

Hỗ trợ sức khỏe của chúng ta

# Bảo hiểm Y tế Quốc gia tỉnh Shiga

Phiên bản năm tài chính 2026



## Mục lục

Cơ chế của Bảo hiểm Y tế Quốc gia / Người tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia là ai?.....	1
Những trường hợp này cần khai báo trong vòng 14 ngày.....	2
Phí bảo hiểm (thuế) hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Quốc gia .....	3
Hãy đảm bảo nộp phí bảo hiểm (thuế) đúng hạn!.....	5
Các trợ cấp nhận được từ Bảo hiểm Y tế Quốc gia.....	6
Chi trả chi phí ăn uống khi nằm viện, chi phí sinh hoạt khi nằm viện .....	8
Hỗ trợ chi phí điều trị cao.....	9
Chế độ cộng gộp chi phí y tế cao và chăm sóc dài hạn cao .....	12
Chế độ bảo hiểm chăm sóc dài hạn .....	13
Dịch vụ phúc lợi cho người khuyết tật, v.v. / Chế độ y tế người cao tuổi giai đoạn sau.....	14
Khi bị thương do tai nạn giao thông, v.v. / Hãy cùng đến tuổi nước nóng! .....	15
Bạn có biết? Thuốc generic .....	16
Hãy tham gia! Khám Sức khỏe Đặc biệt và Hướng dẫn Sức khỏe Đặc biệt .....	17
Vui lòng hợp tác trong việc thể hiện ý nguyện hiến tạng .....	18

Thông tin trong cuốn cẩm nang này được cập nhật chính xác tính đến ngày 31/01/2026. Nếu có bất kỳ sửa đổi luật pháp hay thay đổi nào về hệ thống, các thông tin mới nhất sẽ được thông báo ngay trên trang chủ của Tổ chức Bảo hiểm Y tế Quốc gia. Vui lòng quét mã QR ở góc bên phải để biết thêm chi tiết.



## Cơ chế của Bảo hiểm Y tế Quốc gia

Bảo hiểm Y tế Quốc gia (Kokuho) là chương trình trong đó tất cả những người tham gia cùng đóng phí bảo hiểm (thuế) ngay từ khi khỏe mạnh để chuẩn bị cho các trường hợp ốm đau hoặc bị thương, nhằm hỗ trợ các chi phí y tế cần thiết và cải thiện sức khỏe cho người tham gia.

- Chi phí tự chi trả  
Trẻ em trước tuổi đi học giáo dục bắt buộc: 20%  
Người từ sau khi đi học giáo dục bắt buộc đến dưới 70 tuổi: 30%  
Người từ 70 tuổi đến dưới 75 tuổi\*: 20% hoặc 30%



\*Từ ngày 1 của tháng tiếp theo tháng sinh nhật 70 tuổi đến ngày liền trước sinh nhật 75 tuổi



☆ Trong trường hợp gặp khó khăn trong việc thanh toán chi phí tự chi trả do thiên tai hoặc các lý do đặc biệt, người được bảo hiểm có thể nộp đơn xin hoàn hoặc miễn khoản chi phí này.  
→ Vui lòng liên hệ quầy phụ trách Bảo hiểm Y tế Quốc gia để biết thông tin chi tiết.

## Người tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia là ai?

Tất cả mọi người đều phải tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia (chế độ bảo hiểm toàn dân), ngoại trừ những người tham gia chế độ y tế cho người cao tuổi giai đoạn sau, người tham gia bảo hiểm y tế tại nơi làm việc hoặc người đang hưởng chế độ bảo trợ cuộc sống.

### ○ Tham gia theo từng hộ gia đình

Việc tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia được thực hiện theo từng hộ gia đình (những người sống cùng nhà và có chung sinh kế được coi là cùng một hộ). Chủ hộ sẽ thực hiện các thủ tục tham gia.

### ○ Mỗi một người dân đều là đối tượng được hưởng bảo hiểm

Mặc dù việc tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia được thực hiện theo từng hộ gia đình, nhưng mỗi thành viên trong gia đình đều là người được bảo hiểm riêng lẻ.

### ○ Trường hợp người nước ngoài

Đối tượng tham gia bao gồm người nước ngoài thuộc diện áp dụng của Luật Đăng ký Cư trú Cơ bản (người lưu trú trung và dài hạn (có thời gian cư trú trên 3 tháng), người vĩnh trú đặc biệt, người được phép lưu trú tạm thời, người được phép tị nạn tạm thời, người lưu trú quá hạn).

Ngoài ra, những người có thời gian cư trú từ 3 tháng trở xuống nhưng được chứng minh qua tài liệu khách quan rằng sẽ lưu trú trên 3 tháng cũng thuộc đối tượng tham gia.

### Về việc hủy giấy chứng nhận người được bảo hiểm

Giấy chứng nhận người được bảo hiểm đã ngừng phát hành mới từ ngày 02/12/2024, và chuyển đổi sang sử dụng "Thẻ bảo hiểm My Number" - thẻ tích hợp giữa thẻ My Number\* và giấy chứng nhận người được bảo hiểm. Để biết thông tin chi tiết, vui lòng xem tại trang chủ của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi Nhật Bản ([https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08277.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html)).



\* Thẻ My Number = Thẻ mã số cá nhân

\* Người sử dụng thẻ bảo hiểm My Number, giấy xác nhận tư cách hoặc giấy tờ liên quan một cách bất hợp pháp có thể bị xử phạt tù theo tội lừa đảo dựa trên Bộ luật Hình sự.

## Những trường hợp này cần khai báo trong vòng 14 ngày

Xin lưu ý rằng nếu khai báo chậm trễ, bạn có thể phải tự chi trả toàn bộ chi phí y tế hoặc nộp phí bảo hiểm (thuế) truy thu, dẫn đến các rắc rối không đáng có.

Ngoài ra, những người đã đăng ký sử dụng thẻ My Number làm thẻ bảo hiểm y tế cũng cần khai báo.

\* Trong trường hợp đã đi làm và tham gia bảo hiểm y tế của công ty nhưng không làm thủ tục ngừng tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia, vẫn sử dụng Bảo hiểm Y tế Quốc gia để khám chữa bệnh tại cơ sở y tế, bạn có thể phải hoàn trả chi phí y tế.

\* Trong trường hợp sử dụng thẻ My Number làm thẻ bảo hiểm, mỗi người cần tự đăng ký.

\* Thủ tục cần các giấy tờ A hoặc B sau:

A: Giấy tờ tùy thân có thể xác minh danh tính và giấy tờ có ghi mã số cá nhân (giấy chứng nhận cư trú hoặc giấy xác thực các mục ghi trong giấy chứng nhận cư trú)

B: Thẻ My Number

\* Các giấy tờ cần thiết khi khai báo có thể khác nhau tùy từng thị trấn/thành phố. Vui lòng liên hệ Phòng phụ trách Bảo hiểm Y tế Quốc gia của thị trấn/thành phố để biết thông tin chi tiết.

### Khi trở thành người được bảo hiểm của Bảo hiểm Y tế Quốc gia

- Khi chuyển đến từ một thị trấn/thành phố khác
- Khi không còn là người được bảo hiểm y tế khác
- Khi không còn là người được bảo hiểm phụ thuộc của bảo hiểm y tế khác
- Khi sinh con
- Khi không còn nhận trợ cấp bảo trợ cuộc sống
- Khi người nước ngoài nhập cảnh (ngoại trừ người lưu trú ngắn hạn)
- Khi người có quốc tịch nước ngoài tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia

### Giấy tờ cần thiết để thực hiện thủ tục

- Giấy chứng nhận chuyển đi
- Giấy chứng nhận ngừng tham gia bảo hiểm y tế
- Sổ tay sức khỏe mẹ và bé
- Thông báo quyết định hủy trợ cấp
- Hộ chiếu và thẻ cư trú
- Giấy chứng nhận người vĩnh trú đặc biệt hoặc thẻ cư trú

### Khi không còn là người được bảo hiểm của Bảo hiểm Y tế Quốc gia

- Khi trở thành đối tượng của chế độ y tế người cao tuổi giai đoạn sau (Trường hợp từ 65 tuổi đến dưới 75 tuổi) (Tham khảo trang 12)
- Khi chuyển đến thị trấn/thành phố khác
- Khi trở thành người được bảo hiểm của bảo hiểm y tế khác
- Khi trở thành người được bảo hiểm phụ thuộc của bảo hiểm y tế khác
- Khi qua đời
- Khi bắt đầu nhận trợ cấp bảo trợ cuộc sống

### Giấy tờ cần thiết để thực hiện thủ tục

- Giấy xác nhận tư cách hoặc thông báo thông tin tư cách
- Giấy xác nhận tư cách hoặc thông báo thông tin tư cách
- Giấy xác nhận tư cách hoặc thông báo thông tin tư cách của Bảo hiểm Y tế Quốc gia và các bảo hiểm y tế khác
- Giấy xác nhận tư cách hoặc thông báo thông tin tư cách
- Giấy xác nhận tư cách hoặc thông báo thông tin tư cách và thông báo quyết định bắt đầu trợ cấp

### Các trường hợp khác

- Khi thay đổi địa chỉ, chủ hộ, họ tên, v.v.
- Khi con cái sống tại làng/thị trấn/quận/thành phố khác để học tập
- Khi chuyển đến làng/thị trấn/quận/thành phố khác do vào cơ sở chăm sóc, v.v.
- Khi làm mất hoặc làm bẩn/hỏng giấy xác nhận tư cách hoặc thông báo thông tin tư cách

### Giấy tờ cần thiết để thực hiện thủ tục

- Giấy xác nhận tư cách
- Giấy xác nhận tư cách và giấy chứng nhận đang học, v.v.
- Giấy xác nhận tư cách và giấy chứng nhận vào cơ sở chăm sóc, v.v.
- Giấy tờ tùy thân có thể xác minh danh tính

\* Nếu làm mất, vui lòng báo cảnh sát.

Phát hành tháng 3 năm 2026/  
Hiệp hội Bảo hiểm Y tế Quốc gia tỉnh Shiga  
<https://www.shigakokuho.or.jp>

Xem phiên bản  
tiếng nước ngoài tại đây



## Phí bảo hiểm (thuế) hỗ trợ Bảo hiểm Y tế Quốc gia

### ○ Hệ thống Bảo hiểm Y tế Quốc gia và phí bảo hiểm (thuế)

Bảo hiểm Y tế Quốc gia cho phép chúng ta được khám chữa bệnh bằng cách tự chi trả một phần chi phí y tế, là một hệ thống quan trọng hỗ trợ cuộc sống của chúng ta. Phí bảo hiểm (thuế) được nộp sẽ là nguồn tài chính quý giá để duy trì hoạt động của Bảo hiểm Y tế Quốc gia, cùng với tiền trợ cấp từ quốc gia và tỉnh. Do đó, việc nộp phí bảo hiểm (thuế) là bắt buộc.

### ○ Phí bảo hiểm (thuế) của mọi người là...

**Đối với người dưới 40 tuổi**

★ Không phải người tham gia bảo hiểm chăm sóc dài hạn

Chỉ cần nộp phí bảo hiểm Y tế Quốc gia (thuế) (phần y tế và phần hỗ trợ người cao tuổi giai đoạn sau, phần hỗ trợ trẻ em và nuôi dạy trẻ).

**Phí bảo hiểm Y tế Quốc gia (thuế)**

- Phần y tế
- Phần hỗ trợ người cao tuổi giai đoạn sau
- Phần hỗ trợ trẻ em và nuôi dạy trẻ

**Đối với người từ 40 tuổi đến dưới 65 tuổi**

★ Người được bảo hiểm số 2 của bảo hiểm chăm sóc dài hạn

Nộp phí bảo hiểm Y tế Quốc gia (thuế) (phần y tế và phần hỗ trợ người cao tuổi giai đoạn sau, phần hỗ trợ trẻ em và nuôi dạy trẻ) cùng với phần bảo hiểm chăm sóc dài hạn thành một khoản phí bảo hiểm Y tế Quốc gia (thuế) duy nhất.

#### ● Khi tròn 40 tuổi vào giữa năm tài chính:

Từ tháng tròn 40 tuổi (tháng có ngày liền trước sinh nhật 40 tuổi), sẽ nộp thêm cả phí bảo hiểm chăm sóc dài hạn.

**Phí bảo hiểm Y tế Quốc gia (thuế)**

- Phần y tế
- Phần hỗ trợ người cao tuổi giai đoạn sau
- Phần hỗ trợ trẻ em và nuôi dạy trẻ
- Phần chăm sóc dài hạn

**Đối với người từ 65 tuổi đến dưới 75 tuổi**

★ Người được bảo hiểm số 1 của bảo hiểm chăm sóc dài hạn

Nộp tách riêng phí bảo hiểm Y tế Quốc gia (thuế) (phần y tế và phần hỗ trợ người cao tuổi giai đoạn sau, phần hỗ trợ trẻ em và nuôi dạy trẻ) và phí bảo hiểm chăm sóc dài hạn.

\*Đối với hộ gia đình mà tất cả người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia đều từ 65 tuổi đến dưới 75 tuổi, phí bảo hiểm (thuế) sẽ được khấu trừ từ lương hưu của chủ hộ (trừ trường hợp nộp qua chuyển khoản ngân hàng).

Tuy nhiên, nếu chủ hộ không phải là người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia, hoặc nếu tổng lương hưu hàng năm dưới 180.000 Yên, hoặc tổng số tiền phí bảo hiểm Y tế Quốc gia (thuế) và phí bảo hiểm chăm sóc dài hạn vượt quá 1/2 tổng lương hưu, thì phí bảo hiểm (thuế) sẽ được nộp tách riêng.

#### ● Khi tròn 65 tuổi vào giữa năm tài chính

Phí bảo hiểm chăm sóc dài hạn (phần chăm sóc dài hạn của Bảo hiểm Y tế Quốc gia) cho đến tháng trước khi tròn 65 tuổi sẽ được nộp dưới dạng phí bảo hiểm Y tế Quốc gia (thuế), được chia theo kỳ hạn nộp cho đến cuối năm tài chính.

**Phí bảo hiểm Y tế Quốc gia (thuế)**

- Phần y tế
- Phần hỗ trợ người cao tuổi giai đoạn sau
- Phần hỗ trợ trẻ em và nuôi dạy trẻ

**Phí bảo hiểm chăm sóc dài hạn**

- Phần chăm sóc dài hạn

### ○ Phí bảo hiểm (thuế) phải được nộp từ khi có tư cách tham gia

Phí bảo hiểm (thuế) phải được nộp từ khi có tư cách tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia. Tư cách tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia được xác lập từ thời điểm rút khỏi bảo hiểm y tế tại nơi làm việc, không còn nhận trợ cấp bảo trợ cuộc sống hoặc chuyển đến từ các làng/thị trấn/quận/thành phố khác. **Nếu chậm trễ trong việc khai báo, bạn sẽ phải nộp phí bảo hiểm (thuế) truy thu.**

### ○ Nghĩa vụ nộp phí (thuế) thuộc về chủ hộ

Giấy thông báo nộp phí (thuế) sẽ được gửi đến chủ hộ. Ngay cả khi chủ hộ đang tham gia bảo hiểm y tế tại nơi làm việc và không phải là người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia, nếu trong hộ gia đình có người tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia, chủ hộ vẫn là người có nghĩa vụ nộp phí (thuế).



### ○ Tiêu chuẩn tính phí bảo hiểm (thuế)

Cách tính phí bảo hiểm (thuế) được các thị trấn/thành phố quyết định dựa trên công thức tính bên phải.

☆ Trong trường hợp gặp khó khăn trong việc nộp phí bảo hiểm (thuế) do thiên tai hoặc các lý do đặc biệt, người được bảo hiểm có thể nộp đơn xin hoãn hoặc miễn khoản phí này.

→ Vui lòng liên hệ quầy phụ trách phí bảo hiểm (thuế) của các thị trấn/thành phố để biết thông tin chi tiết.



**Phí bình quân đầu người**

Tính theo số lượng người tham gia trong hộ gia đình

**Phí đồng đều**

Tính một khoản cố định cho mỗi hộ gia đình

**Phí theo thu nhập**

Tính theo thu nhập của người tham gia

**Hãy nộp phí bảo hiểm (thuế) bằng phương thức “chuyển khoản ngân hàng” tiện lợi và đáng tin cậy!**

Vui lòng xem mặt sau của phiếu đóng phí hoặc trang chủ của các thị trấn/ thành phố, v.v. để biết các phương thức nộp phí (thuế) khác, v.v.

\*Mức phí đóng góp vào Hệ thống Hỗ trợ Trẻ em và Nuôi dạy Trẻ em sẽ được miễn giảm hoàn toàn dựa trên định mức tính theo đầu người đối với trẻ em (áp dụng cho trẻ đến hết độ tuổi trung học phổ thông).

\*Để tìm hiểu thông tin chi tiết về Hệ thống Hỗ trợ Trẻ em và Nuôi dạy Trẻ em, vui lòng tham khảo tại đây.

Trang chủ của Cơ quan Trẻ em và Gia đình



Văn bản thông báo chính thức từ Cơ quan Trẻ em và Gia đình



## Hãy đảm bảo nộp phí bảo hiểm (thuế) đúng hạn!

**Phí bảo hiểm (thuế) là nguồn tài chính quan trọng để chi trả chi phí y tế của mọi người.**

**Nếu chậm nộp phí bảo hiểm (thuế), có thể bị tính phí trễ hạn.**

Xin lưu ý rằng các hộ gia đình chậm nộp phí bảo hiểm (thuế) có thể bị áp dụng các biện pháp sau đây.


- 1 Nếu không nộp phí bảo hiểm (thuế) trong một khoảng thời gian nhất định mà không có lý do đặc biệt, người tham gia sẽ bị áp dụng chi phí điều trị đặc biệt, phải tự chi trả toàn bộ chi phí y tế đã phát sinh và sau đó được hoàn phần còn lại sau khi trừ đi chi phí tự chi trả.
- 2 Có thể bị tạm ngừng toàn bộ hoặc một phần các trợ cấp của Bảo hiểm Y tế Quốc gia. Ngoài ra, khi người tham gia nhận các trợ cấp từ Bảo hiểm Y tế Quốc gia (chi phí điều trị, chi phí điều trị cao, chi phí mai táng, vv.), toàn bộ hoặc một phần số tiền trợ cấp có thể được sử dụng để bù đắp khoản phí bảo hiểm (thuế) bị chậm nộp. Ngoài ra, theo luật, có thể áp dụng các biện pháp xử lý chậm nộp như tịch thu tài sản (lương, tiền gửi ngân hàng, bất động sản, vv.).

**Khi gặp khó khăn trong việc nộp phí bảo hiểm (thuế), vui lòng liên hệ sớm với quỹ phụ trách phí bảo hiểm (thuế) của các thị trấn/thành phố để được tư vấn!**

## Các trợ cấp nhận được từ Bảo hiểm Y tế Quốc gia

Khi tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia, bạn có thể nhận được nhiều trợ cấp khác nhau dựa trên mức phí bảo hiểm (thuế) do mọi người đóng góp.

### ◆ Trợ cấp điều trị

Trong những trường hợp sau:	Trợ cấp nhận được	Những điều cần lưu ý
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi bị ốm</li> <li>● Khi bị thương</li> <li>● Khi đau răng</li> </ul> 	Có thể tiếp nhận điều trị bằng cách chi trả một phần các chi phí y tế. <Chi phí tự chi trả> Trẻ em trước tuổi đi học giáo dục bắt buộc: 20% Người từ sau khi đi học giáo dục bắt buộc đến dưới 70 tuổi: 30% Người từ 70 tuổi đến dưới 75 tuổi: 20% hoặc 30%	Hãy xuất trình thẻ bảo hiểm My Number, giấy xác nhận tư cách hoặc các giấy tờ tương tự tại các cơ sở y tế có tiếp nhận bảo hiểm.

### ◆ Hỗ trợ chi phí điều trị (trường hợp có thể được Bảo hiểm Y tế Quốc gia hoàn lại sau khi đăng ký)

\*Thời hiệu yêu cầu hoàn trả chi phí điều trị là 2 năm kể từ ngày tiếp theo của ngày thanh toán các chi phí cần thiết cho việc điều trị. Tuy nhiên, đối với chi phí điều trị cao được hoàn lại, ngày bắt đầu tính là ngày 1 của tháng tiếp theo tháng khám chữa bệnh (nếu chi phí tự chi trả được thanh toán vào tháng tiếp theo tháng khám chữa bệnh hoặc muộn hơn, thì ngày bắt đầu tính sẽ là ngày tiếp theo ngày thanh toán.)

Trong những trường hợp sau:	Trợ cấp nhận được	Những điều cần lưu ý
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi điều trị tại cơ sở y tế không tiếp nhận bảo hiểm hoặc không mang theo thẻ bảo hiểm My Number/giấy xác nhận tư cách vì lý do bất khả kháng</li> </ul>	Sau khi tự thanh toán toàn bộ chi phí y tế, người tham gia có thể nộp đơn xin hoàn lại, và sau khi được xét duyệt, sẽ được hoàn lại phần chi trả bởi bảo hiểm.	Bảo hiểm sẽ thanh toán sau khi xem xét kỹ lưỡng tình hình. Cần có bảng kê chi tiết chi phí y tế, biên lai hoặc giấy tờ tương đương.
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi phát sinh chi phí cho các dụng cụ điều trị như nẹp chỉnh hình, bó bột, vv.</li> <li>● Chi phí máu tươi khi truyền máu</li> </ul>		Cần có giấy chứng nhận của bác sĩ, vv. Máu tươi từ cha mẹ, anh chị em hoặc người thân khác không được công nhận.
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi phát sinh chi phí vận chuyển đối với bệnh nhân nặng phải nhập viện hoặc chuyển viện, vv.</li> </ul>	Nếu việc vận chuyển được bác sĩ xác nhận là khẩn cấp và cần thiết, chi phí vận chuyển (trong phạm vi số tiền được tính dựa trên chi phí đi lại khi vận chuyển theo tuyến đường cũng như phương thức thông thường và tiết kiệm nhất) sẽ được bảo hiểm chi trả.	Chỉ áp dụng khi được Bảo hiểm Y tế Quốc gia công nhận. Khi nộp đơn, cần có giấy ý kiến của bác sĩ chứng minh việc vận chuyển là cần thiết và biên lai chi phí vận chuyển (có ghi quãng đường và khoảng cách vận chuyển).
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi tiếp nhận điều trị tại cơ sở y tế ở nước ngoài do ốm đau hoặc bị thương (chi phí điều trị ở nước ngoài)</li> </ul>	Số tiền hoàn lại sẽ được tính dựa trên chi phí điều trị cho cùng loại chấn thương hoặc bệnh tật tại Nhật Bản (nếu chi phí thực tế tại nước ngoài thấp hơn, số tiền hoàn lại sẽ dựa trên chi phí thực tế), và người tham gia có thể được hoàn lại phần chi phí được bảo hiểm công nhận sau đó.	Cần có bảng kê chi tiết nội dung khám chữa bệnh, biên lai chi tiết, bản dịch, bản sao hộ chiếu, vé máy bay hoặc các giấy tờ có thể chứng minh việc đi nước ngoài và giấy đồng ý cho việc điều tra.

\*Đối với chi phí điều trị ở nước ngoài, Bảo hiểm Y tế Quốc gia chỉ chấp nhận hoàn lại trong trường hợp bệnh cấp tính. Các trường hợp đi nước ngoài nhằm mục đích cấy ghép tạng hoặc điều trị các hạng mục không được bảo hiểm tại Nhật Bản sẽ không thuộc diện hoàn lại.

## ◆ Chi phí điều trị liên quan đến chỉnh hình bằng liệu pháp Judo, châm cứu, cứu ngải, xoa bóp và mát-xa

Trong những trường hợp sau:	Trợ cấp nhận được	Những điều cần lưu ý
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi điều trị với chuyên gia chỉnh hình bằng liệu pháp Judo (gãy xương, trật khớp, bầm tím, bong gân)</li> </ul>	<p>Có thể tiếp nhận điều trị bằng cách chi trả một phần các chi phí y tế.</p> <p>&lt;Chi phí tự chi trả&gt;</p> <p>Trẻ em trước tuổi đi học giáo dục bắt buộc: 20%</p> <p>Người từ sau khi đi học giáo dục bắt buộc đến dưới 70 tuổi: 30%</p> <p>Người từ 70 tuổi đến dưới 75 tuổi: 20% hoặc 30%</p>	<p>Vui lòng xuất trình thẻ bảo hiểm My Number hoặc giấy xác nhận tư cách, v.v. tại cơ sở điều trị. Ngoài ra, một số trường hợp có thể cần cần cầu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi điều trị chỉnh hình bằng liệu pháp Judo...</li> <li>● Theo chẩn đoán hoặc đánh giá của bác sĩ hoặc chuyên gia liệu pháp Judo, các trường hợp sau không thuộc diện bảo hiểm:</li> <li>● Đau vai gáy hoặc mệt mỏi cơ bắp đơn thuần (do yếu tố mãn tính hoặc mệt mỏi)</li> <li>● Điều trị dài hạn các bệnh mãn tính như đi chứng bệnh não, v.v. hoặc các triệu chứng không cải thiện</li> <li>● Đang điều trị cùng một chấn thương, v.v. tại cơ sở y tế (bệnh viện, phòng khám, v.v.)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi điều trị bằng liệu pháp châm cứu, cứu ngải, xoa bóp và mát-xa với giấy đồng ý hoặc giấy chẩn đoán của bác sĩ</li> </ul> <p>*Áp dụng tại các cơ sở điều trị áp dụng ủy quyền nhận chi phí bảo hiểm.</p> <p>Vui lòng xác nhận với cơ sở điều trị bạn muốn sử dụng xem đó có phải cơ sở áp dụng ủy quyền nhận chi phí bảo hiểm hay không. Ngoài ra, có thể xác nhận trên trang chủ của Cục (chi cục) Y tế địa phương.</p>		

\*Về việc ủy quyền nhận chi phí bảo hiểm: Chuyên gia điều trị thực hiện điều trị theo quy định của bảo hiểm y tế (chi phí điều trị), nhận chi phí tự chi trả từ bệnh nhân hoặc người liên quan, thay mặt bệnh nhân lập đơn đề nghị hỗ trợ chi phí điều trị và nộp cho đơn vị bảo hiểm hoặc cơ quan liên quan (tại tỉnh Shiga là Hiệp hội Bảo hiểm Y tế Quốc gia tỉnh Shiga), sau đó chuyên gia điều trị hoặc người được ủy quyền sẽ nhận chi phí điều trị từ bảo hiểm theo ủy quyền từ bệnh nhân. Ngoài ra, tại các cơ sở điều trị không áp dụng ủy quyền nhận chi phí bảo hiểm, nguyên tắc là hoàn trả sau khi người tham gia tự chi trả.

## ◆ Hỗ trợ chi phí điều trị cao

Trong những trường hợp sau:	Trợ cấp nhận được	Những điều cần lưu ý
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi tổng chi phí vượt quá mức quy định</li> </ul>	Vui lòng xem từ trang 7 đến trang 10.	

## ◆ Các trợ cấp khác

Trong những trường hợp sau:	Trợ cấp nhận được	Những điều cần lưu ý
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chi phí ăn uống trong thời gian nằm viện</li> </ul>	Vui lòng xem trang 6.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chi phí ăn uống và chỗ ở đối với trường hợp từ 65 tuổi trở lên nhập viện tại giường điều trị dài hạn</li> </ul>	Vui lòng xem trang 6.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi sử dụng dịch vụ điều dưỡng tại nhà, v.v.</li> </ul>	Một phần chi phí sẽ do người tham gia tự chi trả, phần còn lại được Bảo hiểm Y tế Quốc gia chi trả dưới dạng chi phí điều dưỡng tại nhà.	Khi bác sĩ xác định cần điều trị tại nhà. Vui lòng nộp thẻ bảo hiểm My Number hoặc giấy xác nhận tư cách, v.v. tại trung tâm điều dưỡng tại nhà, v.v. (có thể nhận trợ cấp từ bảo hiểm chăm sóc dài hạn trong một số trường hợp).
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi sinh con</li> <li>● Khi xảy thai hoặc thai chết lưu nhưng đã mang thai từ 85 ngày trở lên</li> </ul>	Chi trả trợ cấp sinh con và nuôi con một lần.	Để chi trả cho chi phí sinh con đã phát sinh bằng trợ cấp sinh con và nuôi con một lần, về nguyên tắc, Bảo hiểm Y tế Quốc gia thanh toán trực tiếp trợ cấp này cho cơ sở y tế hoặc cơ quan liên quan (theo chế độ thanh toán trực tiếp).
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Khi người tham gia qua đời</li> </ul>	Chi trả chi phí mai táng.	Trợ cấp này được áp dụng cho chủ tang. Cần có giấy tờ xác minh chủ tang.

☆Vui lòng liên hệ Phòng phụ trách Bảo hiểm Y tế Quốc gia của các thị trấn/thành phố để biết thông tin chi tiết.

## Chi trả chi phí ăn uống khi nằm viện, chi phí sinh hoạt khi nằm viện

Đối với phần chi phí ăn uống trong thời gian nằm viện và chi phí sinh hoạt (bao gồm chi phí ăn uống và chỗ ở) của người từ 65 tuổi trở lên nhập viện tại giường điều trị dài hạn, người tham gia sẽ chi trả số tiền thanh toán tiêu chuẩn sau đây, phần còn lại do Bảo hiểm Y tế Quốc gia chi trả.

Ngoài ra, người dưới 70 tuổi trong hộ gia đình không chịu thuế cư trú và người từ 70 tuổi trở lên thuộc diện không chịu thuế cư trú loại I hoặc II cần xuất trình “Giấy chứng nhận áp dụng giới hạn và giảm số tiền thanh toán tiêu chuẩn” tại cơ sở y tế. Vì vậy, vui lòng nộp đơn tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia để được cấp giấy chứng nhận.

Ngoài ra, tại các cơ sở y tế đã áp dụng hệ thống xác nhận tư cách trực tuyến, nếu có thể xác nhận phân loại bằng cách sử dụng thẻ bảo hiểm My Number hoặc các phương thức tương tự thì không cần nộp đơn xin cấp giấy chứng nhận (trừ trường hợp người thuộc hộ gia đình không chịu thuế cư trú có số ngày nằm viện trong 12 tháng qua vượt quá 90 ngày).

### 1. Chi phí ăn uống trong thời gian nằm viện (Áp dụng đến tháng 5 năm 2026)

Người thuộc diện thông thường (ngoài các trường hợp dưới đây)		1 bữa <b>510 Yên</b> <sup>*1</sup>
Hộ gia đình không chịu thuế cư trú, v.v. (Người từ 70 tuổi trở lên thuộc diện không chịu thuế cư trú loại II <sup>2</sup> )	Số ngày nằm viện trong 12 tháng qua tối đa là 90 ngày	1 bữa <b>240 Yên</b>
	Số ngày nằm viện trong 12 tháng qua vượt quá 90 ngày	1 bữa <b>190 Yên</b>
Người từ 70 tuổi trở lên thuộc diện không chịu thuế cư trú loại I <sup>3</sup>		1 bữa <b>110 Yên</b>

\*1: Người mắc bệnh nan y theo quy định hoặc trẻ em mắc bệnh mãn tính đặc biệt, v.v. được chi trả 300 Yên (mỗi bữa).

\*2: Chủ hộ và tất cả những người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia trong cùng hộ gia đình đều không chịu thuế cư trú.

\*3: Hộ gia đình mà chủ hộ và tất cả những người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia đều thuộc diện không chịu thuế cư trú, và thu nhập của chủ hộ cùng tất cả những người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia không đạt mức tiêu chuẩn nhất định.

Số tiền thanh toán tiêu chuẩn nêu trên không được tính vào chi phí tự chi trả để xác định chi phí điều trị cao.

### 2. Chi phí ăn uống và chỗ ở đối với trường hợp từ 65 tuổi trở lên nhập viện tại giường điều trị dài hạn (Áp dụng đến tháng 5 năm 2026)

Phân loại thu nhập, v.v.		Chi phí ăn uống	Chi phí chỗ ở
Người thuộc diện thông thường	Người đang nằm viện tại cơ sở y tế bảo hiểm áp dụng chi phí sinh hoạt khi nằm viện (I)	1 bữa <b>510 Yên</b>	1 ngày <b>370 Yên</b>
	Người đang nằm viện tại cơ sở y tế áp dụng chi phí sinh hoạt khi nằm viện (II)	1 bữa <b>470 Yên</b>	
Người thuộc hộ gia đình không chịu thuế cư trú (không chịu thuế cư trú loại II) <sup>2</sup>	Phân loại y tế	I	1 bữa <b>240 Yên</b>
		II-III	1 bữa <b>240 Yên</b> <sup>*1</sup>
Người thuộc hộ gia đình không chịu thuế cư trú và thu nhập của các thành viên trong hộ không đạt mức tiêu chuẩn nhất định (không chịu thuế cư trú loại I)	Phân loại y tế	I	1 bữa <b>140 Yên</b>
		II-III	1 bữa <b>110 Yên</b>

\*1: Nếu số ngày nằm viện trong 12 tháng qua vượt quá 90 ngày thì được chi trả 190 Yên mỗi bữa (chi phí ăn uống).

\*2: Người từ 65 đến 69 tuổi được áp dụng tương tự như hộ gia đình không chịu thuế cư trú (không chịu thuế cư trú loại II).

● Người mắc bệnh khó chữa được chỉ định chỉ phải chi trả phần tương đương chi phí nguyên liệu thực phẩm (mức chi phí tiêu chuẩn của chi phí ăn uống khi nằm viện).

Vui lòng xác nhận với cơ sở y tế xem có thuộc diện giường điều trị dài hạn hay không. Số tiền thanh toán tiêu chuẩn nêu trên không được tính vào chi phí tự chi trả để xác định chi phí điều trị cao.

# Hỗ trợ chi phí điều trị cao

Hỗ trợ chi phí điều trị cao Nội dung dưới đây là thông tin tại thời điểm tháng 3/2025, và có thể thay đổi trong tương lai.

Trong trường hợp chi phí tự chi trả đã thanh toán tại cơ sở y tế cao, Bảo hiểm Y tế Quốc gia sẽ chi trả số tiền vượt quá giới hạn tự chi trả.

Trong trường hợp nhận hỗ trợ chi phí điều trị cao, cần nộp đơn tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia.

Trong tháng chuyển đổi địa chỉ giữa các thị trấn/thành phố trong tỉnh Shiga, với điều kiện không có thay đổi về thành viên hộ gia đình, giới hạn tự chi trả trước và sau khi chuyển đổi sẽ được tính bằng 1/2 số tiền tương ứng của mỗi giai đoạn.

## 1. Khi chi phí tự chi trả trong 1 tháng vượt quá giới hạn

Trong trường hợp chi phí tự chi trả đã thanh toán cho phần điều trị từ ngày 1 đến cuối tháng tại cùng một cơ sở y tế hoặc cơ quan liên quan vượt quá giới hạn quy định trong bảng ① (dưới đây) và bảng ② (trang 8), bạn có thể nộp đơn tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia để được chi trả phần vượt quá (theo hình thức hoàn trả sau).

Trong trường hợp hoàn trả sau, thời gian từ khi nộp đơn đến khi được chi trả thực tế thường mất khoảng 3-4 tháng.

Nếu nộp đơn trước tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia để được cấp Giấy chứng nhận áp dụng giới hạn (đối với người thuộc diện không chịu thuế cư trú loại I hoặc II là “Giấy chứng nhận áp dụng giới hạn và giảm số tiền thanh toán tiêu chuẩn”), bạn có thể giới hạn số tiền thanh toán tại quầy của một cơ sở y tế (phân theo nội trú/ngoại trú, khoa nội/khoa nha) trong phạm vi giới hạn tự chi trả.

Tuy nhiên, tại các cơ sở y tế có áp dụng hệ thống xác nhận tư cách trực tuyến, nếu có thể xác nhận phân loại bằng cách sử dụng thẻ bảo hiểm My Number hoặc các phương thức tương tự thì không cần nộp đơn xin cấp giấy chứng nhận (trừ trường hợp người thuộc hộ gia đình không chịu thuế cư trú có số ngày nằm viện trong 12 tháng qua vượt quá 90 ngày).

**Nếu bạn chậm nộp phí bảo hiểm (thuế), giới hạn tự chi trả có thể không được áp dụng.**

## ① Đối với người dưới 70 tuổi

Phân loại áp dụng	Phân loại thu nhập	Phân loại thu nhập và giới hạn tự chi trả (hàng tháng)
A	Thu nhập trên 9,01 triệu Yên	252.600 Yên + (Tổng chi phí y tế - 842.000 Yên) × 1% (Nếu đạt giới hạn nhiều lần: 140.100 Yên <sup>2)</sup> )
B	Thu nhập từ trên 6 triệu Yên đến 9,01 triệu Yên	167.400 Yên + (Tổng chi phí y tế - 558.000 Yên) × 1% (Nếu đạt giới hạn nhiều lần: 93.000 Yên <sup>2)</sup> )
C	Thu nhập từ trên 2,1 triệu Yên đến 6 triệu Yên	80.100 Yên + (Tổng chi phí y tế - 267.000 Yên) × 1% (Nếu đạt giới hạn nhiều lần: 44.400 Yên <sup>2)</sup> )
D	Thu nhập từ 2,1 triệu Yên trở xuống	57.600 Yên (Nếu đạt giới hạn nhiều lần: 44.400 Yên <sup>2)</sup> )
E	Không chịu thuế cư trú <sup>1)</sup>	35.400 Yên (Nếu đạt giới hạn nhiều lần: 24.600 Yên <sup>2)</sup> )

Phân loại thu nhập được cập nhật vào tháng 8 hằng năm dựa trên thu nhập của năm trước. Ngoài ra, phân loại thu nhập sẽ được xác định lại mỗi khi có khai báo điều chỉnh thu nhập hoặc thay đổi hộ gia đình.

Thu nhập sẽ được tính dựa trên tổng thu nhập tiêu chuẩn hằng năm của tất cả những người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia trong cùng một hộ gia đình.

\*1: Chủ hộ và tất cả những người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia trong cùng một hộ gia đình đều thuộc diện không chịu thuế cư trú.

\*2: Giới hạn tự chi trả từ lần thứ 4 trở đi trong trường hợp cùng một hộ gia đình đã đạt giới hạn tự chi trả 3 lần trở lên trong 12 tháng qua.

◆ Ví dụ: Trường hợp người dưới 70 tuổi thuộc phân loại C (thu nhập từ trên 2,1 triệu Yên đến 6 triệu Yên) nhập viện tại một bệnh viện và chi phí y tế trong 1 tháng là 1 triệu Yên

Tổng chi phí y tế: 1 triệu Yên	
70% (Bảo hiểm Y tế Quốc gia chi trả) 700.000 Yên	30% (chi phí tự chi trả) 300.000 Yên
Giới hạn tự chi trả 87.430 Yên	Chi phí điều trị cao 212.570 Yên

Giới hạn tự chi trả = 80.100 Yên + ((1.000.000 Yên - 267.000 Yên) × 1%) = 87.430 Yên

## ② Đối với người từ 70 tuổi trở lên (trừ đối tượng áp dụng chế độ y tế người cao tuổi giai đoạn sau)

Tỷ lệ chi trả tại quầy	Phân loại thu nhập <sup>1)</sup>	Giới hạn tự chi trả (hàng tháng)	
		Ngoại trú (tính theo cá nhân):	Ngoại trú + Nội trú (tính theo hộ gia đình)
30%	Người có thu nhập tương đương người lao động đang làm việc <sup>2)</sup>	III: Thu nhập cơ sở chịu thuế từ 6,9 triệu Yên trở lên	252.600 Yên + (Tổng chi phí y tế - 842.000 Yên) × 1% (Nếu đạt giới hạn nhiều lần: 140.100 Yên <sup>3)</sup> )
		II: Thu nhập cơ sở chịu thuế từ 3,8 triệu Yên trở lên	167.400 Yên + (Tổng chi phí y tế - 558.000 Yên) × 1% (Nếu đạt giới hạn nhiều lần: 93.000 Yên <sup>3)</sup> )
		I: Thu nhập cơ sở chịu thuế từ 1,45 triệu Yên trở lên	80.100 Yên + (Tổng chi phí y tế - 267.000 Yên) × 1% (Nếu đạt giới hạn nhiều lần: 44.400 Yên <sup>3)</sup> )
20%	Người thuộc diện thông thường	18.000 Yên (giới hạn hằng năm 144.000 Yên) <sup>4)</sup>	57.600 Yên (Nếu đạt giới hạn nhiều lần: 44.400 Yên <sup>3)</sup> )
		Không chịu thuế cư trú	8.000 Yên
			15.000 Yên

\*1: Phân loại thu nhập được cập nhật hằng năm vào tháng 8 dựa trên thu nhập của năm trước. Ngoài ra, phân loại thu nhập sẽ được xác định lại mỗi khi có khai báo điều chỉnh thu nhập hoặc thay đổi hộ gia đình. Đối với hộ gia đình có người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia từ 70 tuổi trở lên, nếu tổng thu nhập tiêu chuẩn hằng năm từ 2,1 triệu Yên trở xuống cũng được xếp vào diện “thông thường”.

\*2: Trong cùng một gia đình có người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia từ 70 tuổi trở lên với thu nhập nhất định (thu nhập sau khi trừ các khoản khấu trừ theo Luật Thuế địa phương (thu nhập cơ sở chịu thuế) đạt từ 1,45 triệu Yên trở lên). Tuy nhiên, trong trường hợp tổng thu nhập của người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia từ 70 tuổi trở lên dưới mức quy định (hộ gia đình đơn thân: dưới 3,83 triệu Yên/năm; hộ gia đình từ 2 người trở lên: dưới 5,2 triệu Yên/năm) và có đơn yêu cầu, sẽ được chuyển sang phân loại “thông thường”. Trường hợp được đánh giá là đáp ứng điều kiện sẽ được xếp vào phân loại “thông thường” mà không cần nộp đơn.

\*3: Chủ hộ và tất cả những người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia trong cùng hộ gia đình đều không chịu thuế cư trú.

\*4: Hộ gia đình mà chủ hộ và tất cả những người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia đều thuộc diện không chịu thuế cư trú, và thu nhập của chủ hộ cùng tất cả những người được Bảo hiểm Y tế Quốc gia không đạt mức tiêu chuẩn nhất định.

\*5: Giới hạn tự chi trả từ lần thứ 4 trở đi trong trường hợp một hộ gia đình đã đạt giới hạn tự chi trả 3 lần trở lên trong 12 tháng qua.

\*6: Hằng năm là khoảng thời gian từ tháng 8 năm nay đến tháng 7 năm sau.

● Trong tháng đủ 75 tuổi, giới hạn tự chi trả của Bảo hiểm Y tế Quốc gia và chế độ y tế người cao tuổi giai đoạn sau sẽ được tính bằng 1/2 số tiền tương ứng của mỗi chế độ.

### Lưu ý khi tính chi phí tự chi trả

- Sẽ tính theo mỗi lần điều trị trong 1 tháng, từ ngày 1 đến cuối tháng.
- Các khoản như phí giường chèo lịch không thuộc diện bảo hiểm và chi phí tiêu chuẩn liên quan đến chi phí nằm uống khi nằm viện cùng các khoản liên quan không thuộc đối tượng chi trả.
- Sẽ tính riêng cho từng cá nhân tại mỗi bệnh viện hoặc phòng khám.
- Ngay cả trong cùng một bệnh viện hoặc phòng khám, ngoại trú và nhập viện, khoa nội và khoa nha sẽ được tính riêng.
- Khi nhận thuốc kê đơn tại nhà thuốc bên ngoài bệnh viện, chi phí tự chi trả sẽ được tính gộp với chi phí tự chi trả tại khoa nội (hoặc khoa nha) đã kê đơn.
- Đối với người dưới 70 tuổi, chi phí tự chi trả theo từng cá nhân, từng cơ sở y tế (phân theo nội trú/ngoại trú, khoa nội/khoa nha) từ 21.000 Yên trở lên sẽ thuộc đối tượng tính toán.

☆ Vui lòng liên hệ Phòng phụ trách Bảo hiểm Y tế Quốc gia của các thị trấn/thành phố để biết thông tin chi tiết.

## 2. Khi điều trị chi phí cao kéo dài trong thời gian dài

Đối với các bệnh cần chi phí y tế cao trong thời gian dài, thuộc danh sách bệnh sau đây do Bộ trưởng Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi chỉ định (bệnh đặc biệt), nếu nộp đơn tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia để được cấp “Giấy chứng nhận điều trị bệnh đặc biệt” và xuất trình tại quầy của cơ sở y tế hoặc cơ quan liên quan, chi phí tự chi trả hằng tháng sẽ được giới hạn ở mức 10.000 Yên, bất kể độ tuổi.\*

Tuy nhiên, đối với người dưới 70 tuổi thuộc phân loại thu nhập A và B mắc suy thận mãn tính cần chạy thận nhân tạo, chi phí tự chi trả hằng tháng sẽ được giới hạn ở mức 20.000 Yên.

\*Sau khi được chứng nhận là bệnh đặc biệt, nếu người tham gia đồng ý sử dụng thẻ bảo hiểm My number tại cơ sở y tế có áp dụng hệ thống xác nhận tư cách trực tuyến, dù không mang theo giấy chứng nhận, chi phí tự chi trả liên quan đến bệnh đó sẽ được giới hạn ở mức tối đa.

Danh sách bệnh đặc biệt do Bộ trưởng Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi chỉ định:

- Bệnh máu khó đông (Hemophilia)
- Nhiễm HIV do chế phẩm yếu tố đông máu
- Suy thận mãn tính cần chạy thận nhân tạo

## 3. Khi tổng chi phí trong cùng hộ gia đình Bảo hiểm Y tế Quốc gia vượt quá giới hạn

Dù chi phí tự chi trả tại quầy của một người (một lần) không thuộc diện hỗ trợ chi phí điều trị cao, nhưng trong trường hợp có nhiều lần khám hoặc có người khác trong cùng hộ gia đình tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia khám bệnh, bạn có thể cộng gộp chi phí tự chi trả tại quầy của từng trường hợp trong 1 tháng (theo lịch tháng). Trong trường hợp tổng số tiền cộng gộp vượt quá mức quy định, bằng cách nộp đơn tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia, phần vượt quá sẽ được chi trả dưới dạng chi phí điều trị cao (cộng gộp theo hộ gia đình).

\*Cộng gộp theo hộ gia đình không chỉ áp dụng khi cộng gộp chi phí tự chi trả của các thành viên trong gia đình, mà còn áp dụng khi cùng một người thanh toán chi phí tự chi trả tại nhiều cơ sở y tế hoặc cơ quan liên quan trong cùng một tháng.

### • Trường hợp cộng gộp giữa những người dưới 70 tuổi:

Trong cùng hộ gia đình tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia, nếu trong cùng tháng có từ 2 lần trở lên thanh toán chi phí tự chi trả từ 21,000 Yên trở lên tại quầy của các cơ sở y tế (tính theo từng cá nhân, từng cơ sở y tế), và tổng số tiền cộng gộp vượt quá giới hạn tự chi trả (trang 7), bạn có thể nộp đơn tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia để được chi trả phần vượt quá.

### • Trường hợp cộng gộp giữa người từ 70 tuổi trở lên (trừ đối tượng áp dụng chế độ y tế người cao tuổi giai đoạn sau) và người cao tuổi giai đoạn sau:

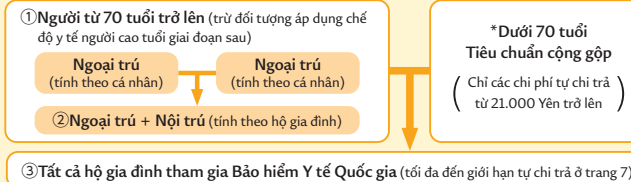
Chi phí tự chi trả của các trợ cấp điều trị và các khoản liên quan đã thanh toán trong cùng tháng, trong cùng hộ gia đình tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia là đối tượng được cộng gộp. Nếu tổng số tiền cộng gộp vượt quá giới hạn tự chi trả (trang 8), bạn có thể nộp đơn tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia để được chi trả phần vượt quá.

- ① Cộng gộp chi phí tự chi trả ngoại trú theo từng cá nhân, áp dụng giới hạn tự chi trả ngoại trú của người từ 70 tuổi trở lên và tính số tiền vượt quá giới hạn.
  - ② Cộng gộp chi phí tự chi trả nội trú và số tiền tự chi trả còn lại sau bước ①, áp dụng giới hạn tự chi trả theo hộ gia đình của người từ 70 tuổi trở lên và tính số tiền vượt quá giới hạn.
- Tổng số tiền vượt quá đã tính từ ① và ② sẽ là số tiền được chi trả.

## • Trường hợp cộng gộp người dưới 70 tuổi và người từ 70 tuổi trở lên (trừ đối tượng áp dụng chế độ y tế người cao tuổi giai đoạn sau)

Chia thành người từ 70 tuổi trở lên và người dưới 70 tuổi, rồi tính toán theo các bước sau:

- ① Cộng gộp chi phí tự chi trả ngoại trú của người từ 70 tuổi trở lên theo từng cá nhân, áp dụng giới hạn tự chi trả ngoại trú của người từ 70 tuổi trở lên (trang 8) và tính toán số tiền vượt quá giới hạn.
- ② Cộng gộp chi phí tự chi trả nội trú của người từ 70 tuổi trở lên và số tiền tự chi trả còn lại sau bước ①, áp dụng giới hạn tự chi trả theo hộ gia đình của người từ 70 tuổi trở lên (trang 8) và tính toán số tiền vượt quá giới hạn.
- ③ Cộng gộp chi phí tự chi trả của người dưới 70 tuổi \* và số tiền tự chi trả còn lại sau bước ②, tạo thành tổng chi phí tự chi trả của toàn hộ gia đình, áp dụng giới hạn tự chi trả của người dưới 70 tuổi (trang 7) và tính toán số tiền vượt quá giới hạn. Tổng số tiền tính được từ bước ① đến bước ③ sẽ là số tiền được chi trả.



\* Có thể thay đổi do sửa đổi pháp luật trong tương lai.

## Chế độ cộng gộp chi phí y tế cao và chăm sóc dài hạn cao

Sau khi áp dụng giới hạn tự chi trả cho chi phí y tế và chi phí dịch vụ chăm sóc dài hạn, nếu tổng chi phí tự chi trả của cả hai loại bảo hiểm vẫn ở mức cao, giới hạn được nêu trong bảng dưới đây sẽ được áp dụng. (Chi phí tự chi trả phát sinh từ ngày 1 tháng 8 đến ngày 31 tháng 7 năm sau sẽ thuộc diện cộng gộp.)

Chế độ này áp dụng cho các hộ gia đình có chi phí tự chi trả ở cả Bảo hiểm Y tế Quốc gia và bảo hiểm chăm sóc dài hạn. Các chi phí như chi phí ăn uống, chi phí chỗ ở, phí giữ phòng chèn lệch, v.v. không thuộc diện cộng gộp.

Đối với người từ 70 tuổi trở lên, toàn bộ chi phí tự chi trả sẽ thuộc diện cộng gộp; nhưng đối với người dưới 70 tuổi, chỉ chi phí y tế tự chi trả từ 21,000 Yên trở lên mỗi tháng mới được tính vào diện cộng gộp.

○Giới hạn khi cộng gộp (tính theo năm/từ ngày 1 tháng 8 năm nay đến ngày 31 tháng 7 năm sau)

Dưới 70 tuổi		Từ 70 tuổi trở lên (trừ đối tượng áp dụng chế độ y tế người cao tuổi giai đoạn sau)	
Phân loại thu nhập (điều khoản cũ)		Phân loại thu nhập	
Thu nhập trên 9,01 triệu Yên	2,120,000 Yên	Thu nhập cơ sở chịu thuế 6,9 triệu Yên trở lên	2,120,000 Yên
Thu nhập từ trên 6 triệu Yên đến 9,01 triệu Yên	1,410,000 Yên	Thu nhập cơ sở chịu thuế 3,8 triệu Yên trở lên	1,410,000 Yên
Thu nhập từ trên 2,1 triệu Yên đến 6 triệu Yên	670,000 Yên	Thu nhập cơ sở chịu thuế 1,45 triệu Yên trở lên	670,000 Yên
Thu nhập từ 2,1 triệu Yên trở xuống	600,000 Yên	Người thuộc diện thông thường	560,000 Yên
Không chịu thuế cư trú	340,000 Yên	Không chịu thuế cư trú	II 310,000 Yên
			I 190,000 Yên

\*Vui lòng tham khảo phần giải thích ở trang 7 và 8 để biết thông tin về phân loại thu nhập.

## Chế độ bảo hiểm chăm sóc dài hạn

Khi đủ 40 tuổi, bạn sẽ tham gia chế độ bảo hiểm chăm sóc dài hạn.

Những người được chứng nhận là cần chăm sóc hoặc hỗ trợ có thể nhận các dịch vụ liên quan đến chăm sóc từ bảo hiểm chăm sóc dài hạn.

### ○Người được bảo hiểm chăm sóc dài hạn

Người được bảo hiểm chăm sóc dài hạn được chia thành người từ 65 tuổi trở lên (Người được bảo hiểm số 1) và người từ 40 tuổi đến 64 tuổi đang tham gia bảo hiểm y tế (Người được bảo hiểm loại 2).

	Người từ 65 tuổi trở lên (Người được bảo hiểm loại 1)	Người từ 40 đến 64 tuổi (Người được bảo hiểm loại 2)
<b>Đối tượng</b>	Người từ 65 tuổi trở lên	Người từ 40 tuổi đến dưới 65 tuổi tham gia các chương trình bảo hiểm y tế như bảo hiểm y tế công ty, Hiệp hội Bảo hiểm Y tế Quốc gia, Bảo hiểm Y tế Quốc gia của làng/thị trấn/thành phố, v.v. (Khi đủ 40 tuổi, bạn sẽ tự động có tư cách tham gia, và khi đủ 65 tuổi, bạn sẽ được tự động chuyển sang Người được bảo hiểm loại 1.)
<b>Điều kiện hưởng bảo hiểm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trạng thái cần chăm sóc</li> <li>Trạng thái cần hỗ trợ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chỉ giới hạn ở trường hợp có trạng thái cần chăm sóc (cần hỗ trợ) do các bệnh liên quan đến lão hóa (bệnh đặc biệt)</li> </ul>
<b>Phương thức thu phí bảo hiểm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thị trấn/thành phố thu phí (Về nguyên tắc, phí sẽ được khấu trừ trực tiếp từ lương hưu)</li> <li>Bắt đầu thu phí từ tháng đủ 65 tuổi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thu phí tích hợp cùng với phí bảo hiểm y tế</li> <li>Bắt đầu thu phí từ tháng đủ 40 tuổi</li> </ul>

### ○Cần “nộp đơn” và “được chứng nhận”

Để sử dụng dịch vụ của bảo hiểm chăm sóc dài hạn, cần nộp đơn và được chứng nhận ở trạng thái cần chăm sóc (chứng nhận cần chăm sóc).

### ○Chi phí sử dụng dịch vụ theo nguyên tắc là 10% chi phí

Khi sử dụng dịch vụ của bảo hiểm chăm sóc dài hạn, về nguyên tắc, người sử dụng sẽ chịu 10%\* chi phí dịch vụ trong giới hạn.

( Các chi phí chỗ ở, lưu trú, ăn uống (tại cơ sở bảo hiểm chăm sóc, lưu trú ngắn hạn, chăm sóc ngoại trú) và các dịch vụ vượt quá giới hạn sẽ do người sử dụng tự chi trả toàn bộ theo nguyên tắc. \*Những người có thu nhập từ mức nhất định trở lên sẽ chịu mức chi trả 20%.)

\*Trong số những người chịu mức chi trả 20%, người có thu nhập đặc biệt cao sẽ chịu mức chi trả 30%.

### ○Dịch vụ chăm sóc

Tùy theo mức độ cần chăm sóc, trạng thái cần chăm sóc sẽ được phân loại, và có thể nhận các quyền lợi chăm sóc, quyền lợi phòng ngừa hoặc dịch vụ hỗ trợ cộng đồng.

☆Vui lòng liên hệ phòng phụ trách bảo hiểm chăm sóc dài hạn của thị trấn/thành phố để biết thông tin chi tiết.

## Dịch vụ phúc lợi cho người khuyết tật, v.v.

Để người khuyết tật có thể sử dụng các dịch vụ cần thiết bất kể loại khuyết tật, Luật Hỗ trợ Toàn diện cho Người Khuyết tật đã được ban hành nhằm thúc đẩy hơn nữa việc hỗ trợ và thống nhất cơ chế sử dụng dịch vụ.

### ○Cần “nộp đơn” và “được cấp chứng nhận phân loại hỗ trợ khuyết tật”

Cần phải nộp đơn để sử dụng dịch vụ. Sau khi nộp đơn, việc chứng nhận phân loại hỗ trợ khuyết tật sẽ được thực hiện, sau đó sẽ quyết định chi trả dịch vụ. (Tùy dịch vụ, có trường hợp không cần chứng nhận phân loại hỗ trợ khuyết tật.)

### ○Các dịch vụ chính

Trợ cấp chăm sóc..... Chăm sóc tại nhà, chăm sóc tại nhà cho người khuyết tật nặng, v.v.

Trợ cấp đào tạo, v.v..... Hỗ trợ chuyển đổi việc làm, nhà nhóm, v.v.  
Hỗ trợ ngoại trú (nội trú) cho trẻ khuyết tật ... Phụ huynh của trẻ khuyết tật nộp đơn tại quầy<sup>1</sup>, sau khi được quyết định chi trả sẽ ký hợp đồng với cơ sở cung cấp.

\*1: Quầy hỗ trợ ngoại trú cho trẻ khuyết tật → Thị trấn/thành phố; Quầy hỗ trợ nội trú cho trẻ khuyết tật → Trung tâm Tư vấn Gia đình và Trẻ em

### ○Phí sử dụng

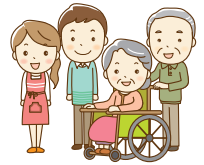
Phí sử dụng được quyết định dựa trên số lượng dịch vụ, nhưng sẽ được điều chỉnh theo thu nhập và các yếu tố khác để đảm bảo mức chi trả phù hợp (chi trả theo khả năng).

☆Vui lòng liên hệ Phòng phụ trách Phúc lợi Người Khuyết tật của thị trấn/thành phố để biết thông tin chi tiết.

## Chế độ y tế người cao tuổi giai đoạn sau

Đối tượng áp dụng là người từ 75 tuổi trở lên (người sắp đến 75 tuổi sẽ áp dụng từ ngày sinh nhật 75 tuổi) hoặc người từ 65 tuổi đến 74 tuổi có mức độ khuyết tật nhất định (cần nộp đơn).

Tuy nhiên, người từ 65 tuổi đến 74 tuổi có mức độ khuyết tật nhất định và đã được chấp thuận tham gia chế độ y tế người cao tuổi giai đoạn sau có thể nộp đơn xin rút chứng nhận khuyết tật để ngừng tham gia chế độ này. (Có thể lựa chọn, nhưng không thể nộp đơn hồi tố)



### ○Đơn vị vận hành

Hiệp hội Y tế Người Cao tuổi Giai đoạn Sau tỉnh Shiga  
(Việc thu phí bảo hiểm và các nghiệp vụ tại quầy sẽ do thị trấn/thành phố thực hiện)

### ○Phí bảo hiểm

Tất cả người tham gia bảo hiểm đều phải nộp phí bảo hiểm, bao gồm cả những thành viên trong hộ gia đình chưa từng đóng phí bảo hiểm (người phụ thuộc).

Khi người tham gia bảo hiểm y tế tại nơi làm việc chuyển sang chế độ y tế người cao tuổi giai đoạn sau, người phụ thuộc của họ (dưới 75 tuổi) cũng sẽ mất tư cách bảo hiểm y tế, do đó cần làm thủ tục tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia hoặc các loại bảo hiểm tương tự.

## Khi bị thương do tai nạn giao thông, v.v.

### ❶ Nhất định phải khai báo

Khi bị thương do tai nạn giao thông hoặc hành vi của người khác gây ra, sử dụng thẻ bảo hiểm My Number hoặc giấy xác nhận tư cách, v.v. để điều trị, cần khai báo ngay cho cảnh sát và đồng thời khai báo tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia.

### ❷ Chi phí y tế do người gây thiệt hại chịu

Về nguyên tắc, chi phí y tế phát sinh trong trường hợp này sẽ do người gây thiệt hại chịu toàn bộ, trừ khi người bị hại có lỗi. Do đó, khi điều trị bằng Bảo hiểm Y tế Quốc gia, chi phí y tế mà người gây thiệt hại phải chịu sẽ được Bảo hiểm Y tế Quốc gia tạm ứng chi trả.

#### Thủ tục khai báo

##### ❶ Khai báo cho cảnh sát

Nếu gặp tai nạn giao thông, vui lòng khai báo ngay lập tức cho cảnh sát.

##### ❷ Khai báo tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia

Vui lòng nộp "Đơn khai báo thương tích do hành vi của bên thứ ba" tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia.

#### Giấy tờ cần thiết để khai báo

- ◆ Đơn khai báo thương tích do hành vi của bên thứ ba
- ◆ Báo cáo tình hình xảy ra tai nạn
- ◆ Giấy đồng ý
- ◆ Giấy chứng nhận tai nạn giao thông
- ◆ Các giấy tờ cần thiết khác

\*Vui lòng khai báo trước ngay cả khi chưa có đầy đủ giấy tờ.



#### Vui lòng tham khảo ý kiến trước khi tự dán xếp

Nếu nhận chi phí điều trị từ người gây thiệt hại hoặc đã hoàn tất dán xếp, có thể sẽ không sử dụng được Bảo hiểm Y tế Quốc gia. Vui lòng đảm bảo tham khảo ý kiến tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia trước khi dán xếp.

Có nhiều điểm hấp dẫn giúp phục hồi tinh thần và thể chất

## Hãy cùng đến suối nước nóng!



Hiện nay, việc sử dụng suối nước nóng để chăm sóc sức khỏe đang được quan tâm. Nhờ thiên nhiên phong phú, không khí trong lành và công dụng của suối nước nóng, cơ thể được chữa lành, giúp tinh thần và thể chất thư giãn, từ đó người ta cho rằng suối nước nóng giúp tăng cường sức khỏe. Để chăm sóc sức khỏe của mỗi người, giúp tinh thần luôn rạng rỡ, bạn có muốn thử tận dụng suối nước nóng một cách hiệu quả không?

\*Hiệp hội Bảo hiểm tỉnh Shiga đang thực hiện chương trình ưu đãi giảm giá suối nước nóng, v.v. dành cho người tham gia Bảo hiểm Y tế Quốc gia trong tỉnh Shiga. Để biết thông tin chi tiết, vui lòng xem tờ rơi "Tham quan suối nước nóng" tại quầy Bảo hiểm Y tế Quốc gia hoặc trên trang chủ của Hiệp hội Bảo hiểm Quốc gia (<https://www.shigakokuho.or.jp>).

## Bạn có biết? Thuốc generic

**Thuốc generic (thuốc tương đương sinh học)** là loại thuốc được sản xuất và lưu hành sau khi bằng sáng chế của thuốc mới (thuốc gốc) hết hạn, được Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi công nhận có hiệu quả tương đương với thuốc mới nhưng giá rẻ hơn. Việc sử dụng thuốc generic giúp giảm chi phí thuốc.

### Q Có những loại nào?

**A** Thuốc hỗ trợ điều trị nhiều bệnh và triệu chứng khác nhau. Có nhiều dạng bào chế như viên nang, viên nén, thuốc nhỏ mắt, v.v.

### Q Giá cả thế nào?

**A** Thuốc mới đòi hỏi chi phí phát triển cao, còn thuốc generic có thời gian phát triển ngắn hơn, do đó hầu hết đều có giá thành rẻ hơn so với thuốc mới.

### Q Cách chuyển sang thuốc generic như thế nào?

**A** Vui lòng nói với bác sĩ kê đơn hoặc dược sĩ điều chế thuốc rằng: "Tôi muốn chuyển sang dùng thuốc generic".

\*Không phải tất cả thuốc mới (thuốc gốc) đều có thuốc generic tương ứng. Ngoài ra, tùy vào tình hình cung ứng mà có thể xảy ra tình trạng thiếu hàng trong kho.

\*Tùy theo phán đoán của bác sĩ, thuốc generic có thể không được kê đơn.

### Thông báo

#### Chúng tôi đang thực hiện triển khai

#### "Thông báo về thuốc generic"

##### ● "Thông báo về thuốc generic" là gì?

Đây là thông báo về số tiền có thể tiết kiệm khi chuyển từ thuốc mới đang sử dụng sang thuốc generic.

##### ● Mục đích của việc triển khai thông báo...

Bởi vì việc sử dụng thuốc generic giúp tiết kiệm ngân sách gia đình và đóng góp vào việc cải thiện tài chính của Bảo hiểm Y tế Quốc gia.

#### Hãy lưu ý

Không phải tất cả mọi người đều nhận được "Thông báo về thuốc generic".

(Ví dụ, thông báo được gửi đến những người đang điều trị các bệnh lý liên quan đến lối sống như cao huyết áp, tiểu đường, rối loạn lipid máu, v.v. và nhận thuốc tại nhà thuốc theo đơn thuốc.)

○ Đối với các loại thuốc có thuốc generic, trong trường hợp muốn kê đơn thuốc gốc, bạn cần thanh toán một khoản phí đặc biệt.

○ Vui lòng tận dụng cơ hội này để tích cực sử dụng thuốc generic.

## Hãy tham gia! Khám Sức khỏe Đặc biệt và Hướng dẫn Sức khỏe Đặc biệt

Chúng tôi đang thực hiện Khám Sức khỏe Đặc biệt và Hướng dẫn Sức khỏe Đặc biệt, tập trung vào phòng ngừa hội chứng chuyển hóa (hội chứng mỡ nội tạng) và các bệnh liên quan đến lối sống.

Để kiểm tra tình trạng sức khỏe bản thân và cải thiện lối sống, hãy đảm bảo tham gia khám sức khỏe ít nhất 1 lần mỗi năm!



### Điểm quan trọng tại đây

#### 1 Đối tượng là toàn bộ người được bảo hiểm từ 40 đến 74 tuổi

Đối tượng Khám Sức khỏe Đặc biệt là tất cả những người từ 40 đến 74 tuổi.

##### Cách tham gia khám sức khỏe

Khi nhận được phiếu khám và hướng dẫn từ Bảo hiểm Y tế Quốc gia, cần mang theo phiếu khám, thẻ bảo hiểm My Number hoặc giấy xác nhận tư cách, cùng bảng câu hỏi đến cơ sở y tế thực hiện Khám Sức khỏe Đặc biệt hoặc địa điểm khám sức khỏe tập thể. Vui lòng xác nhận thời gian thực hiện trước khi khám và đặt lịch hẹn nếu cần.

#### 2 Nội dung khám tập trung vào hội chứng chuyển hóa và các mục bổ sung

Khám Sức khỏe Đặc biệt tập trung vào việc xác định những người thuộc hội chứng chuyển hóa hoặc có thể phòng ngừa bệnh liên quan đến lối sống thông qua các xét nghiệm như cholesterol, đường huyết, đo vòng bụng, v.v.

Ngoài ra, các mục như axit uric, creatinine huyết thanh và máu ẩn trong nước tiểu đã được bổ sung để nội dung khám sức khỏe được hoàn thiện hơn.

#### 3 Tham gia đồng thời với khám phát hiện ung thư, v.v.

Một số nơi đã thiết lập cơ chế cho phép tham gia đồng thời Khám Sức khỏe Đặc biệt và khám tầm soát ung thư, v.v. Hãy tận dụng cơ hội này nhé!

#### 4 Hướng dẫn sức khỏe dựa trên kết quả kiểm tra sức khỏe

Tất cả những người tham gia Khám Sức khỏe Đặc biệt đều nhận được kết quả khám và thông tin hướng dẫn để sống khỏe mạnh.

Ngoài ra, dựa trên kết quả khám, người tham gia có thể được hỗ trợ cải thiện thói quen sống phù hợp với tình trạng sức khỏe của mình (Hướng dẫn Sức khỏe Đặc biệt).

Vui lòng tận dụng dịch vụ này.

Khuyến khích sử dụng tích cực để duy trì cơ thể khỏe mạnh!



Đặc trưng lớn của nhiều bệnh liên quan đến lối sống là tiến triển mà không có triệu chứng. Khám sức khỏe giúp biết được tình trạng cơ thể. Dù không có triệu chứng, hay dù bận rộn, hãy tham gia khám sức khỏe hằng năm.

☆ Vui lòng liên hệ Phòng phụ trách khám sức khỏe của thị trấn/thành phố để biết thông tin chi tiết.

#### Gửi những người sở hữu Thẻ My Number

Bây giờ bạn có thể xem thông tin kết quả khám sức khỏe trên Cổng thông tin My Number!

Vui lòng xác nhận cách xem hoặc các thông tin chi tiết khác trên trang chủ của Bộ Y tế, Lao động và Phúc lợi (<https://www.mhlw.go.jp/index.html>).



## Gửi những người không tham gia Khám Sức khỏe Đặc biệt

### Vui lòng hợp tác cung cấp thông tin khám sức khỏe!

#### 1 Những người thường xuyên đi khám tại cơ sở y tế

Trong số những người đang điều trị bệnh liên quan đến lối sống, có nhiều người cho rằng: "Đang điều trị nên không tham gia khám sức khỏe". Tuy nhiên, những người đang điều trị tại cơ sở y tế cũng thuộc đối tượng Khám Sức khỏe Đặc biệt.

Bằng cách cung cấp thông tin về kết quả xét nghiệm đã thực hiện tại cơ sở y tế, bạn sẽ được coi là đã tham gia Khám Sức khỏe Đặc biệt.

##### Đối tượng

Những người thuộc đối tượng Khám Sức khỏe Đặc biệt, đang điều trị duy trì tại cơ sở y tế (cơ sở thực hiện Khám Sức khỏe Đặc biệt) do bệnh mãn tính, v.v.

##### Cách cung cấp thông tin

Vui lòng mang "Phiếu tham gia Khám Sức khỏe Đặc biệt" và "thẻ bảo hiểm My Number và giấy xác nhận tư cách, v.v." đến cơ sở y tế thường xuyên để yêu cầu cung cấp thông tin khám sức khỏe.

### Những người đang điều trị cũng cần cải thiện thói quen sống!

#### 2 Những người tham gia các hình thức kiểm tra sức khỏe khác (kiểm tra sức khỏe do chủ doanh nghiệp thực hiện, v.v.)

Những người tham gia kiểm tra sức khỏe do các Hiệp hội Thương mại hoặc Phòng Thương mại trong tỉnh thực hiện, bằng cách cung cấp kết quả, sẽ được coi là đã tham gia Khám Sức khỏe Đặc biệt.

##### (1) Những người tham gia kiểm tra sức khỏe do các Hiệp hội Thương mại hoặc Phòng Thương mại trong tỉnh thực hiện

##### Cách cung cấp thông tin

Khi tham gia kiểm tra sức khỏe do chủ doanh nghiệp thực hiện, hãy mang theo "Phiếu tham gia Khám Sức khỏe Đặc biệt" do đơn vị bảo hiểm gửi và nộp tại quầy tiếp nhận của địa điểm khám sức khỏe.

##### (2) Những người tham gia các loại kiểm tra sức khỏe do chủ doanh nghiệp thực hiện hoặc các loại kiểm tra khác ngoài (1)

##### Cách cung cấp thông tin

Vui lòng nộp kết quả khám sức khỏe cho Phòng phụ trách khám sức khỏe.

\* Cả 1 và 2 đều không phải chịu chi phí để cung cấp thông tin.

☆ Vui lòng liên hệ Phòng phụ trách khám sức khỏe của thị trấn/thành phố để biết thông tin chi tiết.

Có chế độ hỗ trợ chi phí kiểm tra sức khỏe toàn diện, v.v.  
Vui lòng liên hệ quầy nộp đơn của thị trấn/thành phố để biết thông tin chi tiết.

## Vui lòng hợp tác trong việc thể hiện ý nguyện hiến tạng

Sau đây là cách điền vào mục thể hiện ý nguyện.

Vui lòng hợp tác trong việc thể hiện ý nguyện hiến tạng.

\*Việc có điền hay không là quyết định của chính người được bảo hiểm, không bắt buộc phải điền vào mục thể hiện ý nguyện.

### Cách điền

Mặt trước thẻ My Number (ví dụ)

氏名 ○○ ○○  
住所 ○○県○○市○○町○○丁目○番地  
個人番号カード  
平成○年○月○日生 令和○年○月○日まで有効  
○○長  
●臓器提供意思【1 脳死後及び心停止した死後/2 心臓停止した死後のみ/3 提供せず】  
【1・2で提供したくない臓器があれば×】【心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球】  
要名年月日 年月日 署名  
[特記欄:]

\*Mặt sau giấy xác nhận tư cách cũng có mục thể hiện ý nguyện.

#### ① Lựa chọn ý nguyện

Vui lòng khoanh tròn **chỉ một** chữ số phù hợp với ý nguyện của bạn.

- Nếu đồng ý hiến tạng cả trong trường hợp sau khi chết não và sau khi ngừng tim, vui lòng khoanh tròn vào **số 1**.
- Nếu không muốn hiến tạng sau khi chết não nhưng đồng ý hiến tạng sau khi tim ngừng đập, vui lòng khoanh tròn vào **số 2**. (Trong trường hợp này, bạn sẽ không phải trải qua quy trình đánh giá chết não theo luật định.)
- Nếu không muốn hiến tạng, vui lòng khoanh tròn vào **số 3**. [Chuyển đến mục ④]

#### ② Lựa chọn các bộ phận không muốn hiến

Nếu đã khoanh tròn vào số 1 hoặc 2 và có bộ phận không muốn hiến, vui lòng đánh dấu × vào bộ phận đó.

Sau đây là các bộ phận có thể hiến:

Sau khi chết não: tim, phổi, gan, thận, tụy, ruột non, mắt  
Sau khi ngừng tim: thận, tụy, mắt

#### ③ Về việc ghi chú trong mục ghi chú đặc biệt

○Về việc hiến mô

Nếu đã khoanh tròn vào số 1 hoặc số 2 và đồng ý hiến các mô như da, van tim, mạch máu, xương, v.v., có thể ghi “Toàn bộ” hoặc “Da”, “Van tim”, “Mạch máu”, “Xương”, v.v..

○Về ý nguyện ưu tiên hiến cho người thân

Nếu muốn thể hiện ý nguyện ưu tiên hiến cho người thân, vui lòng đọc các yêu cầu dưới đây và ghi “Ưu tiên người thân”.

#### Trường hợp ưu tiên hiến cho người thân

Cần đáp ứng toàn bộ 3 yêu cầu sau:

○Người hiến (từ 15 tuổi trở lên) đã thể hiện ý nguyện hiến tạng bằng văn bản kèm theo ý nguyện ưu tiên cho người thân.

○Tại thời điểm hiến tạng, người thân (vợ/chồng<sup>1</sup>, con cái<sup>2</sup>, cha mẹ<sup>2</sup>) đã đăng ký nguyện vọng ghép tạng.

○Đáp ứng các điều kiện y tế (điều kiện phù hợp).

\*1: Áp dụng cho người đã đăng ký kết hôn. Không bao gồm các trường hợp sống chung như vợ chồng mà không đăng ký.

\*2: Ngoài cha mẹ con ruột, bao gồm con nuôi và cha mẹ nuôi theo thủ tục nhận con nuôi đặc biệt.

#### Những điều cần lưu ý về việc ưu tiên hiến cho người thân

Trong trường hợp không có người thân đủ điều kiện y tế để ghép, việc ghép tạng sẽ được thực hiện cho người ngoài gia đình.

Trong trường hợp người hiến đã chỉ định cụ thể người thân ưu tiên hiến (ghi tên), ý nguyện này sẽ được xem là ưu tiên hiến cho toàn bộ người thân bao gồm người được chỉ định.

Trong trường hợp người hiến có ý nguyện chỉ hiến cho một người cụ thể (ví dụ: “Chỉ hiến cho anh/chị ○○”), việc hiến tạng sẽ không được thực hiện, kể cả đối với người thân.

Để ngăn chặn việc tước tử nhằm hiến tạng cho người thân, trường hợp tử tước sẽ không được ưu tiên hiến cho người thân.

#### ④ Chữ ký, v.v.

Vui lòng ký tên và ghi ngày tháng năm ký bằng chữ viết tay.

Sau khi thể hiện ý nguyện, vui lòng chia sẻ ý nguyện đó với gia đình.



Chiến dịch Ruy băng Xanh  
- Thiên thần Hearty

#### ■ Hỏi đáp và liên hệ về ghép tạng

#### Mạng lưới Ghép tạng Nhật Bản (Tổ chức Công ích)

Gọi miễn phí: 0120-78-1069 (ngày thường 9:00-17:30)

Trang chủ: <https://www.jotnw.or.jp>