

後期高齢者医療制度 の概要 (令和8年度版)



後期高齢者医療制度とは	2
被保険者	3
資格情報のお知らせ及び資格確認書	4
オンライン資格確認について	6
受けられる給付	7
保健事業	21
臓器提供の意思表示にご協力ください	23
保険料	24
お問い合わせ先一覧	32
こんなときは申請・届出を	34
ジェネリック医薬品、バイオ医薬品・バイオシミラー、リフィル処方箋	35

兵庫県後期高齢者医療広域連合

後期高齢者医療制度とは

現役世代と高齢者の負担を明確にして、公平でわかりやすい制度とするために平成20年4月から始まった医療保険制度です。

現役世代が高齢者を支えるとともに、高齢者も保険料と医療費の一部を負担することで、国民皆保険を引き継いでいく支えあいのしくみであり、国民保健の向上と高齢者の福祉の増進を図ることを目的としています。

◆制度の運営

制度の運営は、兵庫県内のすべての市町が加入する『兵庫県後期高齢者医療広域連合』と市（区）町とで役割分担しています。

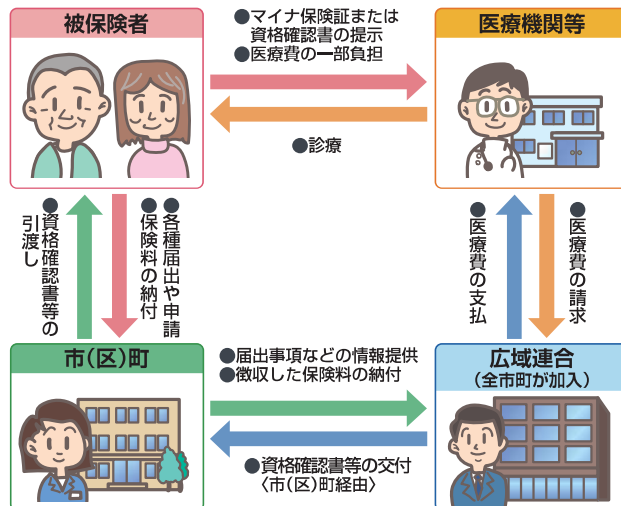
広域連合が行うこと

被保険者の認定や保険料の決定、医療の給付など、制度の運営

市（区）町が行うこと

被保険者への資格確認書等の引渡し、被保険者からの各種届出や申請の受付、保険料の徴収など

●後期高齢者医療制度のしくみ



被保険者

兵庫県内にお住まいの方

対象となる方	いつから
75歳以上の方	75歳の誕生日当日から
65歳以上75歳未満の一定の障害がある方	広域連合の認定(障害認定)を受けた日から

※生活保護受給者は除きます。

※施設等に入所している場合など、兵庫県内にお住まいでなくても被保険者となる場合があります。また、兵庫県内にお住まいでも被保険者とならない場合があります。(住所地特例)

障害認定を受けるための申請

障害の程度が確認できる年金証書または身体障害者手帳等を用意して、お住まいの市（区）町の担当窓口へ申請してください。

なお、75歳になるまでは、いつでも将来に向かって申請を撤回することができます。

＜認定が受けられる障害の程度＞

- 国民年金証書（障害年金等級）：1、2級
- 身体障害者手帳：1～3級。4級のうち、次のいずれかに該当する方
 - ・音声機能または言語機能の障害
 - ・両下肢のすべての指を欠くもの
 - ・一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの
 - ・一下肢の機能の著しい障害
- 療育手帳：重度（A）
- 精神障害者保健福祉手帳：1、2級

！制度加入前日に会社の健康保険などに加入されていた方へ

制度加入後、それまで加入していた医療保険の資格喪失の手続きをしてください。

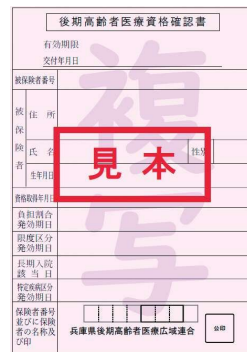
また、その被扶養者だった方は国民健康保険などに別途加入することになります。お住まいの市（区）町などの国民健康保険担当窓口で必要な手続きをしてください。

資格情報のお知らせ及び資格確認書

- 令和8年8月以降、84歳以下のマイナンバーカードの保険証利用登録（マイナ保険証）をしている被保険者には、お一人に1枚「後期高齢者医療資格情報のお知らせ」が交付されます。
- ・マイナ保険証をお持ちの方に、ご自身の情報を簡易的に把握できるよう交付するものです。医療機関等では、マイナ保険証のみを提示することで受診することができます。
- ・オンライン資格確認等システムを導入していない医療機関等では、マイナンバーカードとあわせて提示することで受診することができますので、大切に保管ください。
- ・マイナ保険証をお持ちであっても、マイナ保険証での受診が困難な方については、申請により、資格確認書を交付します。
- 85歳以上および84歳以下でマイナ保険証の利用登録がない被保険者には、お一人に1枚「後期高齢者医療資格確認書」が交付されます。医療機関等に提示することで、受診できます。



※マイナンバー法等の一部改正法により、令和6年12月2日以降、被保険者証は廃止され、マイナ保険証を基本とするしくみに移行されました。



！ 取り扱いの注意事項

- 資格確認書等をコピーしたものは使えません。
- 本人以外は絶対に使用しないでください（法律により罰せられます）。
- 有効期限の前でも、一部負担金の割合等の券面情報に変更があった場合は、新しい資格確認書等が原則、送付されます。これまでお持ちの資格確認書については、お住まいの市（区）町の担当窓口へお返しください。（※）
- 有効期限が過ぎた分については各自でハサミを入れるなどして処分してください。
- 記載内容の誤りや住所の変更など訂正がある場合は、お住まいの市（区）町の担当窓口へ届け出てください（自分で書き直すとは無効になります）。
- 紛失や破れて使えなくなった場合は申請により再交付されます。お住まいの市（区）町の担当窓口へ届け出てください。
- 県外への転出などで、資格がなくなる場合、資格確認書については、転出前の市（区）町の担当窓口へお返しください。（※）

※資格情報のお知らせは返却不要ですので各自でハサミを入れるなどして処分してください。

！ 「自己負担限度額区分・特定疾病区分を併記した資格確認書」について

医療機関等の窓口で、自己負担限度額区分・特定疾病区分の適用を受ける場合は、オンライン資格確認（※）を受けるか、自己負担限度額区分・特定疾病区分を併記した資格確認書を提示してください。

※オンライン資格確認については、P6をご覧ください。

自己負担限度額区分・特定疾病区分を併記した資格確認書の交付を希望される場合は、申請が必要です。詳しくは、お住まいの市（区）町の担当窓口へお問い合わせください。

※マイナンバー法等の一部改正法により、令和6年12月2日以降、限度額適用・標準負担額減額認定証および限度額適用認定証は廃止され、マイナ保険証を基本とするしくみに移行されました。

※特定疾病療養受療証については廃止せず、引き続き申請により証は交付されます。

オンライン資格確認について

医療機関等を受診するときにマイナ保険証または資格確認書を提示することで、加入する健康保険の資格情報（資格の有無・負担割合等）を医療機関等がオンライン上で確認できるしくみです。

マイナンバーカードの 保険証利用のご案内

右のステッカー・ポスターのある医療機関（病院、薬局など）では、マイナンバーカードが保険証として利用できます。



利用には登録が必要です

1. 「マイナポータル」から登録

マイナンバーカード読取対応のスマートフォンまたは、パソコン（ICカードリーダーが必要）から「マイナポータル」にアクセスして利用登録ができます。

2. セブン銀行 ATM で登録

セブン・イレブンや商業施設、駅等に設置されているセブン銀行ATMで利用登録ができます。

3. 医療機関・薬局の受付で登録

※お住まいの市（区）町でも登録できる場合があります。お住まいの市（区）町のマイナンバーカード担当窓口にご確認ください。



マイナ保険証を利用してみませんか？

より良い医療が可能に！

本人が同意をすれば、初めての医療機関等でも、健診情報や今までに使った薬剤情報が医師等と共有できる！

自身の健康管理に役立つ！

マイナポータルで自身の健診情報（※）や薬剤情報・医療費通知情報が閲覧できる！

オンラインで医療費控除がより簡単に！

マイナポータルを通じた医療費通知情報の自動入力で、確定申告の医療費控除がよりカンタンに！

手続きなしで限度額を超える一時的な支払が不要に！

限度区分を併記した資格確認書がなくても高額療養費制度における限度額を超える支払が免除される！

保険証としてずっと使える！

引越しても保険証としてずっと使える！医療保険者が変わる場合は、加入の届出が引き続き必要です。

※令和2年度以降の健診結果を閲覧できます。健診結果データの反映時期は市町によって異なりますので、健診を受診した市町の担当窓口にお問い合わせください。

申込方法は
特設ページでも
確認できます！



https://myna.go.jp/html/hokenshoriyou_top.html



保険証利用申込のお問い合わせ

マイナポータル
フリーダイヤル **0120-95-0178**

音声ガイダンスに従って「5-2」の順にお進みください。

受付時間（年末年始を除く）
平日：9時30分～20時00分
土日祝：9時30分～17時30分

受けられる給付

◆一部負担金の割合

病気やケガで診療を受けるときは、マイナ保険証または資格確認書を医療機関等の窓口で提示して、かかった医療費の1割・2割・3割のいずれかを負担します。

※健康診断、予防接種、差額ベッド代、仕事中の病気やケガ（労災）など、保険診療対象外のものは給付の対象となりません。

一部負担金の割合は、毎年8月1日に、当該年度の住民税課税所得額に基づき判定されます。

※令和8年8月～令和9年7月までの一部負担金の割合は、令和8年度の住民税課税所得額と令和7年中の収入額で判定します。

※判定後に所得更正（修正）があった場合は、8月1日にさかのぼって再判定します。また、世帯状況の異動があった場合は、随時、再判定を行い、一部負担金の割合が変わる場合は、原則、異動のあった翌月から適用されます。

一部負担金の割合	所得区分	判定基準
3割	現役並み所得者	同一世帯に住民税課税所得額145万円以上の後期高齢者医療の被保険者がいる方
2割	一般Ⅱ	以下の①②の両方に該当する方 ①同一世帯に住民税課税所得額が28万円以上145万円未満の後期高齢者医療の被保険者がいる方 ②「年金収入」＋「その他の合計所得金額」の合計額が ・被保険者が1人……………200万円以上 ・被保険者が2人以上……………合計320万円以上
1割	一般Ⅰ 区分Ⅱ 区分Ⅰ	市町村民税課税世帯で同一世帯に現役並み所得者または、一般Ⅱに該当する被保険者がいない方 市町村民税非課税世帯の方

詳しくはP.8～9の判定の流れをご覧ください。

世帯別住民税課税所得額による所得割の決定方法

- 世帯全員が住民税非課税である → はい → **1割**
- いいえ → 本人を含め同一世帯に住民税課税所得額145万円以上の後期高齢者医療の被保険者がいる → はい → **1割**
- いいえ → 本人を含め同一世帯に住民税課税所得額28万円以上の後期高齢者医療の被保険者がいる → はい → **1割**
- いいえ → 本人を含め同一世帯に昭和20年1月2日以降生まれの後期高齢者医療の被保険者がいる → はい → 同一世帯の被保険者全員の前年の基礎控除後の総所得金額等の合計額は210万円以下である → はい → **1割**
- いいえ → 同一世帯に後期高齢者医療の被保険者は本人のみである → はい → 被保険者本人および同一世帯の被保険者の前年の「年金収入」＋「その他の合計所得金額」の合計は320万円未満である → はい → **1割**
- いいえ → 被保険者本人の前年の収入額は383万円未満である → はい → 被保険者本人の前年の「年金収入」＋「その他の合計所得金額」は200万円未満である → はい → **1割**
- いいえ → 同一世帯に70歳以上75歳未満の世帯員がいる → はい → 被保険者本人および同一世帯の70歳以上75歳未満の世帯員全員の前年の収入額合計は520万円未満である → はい → **2割**
- いいえ → 被保険者本人および同一世帯の被保険者の前年の収入額合計は520万円未満である → はい → **1割**
- いいえ → **2割**
- いいえ → **3割**

※昭和20年1月2日以降生まれの被保険者がいる世帯は、住民税課税所得額145万円以上であっても、被保険者全員の基礎控除後の総所得金額等の合計額が210万円以下であれば、1割または2割負担となります。

◆1カ月の医療費が高額になったとき（高額療養費）

1カ月（同じ月内）の医療費の自己負担額が高額になったときは、自己負担限度額を超えた額が高額療養費として支給されます。

令和8年7月31日まで

負担割合	所得区分	自己負担限度額(月額)		
		個人ごと(外来のみ)	世帯ごと(外来+入院)	
3割	現役並み所得者	Ⅲ	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% [多数回該当140,100円]※1	
		Ⅱ	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% [多数回該当93,000円]※1	
		Ⅰ	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% [多数回該当44,400円]※1	
2割	一般	Ⅱ	18,000円 [年間上限144,000円]※2	57,600円 [多数回該当44,400円]※1
1割	一般	Ⅰ		
	区分	Ⅱ	8,000円	24,600円
		Ⅰ		15,000円



令和8年8月1日から

負担割合	所得区分	自己負担限度額(月額)	
		個人ごと(外来のみ)	世帯ごと(外来+入院)
3割	現役並み 所得者	Ⅲ	270,300円+(総医療費-901,000円)×1% [多数回該当140,100円]*1【年間上限1,680,000円】*2
		Ⅱ	179,100円+(総医療費-597,000円)×1% [多数回該当93,000円]*1【年間上限1,110,000円】*2
		Ⅰ	85,800円+(総医療費-286,000円)×1% [多数回該当44,400円]*1【年間上限530,000円】*2
2割	一般	Ⅱ	22,000円 【年間上限216,000円】*2
1割	一般	Ⅰ	61,500円 [多数回該当44,400円]*1 【年間上限530,000円】*2
	区分	Ⅱ	11,000円 【年間上限96,000円】*2
		Ⅰ	25,700円 [多数回該当24,600円]*1 【年間上限290,000円】*2
			8,000円
			15,700円 【年間上限180,000円】*2

※1 []内は後期高齢者医療制度において、当月分を含めて過去12カ月以内に世帯で3回以上高額療養費が支給されている場合、4回目からの額。

※2 1年間（8月～翌年7月）の自己負担額の合計金額が、各区分の []内の年間上限を超えた場合、その超えた額が高額療養費（年間）として支給されます。

現役並み所得者Ⅲ

住民税課税所得額690万円以上の後期高齢者医療の被保険者がいる世帯の方

現役並み所得者Ⅱ

住民税課税所得額380万円以上の後期高齢者医療の被保険者がいる世帯の方

現役並み所得者Ⅰ

住民税課税所得額145万円以上の後期高齢者医療の被保険者がいる世帯の方

一般Ⅱ

住民税課税所得額28万円以上145万円未満の後期高齢者医療の被保険者がいる世帯の方（詳しくはP.8～9をご覧ください）

一般Ⅰ

負担割合が1割で区分Ⅰ・Ⅱ以外の方

区分Ⅱ

世帯員全員が住民税非課税である方

区分Ⅰ

世帯員全員が住民税非課税であってかつ各所得額（公的年金等控除額は82.65万円（令和8年7月診療分までは80.67万円））として給与所得がある場合は給与所得額から10万円を控除してそれぞれ計算の合計額が0円の方

- 初めて高額療養費の支給対象となった場合は、広域連合から申請書が送付されますので、その際に申請手続を行ってください。
- 申請書に記入された口座は、今後、高額療養費の支給が発生したときの受取口座として登録されます。口座の変更・廃止等がない限りは、再度申請する必要はありません。
- 差額ベッド代など保険診療対象外のものや入院時の食事代などは、高額療養費の計算対象に含まれません。
- 同じ医療機関等の窓口での個人ごとの支払い（外来・入院・歯科は別々に算定されます）は、P.10の表の自己負担限度額までとなります（「自己負担限度額区分」の適用を受ける場合はマイナ保険証または、「自己負担限度額区分・特定疾病区分を併記した資格確認書」（P5 参考）を提示してください）。

! 75歳の誕生月の自己負担限度額の特例について

月の途中で75歳の誕生日を迎えた方は、誕生月に限り「誕生日前の医療保険（国民健康保険など）」と「誕生日以降の後期高齢者医療制度」の両方の自己負担限度額がそれぞれ2分の1となります。

※1日生まれの方など、75歳の誕生月に加入している制度が後期高齢者医療制度のみの場合は、対象外です。

※世帯単位の自己負担限度額は、P.10の表と同じです。

基準収入額適用申請

住民税課税所得額145万円以上の方でも、収入額が以下の条件を満たす方は、1割または2割負担になります。

※申請が必要な場合があります。

同一世帯の被保険者数	収入額による判定基準
被保険者が1人	以下の条件のうち、どちらかにあてはまる方 ①被保険者の令和7年中（令和7年1月1日～12月31日）の収入額が383万円未満 ②同一世帯に70歳以上75歳未満の方がいる場合は、被保険者と70歳以上75歳未満の方全員の令和7年中（令和7年1月1日～12月31日）の収入合計額が520万円未満
被保険者が2人以上	本人および同一世帯の被保険者の令和7年中（令和7年1月1日～12月31日）の収入合計額が520万円未満

一部負担金の免除等

災害等の特別な事情により、一時的に一部負担金のお支払いが困難であると認められる場合は、申請により一部負担金が免除または徴収猶予されます。詳しくは、お住まいの市（区）町の担当窓口へご相談ください。

◆高額療養費の計算方法

例 所得区分が「一般I」世帯（負担割合1割）で、同じ月に、夫婦で外来と入院がある場合

（令和8年7月診療までの限度額の場合の例）

夫 A病院（外来）

医療費の1割負担が19,000円の場合

一部負担金 18,000円
限度額を超えた1,000円は
→ 広域連合から医療機関等に
直接支払われます

夫 B薬局（外来）

医療費の1割負担が2,000円の場合

一部負担金 2,000円

妻 C病院（入院）

医療費の1割負担が60,000円の場合

一部負担金 57,600円

限度額を超えた2,400円は広域連合から
医療機関等に直接支払われます

① 個人ごとに外来分の自己負担額を合計し、支給額を計算します。

20,000円（夫の一部負担金合計）－18,000円（外来分の自己負担限度額）＝**2,000円…（A）**

② 外来分の自己負担額（①の支給がある場合は、外来分の自己負担限度額）と入院の自己負担額を世帯単位で合算し、支給額を計算します。

18,000円（夫の外来分の自己負担限度額）＋
57,600円（妻の一部負担金）－57,600円（世帯単位の自己負担限度額）＝**18,000円…（B）**

世帯に支給される高額療養費は

（A） ＋ （B） ＝ 20,000円 となります。

③ 高額療養費は、世帯に複数の被保険者がいる場合には、個人ごとの自己負担額に応じてそれぞれ按分して支給されます。

❗ 1年間の外来の自己負担額の合計が
上限額を超えた場合

負担割合が1割または2割の方については、1年間（8月から翌年7月まで）の外来の自己負担額の合計金額が144,000円を超えた場合、その超えた額が支給されます（初めて支給対象となった場合は、広域連合から申請書を送付します）。

◆特定の疾病により高額な治療を
長期間継続する必要があるとき

厚生労働大臣が指定する次の特定疾病の場合の自己負担限度額（月額）は、1つの医療機関につき10,000円（月の途中で75歳の誕生日を迎え、被保険者となる方は、その月に限り5,000円）です。適用を受けるためには「特定疾病療養受療証」が必要となりますので、お住まいの市（区）町の担当窓口へ申請してください。

- 人工透析が必要な慢性腎不全
- 先天性血液凝固因子障害の一部（血友病）
- 血液凝固因子製剤の投与に起因する（厚生労働大臣が定める）HIV感染症

※申請により資格確認書に併記できます。

◆高額介護合算療養費

被保険者と同じ世帯内で、後期高齢者医療制度と介護保険の自己負担額が高額になったときは、双方の自己負担額を年間（毎年8月分から翌年7月分まで）で合算し、下の表の限度額を超えた額^(注)が、申請により後日支給されます。

自己負担額は、高額療養費などの支給額を控除した額となります。また、同じ世帯の方であっても、後期高齢者医療制度の被保険者以外の方の自己負担額は合算されません。

所得区分		後期高齢者医療制度＋介護保険 の自己負担限度額（年額）
現役並み所得者	Ⅲ	212万円
	Ⅱ	141万円
	Ⅰ	67万円
一般Ⅰ・Ⅱ		56万円
区分Ⅱ		31万円
区分Ⅰ		19万円

所得区分の説明は、P.10をご覧ください。

(注) 500円以下の場合は、支給の対象となりません。

◆入院したときの食事代（入院時食事療養費）

食材費等の高騰により、令和8年6月1日から食事代の自己負担額が引き上げられます。

入院したときの食事代の自己負担額は次のとおりです。
(令和8年5月31日まで)

所得区分		1食あたりの 食事代
現役並み所得者、一般Ⅰ・Ⅱ		510円 ^(注1)
指定難病患者（区分Ⅰ・Ⅱ以外）		300円
区分Ⅱ	過去12カ月の入院日数が90日以内	240円
	過去12カ月の入院日数が91日以上	190円 ^(注2)
区分Ⅰ		110円

※ **区分Ⅰ**、**区分Ⅱ**の説明は、P.11をご覧ください。

(注1) 精神病床へ平成27年4月1日以前から平成28年4月1日まで継続して入院されていた方で、引き続き何らかの病床に入院されている方は、当分の間260円に据え置かれます。

(注2) 過去12カ月の入院日数（区分Ⅱの認定を受けていた期間）が90日を超える場合は、入院日数が確認できる領収書等をご用意のうえ、お住まいの市（区）町の担当窓口で、別途「長期入院該当」の申請が必要となります（オンライン資格確認を受ける場合も、申請が必要となります）。

加入する保険者（国民健康保険や会社の健康保険など）に変更があった場合は、変更前の入院日数（区分Ⅱの認定を受けていた期間）を合算することが可能です。

(令和8年6月1日から)

所得区分		1食あたりの 食事代
現役並み所得者、一般Ⅰ・Ⅱ		550円 ^(注1)
指定難病患者（区分Ⅰ・Ⅱ以外）		330円
区分Ⅱ	過去12カ月の入院日数が90日以内	270円
	過去12カ月の入院日数が91日以上	220円 ^(注2)
区分Ⅰ		130円

※ **区分Ⅰ**、**区分Ⅱ**の説明は、P.11をご覧ください。

(注1) 精神病床へ平成27年4月1日以前から平成28年4月1日まで継続して入院されていた方で、引き続き何らかの病床に入院されている方は、当分の間260円に据え置かれます。

(注2) 過去12カ月の入院日数（区分Ⅱの認定を受けていた期間）が90日を超える場合は、入院日数が確認できる領収書等をご用意のうえ、お住まいの市（区）町の担当窓口で、別途「長期入院該当」の申請が必要となります（オンライン資格確認を受ける場合も、申請が必要となります）。

加入する保険者（国民健康保険や会社の健康保険など）に変更があった場合は、変更前の入院日数（区分Ⅱの認定を受けていた期間）を合算することが可能です。

◆療養病床に入院したときの食事代・居住費

(入院時生活療養費)

食材費等の高騰により、令和8年6月1日から食事代の自己負担額が引き上げられます。

療養病床（主として長期にわたり療養を必要とする患者のための病床）に入院したときの食事代と居住費の自己負担額は次のとおりです。

(令和8年5月31日まで)

所得区分	1食あたりの食事代	1日あたりの居住費
現役並み所得者、一般Ⅰ・Ⅱ	510円 ^(注1)	370円 ^(注4)
区分Ⅱ	240円 ^(注2)	
区分Ⅰ	140円 ^(注3)	
老齢福祉年金受給者	110円	0円

※ 区分Ⅰ、区分Ⅱの説明は、P.11をご覧ください。

(注1) 保険医療機関の施設基準等により470円の場合もあります。
また、指定難病患者は300円

(注2) 入院医療の必要性が高い方や指定難病患者で、過去12カ月の入院日数が90日を超える場合は190円（別途、申請が必要）

(注3) 入院医療の必要性が高い方や指定難病患者は110円

(注4) 指定難病患者は0円



(令和8年6月1日から)

所得区分	1食あたりの食事代	1日あたりの居住費
現役並み所得者、一般Ⅰ・Ⅱ	550円 ^(注1)	430円 ^(注4)
区分Ⅱ	270円 ^(注2)	
区分Ⅰ	160円 ^(注3)	
老齢福祉年金受給者	130円	0円

※ 区分Ⅰ、区分Ⅱの説明は、P.11をご覧ください。

(注1) 保険医療機関の施設基準等により510円の場合もあります。
また、指定難病患者は330円

(注2) 入院医療の必要性が高い方や指定難病患者で、過去12カ月の入院日数が90日を超える場合は220円（別途、申請が必要）

(注3) 入院医療の必要性が高い方や指定難病患者は130円

(注4) 指定難病患者は0円

◆医療費などを全額支払ったとき（療養費・移送費）

下の表のような場合は、いったん全額をお支払いいただきますが、お住まいの市（区）町の担当窓口へ申請して認められると、保険給付対象額が後日、支給されます。

※審査等により、申請から支給まで約3カ月かかります。

申請に必要なもの	●資格確認書またはマイナ保険証 ●口座番号、口座名義人が確認できるもの ●下の表に記載の書類
----------	--

こんなとき	申請に必要な書類
急病など、やむを得ない事情で資格確認書またはマイナ保険証を出さずに治療を受けたとき	●診療報酬明細書（レセプト） ●領収書
コルセットなど治療用装具を作ったとき	●医師の治療用装具製作指示装着証明書 ●領収書（明細がわかるもの） ●本人が装着した写真（靴型装具のみ）
医師の同意の下、はり・きゅう、あんま・マッサージの施術を受けたとき	●療養費支給申請書 ●医師の同意書 ●領収書
海外渡航中、急病などにより治療を受けたとき（治療目的で海外へ行った場合や日本国内で保険適用とならないものについては対象となりません） ^(注)	●診療内容明細書 ●領収明細書 ●日本語翻訳文 ●パスポート等海外に渡航した事実が確認できる書類の写し ●調査に係る同意書 ●印鑑
負傷や疾病等により移動が困難な重病人が緊急かつやむを得ないとの判断で、医師の指示により移送された場合（移送費）※災害現場や離島等で救急車が利用できない場合など	●医師の意見書 ●領収書

(注) 海外療養費の請求に関しては、厚生労働省通知に基づき、不正請求対策を実施しています。このため、申請に際しては渡航の事実や期間が確認できるもの（パスポート等）を提示していただくとともに、不正請求の疑いがある事例については、厚生労働省や警察と連携して厳正な対応をとることとしています。
また、診療内容等の確認・審査に時間がかかるため、支給まで長期間かかる場合があります。

柔道整復（接骨院・整骨院）のかかり方

接骨院や整骨院で、健康保険を使って柔道整復師による施術を受けるときは、一定の条件を満たす必要があります。



○ 健康保険が使える場合

外傷性が明らかな原因による下記の負傷で、内科的原因による疾患ではないもの

- 骨折
- 脱臼
- 打撲
- ねんざ
- 挫傷(肉ばなれを含む。)



※骨折・脱臼については、応急手当をする場合を除き、あらかじめ医師の同意を得る必要があります。

✕ 健康保険が使えない場合の例

- ▲単なる（疲労性・慢性的な要因からくる）肩こりや筋肉疲労
- ▲脳疾患後遺症などの慢性病や改善のみられない長期の施術
- ▲保険医療機関（病院・診療所等）で同じ負傷等により治療中のもの



- ◆健康保険の対象とならない場合もありますので、かかる際には、負傷の原因（いつ・どこで・何をして、どんな症状があるのか）を正確にきちんと伝えましょう。
- ◆領収書は必ず受け取って保管してください。また、年2回（2月・6月）お送りする「医療費のお知らせ」で日数や施術金額の確認を行っていただくようお願いします。
- ◆施術が長期にわたる場合は、内科的な要因も考えられますので、医師の診察を受けましょう。
- ◆施術内容等について照会させていただく場合があります。

はり・きゅう、あんま・マッサージのかかり方

健康保険を使ってはり・きゅう、あんま・マッサージの施術を受けるときは、あらかじめ医師の発行した同意書または診断書が必要です。また、継続して施術を受けるためには、定期的に医師の診察を受け、同意書の交付を受ける必要があります。

はり・きゅう

○ 健康保険が使える場合

- 神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症などの慢性的な疼痛を主症とする疾患

✕ 健康保険が使えない場合の例

- ▲保険医療機関（病院・診療所等）で同じ対象疾患の治療を受けている場合
- ▲単に疲労回復や慰安を目的としたもの
- ▲疾病予防のため

あんま・マッサージ

○ 健康保険が使える場合

- 筋麻痺・筋萎縮、関節拘縮などで、医療上マッサージを必要とする症例

✕ 健康保険が使えない場合の例

- ▲単に疲労回復や慰安を目的としたもの
- ▲疾病予防のため

- ◆自宅に訪問又は往療してもらう場合の費用（訪問施術料又は往療料）は、疾病や負傷のため外出等が制限されている等、真に安静を必要とするやむを得ない理由により施術所に出向き施術を受けることが困難な場合に限り、健康保険の支給対象となります。
- ◆領収書は必ず受け取って保管してください。また、年2回（2月・6月）お送りする「医療費のお知らせ」で日数や施術金額の確認を行っていただくようお願いします。
- ◆施術内容等について照会させていただく場合があります。

◆被保険者が亡くなったとき(葬祭費)

葬祭を行った方(喪主)に、葬祭費として5万円が後日支給されます。お亡くなりになった方の住所地の市(区)町の担当窓口へ申請してください。



申請に必要なもの

- 会葬御礼はがき等
(葬祭を行った方が確認できるもの)
- 口座番号、口座名義人が確認できるもの

◆交通事故などにあつたとき

交通事故など第三者(加害者)の行為によって受けたケガの医療費は、本来、第三者(加害者)が負担するのが原則ですが、届出により後期高齢者医療で保険診療を受けることができます(広域連合が一時的に治療費を立替え、後日、加害者にその費用を請求します)。



届出に必要なもの

- 第三者行為による傷病届等
- 資格確認書またはマイナ保険証
- 印鑑 ●事故証明書(後日でも可)

注意 交通事故にあわれた被保険者は

- ①警察に連絡してください。
- ②示談の前に、お住まいの市(区)町の担当窓口へ届け出てください。届出の前に、加害者から治療費を受け取ったり、示談を済まされたりすると、保険診療による治療を受けられなくなる場合があります。

! 保険給付の申請はお早めに

保険給付を受ける権利は2年で消滅時効となりますので、ご注意ください。

保健事業

◆健康診査を受診しましょう

健康診査はお住まいの市町で受けることができます。実施方法や時期などは市町によって異なりますので、市町からのお知らせ(ご案内や広報など)をご確認ください。

生活習慣病や心身機能の低下を早期に発見し、予防や早期治療につなげていくことが、毎日の健康につながります。ご自身の健康管理に役立てるためにも、年に1回は受診しましょう。

主な健診内容(詳細な項目は市町によって異なります)

問診	服薬歴、既往歴、自覚症状
身体計測	身長、体重、BMI
血圧測定	
血液検査	中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、AST、ALT、γ-GT、血糖
尿検査	尿糖、尿蛋白

保険者間の情報照会および提供について

兵庫県後期高齢者医療広域連合に加入する前に受けた健診結果データがオンライン資格確認等システムを活用して引き継がれます。

引き継ぎを希望しない場合は、お住まいの市町に不同意申請書をご提出いただく必要があります。

健康診査についての詳しい内容は、お住まいの市町の担当窓口にお問い合わせください。



◆保健師・看護師による訪問健康相談

被保険者のみなさんの健康維持・増進のため、保健師・看護師などの専門的な知識や経験を持つ相談員がご自宅を訪問し、健康相談を行います。



治療や服薬の内容、ご自身の身体状況について理解を深めることで、病気の重症化予防や改善につなげていただくことを目的としています。

■ 内容

- ・健康状態に関するご相談
- ・病気やケガの予防に役立つ情報の提供

■ 実施方法

年2回程度、訪問または電話で実施

■ 対象となる方へ

事前に個別でご連絡いたします。

この機会にぜひ健康相談を受けていただきますようお願いいたします。

!! 振り込め詐欺にご注意ください!!

医療費の払い戻しなどを理由に、ATM（現金自動預払機）の操作を依頼するようなことはありません。

また、行政職員等を名乗り、還付金の手続き等に必要などと言って、キャッシュカードや保険証等を騙し取ろうとする不審な訪問にもご注意ください。

不審な電話や訪問があった場合は、最寄りの警察署や広域連合、お住まいの市（区）町の担当窓口までお問い合わせください。



臓器提供の意思表示にご協力ください

資格確認書（裏面）や、マイナンバーカード（表面）で意思表示をすることができます。

臓器提供の意思表示について

これまで0～70歳代の方からの臓器提供が行われており、高齢の方でも病気の方でも、どなたでも記入していただけます。

また、記入するかどうかは、被保険者ご本人の判断によるものであり、必ずしも意思表示欄に記入する必要はありません。



意思表示欄に記入する前に

- 記入の有無により、受けられる医療の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に記入したあとも、いつでも臓器提供に関する意思を変更することができます。

※意思表示した内容について、医療機関等に知られたくないという被保険者の方のために、意思表示欄の保護シールをお住まいの市（区）町の担当窓口にあります。

《臓器移植に関するご質問やお問い合わせは》

（公社）日本臓器移植ネットワーク

フリーダイヤル：0120-78-1069

平日9：00～17：30

ホームページ <https://www.jotnw.or.jp>

保険料

◆令和8年度から子ども・子育て支援金制度が創設されました

令和6年6月12日に「子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律（令和6年法律第47号）」が公布され、令和8年度から「子ども・子育て支援金制度」が創設されました。

「子ども・子育て支援金制度」とは、少子化対策の抜本的強化のため、少子化対策に受益を有する全世代・全経済主体が、子育て世帯を支える新しい分かち合い・連携の仕組みとして、医療保険の保険料と併せて賦課・徴収することにより、支援金を拠出する制度で、令和8年度から後期高齢者医療制度を含む全保険者が拠出することとされています。

そのため、後期高齢者医療制度においても、令和8年度から従来の医療分に加えて、新たに「子ども・子育て支援（納付）金」が保険料に加わります。

◆保険料の計算方法

保険料は、被保険者お一人おひとりにお支払いいただきます。

保険料は、みなさんが等しく負担する「均等割額」（定額）と、前年の所得に応じて負担する「所得割額」の合計です。

保険料を決める基準である保険料率（均等割額と所得割率）は2年ごとに見直され、お住いの市（区）町を問わず、兵庫県内では均一です。

なお、「子ども・子育て支援（納付）金分」は令和8年度から令和10年度にかけて1年ごとに見直されます。

兵庫県の令和8年度保険料額 （一人あたり）

●医療分

均等割額 被保険者 一人あたり 58,427円	+	所得割額 総所得金額等 （基礎控除額43万円） × 所得割率10.77% （注1）	=	医療分 保険料額 （年額） 賦課限度額 85万円
---	---	--	---	--

●子ども・子育て支援（納付）金分（子ども分）

均等割額 被保険者 一人あたり 1,351円	+	所得割額 総所得金額等 （基礎控除額43万円） × 所得割率0.24% （注1）	=	子ども分 保険料額 （年額） 賦課限度額 2万1千円
--	---	---	---	--

●令和8年度保険料額（医療分+子ども分）

医療分 保険料額 （年額） 賦課限度額 85万円	+	子ども分 保険料額 （年額） 賦課限度額 2万1千円	=	保険料額 （年額） 賦課限度額 87万1千円
--	---	--	---	--

●総所得金額等＝収入額－控除額（公的年金等控除額、給与所得控除額、必要経費のこをいい、医療費控除額、障害者控除額、扶養控除額等の所得控除額は含みません。）

例 収入が年金収入200万円の場合

総所得金額等 90万円	=	収入額 200万円	－	公的年金等控除額 110万円 ^{（注2）}
----------------	---	--------------	---	-----------------------------------

（注1） 合計所得金額が2,400万円を超える場合は、その金額に応じて段階的に基礎控除額が減少します。

（注2） 公的年金等に係る雑所得以外の所得に係る合計所得金額が1,000万円以下で年金収入330万円未満の場合の控除額。

●保険料を決定する基準日は原則4月1日です。

●年度の途中で被保険者の資格を取得または喪失したときは、保険料を月割りで計算します。

（例）

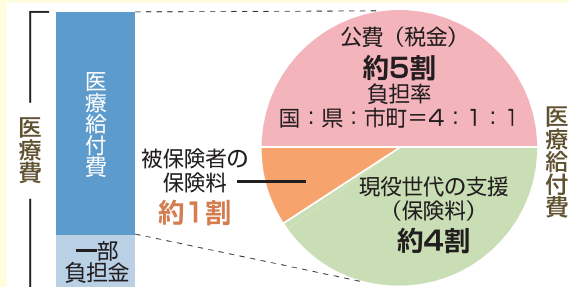
5月20日に加入の場合、5月分から保険料がかかり、前保険は4月分までとなります。

5月20日に喪失の場合、保険料がかかるのは4月分までとなります。

医療費負担の仕組み

医療費から窓口でお支払いいただく一部負担金を除いた医療給付費の約1割を、皆さんからの保険料で賄います。

イメージ図



※子ども・子育て支援金の保険料は上記の図には含まれず、別途、子育て施策に充てられます。

◆保険料の軽減

所得の低い方の軽減

●均等割額の軽減（令和8年度）

同一世帯内の被保険者と世帯主の総所得金額等の合計額が、次の基準額以下の場合、均等割額が軽減されます。

総所得金額等 (被保険者全員+世帯主) が次の基準額以下の世帯	軽減割合 (軽減後均等割額：年額)
基礎控除額(43万円) ^(注3) +10万円×(年金・給与所得者数-1)	^(注4) 7.2割 医療分 16,359円 7割 子ども分 405円
基礎控除額(43万円) +31万円×被保険者数 ^(注3) +10万円×(年金・給与所得者数-1)	5割 医療分 29,213円 子ども分 675円
基礎控除額(43万円) +57万円×被保険者数 ^(注3) +10万円×(年金・給与所得者数-1)	2割 医療分 46,741円 子ども分 1,080円

※65歳以上の公的年金受給者は、総所得金額等から年金所得の範囲内で最大15万円を控除し、軽減判定されます（年金特別控除）。

^(注3) 年金・給与所得者とは、同一世帯内の被保険者と世帯主のうち給与収入が55万円超または公的年金等所得がある者をいいます。

^(注4) 医療分7割軽減対象者は、令和8・9年度のみ特例措置により7.2割軽減となります。（※子ども分は、特例措置がないため7割軽減となります。）

例 単身世帯で収入が年金収入168万円のみの場合

$$\text{収入額 } 168\text{万円} - \text{公的年金等控除額 } 110\text{万円} - \text{年金特別控除 } 15\text{万円} \leq 43\text{万円} \rightarrow 7(7.2)\text{割軽減対象}$$

例 単身世帯で収入が年金収入200万円のみの場合

〔軽減判定基準の総所得金額等〕

$$\text{収入額 } 200\text{万円} - \text{公的年金等控除額 } 110\text{万円} - \text{年金特別控除 } 15\text{万円} = 75\text{万円}$$

〔軽減割合〕

$$43\text{万円} + 57\text{万円} \times \frac{\text{被保険者数}}{1\text{人}} = 100\text{万円} > 75\text{万円} \rightarrow 2\text{割軽減対象}$$

※軽減の判定は、4月1日（4月2日以降に加入した場合は加入日）の世帯状況で行います。

判定日の後に世帯状況に異動があった場合でも、年度途中の再判定は行いません。

※軽減判定するときの総所得金額等には、専従者控除、譲渡所得の特別控除に係る部分の税法上の規定は適用されません。

被扶養者であった方の軽減

制度に加入する前日に、会社の健康保険などの被用者保険の被扶養者であった方は、所得割額がかからず、後期高齢者医療制度の被保険者となってから2年間は均等割額が5割軽減となります。該当される方は、お住まいの市(区)町の担当窓口に届け出てください。

なお、国民健康保険・国民健康保険組合に加入されていた方は対象となりません。

※被扶養者であった方でも、世帯の所得が低い方の軽減を受けることができます。ただし、両方受けることができる場合は、軽減割合の高い方が適用されます。

◆具体的な保険料のケース

ケース1 単身世帯で基礎年金受給者 (老齢基礎年金受給年額 83万円)

【医療分】均等割額	16,359円	+	所得割額	なし	
【子ども分】均等割額	405円	+	所得割額	なし	
					= 16,764円 (年額)
[医療分均等割額 7.2割軽減・子ども分均等割額 7割軽減]					

ケース2 単身世帯で厚生年金受給者 (老齢基礎年金および厚生年金受給年額190万円)

【医療分】均等割額	29,213円	+	所得割額	39,849円	
【子ども分】均等割額	675円	+	所得割額	888円	
					= 70,625円 (年額)
[均等割額 5割軽減]					

ケース3 単身世帯で 厚生年金受給者 (老齢基礎年金および厚生年金受給年額300万円)

【医療分】均等割額	58,427円	+	所得割額	158,319円	
【子ども分】均等割額	1,351円	+	所得割額	3,528円	
					= 221,625円 (年額)
[軽減なし]					

ケース4 基礎年金受給者で自営業の子(被保険者 ではない世帯主)と同居している方

子	事業所得年額	300万円
被保険者	老齢基礎年金受給年額	83万円

【医療分】均等割額	58,427円	+	所得割額	なし	
【子ども分】均等割額	1,351円	+	所得割額	なし	
					= 59,778円 (年額)
[軽減なし]					

◆保険料のお支払い方法

保険料はお住まいの市(区)町にお支払いいただきます。

対象となる年金額によって次の方法でお支払いいただきます。

●年額18万円以上の年金受給者

原則、年金から保険料をお支払いいただきます。

特別徴収

●それ以外の方

口座振替、納付書でお支払いいただきます。

普通徴収

※介護保険料と合わせた保険料額が、対象となる年金額の2分の1を超える場合も普通徴収となります。

※新たに被保険者となる方や住所を異動した方は、一定期間普通徴収となる場合があります。

❗ 特別徴収(年金からのお支払い)から口座振替によるお支払いへの変更を希望される方へ

保険料のお支払いは、原則特別徴収ですが、申し出により各市町が認めた場合、口座振替を選択できます。

特別徴収から口座振替によるお支払いへの変更を希望される方は、お住まいの市(区)町へお申し出ください。

なお、申し出から特別徴収の中止まで数カ月かかります。詳しくはお住まいの市(区)町の担当窓口へお問い合わせください。

- 配偶者など被保険者本人以外の口座からのお支払いの場合、その社会保険料控除は、口座振替により支払った方の控除対象となり、その方の所得税および住民税が減額となることがあります。
- 保険料の滞納が見込まれる場合は、口座振替への変更が認められないことがあります。
- 納付書によるお支払いへの変更はできません。

◆納期

●特別徴収

(年金支給日に、保険料をあらかじめ差し引きます。)

期	仮徴収			本徴収		
	1	2	3	4	5	6
徴収月	4月	6月	8月	10月	12月	2月

※仮徴収における各期の徴収額は、原則として前年度の2月(第6期)にお支払いいただいた額となります。

※本徴収における各期の徴収額は、原則として7月に確定する保険料(年額)から仮徴収された額を差し引き、3回に分けた額となります。

●普通徴収

(各納期の納期限は市町により異なります。)

期	1	2	3	4	5
納期	7月	8月	9月	10月	11月
期	6	7	8	9	
納期	12月	1月	2月	3月	

※市町により随時納期(4~6月)を設定する場合があります。

! 保険料の減免および徴収猶予

災害で大きな損害を受けたとき、所得の著しい減少があったとき、他の被保険者や世帯主が死亡したことなどにより世帯の所得が軽減判定基準以下となると、一定期間給付の制限を受けたとき、保険料を納めることが困難な方は、申請により保険料が減免される場合や一定期間保険料の徴収が猶予される場合があります。

詳しくは、お住まいの市(区)町の担当窓口へお問い合わせください。

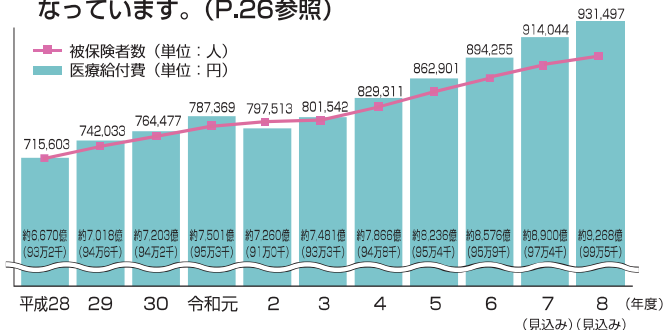
◆保険料は、医療の給付等の大切な財源です

納付が困難なときは、必ず納期限までにお住まいの市(区)町の担当窓口へご相談ください。

- 保険料を滞納されると、督促状を送付し、電話や文書等による催告を行います。また、督促手数料や延滞金が発生し、財産(預金、不動産など)を差し押さえる場合もあります。
- 災害など特別な事情がないのに1年以上保険料を滞納されると、特別療養費支給対象者となる場合があります。その場合はいったん医療費を全額負担し、後日申請することで、本来の自己負担分を除いた特別療養費が広域連合から支給されます(その申請の際に納付相談等を行います)。
- さらに、滞納が1年6カ月以上となると、医療の給付(高額療養費など)の支払いを一時差し止め、その給付額を滞納保険料に充てる場合があります。

兵庫県後期高齢者医療広域連合の被保険者数および医療給付費の推移

- 医療給付費は、年々上昇傾向にあります。
- 医療給付費の約1割を被保険者の保険料で賄うしくみとなっています。(P.26参照)



※被保険者数は年度の平均値

※()は一人あたりの医療給付費

※令和7・8年度は令和8年度予算時の見込み

お問い合わせ先一覧

申請や届け出の受付、保険料に関するご相談などの窓口業務は、お住まいの市（区）町が行っています。わからないこと、困ったことがあれば、まずはお住まいの市（区）町の担当窓口にご相談ください。

市町名	担当課	電話番号
神戸市	国民健康保険・後期高齢者医療コールセンター	078-381-7726
姫路市	後期高齢者医療保険課	079-221-2315
尼崎市	後期高齢者医療制度担当	06-6489-6836
明石市	長寿医療課	078-918-5165
西宮市	高齢者医療保険課	0798-35-3192
洲本市	保険医療課	0799-24-7608
芦屋市	保険課	0797-38-2037
伊丹市	後期医療福祉課	072-784-8041
相生市	市民課	0791-23-7167
豊岡市	国保・年金課	0796-21-9061
加古川市	国民健康保険課	079-427-9388
赤穂市	医療介護課	0791-43-6820
西脇市	保険医療課	0795-22-3111*
宝塚市	医療助成課	0797-77-9103
三木市	保険年金課	0794-82-2000*
高砂市	国保年金課	079-442-2101*
川西市	医療助成・年金課	072-740-1108
小野市	市民課	0794-63-1000*
三田市	国保医療課	079-559-5049
加西市	国保医療課	0790-42-8796
丹波篠山市	医療保険課	079-552-7103
養父市	健康医療課保険年金グループ	079-662-3165

市町名	担当課	電話番号
丹波市	健康課	0795-82-6690
南あわじ市	長寿・保険課	0799-43-5257
朝来市	市民課	079-672-6120
淡路市	福祉総務課	0799-64-2509
宍粟市	市民課	0790-63-3108
加東市	保険医療課	0795-43-0501
たつの市	国保医療年金課	0791-64-3240
猪名川町	保険課	072-766-0001*
多可町	住民課	0795-32-2383
稲美町	住民課	079-492-9135
播磨町	保険課	079-435-2581
市川町	健康福祉課	0790-26-1019
福崎町	ほけん年金課	0790-22-0560*
神河町	住民生活課	0790-34-0962
太子町	町民課	079-277-1012
上郡町	国保介護支援課	0791-52-1152
佐用町	住民課	0790-82-0660
香美町	健康課	0796-36-1114
新温泉町	健康課	0796-82-5620

* は代表電話番号です。それ以外は直通です。

兵庫県後期高齢者医療広域連合

担 当	電話番号
代表（コールセンター）	078-326-2612
資格・保険料担当（コールセンター）	078-326-2021
給付担当（コールセンター）	078-326-2023

〒650-0021 神戸市中央区三宮町1丁目9番
1-1201号（センタープラザ内）

ホームページ <https://www.kouiki-hyogo.jp>

こんなときは お住まいの市(区)町の 担当窓口申請・届出を



こんなとき	手続きに必要なもの
一定の障害のある方が65歳になったとき、または一定の障害のある状態となったときで認定を希望されるとき(65歳から74歳の方)	●障害の程度を確認できる年金証書または身体障害者手帳等
広域連合による障害認定を撤回するとき(65歳から74歳の方)	●資格確認書※
兵庫県内に転入したとき	●負担区分等証明書
兵庫県内で住所が変わったとき	●資格確認書※
兵庫県外へ転出するとき	●資格確認書※
被保険者が死亡したとき ※葬祭費についてはP.20参照	●資格確認書※
生活保護を受けるようになったとき(届出が不要な場合があります)	●資格確認書※ ●生活保護受給証明書
生活保護を受けなくなったとき	●生活保護停廃止証明書

※資格情報のお知らせが交付されており、資格確認書をお持ちでない方は、資格情報のお知らせの持参は不要です。

この冊子は令和8年5月現在の情報により作成しています。
今後、制度の見直しにより記載内容が変更されることがあります。

発行 令和8年6月



ジェネリック医薬品について

医療機関で処方されるお薬には先発医薬品(新薬)とジェネリック医薬品(後発医薬品)があります。ジェネリック医薬品は、先発医薬品の特許終了後に、厚生労働大臣の承認のもと製造・販売されるお薬です。先発医薬品との同等性を確認し、承認されたお薬ですので、医療の質を落とさずに医療費負担を軽くすることができます。

○ジェネリック医薬品に切り替えるときの注意点

ジェネリック医薬品に変更が可能かどうか医師や薬剤師にご相談ください。また、薬剤師にジェネリック医薬品の説明を十分受けてから選択しましょう。納得がいくまで特徴など説明を聞いて選択するようにしましょう。なお、処方せんの所定の欄にジェネリック医薬品への変更不可の医師のチェックや署名がある場合は、ジェネリック医薬品に変更できません。

①お薬手帳などに効果を記録しましょう

ジェネリック医薬品に変更したら、それまで服用していた先発医薬品と比較して効果や副作用などを記録しましょう。必要であれば医師や薬剤師に相談し、場合によっては先発医薬品に戻すなど柔軟に対応しましょう。

②「分割調剤」からはじめる

長く服用していた先発医薬品を一度にジェネリック医薬品に変更するのは少し不安が残るという方は、ひとまず全処方日数のうち、数日分をジェネリック医薬品に変更して様子を見るといった「分割調剤」を選択することもできます。

※薬局によっては、取り扱いや在庫がなく、希望するジェネリック医薬品を選べない場合もあります。その場合、取り寄せなどが可能かどうか、薬剤師に相談してみましょう。

○長期収載品の選定療養（特別の料金）について

長期収載品（ジェネリック医薬品がある先発医薬品）の処方を希望される場合は、薬価の差額の2分の1相当が、特別の料金として医療機関の窓口での一部負担金に加算されます。薬剤料以外の費用（診療・調剤の費用）はこれまでと変わりません。また、先発医薬品を処方・調剤する医療上の必要があると認められる場合等は、特別の料金はかかりません（過去に当該ジェネリック医薬品において副作用が出たことがある場合等は、医師、薬剤師等にご相談ください）。

バイオ医薬品・バイオシミラーについて

○バイオ医薬品とは

バイオテクノロジーを応用して生産されたタンパク質を有効成分とする医薬品です。バイオ医薬品は、今まで治療が難しかった病気への効果が期待されています。

○バイオシミラーとは

バイオ医薬品の特許が切れた後に、他の製薬会社から販売される薬で、特許が切れた薬と同じように使うことができます。また、先行バイオ医薬品と同等、同質の品質、安全性、有効性を有する医薬品です。

リフィル処方箋について

症状が安定している患者で一定の要件を満たした場合に、医師が定めた期間内に最大3回まで繰り返し使用可能な処方箋です。メリットとして受診の回数や通院時間、診察の待ち時間を減らすことができ、診察費用等の負担の軽減にもつながります。一方で、医師の診察回数が減る分、薬剤師と密にコミュニケーションを取ったり、患者自身が体調の変化をより気遣ったりする必要があります。まずはリフィル処方箋の特徴と留意点をしっかりと理解し、活用していきましょう。