

杉并区 国民健康保险指南

2025年度版

日本有“健康保险”这一制度。健康保险总体分为“公司（工作单位）的健康保险”和“以居住地区为单位的国民健康保险”两种；在日本国内办理了居民登记的任何人都须加入其中任意一种健康保险，外国人也不例外。

编制本手册的目的在于让各位外国人理解日本健康保险制度之一的“国民健康保险”的结构和手续等。

凡于本日办理完加入手续的参保人将获发杉并区的“国民健康保险资格确认书”或“资格信息通知”。请确认姓名、出生日期、住址等是否正确。

权利

被保险人在生病或受伤时，可以使用健康保险到医疗机构就诊，就诊时请向医疗机构出示保险证。
加入者在指定的医疗机构自己承担的金额为医疗费总额的 2 至 3 成。

义务

所有加入国民健康保险的人都有交纳保险费的义务。

目 录

1

国民健康保险
(国保)制度

P. 1

2

国保的结构

P. 1

3

关于国民健康保险
资格确认书等

P. 1

4

申请加入国保

P. 2

5

保险费

P. 4

6

关于保险费的减额
以及减免制度

P. 6

7

保险费的支付方法

P. 6

8

若不交纳保险费…

P. 7

9

国保可提供的给付

P. 8

10

国保特定体检和
特定保健指导

P. 16

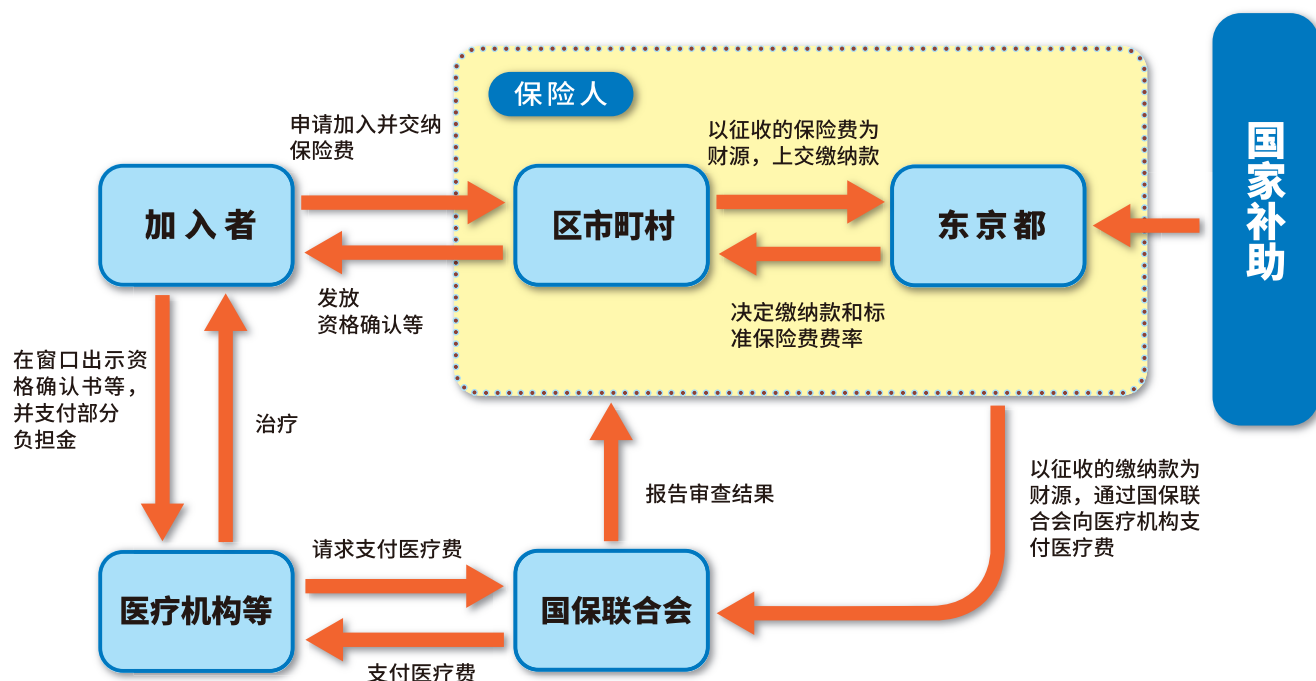
1 国民健康保险(国保)制度

国民健康保险(国保)是一种互助制度,被保险人(以下称为“加入者”)根据各自的收入共同交纳保险费,所交纳的保险费用于支付加入者的医疗费,以便加入者在生病或受伤时能放心接受治疗。各位加入者在生病或受伤时,有权利接受国保的医疗给付,相反,居民一旦加入国保,户主就负有交纳保险费的义务。

2 国保的结构

国保由大家所居住的都道府县和区市町村作为保险人来运营。作为保险人的各区市町村以各位加入者交纳的保险费、中央政府或东京都等的补助金等为财源,来开展医疗费支付(保险给付)等工作。

大家在医疗机构等看病时,只需负担(支付)部分医疗费就能接受治疗,剩余部分由国保支付给医疗机构。



3 关于国民健康保险资格确认书等

联系方式 国保资格系 电话: 03-5307-0641

(1) 关于自2024年12月2日起保险证的使用方式

自2024年12月2日起,保险制度开始向以个人编号保险证(注册保险证功能的个人编号卡)为主的运作方式过渡,因此不再发放传统保险证。

尚未申领个人编号保险证者,将会收到可替代保险证使用的“资格确认书”。凡在医疗机构等窗口出示“资格确认书”,即可与传统保险证同样接受就诊。

持有个人编号保险证者,将会收到“资格信息通知”。如就诊的医疗机构等不支持使用个人编号保险证,可通过同时出示个人编号保险证和个人编号门户网站的资格信息页面或“资格信息通知”接受就诊。

(2) 有效期限

资格确认书的有效期限记载于确认书的右上方。原则上为在留期限届满的次日。如因未办理在留期限更新手续而导致住民登记注销，则会因失去国保资格而无法使用资格确认书，请务必前往东京出入国在留管理局办理在留期限延长手续。原则上，资格确认书和资格信息通知将在收到法务省更新在留期限的联络后寄出。资格确认书使用简易书留(挂号信)寄出，资格信息通知使用普通郵便(平信)寄出。

但如果在留资格以“特定活动”名义更新，则需要在确认“指定书”的内容后才会发放资格确认书或资格信息通知。请携带资格确认书、护照、在留卡、指定书前往国保资格系或区民课区民系（区政府本厅舍）、区民事务所办理手续。

(3) 资格确认书等的使用方式

①收到资格确认书或资格信息通知后，请务必确认住址、姓名、出生日期等记载内容。

②因遗失或破损而无法使用时，请申请补发。

请携带身份证件（在留卡等）前往国保资格系或区民事务所办理手续。如资格确认书等在外出时丢失，请向警察挂失。

※适用特别疗养费制度者，请前往国保资格系办理手续。

③不得出借或向他人借用资格确认书。违者将依法追究法律责任。

4 申请加入国保

联系方式 国保资格系 电话：03-5307-0641

(1) 加入国保时

① 能加入的人和不能加入的人

已在区市町村登记居住，且在留期限超过 3 个月的外国人(在留资格超过 3 个月的人)必须加入国民健康保险。此外，持“公用”在留资格，且在留期限超过 3 个月的人，即使未办理居民登记也要加入国保。不能凭个人的意志不加入保险。

但是，符合下列任意一种情况的人不能加入。

① 已加入工作单位提供的其他日本公共健康保险的人(也包括作为其被抚养者加入的人)。

② 已加入后期高龄者医疗制度的人*

※从 75 岁的生日开始不是国保，而将过渡到后期高龄者医疗制度。

③ 接受生活保护的人

④ 在留资格属于“特定活动”，指定书内容显示为

a. 旅居目的为接受治疗，或照顾接受治疗人员的日常生活的人员

b. 居住期限在 1 年以内，以观光、休养或其它类似活动为目的的人（18 岁及以上）及其同行的配偶

※在留期限为 3 个月或以下，但符合以下条件的人，根据所提交的材料，可能也可以加入。

● 持“表演”、“技能实习”、“家族滞在”或“特定活动(上述 (1)①④除外)*”在留资格，且在留期限超过 3 个月的人

※对于特定活动，通过订在护照上的“指定书”来确认。

● 虽然已加入国保，更新后的在留期限变为 3 个月或以下，并被消除了居民注册的人

② 加入手续

符合下列任意一种情况的人，必须在 14 天以内办理加入手续。若手续迟延，加入者必须补交迟延部分的保险费。

- ① 迁入(包含入境)时
办理居民登记时，请同时申请“国保加入”手续。
- ② 重新获得超过 3 个月的在留资格许可时
- ③ 因退職等而退出工作单位提供的其他日本公共健康保险的人(也包括不再是其被抚养者时)
请携带“健康保险资格丧失证明书”和身份证明(在留卡等)。
- ④ 孩子出生时
在留资格为“特定活动”的人请携带护照。
- ⑤ 已不再接受生活保护时
请携带“保护废止决定通知书”和身份证明(在留卡等)。

(2) 退出国保时

符合以下任一情形时，请于14日内办理退保手续并返还资格确认书。

- ① 迁出(出境)时
请办理居民迁出申报。
※ 提交迁出境外登记后，资格确认书将于出境日的次日起失效。
此外，如未提交登记且保留有住民票，则仍会持续产生保费。
- ② 已加入工作单位提供的其他日本公共健康保险时(也包括作为其被抚养者加入时)
※ 如未办理退保手续，则构成重复参保，仍需继续缴纳国保保费。
办理退保手续时，请携带参保公司发放的资格确认书或资格信息通知等，以及您持有的国民健康保险资格确认书。
- ③ 已加入后期高龄者医疗制度时
※ 无需办理退出手续。
- ④ 死亡时
- ⑤ 已接受生活保护时
- ⑥ 获得了以就诊或以照料就诊的人的日常生活为目的“特定活动”在留资格时
- ⑦ 在留资格丧失时(在留期限届满时)

★ 请注意

- 退出国保后，资格确认书将无法使用。如在不具备国保资格的状态下使用，则必须退还由承保方支付的医疗费用。
- 不得以保费高昂或不去医院就医等理由退出国保。
- 即使被保险人加入了留学生保险、生命保险(支付医疗给付金)或旅行伤害保险(这些保险属于私人健康保险，而非日本的公共健康保险)，也不能退出国保。

(3) 其他申报

- ① 居住地址在区市町村内发生变化时
- ② 户主或姓名出现变化时
- ③ 入住杉并区以外的照护保险设施、残疾人设施或儿童福祉设施时
需要的材料因所办理的手续内容而异，请事先咨询国保资格系。
- ④ 需要变更在留期限或在留资格时
请务必前往东京出入国管理局提交登记，并确保在留卡背面记载有效的在留期限和在留资格。未登记者可能会丧失国民健康保险资格。

(4) 受理时间和受理场所

因各种申报的种类和申请的提交人(来窗口的人)的情况不同，所需的书面材料也不同，所以详情请向经办窗口咨询。

平日	上午 8:30 ~ 下午 5:00	国民资格系、区民课区民系、区民事务所
星期三	下午 5:00 ~ 晚上 7:00	区民事务所
星期六(第1周、第3周、第5周)	上午 9:00 ~ 下午 5:00	区民课区民系
星期六(第2周、第4周)	上午 9:00 ~ 下午 5:00	区民事务所

5 保险费

联系方式 国保资格系 电话：03-5307-0641

保险费从成为加入者的月份开始计算。居民一旦迁入(包含入境)区市町村，或退出日本的其他公共健康保险而加入国保，将会从国保资格成为事实(迁入〈包含入境〉或退出其他公共健康保险)的那一日起开始计算保险费。

(1) 保险费的计算方法

保险费以住户为单位交纳，先计算出每个加入者的金额后再进行合计，并由户主交纳。

医疗部分(用于支付医疗费)：

I 医疗部分(用于医疗付款)

II 后期高龄者支援金部分(用于支付后期高龄者的支援金等)

III 照护部分(用于支付照护费，仅由 40 ~ 64 岁的人负担)

以上费用的总额为保险费金额。

此外，各区间都设定了以住户为单位的征收限额(一年之间交纳的最高额)。各区间的金额分别分为“所得比例金额”和“均摊金额”。

① 所得比例金额：根据住户内加入者的收入进行计算(所得额 × 费用比例)

② 均摊金额：根据住户内加入者的人数进行计算(均摊金额 × 加入者人数)，不受收入影响，由所有加入者都需负担

所得比例金额额算定基础的“所得额”为“征收标准金额(原但书所得)**”。

※征收标准金额(原但书所得)：“前一年的总所得金额等” - “基础扣除额(43 万日元)”

■ 每户的全年保险费金额 (2025年度)

I 医疗部分		① 所得比例金额	② 均摊金额
4月～次年3月 (征收限额 66 万日元)	=	所有加入者的征收标准金额 × 7.71%	47,300 日元 × 加入者人数
II 后期高龄者支援金部分		① 所得比例金额	② 均摊金额
4月～次年3月 (征收限额 26 万日元)	=	所有加入者的征收标准金额 × 2.69%	16,800 日元 × 加入者人数
III 照护部分		① 所得比例金额	② 均摊金额
4月～次年3月 (征收限额 17 万日元)	=	40～64 岁的加入者的征收标准金额 × 2.25%	16,600 日元 × 40～64 岁的加入者人数

※ 全年保险费为从 4 月到次年 3 月为止。

学龄前孩童均摊金额减额

从2022年度起，以学龄前孩童(※)为对象，均摊金额减至50%。此外，有学龄前孩童的家庭的均摊金额减额（请参阅6(1)①。）时，亦学龄前孩童的均摊金额减至减额后的50%。

(※)每年以财年最后一天（3月31日）为截点，处于6岁以下的孩童。

(2) 保险费的通知

1 年(从 4 月到次年 3 月为止)的保险费金额分为 10 次,加入者在 6 月～次年 3 月之间每月交纳一次。因此,保险费将会在 6 月以上一年中的所得额为根据被计算出,并通知给被保险人。但是,在年度中途加入国保时,保险费将会在加入月份的下一个月寄送给加入者。此外,因加入者的人数、收入等发生变化而导致保险费发生变化时,将会随时通知被保险人。

(3) 年度中途加入或退出国保时的保险费

若加入者在年度中途加入国保,则从加入的月份开始计算保险费;若加入者在年度中途退出国保,则保险费计算至退出月份的上月为止。

若加入者住址迁出境外或回国,在办理退出手续时,可能要支付不足部分的保险费。



6 关于保险费的减额以及减免制度

联系方式 国保资格系 电话：03-5307-0641

(1) 保险费的减额制度

① 均摊金额的减额

若住户的上一年收入低于规定的基准金额，可以降低均摊金额。但是，包括户主在内的所有加入者需要进行收入申报。

② 减轻非自发性失业者的负担

在雇用保险的被保险人中，因公司倒闭或被解雇等非自发性理由而失业的未满65岁的人，通过申报可减轻保险费。申报需要“雇用保险给付金领取资格者证“或”雇用保险给付金领取资格通知”。减轻期间为从离职日次日所属月份到次年度末为止。

③ 产前产后期间保险费减免

2023 年 11 月之后分娩的国民医疗保险被保险人，于 2024 年 1 月及其后的指定期间可享受保险费减免。

【指定期间】分娩（妊娠 85 日（4 个月）以上分娩（预产）。包含死产、流产、早产和堕胎）

从当月前一个月起的 4 个月期间（多胎妊娠则为分娩（预产）的 3 个月前到 6 个月期间）

(2) 保险费的减免制度

加入者遭受灾害和疾病等特殊情况而导致生活明显变得困难时，可以申请减免保险费。能否减免须调查住户的生活状况后才能决定。

7 保险费的支付方式

联系方式 国保收纳系 电话：03-5307-0644

请在保险费的交纳期限（每月最后 1 日。但是，最后 1 日是金融机构停止营业日时为下一个营业日）为止交纳。

主要交纳方式如下：

(1) 通过银行转账

对于加入者来说，交纳保险费时，通过银行账户转账十分方便。可以从储蓄账户自动缴纳，并且只需办理一次手续，第二年度起自动续缴。

(2) 通过缴纳书交纳

① 窗口缴纳（现金支付）

银行、信用金库、信用组合、邮政储蓄银行以及邮局等
（杉并区指定金融机构、特别区属公款收缴门店）
杉并区政府、区内各区民事务所、便利店

详情请浏览区主页。



② 无现金支付缴纳

手机缴费APP



信用卡



网上银行、手机银行



8 若不交纳保险费…

联系方式 国保收纳系 电话：03-5307-0374

- ① 若加入者在交纳期限内未交纳保险费，将会向加入者寄送督促书。寄送督促书后若仍未确认到保险费已经交纳，将会以书面形式向加入者寄送催告。此外，也可能通过电话或上门催促，或以手机短信的方式通知加入者交纳保险费。
- ② 加入者收到督促书和催告书后仍未交纳保险费时，若无特别理由或咨询，可能会依据法律调查加入者的财产状况，进行查封财产*等滞纳处分。
* 查封财产：根据法律确保预存款等个人财产。
- ③ 如持续一定时间滞纳保费且无特殊理由，则转为“特别疗养费”适用对象，届时在医疗机构就诊时需个人负担全部医疗费用（正常情况下仅需负担3成）。尽管日后可申请退还7成医保支付部分，但原则上该部分费用将作为滞纳的保费进行抵扣。

★无法交纳保险费的人请务必咨询国保！

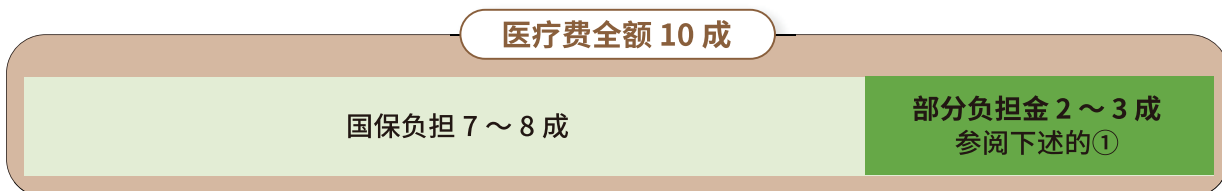
- 如参保人因失业或公司倒闭等不可抗因素难以缴纳保费，或不清楚如何补缴滞纳保费，请向区政府国保收纳系咨询。

9 国保可提供的给付

联系方式 国保给付系 电话：03-5307-0642

(1) 疗养给付

因生病或受伤前往医疗机构就诊时，只需在窗口出示个人编号保险证等并支付部分医疗费（部分负担金）即可接受诊疗。剩余的医疗费由国保支付。



① 部分负担金的比例

义务教育就学前（0 ~ 6 岁^{*1}）

2 成

义务教育就学后 ~ 未满 70 岁

3 成

70 ~ 74 岁

2 成

（收入超过规定金额的人须支付 3 成^{*2}）

*1: 至满 6 周岁之后的最初的 3 月 31 日为止

*2: 关于负担比例的判定标准，请向国保资格系咨询。

② 国保可适用的治疗 （保险的适用对象）

- 医师或牙科医师的治疗
- 药剂或治疗材料的提供
- 治疗、手术或其它诊治
- 在家疗养
- 住院和护理

③ 国保不适用的治疗

下列情况时，不能使用国保。

- 健康诊断或短期住院综合体检
- 预防注射和预防接种
- 正常怀孕和正常分娩
* 关于生育一次性支付金，请参阅第 14 页
- 以美容为目的的医疗、齿列矫正
- 业务相关的疾病或受伤
* 上述医疗属于劳动者灾害补偿保险<劳灾>的对象。
- 因犯罪或故意行为造成的疾病和伤害
- 因打架或酒醉而导致生病或受伤

(2) 疗养费支付

被保险人因以下原因全额支付了医疗费时，请向国保给付系申请医疗费。经审查判定符合条件后，保险人将会向被保险人支付国保所应负担部分的医疗费（医疗费 的 7 ~ 8 成）（仅限适用于国民健康保险的对象）。

※ 请注意，如果自接受治疗之日的次日起已经超过 2 年，则无法再申请退款。

<疗养费的支付条件>

- ① 因旅行中突发疾病等紧急原因,未能出示个人编号保险证等证件,导致接受治疗时未按医保处理时。因不可抗因素而在不支持医保的医院接受治疗时。但参保人根据自我判断而在不支持医保的医疗机构接受治疗的情况不符合疗养费的支付条件。
- ② 根据医师的指示制作了治疗用具(围腰胸衣和石膏绷带等)时。
- ③ 经过医师的同意或诊断后,接受了针灸、艾灸或按摩治疗时。
因骨折或扭伤等原因在接骨院接受了柔道整复师的治疗时。
- ④ 因在海外旅行等期间突发急病或受伤,在海外的医疗机构接受了治疗时。但是,若以海外疗养为目的而接受治疗,则不符合疗养费的支付条件。
- ⑤ 在退出其它健康保险之后,国保加入手续正在办理期间接受了医疗机构的治疗时。但是,若国保加入手续延迟,仅当保险人判定延迟理由是不得以的,才能申请疗养费。
- ⑥ 被保险人支付了输血用的血液费用时(血液为亲人提供时除外)。

<手续所需的材料>

办理手续时,需携带可核实资格信息的文件(资格确认书、资格信息通知等)、户主本人的银行账号以及各申请所需的其他文件(参见下方)。申请书可在国保给付系领取。

- | | |
|------------|--|
| ① 医科 | → 诊疗报酬明细书、收据 |
| ② 齿科 | → 诊疗报酬明细书、收据 |
| ③ 配药 | → 配药报酬明细书、收据 |
| ④ 海外疗养费 | → 被保险人的护照(需要原件)、诊疗内容明细单、医疗费明细单、收据(需附译件,译件须注明翻译员的住址和姓名)、以及调查同意书(请到国保给付系领取,或从杉并区官方网站下载。) |
| ⑤ 假体 | → 医师意见书或诊断书(使用医用弹力服时,需要弹力服的穿着指南)、供应商的收据和明细单、鞋型矫正器的实物相片或穿着时的相片 |
| ⑥ 针灸、艾灸、按摩 | → 申请书(既定格式)、医师的同意书或诊断书、治疗费收据 |
| ⑦ 接骨(柔道整复) | → 申请书(既定格式)、医师同意书(骨折或脱臼时)、治疗费收据 |
| ⑧ 血液费用 | → 医师开具的证明书、输血用血液领取证明书、血液提供者开具的收据 |

(3) 移送费的支付

发生重病或重伤等紧急且不得已的情况,根据医师的指示需要住院或转院时产生的移送费(使用车辆等移送时)。但是,门诊及出院时产生的费用不被视为移送费。

※ 请注意,如果自患者交通费支付日的次日起已经超过 2 年,则无法再申请退款。

<手续所需的材料>

可核实资格信息的文件(资格确认书、资格信息通知等)、医师意见书(指定模板)、收据(详细记载移送路径和方法)、户主本人的银行账号

即使被保险人出示了医生开具的证明书,根据审查结果,也存在不符合支付条款的可能性。

(4) 高额疗养费的支付

因生病或受伤到医疗机构就诊,所产生的医疗费超过自己负担限额时,超出部分的金额将作为高额疗养费支付给被保险人。

※ 若申请日至接受治疗月份的次月 1 日已超过 2 年,则无法申请。即使被保险人正在向各保险医疗机构等分期支付医疗费的部分负担金,高额疗养费的失效时间还是从接受治疗月份的次月 1 日开始起算。

(1) 高额疗养费的申请方法

申请书将在就诊月约3个月后寄出。收到后, 请由户主完成申请。

申请手续完成后, 之后无需重复申请, 费用将自动转入首次申请时登记的银行账户(部分高额疗养费不适用)。

此外, 如事前预计会产生高额医疗费用, 可提前向国保给付系申请“限额适用认定证”, 只需在医疗机构窗口出示此证, 即可将支付金额限制在个人负担上限以内。

关于限额适用认定证的申请, 请参阅第12页。

此外, 使用个人编号保险证的参保人无需提前申请限额适用认定证。但符合“标准负担额减额(长期住院)”的情况时, 仍需另行提出申请。

(2) 高额疗养费的计算方法

适用于高额疗养费的医疗费, 按以下方法进行计算。

A. 以日历的月份为单位进行计算。

B. 以适用于保险的医疗费的部分负担金额为计算对象(但是, 被保险人未满70周岁时, 各个医疗机构(按医科, 牙科, 住院, 门诊分类)的部分医疗费少于21,000日元, 则不包括在计算对象内。

① 计算对象为一名时的计算方法

如家庭中只有1人的医疗费属于高额疗养费范畴, 按上述“A”和“B”计算出的金额超过下表所示的个人负担上限时, 超出部分视为高额疗养费。

满70岁者, 首先仅计算门诊部分的高额疗养费(门诊部分)。如另有住院费用, 则需将门诊部分剩余的个人负担上限(即门诊部分个人负担上限)与住院费用合并后, 计算出超出“门诊+住院”个人负担上限的金额(住院部分)。门诊部分与住院部分两者的合计金额即为高额疗养费。

自己负担限额

【未满70周岁的被保险人】

区间	自己负担限额	多次支付对象 ^{*4}
征收标准金额 ^{*1} 超过901万日元	252,600日元 + (医疗费总额 - 842,000日元) × 1%	140,100日元
征收标准金额 超过600万日元~901万日元及以下	167,400日元 + (医疗费总额 - 558,000日元) × 1%	93,000日元
征收标准金额 超过210万日元~600万日元及以下	80,100日元 + (医疗费总额 - 267,000日元) × 1%	44,400日元
征收标准金额210万日元以下	57,600日元	44,400日元
非居民税课税住户	35,400日元	24,600日元

【满70岁者】

区间	自己负担限额	
	门诊(以个人为单位)	门诊+住院(以户为单位) 多次支付对象 ^{*4}
在职水平收入Ⅲ (课税所得690万日元以上)	252,600日元 + (医疗费总额 - 842,000日元) × 1%	140,100日元
在职水平收入Ⅱ (课税所得380日元或以上~未满690万日元)	167,400日元 + (医疗费总额 - 558,000日元) × 1%	93,000日元

在职水平收入 I (课税所得 145 日元或以上~未满 380 万日元)		80,100 日元 + (医疗费总额 - 267,000 日元) × 1%	44,400 日元
一般		18,000 日元 (年额上限为 144,000 日元)	57,600 日元 44,400 日元
非居民课税住户	低所得 II *2	8,000 日元	24,600 日元
	低所得 I *3		15,000 日元

*1：征收标准金额…前一年的总所得金额等 - 基础扣除额（43 万日元）。

*2：低所得 II…户主以及国保加入者全员属于居民税非征税住户的人。

*3：低收入 I…户主及国民健康保险被保险人全员均属于住民税免征对象，各人公共年金收入低于一定所得且无其他收入。

*4：多次支付对象…过去一年间接受了 4 次或以上高额疗养费支付时的第 4 次起的自己负担限额。
详情请参阅下述的“一年接受 4 次或以上的高额疗养费支付时”。

② 计算对象为多名时的计算方法

在同一个月内，同一户家庭成员的医疗费用可依照第 10 页“A”与“B”的算法合并计算。

未满 70 岁者与年满 70 岁者合并计算时，需分别计算年满 70 岁者的门诊部分和住院部分后，加上未满 70 岁者超过 21,000 日元的部分，如合计金额超过未满 70 岁者的个人负担上限，则可获得高额疗养费。

③ 一年接受 4 次或以上的高额疗养费支付时

同一住户在一年内（接受治疗月份的前 12 个月）接受 4 次或以上的高额疗养费支付时，从第 4 次起自己负担限额会发生变化。但是，70 周岁及以上的人若仅接受门诊治疗，所发生的高额疗养费的月份不包含在该次数内。

此外，若在同一都道府县内迁居，且迁居前后购买了国民医疗保险的情况下，高额疗养费用申请将按累计次数计算。

		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
东京都	A 市	①	②	③						
	B 区				④	⑤	⑥	⑦		

▲
从 A 市迁入 B 区

从此开始适用

④ 自己负担限额的特例

高额疗养费以月为单位进行计算，若被保险人在月内迎来 75 周岁生日而过渡到后期高龄者医疗制度，或者在同一都道府县内搬迁住址，将分别按照移行前后的医疗保险制度支付自己负担限额。过渡到后期高龄者医疗制度，医疗保险发生变化的人可享受特例，移行月份（仅限该月）的自己负担限额将变为原来的 2 分之 1。

持有特定疾病疗养医疗证的人支付的部分负担金，也适用于此特例。

高额疗养费贷款

收到高额疗养费申请书需要约 3 个月时间。在此期间长期住院可能需要支付高额的费用，无法支付医疗费额的被保险人可以申请高额疗养费的贷款，最多可提供高额疗养费的 9 成的无息贷款。

被保险人可以用其后申请的高额疗养费来偿还贷款。

申请需提前预约。请务必提前咨询以了解其他必要的贷款条件和文件。

(5) 限额适用认定证(限额适用和标准负担金额减额认定证)的交付

产生高额医疗费用时，可提前申请“限额适用认定证”，只需在医疗机构窗口出示此证，即可将支付金额限制在个人负担上限（第10页）以内。

年满70岁且收入分类属于“在职同等水平Ⅲ”或“一般”者，只需在窗口出示资格确认书即可将支付金额限制在个人负担上限以内，因此无需申请发放“限额适用认定证”。

此外，使用个人编号保险证的参保人无需提前申请限额适用认定证。但符合“标准负担额减额（长期住院）”的情况时，仍需继续提出申请。

<手续所需的材料>

- ① 可核实资格信息的文件（资格确认书、资格信息通知等）
- ② 由同一住户的人办理手续时，需要户主的委任状和本人证件

住院期间伙食费的减额

住院期间的餐费需个人负担，每餐标准为510日元（餐食疗养费标准负担额）。住民税免征对象可申请领取“限度额适用及标准负担额减免认定证”，住院时向医疗机构出示该证即可按照下表标准减免费用。

申请时，需确认户主及国保参保人（被保险人）全员均为住民税免征对象。如家庭中有未申报者，需先完成住民税申报，“限度额适用及标准负担额减免认定证”将在确认全员均为住民税免征对象后发放。

住院期间的餐费不属于高额疗养费支付范围。

住院时的用餐费（标准负担金额）

区间	用餐费（1餐）
居民税课税住户	510 日元
未出示限额适用和标准负担金额减额认定证时	
未满 70 周岁的非居民税课税住户	240 日元 *
满70岁的低收入者Ⅱ	
满70岁的低收入者Ⅰ	110 日元

- * 住民税免征家庭住院天数凡超过90天，自住院第91天以后的申请之日起，每餐费用可减至190日元。符合条件者请办理申请手续。

<手续所需的材料>

- ① 可核实资格信息的文件（资格确认书、资格信息通知等）
- ② 由同一住户的人办理手续时，需要户主的委任状和本人证件
- ③ 医疗机构发行的收据等可证明住院日数的材料（仅限住院日数为 91 日或以上时）
- ④ 已领取的限额适用和标准负担金额减额认定证（仅限住院日数为 91 日或以上，且年度内首次申请时无需出示此证明）

(6) 高额照护合计疗养费的支付

家庭年度杉并区国民医疗保险自付费用和护理保险的自付费用总额超过下表中自付费用限额的情况下，通过申请即可获取“高额照护合计疗养费”。计算期间为每年 8 月 1 日至次年 7 月 31 日。

① 高额照护合计疗养费的自己负担限额

自己负担限额

【含有未满 70 周岁被保险人的住户】

区间	医疗保险 + 照护保险的自己负担限额
征收标准金额 超过 901 万日元	212 万日元
征收标准金额 超过 600 万日元～901 万日元及以下	141 万日元
征收标准金额 超过 210 万日元～600 万日元及以下	67 万日元
征收标准金额 210 万日元及以下	60 万日元
非居民税课税住户	34 万日元

【含有 70 ～ 74 周岁被保险人的住】

区间		医疗保险 + 照护保险的自己负担限额
课税所得 690 万日元以上		212 万日元
课税所得 380 日元或以上～未满 690 万日元		141 万日元
课税所得 145 日元或以上～未满 380 万日元		67 万日元
一般		56 万日元
非居民税课税住户	低所得Ⅱ	31 万日元
	低所得Ⅰ	19 万日元

② 申请人

至基准日(计算期间的最后一天 <7 月 31 日>)为止已加入杉并区国保的住户的户主。

③ 申请方法

符合高额照护合计疗养费支付的住户每年会收到一份(2月中旬)申请书。请在申请书中填入户主姓名及使用照护服务的人的银行账号，由户主签名后提交申请。

(7) 减轻身患特定疾病的人的负担

若被保险人身患以下需要长期治疗且医疗费高昂的疾病，每月的分期负担额为 10,000 日元(需要申请)。

① 需要进行人工透析的慢性肾功能衰竭

② 血友病、以及需要服用抗病毒药物的获得性免疫缺陷综合症(仅限厚生劳动大臣指定的包括 HIV 感染等病症)

符合条件的人请申请领取“特定疾病疗养医疗证”。

※ 身患慢性肾功能衰竭需要进行人工透析，且同时符合以下 A 和 B 两种条件的人，每月的分期负担额为 20,000 日元。

A. 住户的所有国保加入者的征收标准金额超过 600 万日元(或者含有未申报居民税的人)的住户。

B. 被保险人未满 70 周岁。

<手续所需的材料>

可核实资格信息的文件(资格确认书、资格信息通知等)、医师意见书或残疾人手册(记载有符合条件的特定疾病)

(8) 生育一次性支付金的支付

支付给分娩的国保加入者。如果怀孕 85 天及以上，则即使死产或流产也支付。

※ 请注意：从分娩日的次日起的 2 年内未申请，将丧失申请资格。

支付金额	每出生一个婴儿 50 万日元
申请方法	可按以下 3 种方法申请生育一次性支付金。

(1) 直接支付制度（在医疗机构的窗口办理手续）

请在医疗机构或助产院窗口出示个人编号保险证等，签署使用该制度的同意文件。完成手续后，区政府将以支付金额为上限，直接向医疗机构或助产院支付分娩育儿一次性补助金。

如医疗机构或助产院实际分娩费用低于补助支付金额，则将差额部分支付给户主。如存在差额，区政府将在分娩 1~3 个月后通知参保人。

※ 部分医疗机构或助产院不能使用直接支付制度或代收制度。请事先咨询医疗机构或助产院。

(2) 代收制度（在区役所国保给付系办理手续）

手续可在预产期的 2 个月前开始办理。办完手续之后，区将会直接向医疗机构或助产院支付金额限度内的生育一次性支付金。

但是，若医疗机构或助产院的分娩费用未达到生育一次性支付金的支付金额，剩余金额将会支付给户主。

<手续所需的材料>

- ① 可核实资格信息的文件（资格确认书、资格信息通知等）
- ② 母子健康手册（输入预期出生日期）
- ③ 户主的印章（需要使用印泥的印章，若没有这种印章，也可以使用户主签名）
- ④ 户主名义的银行帐号
- ⑤ 生育一次性支付金申请书（代收用）
（⑤须有医疗机构或助产院的签字盖章）

※ 生育一次性支付金申请书（代收用）可到国保给付系以及可利用代收制度的医疗机构或助产院都可领取。

※ 部分医疗机构或助产院不能利用代收制度。请事先咨询医疗机构或助产院。

(3) 不利用直接支付制度和代收制度时

（在区役所国保给付系或区民事务所办理手续）

<手续所需的材料>

- ① 可核实资格信息的文件（资格确认书、资格信息通知等）
- ② 母子健康手册（可证明出生登记已办理的小册）、或出生证明书（原件）等可确认出生日期的资料（死产或流产时需要医师证明书原件）
- ③ 从医疗机构或助产院领取的“不使用直接支付制度的协议文件”
- ④ 从医疗机构或助产院领取的分娩费用的“收据・明细单”或“收据”（原件）
（④须记载有“未使用直接支付制度的要旨”）
- ⑤ 户主名义的银行帐号

※ 生育一次性支付金会在申请后的一个月后汇到户主的账户上。

若加入者在海外分娩，请在回到日本之后再办理申请手续。

<手续所需的材料>

- ① 可核实资格信息的文件(资格确认书、资格信息通知等)
- ② 出生证明书(包括原件和译件)
- ③ 户主名义的银行帐号
- ④ 分娩者的护照

(9) 提供分娩所需的资金贷款(需要事先预约)

若国民健康保险加入者分娩时未使用直接支付制度或代收制度，户主可以在预产期的一个月前申请分娩资金贷款，最多可以获得生育一次性支付金的 8 成的无息贷款。

<手续所需的材料>

- ① 可核实资格信息的文件(资格确认书、资格信息通知等)
 - ② 母子健康手册(记载有预产期的小册)
 - ③ 从医疗机构或助产院领取的“不使用直接支付制度的协议文件”
 - ④ 户主的印章(需要使用印泥的印章，若没有这种印章，也可以使用户主签名)
 - ⑤ 户主名义的银行帐号
 - ⑥ 由户主之外的人办理手续时，需要户主的委任状和本人的证件
- ※ 申请贷款时需要确认贷款要求，请事先咨询。
- ※ 分娩之后或者在国外分娩时，不能申请贷款。

(10) 葬礼费的支付

国保加入者身亡时，将会对举办葬礼的人支付葬礼费。支付金额为 70,000 日元。若社会保险等机构向举办葬礼的人支付葬礼费，国保将不再支付葬礼费。

※ 请注意，如果自葬礼日的次日起已经超过 2 年，则无法申请。

<手续所需的材料>

可核实逝者资格信息的文件(资格确认书、资格信息通知等)、葬礼收据(原件)、葬礼举办人的银行账号

(11) 精神医疗给付金和结核医疗给付金的支付

(1) 精神医疗给付金

若被保险人符合残疾人自立支援医疗制度(精神康复治疗)的规定，且为非居民税课税的对象，申请并领取“国保领受者证(精神康复治疗)”后，可领取精神医疗给付金(规定的每月上限金额以内)。

※ 申请手续请到居住地所属的保健中心办理。

(2) 结核医疗给付金

若被保险人接受了基于传染病预防及传染病患者治疗的法律的医疗，且非居民税的课税对象，申请并领取“结核医疗给付金”后，可以领取给付金(医疗费 5%)。

※ 申请手续在杉并保健所保健预防课办理。

(12) 部分负担金的减免

因发生灾害或其他特殊情况而难以支付部分负担金时，有时可以减轻或免除负担金额，请事先进行咨询。

(13) 第三者行为导致的受伤等

被保险人因交通事故或伤害事件等第三者(肇事人)行为而导致受伤或生病,使用国保接受治疗时,请务必联系国保给付系。

(14) 医疗费力的退还要求

如在迁出或加入其他健康保险后继续使用杉并区的国民健康保险,则必须退还由杉并区负担的医疗费。以下情况不可使用杉并区的国民健康保险。

- 已迁出杉并区时 → 从迁出的当日起
- 已加入其它健康保险时 → 加入其它健康保险的当日起

※ 加入日为资格取得年月日或认定年月日。

※ 若外国人加入者离开日本之后,未能在再入国的许可期限内返回日本,则被保险人自出境之日起就丧失国民健康保险的资格。

10 国保特定体检和特定保健指导

(1) 国保特定体检

是以预防糖尿病、高血压等生活习惯病,或防止该类疾病的恶化为目的,以代谢综合症为重点而实施的健康诊断。请加入者每年进行体检,这有益于自己的健康管理。

① 体检对象

年度中达到 40 岁或以上的加入者

② 就诊方法和期限

符合条件的对象将收到邮寄的就诊券(无需申请)。就诊期间为6月1日至2026年2月15日。可就诊的医疗机构等详情请咨询相关负责窗口。

③ 体检项目

将实施问诊、体型测量(身高、体重、腹围、BMI)、血压测量、测量血液、尿检等。根据医生的判断也有可能需要实施其他体检。

④ 自己负担金额

免费

(2) 特定保健指导

根据国保特定体检的结果,医生会向生活习惯病的患病风险高的人介绍特定保健指导。在特定保健指导中,加入者可以免费接受专业人士(医生、保健师、注册营养师等)的指导来改善生活习惯。

杉井区役所保健福祉部国保年金課

東京都杉井区阿佐谷南一丁目 15 番 1 号

☎ 03-3312-2111 (总机)

* 咨询时使用日语对话。