

保険証の一齐更新のお知らせ

保険証が新しくなります (橙色→黄色)

現在、ご使用の橙色の保険証は有効期限が令和5年7月31日をもって満了となるため、8月以降は使用できなくなります。

7月中に新しい保険証を交付しますので、お手元に届きましたら黄色の保険証をご使用ください。

新しい保険証の有効期限は、令和6年7月31日です。

紛失したときや、汚れたときは再交付しますので、妹背牛町役場住民課保険グループまでお申し出ください。

減額認定証、限度証も新しくなります (水色→黄緑色)

現在、ご使用の水色の減額認定証及び限度証の有効期限が、令和5年7月31日をもって満了となるため、8月以降は使用できなくなります。

引き続き、交付対象に該当する方は、7月中に減額認定証及び限度証を交付しますので、8月1日からは黄緑色の減額認定証及び限度証をご使用ください。

新たに必要となる方は、下記の交付要件に該当することをご確認の上、妹背牛町役場住民課保険グループへ申請してください。

※有効期間は1年間です。

減額認定証の交付対象…次の区分Ⅰまたは区分Ⅱに該当する方

区分Ⅰ	世帯全員が住民税非課税である方のうち、次のいずれかに該当する方
	世帯全員の所得が0円の方 (公的年金控除は80万円を適用 給与所得がある場合、その金額から10万円を控除)
	老齢福祉年金を受給されている方
区分Ⅱ	世帯全員が住民税非課税で区分Ⅰに該当しない方

限度証の交付対象…次の3区分のうち、現役並みⅠまたは現役並みⅡに該当する方

現役並みⅢ	住民税課税所得が690万円以上の被保険者と、その方と同一世帯にいる被保険者の方
現役並みⅡ	現役並みⅢに該当せず、住民税課税所得が380万円以上の被保険者と、その方と同一世帯にいる被保険者の方
現役並みⅠ	現役並みⅢ・Ⅱに該当しない3割負担の方と、その方と同一世帯にいる被保険者の方

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限 ○○年 7月31日 交付年月日 ○○年 7月 1日	
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
被 住 所	広域市連合町1丁目
保 険 氏 名	広域 太郎 男
者 生 年 月 日	昭和 7年 7月 7日
資格取得年月日	平成20年 4月 1日
発 効 期 日	平成20年 4月 1日
一部負担金の割合	1割
保険者番号並びに保険者の名称及び印	39011000 北海道後期高齢者医療広域連合 公印(朱)

保険証 (黄色)

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 ○○年 7月31日 交付年月日 ○○年 8月 1日	
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
被 住 所	広域市連合町1丁目
保 険 氏 名	広域 太郎
者 生 年 月 日	昭和 7年 7月 7日
発 効 期 日	○○年 8月 1日
適用区分	区分Ⅱ
長期入院該当年月日	○○年 8月 1日 保険者印
保険者番号並びに保険者の名称及び印	39011000 北海道後期高齢者医療広域連合 公印(朱)

減額認定証 (黄緑色)

後期高齢者医療限度額適用認定証	
有効期限 ○○年 7月31日 交付年月日 ○○年 8月 1日	
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7
被 住 所	広域市連合町1丁目
保 険 氏 名	広域 太郎
者 生 年 月 日	昭和 7年 7月 7日
発 効 期 日	○○年 8月 1日
適用区分	現役Ⅱ
保険者番号並びに保険者の名称及び印	39011000 北海道後期高齢者医療広域連合 公印(朱)

限度証 (黄緑色)

【お問い合わせ】

北海道後期高齢者医療広域連合
TEL 011-290-5601

妹背牛町役場住民課保険グループ
TEL 0164-32-2410 (直通)