

8. 国民健康保険 (健康福祉課 国保医療係)

(1) 国民健康保険とは

国民健康保険（国保）は、病気やけがに備えて、加入者（被保険者）のみなさんがお金を出しあって助けあう制度です。職場の健康保険に加入している人、生活保護を受けている人、後期高齢者医療制度の対象となる人以外は、国保に加入します。

①運営主体

平成30年4月から都道府県が財政運営の責任主体となり、国保運営の中心的な役割を担うことになりました。兵庫県と福崎町が共同保険者となって、役割を分担し運営しています。

②保険税

国保に加入すると、被保険者となり、保険税を納めなければなりません。保険税は世帯単位で計算され、世帯主が納税義務者になります。

所得割	世帯の加入者の前年の総所得金額に応じて計算
均等割	世帯の加入者数に応じて計算
平等割	一世帯あたりで計算

③国保に加入する人

職場の健康保険に加入している人、生活保護を受けている人、後期高齢者医療制度の対象となる人を除いて、福崎町に住んでいる人は、未成年者や幼児、あるいは一家の世帯主や家族の区別なく、一人ひとりが福崎町国保の被保険者になります。

福崎町に住んでいなくても、次の場合は保険証を交付します。

- ・修学中の学生で他の市区町村に転出する場合
- ・住所地特例の対象施設（社会福祉施設等）に入所するため、他の市区町村に転出する場合

④国保に加入する日・脱退する日

《加入する日》

- ①転入した日（職場の健康保険などに加入していない場合）
- ②職場の健康保険など国保以外の保険の資格を喪失した日
- ③出生した日
- ④生活保護を受けなくなった日

《脱退する日》

- ①他の市区町村へ転出した日の翌日
- ②職場の健康保険など国保以外の保険へ加入した日の翌日
- ③死亡した日の翌日
- ④生活保護を受けはじめた日



⑤国保の届出

こんなときは必ず14日以内に届出をしましょう。

	こ ん な と き	手 続 き に 必 要 な も の
国保に加入するとき	他の市区町村から転入してきたとき	他の市区町村の転出証明書
	職場の健康保険を脱退したとき	職場の健康保険の資格喪失証明書
	職場の健康保険の被扶養者からはずれたとき	被扶養者の資格喪失証明書
	子どもが生まれたとき	保険証、母子手帳
	生活保護を受けなくなったとき	保護廃止通知書
国保を脱退するとき	他の市区町村に転出するとき	保険証
	職場の健康保険に加入したとき	国保と職場の健康保険の両方の保険証 (新しい証が未交付のときは加入したことを証明するもの)
	職場の健康保険の被扶養者になったとき	
	国保の被保険者が死亡したとき	保険証
	生活保護を受けるようになったとき	保険証、保護開始決定通知書
その他	町内で住所が変わったとき	保険証
	世帯主や氏名が変わったとき	
	世帯を分けたり、いっしょにしたとき	
	保険証をなくしたとき(あるいは汚れて使えなくなったとき)	本人であることを証明するもの (使えなくなった保険証)
	非自発的失業者(解雇・倒産などによる離職・雇い止めによる離職の対象)となったとき(※1)	保険証、雇用保険受給資格者証

※1 非自発的失業者については、申請していただくことにより保険税の軽減が認められることがあります。

◇ 届出は、原則として世帯主が行います。

別世帯の人が届出される場合は、委任状が必要です。

届出の際、届出をされる方の本人確認書類の提示をお願いしています。

◇ 届出が遅れると

- ・ 保険税をさかのぼって納付していただくことがあります。
- ・ 医療費が全額自己負担となることがあります。
- ・ あとで医療費を返還していただく手続きが生じることがあります。



(2) 国保で受けられる給付

①給付の内容

	こんなとき	注意したいこと	受けられる給付
療養の給付	<ul style="list-style-type: none"> ・病気にかかったとき ・ケガをしたとき ・歯を治療したとき 	<p>国保を取り扱っている医療機関へ保険証またはマイナンバーカード(※)を提示</p> <p>※マイナンバーカードを保険証として利用するためには事前の登録が必要です</p>	<p>かかった費用の3割または2割(義務教育就学前)、70歳から74歳までの方は2割または3割を一部負担金として医療機関に支払います。</p>
移送費	<ul style="list-style-type: none"> ・重病人の入院、転院などのために移送したとき 	<p>医師の同意書が必要</p>	<p>かかった費用について審査のうえ決定した額の10割があとで払い戻されます。</p>
療養費	<ul style="list-style-type: none"> ・やむをえない事情で国保の取り扱いをしていない病院で診てもらったときや保険証を提示しないで医者にかかったとき 	<p>事情をよく審査したのち支給決定</p>	<p>かかった費用について審査のうえ、決定した額の7割または8割(義務教育就学前)、70歳から74歳までの方は8割または7割があとで払い戻されます。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・あんま、はり、マッサージ、灸の施術を受けたとき 	<p>医師の同意書が必要</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・コルセット、ギブスなどの補装具をつくったとき ・生血を輸血したとき 	<p>医師の同意書が必要</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ・小児弱視等の治療用眼鏡等をつくったとき 	<ul style="list-style-type: none"> ・9歳未満の小児のみ対象 ・医師の治療用眼鏡等の作成指示等の写しが必要 	<p>かかった費用について審査のうえ決定した額の7割または8割(義務教育就学前)があとで払い戻されます。</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ・柔道整復師の施術を受けたとき 	<p>国保の取り扱いをしている柔道整復師の場合には一部負担金で施術が受けられます。</p>	
出産育児一時金	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもが生まれたとき 	<p>出産育児一時金 420,000円が支給されます。(産科医療補償制度加入機関以外は 404,000円)</p> <p>※「<u>出産育児一時金の医療機関等への直接支払制度</u>」</p> <p>出産育児一時金(420,000円を限度とする)を分娩費の支払いに充てるため、被保険者が医療機関等と申請および受取についての代理契約を締結し、出産費用を国保が医療機関へ直接支払うことにより出産に要する費用の軽減を図る制度です。</p>	
葬祭費	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者が亡くなったとき 	<p>葬祭を行った人に葬祭費 50,000円が支給されます。</p>	
入院時食事療養費	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中の食事費用 	<p>入院中の食事にかかる費用のうち1食につき460円を負担していたが、残りを国保が負担します。</p> <p>※住民税非課税世帯の人は1食につき210円(91日以上は1食につき160円)、住民税非課税世帯で世帯の所得が一定基準に満たない70歳以上の人は1食につき100円の負担をしていただきます。</p> <p>※90日を超える入院に該当されるときは、領収書等の入院日数を確認できる書類等を添付し「長期該当」と「差額支給」の申請をしてください。差額を支給できるのは限度額適用・標準負担額減額認定証の申請月の初日分からです。</p>	

②高齢受給者証（70歳～74歳）

70歳になると、窓口で支払う自己負担割合が記載されている「国民健康保険被保険者証兼高齢受給者証」が交付されます。また、医療費が高額になったときの自己負担限度額も変わります。

◇対象となる人

70歳～74歳の人

70歳の誕生日のある月の翌月（1日が誕生日の人はその月）から
75歳の誕生日の前日まで

◇負担割合

- ・現役並み所得者 3割
- ・一般 2割
- ・低所得者 2割

現役並み所得者とは

同一世帯に住民税課税所得が145万円以上の70歳～74歳の国保加入者がいる人
(ただし、年収が夫婦2人世帯等で520万円未満、単身世帯で383万円未満の人は、申請をすることにより2割負担となります。)

○75歳になると

75歳の誕生日から、国保などそれまで加入していた医療保険制度を抜けて、高齢者のための医療制度「後期高齢者医療制度」に加入して医療を受けることになります。



③高額療養費

医療費の自己負担が高額になった場合、次の条件に応じて払い戻しが受けられます。ただし、申請から支払いまでに数か月かかることがあります。

〈高額療養費制度の条件〉

◎暦月ごとの計算

月の1日から月末までの受診について1か月として計算します。



(1) 自己負担限度額（月額）

■ 70歳未満の人

同じ人が同じ月内に同じ医療機関に支払った自己負担額が以下の限度額を超えた場合に、申請によりその超えた分があとから支給されます。

ただし、外来・入院とも「限度額適用認定証」（住民税非課税世帯の人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」）を提示した場合は、個人単位で一医療機関での支払いが限度額までとなります。限度額は所得によって異なりますので、認定証の交付申請をしてください。

所得区分（※）	3回目まで
(ア) 901万円超	252,600円 (医療費が842,000円を超えた場合は、超えた分の1%を加算) * 1年以内で4回目以降は140,100円
(イ) 600万円超 901万円以下	167,400円 (医療費が558,000円を超えた場合は、超えた分の1%を加算) * 1年以内で4回目以降は93,000円
(ウ) 210万円超 600万円以下	80,100円 (医療費が267,000円を超えた場合は、超えた分の1%を加算) * 1年以内で4回目以降は44,400円
(エ) 210万円以下 (住民税非課税 世帯除く)	57,600円 * 1年以内で4回目以降は44,400円
(オ) 住民税非課税	35,400円 * 1年以内で4回目以降は24,600円

※「基礎控除後の総所得金額等」に当たります。

所得の申告がない場合は所得区分（ア）とみなされます。

◇ひとつの世帯で、同じ月内に合算対象額（21,000円以上の自己負担額）を2回以上支払った場合は、それらを合算して限度額を超えた分があとから支給されます。

〈自己負担額計算のポイント〉

- ①同じ医療機関でも、外来と入院は別計算となります。
- ②同じ医療機関内でも、医科と歯科は別計算となります。
- ③差額ベッド代など保険診療の対象とならないものや入院時の食事代の標準負担額は除きます。

■ 70 歳～ 74 歳の人

ひとつの世帯で同じ月内に外来でかかった自己負担額を外来（個人単位）の限度額に適用後、世帯で世帯単位の限度額が適用されます。

現役並み所得Ⅰ・Ⅱの人は「限度額適用認定証」、低所得Ⅰ・Ⅱの人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が申請により交付されますので、必要なときは交付申請をしてください。

所得区分		負担割合	外来（個人単位）	外来＋入院（世帯単位）
現役並み所得	Ⅲ 課税所得 690 万円以上	3 割	252,600 円 (医療費が 842,000 円を超えた場合は、 超えた分の 1% を加算) * 1 年以内で 4 回目以降は 140,100 円	
	Ⅱ 課税所得 380 万円以上 690 万円未満		167,400 円 (医療費が 558,000 円を超えた場合は、 超えた分の 1% を加算) * 1 年以内で 4 回目以降は 93,000 円	
	Ⅰ 課税所得 145 万円以上 380 万円未満		80,100 円 (医療費が 267,000 円を超えた場合は、 超えた分の 1% を加算) * 1 年以内で 4 回目以降は 44,400 円	
一般	課税所得 145 万円未満	2 割	18,000 円 (年間上限 144,000 円)	57,600 円 * 1 年以内で 4 回目以降は 44,400 円
低所得	Ⅱ 住民税非課税		8,000 円	24,600 円
	Ⅰ 住民税非課税			15,000 円

〈自己負担額計算のポイント〉

- ① 外来は個人ごとに合算し、入院を含む自己負担額は世帯内の対象者を合算することができます。
- ② 医療機関や医科・歯科の区別なく合算することができます。
- ③ 差額ベッド代など保険診療の対象とならないものや入院時の食事代の標準負担額は除きます。

◆ 75 歳年齢到達月の自己負担限度額の特例

75 歳年齢到達月については、誕生日前後における高額療養費の個人単位での自己負担限度額がそれぞれ本来の 2 分の 1 になります。ただし、75 歳の誕生日が初日の場合は適用されません。

◆ 高額療養費多数回該当の県単位による通算

兵庫県内の他の市町に転居した場合でも、転居前と同じ世帯状況であることが認められるときは、高額療養費の多数回該当（※）が通算されます。

※ 高額療養費の多数回該当とは、過去 1 年以内に高額療養費の支給が 4 回以上ある場合に、自己負担限度額が引き下げられる制度です。

◆「現役並み所得者」とは

住民税課税所得額		145万円以上
収入額	70歳以上の複数世帯 (特定同一世帯所属者を含む)	520万円以上
	70歳以上の単身世帯	383万円以上

特定同一世帯所属者とは…後期高齢者医療制度への移行により国保を脱退した人のうち、同じ世帯に国保加入者がいる人。以後継続して移行時の世帯主と同じ世帯に所属することが条件。

一部負担金の割合の判定について

療養の給付を受ける日の属する年の前年(1月から7月までの場合は前々年)の12月31日時点で、70歳以上の国保被保険者が世帯主で、同一世帯に合計所得が38万円以下の19歳未満の国保被保険者がいる場合、国保被保険者である世帯主の住民税課税所得から、下記の金額の合計額を引いた金額により、一部負担金の割合を判定します。

- 16歳未満の者の国保被保険者の人数×33万円
- 16歳以上19歳未満の者の国保被保険者の人数×12万円

◆「低所得者」とは

低所得者Ⅰ	同一世帯の世帯主および国保被保険者が非課税で、その世帯の各所得が必要経費・控除(年金所得は控除額80万円)を差し引いたときに0円となる人
低所得者Ⅱ	同一世帯の世帯主および国保被保険者が住民税非課税の人(低所得者Ⅰ以外の人)

(2) 特定の病気で厚生労働大臣が指定する特定疾病

高額な治療を長期間継続して行う必要がある次の人は、申請することによって「特定疾病療養受療証」が交付されます。

〔対象〕

- 先天性血液凝固因子障害の一部の人
- 人工透析が必要な慢性腎不全の人
- 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の人

〔自己負担額〕

- 10,000円(1か月)
- (人工透析が必要な慢性腎不全の人で70歳未満の高所得者は20,000円)



◎高額療養費の申請の方法

- ・該当世帯には町から通知が届きます。
- ・申請には、領収書（医療機関での支払い分）、世帯主名義の通帳が必要です。

〈限度額適用認定証および限度額適用・標準負担額減額認定証の交付〉

同じ人が同じ月内に医療機関に支払う自己負担額を限度額までとする証を交付します。限度額はそれぞれの所得によって異なりますので、医療機関で「限度額適用認定証」（住民税非課税世帯の人は「限度額適用・標準負担額減額認定証」（※医療費および食事代の自己負担額を限度額までとする証））の提示が必要となります。

ただし、70歳以上では現役並み所得Ⅰ・Ⅱの人と住民税非課税世帯の人のみ交付対象となります。入院や高額な外来診療等の際は、あらかじめ交付申請をしてください。

〈高額医療・高額介護合算制度〉

医療費が高額になった世帯に介護保険の受給者がいる場合は、医療保険と介護保険の両方の自己負担額が合算できます。医療保険と介護保険それぞれの限度額を適用後、年間の自己負担額を合算して、次の表の限度額（年額）を超えたときは、その超えた分が支給されます。

合算した場合の自己負担限度額（年額）

■ 70歳未満の人

所得区分(※)	限度額
(ア)901万円超	212万円
(イ)600万円超901万円以下	141万円
(ウ)210万円超600万円以下	67万円
(エ)210万円以下 (住民税非課税世帯除く)	60万円
(オ)住民税非課税	34万円

※「基礎控除後の総所得金額等」に当たります。所得の申告がない場合は所得区分（ア）とみなされます。

■ 70歳～74歳の人

所得区分		限度額
現役並み所得	Ⅲ 課税所得 690万円以上	212万円
	Ⅱ 課税所得 380万円以上	141万円
	Ⅰ 課税所得 145万円以上	67万円
一般	課税所得 145万円未満	56万円
低所得	Ⅱ 住民税非課税	31万円
	Ⅰ 住民税非課税	19万円

70歳～74歳の人と70歳未満の人が混在する場合は、まず70歳～74歳の人にかかる自己負担の合算額に70歳～74歳の区分の自己負担限度額を適用し、なお残る負担額と70歳未満の人にかかる自己負担の合算額とを合算した額に、70歳未満の区分の自己負担限度額を適用します。

④一部負担金（病院の窓口で払う医療費）の猶予・減免制度

■猶予

- ・生計の中心となる人が、自然災害や事業の休廃業・失業等により、生活が困難になった場合、一部負担金の徴収を猶予します。猶予期間内に確実に納付見込みがあることが条件です。

■減免

- ・入院療養を受ける被保険者の属する世帯
- ・実収入月額が生活保護基準の130%以下で、かつ預貯金が生活保護基準の3か月以下である世帯

	基 準	期 間
猶予	実収入月額(※1)が、生活保護基準(※2)の130%を超え、かつ生活保護基準と一部負担金所要見込額(※3)の合計未滿となる世帯	最長3か月分
減免	実収入月額が生活保護の110%を超え130%以下の世帯(計算により減額します)	最長6か月分
免除	実収入月額が生活保護基準の110%以下の世帯	

※1 実収入月額 生活保護法に基づく保護の要否判定に用いる収入月額

※2 生活保護基準 生活保護法に定める保護金品に相当する金額の合算額

※3 一部負担金所要見込額 医療機関に1か月ごとに支払うと見込まれる一部負担金の額
国民健康保険税について、滞納がない世帯に限ります。

⑤交通事故などにあつたとき

交通事故など、第三者の行為によってけがや病気になったときでも、国保で治療を受けることができます。その際には、必ず国保に連絡し、「第三者行為による傷病届」を提出してください。医療費は加害者が負担するべきものなので、あとで加害者に請求することになります。

⑥海外療養費の支給

海外渡航中に診療を受けたときも、帰国して申請すれば、いったん全額自己負担した額の保険給付分が日本国内における保険診療の範囲内で、あとで支給されます。



申請に必要なもの

- ① 申請書
- ② 診療内容等がわかる医師の診療内容明細書および領収明細書等
- ③ ②が外国語で作成されている場合には日本語の翻訳文
- ④ パスポート（渡航期間の確認できるもの）

(3) 特定健康診査・特定保健指導

福崎町国保は、「福崎町国民健康保険第3期特定健康診査等実施計画」に基づき、特定健康診査・特定保健指導の具体的な数値目標を定め、疾病予防・重症化予防に積極的に取り組んでいます。また、「福崎町国民健康保険第2期データヘルス計画」を策定し、医療保険者として、地域の課題を明確化し、効果的な保健事業を進めています。

①特定健康診査等実施計画

メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した健診を行い、その要因となっている生活習慣病を改善するための保健指導を行っています。糖尿病等の有病者や予備軍を減少させることを目的としています。

(1) 特定健康診査

4月1日現在、福崎町国保に加入されている人のうち、その年度中に40歳から74歳になる人が対象です。

(2) 特定保健指導

特定健康診査を受けた人を健診結果により「動機付け支援」「積極的支援」の対象に分けて生活習慣の改善を行います。

②データヘルス計画

特定健康診査の結果と医療機関の作成するレセプトを分析し、より効率的・効果的な保健事業を実施することを目的としています。

ジェネリック医薬品を使って医療費の節約

ジェネリック医薬品は「後発医薬品」とも呼ばれ、新薬（先発医薬品）の独占販売期間が終了した後に販売が許可される医療用医薬品のことをいいます。

新薬と比べ、安価で提供されるため、医療費の節約につながります。

医師・薬剤師に相談して、上手に活用しましょう。

- 効き目は同じで価格が安い薬です
- 安全基準を満たした安心な薬です

