新型コロナウイルス関係支援制度

1 国民健康保険税の減免

【対象となる世帯】 次の①または②のいずれかに該当する世帯

①新型コロナウイルス感染症により、主たる生計維持者が死亡し、又は重篤な傷病を負った世帯

②新型コロナウイルス感染症の影響により、主たる生計維持者の事業収入、不動産収入、山林収入又は給与収入（以下「事業収入等」という。）の減少が見込まれ、次のアからウまでのすべてに該当する世帯

ア　事業収入等のいずれかの減少額（保険金、損害賠償等により補填されるべき金額を控除した額）が前年の当該事業収入等の額の10分の3以上

イ　前年の合計所得金額が1,000万円以下

ウ　減少が見込まれる事業収入等に係る所得以外の前年の所得の合計額が400万円以下

【減免される額】

①に該当する場合…全額免除

②に該当する場合…表1によって算出した対象国保税額（D）に、表2に基づく減額、又は免除の割合（E）を乗じた金額

【表1】新型コロナウイルス感染症に係る国保税の減免の対象となる税額の算出方法

対象国保税額（D）＝（A）×（B）÷（C）

（A）世帯全体の国保税額（令和4年度の国保税額は、7月に発送予定の納税通知書でお知らせいたします。）

（B）主たる生計維持者の減少が見込まれる事業収入等に係る前年の所得額

（C）世帯全体の前年の合計所得金額

【表2】新型コロナウイルス感染症に係る国保税の減免割合

前年の合計所得金額	減額又は免除の割合(E)
300万円以下	全部
400万円以下	10分の8
550万円以下	10分の6
750万円以下	10分の4
1,000万円以下	10分の2

【減免申請に必要な書類】

●申請書　●申請者の本人確認書類

●主たる生計維持者の減収した月の収入状況（前年・現年）が確認できる書類（給与明細書など）

2 傷病手当金

奥出雲町国民健康保険の被保険者が、新型コロナウイルス感染症に感染した場合または発熱等の症状があり感染が疑われた場合に、その療養のために会社等を休み、給与等が受けられない場合に傷病手当金を支給します。

※傷病手当金を受けるためには、申請が必要です。

対象者（次のすべての要件を満たす人）

・奥出雲町国民健康保険の加入者で、給与や賃金の支払いを受けている。

・新型コロナウイルス感染症に感染、または発熱等の症状があり感染が疑われ、療養のために仕事をすることができない。

・療養のために休んだ期間に、給与や賃金が受けられない、または一部減額され支払われている。

新型コロナウイルスに関する支援制度について詳しくは、町のホームページをご覧いただくか、健康福祉課　保険グループまでお問い合わせください。

【お問い合わせ】健康福祉課　保険グループ　　有線：31-5121　電話：54-2511

国民健康保険からのお知らせ

☆奥出雲町では、『特定健康診査』の名称を『住民健康診断』に変更します。

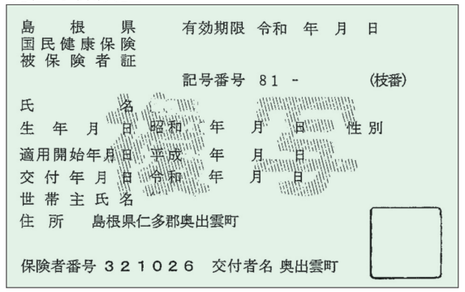
☆『国民健康保険被保険者証』と『住民健康診断（特定健康診査）受診券』をこの名称変更に合わせ、一体化します。

1　令和4年8月に行う保険証更新から一体化します。

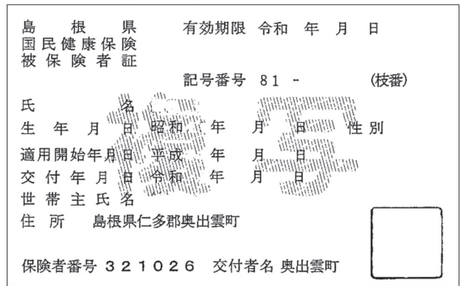
2　保険証部分は『薄い黄色』、受診券部分は『白色』です。

3　保険証更新までに住民健康診断（特定健康診査）を受診された方と39歳以下の年齢の方は、下側の受診券部分を切り取ってお送りします。

現在の保険証



新しい保険証と受診券



現在の受診券

特定健康診査受診券（セット券）

年（令和　年）　月　日交付

受診券整理番号	
氏　名	
性　別	生年月日　年（　年）　月　日
有効期限	年（令和　年）　月　日

健診内容		実施形態	実施項目	窓口の自己負担 負担額	同時実施負担額	負担率	保険者負担上限額
特定健診	基本項目	個別	○	0円	—	—	—
		集団	○	0円	—	—	—
	詳細項目 貧血	個別	△	0円	—	—	—
		集団	△	0円	—	—	—
	心電図	個別	△	0円	—	—	—
		集団	△	0円	—	—	—
	眼底	個別	△	0円		—	—
		集団	△	0円		—	—
	血清クレアチニン	個別	△	0円		—	—
		集団	△	0円		—	—
特定健診以外の項目	生活機能チェック	個別	—	—		—	—
		集団	—	—		—	—
	生活機能評価	個別	—	—		—	—
		集団	—	—		—	—
	追加健診	個別	△	0円		—	—
		集団	△	0円		—	—
	人間ドック	個別	—	—		—	—
		集団	—	—		—	—

注）△は、基本項目、生活機能チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します

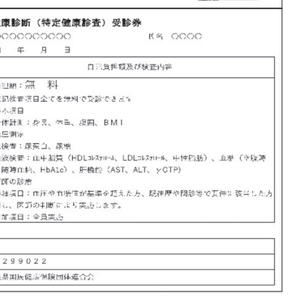
注）生活機能評価を同時実施した場合は、同時実施負担額欄の自己負担額をお支払いください

保健指導窓口の自己負担額	0円

保険者等	所在地	仁多郡奥出雲町三成358番地1
	電話番号	0854-54-2511
	番号	0 0 3 2 1 0 2 6
	名称	奥出雲町
		公印省略

契約とりまとめ機関名	
支払代行機関番号 ※	93299022
支払代行機関名 ※	島根県国民健康保険団体連合会

※　実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください



住民健康診断（特定健康診査）受診券

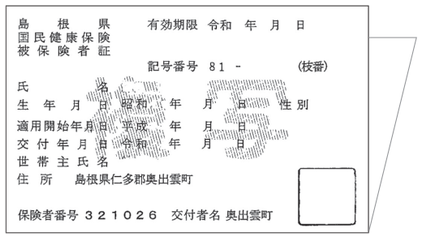
受診券整理番号　○○○○○○○○○○　氏名　○○○○

有効期限　令和　年　月　日

健診内容		基本項目	詳細項目	追加項目	自己負担	自己負担額及び検査内容
特定健診	基本項目	○	-	-	0円	○自己負担：無　料 ※定期検査項目全てを無料で受診できます。 ○基本項目 ・身体計測：身長、体重、腹囲、BMI ・血圧測定 ・尿検査：尿糖、尿蛋白 ・血液検査：血中脂質（HDLコレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪）、血糖（空腹時又は随時血糖、HbA1c）、肝機能（AST、ALT、γGTP） ・問診の診察 ○保健指導：生活習慣病が基礎疾患であるため、医師等の問診等で異常が認められた方に対し、医師の判断により実施します。 ○追加項目：全員実施
	貧血	-	○	○	0円	
	心電図		○	○	0円	
	血清クレアチニン		○	○	0円	
	眼底	-	○	-	0円	
	尿検査	-	-	○	0円	

契約取りまとめ機関名	
支払代行機関番号	93299022
支払代行機関名	島根県国民健康保険団体連合会

※保険証は「薄い黄色」、受診券は「白色」です。



中央で二つ折りになります

【お問い合わせ】健康福祉課　保険グループ　　有線：31-5121　電話：54-2511