関において、診療費の自己負担金額の全額又は一部を助成する無料低額診療事業を実施しております。該当となる医療機関等はホームページをご覧ください。

帯広市国保　一部負担金減免

医療費の全額を支払ったとき（療養費の支給）

次のようなときは、支払った額と一部負担金との差額が支給されますので、申請してください。

申　請　期　限

医療費等の代金を支払った日の翌日から２年
※国保加入期間に社会保険証を使用した場合は、
診療日の翌日から２年

申請に必要なもの（共通）	○窓口に来る方の本人確認ができるもの　○対象者の保険証 ○世帯主の口座情報（通帳など）　○対象者のマイナンバーカード又はマイナンバー通知カード　○下表の各手続きに必要なもの

こんなとき	申請に必要なもの（上記共通以外）
急病や不慮の事故などで、やむを得ず保険証を持たずに診療を受けたとき	○診療報酬明細書（レセプト） ○領収書
医師が治療上必要と認めたコルセットなどの治療用装具代を支払ったとき	○医師の診断書または証明書（意見書・処方せん等） ○領収書
小児弱視(9歳未満)などの治療用眼鏡等の費用がかかったとき(年齢と装着期間の要件を満たした場合)	○医師の作成指示書 ○患者の検査結果 ○領収書
医師が必要と認め、はり・きゅう・マッサージなどの施術を受けたとき	○医師の同意書 ○領収書
骨折やねんざなどの保険適用となる症状で柔道整復師の施術を受けたとき	○診療明細がわかる領収書
海外渡航中の急病などで、やむを得ず海外で治療を受けたとき ※ 治療目的の渡航は除きます。 ※ 日本国内で同様の治療を受けた場合の診療点数を標準としますので、払い戻しになる金額は、海外で実際に支払った金額と異なる場合があります。	○パスポート ○診療内容明細書 ○診療内容明細書（翻訳版） ○領収明細書 ○領収明細書（翻訳版） ○領収書 ○同意書
医師が必要と認め、重病人の入院や転院などの移送他に費用がかかったとき	○医師の意見書 ○移送距離などがわかる領収書

柔道整復師（整骨院・接骨院）にかかるとき

保険証を使える場合と使えない場合があります。

● 使える場合

○捻挫　○打撲　○挫傷　○骨折・脱臼（医師の同意が必要）
○骨・筋肉・関節のケガや痛みで、原因がはっきりしているとき

● 使えない場合

○疲労性・慢性的な要因からくる肩こりなど
○脳疾患後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
○病院などで同じ負傷箇所などを治療中の場合
○労災保険が適用となる仕事中や通勤途中での負傷

はり・きゅう・マッサージにかかるとき

保険証を使える場合と使えない場合があります。

● 使える場合（医師が必要と認める場合）

はり・きゅう	○神経痛　○リウマチ　○頸腕症候群　○五十肩 ○腰痛症　○頸椎捻挫後遺症
マッサージ	○筋まひ、関節拘縮等、医療上マッサージを必要とする症例

● 使えない場合

○上記疾患以外のもの　○医師の同意がない場合
○病院などで同じ疾患を治療中の場合（マッサージは併用可）
○疲労回復や癒やしを目的とするもの

国保に加入している方が出産したとき（出産育児一時金の支給）

国保加入者の妊娠22週以上の出産について、1児につき50万円の出産育児一時金が支給されます。また、妊娠12週以上22週未満の出産（死産含む）の場合や「産科医療補償制度」に加入していない病院などで出産（流産・死産含む）した場合の支給額は48万8千円です。

出産費用を国保から医療機関へ直接支払う「直接支払制度」を利用し、出産費用が上記金額未満のときは差額を支給しますので、申請してください。

また、「直接支払制度」を利用せず、全額負担した場合にも上記金額が支給されます。

※　出産した方が国保加入前に社会保険（本人）に1年以上加入し、社会保険脱退後6ヵ月以内に出産した場合は、社会保険より出産育児一時金の支給を受けられる場合があります。

※　帝王切開などの高額な保険診療を受けたときは、高額療養費に該当する場合があります。（11 ページをご覧ください。）

申　請　期　限

出産した日の翌日から2年

申　請　に必要なもの	○窓口に来る方の本人確認ができるもの　○出産した方の保険証 ○世帯主の口座情報（通帳など）　○合意文書　○領収・明細書 ○領収書　○医師の証明書又は火葬証明書（流産・死産の場合） ○出産した方のマイナンバーカード又はマイナンバー通知カード

国保に加入している方が亡くなったとき（葬祭費の支給）

国保加入者が亡くなられたときは、葬儀を行った方（喪主又は施主）に3万円の葬祭費を支給しますので、申請してください。

※　亡くなられた方が社会保険脱退後3ヵ月以内に死亡した場合は、社会保険より葬祭費の支給を受けられる場合があります。

申　請　期　限

葬儀を行った日の翌日から2年

申　請　に必要なもの	○窓口に来る方の本人確認ができるもの　○亡くなった方の保険証 ○喪主又は施主の口座情報（通帳など）　○葬儀を行ったこと及び喪主又は施主のフルネームが確認できるもの（会葬礼状ハガキ、葬儀の領収書、新聞のお悔やみ記事などのうちいずれか1つ）

高　額　療　養　費

高額療養費が支給されるとき

国保を利用して受診した医療費など※の自己負担額が1ヵ月（1日から末日までの診療）に「自己負担限度額」を超えたときは、申請により、その超えた分の金額を国保が負担する「高額療養費制度」があり、**「償還払いの申請」**と**「限度額適用（・標準負担額減額）認定証の申請」**の2種類の手続きがあります。

※医療費など　⇒　保険適用となる以下のもの
〇病院の診療費 〇薬代 〇療養費（8 ページ参照）
〇整骨・接骨院、はり・きゅう・マッサージなどの施術料金 など

●！注意！●

入院食事代、保険診療外の診療費、健診、差額ベッド代、病衣などは保険適用外となるため高額療養費の対象にはなりません。

●　償還払いの申請

すでに病院などに自己負担限度額（月ごと）を超えた医療費を支払っている場合(例として下記の枠内参照)、申請により高額療養費の払い戻しを受けることができます。詳しくは、12ページの「70歳未満の方の高額療養費」、13、14ページの「70歳以上の方の高額療養費」、14ページの「70歳未満の方と70歳以上の方が同一世帯の場合の高額療養費」を参照してください。

- 〇　限度額適用認定証を病院などに提示せず、自己負担限度額を超えて医療費を支払ったとき
- 〇　70歳未満の方の場合、1ヵ月（1日から末日までの診療）に、2ヵ所以上の病院などで一定の条件においてそれぞれ21,000円以上の支払いをしたものだけを合算した結果、自己負担限度額を超えたとき（70歳以上の方の場合は全ての支払い分を合算できます。）
- 〇　同一世帯で過去12ヵ月以内に自己負担限度額まで達した月が4回目に該当するとき(多数該当制度)で、通常の自己負担限度額で支払いをしたとき など

申　請　期　限
診療月の翌月１日から２年間

申　請　に必要なもの	〇窓口に来る方の本人確認ができるもの　〇世帯主と対象者のマイナンバーカード又はマイナンバー通知カード　〇対象者の保険証　〇領収書　〇世帯主の口座情報（通帳など）

● 「限度額適用（・標準負担額減額）認定証」の申請

以下の方は医療機関などへの支払いを自己負担限度額まで抑える「限度額適用（・標準負担額減額）認定証」の交付を受けることができます。

70歳未満　ア～オの全区分
70歳以上　現役並みⅠ・Ⅱ、区分Ⅰ・Ⅱ

区分については
12～14ページ参照

手続きの方法は、15ページの「入院など高額な医療費を支払う予定がある場合」を参照してください。

70 歳未満の方の高額療養費

70 歳未満の方の高額療養費は、世帯の国保加入者ごとの月ごと、医療機関ごと、医科・歯科ごと、入院・外来ごとに細分化された範囲の中で、支払った医療費の自己負担額が 21,000 円以上のものだけを合算し、その合算額が下記の表の自己負担限度額（世帯）を超えた場合に、その超えた額が高額療養費として支給されます。申請に必要なものは 11 ページを参照してください。※ **薬局の薬代は、処方せんを発行した病院分として合算できます。**

・支給は早くて、診療月の３～４ヵ月後になります。

【70 歳未満の方の自己負担限度額】　（平成 27 年 1 月改正）

区分	所得要件（世帯）〔旧ただし書所得（※1）より判定〕	自己負担限度額（世帯）	多数該当限度額（※2）
ア	901 万円超	252,600 円　＋（総医療費－842,000 円）×1％	140,100 円
イ	600 万円超～901 万円以下	167,400 円　＋（総医療費－558,000 円）×1％	93,000 円
ウ	210 万円超～600 万円以下	80,100 円　＋（総医療費－267,000 円）×1％	44,400 円
エ	210 万円以下	57,600 円	44,400 円
オ	住民税非課税世帯	35,400 円	24,600 円

※1　旧ただし書所得　総所得金額などから基礎控除額（最大 43 万円。前年の所得により控除額が異なる場合があります。）を差し引いた額で、上表の「旧ただし書所得」は世帯の国保加入者の「旧ただし書所得」を合算した額です。なお、収入の未申告などにより世帯の所得が把握できない場合は旧ただし書所得 901 万円超（ア）の扱いになります。

※2　多数該当限度額　高額療養費の該当が過去 12 ヵ月以内に 3 回以上になったときの 4 回目の月からの限度額

70歳以上の方の高額療養費

70歳以上の方の高額療養費は、1ヵ月（1日から末日までの診療）の医療費の自己負担額が自己負担限度額を超えた場合に、その超えた額が高額療養費として支給されます。計算の仕方は、個人ごとの外来分のみで、自己負担限度額を超えている場合、その超えた分を高額療養費として支給し、さらに入院がある場合は、世帯の国保加入者で70歳以上の方の全ての入院・外来の自己負担額を合算し、世帯ごとの自己負担限度額を超えている場合、その超えた分を高額療養費として支給します。申請に必要なものは11ページを参照してください。（支給は早くて診療月の3～4ヵ月後になります。）

※　月の途中で75歳に到達した場合は誕生日前の国民健康保険（と誕生日後の後期高齢者医療）における自己負担限度額が通常の2分の1となります。

【70歳以上の方の自己負担限度額】（平成30年8月改正）

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">区　分</th><th colspan="2">自己負担限度額</th></tr>
<tr><th>個人ごと（外来のみ）</th><th>世帯ごと（入院と外来）</th></tr>
<tr><td rowspan="3">現役並み所得者（※3）</td><td>現役並みⅢ</td><td colspan="2">252,600円＋（総医療費−842,000円）×1％
（多数該当限度額(※7)140,100円）</td></tr>
<tr><td>現役並みⅡ</td><td colspan="2">167,400円＋（総医療費−558,000円）×1％
（多数該当限度額(※7)93,000円）</td></tr>
<tr><td>現役並みⅠ</td><td colspan="2">80,100円＋（総医療費−267,000円）×1％
（多数該当限度額(※7)44,400円）</td></tr>
<tr><td colspan="2">一　般（※4）</td><td>18,000円
（年間上限額(※8)144,000円）</td><td>57,600円
（多数該当限度額(※7)44,400円）</td></tr>
<tr><td colspan="2">区分Ⅱ（※5）</td><td>8,000円</td><td>24,600円</td></tr>
<tr><td colspan="2">区分Ⅰ（※6）</td><td>8,000円</td><td>15,000円</td></tr>
</table>

※3　現役並み所得者　70歳以上の国保加入者のうち住民税の**課税標準額が145万円以上**の方と、その同一世帯の70歳以上の方（ただし、一定の条件の方は申請等により「一般」の区分になる場合があります。）

▼課税標準額により、さらに3つの区分に分かれます。

現役並みⅢ	**課税標準額690万円以上**
現役並みⅡ	**課税標準額380万円以上**
現役並みⅠ	**課税標準額145万円以上**

※4　一　般　住民税課税世帯で、「現役並み所得者」の世帯以外の方。また、70～74歳の被保険者の旧ただし書所得の合計額が210万円以下の方

※5　区 分 Ⅱ　世帯主と国保加入者全員が住民税非課税の世帯の方

※6　区 分 Ⅰ　世帯主と国保加入者全員が住民税非課税であり、各世帯員の所得が必要経費・控除（年金の所得は控除額を80万円として計算）を差し引いたときに0円となる世帯の方。給与所得がある場合は、令和3年8月以降は給与所得金額から10万円を控除して判定。

※7　多数該当限度額　高額療養費の該当が過去12ヵ月以内に3回以上になったときの4回目の月からの限度額

※8　年間上限額　1年間（8月1日から翌年7月31日まで）の外来（一般、区分Ⅰ・Ⅱ）の自己負担額合計の限度額
（対象の方に対し、支給申請の勧奨通知を送付します。）

70歳未満の方と70歳以上の方が同一世帯の場合の高額療養費

1ヵ月（1日から末日までの診療）で、70歳以上の方の全ての医療費自己負担額と70歳未満の方の21,000円以上（12ページ参照）の医療費自己負担額を合算し、**70歳未満の方の自己負担限度額を超えた場合**、申請により高額療養費として支給されます。申請に必要なものは11ページを参照してください。

高額療養費支給申請の勧奨通知

平成30年８月診療分から、医療機関より請求のあった診療報酬明細書に基づき、高額療養費の支給見込み額が発生する世帯に対して、高額療養費支給申請の勧奨通知を送付しますので、必要事項を記入し、同封の返信用封筒で返送してください。送付時期は診療月の概ね3カ月後です。

なお、診療報酬明細書の内容や請求時期により、勧奨通知が送付されない場合や対象の医療機関などが含まれていない場合もあります。領収書の金額から該当すると思われる場合は、お問い合わせください。

【支給申請の簡素化】

令和６年２月以降に送付する高額療養費支給申請書を提出いただくことで、次回以降に新たに発生する高額療養費の支給申請手続きが不要となり、記入いただいた口座へ自動的に振り込まれるようになります。

※　**一部領収書の写しの添付が必要な場合があります。**

入院など高額な医療費を支払う予定がある場合

70 歳未満の方及び 70 歳以上で「現役並みⅠ・Ⅱ」又は、「区分Ⅰ・Ⅱ」に該当する方で、入院又は外来で高額な診療を受けるなど、**「限度額適用（・標準負担額減額）認定証」が必要な場合は、申請してください。**

この認定証を診療時に病院に提示することで自己負担限度額までの支払いになり、非課税世帯の区分である「オ」、「区分Ⅰ・Ⅱ」の方については入院時食事代が減額となります。(20ページ参照)

※　有効期間内でも、世帯の国保加入者の増減や所得の変更などにより、自己負担限度額の区分が変わることがあります。

※　７0歳以上で**「現役並みⅢ」**又は**「一般」**の区分に該当する方は限度額適用認定証の交付対象にはなりません。保険証兼高齢受給者証の提示で自己負担限度額までの支払いとなります。

申請に必要なもの	○窓口に来る方の本人確認ができるもの　○対象者の保険証 ○世帯主と対象者のマイナンバーカード又はマイナンバー通知カード

高額療養費該当回数の引継ぎ（多数該当）

市町村をまたがる住所の異動があっても、それが北海道内であり、国保世帯の継続性（※17ページ参照）が保たれている場合、平成30年４月以降の療養において発生した転出地での高額療養費の該当回数が引き継がれるため、多数該当により医療費の自己負担額が軽減される場合があります。

◯平成30年3月診療分まで

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
高額療養費該当回数	1回目	2回目	3回目	**1回目**	**2回目**	**3回目**	4回目

北海道内の他市町村から転居した場合

◯平成30年4月診療分から

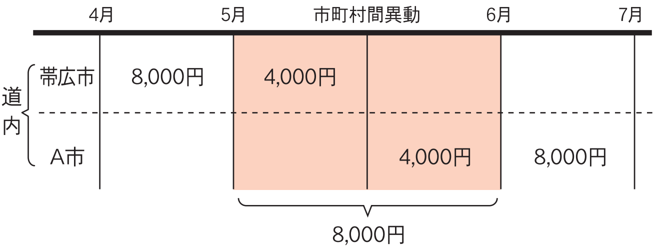
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
高額療養費該当回数	**1回目**	**2回目**	**3回目**	4回目	5回目	6回目	7回目

● 住所異動月における自己負担限度額

市町村をまたがる住所の異動があっても、それが北海道内であり、国保世帯の継続性（※17ページ参照）が保たれている場合、転居月については、居住日数に関わらず、転出地と転入地における、自己負担限度額をそれぞれ本来の2分の1に設定します。

同様に、70歳未満の高額療養費の合算対象基準額（21,000円）についても、2分の1に設定します。
また、月の途中で75歳に到達した場合は、誕生日前の国民健康保険（と誕生日後の後期高齢者医療）における自己負担限度額が通常2分の1となりますが、同じ月に北海道内の市町村をまたがる住所異動があった場合には、転出地と転入地のそれぞれで本来の自己負担限度額の4分の1になります。

例：70歳以上　区分Ⅱ【個人ごと（外来のみ）】　自己負担限度額　月8,000円



※　世帯の継続性の判断は以下のとおりです。

1　単なる住所異動等の1つの世帯のみで完結する住所異動の場合には、世帯の分離や合併を伴わないため、世帯の継続性が認められます。1つの世帯で完結する異動とは次のいずれかに該当するものとなります。

①　他の世帯と関わらず、当該世帯内の世帯主及び国保被保険者が変わらない住所異動

②　他の世帯と関わらず、資格の取得又は喪失による当該世帯内の世帯主及び国保被保険者の増加又は減少を伴う場合の住所異動

2　世帯分離、世帯合併により一つの世帯で完結しない住所異動の場合には、次のいずれかに該当するものに世帯の継続性が認められます。

①　世帯主及び住所に変更がない世帯

②　転入する世帯の世帯主が主宰する世帯

特定疾病の方は申請してください

人工透析を必要とする慢性腎不全、血友病、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の方は、月ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとで、自己負担限度額が10,000円（70歳未満の方で世帯の旧ただし書所得の合計が600万円超の世帯の方は20,000円）となります。あらかじめ、「特定疾病療養受療証」の申請をし、交付された受療証を病院などの窓口へ提示してください。なお、当該医療機関及び処方薬局の医療費の合計金額が自己負担限度額を超えていた場合、申請により払い戻しを受けることができます。

申請に必要なもの	【特定疾病療養受療証の申請】 〇窓口に来る方の本人確認ができるもの　〇対象者の保険証 〇医師の意見書　〇世帯主と対象者のマイナンバーカード又はマイナンバー通知カード 【払い戻しの申請】 〇窓口に来る方の本人確認ができるもの　〇対象者の保険証　〇特定疾病療養受療証　〇領収書　〇世帯主の口座情報（通帳など）　〇世帯主と対象者のマイナンバーカード又はマイナンバー通知カード

高額介護合算療養費

医療と介護の両方の負担があるとき

医療費と介護サービス費の両方の自己負担がある方で、1年間（前年8月1日から当年7月31日の期間であり、以下「計算期間」という）の、医療と介護の自己負担の合算額が算定基準額を超えた場合、超えた部分を支給する高額医療・高額介護合算療養費制度があります。

基準日（計算期間の末日、通常７月31日）現在加入している健康保険の世帯単位で、計算期間中に、医療と介護の両方を負担した場合に合算します。なお、入院の際の食事代や差額室料などは対象になりません。

住民票上で同じ世帯でも、加入している健康保険が異なるときは、合算できません。また、医療か介護の一方の負担が無い場合や、算定した結果が500円以下の場合は該当になりません。

該当する方には勧奨通知を送付しますので、基準日（7月31日）現在加入している健康保険の窓口に申請してください。

申請期限
申請書が届いた日から２年

※　申請に必要な書類は、国保課よりご案内します。
※　住む市町村や加入する健康保険に変更があった方は以前加入していた健康保険で「自己負担額証明書」の交付を受けて申請書に添付してください。
※　マイナンバー制度による情報連携の本格運用に伴い、自己負担額証明書の提出が不要になる場合があります。詳しくはお問い合わせください。

70歳未満の（後期高齢者を除く）方の算定基準額

区分（※１）	限度額
ア	2,120,000円
イ	1,410,000円
ウ	670,000円
エ	600,000円
オ	340,000円

※1　表の各負担区分については、12ページを参照してください。

70歳以上の（後期高齢者を除く）方の算定基準額

区分（※２）		限度額
現役並み所得者	現役並みⅢ	2,120,000円
	現役並みⅡ	1,410,000円
	現役並みⅠ	670,000円
一般		560,000円
区分Ⅱ		310,000円
区分Ⅰ		190,000円

※2　表の各負担区分については、13～14ページを参照してください。

入院時 食事療養・生活療養標準負担額

入院したときの食事療養標準負担額（食事代）

入院時の食事代は、医療費の自己負担とは別に負担します。

住民税非課税世帯の方が入院する場合、「限度額適用（・標準負担額減額）認定証」を交付しますので、申請してください。（15ページ参照）この認定証を入院時に提示することで、食事代が減額されます 。

区　分		1食あたりの食事代(※2)
住民税課税世帯		490円（460円）
住民税非課税世帯	90日までの入院	230円（210円）
	91日以上の入院	180円（160円）
住民税非課税世帯のうち70歳以上の方で自己負担限度額が区分Ⅰ※1の方		110円（100円）

療養病床に入院する65歳以上の方の食事代・居住費

65歳以上の方で療養病床に入院するとき、医療費の自己負担とは別に生活療養標準負担額（食事代・居住費）を負担します。

区　分	1食あたりの食事代(※2)	居住費（1日あたり）
一般（住民税課税世帯）	490円（460円）※3	370円
住民税非課税世帯	230円（210円）※4	370円
住民税非課税世帯のうち70歳以上の方で自己負担限度額が区分Ⅰ※1の方	110円（100円）又は140円（130円）	370円

※1　区分Ⅰ⇒ 14ページの「※6」を参照してください。
※2　令和6年5月入院分までの食事代は () 内の金額となります。
※3　一部の保険医療期間では、450円（420円）の場合もあります。
※4　91日以上の入院の場合180円（160円）になることがあります。

入院食事代を支払い過ぎていた場合

限度額適用（・標準負担額減額）認定証を病院に提示しなかったために、食事代が減額されなかった場合や申請月以前の12ヵ月間に入院日数が90日を越える場合、申請により上記区分の差額を支給します。

申　請　期　限
食事代を支払った日の翌日から2年

申請に必要なもの	○窓口に来る方の本人確認ができるもの　○対象者の保険証　○領収書　○世帯主の口座情報（通帳など）　○対象者のマイナンバーカード又はマイナンバー通知カード

保険証類について

保険証類の更新について

〇国保の保険証

国保の保険証の有効期限は令和７年７月31日です。次年度の保険証は有効期限までに郵送します。※有効期限までに70歳になる方、保険料の滞納により短期証の交付対象となっている方などは、令和７年７月31日よりも早まる場合があります。

〇保険証兼高齢受給者証

70歳～74歳の方には、保険証と高齢受給者証が一体化した、保険証兼高齢受給者証を交付しています。保険証兼高齢受給者証の有効期限は令和７年７月31日です。次年度の保険証兼高齢受給者証は有効期限までに郵送します。※有効期限までに75歳になる方、保険料の滞納により短期証の交付対象となっている方などは、令和７年７月31日よりも早まる場合があります。

〇限度額適用（・標準負担額減額）認定証

限度額適用（・標準負担額減額）認定証の有効期限は令和７年７月31日です。令和７年８月以降も認定証が必要な場合、申請が必要となります。

※有効期限までに70歳、75歳になる方は、令和７年７月31日よりも早まる場合があります。

●！注意！●

法改正により、令和６年 12 月２日で保険証は廃止されます。医療機関等を受診の際は、マイナンバーカードを保険証としてご利用ください。

詳細は P.3 を参照ください。

交通事故などにあったとき（第三者の行為による傷病）

第三者の行為による傷病の医療費は、加害者負担が原則です

相手方がいる交通事故など、第三者の行為によるケガにより治療を受ける場合の医療費は、本来、加害者が負担すべきものですが、国保の保険証を提示して治療を受けることができます。

ただし、その場合、治療費を国保が一時的に立て替え、後日、加害者又は加害者が加入している損害保険会社等に請求することになります。

保険証を使ったときは、必ず届出を！

加害者側へ請求を行うためには、被害者側からの届出が必要になります。保険証を使った時は必ず国保課へ届け出てください。

詳しくは、国保課給付係へお問い合わせください。

また、ホームページからもご覧いただけます。

帯広市国保　第三者求償

臓器提供意思表示欄について

国保の保険証の裏面には、臓器提供に関する意思を記入することができます。

意思表示欄へは必ず記入しなければならない？

臓器提供意思表示欄への記入は任意です。また、記入の有無により受けられる医療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の記入内容は、臓器の移植に関する法律の規定する『書面による意思表示』として扱われます。（15歳以上の方が記入した場合に限ります。ただし、「提供しない」意思については、15歳未満の方の意思表示も有効です。）

臓器提供意思表示欄を記入した後であっても、臓器提供に関する意思を変更できます。

※　個人情報保護の観点から、意思表示欄に保護シールを貼り付けて使用できます。保護シールは国保課窓口で配布しています。