

各保険医療機関  
各保険薬局  
各訪問看護ステーション  
各施術所

御中

徳島県後期高齢者医療広域連合長 内藤 佐和子  
(公印省略)

令和4年度後期高齢者医療被保険者証等の年次更新及び  
窓口負担見直しに伴う再交付について（通知）

日頃は、後期高齢者医療制度の運営に格別の御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。  
さて、標記のことについて、後期高齢者医療被保険者証、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証及び後期高齢者医療限度額適用認定証が、令和4年8月から更新されます。

また、令和4年度は、法律の一部改正に伴い、窓口負担が見直されることから、全被保険者に対して10月までに後期高齢者医療被保険者証の再交付を行います。

つきましては、次のとおり被保険者証等の記載事項等に変更がありますので、診療の際は、被保険者証等の確認の徹底に御協力いただきますようよろしくお願いいたします。

主な変更点

1 有効期限

令和4年7月31日

被保険者証

(1) 令和4年9月30日（有効期間2か月間）

(2) 令和5年7月31日（有効期間10か月間）

短期被保険者証

(3) 令和4年9月30日（有効期間2か月間）

(4) 令和4年11月30日（有効期間2か月間、更新後の有効期限は令和5年3月31日、令和5年7月31日となります。）

※ (1) (2)については、窓口負担見直しに伴い、有効期限を区切っています。

※ (3) (4)については、4か月ごとに更新する有効期間の短い被保険者証ですが、(1) (2)と比べて効力に違いはありません。(3) (4)についても、窓口負担見直しに伴い、有効期限を一部区切っています。

※ (2) (4)については、窓口負担見直しにより再交付される証の有効期限です。

2 その他記載事項

(1) 一部負担金の割合（自己負担割合）

令和3年中の所得を基に1年間の自己負担割合を判定していますので、変更されている場合があります。また、有効期間内であっても、転居等による世帯構成の変更や所得更正等により変更される場合があります。

(2) 保険者番号

後期高齢者医療制度は県単位での運営となりますが、県内市町村間において被保険者の住所変更があった場合には保険者番号が変更されます。

3 被保険者証等の仕様

裏面以下のとおり

〒771-0135

徳島市川内町平石若松78番地1

徳島県後期高齢者医療広域連合事務局事業課

担 当 資格保険料担当 三木, 武田, 妹尾, 宮田, 小倉

給付担当 岩井, 大平

電 話 088-677-3666

被保険者証等の仕様

1 被保険者証等の有効期限及び色

名称	有効期限	証の色
後期高齢者医療被保険者証（年次更新時）	令和4年9月30日	黄色
後期高齢者医療被保険者証（再交付時）	令和5年7月31日	緑色
後期高齢者医療特定疾病療養受療証	なし	びわ色
後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証	令和5年7月31日	ラベンダー色
後期高齢者医療限度額適用認定証	令和5年7月31日	ねずみ色

2 被保険者証の様式（表面）

<p>後期高齢者医療被保険者証</p> <p>有効期限 <u>令和4年9月30日</u></p> <p>交付年月日 _____</p>		<p>後期高齢者医療被保険者証</p> <p>有効期限 <u>令和5年7月31日</u></p> <p>交付年月日 _____</p>	
被保険者番号		被保険者番号	
被 保 険 者	住 所	被 保 険 者	住 所
	氏 名		氏 名
	生年月日		生年月日
資格取得年月日		資格取得年月日	
発効期日		発効期日	
一部負担金の割合		一部負担金の割合	
<p>保険者番号</p> <p>並びに保険</p> <p>者の名称及</p> <p>び印</p> <p>徳島県 後期高齢者医療広域連合 印</p>		<p>保険者番号</p> <p>並びに保険</p> <p>者の名称及</p> <p>び印</p> <p>徳島県 後期高齢者医療広域連合 印</p>	

令和4年8月以降の被保険者証  
(年次更新時)

- ・ 保険証の色：黄色
- ・ 有効期限：令和4年9月30日
- ・ 負担割合：1割又は3割

令和4年10月以降の被保険者証  
(再交付時)

- ・ 保険証の色：緑色
- ・ 有効期限：令和5年7月31日  
又は 令和4年11月30日
- ・ 負担割合：1割又は2割又は3割

(裏面)

備 考	
※ 以上の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思表示をすることができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲ってください。	
1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。 2. 私は、心臓が停止した死後限り、移植の為に臓器を提供します。 3. 私は、臓器を提供しません。	
(1又は2を選んだ方で、提供しない臓器があれば)	
<b>個人情報保護シール</b> 【心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼珠】 (特記欄: )	
署名年月日:      年      月      日	
本人署名(自筆):      _____	
家族署名(自筆):      _____	

意思表示欄は、個人情報保護シール(緑色)により覆われている場合があります。

3 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の様式  
(1割負担の所得区分が(低額)Ⅰ・Ⅱの方)

(表面)

(裏面)

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証											
有効期限 交付年月日											
被保険者番号	色：ラベンダー色										
被保険者	住所										
	氏名										
	生年月日										
発効期日											
適用区分											
長期入院 該当年月日	保険者印										
保険者番号 並びに保険者の名称及び印	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 徳島県 後期高齢者医療広域連合										

注 意 事 項
1. この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。 (1) 療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、医療機関等ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。 (2) 入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける場合に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。
2. 被保険者の資格がなくなったとき又は認定の条件に該当しなくなったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
3. 有効期限を経過した証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して後期高齢者医療給付を受けた場合は、後期高齢者医療給付費の返還を求められる場合があります。
4. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者(徳島県後期高齢者医療広域連合)宛ての届書を、市町村に提出してください。
5. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
備考

4 後期高齢者医療限度額適用認定証の様式  
 (3割負担の所得区分が(現役並)Ⅰ・Ⅱの方)

(表面)

(裏面)

<b>後期高齢者医療限度額適用認定証</b>											
有効期限 交付年月日											
被保険者番号	色：ねずみ色										
被 保 険 者	住 所										
	氏 名										
	生年月日										
発効期日											
適用区分											
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 徳島県 後期高齢者医療広域連合										

<b>注 意 事 項</b>
1. この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、医療機関等ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。 2. 被保険者の資格がなくなったとき又は記載された適用区分に該当しなくなったときには、直ちにこの証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。 3. 有効期限を経過した証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して後期高齢者医療給付を受けた場合は、後期高齢者医療給付費の返還を求められる場合があります。 4. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、保険者（徳島県後期高齢者医療広域連合）宛での届書を、市町村に届出してください。 5. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。 備考

※名称が酷似しておりますので、それぞれ混同されないようご注意ください。  
 問合せ等では便宜上、以下の略称を用います。

- ①後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 → 減額認定証 (略称)
- ②後期高齢者医療限度額適用認定証 → 限度額認定証 (略称)

5 保険者番号

8桁(法別番号2桁, 都道府県番号2桁, 市町村番号3桁, 検証番号1桁)の算用数字を組み合わせたものとなります。

市町村名	後期高齢者医療 保険者番号	市町村名	後期高齢者医療 保険者番号
徳島市	39362017	神山町	39363429
鳴門市	39362025	那賀町	39363684
小松島市	39362033	牟岐町	39363833
阿南市	39362041	美波町	39363874
吉野川市	39362058	海陽町	39363882
阿波市	39362066	松茂町	39364013
美馬市	39362074	北島町	39364021
三好市	39362082	藍住町	39364039
勝浦町	39363015	板野町	39364047
上勝町	39363023	上板町	39364054
佐那河内村	39363213	つるぎ町	39364682
石井町	39363411	東みよし町	39364898

6 被保険者番号

8桁(受給者番号7桁, 検証番号1桁)の算用数字を組み合わせたものとなります。