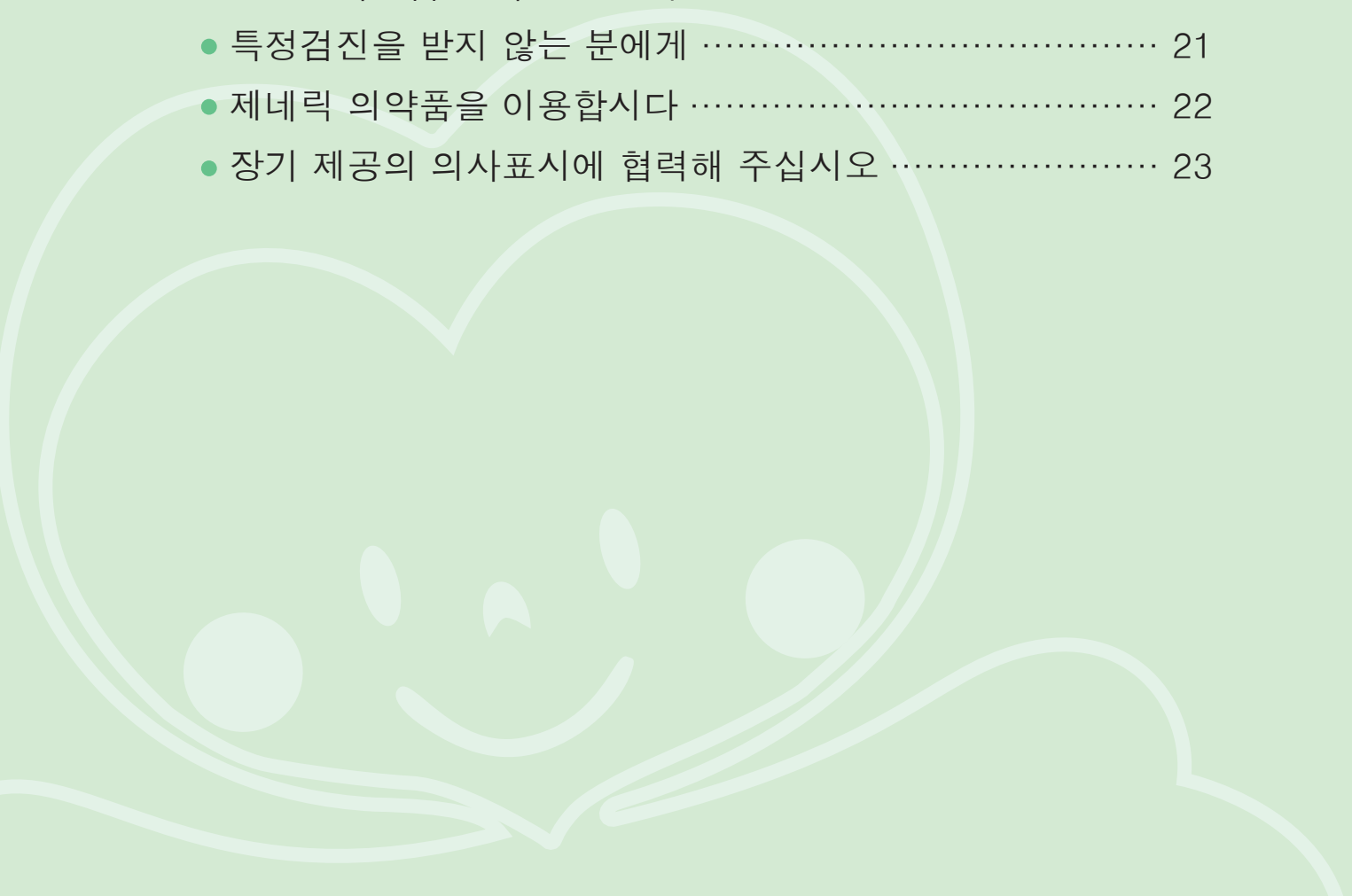


국민건강보험 안내서

목차

● 국민건강보험의 체계	1
● 국민건강보험 가입자에 대하여	2
● 이럴 때는 14일 이내에 신고	3
● 국민건강보험의 유지 및 운영에 꼭 필요한 보험세(보험료) ...	4
● 보험세(보험료)는 납기 내에 반드시 납부합니다	6
● 국민건강보험으로 받을 수 있는 급부	7
● 입원 시 식사요양비 및 생활요양비 지급	9
● 고액요양비의 지급	11
● 고액의료·고액개호 합산제도	15
● 개호보험제도	16
● 장애복지 등 서비스	17
● 장수의료제도에 대하여	18
● 교통사고 등으로 부상을 입으면	19
● 발자!! 특정검진·특정보건 지도	20
● 특정검진을 받지 않는 분에게	21
● 제네릭 의약품을 이용합니다	22
● 장기 제공의 의사표시에 협력해 주십시오	23



국민건강보험의 체계

국민건강보험은 평소 건강할 때부터 질병이나 부상에 대비하여 가입자 모두가 보험세(보험료)를 내어, 필요한 의료비를 충당하고 가입자의 건강을 유지하는데 도움을 주는 제도입니다.

● 본인부담금

의무교육 취학 전 영유아
..... (20%)
의무교육 취학 후~70세 미만
..... (30%)
의무교육 취학 전 영유아
..... (20% 또는 30%)



가입자
(피보험자)

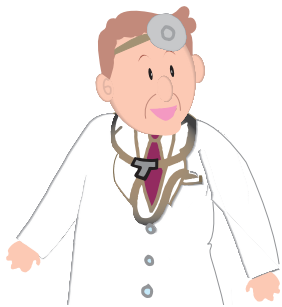
본인부담금

진료

가입절차
보험세(보험료) 납부

자격확인서 또는
자격정보안내 교부

정부
보조금 등



의사
(의료기관)



보험자
(현(縣)·시(市)/초(町))

의료비

의료비 청구

의료비

의료비
결과 보고



국민건강보험단체연합회

☆ 재해 등 특별한 사유에 해당해 일부 부담금의 지불이 곤란하게 된 경우에 일부 부담금의 징수유예나 면제를 신청할 수 있는 제도가 있습니다. → 상세한 내용은 국민건강보험 담당창구에 문의해 주십시오.

국민건강보험 가입자에 대하여

75세 이상인 자, 직장건강보험(건강보험조합, 공제조합, 선원보험 등)에 가입한 자, 또는 생활보호대상자 이외의 사람은 모두 국민건강보험에 가입하게 됩니다 (국민개보험제도).

● 가입은 세대별로

국민건강보험 가입은 세대별(같은 집에 살면서 생계를 같이 하고 있는 사람은 같은 세대가 됩니다)로 세대주가 가입절차를 밟습니다.

● 한 사람 한 사람이 피보험자

국민건강보험은 세대별로 가입하지만 가족 한 사람 한 사람이 피보험자입니다.

※개인번호보험증이나 자격확인서 등을 부정하게 사용할 경우 형법에 의해 사기죄로 징역 처분을 받을 수 있습니다.

● 외국인의 경우

주민기본대장법의 적용을 받는 외국인(중장기 체류자(3개월을 초과하는 체류기간을 가짐), 특별영주자, 임시체류 허가자, 일시 비호 허가자, 경과 체류자) 분이 대상입니다.

또한, 3개월 이하의 체류기간이지만, 객관적인 자료 등에 의해 3개월을 초과해서 체류하는 것이 인정된 분도 대상입니다.

피보험자증 폐지 안내

피보험자증은 2024년 12월 2일에 신규 발행이 종료되고 개인번호카드*와 피보험자증이 일체화된 '개인번호보험증'으로 이행되었습니다.

자세한 사항은 후생노동성 홈페이지

(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html)에서 확인하시기 바랍니다.



※개인번호카드=マイナンバーカード



이럴 때는 14일 이내에 신고

신고를 늦게 하면 의료비 전액을 본인이 부담하거나 보험세(보험료)를 소급해서 납부해야 하는 등, 불이익을 받을 수 있으므로 주의해 주십시오.

개인번호카드의 건강보험증 이용 등록을 하신 분도 신고를 하셔야 합니다.

※취업하여 회사의 건강보험에 가입하였음에도 국민건강보험을 중단하는 절차를 진행하지 않고 국민건강보험으로 의료기관에서 진료를 받은 경우 의료비를 반환하셔야 할 수 있습니다.

※개인번호카드를 보험증으로 이용할 경우에는 각자 신청을 해야 합니다.

※절차에는 아래 A 또는 B의 서류가 필요합니다.

A 본인 확인이 가능한 신분증과 개인번호가 기재된 서류(주민표 또는 주민표기재사항증명서)

B 개인번호카드

※시(市)/초(町)에 따라 신고에 필요한 서류가 다를 수 있습니다. 자세한 내용은 시(市)/초(町)의 국민건강보험 담당과에 문의해 주십시오.

국민건강보험 피보험자 자격취득

다른 시(市)/구(區)/초(町)/손(村)에서 전입했을 때	전출증명서
다른 건강보험의 피보험자 자격을 상실했을 때 다른 건강보험의 부양가족에서 제외되었을 때	건강보험 자격상실 증명서
아기가 태어났을 때	모자건강수첩
생활보호대상자에서 제외되었을 때	보호중지결정통지서
외국인이 입국했을 때(단기체류자 제외)	여권, 재류카드
외국적이신 분이 가입할 때	특별영주자증명서 또는 재류카드

필요서류

국민건강보험 피보험자 자격상실

후기 고령자 의료제도의 대상이 되었을 때 (65세 이상 75세 미만의 경우)(P18 참조)	자격확인서 또는 자격정보안내
다른 시(市)/구(區)/초(町)/손(村)으로 전출했을 때	자격확인서 또는 자격정보안내
다른 건강보험의 피보험자가 되었을 때 다른 건강보험의 부양가족이 되었을 때	국민건강보험과 다른 건강보험의 자격확인서 또는 자격정보안내
사망했을 때	자격확인서 또는 자격정보안내
생활보호대상자가 되었을 때	자격확인서 또는 자격정보안내, 보호개시결정통지서

필요서류

기타

주소, 세대주, 이름 등이 변경되었을 때	자격확인서
학교 때문에 어린이가 다른 시(市)/구(區)/초(町)/손(村)에 거주할 때	자격확인서, 재학증명서 등
시설 입소 등으로 다른 시(市)/구(區)/초(町)/손(村)으로 전출할 때	자격확인서, 입소증명서 등
자격확인서나 자격정보안내를 분실하거나 오염되어 사용할 수 없게 된 경우	본인 확인이 가능한 신분증

필요서류

※ 분실하신 경우 경찰에 신고하십시오.



국민건강보험의 유지 및 운영에 꼭 필요한 보험세(보험료)

● 국민건강보험제도와 보험세(보험료)

의료비의 일부를 부담하고 진료를 받을 수 있는 국민건강보험은 우리의 생활을 지탱해주는 소중한 제도입니다. 여러분이 내시는 보험세(보험료)는 정부 혹은 현(縣)의 보조금과 함께 국민건강보험을 운영해나가는 귀중한 재원이 되므로, 반드시 보험세(보험료)를 납부해 주셔야 합니다.

● 여러분의 보험세(보험료)는...

40세 미만의
경우

★ 개호보험의 가입자는 아닙니다.

국민건강보험세(보험료)(의료비, 후기 고령자
의료지원금 등)만 납부합니다.

국민건강보험세(보험료)

- 의료비
- 후기 고령자
의료지원금 등

40세 이상
65세 미만의
경우

★ 개호보험 제2호 피보험자

국민건강보험의 보험세(보험료)(의료비, 후기
고령자의료지원금 등)에 개호비를 더해 하나의
국민건강보험세(보험료)로 납부합니다.

국민건강보험세(보험료)

- 의료비
- 후기 고령자
의료지원금 등

- 개호비

● 연도 도중에 40세가 된 경우에는

40세가 된 달(40세의 생일 전날이 속한 달)부터 개호보험료를 더해
납부합니다.

65세 이상
75세 미만의
경우

★ 개호보험 제1호 피보험자

국민건강보험료(세)(의료비 · 후기 고령자
지원금)와 개호보험료를 각각 개별 납부합니다.

국민건강보험세(보험료)

- 의료비
- 후기 고령자
의료지원금 등

개호보험료

- 개호비

※ 국민건강보험 피보험자 중 65세 이상 75세 미만인 세대의 보험세
(보험료)는 세대주의 연금에서 원천 징수됩니다. (계좌이체로
납부하시는 분은 제외)

단, 세대주가 국민건강보험 피보험자가 아니거나 연금 금액이 연간
18만엔 미만인 경우, 국민건강보험료(보험세)와 개호보험료를 합한
금액이 연금 금액의 2분의 1을 넘는 경우에는 개별적으로
보험료(보험세)를 납부합니다.

● 연도 도중에 65세가 된 경우에는

65세가 되기 전달까지의 개호보험료(국민건강보험의 개호보험료)는 국민건강보험세(보험료)로서
연도말까지 나누어 납부하게 됩니다.

● 보험세(보험료)는 자격을 얻었을 때부터 납부

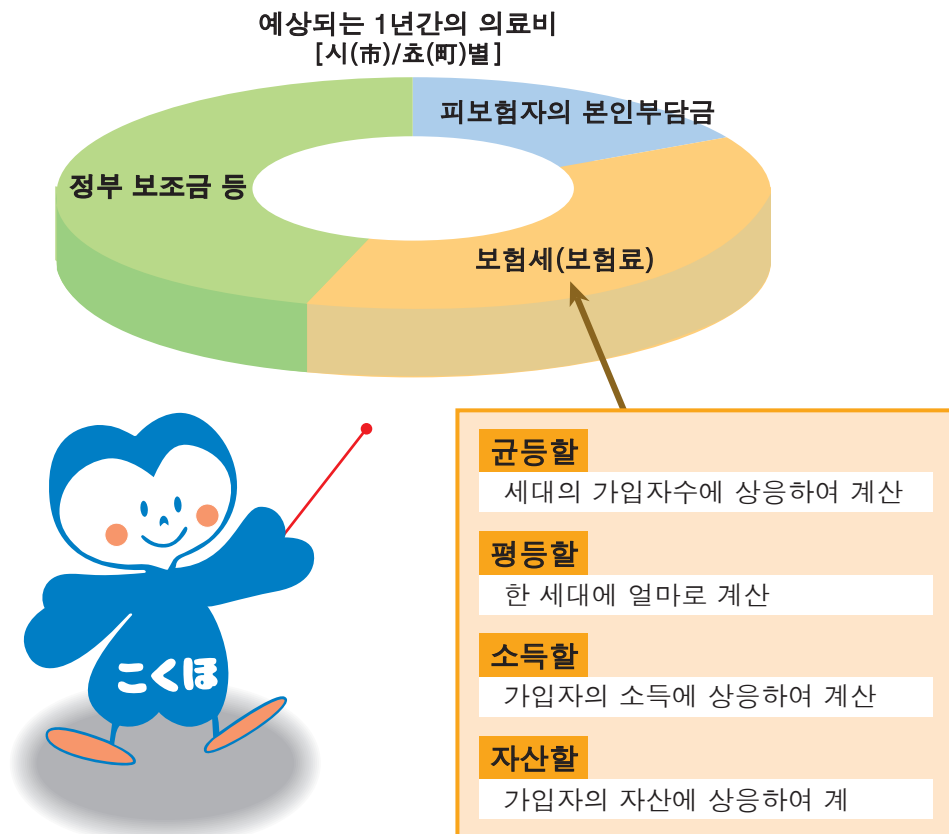
보험세(보험료)는 국민건강보험의 자격을 얻었을 때부터 납부해야 합니다. 직장건강보험을 탈퇴한 때, 생활보호를 받지 않게 되었을 때, 다른 시(市)/구(區)/초(町)/손(村)에서 전입하여 살기 시작했을 때부터 국민건강보험의 자격이 생깁니다. 신고를 늦게 하면, 소급하여 보험세(보험료)를 납부하셔야 합니다.

● 납부(세) 의무는 세대주

납부(세) 통지서는 세대주 앞으로 발송됩니다. 세대주가 직장건강보험에 가입되어 있어 국민건강보험의 피보험자가 아니더라도 세대원 중 누군가가 국민건강보험에 가입되어 있으면 그 세대주가 납부(세) 의무자가 됩니다.

● 보험세 부과(과세) 기준

보험세(보험료) 산출 방법은 다음과 같은 계산법을 바탕으로 시(市)/초(町)에서 결정합니다.



☆ 재해 등 특별한 사유에 해당해 보험료(세) 지불이 곤란하게 된 경우에 보험료(세)의 납부(세) 유예나 면제를 신청할 수 있는 제도가 있습니다. → 상세한 내용은 보험료(세) 담당창구에 문의해 주십시오.

보험료(보험세) 납부는 편리하고 확실한 '계좌이체'로!

기타 납부(납세) 방법 등에 대해서는 납부서 뒷면, 각 시(市)/초(町)의 홈페이지 등을 확인하시기 바랍니다.

보험세(보험료)는 납기 내에 반드시 납부합니다

보험세(보험료)는 여러분의 의료비를 조달하는 소중한 자원입니다.
납부 기한이 지난 보험료(보험세)에는 연체료가 부과될 수 있습니다.

보험료(보험세)를 체납하는 세대에는 다음과 같은 조치를 취할 수 있으니 유의해 주십시오.

- ① 특별한 사정 없이 보험료(보험세)가 일정 기간 지급되지 않으면 특별요양비의 대상이 되어 발생한 의료비는 본인이 전액 부담하셔야 하며, 나중에 의료비의 일부 부담금을 제외한 금액을 환불받게 됩니다.
- ② 국민건강보험 급부의 전부 또는 일부를 중지할 수 있습니다. 국민건강보험 급부(요양비, 고액요양비, 장제비 등)를 받을 경우 그 비용의 전부 또는 일부를 체납하고 있는 보험료(보험세)에 충당할 수 있습니다.
또한 법률에 따라 재산(급료, 예·저금, 부동산 등) 압류 등 체납 처분을 실시할 수 있습니다.

보험료(세)의 납부가 곤란한 때에는 조기에 각 시(市)/초(町)의
보험료(세) 담당창구에 상담해 주십시오.

국민건강보험으로 받을 수 있는 급부

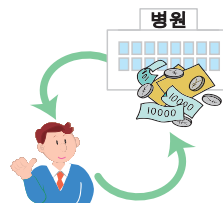
국민건강보험에 가입하면, 여러분이 내신 보험세(보험료) 등을 바탕으로 다양한 급부를 받을 수 있습니다.

◎ 요양 급부

이런 때	이런 급부를	주의사항
● 병에 걸렸을 때 ● 다쳤을 때 ● 이가 아플 때 	치료비의 20~30%※만 지불하면 치료를 받을 수 있습니다. ※의무교육 취학 전 영유아··(20%) 의무교육 수학 후~70세 미만 (30%) 70세 이상 75세 미만 (20% 또는 30%)	보험을 취급하는 의료기관에 개인번호보험증이나 자격확인서 등을 제시해 주십시오.

◎ 요양비 지급(신청하면 국민건강보험에서 환급받을 수 있는 경우)

※요양비를 청구할 권리의 소멸 시효는 요양에 필요한 비용을 지불한 날의 다음날부터 2년입니다. 단, 상환지불되는 고액요양비의 기산일은 진료일의 익월 1일부터, 자기부담액의 지불이 진료월의 익월 이후로 되는 경우에는 지불한 날의 익일이 기산일로 됩니다.

이런 때	이런 급부를	주의사항
● 보험을 취급하지 않는 의료기관에서 치료를 받았을 때나 부득이한 이유로 개인번호보험증이나 자격확인서 등을 지참하지 않고 치료를 받은 경우	일단 전액을 지불한 후에 든 비용을 신청하고, 심사한 후에 보험으로 인정된 금액을 환급받을 수 있습니다.	사정을 잘 심사한 후에 지급합니다. 진료보수명세서·영수서 또는 그것을 대신하는 것이 필요합니다. 
● 코르셋, 깁스 등 치료보조장구 구입비가 들었을 때 ● 수혈했을 때의 수혈비		의사의 증명서가 필요합니다. 수혈은 부모, 자식, 형제, 그 외 친족으로부터 받은 경우는 인정되지 않습니다.
● 중병에 걸린 사람이 입원하거나 병원을 옮길 때 이송비용이 들었을 때	긴급히 이송이 필요하고 의사에게 그 필요성을 인정받은 경우에는 이송비(가장 경제적/일반적인 경로와 방법으로 이송한 경우의 비용에 기초하여 산정한 금액 범위 내)가 지급됩니다.	국민건강보험이 인정한 경우에 한합니다. 신청 시에는 이송이 필요하다는 의사의 의견서, 이송비 영수증(이송 구간과 거리를 알 수 있는 것)이 필요합니다.
● 해외 의료기관에서 병이나 부상으로 치료를 받았을 때 (해외요양비)	일본에서 같은 부상이나 병으로 치료한 경우에 드는 비용을 산정한 금액(해외에서 실제로 지불한 금액이 더 적을 때는 그 실비액)의 보험으로 인정된 부분에 대해 이후에 환부를 받을 수 있습니다.	진료내용 명세서/영수 명세서 (진료비 명세서)/번역문/여권, 항공권 등 해외에 건너갔었다는 사실을 확인할 수 있는 서류의 사본, 조사 관련 동의서가 필요합니다.

※ 국민건강보험에서 해외요양비로 환급이 인정되는 것은 위급한 병인 경우에 한하며, 일본에서 보험이 적용되지 않는 장기이식이나 치료를 목적으로 외국에 가서 요양을 받은 경우는 대상에서 제외됩니다.

◎ 유도접골, 침술, 뜸 및 안마, 마사지 시술에 드는 요양비

이럴 때	이런 급부를	주의사항
● 접골원의 시술을 받았을 때 (골절, 탈구, 타박, 염좌) ● 의사의 동의서 또는 진단서를 받아 침술, 뜸 및 안마, 마사지 시술을 받을 때 ※수령위임을 취급하는 시술소에서 실시됩니다. 수령위임을 취급하는 시술소인지의 여부는 시술을 받고자 하는 시술소에 확인하여 주십시오. 또한 지방 후생(지)국의 웹 페이지에도 게시되므로, 인터넷으로도 확인하실 수 있습니다.	든 비용 가운데 일부 부담금※을 지불하면 시술을 받을 수 있습니다. ※의무교육 취학 전 영유아..... (20%) 의무교육 수학 후~70세 미만 (30%) 70세 이상 75세 미만 (20% 또는 30%)	시술소에 개인번호보험증이나 자격확인서 등을 제시해 주십시오. 인감도 필요할 수 있습니다. ● 유도접골 시술을 받을 때 ... 의사나 유도접골사의 진단 또는 판단 등에 따라 아래의 경우는 보험 대상이 되지 않습니다. • 단순한(피로성, 만성적인 요인에서 오는) 어깨 결림이나 근육 피로 • 뇌 질환 후유증 등의 만성병이나 증상 개선이 보이지 않는 장기 시술 • 의료기관(병원, 진료소 등)에서 같은 부상 등으로 치료 중인 경우

※수령위임에 대하여: 시술자가 의료보험(요양비)에서 정한 시술을 하고, 환자 등으로부터 일부 부담금을 받아 환자를 대신해 요양비 지급 신청서를 작성, 보험자 등(시가현에서는 국민건강보험단체연합회)에게 제출하여 환자 등으로부터 수령 위임을 받은 시술자 등이 요양비를 받게 됩니다. 또한 수령위임을 취급하지 않는 시술소에서는 상환지불이 원칙입니다.

◎ 고액요양비 지급

이럴 때	이런 급부를	주의사항
● 비용이 일정 금액을 넘었을 때	P11~15를 참고하십시오.	

◎ 기타 급부

이럴 때	이런 급부를	주의사항
● 입원 중의 식사비	P9를 참고하십시오.	
● 65세 이상인 분이 요양병상에 입원한 경우의 식비·주거비	P10을 참고하십시오.	
● 방문간호 스테이션 등을 이용했을 때	비용의 일부를 본인이 부담하고, 나머지는 방문간호요양비로 국민건강보험에서 부담합니다.	의사가 재택 의료가 필요하다고 인정한 경우. 개인번호보험증이나 자격확인서 등을 방문 간호 스테이션 등에 제출해 주십시오. (개호보험에서 급부되는 경우도 있습니다)
● 아기가 태어났을 때 ● 유산 또는 사산을 했어도 임신 85일 이상일 때	출산육아 일시금이 지급됩니다.	사용한 출산 비용에 출산육아일시금을 총당할 수 있도록 원칙적으로 국민건강보험이 의료기관 등으로 직접 지불합니다.
● 가입자가 사망했을 때	장제비가 지급됩니다.	상주 등에게 지급됩니다. 상주 등임을 확인할 수 있는 것이 필요한 경우가 있습니다.

☆ 자세한 사항은 시(市)/초(町)의 국민건강보험 담당과로 문의하시기 바랍니다.

입원 시 식사요양비 및 생활요양비 지급

입원 기간의 식사비 및 요양병상에 입원하는 65세 이상인 분의 생활요양에 필요한 비용(식비와 주거비)에 대해서는 아래의 표준부담액을 부담하시면 나머지는 국민건강보험에서 부담합니다.

주민세 비과세 세대에서 70세 미만인 분 및 70세 이상의 저소득 I, II인 분은 ‘한도액 적용·표준부담액 감액 인정증’이 필요하오니, 국민건강보험 창구에 신청하여 교부받으십시오.

온라인 자격 확인을 도입한 의료기관 등에서 개인번호보험증 이용 등을 통해 구분을 확인할 수 있는 경우 인정증 신청은 불필요합니다(주민세 비과세 세대의 구성원으로 과거 12개월의 입원 일수가 90일을 초과하는 경우 제외).

1. 입원 중의 식사비

(2025년 4월부터)

일반(아래 이외의 사람)		1식 510 엔※1
주민세 비과세 세대 등인 분 (70세 이상의 경우에는 저소득 II인 분※2)	과거 12개월간의 입원일수가 90일 이하일 때	1식 240 엔
	과거 12개월간의 입원일수가 90일을 넘을 때	1식 190 엔
70세 이상으로 저소득 I인 분※3		1식 110 엔

※1 지정 난치병 환자 또는 소아 만성 특정 질병 아동 등인 분은 300엔(식사 한끼당)

※2 동일 세대의 세대주 및 국민건강보험 피보험자 모두가 주민세 비과세인 분.

※3 동일 세대의 세대주 및 모든 국민건강보험 피보험자가 주민세 비과세 세대이고, 세대주 및 모든 국민건강보험 피보험자의 소득이 일정 기준에 미치지 않는 분.

상기 표준부담액은 고액요양비를 산정하는 본인부담금에는 들어가지 않습니다.



2. 65 세 이상인 분이 요양병상에 입원한 경우의 식비 · 주거비

(2025년 4월부터)

소득 구분 등			식비	주거비
일반	입원 시 생활요양(Ⅰ)을 산정하는 보험의료기관에 입원하고 있는 분		1식 510엔	1일 370엔
	입원 시 생활요양(Ⅱ)을 산정하는 보험의료기관에 입원하고 있는 분		1식 470엔	
주민세 비과세 세대에 속하는 분 (저소득Ⅱ)※2		의료 구분 Ⅰ	1식 240엔	
		의료 구분 Ⅱ・Ⅲ	1식 240엔※1	
주민세 비과세 세대에 속하고 세대원의 소득이 일정 기준에 달하지 않는 분 (저소득Ⅰ)		의료 구분 Ⅰ	1식 140엔	
		의료 구분 Ⅱ・Ⅲ	1식 110엔	

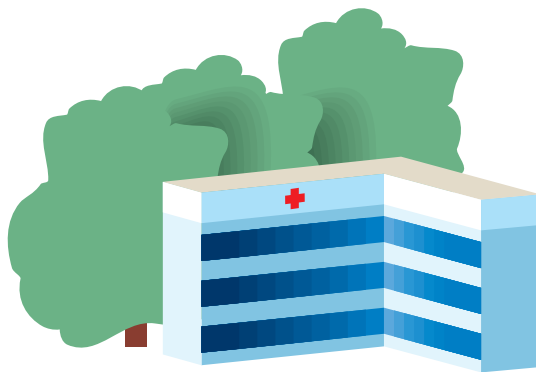
※1 과거 12개월의 입원 일수가 90일을 초과하는 입원의 경우 1식(식비) 190엔입니다.

※2 65~69세이신 분에 대해서는 주민세 비과세 세대에 속하는 분(저소득Ⅱ)에 준합니다.

- 지정 난치병 환자는 식재료비 상당 (입원 시 식사 요양비의 표준부담액) 만 부담하게 됩니다 .

요양병상에 해당하는지 여부는 의료기관에 확인해 주십시오 .

상기 표준부담액은 고액요양비를 산정하는 일부 부담금에 포함되지 않습니다 .



고액요양비의 지급

의료기관에 지불한 본인부담금이 고액인 경우에, 본인부담 한도액을 넘은 금액을 국민건강보험에서 부담합니다.

고액요양비를 받는 경우에는 신청이 필요하므로, 시(市)/초(町)의 국민건강보험 창구에 '고액요양비 지급신청서'를 제출해 주십시오.

시가현 내에서 시(市)/초(町) 간에 주소를 이동한 달은 세대 구성에 변동이 없는 경우에 한해 이동 전과 후의 자기 부담 한도액이 각각 절반 금액이 됩니다.

① 1개월의 본인부담이 한도액을 넘었을 때

월 1일부터 월말까지의 진료분을 같은 의료기관 등에 지불한 자기부담액이 표 ①(아래 표)·②(P12)의 한도액을 초과한 경우 국민건강보험 창구에 신청하면 초과분이 지급됩니다.(상환지불)

상환지불인 경우, 신청 후 실제로 지급받기까지 3~4개월 정도 걸립니다.

또한 미리 국민건강보험 창구에 신청하여 자기부담한도액 관련 한도액 적용 인정증(주민세 비과세 I·II에 해당하는 분은 '한도액 적용·표준부담액 감액 인정증')을 교부받으면 1개 의료기관(입원/외래, 의과/치과별) 창구에서의 지불을 자기부담한도액으로 한정할 수 있습니다.

단, 온라인 자격 확인을 도입한 의료기관 등에서 개인번호보험증 이용 등을 통해 구분을 확인할 수 있는 경우 인정증 신청은 불필요합니다(주민세 비과세 세대의 구성원으로 과거 12개월의 입원 일수가 90일을 초과하는 경우 제외).

보험료(보험세)를 체납하면 자기부담한도액이 적용되지 않을 수 있습니다.

1. 70세 미만인 분의 경우

적용구분	소득구분	본인부담 한도액 (월액)
A	소득 901 만엔 초과	252,600 엔 + 가 가 = (총의료비 - 842,000 엔) × 1% (다수 해당 140,100 엔 ^{*2})
B	소득 600 만엔 초과 ~ 901 만엔 이하	167,400 엔 + 나 나 = (총의료비 - 558,000 엔) × 1% (다수 해당 93,000 엔 ^{*2})
C	소득 210 만엔 초과 ~ 600 만엔 이하	80,100 엔 + 다 다 = (총의료비 - 267,000 엔) × 1% (다수 해당 44,400 엔 ^{*2})
D	소득 210 만엔 이하	57,600 엔 (다수 해당 44,400 엔 ^{*2})
E	주민세 비과세 세대 ^{*1}	35,400 엔 (다수 해당 24,600 엔 ^{*2})

소득 구분은 매년 8월부터 전년 소득을 기준으로 갱신됩니다. 또한 소득 수정 신고 및 세대 변경이 있었을 때는 그때그때 판정합니다.

소득에 대해서는 동일 세대의 국민건강보험 피보험자 모두의 연간 기준 소득액입니다.

※1 동일 세대의 세대주 및 국민건강보험 피보험자 모두가 주민세 비과세인 분.

※2 과거 12개월 이내에 같은 세대에서 3회 이상 자기부담한도액에 도달한 경우 4회째부터의 자기부담한도액.

예) 한 사람이 한 병원에 입원하여 1개월에 100만 엔의 의료비를 지불한 경우(일반)(소득 210만엔 초과~600만엔 이하)



총의료비 100만 엔	
70%(국민건강보험에서 부담) 70만 엔	30%(일부 부담금) 30만 엔
자기부담 한도액 87,430엔	고액요양비 212,570엔

자기부담 한도액 = 80,100엔 + (1,000,000엔 - 267,000엔) × 1% = 87,430엔

2. 70 세 이상 (장수의료제도 대상자는 제외) 인 분의 경우

창구 부담 비율	소득구분 ^{※1}		인부담 한도액 (월액)	
			외래 (개인 단위)	외래 + 입원 (세대 단위)
30%	수입이 있는 직장근로자 수준의 소득자 ^{※2}	III 과세표준액 690 만 엔 이상	252,600 엔 + (총의료비 - 842,000 엔) × 1% (다수 해당 140,100 엔 ^{※6})	
		II 과세표준액 380 만 엔 이상	167,400 엔 + (총의료비 - 558,000 엔) × 1% (다수 해당 93,000 엔 ^{※6})	
		I 과세표준액 145 만 엔 이상	80,100 엔 + (총의료비 - 267,000 엔) × 1% (다수 해당 44,400 엔 ^{※6})	
20%	일반		18,000 엔 (연간 144,000 엔 상한 ^{※5})	57,600 엔 (44,400 엔 ^{※6})
	주민세 비과세	II ^{※3}	8,000 엔	24,600 엔
		I ^{※4}		15,000 엔

※1 소득 구분은 매년 8 월부터 전년 소득을 기준으로 갱신됩니다 . 또한 소득 수정 신고 및 세대 변경이 있었을 때는 그때그때 판정합니다 .

※2 동일 세대에 일정 소득 (지방세법상의 각종 소득 공제후의 소득 (과세 표준액) 145 만엔) 이상의 수입이 있는 70 세 이상의 국민건강보험 피보험자가 있는 분 . 단 , 70 세 이상의 국민건강보험 피보험자의 수입 합계가 일정액 미만 (1 인 가구의 경우 : 연수입 383 만 엔 미만 , 2 인 이상 세대의 경우 : 연수입 520 만 엔 미만) 으로 , 신청이 있을 경우 ‘일반’ 구분으로 변경할 수 있습니다 . 또한 조건을 만족한다고 판단한 경우에는 신청서 제출이 없어도 ‘일반’ 으로 판정합니다 .

※3 동일 세대의 세대주 및 국민건강보험 피보험자 모두가 주민세 비과세인 분 .

※4 동일 세대의 세대주 및 모든 국민건강보험 피보험자가 주민세 비과세 세대이고 , 세대주 및 모든 국민건강보험 피보험자의 소득이 일정 기준에 미치지 않는 분 .

※5 연간이란 매년 8 월부터 다음 해 7 월까지의 기간을 말합니다 .

※6 과거 12 개월 이내에 같은 세대에서 3 회 이상 자기부담한도액에 도달한 경우 4 회째부터의 자기부담한도액 .

※ 75 세가 되는 달에는 국민건강보험과 후기고령자의료제도의 한도액이 각각 2 분의 1 이됩니다 .

본인부담금 계산 시 주의점

1. 그 달 1일부터 말일까지의 1 개월 진단별로 계산합니다 .
2. 보험이 적용되지 않는 병실료 차액 , 입원 시 식사요양비에 드는 표준부담액 등은 지급 대상에서 제외됩니다 .
3. 한 병원 , 진료소마다 개인으로 계산합니다 .
4. 한 병원 , 진료소라도 외래와 입원 , 의과와 치과는 따로 계산 .
5. 병원 외 처방으로 조제를 받았을 때는 본인부담금과 합산합니다 .
6. 70 세 미만인 분의 경우 개인별 , 의료기관별 (입원 / 외래 , 의과 / 치과별) 자기부담액이 21,000 엔 이상인 비용이 계산 대상입니다 .

☆ 자세한 사항은 시 (市) / 초 (町) 의 국민건강보험 담당과로 문의하시기 바랍니다 .

② 고액의 치료를 장기간 계속 받는 경우

장기간 고액의 의료비가 드는 질병으로 후생노동대신이 지정한 특정 질병 (혈우병 , 혈액응고인자제제에 기인하는 HIV 감염증 , 인공투석이 필요한 만성신부전) 의 경우에는 , 국민건강보험에 신청해서 교부받는 ‘특정 질병 요양 수요증’ 을 병원 접수창구에 제출하면 , 연령에 관계없이 매월 본인부담 한도액이 10,000 엔까지가 됩니다 . *

단 , 만성심부전으로 인공투석이 필요한 70 세 미만의 소득 구분 A·B 인 분은 매달 자기부담액이 20,000 엔까지입니다 .

- ※ 특정 질병 신청을 통해 인정받은 후 온라인 자격 확인을 도입한 의료기관에서 본인이 동의하고 개인번호보험증을 이용하면 , 진료증을 지참하지 않아도 그 질병에 드는 자기부담액이 한도액까지만 적용됩니다 . (시 (市) / 초 (町) 에 따라 다릅니다 . 자세한 내용은 시 (市) / 초 (町) 의 국민건강보험 담당과에 문의해 주십시오)

③ 같은 국민건강보험 세대 내에서 합산하여 한도액을 초과했을 때

한 사람 (1 회) 의 창구 부담은 고액요양비의 지급 대상에 해당하지 않지만 , 복수의 진료나 동일 세대에서 다른 국민건강보험 피보험자의 진료가 있었을 경우 각 창구 부담을 1 개월 (역월) 단위로 합산할 수 있습니다 . 이 합계액이 일정액을 초과한 경우 국민건강보험 창구에 신청하면 초과분이 고액요양비로 지급됩니다 . (세대 합산)

- ※ 세대 합산은 가족의 일부 부담금을 합산하는 경우뿐만 아니라 같은 사람이 같은 달 내에 복수의 의료기관 등에서 일부 부담금을 지불한 경우에도 적용할 수 있습니다 .

• 70 세 미만인 분끼리 합산하는 경우

같은 국민건강보험 세대에서 같은 달 내에 개인별 , 의료기관별로 21,000 엔 이상의 일부 부담금을 의료기관 등의 창구에서 2 회 이상 지불하고 그 합계액이 자기부담한도액 (P11) 을 초과한 경우 국민건강보험 창구에 신청하면 초과분이 지급됩니다 .

• 70 세 이상인 분 (후기 고령자 의료제도 대상자는 제외) 끼리 합산하는 경우

같은 국민건강보험 세대에서 같은 달 내에 지불한 요양 급부 등의 자기부담액이 합산 대상이 됩니다 .

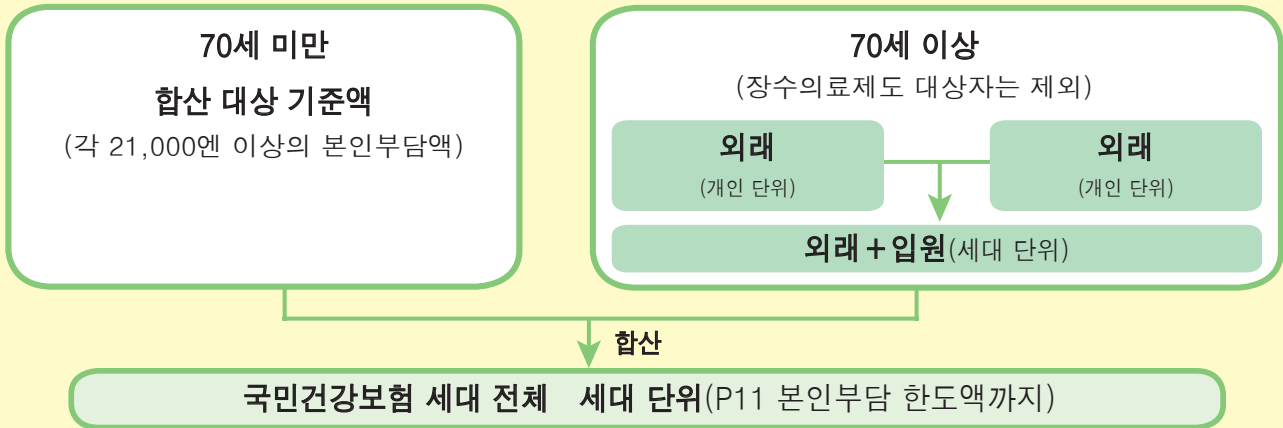
합계액이 자기부담한도액 (P12) 을 초과한 경우 국민건강보험 창구에 신청하면 초과분이 지급됩니다 .

- ① 외래의 자기부담액을 개인별로 합산한 금액에 70 세 이상인 분의 외래에서의 자기부담한도액을 각각 적용하여 한도액을 초과한 금액을 산출 .
 - ② 입원분의 자기부담액과 ①을 적용해도 남아 있는 자기부담액을 합산한 금액에 70 세 이상인 분이 속한 세대의 자기부담한도액을 적용하여 한도액을 초과한 금액을 산출 .
- ① · ②에서 산출한 금액의 합계가 지급 대상액이 됩니다 .



70세 미만과 70세 이상인 분(장수의료제도 대상자는 제외)이 같은 국민건강보험에 가입한 동일 세대인 경우에도 합산할 수 있습니다.

70세 미만과 70세 이상(장수의료제도 대상자는 제외)인 분을 같은 국민건강보험에 가입한 동일 세대로 합산하는 경우에는, 70세 미만과 70세 이상으로 나누어 70세 이상인 분은 외래의 개인단위로 한도액(P12 외래의 한도액)을 합한 후, 입원을 포함해 세대의 70세 이상의 한도액(P12 외래 + 입원 한도액)을 적용합니다. 여기에 70세 미만의 합산 대상 기준액을 합해 국민건강보험 세대 전체에서의 한도액(P11 본인부담 한도액)을 적용합니다.



※ 향후 법 개정 등으로 변경되는 경우가 있습니다.

고액의료·고액개호 합산제도

의료비·개호 서비스비 각각의 본인부담 한도액을 적용해도 양쪽 보험의 총 본인부담액이 고액이 되는 경우에는 아래의 한도액이 적용됩니다.

매년 8월 1일부터 다음 해 7월 31일까지 지불한 자기부담 한도액이 합산 대상이 됩니다.

국민건강보험과 개호보험 양쪽 모두에 자기부담액이 있는 세대가 대상이 됩니다. 식비와 거주비, 병실료 차액 등은 합산 대상이 되지 않습니다.

70세 이상인 분은 자기부담액 전부가 합산 대상이 되지만, 70세 미만인 분의 의료비는 월 21,000엔 이상의 자기부담액만 합산 대상이 됩니다.

● 합산한 경우의 한도액(연간 금액/8월 1일~다음 해 7월 31일)

70세 미만		70세 이상 (장수의료제도 대상자는제외)		
소득 구분(개정 전)		소득 구분		
소득 901만엔 초과	2,120,000엔	과세표준액 690만 엔 이상		2,120,000엔
소득 600만엔 초과~ 901만엔 이하	1,410,000엔	과세표준액 380만 엔 이상		1,410,000엔
소득 210만엔 초과~ 600만엔 이하	670,000엔	과세표준액 145만 엔 이상		670,000엔
소득 210만엔 이하	600,000엔	일 반		560,000엔
주민세 비과세세대	340,000엔	주민세 비과세세대		310,000엔
				190,000엔

※ 소득 구분에 대해서는 P11, 12의 설명을 참고하십시오.

개호보험제도

40세가 되면 개호보험제도에 가입하게 됩니다. 개호나 지원이 필요하다고 인정받은 분은 개호보험을 통해 개호 관련 서비스를 받게 됩니다.

피보험자는 '제1호 피보험자'와 '제2호 피보험자'로 나뉩니다.

	65세 이상이신 분 (제1호 피보험자)	40세부터 64세이신 분 (제2호 피보험자)
대상자	65세 이상이신 분	40세 이상 65세 미만의 건강보험조합, 전국건강보험협회, 시(市)/쵸(町)/손(村) 국민건강보험 등의 의료보험 가입자 (40세가 되면 자동으로 자격을 취득하며, 65세가 될 때 자동으로 제1호 피보험자로 전환됩니다.)
수급 요건	• 개호 필요 상태 • 지원 필요 상태	• 개호 필요(지원 필요) 상태가 노화에 기인한 질병(특정 질병) 일 경우로 한정
보험료 징수 방법	• 시(市)/쵸(町)가 징수 (원칙, 연금에서 공제) • 65세가 된 달부터 징수 시작	• 의료보험료와 함께 일체적으로 징수 • 40세가 된 달부터 징수 시작

● '신청'과 '인정'이 필요합니다

개호보험 서비스를 이용하기 위해서는 신청을 해서 요양이 필요한 상태라는 것을 인정받아야(개호필요 인정) 합니다. 인정을 받으면, 개호 상태에 적합한 개호 서비스를 받을 수 있습니다.

● 이용료는 원칙적으로 비용의 10%*입니다.

개호보험 서비스를 이용할 때에는 한도액 내의 서비스 비용의 10%*가 자기부담입니다.

(거주비, 체재비, 식비(개호보험 시설, 단기 입소, 통원 개호), 한도액을 넘는 서비스에 대해서는 원칙적으로 전액 자기부담입니다.)

※일정 소득 이상인 분은 20%를 부담하셔야 합니다. 20% 부담자 중 특히 소득이 높은 분은 30%를 부담하게 됩니다.

● 개호 서비스

개호가 필요한 정도에 따라 개호 필요 상태 구분이 나뉘어 개호급부, 예방급부, 지역지원사업 서비스를 이용할 수 있습니다.

☆자세한 사항은 시(市)/쵸(町)의 개호보험 담당창구로 문의하시기 바랍니다.

장애 복지 등 서비스

장애 종류에 관계없이 장애가 있는 분이 필요로 하는 서비스를 이용하실 수 있도록, 서비스 이용 체계를 일원화해 한층 더 추진하기 위해 장애인 종합지원법이 제정되었습니다.

● ‘신청’과 ‘장애 지원 구분 인정’이 필요합니다.

서비스를 이용하려면 신청이 필요합니다. 신청하신 후에 장애 지원 구분 인정을 받으면 서비스 지급 결정이 내려집니다. (서비스에 따라 장애 지원 구분 인정이 필요하지 않은 경우도 있습니다.)

● 주요 서비스

개호급부비 재택개호, 중증 방문개호 등
훈련 등 급부 취업 지원, 그룹 홈 등
장애아통소(입소) 지원 장애아의 보호자는 창구*1에서 신청을 하고 지급 결정을 받은 후에, 이용할 시설과 계약을 맺습니다.

※1 장애아가 다니는 곳의 창구→시(市)/초(町)
장애아 입소 창구→어린이가정상담센터

● 이용료

이용료는 서비스 양에 따라 정해지지만, 소득 등에 따라 부담(응능부담)하도록 배려됩니다.



☆ 상세한 내용은 시(市)/초(町) 장애인복지담당과에 문의해 주십시오.

장수의료제도에 대하여

75세 이상인 분(앞으로 75세가 될 분은 75세 생일 당일 부터) 또는 65세 이상 74세 이하로 일정 이상의 장애가 있는 분(신청서가 필요합니다)이 대상입니다.

단, 65세 이상 74세 이하로 일정 이상의 장애가 있는 분으로 신청이 인정된 후기고령자의료 피보험자로 된 분에 대해서는 장애 인정 철회를 신청함으로써 이 제도의 피보험자를 중단하는 것도 가능합니다.(선택 가능하지만, 거슬러 올라가 신청할 수는 없습니다)

● 운영 주체

시가현 후기 고령자 의료 광역연합(보험료 징수와 청구 업무 등은 시(市)/초(町)에서 실시합니다)

● 보험료

지금까지 보험료를 내지 않았던 세대원(피부양자)도 포함하여 피보험자 전원이 보험료를 납부하게 됩니다.



직장의 건강보험에 가입되어 있는 분이 후기 고령자 의료제도로 이행하면, 그 피부양자였던 분 (75 세까지) 도 건강보험 자격을 상실하므로 국민건강보험 등에 가입하는 절차가 필요합니다 .

교통사고 등으로 부상을 입으면

● 반드시 신고합시다!

교통사고 등 타인의 행위가 원인이 되어 부상 등을 입어, 피보험자증을 사용해 치료를 받을 때는 바로 경찰에 신고함과 동시에 시(市)/초(町)의 국민건강보험 창구에 신고하셔야 합니다.

● 의료비는 가해자가 부담

이 경우에 든 의료비는 피해자에게 과실이 없는 한 가해자가 전액을 부담하는 것이 원칙입니다. 따라서 국민건강보험으로 치료한 경우, 가해자가 부담해야 할 의료비는 국민건강보험이 일시적으로 대신 지불합니다.

〈신고절차〉

- ① 경찰에 신고한다
교통사고를 당하면 신속하게 경찰에 신고하십시오.
- ② 국민건강보험 창구에 신고한다
국민건강보험 창구에 '제3자 행위에 의한 상병신고서'를 제출해 주십시오.

〈신고에 필요한 서류〉

- ◆ 제3자의 행위에 의한 상병신고서
- ◆ 사고 발생 상황 보고서
- ◆ 동의서
- ◆ 교통사고증명서
- ◆ 그 외 필요한 서류

〈서류가 모두 준비되지 않았더라도 우선 신고를 해 주십시오〉



◎ 합의하기 전에 상담을!

가해자로부터 치료비를 받거나 합의를 해버리면 국민건강보험을 적용받을 수 없게 되는 경우가 있습니다. 합의를 보기 전에 반드시 시(市)/초(町)의 국민건강보험 창구에 상담해 주십시오.



몸도 마음도 활력 있게 해주는 큰 매력이 가득

온천에 가자!

지금, 온천을 활용한 건강 구축이 주목 받고 있습니다. 풍부한 자연과 맛있는 공기, 그리고 온천의 효능에 의해 몸이 치유되어 심신이 릴렉스함으로써 건강증진에 효과가 있다고 일컬어지고 있습니다.

자연이나 사람, 문화와의 만남 등, 따뜻한 온천물을 통해서 몸과 마음에 기분 좋은 자극을 주고 있습니다. 한 사람 한 사람의 건강 구축을 위해서, 생동감 있게 빛나는 마음을 위해서, 유효하게 온천을 활용해보지 않겠습니까?



※시가현 보험자협의회는 시가현 내의 국민건강보험 피보험자를 대상으로 온천 등 우대 할인 사업을 실시하고 있습니다. 상세한 내용에 대해서는 국민건강보험의 창구에 배치된 팜플렛 「온천순례」 및 국민건강보험연합회 홈페이지 (<https://www.shigakokuho.or.jp/>) 를 참조하십시오.

받자!! 특정검진·특정보건 지도

메타볼릭 신드롬(내장지방 증후군), 생활습관병의 예방에 중점을 둔 특정검진·특정 보건 지도를 실시하고 있습니다.

신체의 정기점검과 생활 습관 개선을 위해 반드시 1년에 1회는 검진을 받으십시오!

포인트는 여기:

① 대상은 40~74세의 모든 피보험자

특정 검진 대상은 40~74세까지의 모든 분입니다.

검진의 수신 방법

국민건강보험에서 발송한 진찰권이나 안내문이 도착하면 진찰권과 피보험자증을 지참하여 특정검진 실시 의료기관 또는 집단검진 회장에서 진찰을 받습니다. 진찰을 받기 전에 실시 시간을 확인하고 필요에 따라 일시를 예약해 주십시오.

② 메타볼릭 신드롬을 표적으로 한 검진 내용과 추가 항목

특정검진은 콜레스테롤 검사나 혈당검사, 복위측정 등에 의해 메타볼릭신드롬 해당자나 생활습관병의 예방이 가능한 분을 발견해내는 것에 중점을 두고 있습니다. 또한, 요산·혈청 크레아티닌·요잠혈 등의 항목을 추가하여 검진 내용을 충실하게 했습니다.

③ 암 검진 등과 동시 진찰

특정검진과 암 검진 등을 동시에 진찰 받을 수 있도록 체제를 갖춘 곳이 있습니다. 꼭 이용해 주십시오.

④ 검진 결과 레벨에 맞는 보건 지도

특정검진을 받은 모든 분이 검진 결과와 건강한 생활을 보내기 위한 정보를 받을 수 있습니다.

또한, 검진 결과에 따라서 각각의 건강상태에 따라 생활 습관 개선을 위한 지원(특정 보건 지도)을 받을 수가 있습니다.

꼭 활용해 주십시오.



생활 습관병의 상당수는 증상이 없는 상태로 진행되는 것이 큰 특징입니다.

검진을 받게 되면 몸 상태를 알 수 있습니다.

증상이 없어도, 아무리 바빠도, 매년 검진을 받으십시오.

☆ 자세한 내용은 시(市)/초(町)의 검진 담당과로 문의해 주십시오.

개인번호카드를 소지하신 여러분께

개인번호카드로 건강진단 결과 정보를 열람할 수 있게 되었습니다! 열람 방법 등 자세한 사항은 후생노동성 홈페이지 (<https://www.mhlw.go.jp/index.html>) 에서 확인하시기 바랍니다.



특정검진을 받지 않는 분에게

건강정보의 제공에 협력해 주십시오!

① 정기적으로 의료기관에서 진단을 받지 않는 분

생활습관병으로 통원중인 분 가운데에는 「진료중이므로 검진을 받을 수 없다」라는 말을 들은 분이 다수 있습니다.

그렇지만, 의료기관에서 치료중인 분도 특정검진 대상자로 됩니다.

의료기관에서 받은 검사결과 등의 정보를 제공하심으로써 특정검진을 받은 것으로 됩니다.

【대상자】

특정검진 대상자인 분으로 만성질환 등에 의해 의료기관(특정검진 실시 기관)에서 치료 계속중인 분

【제공방법】

「특정검진 진찰권」 「피보험자증」을 지참하고 주치 의료기관에서 검진 정보 제공을 신청해 주십시오.

치료중인 분도 생활 습관의 개선이 필요합니다!

② 다른 건강진단(사업주 검진 등)을 받을 수 있는 분

현내의 상공회 · 상공회의소 등이 실시하는 사업주 검진을 받을 수 있는 분은 그 결과를 제공받음으로써 특정검진을 수진하게 됩니다.

(1) 현내의 상공회 · 상공회의소가 실시하는 사업주 검진을 받을 수 있는 분

【제공방법】

사업주 검진을 받으실 때에는 보험자로부터 송부된 「특정검진 진찰권」을 지참해서 검진 회장의 접수처에 제출해 주십시오.

(2) (1) 이외의 사업주 검진 등, 다른 검진을 받을 수 있는 분

【제공방법】

검진 결과를 검진 담당과에 제출해 주십시오.

※①② 모두 정보제공을 위한 비용 부담은 없습니다.

☆ 자세한 내용은 시(市)/쵸(町)의 검진 담당과로 문의해 주십시오.

정밀검진 등의 비용을 조성하는 제도가 있습니다. 자세한 사항은 시(市)/쵸(町)의 신청 창구에 문의해 주십시오.

제네릭 의약품을 이용합시다



제네릭 의약품(후발의약품)이란 신약(선발의약품)의 특허 유효기간이 지난 후에 제조, 판매되는, 후생노동성이 신약과 동등하다고 인정한 저렴한 약입니다.
제네릭 의약품을 사용함으로써 약값의 경감에 이어집니다.

Q 종류는 있는가?

A 다양한 질병이나 증상에 대응하고 있습니다.
캡슐, 알약, 점안제 등, 그 형태도 다양합니다.

Q 가격은?

A 선발의약품은 개발비용이 많이 들지만, 개발기간이 짧은 제네릭 의약품은 신약에 비해 대부분이 저렴합니다.

Q 제네릭 의약품으로 변경하는 방법은?

A 해당 약을 처방받고 있는 의사가 제조하고 있는 약제사에게 「제네릭 의약품으로 변경해 주십시오」라고 말씀해 주십시오.

※ 모든 신약(선발의약품)에 대해 제네릭 의약품이 있는 것은 아닙니다. 또한 공급 상황에 따라 재고가 부족할 수 있습니다.

※ 의사의 판단에 의해 제네릭 의약품이 처방되지 않는 경우가 있습니다.

알림

「제네릭 의약품에 관한 알림 통지」를 실시
하고 있습니다.(연 2회)

● 「제네릭 의약품에 관한 알림 통지」란

복용하시고 있는 신약을 제네릭 의약품으로 바꾸시는 경우, 경감할 수 있는 금액을 알려드리는 것입니다.

● 통지를 시작한 것은 . . .

가계에 도움이 되고, 국민건강보험 재정의 개선도 기대할 수 있기 때문입니다.

주의해 주십시오

모든 분에게 「제네릭 의약품에 관한 알림 통지」를 송부하고 있는 것은 아닙니다.
(예를 들면 고혈압·당뇨병·고지혈증 등 생활습관병의 치료를 받으시고, 처방전에 의해 약국에서 약을 받고 있는 분 등을 대상으로 송부하고 있습니다.)

[2024년 10월부터 시작된 의약품 자기부담의 새로운 체계]

- 제네릭 의약품이 있는 약으로, 선발 의약품 처방을 원하실 경우 특별 요금을 지불하셔야 합니다.
- 이번 기회에 제네릭 의약품을 적극적으로 이용하시기 바랍니다.

장기 제공의 의사표시에 협력해 주십시오

의사표시란의 기입 방법은 아래와 같습니다. 장기 제공 의사표시에 협력해 주십시오.

※기입 여부는 피보험자 본인의 판단에 의한 것이며, 반드시 의사표시란에 기입할 필요는 없습니다.

기입 방법 《개인번호카드 앞면(예)》

The diagram shows a Japanese Personal Number Card (My Number Card) with the following fields and callouts:

- 1: Points to the photo area.
- 2: Points to the date of birth field (平成〇年〇月〇日生).
- 3: Points to the organ donation consent section (●臓器提供意思).
- 4: Points to the signature field (署名).

The organ donation consent section (3) contains the following text:

●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】

※자격확인서 뒷면에도 의사표시란이 있습니다.

① 의사 선택

자신의 의사에 맞는 번호에 **하나만** ○ 표시를 해 주십시오.

- 뇌사 후 및 심장이 정지한 사후 중 어느 경우라도 제공해도 좋다고 생각하시는 분은 **1에** ○ 표시를 해 주십시오.
- 뇌사 후에 장기는 제공하고 싶지 않지만, 심장이 정지한 사후에는 장기를 제공해도 좋다고 생각하시는 분은 **2에** ○ 표시를 해 주십시오. (이 경우, 법률을 토대로 뇌사 판정을 받을 수는 없습니다.)
- 장기를 제공하고 싶지 않은 분은 **3에** ○ 표시를 해 주십시오. [4로]

② 제공하고 싶지 않은 장기의 선택

1이나 2에 ○ 표시를 한 분으로 제공하고 싶지 않은 장기가 있으면 그 장기에 × 표시를 해 주십시오.

또한, 제공할 수 있는 장기는 각각 이하와 같습니다.

뇌사 후: 심장 · 폐 · 간장 · 신장 · 췌장 · 소장 · 안구
심장이 정지한 사후: 신장 · 췌장 · 안구

③ 특기란의 기재에 대해서

● 조직 제공에 대해서

1이나 2에 ○ 표시를 한 분으로 피부, 심장 판막증, 혈관, 뼈 등의 조직도 제공해도 괜찮은 분은 「모두」 또는 「피부」 「심장 판막증」 「혈관」 「뼈」 등이라고 기입할 수 있습니다.

● 친족 우선 제공 의사에 대해서

친족 우선 제공 의사를 표시하고자 하는 분은 아래를 읽으신 후에 「친족 우선」이라고 기입할 수 있습니다.

친족에 대해 우선 제공하는 경우

아래의 3가지 요건을 만족시킬 필요가 있습니다.

- 본인(15세 이상)이 장기를 제공할 의사표시와 함께 친족에 대한 우선 제공 의사를 서면으로 표시하고 있다.
- 장기 제공 시, 친족(배우자*1, 어린이*2, 부모*2)이 이식 희망 등록을 하고 있다.
- 의학적인 조건(적합 조건)을 만족하고 있다.

※1 혼인신고서를 제출하고 있는 분입니다. 사실혼은 포함되지 않습니다.

※2 실제 부모와 자녀인 경우 외에 특별양자 결연에 의한 양자 및 양부모를 포함합니다.

친족 우선 제공에 대한 유의사항

의학적인 조건 등에 의해 이식 대상이 되는 친족이 없는 경우에는 친족 이외인 분에게 이식이 됩니다.

우선 제공할 친척분을 지정(성명을 기재)한 경우에는 그 분을 포함한 친족 전체에 대한 우선 제공으로 취급합니다.

「○○씨에게만 제공할 수 있다」라고 제공처를 한정하는 의사표시가 있었던 경우에는 친족인 분을 포함해 장기 제공이 되지 않습니다.

친족 제공을 목적으로 한 자살을 방지하기 위해 자살한 분으로부터의 친족에 대한 우선 제공은 하지 않습니다.

④ 서명 등

본인의 서명 및 서명 연월일을 자필로 기입해 주십시오.
의사를 표시했다면 그 의사를 가족에게도 공유하시기 바랍니다.



그린리본 캠페인의
천사 하티

■ 장기제공에 관한 질문 · 문의는 (공사)일본장기이식네트워크

무료전화: 0120-78-1069(평일 9:00~17:30)

홈페이지: <https://www.jotnw.or.jp>