

스기나미구 국민건강보험 안내

2025년도판

일본에는 “건강보험” 제도가 있습니다. 이 건강보험은 “직장 건강보험”과 “거주 지역을 단위로 하는 국민건강보험” 등 크게 두가지로 나뉘며, 일본 국내에 주민 등록을 하고 있는 분은 누구나 어느 한쪽 건강보험에 반드시 가입하도록 되어 있습니다. 외국인도 동일하게 가입하도록 되어 있습니다.

이 책자는 일본의 여러 건강보험 제도 중 하나인 “국민건강보험”의 제도 및 절차 등에 대한 외국인 여러분의 이해를 돕기 위해 작성한 책자입니다.

오늘 가입 수속을 하신 분께 스기나미구의 ‘국민건강보험 자격 확인서’ 또는 ‘자격 정보 알림’을 드립니다. 이름, 생년월일, 주소 등에 오류가 없는지 확인해 주십시오.

권리

질병이나 부상을 당했을 때에는 의료기관에서 보험 진료를 받을 수 있으므로, 진찰을 받을 때는 의료기관에 제시하십시오. 지정 의료기관에서의 자기부담액은 의료비 총액의 20~30 %입니다.

의무

국민건강보험의 모든 가입자는 보험료를 납부할 의무가 있습니다.

목 차

1

국민건강보험
(국보) 제도

P.1

2

국보의 구조

P.1

3

국민건강보험 자격
확인서 등에 대하여

P.1

4

국보의 신고

P.2

5

보험료에 대하여

P.4

6

보험료 감액 및 감면
제도에 대하여

P.6

7

보험료 지불 방법

P.6

8

보험료를 납부하지
않으면

P.7

9

국보로 받을 수
있는 혜택

P.8

10

국보 특정 건강검진·
특정 보건지도

P.16

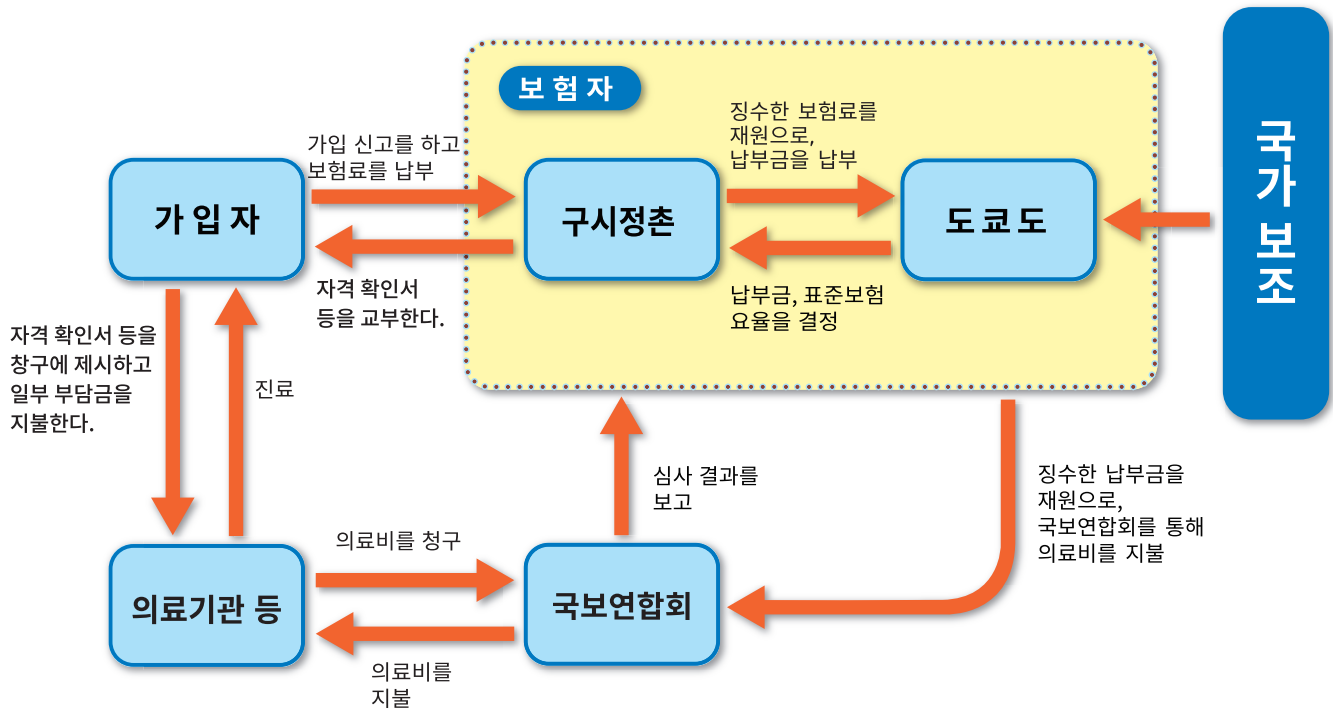
1 국민건강보험 (국보) 제도

국민건강보험(국보)은 질병이나 부상 등을 대비하여 피보험자(이하 “가입자”라고 함.)인 여러분이 안심하고 의료 혜택을 받을 수 있도록, 각자 수입에 따라 보험료를 납부하고 이를 재원으로 의료비를 보조하기 위한 상부상조 제도입니다. 가입자 여러분이 질병이나 부상을 당했을 때에는 국보로 의료비 혜택을 받을 권리가 보장되며, 그 대신에 국보에 가입 시 세대주 분은 보험료를 납부할 의무를 지게 됩니다.

2 국보의 구조

국보는 여러분이 거주하는 도도부현과 구시정촌이 함께 보험자로서 운영하고 있습니다. 보험자인 각 구시정촌은 가입자인 여러분이 납부하는 보험료나 국가 및 도쿄도가 지원하는 보조금 등을 재원으로 의료비 지불(보험 혜택) 등의 사업을 실시하고 있습니다.

여러분이 의료기관 등을 이용하시는 경우 의료비 중 일부를 부담(지불)하기만 하면 진료를 받을 수 있으며, 나머지 의료비는 국보가 의료기관 등에 지불하게 됩니다.



3 국민건강보험 자격 확인서 등에 대하여

문의처 국보자격계 전화 :03-5307-0641

(1) 2024년 12월 2일 이후 보험증의 취급

2024년 12월 2일부터는 마이넘버카드(마이너보험증)를 보험증으로 이용등록하는 방식을 기본으로 하는 제도로 전환되었기 때문에, 기존 보험증은 신규로 발행하지 않습니다.

마이너 보험증을 소지하지 않은 분께는 보험증을 대신할 수 있는 ‘자격 확인서’를 보내 드립니다.

‘자격 확인서’를 의료기관 등의 창구에 제시하면 기존 보험증과 동일하게 진료를 받으실 수 있습니다.

마이너 보험증을 소지하신 분께는 ‘자격 정보 알림’을 보내 드립니다. 마이너 보험증을 이용할 수 없는 의료기관 등에서 진료를 받으실 경우, 마이너 보험증과 함께 마이너 포털의 자격 정보 화면을 함께 제시하시거나 ‘자격 정보 알림’을 마이너 보험증과 함께 제시하시면 진료를 받으실 수 있습니다.

(2) 유효 기한

자격 확인서 유효 기한은 자격 확인서 우측 상단에 기재되어 있습니다. 원칙적으로는 재류 기간 만료일의 다음 날입니다. 재류 기간의 갱신 수속을 진행하지 않아 주민등록이 말소되면 국민건강보험 자격도 상실되어 사용할 수 없게 되므로, 반드시 도쿄 출입국 재류 관리국에서 재류 기간 연장 수속을 진행해 주시기 바랍니다. 원칙적으로는 법무성으로부터 재류 기간 갱신에 관한 연락이 오는 대로 자격 확인서 또는 자격 정보 알림을 발송합니다. 자격 확인서는 간이등기우편으로, 자격 정보 알림은 일반우편으로 보내드립니다. 단, 재류 자격을 ‘특정 활동’으로 갱신하신 경우에는 자격 확인서 또는 자격 정보 안내 교부 시 ‘지정서’의 내용 확인이 필요합니다. 자격 확인서, 여권, 재류 카드, 지정서를 지참하시고 국민건강보험 자격 담당 또는 구민과 구민 담당(구청 본청사), 구민 사무소에서 수속을 진행해 주시기 바랍니다.

(3) 자격 확인서 등의 취급

- ① 자격 확인서 또는 자격 정보 알림을 받으시면 주소 및 성명, 생년월일 등 기재 내용을 반드시 확인해 주시기 바랍니다.
- ② 분실하거나 파손되어 사용할 수 없게 되었을 때는 재교부 신청을 해 주시기 바랍니다. 신분증(재류 카드 등)을 지참하시고 국민건강보험 자격 담당 또는 구민 사무소를 방문해 주시기 바랍니다. 외출 중에 자격 확인서 등을 분실하신 경우에는 경찰서에 신고해 주시기 바랍니다.
※ 특별 요양비 해당자는 국민건강보험 자격 담당 부서로 방문해 주시기 바랍니다.
- ③ 자격 확인서를 다른 사람에게 빌려주거나 빌려서는 안 됩니다. 법률에 따라 처벌받을 수 있습니다.

4 국보의 신고

문의처 국보자격계 전화 :03-5307-0641

(1) 국보에 가입하는 경우

① 가입할 수 있는 분 · 가입할 수 없는 분

구시정촌에 주민 등록을 한 외국인(체류자격이 3 개월을 초과하는 분)은 국보에 가입하셔야 합니다 . 또한 , “공용” 체류자격을 가지며 , 3 개월을 초과하는 체류기간이 인정된 분은 주민 등록 대상자가 아니어도 국보에 가입해야 합니다 . 개인의사로 가입 여부를 결정할 수 없습니다 .

단 , 다음의 어느 하나에 해당하는 분은 가입할 수 없습니다 .

- ① 직장의 건강보험 등 일본의 다른 공적 건강보험에 가입 중인 분 (그 피부양자로서 가입 중인 분도 포함한다 .)
- ② 후기 고령자 의료 제도에 가입 중인 분 *
※ 75세 생일 이후 국보가 아닌 후기 고령자 의료 제도로 이행합니다.
- ③ 생활보호를 받고 있는 분

④ 재류 자격이 “특정 활동”으로 지정서 내용이

- a. 의료를 받는 활동 또는 해당 활동을 하는 자의 일상생활을 돌보는 활동을 목적으로 하는 분
- b. 1 년을 초과하지 않은 기간 동안 체재하며, 관광·요양 및 그 밖에 이와 유사한 활동을 목적으로 하는 분(18 세 이상) 그리고 그 분과 동행하는 배우자 분.

※ 체류기간이 3 개월 이하인 경우에도 다음의 어느 하나에 해당하는 분은, 자료 등의 제시에 의해 가입할 수 있는 경우가 있습니다.

- 체류자격이 흥행(공연·연예활동), “기능실습”, “가족체재” 또는 “특정 활동 (상기 (1)①④를 제외)”*이며, 3 개월을 초과하여 일본에 체재할 것으로 인정되는 분
- ※ 특정 활동에 대해서는 여권에 부착된 “지정서”에 의해 확인합니다.
- 국보에 가입하였으나, 체류자격 등 갱신 수속을 한 결과 체류기간이 3 개월 이하가 되어 주민 등록이 말소된 분

② 가입 수속

다음의 어느 하나에 해당하는 경우 14 일 이내에 가입 수속을 하셔야 합니다. 수속이 지연되면 보험료를 소급해서 납부하게 됩니다.

① 전입(입국)했을 때

주민표 신고(주민 등록)시 동시에 “국보 가입” 신고를 하시기 바랍니다.

② 새로 3 개월을 초과하는 체류자격을 허가 받았을 때

③ 퇴직 등으로 인해 직장의 건강보험 등 일본의 다른 공적 건강보험을 탈퇴했을 때 (그의 피부양자가 아니게 된 경우도 포함한다.)

건강 보험 자격 상실 증명서와 신분 증명서(체류카드 등)를 지참하시기 바랍니다.

④ 자녀가 태어났을 때

체류자격이 “특정 활동”으로 되어 있는 분은 여권도 지참하시기 바랍니다.

⑤ 생활보호를 받지 않게 되었을 때

보호 폐지 결정 통지서와 신분 증명서(체류카드 등)를 지참하시기 바랍니다.

(2) 국보를 탈퇴하는 경우

다음 중 하나에 해당할 경우, 14일 이내에 탈퇴 수속을 하고 자격 확인서를 반납해 주시기 바랍니다.

① 전출(출국)할 때

주민표의 전출 신고를 해 주시기 바랍니다.

※ 국외로 전출 신고를 하면 출국일 다음 날부터 자격 확인서는 무효가 됩니다.

또한 신고하지 않아 주민표가 남아 있으면 보험료가 계속 부과됩니다.

② 직장의 건강보험 등 일본의 다른 공적 건강보험에 가입했을 때 (그의 피부양자로서 가입한 경우를 포함한다.)

※ 탈퇴 수속을 하지 않으면 이중 가입이 되어 국민건강보험의 보험료가 계속 청구됩니다.

가입한 회사가 교부하는 자격 확인서 및 자격 정보 알림 등과 함께 국민건강보험 자격 확인서를 지참해 주십시오.

③ 후기 고령자 의료 제도에 가입했을 때

※ 탈퇴 수속은 하지 않으셔도 됩니다.

④ 사망했을 때

⑤ 생활보호를 받게 되었을 때

⑥ 의료를 목적으로 하는 활동 또는 해당 활동을 하는 분의 일상생활을 돌보는 활동을 목적으로 “특정활동”의 체류자격을 취득했을 때

⑦ 체류자격이 상실되었을 때 (체류기간이 지났을 때)

★유의 바랍니다

- 국민건강보험을 탈퇴한 후에는 자격 확인서를 사용할 수 없습니다. 국민건강보험 자격이 없는 상태에서 사용한 경우, 의료비의 보험자 부담분을 반환해야 합니다.
- ‘보험료가 비싸서’, ‘병원에 가지 않아서’ 등의 이유로 국민건강보험을 탈퇴할 수는 없습니다.
- 유학생보험, 의료 급부 부가형 생명보험 또는 여행상해보험(이것들은 사적인 건강보험입니다. 일본의 공적 건강보험이 아닙니다.)에 가입하더라도, 국보를 탈퇴할 수 없습니다.

(3) 그 밖의 신고

- ① 거주하시는 구시정촌 내에서 주소가 변경되었을 때
- ② 세대주 또는 성명이 변경되었을 때
- ③ 스기나미구 외의 개호(장기요양) 보험 시설, 장애인 시설, 아동 복지 시설 등에 입소한 경우
수속의 내용에 따라 필요한 서류가 다르므로 미리 국보자격계에 문의해 주시기 바랍니다.
- ④ 체류기간 또는 체류자격의 변경을 해야 할 때
반드시 도쿄 출입국 재류 관리국에 신고하고, 재류 카드 뒷면에 유효한 재류 기간과 재류 자격을 기재해 주시기 바랍니다. 이 신고를 하지 않으면 국민건강보험의 자격을 상실할 수 있습니다.

(4) 접수 시간과 접수 장소

각종 신고와 신청하시는 분(창구에 오실 수 있는 분)에 따라 필요한 서류가 다르므로, 자세한 내용은 담당 창구에 문의해 주십시오.

평일	오전8시30분~오후5시	국보자격계, 구민과 구민계, 구민사무소
수요일	오후5시~오후7시	구민사무소
토요일(첫째·셋째·다섯째 주)	오전9시~오후5시	구민과 구민계
토요일(둘째·넷째 주)	오전9시~오후5시	구민사무소

5 보험료에 대하여

문의처 국보자격계 전화 : 03-5307-0641

보험료는 가입자가 된 달부터 계산됩니다. 구시정촌에 전입(입국)한 경우 또는 일본의 다른 공적인 건강보험을 탈퇴하고 국보에 가입하는 경우, 국보의 자격은 그 사실(전입(입국) 또는 다른 공적 건강보험을 탈퇴한 것)이 있던 시점에서 국보의 자격을 얻게 되며, 그 때부터 보험료가 부과됩니다.

(1) 보험료 계산 방법

보험료는 가입자별로 계산한 내용을 세대 단위로 합산하고, 세대주가 납부하게 되어 있습니다.

보험료의 구체적 항목으로는

- I 의료분 (의료 서비스에 쓰이는 부분)
- II 후기 고령자 지원금분 (후기 고령자의 지원금 등에 쓰이는 부분)
- III 요양분(요양서비스 제공에 사용되는부분)(40~64 세 분만 부담)

위의 3 가지 구분이 있으며, 이것들을 합산한 금액이 보험료액입니다.

또한, 구분별로 세대 단위 부과 한도액(1년간 납부하는 최고금액)이 정해져 있습니다. 이 구분별 금액은 각각 “소득할액”과 “균등할액”으로 나뉩니다.

- ① 소득할액 : 세대 가입자의 소득에 따라 계산 (소득액 × 요율)
- ② 균등할액 : 세대 가입자의 인원에 따라 계산 (균등할액 × 가입자 수)하며 , 소득에 관계 없이 가입자 전원이 부담

소득할액 산정의 근거인 “소득액” 은 “부과 표준액(구 단서소득)*” 입니다 .

* 부과 표준액 (구 단서소득) : “전년 총소득 금액 등” - “기초공제액 (43 만엔)”

■ 1년간의 1세대당 보험료액(2025년도)

I 의료분		① 소득할액	② 균등할액
4월~다음 해 3월 (부과 한도액 66 만 엔)	=	가입자 전원의 부과 표준액 합계 × 7.71%	47,300 엔 × 가입자 수
II 후기 고령자 지원금분		① 소득할액	② 균등할액
4월~다음 해 3월 (부과 한도액 26 만 엔)	=	가입자 전원의 부과 표준액 합계 × 2.69%	16,800 엔 × 가입자 수
III 개호분		① 소득할액	② 균등할액
4월~다음 해 3월 (부과 한도액 17 만 엔)	=	40 ~ 64 세 가입자의 부과 표준액 합계 × 2.25%	16,600 엔 × 40 ~ 64세 가입자 수

※연간 보험료는 4월부터 다음 해 3월까지입니다.

미취학 아동의 균등할액 경감

2022년도부터 미취학 아동(※)을 대상으로 균등할액이 절반으로 경감되었습니다. 또한 미취학 아동이 있는 세대의 균등할액이 감액(6(1)①를 참고해 주십시오.)되는 경우에도, 미취학 아동분은 감액 후의 균등할액을 절반으로 합니다.

(※)연도별로 연도 말일 (3월 31일) 시점 6세 이하 아동을 말합니다.

(2) 보험료 알림

보험료는 1년(4월부터 다음 해 3월까지)분을 6월부터 다음 해 3월까지 10 번에 나누어서 납부합니다. 이에 따라, 6 월에, 전년도 중 소득액을 근거로 하여 계산하고 여러분에게 알려 드립니다. 또한, 연도 도중에 가입한 경우의 보험료 통지는 신고한 달의 다음달에 송부됩니다. 또한, 가입자의 인원수 변경, 소득 변경 등으로 인해 보험료가 변경된 경우는 수시로 알려 드립니다.

(3) 연도 도중에 국보에 가입 또는 탈퇴한 경우의 보험료

연도 도중에 국보에 가입한 경우는 가입한 달부터, 연도 도중에 국보를 탈퇴한 경우는 국보를 탈퇴한 날이 속하는 달의 전월분까지 보험료가 계산됩니다.

또한, 일본 국외로 전출 또는 귀국하실 경우 국보 탈퇴 수속을 할 때에 부족한 부분의 보험료를 지불하셔야 할 경우가 있습니다.

연도 도중에 국보에 가입
또는
탈퇴한 경우의 계산 방법



연도 단위 가입 개월수
12 × 연간 보험료

6

보험료 감액 및 감면 제도에 대하여

문의처 국보자격계 전화 : 03-5307-0641

(1) 보험료의 감액 제도

① 균등할액 감액

전년 세대 소득이 일정 기준액 이하인 경우는 균등할액이 감액됩니다. 단, 세대주를 포함한 가입자 전원 이 소득에 관한 신고를 할 필요가 있습니다.

② 비자발적 실업자에 대한 경감

고용보험 피보험자로, 회사 도산이나 해고 등 비자발적 이유로 일자리를 잃은 65세 미만은 신청에 의해 보험료가 경감됩니다. 신청에는 '고용보험 수급 자격자증' 또는 '고용보험 수급 자격 통지'가 필요합니다. 경감이 적용되는 기간은 이직일 다음 날이 속해 있는 달부터 다음 연도 말까지입니다.

③ 출산 전후 기간의 보험료 경감

2023년 11월 이후 출산하는 국민 건강 보험 피보험자에 대해 2024년 1월분 이후로 해당 기간에 대한 보험료가 경감됩니다.

【해당 기간】출산 (임신 85일 (4개월) 이상의 출산 (예정). 사산, 유산, 조산, 인공 임신 중절을 포함)
전월부터 4개월 간 (다태 임신은 출산 (예정)월 3개월 전부터 6개월 간)

(2) 보험료의 감면 제도

재해, 질병 등 특별한 사유로 생활이 현저하게 곤란해진 경우는 신청하면 보험료가 감액 또는 면제될 수 있습니다. 이와 관련해서는 세대의 생활 상황을 조사한 후 결정합니다.

7

보험료 지불 방법

문의처 국보수납계 전화 : 03-5307-0644

보험료는 납부기한(매월 말일. 단, 말일이 금융기관 휴무일인 경우 다음 영업일)까지 납부해 주시기 바랍니다.

주된 납부 방법은 다음과 같습니다.

(1) 자동 계좌이체로 납부하는 방법

보험료는 계좌이체로 예금 계좌에서 자동 납부하면 편리합니다. 한 번 수속을 하면 매월 자동 납부됩니다.

(2) 납부서로 납부하는 방법

① 창구에서 납부(현금 결제)

은행, 신용금고, 신용조합, 유초은행 및 우체국 등
(스기나미구 지정 금융 기관, 특별 구공금 납부 취급점)
스기나미구청, 구내 각 구민 사무소, 편의점

자세한 내용은
홈페이지를
참조해 주십시오.



② 전자납부

스마트폰 결제 앱



신용카드



인터넷 뱅킹, 모바일 뱅킹



8 보험료를 납부하지 않으면

문의처 국보수납계 전화 : 03-5307-0374

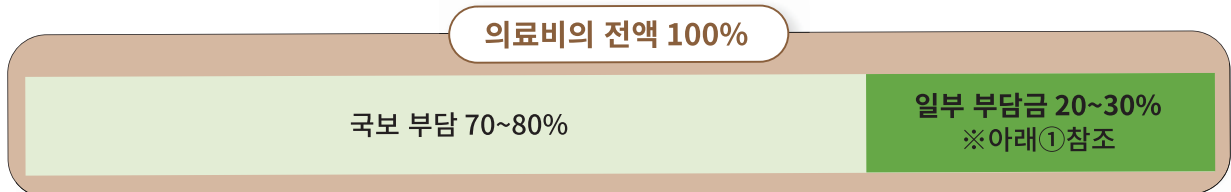
- ① 납부기한까지 보험료를 납부하지 않으면 독촉장이 발송됩니다. 그 이후에도 납부 사실이 확인되지 않으면 문서로 독촉이 이루어집니다. 또한 전화나 방문을 통한 독촉이나 휴대전화 문자메시지로 안내드리는 경우도 있습니다. 안내를 할 경우도 있습니다.
- ② 독촉장, 최고서가 송부된 이후에도 특별한 사유 없이 납부 또는 문의 상담을 하지 않은 경우 법률에 의해 재산 조사를 실시하여 차압* 등 체납 처분을 할 수 있습니다.
*차압: 법률에 의해 예적금 등 개인의 재산을 확보하는 것.
- ③ 특별한 사정 없이 보험료의 체납이 일정 기간 계속되면 특별 요양비 지급 대상이 되어, 의료기관 창구에서 의료비를 전액 부담(보통은 30% 부담)하게 됩니다. 추후 신청을 통해 보험 진료의 70%를 환불받을 수 있지만, 원칙적으로 체납된 보험료에 우선 사용됩니다.

★보험료 납부가 곤란한 분은 먼저 상담 받으시기 바랍니다!

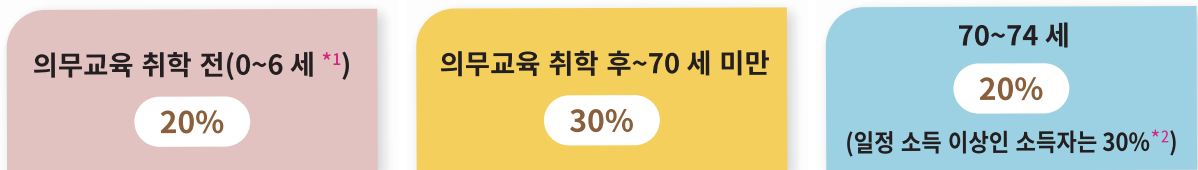
- 실직이나 회사의 도산 등 부득이한 사정으로 보험료 납부가 어려우신 분, 이미 체납된 보험료를 어떻게 납부해야 할지 고민인 분은 구청 국민건강보험 수납 담당 창구에 상담해 주십시오.

(1) 요양 혜택

질병이나 부상을 당했을 때는 의료기관 창구에 마이너 보험증 등을 제시하면 해당 의료비의 일부(일부 부담금)만 지불해도 진료를 받을 수 있습니다. 나머지 의료비는 국민건강보험에서 지급됩니다.



① 일부 부담금 비율



* 1: 6세가 된 날 이후 최초로 맞이하는

* 2: 부담 비율의 판정 기준에 대해서는 국민건강보험 자격 담당 창구로 문의 바랍니다.

② 국보로 받을 수 있는 진료
(보험이 적용됨)

- 의사, 치과의사 진료
- 약제 또는 치료재의 지급
- 처치, 수술 그 밖의 치료
- 재택 요양
- 입원 및 간호

③ 국보로 받을 수 없는 진료

아래의 경우 국보는 적용이 안 됩니다.

- 건강진단, 종합 건강검진
- 예방주사 · 예방접종
- 정상임신 · 정상분만
※출산육아 일시금에 대해서는 14 페이지 참조
- 미용을 목적으로 하는 시술, 치열교정
- 업무상 질병 또는 부상
※노동자재해보상보험법(노재) 대상입니다.
- 범죄, 고의로 한 행위로 인한 질병 또는 부상
- 싸움, 만취로 인한 병 또는 부상

(2) 요양비의 지급

다음과 같은 이유로 의료비를 전액부담한 경우에는 국보급부계로 신청해 주시기 바랍니다. 심사후 국보 부담분 (의료비의 70~80%)이 지급됩니다 (국민건강보험의 지급 대상이 되는 경우에 한합니다).

※요양을 받은 날의 다음날부터 2년을 경과하면 신청할 수 없으므로 주의하시기 바랍니다.

<요양비의 대상>

- ① 여행 중 갑작스러운 질병 등 긴급한 사유로 마이너 보험증 등을 제시하지 않고 치료를 받아 보험 처리가 되지 않았을 때, 부득이한 사유로 보험을 취급하지 않는 병원에서 치료받았을 때, 단, 본인의 판단에 따라 보험을 취급하지 않는 곳에서 치료받았을 때는 인정되지 않습니다.

- ② 의사의 지시에 따라 치료용 보조기(코르셋·깁스 등)를 만든 경우.
- ③ 의사의 동의 또는 진단에 의해, 침·뜸·마사지 등의 시술을 받았을 때.
골절이나 염좌 등 접골원에서 유도정복사의 시술을 받았을 때.
- ④ 해외 여행 등에서 갑작스런 부상이나 질병으로 인해 해외 의료기관에서 진료를 받았을 때. 단, 해외에서의 요양을 목적으로 한 경우는 대상이 되지 않습니다.
- ⑤ 다른 건강보험을 탈퇴하고 국보에 가입 절차를 진행하는 동안 의료기관에서 진찰을 받았을 때. 단, 국보 가입 절차가 지연되었을 때에는 그 사유가 부득이하다고 인정되는 경우에 한합니다.
- ⑥ 수혈용 혈액 비용을 부담했을 때 (친족으로부터 혈액을 제공받은 경우를 제외합니다).

<필요서류>

요양비 지급 신청시 자격 정보를 알 수 있는 서류(자격 확인서, 자격 정보 알림 등), 세대주 명의의 은행 계좌번호, 신청할 때마다 다음에 기재된 서류가 필요합니다. 또한 신청서는 국민건강보험 급부 담당 창구에 있습니다.

- ① 의과 → 진료 보수 명세서, 영수증
- ② 치과 → 진료 보수 명세서, 영수증
- ③ 조제 → 조제 보수 명세서, 영수증
- ④ 해외 요양비 → 진료 받은 자의 여권 (사본 불가), 진료 내용 명세서·영수 명세서·영수증 (각각 번역자의 주소·성명을 기재한 일본어 번역 첨부), 조사에 관한 동의서 (국보급부계에서 소정의 양식을 제공하고 있습니다. 홈페이지에서 다운로드 할 수도 있습니다.)
- ⑤ 보조장구 → 의사의 의견서 또는 진단서 (탄성착의(압박스타킹, 압박소매 등 의료용 압박의류)의 경우, 탄성 착의 등 장착 지시서),
업체의 영수증, 내역서, 신발형 보조기의 경우는 실제 사진 또는 장착 사진
- ⑥ 침·뜸, 마사지 → 신청서 (소정 양식), 의사의 동의서 또는 진단서, 시술 요금 영수증
- ⑦ 접골 (유도 정복) → 신청서 (소정 양식), 골절·탈구의 경우는 의사의 동의서, 시술 요금 영수증
- ⑧ 생혈비(수혈용 혈액 비용) → 의사의 증명서, 수혈용 생혈액 수령 증명서, 혈액 제공자의 영수증

(3) 이송비의 지급

중병이나 중상 등에 의해 긴급히, 부득이한 이유로, 의사의 지시에 따라 입원 혹은 병원을 옮기기 위해 차량 등을 이용했을때의 이송비용. 단, 통원 및 퇴원 비용은 이송으로 인정하지 않습니다.

※이송 비용을 지불한 날의 다음날부터 2 년을 경과하면 신청할 수 없으므로 주의하시기 바랍니다.

<고액 요양비의 산정 대상>

자격 정보를 알 수 있는 서류(자격 확인서, 자격 정보 알림 등), 의사 소견서(소정의 양식), 영수증(이송 경로 및 방법이 상세히 기재된 것), 세대주 명의의 은행 계좌번호

의사의 의견서가 있더라도, 심사를 통해 지급 대상이 되지 않는 경우도 있습니다.

(4) 고액 요양비의 지급

질병이나 부상으로 인한 의료기관의 치료로, 고액 요양비의 산정 대상이 되는 의료비가 자기부담 한도액을 초과하면, 초과분은 고액 요양비로 지급됩니다.

※진료를 받은 달의 다음달 1 일부터 2 년을 경과하면 신청할 수 없습니다. 보험의료기관 등의 사이에서 피보험자가 일부 부담금을 분할 납부하는 경우에도, 고액 요양비의 소멸 시효는 진료를 받은 달의 다음달 1 일 부터 시작됩니다.

(1) 고액 요양비의 신청 방법

진료한 달로부터 약 3개월 후에 신청서를 발송합니다. 도착하면 세대주가 신청해 주십시오.

또한 한번 신청 절차를 진행하면 다음부터는 신청이 불필요하며 처음 등록한 계좌로 자동 이체됩니다(일부 대상에서 제외되는 고액 요양비가 있습니다).

또한 의료기관을 이용하기 전에 고액의 의료비가 예상될 경우, 미리 국민건강보험 급부 담당 창구에서 한도액 적용 인정증을 교부받아 의료기관 창구에 제시하면 의료기관 창구에서의 본인 부담금이 본인 부담 한도액까지만 청구됩니다.

한도액 적용 인정증 신청에 대해서는 12페이지를 참조해 주시기 바랍니다.

또한 마이너 보험증을 이용하실 수 있는 분은 한도액 적용 인정증을 미리 신청하실 필요가 없습니다. 단, 표준 부담액 감액(장기 입원)에 해당할 때는 신청이 필요합니다.

(2) 고액 요양비의 계산 방법

고액 요양비의 계산 대상이 되는 의료비는, 다음에 따라 산출됩니다.

A. 달력의 한달마다 계산합니다.

B. 보험적용이 되는 의료비의 일부 부담금을 산정 대상으로 합니다 (단 70 세 미만의 경우에는 의료기관 (의 과 / 치과 , 입원 / 외래로 분리) 별로 일부 부담금이 21,000 엔 미만인 경우는 산정 대상 제외).

① 산정 대상이 1 명인 경우의 산정 방법

세대에 고액 요양비 대상이 되는 의료비가 발생한 대상자가 1명일때 위의 'A' 및 'B'로 산정 금액이 다음 표에 기재된 본인 부담 한도액을 초과한 경우, 초과한 금액이 고액 요양비에 해당합니다.

만 70세 이상인 분은 우선 외래진료비만으로 고액 요양비를 산출합니다(외래분). 다음으로 입원진료비가 있다면 외래분만 계산했을 때 남은 본인 부담액(=외래분의 본인 부담 한도액)과 입원진료비를 합산하여 외래+입원의 본인 부담 한도액을 초과한 금액을 산출합니다(입원분). (외래분)과 (입원분) 을 합한 금액이 고액 요양비가 됩니다.

자기부담 한도액

[70세 미만인 분]

구분	자기부담 한도액	여러 번 해당*4
부과표준액*1 901만엔 초과	252,600엔+ (의료비 총액 - 842,000엔) × 1%	140,100 엔
부과표준액 600만엔 초과~901만엔 이하	167,400엔+ (의료비 총액 - 558,000엔) × 1%	93,000 엔
부과표준액 210만엔 초과~600만엔 이하	80,100엔+ (의료비 총액 - 267,000엔) × 1%	44,400 엔
부과표준액 210만엔 이하	57,600 엔	44,400 엔
주민세 비과세 세대	35,400 엔	24,600 엔

[만 70세 이상인 분]

구분	자기부담 한도액	
	외래	외래 + 입원(세대 단위)
		여러 번 해당*4
현역 수준 소득 III (과세소득 690만엔 이상)	252,600엔+ (의료비 총액 - 842,000엔) × 1%	140,100 엔

현역 수준 소득 II (과세소득 380만엔 이상 690만엔 미만)		167,400엔+ (의료비 총액 - 558,000엔) × 1%	93,000 엔
현역 수준 소득 I (과세소득 145만엔 이상 380만엔 미만)		80,100엔+ (의료비 총액 - 267,000엔) × 1%	44,400 엔
일반		18,000 엔 (연간 144,000엔 상한)	57,600 엔 44,400 엔
주민세 비과세 세대	저소득 II *2	8,000 엔	24,600 엔
	저소득 I *3		15,000 엔

*1 : 부과표준액 ... 전년 총소득금액 등 - 표준공제액(43만엔)

*2 : 저소득 II ... 세대주 및 국민건강보험 피보험자 전원이, 주민세 비과세 세대인 분.

*3 : 저소득 I ... 세대주와 국민건강보험 피보험자 전원이 주민세 비과세로, 각자의 공적연금 수입이 일정 소득 이하이면서 기타 소득이 없는 분.

*4 : 여러 번 해당 ... 지난 1 년간 4 회 이상 고액 요양비의 지급을 받은 때의 4 번째 이후의 자기부담 한도액입니다.
자세한 사항은 아래의 “고액 요양비의 지급을 연 4 회 이상 받았을 때”를 참조 바랍니다.

② 산정 대상자가 여러명인 경우의 계산 방법

같은 달에 같은 세대원이 10페이지의 ‘A’ 및 ‘B’로 산출한 의료비를 합산하시면 됩니다.

만 70세 미만과 만 70세 이상을 합산할 때는 만 70세 이상의 외래분, 입원분을 각각 계산하고, 그 후 만 70세 미만의 21,000엔 이상의 금액을 합하여 만 70세 미만의 본인 부담 한도액을 초과하면 고액 요양비가 지급됩니다.

③ 고액 요양비의 지급을 연 4 회 이상 받았을 때

동일 세대에서, 1 년(진료를 받은 달 이전 12 개월) 사이에 고액 요양비의 지급을 4 회 이상 받았을 때, 4 번째부터는 자기부담 한도액이 달라집니다. 단, 70 세 이상인 분의 외래만으로 고액 요양비가 지급된 달은, 횟수에 포함되지 않습니다.

또한, 동일 행정구역 내에서 주소를 이동하고 이사 전후에 국보에 가입한 경우, 고액 의료비의 해당 횟수가 합쳐서 계산됩니다.

		4월	5월	6월	7월	8월	9월	10월	11월	12월
도쿄도	A시	①	②	③						
	B구				④	⑤	⑥	⑦		

A시에서 B구로 이사

여기부터 해당

④ 자기부담 한도액의 특례

고액 의료비는 월 단위로 계산되지만 월 도중에 75세 생일을 맞아 후기 고령자 의료 제도로 바뀌는 경우, 또는 동일 행정구역 내로 이사할 경우는 제도 변경 전과 후의의료 보험 제도에 따라 각각의 본인 부담 한도액을 지불해야 합니다. 후기 고령자 의료 제도로 전환하여 의료 보험이 바뀌는 분 등에게는 이행한 달에 한해 자기 부담 한도액이 2 분의 1 이 되는 특례가 설치되어 있습니다.

이 특례는 특정 질병 요양 수료증을 가지고 계신 분의 일부 부담금에 대해서도 적용됩니다.

고액 요양비 자금 대출

고액 요양비는 신청서가 도착할 때까지 약 3 개월 정도 걸립니다. 따라서, 장기 입원 등으로 의료비가 고액이 되어, 지불에 어려움이 있으신 분들께는, 고액 요양비 지급 예정 금액의 90 % 까지를 무이자로 빌려드립니다.

대출금의 상환은, 나중에 지급되는 고액 요양비로 충당됩니다.

신청 시 사전 예약이 필요합니다. 그 외 대출 요건 및 필요한 서류 등이 있으므로 반드시 문의해 주시기 바랍니다.

(5) 한도액 적용 인정증(한도액 적용 · 표준 부담액 감액 인정증)의 교부

고액의 의료비가 발생할 때는 사전에 ‘한도액 적용 인정증’을 교부받아 의료기관 창구에 제시하면 창구에서의 지불액이 본인 부담 한도액(10페이지)까지 조정됩니다.

만 70세 이상이며 소득 구분이 ‘현역 수준 소득 III’ 또는 ‘일반’인 분은 자격 확인서를 창구에 제시하면 지불액이 본인 부담 한도액까지로 조정되므로 ‘한도액 적용 인정증’을 교부받을 필요는 없습니다.

또한 마이너 보험증을 이용하실 수 있는 분은 한도액 적용 인정증을 미리 신청하실 필요가 없습니다. 단, 표준 부담액 감액(장기 입원)에 해당할 때는 계속 신청이 필요합니다.

<필요 서류>

- ① 자격 정보를 알 수 있는 서류(자격 확인서, 자격 정보 알림 등)
- ② 같은 세대가 아닌 분이 대신 절차를 진행하는 경우, 세대주의 위임장과 대리인의 본인 확인 서류

입원 중의 식사비의 감액

입원 중 식대는 1식당 정액 510엔이 본인 부담금입니다(식사 요양비 표준 부담액). 주민세 비과세 세대인 분은 신청을 통해 ‘한도액 적용 및 표준 부담액 감액 인정증’을 교부받아 입원 시에 의료기관에 제시하면 입원 중 식대가 아래 표와 같이 감액됩니다.

신청 시에는 세대주와 국민건강보험 가입자(피보험자) 전원이 비과세인지 확인해야 합니다. 미신고자가 있다면 주민세 신고를 하셔야 하며, 비과세 세대로 확인되면 ‘한도액 적용 및 표준 부담액 감액 인정증’이 발행됩니다. 입원 중 식대는 고액 요양비 지급 대상에 포함되지 않습니다.

입원시의 식사비 (표준 부담액)

구분	식사비 (1 식 당)
주민세 과세 세대	510 엔
한도액 적용·표준 부담액 감액 인정증을 제시하지 않은 경우	
70 세 미만의 주민세 비과세 세대	240 엔*
만 70세 이상 저소득 II	
만 70세 이상 저소득 I	110 엔

* 비과세 세대로서의 입원 일수가 90일을 초과하는 경우, 입원 91일째 이후의 신청일부터 1식당 190엔으로 감액됩니다. 해당하시는 분은 신청 수속을 해 주십시오.

<필요 서류>

- ① 자격 정보를 알 수 있는 서류(자격 확인서, 자격 정보 알림 등)
- ② 같은 세대가 아닌 분이 대신 절차를 진행하는 경우, 세대주의 위임장과 대리인의 본인 확인 서류
- ③ 의료기관의 영수증 등 , 입원 일수를 증명하는 서류 (입원 91 일째 이상의 경우만)
- ④ 이전에 교부된 한도액 적용 · 표준 부담액 감액 인정증 (입원 91 일째 이상의 경우에만 해당. 해당연도내 최초 신청의 경우 불필요.)

(6) 고액 개호 합산 요양비의 지급

세대에서 1년 동안의 스기나미구 국보 일부 부담금 등과 개호(장기요양) 보험 의 본인 부담액을 계산해 다음 표의 본인 부담 액을 초과할 경우는 신청에 의해 “고액 개호 합산 의료비”가 지급됩니다. 계산 기간은 매 년 8 월 1 일부터 다음 해 7 월 31 일까지입니다 .

① 고액 개호 합산 요양비의 자기부담 한도액

자기부담 한도액

【70 세 미만인 분이 있는 세대】

구분	의료 보험 + 개호 보험의 자기부담 한도액
부과표준액 901만엔 초과	212만엔
부과표준액 600만엔 초과~901만엔 이하	141만엔
부과표준액 210만엔 초과~600만엔 이하	67만엔
부과표준액 210만엔 이하	60만엔
주민세 비과세 세대	34만엔

【70~74 세인 분이 있는 세대】

구분		의료 보험 + 개호 보험의 자기부담 한도액
과세소득 690만엔 이상		212만엔
과세소득 380만엔 이상 690만엔 미만		141만엔
과세소득 145만엔 이상 380만엔 미만		67만엔
일반		56만엔
주민세 비과세 세대	저소득 Ⅱ	31만엔
	저소득 Ⅰ	19만엔

② 신청자

기준일(계산 기간의 말일 (7 월 31 일))에 스기나미구 국보에 가입중인 분 의 세대주 .

③ 신청 방법

고액 개호 합산 지급 해당 세대에는 일 년에 한 번 (2월 중순) 신청서를 송부합니다. 신청서에 세대주 명의 및 간병 서비스를 이용하신 분의 은행 계좌 번호를 기입하고 세대주가 서명해서 신청해주시기 바랍니다.

(7) 특정 질병의 부담 경감

고액의 치료를 장기간 계속할 필요가 있는 다음과 같은 질병의 경우, 매월 일부 부담금은 10,000엔입니다 (신청이 필요합니다).

① 인공 투석을 필요로 하는 만성 신부전

② 혈우병 및 항 바이러스제를 투여하고 있는 후천성 면역 결핍 증후군 (HIV 감염을 포함 , 후생 노동 대신이 정하는 자에 한함)

해당하는 분은 “특정 질병 요양 수료증”을 발행해드리오니 신청해주시기 바랍니다.

※인공 투석을 필요로 하는 만성 신부전을 앓고 있는 분들 중, 다음 A 와 B 모두에 해당하는 분은 매월 일부 부담금 20,000 엔입니다 .

A. 세대의 국보 가입자 (피보험자) 전원의 부과표준액의 합계가 600 만엔을 넘는 (또는 주민세 신고를 하지 않는 분이 있는) 세대일 것.

B. 70 세 미만의 피보험자일 것.

<필요 서류>

자격 정보를 알 수 있는 서류(자격 확인서, 자격 정보 알림 등), 의사 소견서 또는 장애인 수첩(해당하는 특정 질병이 기재된 것)

(8) 출산육아 일시금의 지급

국보 가입자가 출산했을 때 지급됩니다. 임신 85 일 이상이면, 사산, 유산의 경우에도 지급됩니다.

※출산 다음날부터 2 년을 경과하면 신청할 수 없으므로 주의하시기 바랍니다.

지급 금액

출생아 한 명당 50만 엔

신청 방법

출산육아 일시금의 신청 방법은 다음의 3 가지 방법이 있습니다.

(1) 직접 지급 제도 (의료기관 등의 창구에서 신청)

자격 정보를 알 수 있는 서류(자격 확인서, 자격 정보 알림 등), 의사 소견서 또는 장애인 수첩(해당하는 특정 질병이 기재된 것)

또한 의료기관 또는 조산원에서의 출산 비용이 지급 금액 미만인 경우, 그 차액분을 세대주에게 지급합니다. 차액이 발생하면 출산 1~3개월 후, 스기나미구에서 지급에 대한 안내 사항을 통지합니다.

※직접 지불 제도를 이용할 수 없는 의료기관·조산원도 있으므로 의료기관·조산원에 문의바랍니다.

(2) 수취 대리 제도 (구청 국보급부계에서 신청)

출산 예정일 2 개월 전부터 신청이 가능합니다. 이 절차에 따라, 구에서 의료기관·조산원에 지급 금액을 한도로 출산육아 일시금을 직접 지불합니다.

또한 의료기관·조산원에서의 출산 비용이 지급 금액 미만인 경우는 그 차액 분을 세대주에게 지급합니다.

<필요 서류>

- ① 자격 정보를 알 수 있는 서류(자격 확인서, 자격 정보 알림 등)
- ② 모자 건강 수첩 (출산 예정일을 기입한 것)
- ③ 세대주의 인감 (인주를 사용하는 것)(없으면 사인도 가능)
- ④ 세대주 명의의 은행 계좌 번호
- ⑤ 출산육아 일시금 등 지급 신청서 (수취 대리용)
(⑤=의료기관·조산원의 기명·날인을 받은 것)

※출산육아 일시금 등 지급 신청서(수취 대리용)는 수취 대리 제도를 이용 가능한 의료기관·조산원 또는 국보급부계에 있습니다.

※수취 대리 제도를 이용할 수 없는 의료기관·조산원도 있으므로 의료기관·조산원에 문의바랍니다.

(3) 직접 지급 제도·수취 대리 제도를 이용하지 않은 경우

(구청 국보급부계·구민 사무소에서 수속)

<필요 서류>

- ① 자격 정보를 알 수 있는 서류(자격 확인서, 자격 정보 알림 등)
- ② 모자 건강 수첩(출생 신고된 증명 기재가 있는 것)과 출생증명서 (원본) 등, 출산일을 확인할 수 있는 것 (사산·유산의 경우는 의사의 증명서 원본)
- ③ 의료기관·조산원에서 교부되는 “직접 신청 제도를 이용하지 않는 합의 문서”
- ④ 의료기관·조산원에서 교부되는 출산 비용의 “영수증·명세서” 또는 “영수증”(원본)
(④= “직접 지불 제도를 이용하지 않는 사유”가 기재된 것)
- ⑤ 세대주 명의의 은행 계좌 번호

※ 신청 후, 약 1 개월 후에 계좌로 입금됩니다.

해외에서 출산한 경우, 출산하신 분이 귀국한 후 신청하시기 바랍니다.

<필요 서류>

- ① 자격 정보를 알 수 있는 서류(자격 확인서, 자격 정보 알림 등)
- ② 출생증명서 (원본 · 일본어 번역 첨부)
- ③ 세대주 명의의 은행 계좌 번호
- ④ 출산하신 분의 여권

(9) 출산에 필요한 자금을 빌려드립니다 (사전 예약이 필요합니다)

국보 가입자가 직접 지불 제도 · 수취 대리 제도를 이용하지 않고 출산하는 경우, 세대주는 출산 예정일 1 개월 전부터 출산·육아 일시금의 80%까지 무이자 대출이 가능합니다.

<필요 서류>

- ① 자격 정보를 알 수 있는 서류(자격 확인서, 자격 정보 알림 등)
 - ② 모자 건강 수첩 (출산 예정일을 기입한 것)
 - ③ 의료기관 · 조산원에서 교부되는 “직접 지급 제도를 이용하지 않는 합의 문서”
 - ④ 세대주의 인감 (인주를 사용하는 것) (없으면 사인도 가능)
 - ⑤ 세대주 명의의 은행 계좌 번호
 - ⑥ 세대주 이외가 수속을 하는 경우는 , 세대주의 위임장과 대리인의 본인 확인 서류
- ※ 신청시에는 대출 요건 등이 있으므로 반드시 사전에 문의바랍니다.
- ※ 출산 후의 대출 및 해외에서의 출산시의 대출은 불가합니다.

(10) 장례비 지급

국보 가입자가 사망했을 때는 장례를 치른 분에 대해 장례비가 지급됩니다 . 지급 금액은 70,000 엔입니다 . 사회보험 등에서 장례비용이 지급되는 분은 국보에서 지급되지 않습니다 .

※ 장례를 치른 날의 다음날부터 2 년을 경과하면 신청할 수 없으므로 주의하시기 바랍니다 .

<필요 서류>

사망하신 분의 자격 정보를 알 수 있는 서류(자격 확인서, 자격 정보 알림 등), 장례식 영수증(원본), 장례를 치른 분의 은행 계좌번호

(11) 정신의료 급여금 · 결핵의료 급여금의 지급

(1) 정신의료 급여금

장애인 자립 지원 의료제도(정신 통원 의료)의 적용을 받고 있으며 , 주민세 비과세 세대인 분은 신청에 의해 “국보 수급자증(정신 통원)”을 교부하고 , 장애인 자립 지원 의료제도(정신 통원 의료)에 의한 의료비의 월별 최대 한도까지 지급합니다 .

※ 신청은 관할 보건 센터에서 하시기 바랍니다.

(2) 결핵의료 급여금

감염의 예방 및 감염증 환자에 대한 의료에 관한 법률에 근거하는 의료를 받고 있는 분으로 , 주민세 비과세 인 분에 대해서는 신청에 의해 “결핵의료 급부금 수급자증”을 교부하고 의료비 중 5 % 를 지급합니다 .

※ 신청은 스기나미 보건소 보건 예방과에서 하시기 바랍니다.

(12) 일부 부담금의 감액 또는 면제

재해 기타 특별한 사정에 의해 일부 부담금의 납부가 곤란해진 때에는 , 감액 또는 면제가 되는 경우가 있으므로 상담하시기 바랍니다 .

(13) 제3자 의 행위로 인한 부상 등

교통사고나 상해사건 등, 제삼자(가해자)의 행위로 인해 부상을 입거나 질병에 걸린 분이 국보를 사용해 진료를 받을 때는, 반드시 국보급부계로 연락 주시기 바랍니다.

(14) 의료비의 반납 요청

전출 또는 다른 건강보험에 가입한 후 스기나미구의 국민건강보험을 사용하면 스기나미구에서 부담한 만큼의 의료비를 반환하여야 합니다.

다음의 경우, 스기나미구의 국민건강보험은 사용하실 수 없습니다.

- 구외로 전출한 경우 → 전출 당일부터
- 다른 건강보험에 가입한 경우 → 다른 건강보험 가입일부터

※ 가입일은 자격 취득 연월일·인증 연월일입니다.

※ 외국인 가입자가 출국한 후, 재입국 허가 기한 내에 재입국하지 않을 경우에는 출국한 날부터 소급되어 국보의 자격이 상실됩니다.

10 국보 특정 건강검진 · 특정 보건지도

(1) 국보 특정 건강검진

당뇨병, 고혈압 등 생활습관 질환의 예방 및 악화를 방지하기 위해, 대사증후군에 중점을 두고 실시하는 건강검진입니다. 매년 정기검진을 통해 본인의 건강 관리에 활용해 주시기 바랍니다.

① 대상자

가입자 중 연도 내에 40 세 이상이 되는 분

② 검진방법 · 기간

대상자에게는 진료권을 우편으로 보내드립니다(신청 불필요). 진료 기간은 6월 1일부터 2026년 2월 15일까지입니다. 진료를 받을 수 있는 의료기관 등 자세한 내용은 담당 창구에 문의 바랍니다.

③ 건강검진 항목

문진, 신체 측정 (신장, 체중, 가슴둘레, BMI), 혈압 측정, 혈액 검사, 소변 검사를 실시합니다. 또한, 의사의 판단에 따라 기타 검사를 실시할 수 있습니다.

④ 자기 부담금

무료

(2) 특정 보건지도

국보 특정 건강검진 결과, 생활습관 질병 발생위험이 높은 분에게는 특정 보건지도를 안내해 드리고 있습니다. 특정 보건 지도에서는 전문직 (의사, 보건사, 관리 영양사 등)에게 생활 습관을 개선하기 위한 조언 및 지원을 무료로 받을 수 있습니다.

스기나미 구청 보건복지부 국보연금과

도쿄도 스기나미구 아사가야미나미 1 초메 15 번지 1 호

☎ 03-3312-2111 (대표)

*일본어가 가능한 분을 통해서 문의하시기 바랍니다.