

5-1

介護保険制度の概要

介護保険制度は、介護を社会的な問題として位置づけ、高齢者の介護費用を国民全体で公平に負担するための制度です。

40 歳になるとすべての人が介護保険制度に加入し、保険料を納めることになります。介護保険制度を運営する保険者は市町村・東京 23 区(以下「市町村」)ですが、当組合は皆さんの毎月の給料から介護保険料を徴収する義務を課せられています。

(1)被保険者

第1号被保険者……市町村の区域内に住所を有する 65 歳以上の人

第2号被保険者……市町村の区域内に住所を有する 40 歳以上 65 歳未満の人および、住民基本台帳法に基づいて登録し、3 か月を超えてわが国に滞在すると認められる 40 歳以上 65 歳未満の人で、医療保険加入者。当組合では被扶養者の介護保険料を別に負担する必要はありません。

(2)保険料の徴収者

第1号被保険者……市町村

注:65 歳以上で医療保険(健康保険組合など)に加入している人も、原則として受給している年金から天引きして、市町村が徴収します。

第2号被保険者……各医療保険者が徴収し、社会保険診療報酬支払基金に一括納付します。

(3)年齢計算の考え方

「40 歳に達したとき」とは、法律上(年齢計算に関する法律及び民法)誕生日の前日を意味しています。

当組合では、40 歳の誕生日の前日が属する月から 65 歳の誕生日の前日が属する月の前月まで、介護保険料を徴収します。

65 歳の誕生日の前日が属する月からは、介護保険料は市町村で徴収します。

例:①昭和 49 年 5 月 1 日生まれの人(西暦 1974 年 5 月 1 日生まれ)の場合

40 歳の誕生日の前日は、平成 26 年 4 月 30 日(西暦 2014 年 4 月 30 日)ですので、介護保険は平成 26 年 4 月から該当します。
平成 26 年 5 月分給与から控除開始となります。

②昭和 49 年 5 月 2 日生まれの人(西暦 1974 年 5 月 2 日生まれ)の場合

40 歳の誕生日の前日は、平成 26 年 5 月 1 日(西暦 2014 年 5 月 1 日)ですので、介護保険は平成 26 年 5 月から該当します。
平成 26 年 6 月分給与から控除開始となります。

(4)介護保険料(率)

介護保険料(率)は、毎年、社会保険診療報酬支払基金からくる「介護給付費納付金額」によって算出されますので、原則として毎年度 3 月分保険料から変更されますが、事業主と被保険者の負担割合は折半とし、端数は事業主負担となります。

(5)介護サービスを受けるには

介護保険制度の保険者は市町村ですので、介護サービスを受ける場合は市町村の窓口本人が出向き(代理人でも可)介護認定を受けることが必要です。ただし、40 歳以上 65 歳未満

5. 介護保険関係

の人は初老期痴呆、脳血管障害等の老化に起因する疾病に限られております。

(6) 介護保険適用除外等

下記の事由のいずれかに該当する場合には、介護保険の被保険者となりません。該当するときは、「介護保険適用除外等該当・不該当届」(5-1-3 参照)を提出してください。
なお、提出の際、事由に応じて添付していただく書類があります。

【適用除外等の事由と添付書類】

- ① 国外居住者(海外赴任で、被保険者及び被扶養者が日本国に住所を有しないとき)
⇒ 住民票の除票

- ② 国内居住者(海外赴任から帰国し被保険者及び被扶養者が日本国に住所を有したとき)
⇒ 住民票

- ③ 身体障害者療養施設入所者 ⇒ 入所・入院の証明書

- ④ 在留資格3か月以下の外国人 ⇒ 在留資格を証明する書類(写)と雇用契約期間を証明できる雇用契約書(写)

5. 介護保険関係

介護保険適用除外等 該当・不該当届

介護保険適用除外等

該 当 届
不 該 当

どちらかを選択

記号番号を必ず記入

西武健康保険組合理事長 殿

No. _____

適用除外等の事由によって、次の書類を添付してください。
 ◎ 国内居住者となったとき・・・住民票
 ◎ 国外居住者のとき・・・住民票の除票
 ◎ 身体障害者療養施設入所者のとき・・・入所・入院の証明書
 ◎ 在留資格3ヶ月以下の外国人のとき・・・在留資格を証する書類（写）と雇用契約期間を証明できる雇用契約書（写）

健康保険被保険者証の	記号	100	番号	12345	健 保 組 合
被保険者の氏名	西武 太郎	男・女	生年月日	昭和 40年 5月 1日 平成	常務理事
被扶養者の氏名	西武 花子	男・女	続柄	妻	事務長
	西武 健夫	男・女	続柄	長男	
		男・女			
		男・女			
		男・女			
被保険者の住所	(〒358 - 0053) 埼玉県入間市〇〇〇1-11-1				取扱者
被扶養者の住所 (被保険者と同居であれば、同上と記入)	同上				
適用除外等の事由	① 国外居住者 2. 身体障害者療養施設入所者 3. 在留資格3ヶ月以下の外国人				適用除外の事由を選択
該当・不該当の別	① 該 当	該当・不該当の年月日	平成 〇年 〇月 〇日		
入居施設の名称					
入居施設の所在地	(〒 -)				事業所 所 属
事業主の証明	提出年月日を記入 → 令和 〇年 〇月 〇日				⑩ ⑩
	上記のとおり届出いたします。 所在地 埼玉県所沢市くすのき台1-11-1 名称 〇〇〇〇株式会社 事業主の氏名 〇 〇 〇 〇				⑩ ⑩

T06-202108 健保受付年月日

本社担当者および本社責任者が押印

所属担当者および所属責任者が押印