

用語

1 保険者

国民健康保険の保険者は、地方公共団体である市町村及び特別区、公法人である国民健康保険組合である。

国民健康保険組合は、同種の事業又は業務に従事する者で組織する団体で、市町村公営を原則とする国保制度のもとにおいて、これを補完するものとして、都道府県知事の認可を受けて設立されるものである。

2 被保険者

保険の利益を受ける者をいい、被保険者の資格を取得すると、一方において法定給付事由が発生すれば権利として保険給付を受けることができると同時に、他方において世帯主は保険料（税）の納付義務を負う。

市町村国保の被保険者の資格要件は、当該市町村の区域内に住所を有することであり、国保組合の場合は、当該組合員または組合員と同じ世帯に属する者である。ただし、他の医療保険の適用を受ける者等は、被保険者から除外される。

国保の被保険者は、一般被保険者、退職被保険者等（本人とその被扶養者）に区分され、退職被保険者等以外を一般被保険者という。

（1）退職被保険者等

国保法第8条の2の規定による退職被保険者及びその被扶養者。

退職被保険者とは、国保の被保険者のうち、老齢又は退職を支給事由とする被用者年金の受給権者であって、当該年金保険の加入期間が20年以上又は40歳以降10年以上の者である。

被扶養者とは、退職被保険者の直系尊属、配偶者その他3親等内の親族であって、その退職被保険者と同一の世帯に属し、かつ生計維持関係を有する者である。

なお、国民健康保険法施行令の改正により平成20年度からは上記の被保険者のうち65歳未満の者とされ、65歳以上の者は一般被保険者となった。

また、平成26年度までに退職被保険者等となった者が全員65歳に到達した時点で、本制度は廃止されることとされている。

（2）一般被保険者

上記（1）以外の被保険者

なお、75歳以上の被保険者（老人）は平成20年4月から「後期高齢者医療制度」に加入したため、国保から離脱した。

3 保険給付

保険給付は、疾病又は負傷に関しては療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費（平成18年9月までは特定療養費）、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費及び高額療養費の支給（但し、老人保健法の規定による医療を受けることができる者を除く。）、出産に関しては出産育児一時金の支給、死亡に関しては葬祭費の支給（又は葬祭の給付）がある。ただし、出産育児一時金及び葬祭費の支給については特別の理由があるときは、その全部又は一部を行わないことができる。

これらのほかに、出産手当金、傷病手当金等の給付を行うことができる。

なお、世帯主が災害その他の特別の事情がないのに保険料（税）を滞納している場合は、保険者は、その世帯の被保険者証を返還させ、代わりに被保険者資格証明書を交付することができる。この場合、療養の給付、保険外併用療養費等の支給は行われず、特別療養費が支給される。

(1) 療養の給付

国保における原則的医療給付で、診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術その他の治療、病院又は診療所への入院、看護等をいう。現物給付として行われる。

(2) 入院時食事療養費・入院時生活療養費

被保険者が保険医療機関について入院に係る給付に併せて食事療養を受けたときは、入院時食事療養費が支給される。

その額は、当該食事療養につき算定した費用の額から標準負担額（一食につき260円（減額措置あり））を控除した額とされている。入院時食事療養費は、保険者が保険医療機関に対し支払を行うこととなっている（現物給付化）。

また、平成18年10月から70歳以上の被保険者が保険医療機関の療養病床に入院したときは、入院時食事療養費に代えて入院時生活療養費が支給される。

その額は、当該生活療養につき算定した費用の額から標準負担額（居住費として一日につき320円と一食につき460円の合計額（減額措置あり））を控除した額とされている。入院時生活療養費は、入院時食事療養費と同様に保険者が保険医療機関に対し支払を行うこととなっている。

(3) 保険外併用療養費（平成18年9月までは特定療養費）

保険医療機関において特定の先進医療を受けた場合や特別なサービスを含んだ療養を被保険者が希望して受けた場合、一般の療養の給付と共通する部分について保険給付される。

① 評価療養

- ・ 先進医療
- ・ 医薬品の治験に係る診療
- ・ 医療機器の治験に係る診療
- ・ 薬価基準収載前の承認医薬品の投与
- ・ 保険適用前の承認医療機器の使用

- ・薬価基準に記載されている医薬品の適応外使用

②選定療養

- ・特別の療養環境の提供
- ・予約診療
- ・時間外診療
- ・200床以上の病院の未紹介患者の初診
- ・200床以上の病院の再診
- ・制限回数を超える医療行為
- ・180日を超える入院
- ・前歯部の材料差額
- ・金属床総義歯
- ・小児う蝕の治療後の継続管理

(4) 療養費

国保における補完的医療給付で、保険医療機関以外で診療を受けた場合、緊急その他やむを得ない理由により療養の給付を受けることができなかつたと保険者が認めた場合等に、事後的に保険者から被保険者に支給する額。

療養費の支給額は療養に要した費用の額から一部負担金に相当する額を控除した金額を基準として保険者が決定する。

(5) 訪問看護療養費

居宅において継続して療養を受ける状態にある者が指定訪問看護事業者の行う指定訪問看護を受けたときは、訪問看護療養費が支給される。

訪問看護療養費の額は、当該指定訪問看護につき厚生労働大臣の定め例により算定される額から、その額の一部負担金の割合を乗じて得た額を控除した額である。

(6) 特別療養費

被保険者資格証明書の交付を受けている世帯に属する被保険者が保険医療機関等において療養を受けたときは、特別療養費が支給される。

特別療養費の額は、診療報酬の場合と同様の方法で算定された療養に要する費用の額（現に療養に要した費用の額を限度とする。）から、その額の一部負担金の割合を乗じて得た額を控除した額である。

(7) 移送費

被保険者が療養の給付を受けるため病院又は診療所に移送されたときは、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用により算定された額（現に移送に要した額を限度とする。）が支給される。

(8) 高額療養費

- ① 高額療養費は、同一世帯に属する被保険者が、同一月に受けた療養に係る一部負担金を合算した額から当該世帯に属する70歳以上の被保険者（老人医療受給対象者を除く。以下単に「70歳以上の被保険者」という。）に係る高額療養費の額を控除した額が自己負担限度額を超える場合に支給される。

世帯合算については、70歳未満の被保険者については合算対象基準額は21,000円とされ、それ以上の一部負担金等が、70歳以上の被保険者については全ての一部負担金等が合算される。

世帯合算の自己負担限度額は、次のとおりとされている。

(金額は平成18年10月診療分から適用されるもの)

(ア) 一般の世帯

80,100円と、世帯の被保険者が受けた療養に要した費用の額（合算対象とされたもの）から267,000円を控除した額の1%に相当する額との合算額。ただし、その世帯に対して、当該療養があった月以前の12月以内に既に高額療養費（70歳以上の被保険者に係る外来の自己負担限度額のみにより支給を受けた回数は算入しない。）が支給されている月数が3月以上ある場合には、4月目から（以下「多数該当の場合」という。）は44,400円となる。

(イ) 上位所得の世帯（世帯に属する被保険者の前年の基準所得（旧ただし書き所得の算定の例により算定）の合算額が600万円を超える場合）

150,000円と、世帯の被保険者が受けた療養に要した費用の額（合算対象とされたもの）から500,000円を控除した額の1%に相当する額との合算額。ただし、多数該当の場合には、83,400円とされる。

(ウ) 低所得者の世帯（世帯に属する世帯主及び被保険者の全てが市町村民税非課税である場合）

35,400円。ただし、多数該当の場合は、24,600円とされる。

② 70歳以上の被保険者に係る高額療養費の支給要件

(ア) 70歳以上の被保険者に係る高額療養費

(i) 同一の世帯に属する70歳以上の被保険者が同一の月に受けた療養に係る一部負担金等を合算した額から(ii)による外来の高額療養費の支給額を控除した額（以下「70歳以上一部負担金等世帯合算額」という。）が一定額（以下「70歳以上自己負担限度額」という。）を超える場合。

(ii) 70歳以上の被保険者が同一の月に受けた外来療養に係る一部負担金等を合算した額（以下「70歳以上外来一部負担金等合算額」という。）が一定額（以下「70歳以上外来自己負担限度額」という。）を超える場合。

(イ) (ア)の(ii)の場合については、70歳以上外来一部負担金等合算額は個人単位で合算し、70歳以上外来自己負担限度額も個人単位で適用される。

(ウ) 70歳以上自己負担限度額

(i) 一般の世帯に属する70歳以上の被保険者

44,400円

(ii) 一定以上所得者の世帯に属する70歳以上の被保険者

80,100円と、70歳以上の被保険者が受けた療養に要した費用の額から267,000円を控除した額の1%に相当する額との合算額。ただし、多数該当の場合には、44,400円とされる。

(iii) 低所得世帯に属する70歳以上の被保険者

- ・市町村民税非課税世帯に属する場合 24,600円
- ・市町村民税非課税世帯のうち所得が一定の基準に満たない世帯の場合 15,000円

(エ) 70歳以上外来自己負担限度額

(i) 一般の70歳以上の被保険者

12,000円

(ii) 一定以上所得者である70歳以上の被保険者

44,400円

(iii) 低所得世帯に属する70歳以上の被保険者

8,000円

③ 公費負担医療の場合

(ア) 被保険者が同一の月にそれぞれ一の保険医療機関等について受けた原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による一般疾病医療費の支給又は施行規則第27条の12に掲げる給付（以下「公費負担医療」という。）が行われる療養については、負担区分にかかわらず、70歳以上自己負担限度額は44,400円、70歳以上外来自己負担限度額は12,000円、70歳未満の被保険者の自己負担限度額は80,100円+1%とされる。

(イ) 公費負担医療が行われる療養については、自己負担限度額の範囲内で費用徴収が行われる場合に限り、当該費用徴収額を高額療養費の支給の基礎となる一部負担金等の額とする。

④ 特定疾病に係る療養の場合

(ア) 高度な治療を著しく長期間にわたって継続しなければならない特定の疾病に係る療養については、自己負担限度額は10,000円とされる。

なお、平成18年10月診療分から70歳未満の上位所得者で人工腎臓を実施している慢性腎不全の場合の自己負担限度額は20,000円となった。

- ・人工腎臓を実施している慢性腎不全
- ・血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病）
- ・抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）

(イ) ③の(イ)の取扱いは準用される。

(9) 特例療養費（平成15年3月以前の診療が対象）

退職被保険者又はその被扶養者（入院の場合のみ）が、保険医療機関等において、療養の給付を受けた際に、一般被保険者としての一部負担金（3割）を当該保険医療機関等に支払った場合に、退職被保険者証又は退職被保険者等証明書を

提出しなかったことがやむを得ない理由によると認められるときに、一般被保険者と退職被保険者との給付割合の差（1割分）を補填することとなるが、この給付割合の差額をいう。

4 保険料（税）

保険料は、国民健康保険事業に要する費用に充てるため、市町村にあつては世帯主から、国民健康保険組合にあつては組合員から保険料を徴収することとされている。

なお、市町村にあつては保険料にかえて地方税法の規定による国民健康保険税（以下「保険税」という。）を課することができる。

（1）一般被保険者にかかる保険税の課税方法

①課税総額等

保険税の標準課税総額は、当該年度の初日における一般被保険者に係る療養の給付、入院時食事療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費及び高額介護合算療養費、移送費及び高額療養費の支給に要する費用の総額の見込額から療養の給付についての一部負担金の総額の見込額を控除した額の100分の65に相当する額並びに前期高齢者納付金等の納付に要する費用の額から当該費用に係る国の負担金の見込額と前期高齢者交付金を控除した額の合算額とする。

課税方式としては、4方式（所得割、資産割、被保険者均等割、世帯別平等割を組み合わせる方式）、3方式（所得割、被保険者均等割、世帯別平等割を組み合わせる方式）、2方式（所得割、被保険者均等割）に従い、次表に示す課税総額に対する割合を標準として、所得割総額、資産割総額、被保険者均等割総額及び世帯別平等割総額を算定し、これを基にして次に示す方式により、被保険者世帯に対する課税額を算定する。

		所得割総額	40/100
4方式	所得割総額、資産割総額、被保険者均等割総額及び世帯別平等割総額	資産割総額	10/100
		被保険者均等割総額	35/100
		世帯別平等割総額	15/100
3方式	所得割総額、被保険者均等割総額及び世帯別平等割総額	所得割総額	50/100
		被保険者均等割総額	35/100
		世帯別平等割総額	15/100
2方式	所得割総額及び被保険者均等割総額	所得割総額	50/100
		被保険者均等割総額	50/100

②所得割額の算定方法

所得割額の算定は、（ア）旧ただし書方式による算定方法が原則的であるが、（ア）によることが著しく困難であると認められる市町村は条例により（イ）本文方式又は（ウ）所得割方式により按分して算出する。

(ア)旧ただし書方式

一般被保険者にかかる地方税法第 314条の 2第 1項に規定する総所得金額及び山林所得金額の合計額から同条第2項の基礎控除（平成 20 年度：33万円）をした後の合計額に按分して算定する。

(イ)本文方式

課税標準として市町村民税の本文方式による課税所得金額を用いる。地方税法第 314条の 2第 1項に規定する総所得金額等の合計額から各種控除額を控除した後の合計額に按分して算定する。

(ウ)所得割方式

市町村民税の所得割額（退職所得に係る所得割額を除く。）に按分して算定する。

③資産割額の算定方法

資産割額は、資産割総額を次の方法のいずれかによって按分して算定する。

(ア) 一般被保険者にかかる固定資産税額に按分して算定する。

(イ) 固定資産税額のうち、土地及び家屋に係る部分の額に按分して算定する。

④被保険者均等割額及び世帯別平等割額の算定方法

被保険者均等割額及び世帯別平等割額は、それらの額の総額を一般被保険者数又は一般被保険者の世帯数（同一の世帯に一般被保険者と退職被保険者等が同居する世帯を含む。）にそれぞれ按分して算定する。

⑤課税額の限度及び低所得者に対する減額

世帯主（但し、被保険者でない世帯主を除く）及び当該世帯に属する被保険者について算定した所得割額、資産割額、被保険者均等割額及び世帯別平等割額の合算額を課税額とし、その額が条例に定める限度額（平成20年度は47万円、後期高齢者支援金分は12万円、介護納付金分は9万円）を超えるときは、限度額とする。

また、低所得者に対する減額措置として、被保険者均等割額及び世帯別平等割額を、世帯主（被保険者でない世帯主を含む）とその世帯に属する被保険者の所得が33万円に達しない低所得の被保険者世帯に対しては6割、これに準ずる低所得の世帯に対しては4割を減額して賦課することとされている。被保険者均等割総額及び世帯別平等割総額の課税総額に対する割合（以下「応益割合」という。）が45%～55%の市町村においては減額割合はそれぞれ7割、5割であり（平成8年度から）、さらに5割減額より所得の高い低所得者層について2割の減額が設けられている。

保険料の賦課方法は保険者において、政令で定める基準に従って条例又は規約の定めるところによりおおむねの保険税の場合に準じて取り扱うこととされている。

(2) 退職被保険者等に係る保険税

退職被保険者等に係る保険税は、一般被保険者にかかる保険税を算定するのに用いた按分率を退職被保険者等にも用いて、一般被保険者と同様にして算定する。

5 国庫支出金、都道府県支出金

国保事業の健全な運営と円滑な推進を確保するために、国及び都道府県が財政面において行う各種の負担金、補助金の総称。

(1) 療養給付費等負担（補助）金

①市町村に対する負担金

(ア) 一般被保険者に係る療養の給付に要する費用の額から当該給付に係る一部負担金に相当する額を控除した額並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費に要する費用の額の合算額から保険基盤安定繰入金の2分の1相当額を控除した額。

(イ) 前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金並びに介護納付金の納付に要する費用の合算額から前期高齢者交付金控除した額。

(ア)と(イ)を合算したものについて、その一部を国が負担するものであり、その負担率は平成18年度から100分の34である。

②国民健康保険組合に対する補助金

(ア) 一般被保険者に係る療養の給付に要する費用の額から当該給付に係る一部負担金に相当する額を控除した額並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費に要する費用の額の合算額（対象給付額）。

(イ) 前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金並びに介護納付金の納付に要する費用

(ア)と(イ)を合算したものについて、その一部を国が補助しており、その補助率は100分の32、1000分の130又は1000分の164である。また、組合の財政力等の区分に応じて対象給付費の23%～3%に相当する組合普通調整補助金と組合特別調整補助金を補助することができる。

(2) 高額医療費共同事業負担金

高額な医療給付の発生による各保険者の不安定な財政運営に備え、80万円以上の高額医療を対象として各保険者の拠出金等を財源に国保連合会が実施している高額医療費共同事業の市町村拠出金への負担である。負担割合は、国4分の1、都道府県4分の1、市町村2分の1である。（平成21年度までの時限措置であったが平成25年度まで延長される。）

(3) 財政調整交付金

国民健康保険の財政を調整するため、療養給付費等負担金の項に掲げた(1)

①の(ア)と(イ)の合算額の見込額から前々年度基準超過費用額の総額を控除した額の100分の9に相当する額と保険基盤安定繰入金の4分の1に相当する額の合算額を市町村に対して交付する。

調整交付金は、普通調整交付金と特別調整交付金からなり、その内容は次のと

おりである。

①普通調整交付金

市町村の一般被保険者に係る所得等を考慮して算定する額が療養給付費等の保険者負担額（国庫負担金等を控除した後の額）に満たない市町村に対して衡平にその満たない額を補填することを目的とする交付金。

②特別調整交付金

災害その他特別の事情がある市町村に対して交付する。

なお、普通調整交付金の総額及び特別調整交付金の総額は、それぞれ調整交付金の総額の9分の7、9分の2とされているが相互流用できる。

(4) 保険基盤安定繰入金

保険料（税）の軽減制度に基づく各市町村の軽減相当額に着目した負担を、都道府県及び市町村が分担することにより、国保の財政基盤の強化を図ろうとする保険基盤安定制度に基づき、市町村が、一般会計から国保特別会計に繰り入れる額である。

負担割合は、都道府県4分の3、市町村4分の1である。

なお、軽減世帯の被保険者数に応じて平均保険料（税）一定割合を補填する保険者支援制度が導入されている。（平成21年度までの時限措置であったが、平成25年度まで延長される予定）

負担割合は、国2分の1、都道府県4分の1、市町村4分の1である。

(5) 都道府県財政調整交付金

平成16年度の三位一体改革に伴い平成17年度から導入された市町村間の財政調整を行うための県負担であり、療養給付費等負担金の項に掲げた（1）①の（ア）と（イ）の合算額の見込額から前々年度基準超過費用額の総額を控除した額の100分の7に相当する額を市町村に対して交付する。

大分県における調整交付金は、県普通調整交付金と県特別調整交付金からなり、その内容は次のとおりである。

①県普通調整交付金

（1）の①のア、イの合算額の一部を県が負担するもの。

②県特別調整交付金

事業運営の安定化に資する事業の実施状況その他特別の事情がある市町村に対して交付する。

なお、県普通調整交付金の総額及び県特別調整交付金の総額は、それぞれ調整交付金の総額の7分の6、7分の1とされているが相互流用できる。

6 療養給付費交付金

退職被保険者等の医療給付に要する費用に充てるため、被用者保険等保険者の拠出金を財源とした交付金。

療養給付費交付金の額は、退職被保険者等に係る医療給付に要する費用の額の合算額と退職被保険者等に係る負担調整前老人医療費拠出金額の合算額から退職被保険者等に係る保険料（税）に相当する額を控除した額となっている。

7 医療費（療養諸費）

療養の給付及び療養に要する費用のことを療養諸費といい、その費用額のことを療養諸費費用額あるいは単に医療費という。

8 一人当たり医療費（療養諸費）

療養諸費の額を年間平均被保険者数で除したもの。

9 医療給付費

医療費のうち保険者が負担する定率分と高額療養費の合算額。

10 給付率

医療給付費の医療費費用額（他法優先分を除く）に対する比率。

11 実質一部負担割合

医療費費用額に対する一部負担金から高額療養費を差し引いた額の比率。

12 診療費

診療（入院、入院外、歯科）に要した費用の額。調剤、食事療養、看護及び移送に要する費用は含まれない。

13 一人当たり診療費

診療費の額を年間平均被保険者数で除したもの。

14 保険者負担分

国保法の規定により保険者が負担することとされている療養給付費・療養費。他法負担分及び一部負担金（高額療養費を含む）を除いた額。

なお、条例又は規約により給付水準を引き上げている場合、当該引き上げ部分は保険者負担分となる。

15 他法負担分

療養給付費・療養費の費用額のうち国保法以外の法令又は保険者の条例以外の条例による国、都道府県、市町村等の負担額であり、国保優先と他法優先に分けられる。

①国保優先

他の法令による公費負担が国保の一部負担金相当部分について行われる場合の当該負担。なお、都道府県又は市町村の条例による公費負担（地方単独事業）はここ

に含まれる。

②他法優先

他の法令による公費負担が国保に優先して行われる場合の当該負担。

16 医療費の三要素

一人当たり診療費は受診率（一人当たり件数）、一件当たり日数、一日当たり診療費の三つの要素の積で表せるが、この三要素を医療費の三要素という。

17 受診率

被保険者が一定期間にどの程度の頻度で医療機関にかかったかを示す指標。

本事業状況では、年間受診件数を年間平均被保険者数で除したもの（100人当たりの受診件数）。

18 単独世帯及び混合世帯

単独世帯とは、退職被保険者本人及びその被扶養者のみで構成されている世帯をいい、混合世帯とは、退職被保険者本人及びその被扶養者と一般被保険者で構成されている世帯をいう。

19 老人保健制度

国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的として、老人保健法に基づき昭和58年2月から平成20年3月まで実施されていた制度。

老人保健事業の運営主体は市町村であり、大きく分けて、75歳以上の者（65歳以上の寝たきり等の障害者及び平成14年9月30日までに70歳以上となった者を含む。）を対象とする老人医療と、40歳以上の者を対象とする医療以外の保健事業（ヘルス事業）があった。

老人保健制度は、平成20年4月1日から後期高齢者医療制度に移行した。