

THỦ TỤC BẢO HIỂM Y TẾ QUỐC DÂN

Ở Nhật Bản có chế độ "Bảo hiểm y tế". Bảo hiểm này được chia ra làm

hai loại lớn là "Bảo hiểm y tế nơi làm việc (nơi công tác)" và "Bảo hiểm y tế quốc dân theo đơn vị khu vực nơi sinh sống". Là người có đăng ký cư trú trong nước Nhật thì bất kể là ai, bạn cũng bắt buộc phải tham gia một trong hai loại bảo hiểm trên, người nước ngoài cũng như vậy.

Sổ tay này được tạo ra để giúp các công dân người nước ngoài hiểu được các cơ chế và thủ tục của "Bảo hiểm y tế quốc dân" - là một trong những hệ thống bảo hiểm của chế độ Bảo hiểm y tế Nhật Bản.

Chúng tôi phân phát "Giấy xác nhận đủ điều kiện tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân" hoặc "Thông báo về thông tin đủ điều kiện" của quận Suginami cho những người đã làm thủ tục tham gia bảo hiểm trong ngày hôm nay. Vui lòng xác nhận xem các phần họ tên, ngày sinh, địa chỉ, v.v. có sai sót hay không.

Quyền lợi

Trong trường hợp bị bệnh hoặc bị thương, bạn có thể nhận điều trị khi sử dụng bảo hiểm y tế tại các cơ sở y tế. Để được thăm khám và điều trị, hãy xuất trình thẻ bảo hiểm của bạn. Khoản tiền tự chi trả tại cơ sở y tế là 20% - 30% của tổng chi phí y tế.

Trách nhiệm

Tất cả những người tham gia BHYTQD bắt buộc phải trả phí bảo hiểm.

Mục lục

1

Chế độ bảo hiểm y tế quốc dân (BHYTQD)

P. 1

2

Cơ chế của BHYTQD

P. 1

3

Về Giấy xác nhận đủ điều kiện tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân

P. 1

4

Tham gia BHYTQD

P. 2

5

Phí bảo hiểm

P. 4

6

Chế độ miễn, giảm phí bảo hiểm

P. 6

7

Phương thức thanh toán phí bảo hiểm (thuế bảo hiểm)

P. 6

8

Trường hợp không nộp phí bảo hiểm (thuế bảo hiểm)

P. 7

9

Trợ cấp BHYTQD

P. 8

10

Kiểm tra sức khỏe và hướng dẫn chăm sóc sức khỏe do BHYTQD

P. 16

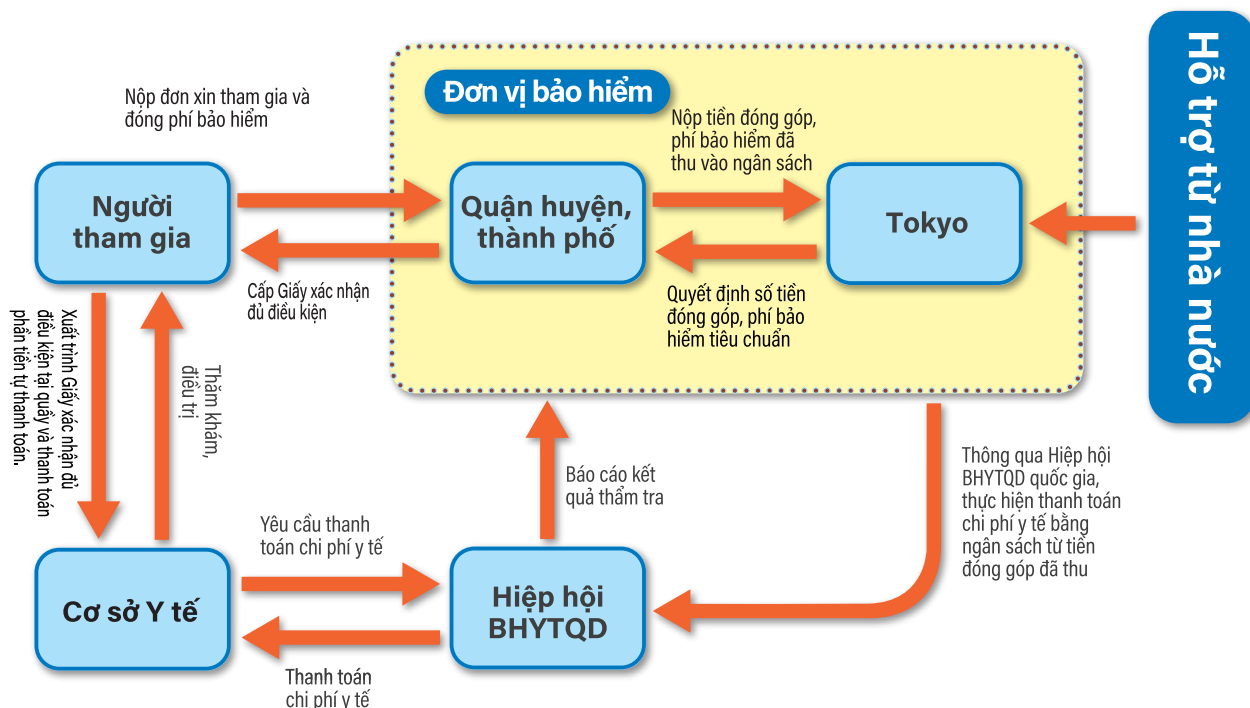
1 Chế độ bảo hiểm y tế quốc dân (BHYTQD)

BHYTQD là chế độ của nhà nước hỗ trợ chi trả chi phí y tế tính từ khoản nộp phí bảo hiểm căn cứ theo thu nhập của từng cá nhân người được bảo hiểm (Dưới đây gọi là "Người tham gia bảo hiểm"), mục đích để người được bảo hiểm có thể yên tâm điều trị y tế khi bị bệnh tật hoặc thương tích. Khi người tham gia bảo hiểm bị bệnh tật hay thương tích, thì sẽ có quyền lợi được nhận trợ cấp y tế từ BHYTQD. Thay vào đó, nếu tham gia BHYTQD, thì các chủ hộ cũng phải có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm.

2 Cơ chế của BHYTQD

BHYTQD do các tỉnh thành, quận huyện, thành phố và thị trấn, làng xã nơi cá nhân sinh sống sẽ cùng quản lý với tư cách là "Đơn vị bảo hiểm". Các quận, huyện, làng xã là đơn vị bảo hiểm sẽ sử dụng ngân sách là tiền phí bảo hiểm mà những người tham gia đã đóng và tiền hỗ trợ v.v.. từ nhà nước, từ Tokyo để thực hiện thanh toán chi phí y tế (trợ cấp bảo hiểm)v.v...

Khi phải điều trị tại các cơ sở y tế, thì bạn chỉ cần đóng một phần phí y tế mà vẫn được tiếp nhận điều trị, phần còn lại sẽ do BHYTQD chi trả cho các cơ sở y tế đó.



3 Về Giấy xác nhận đủ điều kiện tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân

Nơi liên hệ - Bộ phận cấp BHYTQD
Điện thoại: 03-5307-0641

(1) Cách xử lý Thẻ bảo hiểm y tế từ ngày 2 tháng 12 năm 2024

Từ ngày 2 tháng 12 năm 2024, chúng tôi đã chuyển sang hệ thống với loại thẻ cơ bản là Thẻ My Number đã được đăng ký sử dụng làm Thẻ bảo hiểm y tế (Thẻ bảo hiểm y tế My Number), do đó chúng tôi sẽ không phát hành mới Thẻ bảo hiểm y tế như trước đây nữa.

"Nếu bạn không có Thẻ bảo hiểm y tế My Number, chúng tôi sẽ gửi cho bạn "Giấy xác nhận đủ điều kiện" thay cho Thẻ bảo hiểm y tế.

Bằng cách xuất trình "Giấy xác nhận đủ điều kiện" tại quầy của cơ sở y tế, bạn có thể được khám chữa bệnh giống như khi sử dụng Thẻ bảo hiểm y tế trước đây.

Chúng tôi sẽ gửi "Thông báo về thông tin đủ điều kiện" cho những người có Thẻ bảo hiểm y tế My Number. Khi bạn đến khám tại cơ sở y tế không chấp nhận Thẻ bảo hiểm y tế My Number, bạn có thể được khám chữa bệnh bằng cách xuất trình Thẻ Bảo hiểm y tế My Number cùng với màn hình thông tin đủ điều kiện của Cổng thông tin My Number hoặc xuất trình "Thông báo về thông tin đủ điều kiện" cùng với Thẻ bảo hiểm y tế My Number.

(2) Thời hạn

Thời hạn của Giấy xác nhận đủ điều kiện được in ở góc trên bên phải của Giấy xác nhận đủ điều kiện. Về nguyên tắc, thời hạn là ngày hôm sau của ngày hết hạn lưu trú. Nếu bạn không gia hạn thời hạn lưu trú và bị hủy đăng ký cư dân thì bạn sẽ không còn đủ điều kiện tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân và không thể sử dụng bảo hiểm được nữa, do đó bạn nhất định phải làm thủ tục gia hạn thời hạn lưu trú tại Cục quản lý xuất nhập cảnh và lưu trú Tokyo. Về nguyên tắc, chúng tôi sẽ gửi cho bạn Giấy xác nhận đủ điều kiện hoặc Thông báo về thông tin đủ điều kiện ngay khi nhận được thông báo từ Bộ Tư pháp về việc gia hạn thời hạn lưu trú. Giấy xác nhận đủ điều kiện sẽ được gửi qua đường bưu điện bảo đảm đơn giản, còn Thông báo về thông tin đủ điều kiện sẽ được gửi qua đường bưu điện thông thường.

Tuy nhiên, nếu tư cách lưu trú của bạn đã được thay đổi thành "Hoạt động đặc định", thì chúng tôi cần phải xác nhận nội dung của "Thư chỉ định" khi cấp Giấy xác nhận đủ điều kiện hoặc Thông báo về thông tin đủ điều kiện. Vui lòng mang theo Giấy xác nhận đủ điều kiện, hộ chiếu, Thẻ lưu trú và Thư chỉ định đến Bộ phận quản lý điều kiện tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân hoặc Bộ phận quản lý cư dân quận thuộc Phòng quản lý cư dân quận (trong tòa chính của trụ sở hành chính quận) hoặc Văn phòng quản lý cư dân quận để làm thủ tục.

(3) Cách xử lý Giấy xác nhận đủ điều kiện

- 1 Khi nhận được Giấy xác nhận đủ điều kiện hoặc Thông báo về thông tin đủ điều kiện, nhất định phải kiểm tra các nội dung được ghi trên giấy đó như địa chỉ, họ tên và ngày sinh, v.v.
- 2 Nếu bị mất hoặc hư hỏng và không còn sử dụng được nữa, hãy làm thủ tục xin cấp lại. Mang theo giấy tờ tùy thân (Thẻ lưu trú, v.v.) đến Bộ phận quản lý điều kiện tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân hoặc Văn phòng quản lý cư dân quận. Nếu bạn làm rơi Giấy xác nhận đủ điều kiện khi đang ở bên ngoài, vui lòng báo với cảnh sát.
* Nếu bạn thuộc trường hợp áp dụng chi phí y tế đặc biệt, vui lòng đến Bộ phận quản lý điều kiện tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân.
- 3 Không được cho người khác mượn hoặc mượn từ người khác Giấy xác nhận đủ điều kiện. Việc này sẽ bị trừng phạt theo pháp luật.

4 Tham gia BHYTQD

Nơi liên hệ - Bộ phận cấp BHYTQD
Điện thoại: 03-5307-0641

(1) Khi tham gia BHYTQD

① Đối tượng kiểm tra

Người có đăng ký cư trú tại quận huyện, thành phố, thị trấn, làng xã, bất kể quốc tịch, phải tham gia BHYTQD nếu lưu trú tại Nhật Bản hơn ba tháng. Những người có tư cách lưu trú "chính thức" và đã được chấp nhận thời hạn lưu trú lâu hơn 3 tháng sẽ được tham gia BHYTQD ngay cả khi họ không thuộc diện đăng ký cư trú. Việc tham gia là bắt buộc, không phụ thuộc vào ý muốn của từng cá nhân.

Tuy nhiên, những người thuộc bất kỳ điều nào sau đây không thể tham gia:

- 1 Những người đang tham gia bảo hiểm y tế công cộng khác tại Nhật Bản, như bảo hiểm y tế tại nơi làm việc (Bao gồm cả những người tham gia dưới tư cách là người phụ thuộc).
- 2 Những người đang thuộc chế độ y tế dành cho người cao tuổi từ 75 tuổi trở lên*
* Từ sau sinh nhật 75 tuổi, bạn sẽ không thuộc đối tượng bảo hiểm y tế nữa, mà sẽ thuộc vào chế độ y tế dành cho người cao tuổi từ 75 tuổi trở lên.
- 3 Những người đang nhận trợ cấp sinh hoạt.
- 4 Những người có tư cách lưu trú là tham gia "hoạt động đặc định", và nội dung của Giấy chỉ định là:
 - a. Người tham gia các hoạt động tiếp nhận điều trị, hoặc hoạt động chăm sóc sinh hoạt hàng ngày cho người điều trị
 - b. Người (từ 18 tuổi trở lên) có thời gian lưu trú không quá 1 năm, và tham gia các hoạt động với mục đích du lịch, giải trí, hay các hoạt động tương tự khác; chồng hoặc vợ đi cùng.

LƯU Ý: Ngay cả trong trường hợp kì hạn lưu trú dưới 3 tháng, nếu bạn thuộc những đối tượng sau thì vẫn có thể tham gia bảo hiểm y tế sau khi nộp các giấy tờ cần thiết.

- Những người có tư cách lưu trú là “Đi lưu diễn”, “Thực tập kĩ thuật”, “Tạm trú cùng gia đình” hoặc “Tham gia hoạt động đặc biệt (Ngoại trừ điểm (1) ① ④ ghi ở trên)*” và được chấp nhận tư cách tạm trú tại Nhật Bản quá 3 tháng.
* Về “hoạt động chỉ định” thì sẽ được xác nhận dựa theo “giấy chỉ định” ghi trên hộ chiếu.
- Những người đã từng tham gia BHYTQD nhưng kì hạn lưu trú bị chuyển thành dưới 3 tháng, bị hủy đăng kí cư trú sau khi thay đổi tư cách lưu trú.

② Thủ tục tham gia

Những trường hợp sau đây bắt buộc phải làm thủ tục tham gia trong vòng 14 ngày. Nếu chậm trễ làm thủ tục này, bạn sẽ phải nộp lại phí bảo hiểm từ đầu.

- ❶ Khi chuyển đến (nhập cảnh)
Khi khai báo thẻ cư trú (đăng kí cư trú), hãy tham gia BHYTQD.
- ❷ Khi được cấp phép tư cách lưu trú mới có kì hạn trên 3 tháng
- ❸ Khi chấm dứt tham gia các loại bảo hiểm y tế công cộng khác của Nhật Bản như bảo hiểm y tế tại nơi làm việc vì lý do nghỉ việc v.v... (Bao gồm cả khi không còn là người phụ thuộc). Hãy mang Giấy chứng nhận tổn thất bảo hiểm y tế và CMND của bạn (như thẻ cư trú).
- ❹ Khi sinh con → Nếu bạn có tư cách lưu trú là tham gia “hoạt động chỉ định”, bạn cũng cần phải mang theo hộ chiếu của mình.
- ❺ Khi không còn được nhận trợ cấp sinh hoạt → Hãy mang theo Thông báo ngừng trợ cấp sinh hoạt và CMND của bạn (như thẻ cư trú).

(2) Khi chấm dứt BHYTQD

Trong bất kỳ trường hợp nào sau đây, bạn cần phải làm thủ tục hủy tham gia bảo hiểm trong vòng 14 ngày và trả lại Giấy xác nhận đủ điều kiện.

- ❶ Khi chuyển đi (Xuất cảnh)
Hãy trình báo việc chuyển thẻ cư trú.
* Nếu bạn nộp thông báo chuyển ra khỏi Nhật Bản, Giấy xác nhận đủ điều kiện sẽ hết hiệu lực kể từ ngày hôm sau của ngày xuất cảnh.
Ngoài ra nếu bạn không nộp thông báo và vẫn còn Phiếu cư dân, bạn sẽ tiếp tục bị tính phí bảo hiểm.
- ❷ Những người đang tham gia bảo hiểm y tế công cộng khác tại Nhật Bản, như bảo hiểm y tế tại nơi làm việc (Bao gồm cả những người tham gia dưới tư cách là người phụ thuộc).
* Nếu bạn không làm thủ tục hủy tham gia bảo hiểm, bạn sẽ tham gia trùng lặp và sẽ tiếp tục bị yêu cầu thanh toán phí Bảo hiểm y tế quốc dân.
Vui lòng mang theo Giấy xác nhận đủ điều kiện hoặc Thông báo về thông tin đủ điều kiện do công ty mà bạn đã tham gia bảo hiểm cấp cùng với Giấy xác nhận đủ điều kiện tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân.
- ❸ Khi bạn tham gia Chương trình bảo hiểm y tế dành cho người cao tuổi từ 75 tuổi trở lên
Lưu ý: Trường hợp này thì không cần làm thủ tục.
- ❹ Khi tử vong
- ❺ Khi trở thành đối tượng nhận trợ cấp sinh hoạt
- ❻ Khi lấy tư cách lưu trú là tham gia “Hoạt động chỉ định” như hoạt động tiếp nhận điều trị, hoặc hoạt động chăm sóc sinh hoạt hàng ngày cho người được điều trị v.v...
- ❼ Khi mất tư cách lưu trú (khi hết kì hạn lưu trú)

★ Nội dung cần lưu ý

- Sau khi hủy tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân, bạn sẽ không thể sử dụng Giấy xác nhận đủ điều kiện nữa. Nếu bạn vẫn sử dụng khi không còn đủ điều kiện tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân, bạn sẽ phải hoàn trả lại phần chi phí y tế do phía bảo hiểm thanh toán.
- Bạn không thể hủy tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân với lý do phí bảo hiểm cao hoặc do bạn không đi bệnh viện, v.v.
- Ngay cả khi bạn tham gia bảo hiểm cho du học sinh, bảo hiểm nhân thọ có kèm bảo hiểm y tế, hoặc bảo hiểm tai nạn du lịch (đây là bảo hiểm y tế tư nhân, không phải bảo hiểm y tế công cộng tại Nhật Bản), thì bạn cũng không thể chấm dứt BHYTQD.

(3) Các thủ tục khác

- 1 Khi thay đổi địa chỉ trong cùng khu vực quận huyện, thành phố, thị trấn, làng xã đang sinh sống.
- 2 Khi thay đổi chủ hộ hoặc hộ tên
- 3 Khi bạn có sử dụng các cơ sở chăm sóc sức khỏe, cơ sở dành cho người khuyết tật, cơ sở phúc lợi dành cho trẻ em hoặc các cơ sở khác bên ngoài thành phố Suginami
Trước hết, bạn hãy liên hệ với Bộ phận BHYTQD vì các giấy tờ cần thiết có thể khác nhau tùy theo thủ tục.
- 4 Nếu thời hạn lưu trú tại Nhật hoặc tư cách lưu trú của bạn bắt buộc thay đổi
Nhất định phải thông báo với Cục Quản lý xuất nhập cảnh và lưu trú Tokyo để được ghi thời hạn lưu trú và tư cách lưu trú hợp lệ vào mặt sau Thẻ lưu trú. Nếu bạn không tiến hành thủ tục thông báo này, có thể bạn sẽ bị mất tư cách tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân.

(4) Thời gian và các địa điểm tiếp nhận

Tài liệu cần thiết sẽ khác nhau tùy vào đơn khai báo mà bạn nộp và người nộp đơn khai báo khi đến thực hiện thủ tục tại bộ phận có liên quan dưới đây. Hãy liên hệ với quầy có liên quan để biết thêm thông tin.

Các ngày trong tuần	8:30 – 17:00	Bộ phận BHYTQD, Bộ phận Lưu trú, Văn phòng chi nhánh thành phố
Các ngày thứ Tư	5:00 CH – 7:00 CH	Văn phòng chi nhánh thành phố
Thứ Bảy đầu tiên, thứ 3 và thứ 5 của tháng	9:00 SA – 17:00	Bộ phận Lưu trú
Thứ Bảy thứ 2 và thứ 4 của tháng	9:00 SA – 17:00	Văn phòng chi nhánh thành phố

5 Phí bảo hiểm

Nơi liên hệ - Bộ phận cấp BHYTQD
Điện thoại: 03-5307-0641

Phí bảo hiểm được tính từ tháng mà bạn trở thành người tham gia bảo hiểm. Khi bạn chuyển đến quận huyện, thành phố (nhập cảnh), hoặc chấm dứt các loại bảo hiểm y tế công cộng khác của Nhật Bản và tham gia BHYTQD, thì tại thời điểm thực tế (thời điểm chuyển đến (nhập cảnh), hay chấm dứt bảo hiểm y tế công cộng khác), bạn sẽ được công nhận đủ điều kiện tham gia BHYTQD, và sẽ bị tính phí bảo hiểm từ thời điểm đó.

(1) Phương thức tính phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm được tính bằng tổng các phí của từng người tham gia theo đơn vị hộ gia đình, và do chủ hộ thực hiện nộp phí. Phí bảo hiểm được tính bằng tổng của 3 loại phí dưới đây:

Phí bảo hiểm được tính bằng tổng của 3 loại phí dưới đây:

- I Phí bảo hiểm trong phần y tế (Dành để chi trả cho chi phí y tế)
- II Phí hỗ trợ người cao tuổi hậu kỳ (Dành để hỗ trợ người cao tuổi từ 75 tuổi trở lên)
- III Phí bảo hiểm điều dưỡng (Dành để chăm sóc sức khỏe) (Chỉ với đối tượng từ 40 tuổi đến 64 tuổi phải đóng góp)

Hạn mức tối đa với từng hộ gia đình (số tiền tối đa phải nộp hàng năm) sẽ được quyết định với mỗi loại phí ghi trên. Số tiền theo từng loại phí được phân chia ra làm 2 loại lớn: "Khoản tiền tỉ lệ theo thu nhập" và "khoản tiền dựa trên đầu người".

- 1 **Khoản tiền tỉ lệ theo thu nhập:** Tính theo thu nhập của người tham gia trong hộ gia đình ("Thu nhập" x "Tỉ lệ phí")
- 2 **Khoản tiền dựa trên đầu người:** Tính theo số người tham gia trong hộ gia đình ("Khoản tiền dựa trên đầu người" "Số người tham gia"), không phụ thuộc vào thu nhập mà toàn bộ người tham gia đều phải nộp.

Căn cứ để tính toán Khoản tiền tỉ lệ theo thu nhập là khoản tiền cơ sở tính thuế (Thu nhập cơ bản xác định)*

* "Thu nhập cơ bản xác định" là số tiền sau khi đã trừ khoản tiền giảm trừ cơ bản (430,000 yên) vào tổng thu nhập.

■ Phí bảo hiểm tương ứng của một hộ gia đình trong 1 năm (Năm tài chính 2025)

I Phí bảo hiểm trong phần y tế

Tháng 4 ~ Tháng 3 năm sau
(Hạn mức tối đa 660,000 yên)

① Khoản tiền tỉ lệ theo thu nhập

Tổng khoản tiền cơ
sở tính thuế của toàn
bộ người tham gia $\times 7.71 \%$

② Khoản tiền dựa trên đầu người

47,300 yên
 $\times$
Số người tham gia

II Phí hỗ trợ người cao tuổi hậu kỳ

Tháng 4 ~ Tháng 3 năm sau
(Hạn mức tối đa 260,000 yên)

① Khoản tiền tỉ lệ theo thu nhập

Tổng khoản tiền cơ
sở tính thuế của toàn
bộ người tham gia $\times 2.69 \%$

② Khoản tiền dựa trên đầu người

16,800 yên
 $\times$
Số người tham gia

III Phí bảo hiểm điều dưỡng

Tháng 4 ~ Tháng 3 năm sau
(Hạn mức tối đa 170,000 yên)

① Khoản tiền tỉ lệ theo thu nhập

Tổng khoản tiền cơ sở
tính thuế của người
tham gia từ 40 ~ 64 tuổi $\times 2.25 \%$

② Khoản tiền dựa trên đầu người

16,600 yên
 $\times$
Số người tham gia từ 40 ~ 64 tuổi

Lưu ý: Phí bảo hiểm của 1 năm được tính từ tháng 4 đến tháng 3 năm sau.

Giảm số tiền bình quân đầu người cho trẻ mẫu giáo

Từ năm tài chính 2022, đối với trẻ em ở độ tuổi mẫu giáo (*) thì mức phí bảo hiểm bình quân đầu người của các bé sẽ được giảm một nửa. Ngoài ra, trường hợp đối với các hộ gia đình có trẻ em ở độ tuổi mẫu giáo thuộc diện được giảm phí bảo hiểm (xem 6 (1) ①) thì phần phí bảo hiểm của trẻ em ở độ tuổi mẫu giáo sau khi được giảm rồi cũng vẫn sẽ được giảm một nửa.

(*) Tính theo từng năm tài chính, những bé từ 6 tuổi trở xuống tính đến ngày cuối cùng của năm tài chính (ngày 31 tháng 3)

(2) Thông báo về phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm trong một năm sau khi tính toán (từ tháng 4 đến tháng 3 năm sau) sẽ được chia ra làm 10 đợt thanh toán từ tháng 6 đến tháng 3 năm sau. Như vậy, phí bảo hiểm sẽ được tính toán vào tháng 6 dựa trên thu nhập của bạn trong năm trước và bạn sẽ được thông báo về phí này. Thông báo phí bảo hiểm trong trường hợp bạn tham gia bảo hiểm vào giữa năm tài chính sẽ được gửi vào tháng bạn trình báo hoặc vào tháng tiếp sau đó. Ngoài ra, thông báo cũng sẽ được gửi bất cứ lúc nào nếu có phát sinh thay đổi phí bảo hiểm do thay đổi số người tham gia, hoặc thay đổi thu nhập, v.v...

(3) Phí bảo hiểm khi tham gia hoặc chấm dứt BHYTQD vào giữa năm tài chính

Trường hợp bạn tham gia BHYTQD vào giữa năm thì phí bảo hiểm sẽ được tính từ tháng tham gia. Trường hợp chấm dứt BHYTQD vào giữa năm thì phí bảo hiểm sẽ tính đến tháng trước của tháng có chứa ngày chấm dứt BHYTQD.

Nếu bạn chuyển ra nước ngoài hoặc về nước, thì khi làm thủ tục chấm dứt BHYTQD, bạn cần thanh toán nốt khoản phí bảo hiểm còn thiếu.

Cách tính phí khi tham gia,
chấm dứt BHYTQD giữa
chừng trong năm tài chính



Số tháng tham gia
 $\frac{\quad}{12}$

$\times$ Phí bảo hiểm trong
năm

6 Chế độ miễn, giảm phí bảo hiểm

Nơi liên hệ - Bộ phận cấp BHYTQD
Điện thoại: 03-5307-0641

(1) Chế độ giảm trừ phí bảo hiểm

① Giảm trừ phí bảo hiểm theo khoản tiền dựa trên đầu người

Nếu thu nhập của hộ gia đình trong năm trước dưới mức tiêu chuẩn nhất định, thì sẽ được giảm trừ phí bảo hiểm theo khoản tiền trên đầu người. Để trở thành đối tượng được giảm trừ, toàn bộ người tham gia của hộ gia đình bao gồm chủ hộ phải khai báo thu nhập của mình.

② Giảm trừ đối với người bị thất nghiệp không tự nguyện

Những người dưới 65 tuổi là đối tượng của bảo hiểm việc làm khi bị thất nghiệp vì các lý do không tự nguyện như công ty bị phá sản, bị sa thải, v.v... nếu có khai báo sẽ được giảm trừ phí bảo hiểm. Cần phải có “Giấy chứng nhận người đủ tiêu chuẩn hưởng bảo hiểm việc làm” hoặc “Giấy thông báo người đủ tiêu chuẩn hưởng bảo hiểm việc làm” khi khai báo. Kỳ hạn được giảm trừ phí bảo hiểm sẽ được tính từ tháng có ngày hôm sau ngày nghỉ việc đến cuối năm tài chính tiếp theo.

③ Giảm trừ phí bảo hiểm trong thời gian trước và sau khi sinh con

Với người có BHYTQD sinh con tháng 11 năm 2023, phí bảo hiểm trong khoảng thời gian thuộc đối tượng áp dụng từ tháng 1 năm 2024 sẽ được giảm trừ.

[Thời gian thuộc đối tượng áp dụng] Sinh con (dự sinh sau 85 ngày (4 tháng) của thai kỳ. Bao gồm thai chết lưu, sảy thai, sinh non và phá thai)

Thời gian giảm trừ: 4 tháng tính từ tháng trước tháng dự sinh (đối với trường hợp đa thai là 6 tháng tính từ 3 tháng trước tháng dự sinh)

(2) Chế độ miễn giảm phí bảo hiểm

Phí bảo hiểm có thể được giảm hoặc miễn khi người tham gia bảo hiểm nộp đơn xin miễn giảm do có cuộc sống khó khăn vì hoàn cảnh đặc biệt như thiên tai hay bệnh tật, v.v... Trong trường hợp đó, việc miễn giảm sẽ được quyết định sau khi kiểm tra điều kiện sống của hộ gia đình.

7 Phương thức thanh toán phí bảo hiểm (thuế bảo hiểm)

Nơi liên hệ - Bộ phận đóng tiền BHYTQD
Điện thoại: 03-5307-0644

Xin vui lòng nộp phí bảo hiểm trước khi đến hạn nộp phí (Hạn nộp là ngày cuối của mỗi tháng. Tuy nhiên, nếu ngày cuối rơi vào ngày nghỉ của ngân hàng thì sẽ là vào ngày làm việc tiếp theo. Dưới đây là các phương thức thanh toán chính.

(1) Phương thức nộp bằng chuyển khoản

Việc nộp phí bảo hiểm khá đơn giản khi chuyển khoản qua tài khoản. Có thể nộp tự động từ tài khoản tiền gửi tiền tiết kiệm, và nếu đã từng làm thủ tục 1 lần rồi thì từ năm sau trở đi, việc thanh toán sẽ tiếp tục được thực hiện.

(2) Phương thức nộp bằng phiếu thanh toán

① Nộp tại quầy (nộp bằng tiền mặt)

Ngân hàng, quỹ tín dụng, hợp tác xã tín dụng, ngân hàng Bưu điện Nhật Bản, bưu điện v.v...(ngân hàng do quận Suginami chỉ định/cửa hàng đặc biệt thu tiền công của quận), văn phòng hành chính thành phố Suginami, văn phòng chi nhánh thành phố, cửa hàng tiện lợi

Để biết thêm chi tiết, xin vui lòng truy cập trang chủ của chúng tôi.



② Thanh toán không dùng tiền mặt

Ứng dụng thanh toán trên điện thoại thông minh



Thẻ tín dụng



Internet Banking / Mobile Banking



8 Trường hợp không nộp phí bảo hiểm (thuế bảo hiểm)

Nơi liên hệ - Bộ phận đóng tiền BHYTQD

Điện thoại: 03-5307-0374

- ① Nếu cho đến kì hạn nộp bạn không nộp phí bảo hiểm, chúng tôi sẽ gửi thư nhắc nhở. Sau đó mà bạn vẫn không thanh toán khoản phí này, chúng tôi sẽ tiến hành thông báo bằng văn bản. Bạn cũng có thể nhận được thông báo qua các hình thức như gọi điện thoại, đến nhà hoặc dịch vụ tin nhắn ngắn đến điện thoại di động của bạn.
- ② Trường hợp bạn không có lý do đặc biệt và không đóng phí hoặc không trao đổi gì với chúng tôi ngay cả khi đã được gửi thư, thông báo nhắc nhở, **thì bạn sẽ bị tiến hành điều tra tài sản, phải đóng khoản tiền phạt do trễ hạn phong tỏa tài sản* căn cứ theo pháp luật.**
* Phong tỏa tài sản : Là việc bị tịch thu tài sản cá nhân như tiền trong tài khoản v.v... căn cứ theo pháp luật.
- ③ Nếu bạn liên tục không nộp phí bảo hiểm trong một khoảng thời gian nhất định mà không có lý do đặc biệt nào, bạn sẽ trở thành đối tượng áp dụng cấp chi phí y tế đặc biệt và phải thanh toán toàn bộ chi phí y tế (thông thường chỉ là 30%) tại quầy của cơ sở y tế. Bạn có thể làm thủ tục xin hoàn trả 70% chi phí y tế được bảo hiểm vào ngày sau đó, nhưng về nguyên tắc khoản đó sẽ được bù vào phần phí bảo hiểm mà bạn chưa nộp.

★ Hãy trao đổi với chúng tôi nếu bạn đang gặp khó khăn khi nộp phí bảo hiểm!

- Nếu bạn gặp khó khăn trong việc nộp phí bảo hiểm do hoàn cảnh bất khả kháng như thất nghiệp hoặc công ty phá sản, v.v. hoặc nếu bạn không biết cách nộp phí bảo hiểm đã quá hạn, vui lòng liên hệ với Bộ phận thu phí Bảo hiểm y tế quốc dân thuộc trụ sở hành chính quận.

(1) Trợ cấp y tế

Khi bạn bị bệnh hoặc bị chấn thương, bạn có thể được khám chữa bệnh bằng cách xuất trình thẻ Bảo hiểm y tế My Number, v.v. tại quầy của cơ sở y tế và chỉ phải trả một phần chi phí y tế đó (phần tiền tự thanh toán). Phần chi phí y tế còn lại sẽ do Bảo hiểm y tế quốc dân thanh toán.

(100% Tổng chi phí y tế)

BHYTQD chi trả (70% ~ 80%)

Tiền chi trả 1 phần (20-30%)
(Tham khảo ① bên dưới)**① Tỷ lệ chi trả 1 phần****Trẻ em trước tiểu học**
(0 ~ 6 tuổi*¹)**20%****Sau độ tuổi đi học chương trình giáo dục bắt buộc đến dưới 70 tuổi****30%****70~74 tuổi****20%**(Người có thu nhập từ một khoản nhất định trở lên thì 30%*²)

* 1: Tính đến ngày 31/03 của năm đầu tiên sau khi tròn 6 tuổi.

* 2: Vui lòng liên hệ với Bộ phận quản lý điều kiện tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân về tiêu chí xác định tỷ lệ phần tiền tự thanh toán.

② Điều trị được hưởng BHYTQD
(Những mục áp dụng bảo hiểm)

- Chăm sóc y tế và nha khoa
- Trợ cấp thuốc men, vật tư y tế
- Điều trị, phẫu thuật và các phương pháp điều trị khác
- Điều trị tại nhà
- Nhập viện và điều dưỡng

③ Điều trị không được hưởng BHYTQD

Các trường hợp sau không được hưởng BHYTQD:

- Khám sức khỏe, kiểm tra tổng quát
- Tiêm chủng phòng ngừa
- Khám thai thường, sinh thường
Lưu ý: Về trợ cấp một lần khi sinh con thì xem tại trang 14
- Chỉnh hình thẩm mỹ, chỉnh nha
- Bệnh tật hay chấn thương do công việc
Lưu ý: Trường hợp này thuộc về đối tượng của bảo hiểm đền bù tai nạn lao động.
- Khi bị thương tật hay bệnh tật do hành vi cố ý hoặc phạm tội
- Bị thương tật hay bệnh tật do xô xát hoặc say rượu

(2) Chi trả chi phí điều dưỡng

Nếu bạn đã chi trả toàn bộ chi phí y tế trong những trường hợp sau, hãy nộp đơn xin hoàn phí tại Bộ phận trợ cấp bảo hiểm y tế quốc dân. Sau khi thẩm tra, Quận Suginami sẽ thông báo với bạn về số tiền phải chi trả theo chế độ Bảo hiểm y tế quốc dân - thường là từ 70% đến 80% của chi phí y tế. Tuy nhiên, hệ thống này chỉ giới hạn trong các dịch vụ có áp dụng Bảo hiểm y tế quốc dân.

Lưu ý: Nếu thời gian kể từ ngày tiếp theo của ngày nhận điều trị y tế vượt quá 2 năm, thì sẽ không thể nộp đơn xin hoàn phí được nữa.

<Đối tượng được hoàn trả chi phí chăm sóc y tế>

- ① Khi điều trị mà không xuất trình Thẻ bảo hiểm y tế My Number, v.v. vì ý do khẩn cấp như bị bệnh đột ngột khi đang đi du lịch, v.v. và không được bảo hiểm chi trả. Khi điều trị tại bệnh viện không áp dụng bảo hiểm vì lý do bất khả kháng. Tuy nhiên, bạn sẽ không được chấp nhận nếu điều trị tại nơi không áp dụng bảo hiểm theo quyết định tùy ý của bản thân.
- ② Khi bác sĩ khuyến cáo sử dụng thiết bị hỗ trợ như đai định hình hoặc bó bột, v.v..
- ③ Khi bạn tiếp nhận liệu pháp châm cứu, chữa bệnh bằng ngải hoặc mát-xa, v.v...dưới sự hướng dẫn của bác sĩ hoặc nhà trị liệu chữa bệnh bằng Judo tại phòng khám trị bệnh xương khớp cho các trường hợp như bị gãy xương hoặc bong gân, v.v..

- ④ Khi bạn nhận chăm sóc y tế tại cơ sở y tế nước ngoài do bị thương hoặc bệnh tật đột ngột trong quá trình đi du lịch nước ngoài, v.v... Tuy nhiên, hãy lưu ý rằng điều này không áp dụng khi đi du lịch nước ngoài với mục đích tiến hành điều trị y tế.
- ⑤ Khi bạn đã tiếp nhận điều trị y tế trong quá trình thay đổi bảo hiểm y tế của bạn thành loại Bảo hiểm y tế quốc dân. Tuy nhiên, nếu quá trình này bị chậm trễ, chi phí điều trị sẽ không được hoàn lại trừ khi lý do trì hoãn được cho là bất khả kháng.
- ⑥ Nếu bạn phải chi trả chi phí truyền máu (trừ trường hợp được hiến máu từ người nhà).

<Các giấy tờ cần thiết>

Để làm thủ tục, bạn cần phải có giấy tờ chứng minh thông tin đủ điều kiện (Giấy xác nhận đủ điều kiện, Thông báo về thông tin đủ điều kiện, v.v), số tài khoản ngân hàng đứng tên chủ hộ và các giấy tờ cho từng loại đăng ký xin cấp như sau. Đơn đăng ký xin cấp có sẵn tại Bộ phận cấp Bảo hiểm y tế quốc dân.

- | | |
|---|---|
| ① Y tế | → Tờ khai chi tiết về việc điều trị và biên lai |
| ② Nha khoa | → Tờ khai chi tiết về việc điều trị và biên lai |
| ③ Thuốc | → Tờ khai chi tiết tiền thuốc và biên lai |
| ④ Chi phí chăm sóc y tế đã chi trả ở nước ngoài | → Hộ chiếu của bạn (không chấp nhận bản sao), tờ khai chi tiết về việc điều trị, biên lai được ghi thành từng khoản và không ghi thành từng khoản (mỗi loại phải có bản dịch tiếng Nhật cùng với tên và địa chỉ của người dịch), Bản đồng thuận thẩm tra (Mẫu này có sẵn tại chi nhánh thuộc Bộ phận Trợ cấp bảo hiểm y tế quốc dân và có thể tải về từ trang web của thành phố). |
| ⑤ Thiết bị hoặc dụng cụ hỗ trợ | → Chứng nhận y khoa hoặc ý kiến y khoa bằng văn bản của bác sĩ (cung cấp hướng dẫn của bác sĩ về vớ/tay áo y tế đàn hồi), biên lai và mô tả chi tiết từ nhà sản xuất, đối với giày chỉnh hình sẽ là ảnh thực tế hoặc hình chụp khi mang giày chỉnh hình |
| ⑥ Liệu pháp châm cứu, chữa bệnh bằng ngải, mát-xa | → Mẫu đơn, chứng nhận y khoa hoặc giấy chấp thuận bằng văn bản của bác sĩ, và biên lai từ người cung cấp dịch vụ |
| ⑦ Điều trị xương, khớp (Phục hồi bằng Judo) | → Mẫu đơn, giấy chấp thuận bằng văn bản của bác sĩ (chỉ đối với việc điều trị gãy hoặc trật khớp), và biên lai điều trị |
| ⑧ Chi phí truyền máu | → Chứng nhận y khoa, chứng nhận chấp thuận truyền máu, biên lai đối với người hiến máu |

(3) Hoàn trả chi phí vận chuyển bệnh nhân

Chi phí vận chuyển bệnh nhân được hoàn trả khi người bị bệnh tật hoặc thương tật nghiêm trọng sử dụng phương tiện giao thông, v.v... để đến bệnh viện hoặc được chuyển đi giữa các bệnh viện theo yêu cầu của bác sĩ trong trường hợp khẩn cấp và vì các lý do bất khả kháng. Tuy nhiên, chi phí đi đến bệnh viện, đi về từ bệnh viện không được xem là chi phí vận chuyển bệnh nhân.

Lưu ý: Nếu thời gian kể từ ngày tiếp theo của ngày chi trả chi phí vận chuyển bệnh nhân vượt quá 2 năm, thì sẽ không thể nộp đơn xin hoàn phí được nữa.

<Các giấy tờ cần thiết>

Giấy tờ chứng minh thông tin đủ điều kiện (Giấy xác nhận đủ điều kiện, Thông báo về thông tin đủ điều kiện, v.v), Bản ý kiến của bác sĩ (theo mẫu quy định), biên lai (loại có ghi rõ lộ trình và phương thức chuyển chở) và số tài khoản ngân hàng đứng tên chủ hộ.

Tùy vào việc thẩm tra, có thể có những trường hợp sau khi điều tra thì không thuộc đối tượng chi trả mặc dù có đơn ý kiến bằng văn bản của bác sĩ.

(4) Hoàn trả chi phí chăm sóc y tế giá cao

Khi chi phí có áp dụng bảo hiểm đã trả cho việc chăm sóc y tế được nhận tại cơ sở y tế khi bị thương tật hoặc bệnh tật vượt quá hạn mức tối đa cá nhân có thể tự chi trả, Bảo hiểm y tế quốc dân sẽ hoàn trả khoản tiền vượt mức này vào thời gian sau đó bằng bảo hiểm chăm sóc y tế giá cao.

Lưu ý: Đơn phải được nộp trong vòng hai năm kể từ ngày đầu tiên của tháng tiếp theo tháng mà bạn được điều trị y tế. Ngay cả khi người được hưởng bảo hiểm chi trả 1 phần trong khoản chia nhỏ thanh toán cho các cơ sở y tế được phép điều trị cho bệnh nhân có bảo hiểm y tế, thì việc nộp đơn riêng cho dịch vụ chăm sóc y tế giá cao bắt đầu từ ngày đầu tiên của tháng tiếp theo tháng mà bạn được điều trị y tế.

(1) Cách nộp đơn xin hoàn trả chi phí chăm sóc y tế giá cao

Chúng tôi sẽ gửi mẫu đơn đăng ký vào khoảng 3 tháng sau tháng điều trị. Chủ hộ hãy tiến hành thủ tục đăng ký sau khi nhận được mẫu đơn.

Hơn nữa sau khi đã làm xong thủ tục đăng ký một lần, từ lần sau bạn sẽ không cần phải đăng ký lại và sẽ được tự động chuyển vào tài khoản mà bạn đã đăng ký chuyển tiền lần đầu (có một số loại y tế chi phí cao không thuộc đối tượng áp dụng).

Ngoài ra nếu bạn dự đoán chi phí y tế sẽ là khoản tiền lớn trước khi đến cơ sở y tế, bạn có thể xin cấp từ trước Giấy chứng nhận áp dụng hạn mức tại Bộ phận cấp Bảo hiểm y tế quốc dân và xuất trình tại quầy của cơ sở y tế để số tiền mà bạn phải thanh toán tại quầy sẽ được giới hạn tối đa là hạn mức phần tiền tự thanh toán. Vui lòng xem trang 12 về việc đăng ký xin cấp Giấy chứng nhận áp dụng hạn mức.

Hơn nữa nếu bạn có thể sử dụng Thẻ bảo hiểm y tế My Number, bạn không cần phải đăng ký xin cấp trước Giấy chứng nhận áp dụng hạn mức. Tuy nhiên bạn sẽ vẫn phải đăng ký xin cấp nếu bạn thuộc trường hợp được giảm phần tiền tự thanh toán tiêu chuẩn (nhập viện dài hạn).

(2) Cách tính bảo hiểm chăm sóc y tế giá cao

Chi phí chăm sóc y tế có áp dụng bảo hiểm chăm sóc y tế giá cao được tính như sau:

A. Chi phí chăm sóc y tế có áp dụng bảo hiểm được tính theo hàng tháng.

B. Các khoản chi trả một phần của chi phí khám chữa bệnh được áp dụng bảo hiểm sẽ là đối tượng được tính phí (Tuy nhiên, trong trường hợp người bệnh dưới 70 tuổi nếu 1 phần của chi phí khám chữa bệnh cho mỗi cơ sở y tế (bệnh viện hoặc phòng nha khoa, và khi nhập viện hoặc điều trị ngoại trú) dưới 21,000 yên thì không thuộc đối tượng tính phí).

① Cách tính bảo hiểm chăm sóc y tế giá cao cho cá nhân

Nếu chỉ có 1 người trong hộ gia đình đã tốn phí y tế thuộc đối tượng áp dụng y tế chi phí cao và số tiền được tính như quy định tại mục "A" và "B" nêu trên đã vượt quá hạn mức phần tiền tự thanh toán được nêu trong bảng dưới đây, thì phần vượt quá đó sẽ thuộc đối tượng áp dụng y tế chi phí cao.

Đối với người từ 70 tuổi trở lên, trước tiên chúng tôi sẽ tính phần y tế chi phí cao chỉ dựa trên chi phí y tế ngoại trú (phần ngoại trú). Tiếp theo, nếu có phần nhập viện, chúng tôi sẽ tính tổng phần tiền tự thanh toán còn lại sau khi tính chỉ dựa trên phần ngoại trú (= hạn mức phần tiền tự thanh toán của phần ngoại trú) với chi phí y tế phần nhập viện để tính số tiền vượt quá hạn mức phần tiền tự thanh toán của ngoại trú + nhập viện (phần nhập viện). Tổng của hai khoản (phần ngoại trú) và (phần nhập viện) này thuộc đối tượng áp dụng y tế chi phí cao.

Hạn mức tự chi trả

[Dưới 70 tuổi]

Phân loại	Hạn mức tự chi trả	Đối tượng phải chi trả nhiều lần*4
Mức tiêu chuẩn tính phí*1 trên 9,010,000 yên	252,600 yên (Tổng chi phí y tế - 842,000 yên) × 1%	140,100 yên
Mức tiêu chuẩn tính phí trên 6,000,000 yên ~ dưới 9,010,000 yên	167,400 yên (Tổng chi phí y tế - 558,000 yên) × 1%	93,000 yên
Mức tiêu chuẩn tính phí trên 2,100,000 yên ~ dưới 6,000,000 yên	80,100 yên (Tổng chi phí y tế - 267,000 yên) × 1%	44,400 yên
Mức tiêu chuẩn tính phí dưới 2,100,000 yên	57,600 yên	44,400 yên
Hộ gia đình được miễn thuế cư trú	35,400 yên	24,600 yên

[Người từ 70 tuổi trở lên]

Phân loại	Hạn mức tự chi trả	
	Bệnh nhân ngoại trú (theo đơn vị cá nhân)	Bệnh nhân ngoại trú + Bệnh nhân nội trú (theo đơn vị hộ gia đình) Đối tượng phải chi trả nhiều lần*4
Thu nhập cao III (Thu nhập chịu thuế là từ 6,900,000 yên trở lên)	252,600 yên (Tổng chi phí y tế - 842,000 yên) × 1%	140,100 yên
Thu nhập cao II (Thu nhập chịu thuế là từ 3,800,000 yên trở lên, dưới 6,900,000 yên)	167,400 yên (Tổng chi phí y tế - 558,000 yên) × 1%	93,000 yên

Thu nhập cao I (Thu nhập chịu thuế là từ 1,450,000 yên trở lên, dưới 3,800,000 yên)		80,100 yên (Tổng chi phí y tế - 267,000 yên) × 1%		44,400 yên
Thu nhập trung bình		18,000 yên (Tối đa 1 năm 144,000 yên)	57,600 yên	44,400 yên
Hộ gia đình được miễn thuế cư trú	Thu nhập thấp II*2	8,000 yên	24,600 yên	
	Thu nhập thấp I*3		15,000 yên	

*1: Mức tiêu chuẩn tính phí... Là tổng số thu nhập của năm ngoại trừ khoản giảm trừ (là 430,000 yên).

*2: Thu nhập thấp II... Chủ hộ và tất cả những người tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân thuộc hộ gia đình sẽ được miễn thuế cư trú.

*3: Thu nhập thấp I... Chủ hộ gia đình và tất cả các thành viên được bảo hiểm theo Bảo hiểm y tế quốc dân đều là đối tượng miễn thuế cư trú và thu nhập lương hưu công của từng người đều dưới mức thu nhập nhất định đồng thời không có thu nhập nào khác.

*4: Đối tượng phải chi trả nhiều lần... Ngoại đơn biểu thị hạn mức tối đa cá nhân tự chi trả sau lần thứ ba khi đã nhận khoản hoàn phí chăm sóc y tế giá cao hơn ba lần trong một năm. Để biết thêm chi tiết, hãy xem phần thông tin "Nếu đã nhận khoản hoàn phí chăm sóc y tế giá cao từ bốn lần trở lên" sau.

② Phương pháp tính trong trường hợp có nhiều người tham gia bảo hiểm

Có thể cộng gộp chi phí y tế của các thành viên trong cùng một hộ gia đình trong cùng một tháng đã được tính như quy định tại mục "A" và "B" ở trang 10.

Khi tính cộng gộp chi phí y tế của người dưới 70 tuổi và người 70 tuổi trở lên, phải tính riêng phần ngoại trú và phần nhập viện của người 70 tuổi trở lên, sau đó cộng với khoản từ 21.000 yên trở lên của người dưới 70 tuổi và nếu kết quả đó vượt quá hạn mức phần tiền tự thanh toán thì sẽ được cấp phần thuộc y tế chi phí cao.

③ Nếu đã nhận khoản hoàn phí chăm sóc y tế giá cao từ bốn lần trở lên

Nếu cùng một hộ gia đình nhận hoàn phí chăm sóc y tế giá cao hơn ba lần trong thời gian một năm (12 tháng bắt đầu từ tháng nhận điều trị), mức trần cho chi phí cá nhân tự chi trả sẽ thay đổi trong lần thứ tư. Tuy nhiên, đối với cá nhân từ 70 tuổi trở lên, tổng số này sẽ không tính những tháng chỉ được nhận hoàn phí chăm sóc y tế giá cao cho phí điều trị ngoại trú. Cũng vui lòng lưu ý rằng, nếu thay đổi chỗ ở trong cùng tỉnh thành, quận huyện và đã tham gia BHYTQD trước và sau khi chuyển đi, việc hoàn phí chăm sóc y tế giá cao sẽ tiếp tục được cộng dồn.

		Tháng 4	Tháng 5	Tháng 6	Tháng 7	Tháng 8	Tháng 9	Tháng 10	Tháng 11	Tháng 12
Tokyo	Thành phố A	①	②	③						
	Thành phố (Quận) B				④	⑤	⑥	⑦		

Chuyển từ Thành phố A
đến Thành phố B

Được tính từ đây

④ Ngoại lệ đối với hạn mức tối đa cá nhân tự chi trả

Chăm sóc y tế giá cao được tính hàng tháng. Tuy nhiên, khi một người chuyển sang hệ thống chăm sóc y tế dành cho người từ 75 tuổi trở lên khi bước sang tuổi 75 vào giữa tháng, hoặc khi chuyển chỗ ở trong cùng tỉnh thành, quận huyện, người đó phải thanh toán hạn mức tối đa cá nhân tự chi trả cho cả hai hệ thống bảo hiểm y tế. Vì lý do này, quy định mới được thiết lập với điều kiện cá nhân và người phụ thuộc của mình - có bảo hiểm y tế chuyển sang Hệ thống chăm sóc y tế dành cho người từ 75 tuổi trở lên sẽ được giảm trừ 50% chi phí trong tháng chuyển đổi hệ thống bảo hiểm. Ngoại lệ này cũng áp dụng cho phí cá nhân tự chi trả của những người có "Thẻ điều trị y tế cho bệnh mãn tính được chỉ định" thanh toán.

Khoản vay cho chi phí chăm sóc y tế giá cao

Bạn sẽ nhận được thông báo về chi phí chăm sóc y tế giá cao trong khoảng ba tháng. Trong trường hợp này, Văn phòng thành phố sẽ cung cấp một khoản vay không lãi suất lên đến 90% của khoản thanh toán được ước tính cho phí chăm sóc y tế giá cao dành cho những người phải trả chi phí chăm sóc y tế giá cao trong thời gian dài nhập viện hoặc vì các lý do khác và không thể chi trả.

Khoản vay sẽ được trả lại bằng bảo hiểm chăm sóc y tế giá cao được cấp sau đó.

Khi đăng ký cần phải hện trước. Hãy nhớ liên hệ với chúng tôi để xác nhận các yêu cầu cho vay khác và các tài liệu cần thiết.

(5) Cấp "Giấy chứng nhận đủ điều kiện áp dụng mức trần"

Nếu chi phí y tế là khoản tiền lớn, bạn có thể xin cấp từ trước "Giấy chứng nhận áp dụng hạn mức" và xuất trình tại quầy của cơ sở y tế để số tiền mà bạn phải thanh toán tại quầy sẽ được giới hạn tối đa là hạn mức phần tiền tự thanh toán (trang 10).

Nếu bạn từ 70 tuổi trở lên và phân loại thu nhập là "Thu nhập tương đương người đang làm việc III" hoặc là "Phổ thông", bạn có thể xuất trình Giấy xác nhận đủ điều kiện tại quầy để khoản phải thanh toán được giới hạn tối đa là hạn mức của phần tiền tự thanh toán, do đó bạn không cần phải được cấp "Giấy chứng nhận áp dụng hạn mức".

Hơn nữa nếu bạn có thể sử dụng Thẻ bảo hiểm y tế My Number, bạn không cần phải xin cấp trước Giấy chứng nhận áp dụng hạn mức. Tuy nhiên bạn sẽ vẫn tiếp tục phải đăng ký xin cấp nếu bạn thuộc trường hợp được giảm phần tiền tự thanh toán tiêu chuẩn (nhập viện dài hạn).

<Các giấy tờ cần thiết>

- ① Giấy tờ chứng minh thông tin đủ điều kiện (Giấy xác nhận đủ điều kiện, Thông báo về thông tin đủ điều kiện, v.v)
- ② Đối với người không thuộc cùng hộ gia đình nộp đơn, cần có thư ủy nhiệm từ chủ hộ gia đình và tài liệu xác định danh tính cá nhân của người được ủy nhiệm

Giảm chi phí ăn uống trong quá trình nhập viện

Phí bữa ăn trong thời gian nhập viện là mức cố định 510 yên/bữa và là phần tiền tự thanh toán (phần tiền tự thanh toán tiêu chuẩn cho chi phí y tế bữa ăn). Người thuộc hộ gia đình miễn thuế cư trú có thể đăng ký xin cấp "Giấy chứng nhận áp dụng hạn mức và giảm phần tiền tự thanh toán tiêu chuẩn" và xuất trình tại cơ sở y tế khi nhập viện để được giảm phí bữa ăn trong thời gian nhập viện như trong bảng dưới đây.

Để đăng ký xin cấp, bạn cần phải xác nhận là chủ hộ và tất cả các thành viên tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân (người được bảo hiểm) đều là đối tượng miễn thuế. Nếu có người chưa khai báo thuế, cần phải tiến hành khai báo thuế cư trú và nếu đã xác nhận được là hộ gia đình miễn thuế, chúng tôi sẽ cấp "Giấy chứng nhận áp dụng hạn mức và giảm phần tiền tự thanh toán tiêu chuẩn".

Phí bữa ăn trong thời gian nhập viện không thuộc đối tượng được cấp y tế chi phí cao.

Chi phí ăn uống trong quá trình nhập viện (Khoản tiền tự trả theo tiêu chuẩn)

Phân loại	Tiền ăn (1 bữa)
Hộ gia đình có trả thuế cư trú	510 yên
Nếu bạn không xuất trình Giấy chứng nhận đủ điều kiện áp dụng mức trần cho chi phí cá nhân tự chi trả, giảm trừ khoản chi trả tiêu chuẩn cho chi phí bệnh nhân có thể chi trả	
Hộ gia đình có thành viên dưới 70 tuổi và được miễn thuế cư trú	240 yên*
Người 70 tuổi trở lên và thuộc thu nhập thấp II	
Người 70 tuổi trở lên và thuộc thu nhập thấp I	110 yên

* Nếu số ngày nhập viện với tư cách là hộ gia đình miễn thuế vượt quá 90 ngày, có thể được giảm xuống còn 190 yên/bữa kể từ ngày đăng ký xin giảm từ ngày nhập viện thứ 91 trở đi. Nếu thuộc trường hợp này, vui lòng làm thủ tục đăng ký xin giảm.

<Các giấy tờ cần thiết>

- ① Giấy tờ chứng minh thông tin đủ điều kiện (Giấy xác nhận đủ điều kiện, Thông báo về thông tin đủ điều kiện, v.v)
- ② Đối với người không thuộc cùng hộ gia đình, cần có thư ủy nhiệm từ chủ hộ gia đình và tài liệu xác định danh tính cá nhân của người được ủy nhiệm
- ③ Tài liệu xác minh số ngày nhập viện, như biên lai từ cơ sở y tế hoặc tài liệu khác (chỉ khi số ngày nhập viện vượt quá 91 ngày)
- ④ Giấy chứng nhận đủ điều kiện áp dụng mức trần cho chi phí cá nhân tự chi trả, giảm trừ khoản chi trả tiêu chuẩn cho chi phí bệnh nhân có thể chi trả được cấp trước đây (chỉ khi số ngày nhập viện vượt quá 91 ngày; không cần thiết nếu lần áp dụng đầu tiên được thực hiện trong cùng năm tài chính)

(6) Hệ thống kết hợp chi phí chăm sóc sức khỏe giá cao

Nếu tổng phần tiền thanh toán cho BHYTQD quận Suginami và phần tiền bảo hiểm chăm sóc sức khỏe cá nhân tự chi trả trong thời hạn một năm vượt quá hạn mức tối đa cá nhân tự chi trả như được biểu thị ở bảng bên dưới, sau khi nộp đơn xin bạn sẽ được hoàn trả "Phí chung cho phí chăm sóc y tế và chăm sóc sức khỏe giá cao". Thời gian tính sẽ là từ ngày 1 tháng 8 cho đến ngày 31 tháng 7 hàng năm.

① Hạn mức cho chi phí thực trả đối với trợ cấp chăm sóc y tế và chăm sóc sức khỏe giá cao

Hạn mức tự chi trả

[Hộ gia đình có người từ 70 tuổi trở xuống]

Phân loại	Hạn mức của tổng chi phí chăm sóc y tế và chăm sóc sức khỏe cá nhân tự chi trả trong một năm
Mức tiêu chuẩn tính phí trên 9,010,000 yên	2,120,000 yên
Mức tiêu chuẩn tính phí trên 6,000,000 yên ~ 9,010,000 yên	1,410,000 yên
Mức tiêu chuẩn tính phí trên 2,100,000 yên ~ 6,000,000 yên	670,000 yên
Mức tiêu chuẩn tính phí 2,100,000 yên trở xuống	600,000 yên
Hộ gia đình được miễn thuế cư trú	340,000 yên

[Hộ gia đình có người từ 70 - 74 tuổi]

Phân loại		Hạn mức của tổng chi phí chăm sóc y tế và chăm sóc sức khỏe cá nhân tự chi trả trong một năm
Thu nhập chịu thuế là từ 6,900,000 yên trở lên		2,120,000 yên
Thu nhập chịu thuế là từ 3,800,000 yên trở lên, dưới 6,900,000 yên		1,410,000 yên
Thu nhập chịu thuế là từ 1,450,000 yên trở lên, dưới 3,800,000 yên		670,000 yên
Thu nhập trung bình		560,000 yên
Hộ gia đình được miễn thuế cư trú	Thu nhập thấp II	310,000 yên
	Thu nhập thấp I	190,000 yên

② Đối tượng kiểm tra

Chủ hộ của những người tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân do thành phố Suginami cung cấp trong ngày cơ sở ("ngày 31 tháng 7" ngày cuối cùng của kỳ kế toán).

③ Quy trình nộp đơn

Đơn xin có liên quan đến chi phí chăm sóc y tế giá cao và chăm sóc sức khỏe giá cao sẽ được gửi đến các hộ gia đình vào giữa tháng 2 hàng năm. Vui lòng điền thông tin tài khoản ngân hàng của chủ hộ và người đã nhận dịch vụ chăm sóc. Chủ hộ phải ký tên và nộp đơn.

(7) Giảm chi phí cho các bệnh mãn tính được chỉ định

Các bệnh cần điều trị trong thời gian dài với chi phí y tế đắt đỏ hàng tháng như sau, sẽ được bảo hiểm chi trả, giảm còn 10,000 yên (bạn phải nộp đơn để được giảm tiền).

- ① Bệnh suy thận mãn tính cần phải chạy thận nhân tạo
- ② Bệnh nhân mắc chứng máu khó đông hoặc AIDS nhận thuốc kháng virus (bao gồm nhiễm HIV/chỉ giới hạn với những bệnh được Bộ Y tế, Lao động và An sinh xã hội chỉ định)

Hãy nộp đơn xin cấp "Thẻ điều trị y tế cho bệnh mãn tính được chỉ định" nếu phân loại bệnh có liên quan trên phù hợp với bạn.

* Chi phí y tế hàng tháng được cá nhân chi trả với bệnh suy thận mãn tính cần phải chạy thận nhân tạo, và với những người thuộc cả hai trường hợp (A) và (B) bên dưới, sẽ được giảm còn 20,000 yên.

A. Tổng mức tiêu chuẩn tính phí của tất cả các thành viên trong hộ gia đình của chủ hộ đã tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân (ví dụ, những người được hưởng bảo hiểm) là trên 6,000,000 yên (hoặc hộ gia đình có một thành viên chưa khai thuế cư trú).

B. Người được hưởng bảo hiểm là người từ 70 tuổi trở xuống.

<Các giấy tờ cần thiết>

Giấy tờ chứng minh thông tin đủ điều kiện (Giấy xác nhận đủ điều kiện, Thông báo về thông tin đủ điều kiện, v.v), Bản ý kiến của bác sĩ hoặc Sổ tay người khuyết tật (loại có ghi bệnh đặc định thuộc đối tượng áp dụng).

(8) Trợ cấp một lần khi sinh con

Trợ cấp một lần được trả cho người mẹ hưởng Bảo hiểm y tế quốc dân cho mỗi lần sinh con. Nếu có thai từ 85 ngày trở lên thì ngay cả trường hợp thai chết lưu, sảy thai thì vẫn được hưởng bảo hiểm.

* Lưu ý: Đơn phải được nộp trước hai năm kể từ sau ngày sinh con, nếu không, bạn sẽ không đủ tư cách để nhận phần trợ cấp này.

Trợ cấp được cấp

Cho mỗi trẻ sinh ra là 500.000 yên

Cách đề nghị thanh toán

Người được hưởng bảo hiểm có thể nộp đơn xin Trợ cấp một lần khi sinh con theo ba cách sau:

(1) Hệ thống thanh toán trực tiếp (nộp đơn tại khu vực lễ tân của cơ sở y tế bạn sử dụng)

Vui lòng xuất trình Thẻ bảo hiểm y tế My Number, v.v. tại quầy của cơ sở y tế hoặc bệnh viện hộ sinh và ký Bản đồng ý sử dụng chế độ này. Thông qua thủ tục này, quận sẽ trực tiếp thanh toán Tiền trợ cấp sinh con một lần cho cơ sở y tế hoặc bệnh viện hộ sinh tối đa là bằng số tiền trợ cấp quy định.

Nếu chi phí sinh con tại cơ sở y tế hoặc bệnh viện hộ sinh thấp hơn số tiền trợ cấp quy định, phần chênh lệch đó sẽ được cấp cho chủ hộ. Nếu có chênh lệch, quận sẽ gửi thông báo cho bạn về khoản trợ cấp này vào 1 đến 3 tháng sau khi sinh.

* Hãy lưu ý rằng không phải tất cả các cơ sở y tế đều có thể sử dụng Hệ thống thanh toán trực tiếp. Hãy liên hệ với cơ sở y tế của bạn khi sử dụng các hệ thống này.

(2) Hệ thống người nhận được ủy nhiệm (áp dụng tại Bộ phận Trợ cấp bảo hiểm y tế quốc dân của Tòa thị chính)

Có thể nộp đơn trước ngày dự sinh hai tháng. Điều này cho phép việc thanh toán trực tiếp khoản trợ cấp một lần khi sinh con được thực hiện từ thành phố đến cơ sở y tế hoặc nhà hộ sinh với khoản tiền tối đa.

Trong trường hợp chi phí sinh con phải trả tại cơ sở y tế hoặc nhà hộ sinh ít hơn khoản trợ cấp, khoản tiền còn lại sẽ được cấp cho chủ hộ.

<Các giấy tờ cần thiết>

- ① Giấy tờ chứng minh thông tin đủ điều kiện (Giấy xác nhận đủ điều kiện, Thông báo về thông tin đủ điều kiện, v.v)
- ② Sổ tay sức khỏe sản phụ (biểu thị ngày dự sinh)
- ③ Con dấu của chủ hộ sử dụng hộp mực màu đỏ (có thể sử dụng chữ ký nếu bạn không có con dấu)
- ④ Sổ tài khoản ngân hàng của chủ hộ
- ⑤ Mẫu đơn xin nhận Trợ cấp một lần khi sinh con (đối với người nhận được ủy nhiệm)
(Đơn này phải bao gồm tên và con dấu của cơ sở y tế hoặc nhà hộ sinh)

* Mẫu đơn xin nhận Trợ cấp một lần khi sinh con (đối với người nhận được ủy nhiệm) có sẵn tại cơ sở y tế nơi có thể sử dụng Hệ thống người nhận được ủy nhiệm hoặc tại Bộ phận Trợ cấp BHYTQD.

* Hãy lưu ý rằng không phải tất cả các cơ sở y tế đều có thể sử dụng Hệ thống người nhận được ủy nhiệm. Hãy liên hệ với cơ sở y tế của bạn khi sử dụng các hệ thống này.

(3) Nếu bạn không sử dụng Hệ thống thanh toán trực tiếp hoặc Hệ thống người nhận được ủy nhiệm (Nộp đơn tại Bộ phận Trợ cấp bảo hiểm y tế quốc dân ở Tòa thị chính hoặc tại Bộ phận Lưu trú)

<Các giấy tờ cần thiết>

- ① Giấy tờ chứng minh thông tin đủ điều kiện (Giấy xác nhận đủ điều kiện, Thông báo về thông tin đủ điều kiện, v.v)
- ② Sổ tay sức khỏe sản phụ (tài liệu cung cấp bằng chứng rằng giấy khai sinh đã được nộp), giấy khai sinh (bản gốc), hoặc tài liệu khác có thể xác nhận ngày sinh (có thể sử dụng bản gốc giấy chứng nhận của bác sĩ trong trường hợp thai chết lưu hoặc sảy thai)
- ③ Thỏa thuận do cơ sở y tế cấp biểu thị rằng Hệ thống thanh toán trực tiếp sẽ không được sử dụng
- ④ Tờ khai hoặc biên lai (bản gốc) về chi phí sinh con do cơ sở y tế cấp
(tài liệu biểu thị rằng bạn sẽ không sử dụng Hệ thống thanh toán trực tiếp)
- ⑤ Sổ tài khoản ngân hàng của chủ hộ

* Tiền sẽ được chuyển vào tài khoản ngân hàng của bạn khoảng một tháng sau khi bạn nộp đơn.

Trong trường hợp người tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân sinh con ở nước ngoài, người này phải nộp đơn sau khi trở lại Nhật Bản.

<Các giấy tờ cần thiết>

- ① Giấy tờ chứng minh thông tin đủ điều kiện (Giấy xác nhận đủ điều kiện, Thông báo về thông tin đủ điều kiện, v.v)
- ② Giấy khai sinh bản gốc cùng với bản dịch tiếng Nhật
- ③ Số tài khoản ngân hàng của chủ hộ
- ④ Hộ chiếu của người sinh con

(9) Khoản vay để thanh toán chi phí sinh con (yêu cầu có thông báo trước)

Trong trường hợp người tham gia Bảo hiểm y tế quốc dân sinh con mà không sử dụng Hệ thống thanh toán trực tiếp hoặc Hệ thống người nhận được ủy nhiệm, chủ hộ có thể vay khoản tiền không lãi suất bằng 80% của khoản trợ cấp một lần khi sinh con, một tháng trước ngày dự sinh.

<Các giấy tờ cần thiết>

- ① Giấy tờ chứng minh thông tin đủ điều kiện (Giấy xác nhận đủ điều kiện, Thông báo về thông tin đủ điều kiện, v.v)
 - ② Sổ tay sức khỏe sản phụ (biểu thị về ngày dự sinh)
 - ③ Thỏa thuận do cơ sở y tế cấp biểu thị rằng Hệ thống thanh toán trực tiếp sẽ không được sử dụng
 - ④ Con dấu của chủ hộ sử dụng hộp mực màu đỏ (có thể sử dụng chữ ký nếu bạn không có con dấu)
 - ⑤ Số tài khoản ngân hàng của chủ hộ
 - ⑥ Thư ủy nhiệm và tài liệu xác định danh tính cá nhân của người được ủy nhiệm trong trường hợp có ai khác không phải chủ hộ tiến hành thủ tục vay nợ
- * Hãy gọi điện thoại trước, vì phải đáp ứng các điều kiện nhất định để có thể vay nợ.
* Khoản vay có thể không được cấp cho cá nhân đã sinh con, hoặc đối với cá nhân sẽ sinh con ở nước ngoài.

(10) Chi trả chi phí mai táng

Khi người được hưởng bảo hiểm theo hệ thống Bảo hiểm y tế quốc dân qua đời, chi phí mai táng sẽ được hoàn trả cho người tổ chức tang lễ. Khoản tiền trợ cấp là 70,000 yên. Tuy nhiên, khoản tiền thuộc Bảo hiểm y tế quốc dân sẽ không được thanh toán cho người nhận chi phí mai táng từ chính sách bảo hiểm y tế khác như bảo hiểm xã hội.

Lưu ý: Nếu đã quá 2 năm kể từ ngày tiếp theo của ngày tổ chức tang lễ, thì sẽ không thể nộp đơn xin hoàn phí được nữa.

<Các giấy tờ cần thiết>

Giấy tờ chứng minh thông tin đủ điều kiện (Giấy xác nhận đủ điều kiện, Thông báo về thông tin đủ điều kiện, v.v) của người đã khuất, biên lai tang lễ (bản gốc) và số tài khoản ngân hàng của người đã tổ chức tang lễ

(11) Hoàn trả trợ cấp chăm sóc cho người mắc bệnh tâm thần/Trợ cấp chăm sóc y tế cho người mắc bệnh lao phổi

(1) Trợ cấp chăm sóc cho người mắc bệnh tâm thần

Đối với những người đủ tiêu chuẩn sử dụng Hệ thống chăm sóc y tế và hỗ trợ tự lập cho người khuyết tật (chăm sóc y tế ngoại trú cho người mắc bệnh tâm thần) và thuộc diện có hộ gia đình được miễn Thuế cư trú, cá nhân nào nộp đơn xin cấp Giấy chứng nhận người thụ hưởng bảo hiểm y tế quốc dân (với tư cách là bệnh nhân ngoại trú mắc bệnh tâm thần) sẽ đủ tư cách nhận trợ cấp hàng tháng lên đến mức tối đa theo Hệ thống chăm sóc y tế và hỗ trợ tự lập cho người khuyết tật (chăm sóc y tế ngoại trú cho người mắc bệnh tâm thần).

* Nộp đơn tại Trung tâm bảo hiểm gần nhất trong khu vực cư trú của bạn.

(2) Trợ cấp chăm sóc y tế cho người mắc bệnh lao phổi

Những người nhận chăm sóc y tế theo điều khoản của Luật liên quan đến việc phòng ngừa bệnh truyền nhiễm và bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm, và được miễn Thuế cư trú, sẽ được giảm 5% chi phí y tế bằng cách nộp đơn xin Giấy chứng nhận trợ cấp chăm sóc y tế cho người thụ hưởng mắc bệnh lao.

* Nộp đơn tại Bộ phận Sức khỏe cộng đồng của Trung tâm sức khỏe cộng đồng thành phố Suginami.

(12) Miễn/Giảm chi phí y tế

Nếu bạn gặp khó khăn trong việc thanh toán khoản phí y tế chỉ trả một phần của bạn vì thảm họa hoặc các hoàn cảnh đặc biệt khác, khoản tiền chi trả một phần của bạn có thể được giảm hoặc được miễn. Hãy trao đổi về hoàn cảnh của bạn với nhân viên.

(13) Bị thương tật vì người khác

Nếu bạn bị thương tật hoặc bệnh tật do hành động của bên thứ ba (ví dụ, kẻ hành hung), như tai nạn giao thông hoặc hành hung, và nhận điều trị y tế bằng bảo hiểm y tế quốc dân, hãy đảm bảo bạn đã thông báo với Bộ phận Trợ cấp BHYTQD.

(14) Yêu cầu hoàn trả

Nếu bạn sử dụng Bảo hiểm y tế quốc dân của quận Suginami sau khi đã chuyển đi hoặc sau khi đã tham gia loại bảo hiểm y tế khác, bạn sẽ phải hoàn trả khoản chi phí y tế mà quận đã thanh toán.

Không thể sử dụng Bảo hiểm y tế quốc dân của quận Suginami trong các trường hợp sau.

- | | | |
|--|---|-------------------|
| ● Chuyển khỏi thành phố | → | Từ ngày chuyển đi |
| ● Tham gia chương trình bảo hiểm y tế khác | → | Từ ngày tham gia |

* Ngày tham gia là ngày đủ điều kiện sử dụng/ngày được ủy quyền.

* Nếu người hưởng bảo hiểm là người nước ngoài rời khỏi Nhật Bản và không trở lại trong thời hạn được phép tái nhập cảnh, tư cách của người có tham gia bảo hiểm của bạn sẽ mất hiệu lực kể từ ngày bạn xuất cảnh.

10 Khám sức khỏe chỉ định và Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe chỉ định của bảo hiểm y tế quốc dân

(1) Khám sức khỏe chỉ định của bảo hiểm y tế quốc dân

Đây là việc khám sức khỏe tập trung vào hội chứng chuyển hóa, nhằm phòng ngừa hoặc kiểm soát các bệnh do thói quen sinh hoạt gây ra như bệnh tiểu đường, cao huyết áp, v.v... Hãy khám bệnh hàng năm và sử dụng kết quả để quản lý sức khỏe cá nhân.

① Đối tượng khám bệnh

Là những người tham gia mà trong năm đủ từ 40 tuổi trở lên.

② Phương pháp, thời gian khám bệnh

Chúng tôi sẽ gửi qua đường bưu điện Phiếu khám sức khỏe cho những người thuộc đối tượng áp dụng (không cần đăng ký). Thời gian khám là từ ngày 1 tháng 6 đến ngày 15 tháng 2 năm 2026. Để biết thêm thông tin chi tiết về các cơ sở y tế có thể khám, v.v. vui lòng liên hệ với quầy phụ trách.

③ Hạng mục khám bệnh

Chúng tôi sẽ tiến hành hỏi triệu chứng và tiền sử bệnh, đo thể chất (chiều cao, cân nặng, vòng bụng, BMI), đo huyết áp, xét nghiệm máu và nước tiểu. Ngoài ra, bạn có thể phải làm các xét nghiệm khác dựa trên đánh giá của bác sĩ.

④ Số tiền phải trả

Miễn phí

(2) Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe chỉ định

Chúng tôi sẽ giải thích về hướng dẫn chăm sóc sức khỏe chỉ định cho các cá nhân có kết quả khám sức khỏe chỉ định của bảo hiểm y tế quốc dân cho thấy nguy cơ cao mắc các bệnh do thói quen sinh hoạt. Trong hướng dẫn chăm sóc sức khỏe đặc định, các nhân viên có chuyên môn (y bác sĩ, y tá sức khỏe cộng đồng, chuyên gia dinh dưỡng, v.v...) sẽ cho bạn những lời khuyên hoặc giúp đỡ miễn phí nhằm cải thiện thói quen sinh hoạt.

**Bộ phận Bảo hiểm y tế quốc dân và Hưu trí,
Ban Sức khỏe và Phúc lợi, Văn phòng thành phố Suginami**

1-15-1, Asagayaminami, Suginami-ku, Tokyo 166-8570 Japan

☎ 03-3312-2111 (Số tổng đài)

Lưu ý: Vui lòng liên hệ với chúng tôi thông qua người biết tiếng Nhật.