

全国老人医療担当課（部）長・国民健康保険
主管課（部）長・後期高齢者医療広域連合設
立準備委員会事務局長会議資料

《国民健康保険課資料》

平成18年12月4日

目 次

後期高齢者医療制度導入に係る国保保険料（税）の算定等について（案）・・・ 1

入院等に係る高額療養費の現物給付化に関する事務取扱いについて（案）・ 1 1

後期高齢者医療制度導入に係る国保保険料（税）の算定等について（案）

※内容については、今後、加除修正を行う可能性がある。

I 国保料（税）について

1 国保料（税）の算定について

各国保保険者は支払基金に対して、被保険者の人数に応じた後期高齢者支援金及び後期高齢者関係事務費拠出金（以下「後期高齢者支援金等」という。）、病床転換支援金及び病床転換支援関係事務費拠出金（以下「病床転換支援金等」という。）、並びに、各保険者ごとに調整対象基準額を基準として算定される前期高齢者納付金及び前期高齢者関係事務費拠出金（以下「前期高齢者納付金等」という。）を納付しなければならない。各保険者は各支援金及び納付金の納付に要する費用の額から国庫負担金等を控除した額を国保保険料（税）に上乗せして徴収する。

（1）後期高齢者支援金等について

後期高齢者医療制度の財源は、患者分を除き、公費（5割）、高齢者保険料（1割）のほか、現役世代からの支援（4割）とされている。

各医療保険者には、各医療保険者に係る加入者数に応じて、支払基金が算定する後期高齢者支援金等が割り振られる。

（2）病床転換支援金等について

療養病床等の長期入院病床を老人保健施設又は居住系サービス施設に転換する事業についての費用負担の一部を保険者が負担する。

各医療保険者には、各医療保険者に係る加入者数に応じて、支払基金が算定する病床転換支援金等が割り振られる。

（3）前期高齢者納付金等について

前期高齢者に係る給付費及び後期高齢者支援金について、医療保険者ごとに加入者数に応じて負担する額（調整対象基準額）を決定し、調整対象基準額が当該医療保険者に加入する前期高齢者に係る給付費及び後期高齢者支援金を上回る場合は、差額分を前期高齢者納付金として納付する。（下回る医療保険者には、差額が交付金として交付される。）

また、各医療保険者には、各医療保険者に係る加入者数に応じて支払基金が算定する前期高齢者関係事務費拠出金が割り振られる。

2 保険料（税）の設定の考え方

後期高齢者医療制度導入後において、世帯主に対する国保料（税）の賦課額は、
・国保の被保険者である世帯主及びその世帯に属する国保の被保険者につき算定した医療給付費分と前期高齢者納付金等分の賦課額

- ・当該世帯主及び当該世帯に属する国保の被保険者につき算定した後期高齢者支援金等分と病床転換支援金等分の賦課額
 - ・当該世帯主及び当該世帯に属する国保の被保険者のうち第二号被保険者につき算定した介護納付金分の賦課額
- の合算額となる。

なお、各医療保険者は、滞納者の数にかかわらず、算定された支援金及び納付金、拠出金を納付しなければならないので、従来の医療給付費分と同様、各医療保険者の判断により、予定収納率を勘案して各賦課総額を算定し、保険料（税）を設定する。

（１）医療給付費分に係る保険料（税）

医療給付費から国庫負担金及び調整交付金等を控除した額と、前期高齢者納付金等に要する費用の額から当該費用に係る国庫負担金及び調整交付金等を控除した額の合算額（前期高齢者交付金がある場合は当該交付金を控除した額）を基準として算定した基礎賦課総額（予定収納率を考慮した額とする）について、４方式（又は３方式、２方式）により按分の上、各保険者における被保険者に係る総所得金額等や被保険者数、被保険者の総世帯数に基づき、医療給付費分の所得割率、資産割率、均等割額、世帯別平等割額をそれぞれ算定する。

（２）後期高齢者支援金等分に係る保険料（税）

後期高齢者支援金等及び病床転換支援金等の納付に要する費用の額から当該費用に係る国庫負担金及び調整交付金等を控除した額を基準として算定した後期高齢者支援金等賦課総額（予定収納率を考慮した額とする）について、４方式（又は３方式、２方式）により按分の上、各保険者における被保険者に係る総所得金額等や被保険者数、被保険者の総世帯数に基づき、後期高齢者支援金等分の所得割率、資産割率、均等割額、世帯別平等割額をそれぞれ算定する。（標準割合は医療給付費分及び介護納付金分と同じ。）

（３）介護納付金分に係る保険料（税）

介護納付金から国庫負担金及び調整交付金等を控除した額を基準にして算定される介護納付金賦課総額（予定収納率を考慮した額とする）について、４方式（又は３方式、２方式）により按分の上、各保険者における第二号被保険者に係る総所得金額等や被保険者数、世帯数に基づき、介護納付金分の所得割率、資産割率、均等割額、世帯別平等割額をそれぞれ算定する。

（４）賦課方式について

賦課方式は、（１）から（３）において異なる方式とすることも可能である。

３ 退職被保険者及びその被扶養者（以下「退職被保険者等」という。）の保険料（税）について

退職者医療制度については、平成２６（２０１４）年度までの間における６５歳未満の退職被保険者等が６５歳に達するまでの間、経過的に現行制度を存続させる。退職被保険者等がいる場合は、２（１）及び（２）については、退職被保険者等を除い

た被保険者（Ⅲ及びⅡの2において「一般被保険者」という。）について、基礎賦課総額の算定を行う。

(1) 医療給付費分に係る保険料（税）

従来どおり一般被保険者の保険料（税）率等を用いる。

(2) 後期高齢者支援金分等に係る保険料（税）

医療給付費分に係る保険料（税）と同様、一般被保険者の保険料（税）率等を用いる。

(3) 介護納付金分に係る保険料（税）

従来どおり一般、退職の区別なく第二号被保険者に係る介護納付金分に係る保険料（税）として同一となる。

(4) 療養給付費等交付金

療養給付費等交付金は、以下の通りとなる。

・療養給付費等交付金 = A + B - C

A：退職者被保険者及びその被扶養者（以下「退職被保険者等」という。）に係る医療給付費

B：退職被保険者等に係る調整対象基準額（※）及び後期高齢者支援金の納付に要する費用の額

C：退職被保険者等に係る保険料に相当する額から当該保険料にかかる介護納付金の納付に要する費用に相当する額を控除した額

※○ 前期高齢者については、保険者間の財政調整を行うことにより、各保険者は前期高齢者の加入割合が全国平均と同様とした場合の給付費（調整対象基準額）を負担することとなる。

○ 市町村においては、退職被保険者等が所属していることにより、前期高齢者加入割合が減少し、調整対象基準額が増加することとなる。

○ 退職者被保険者等が所属していることによる調整対象基準額の増加分については、現在の老人保健拠出金と同様に、退職者医療制度により賄う。

・調整対象基準額 = 給付費等 × $\frac{\text{前期高齢者加入割合（全国平均）}}{\text{市町村の前期高齢者加入割合}}$

・退職被保険者等に係る調整対象基準額
= 調整対象基準額 × 退職被保険者等加入割合

4 国保料（税）の賦課限度額について

○ 保険料（税）の算定過程において、基礎賦課額、後期高齢者支援金等賦課額、介護納付金賦課額のそれぞれについて、賦課限度額を適用する。

○ 限度額超過に係る所得等の補正についても、現行の方法と同様に、別々に補正を行う。

- 賦課限度額の具体的な額については、今後算定される後期高齢者支援金等を踏まえ検討する。

5 保険料（税）の軽減について

後期高齢者支援金等分に係る保険料（税）についても、一体的に国保保険料（税）として徴収するため、現行の軽減世帯に該当する世帯については、後期高齢者支援金等分に係る保険料（税）も含めて、同様の軽減割合によって軽減を行う。

6 保険料（税）収納額の管理について

- 医療給付費分、後期高齢者支援金等分及び介護納付金分に係る保険料（税）は国保料（税）として一体的に徴収され、収納されることになる。
- 国保料（税）の収納額の管理については、療養給付費等交付金等の算定のため、これまでどおり一般被保険者に係る収納額と退職被保険者等に係る収納額に区別して管理する必要がある。
- 第2号被保険者の属する世帯については、次の区分で調定額の比により按分を行う。
 - ・医療給付費分及び後期高齢者支援金分に係る保険料（税）
 - ・介護納付金分に係る保険料（税）

7 納入（税）通知書について

- 後期高齢者支援金等に係る保険料（税）についても保険料（税）の一部として徴収するため、納入（税）通知書においては、地方自治法、地方税法上は、合計額として一体となった国保料（税）の額を記載することとなる。
- しかし、国保料（税）の算定の透明化を図り、被保険者の理解を高めるため、国保料（税）の内訳として、医療給付費分、後期高齢者支援金等分、介護納付金分それぞれの額を納入（税）通知書に記載すること。
- 保険料（税）の徴収について、特別徴収の対象となる被保険者については、年金の支払いごとに特別徴収される国保料（税）の額を通知する。

II 被保険者資格管理について

1 年度途中で75歳到達が見込まれる被保険者の資格管理について

- 医療給付費に要する費用の額及び後期高齢者支援金等の算定並びに保険料（税）の賦課については、年度途中で75歳に到達することにより後期高齢者医療制度へ移行するため、国保の被保険者資格を喪失する被保険者数の把握及びその者が属する世帯数等の把握が必要となる。
- 後期高齢者医療制度の被保険者とは、市町村内に住所を有する75歳以上の者及び65歳以上75歳未満の者で高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の認定を受けた者である。なお、資格取得時期日である、「75歳に達したとき」とは、誕生日を意味する。
- 資格喪失日については、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者に該当するに至った日の翌日となる。

- 年度途中で75歳到達が見込まれる被保険者の国保保険料（税）については、75歳到達月の前月までの分を月割りして算定し、年度当初より月割り額による賦課を行う。65歳以上75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の認定を受けた者についても、認定を受けた月の前月まで分を月割りして賦課を行う。
- 2 退職被保険者等で、年度途中で65歳到達が見込まれる被保険者の資格管理について
- 退職被保険者等については、65歳に達する日の属する月の翌月（その日が月の初日であるときは、その日の属する月）に退職被保険者等の資格を喪失し、一般被保険者となる。
 - 退職被保険者が65歳に到達したが、その被扶養者が65歳未満の場合についても、被扶養者は一般被保険者となる。
 - 被扶養者が先に65歳に達した場合には、被扶養者のみが一般被保険者となり、退職被保険者本人の資格には変わらない。

Ⅲ 指定市町村における国庫補助の特例

国民健康保険の医療費の地域差問題に対応するため、国保法第68条の2による指定を受けた市町村（医療給付費等が著しく多額な市町村。以下「指定市町村」という。）は、安定化計画を作成し、国及び都道府県の指導援助の下、給付費等の適正化その他の国保事業の安定化のための措置を講ずることとされている。

指定市町村については当該市町村の実績給付費（災害その他の特別事情に係る額を控除した額）から基準給付費（年齢階層別1人当たり医療給付費が全国平均と同じと仮定した場合の当該被保険者の医療給付費）に1.17を乗じて得た額を控除した額（基準超過費用額）の部分を、定率国庫負担の対象とせず、保険料（1/2）及び、国（1/6）、都道府県（1/6）、市町村（1/6）の負担により賄うこととしている。（資料P. 7）

後期高齢者医療制度の創設等に伴い、指定市町村の国庫補助の特例について、以下の点を変更する。

- 75歳以上の高齢者については、後期高齢者医療制度の被保険者となるので、実績給付費と基準給付費の算定の対象から除外する。
- 前期高齢者の給付費については、前期高齢者加入割合が全国平均となるよう財政調整が行われるので、実績給付費と基準給付費については、前期高齢者加入割合を全国平均と同じとした上で算定を行い、その差額を定率国庫負担の対象から除外する。（資料P. 8～10）

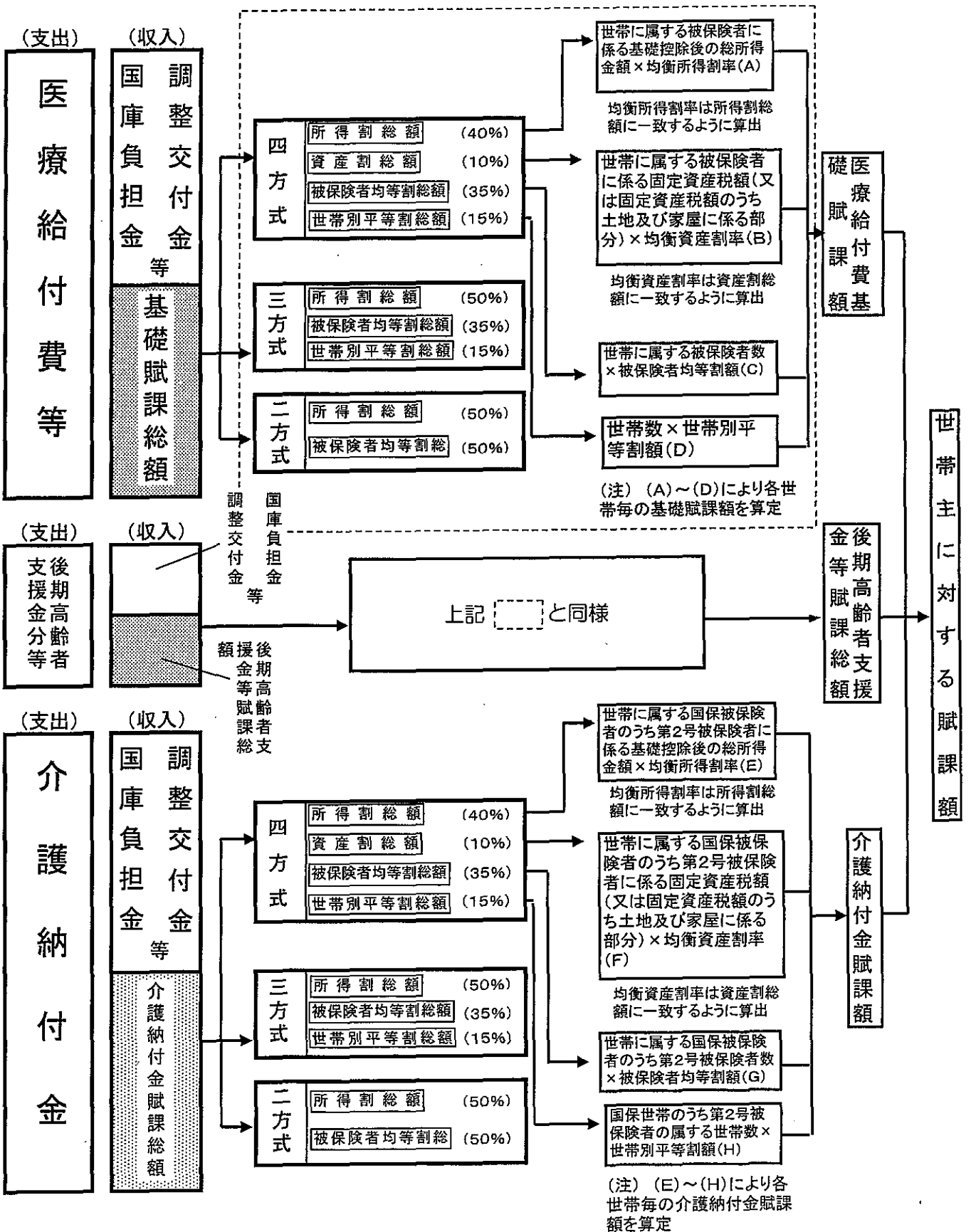
国民健康保険料の賦課基準(概要)

賦課総額

賦課総額の按分方法

賦課額の算定(例:四方式)

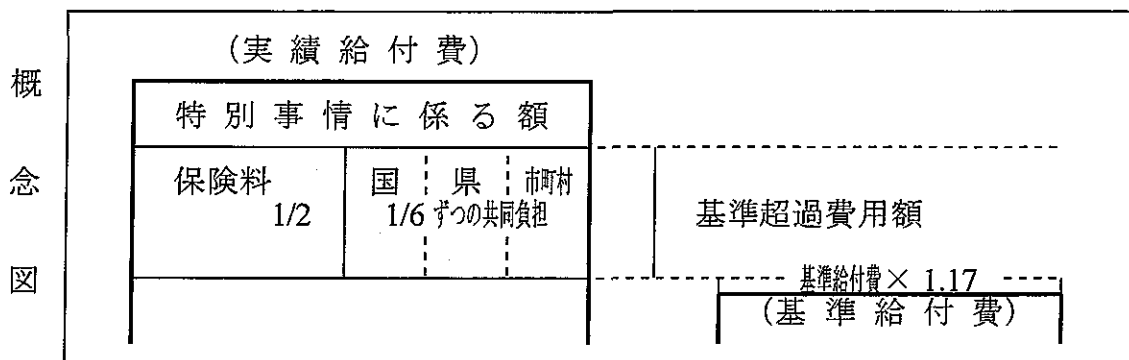
賦課額



基準超過費用額に係る公費負担の概要（現行制度）

1 基準超過費用額の共同負担

安定化計画の実施状況を踏まえ、指定年度における実績給付費（災害その他の特別事情にかかる額は控除）が基準給付費の1.17倍を乗じて得た額を超える場合、その超える額（基準超過費用額）について、指定年度の翌々年度において、保険料で2分の1を賄うほか、国、都道府県及び市町村がそれぞれ6分の1ずつ共同で負担する。



(注) 基準超過費用額以外の部分の費用負担は、マクロレベルでは国庫負担 1/2、保険料 1/2 である。

2 基準給付費の算出方法

「基準給付費」とは、年齢階層別1人当たり医療給付費が全国平均と同じと仮定した場合の当該保険者の医療給付費をいう。

具体的には、年齢階層ごとの全国平均1人当たり医療給付費を当該保険者の年齢階層別の被保険者数に乗じて得た額。ただし、老人分については、老人保健医療費拠出金ベースとされている。

$$\text{基準給付費} = \text{一般被保険者の基準給付費 (AAA円)} + \text{基準老人保健医療費拠出金 (B'B'B'円)}$$

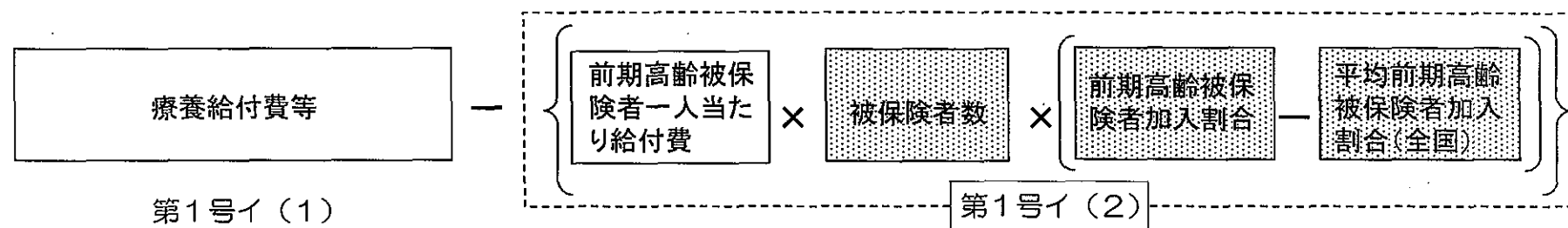
年令階層		(全国平均1人当たり給付費) (当該市町村の被保険者数)			
概 念 図	○ 一般被保険者分				
	0歳から 2歳まで	〇〇 円 ×	□□ 人 =	△△△円	
	3歳から 4歳まで	〇〇 円 ×	□□ 人 =	△△△円	
	5歳から 9歳まで	〇〇 円 ×	□□ 人 =	△△△円	
	↓ ↓	↓ ↓	↓ ↓		
	70歳から 74歳まで	〇〇 円 ×	□□ 人 =	△△△円	
	(計)			AAA円	
	○ 老人保健対象者分				
	65歳から 69歳まで	〇〇 円 ×	□□ 人 =	△△△円	
	70歳から 74歳まで	〇〇 円 ×	□□ 人 =	△△△円	
↓ ↓	↓ ↓	↓ ↓			
80歳から 84歳まで	〇〇 円 ×	□□ 人 =	△△△円		
85歳以上	〇〇 円 ×	□□ 人 =	△△△円		
(計)			BBB円		
			→B'B'B'		
			(拠出金ベースに換算)		

第70条第3項(著しく医療費の高い部分を公費負担の対象から外す規定)の算定式

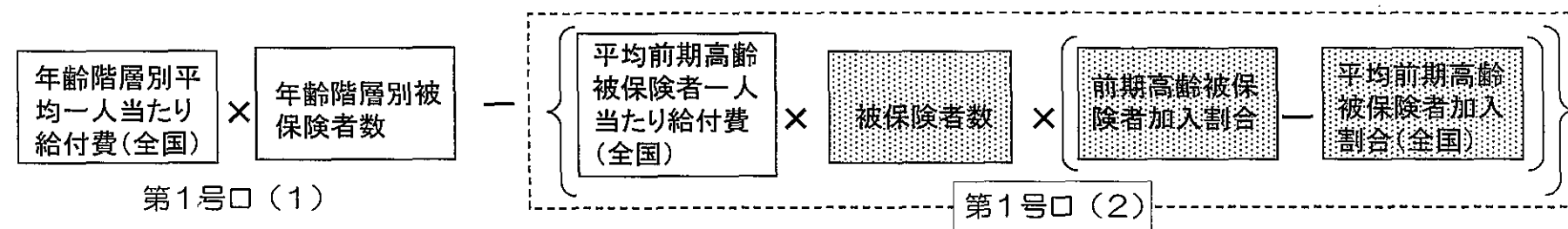
○前期高齢被保険者加入割合 > 平均前期高齢被保険者加入割合 の場合

平均前期高齢被保険者加入割合だけ、当該市町村に前期高齢被保険者がいた場合の給付費を算出するため、給付費[第1号イ(1)、第1号ロ(1)]から、調整分[第1号イ(2)、第1号ロ(2)]を控除する。

・第70条第3項第1号イ(対象保険者の実績給付費)



・第70条第3項第1号ロ(対象保険者の基準給付費)



○平均前期高齢被保険者加入割合 > 前期高齢被保険者加入割合 の場合

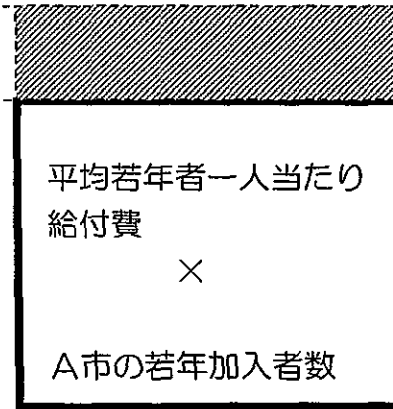
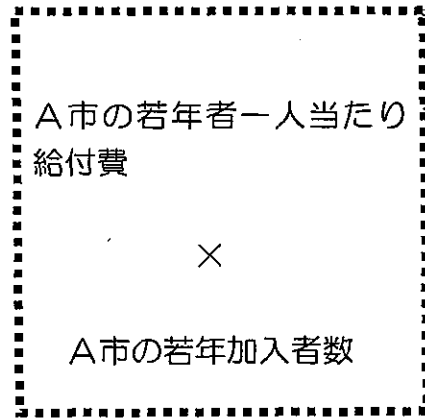
・第70条第3項第2号イ(対象保険者の実績給付費)、第2号ロ(対象保険者の基準給付費)

平均前期高齢被保険者加入割合だけ、当該市町村に前期高齢被保険者がいた場合の給付費を算出するため、給付費[第2号イ(1)、第2号ロ(1)]に、調整分[第2号イ(2)、第2号ロ(2)]を加える。

指定市町村における国庫補助の特例（概念図、第70条第3項第1号関係）

前期高齢被保険者加入割合 > 平均前期高齢被保険者加入割合の場合

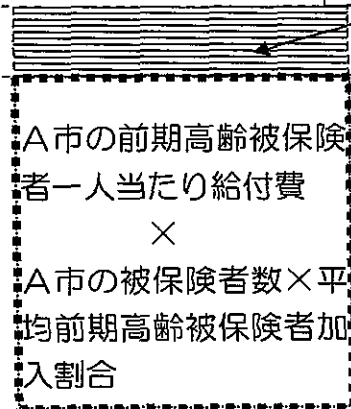
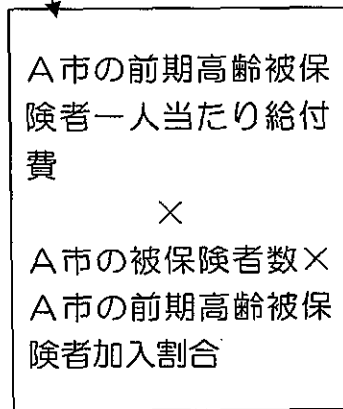
65歳に達するまで（若年）の被保険者についての基準超過費用額の算定



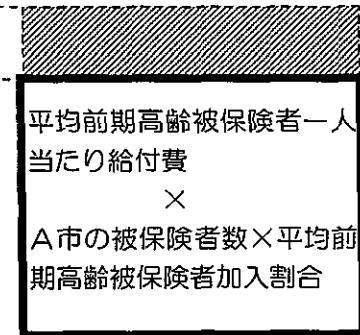
第1号ロ(1)

第1号イ(1)

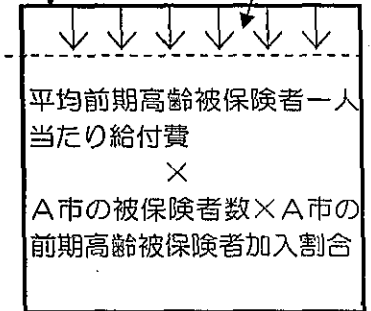
65歳から75歳に達するまでの被保険者についての基準超過費用額の算定




前期高齢者加入者調整分（第1号イ(2)）



第1号ロ(2)

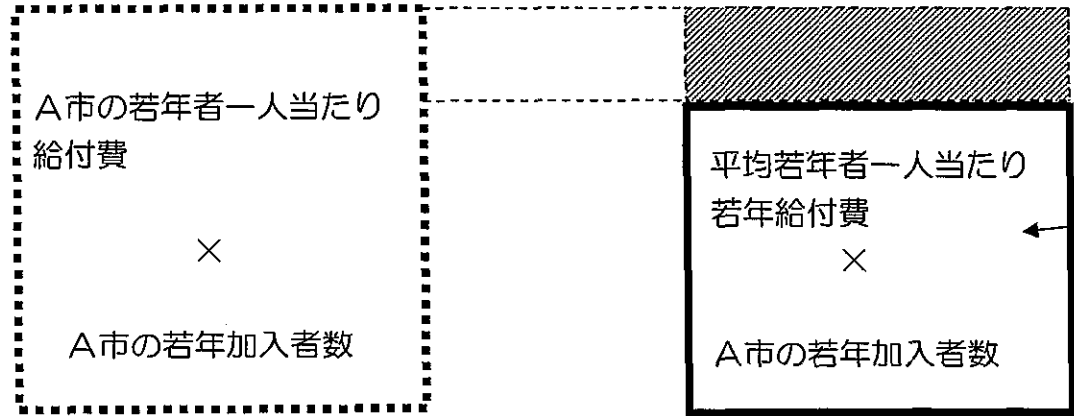


 が、基準超過費用額

指定市町村における国庫補助の特例（概念図、第70条第3項第2号関係）

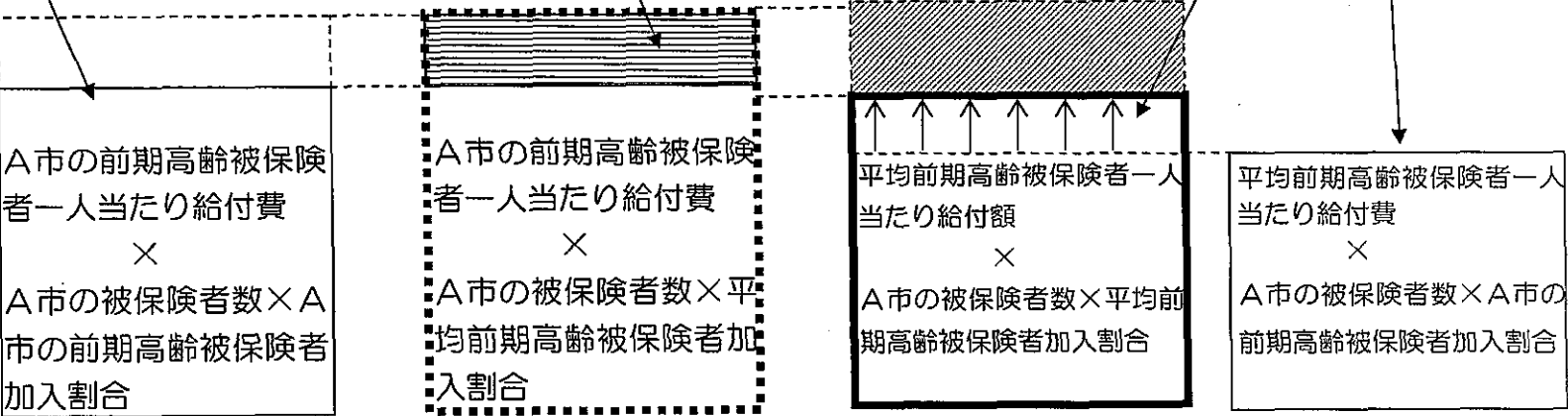
前期高齢被保険者加入割合 < 平均前期高齢被保険者加入割合の場合


65歳に達するまで（若年）の被保険者についての基準超過費用額の算定



前期高齢者加入者調整分（第2号イ(2)）

65歳から75歳に達するまでの被保険者についての基準超過費用額の算定



 が、基準超過費用額

入院等に係る高額療養費の現物給付化に関する事務取扱いについて（案）

※内容については、今後、加除修正を行う可能性がある。

※ は、平成18年11月2日事務連絡からの主な修正点

I 限度額適用認定証の交付に関する事務取扱い

1 高額療養費の支払いに関する特例

(1) 国民健康保険被保険者（国民健康保険法第42条第1項第3号又は第4号に掲げる場合に該当する被保険者及び老人医療受給対象者を除く。以下「被保険者」という。）が同一の月にそれぞれ一の医療機関について次の療養を受けた場合においては、当該被保険者に対し支給すべき高額療養費について、当該被保険者に代わり、当該医療機関に支払うこと。

①入院療養

②入院以外の療養であつて、一の医療機関による総合的かつ計画的な医学的管理の下における療養として厚生労働大臣が定めるもの

(2) (1)により支払う高額療養費は、当該療養に係る一部負担金等の額から次の額を控除した額を限度とすること。

① 一般の世帯に属する被保険者

80,100円と当該入院療養等に要した費用の額（その額が267,000円に満たないときは、267,000円）から267,000円を控除した額に100分の1を乗じて得た額の合算額。ただし、多数該当の場合には、44,400円とする。

② 上位所得者の世帯に属する被保険者

150,000円と当該入院療養等に要した費用の額（その額が500,000円に満たないときは、500,000円）から500,000円を控除した額に100分の1を乗じて得た額の合算額。ただし、多数該当の場合には、83,400円とする。

③ 低所得者の世帯に属する被保険者

35,400円。ただし、多数該当の場合には、24,600円

多数該当については、医療機関が多数該当の限度額を適用することが可能と判断したときは適用するものとする。

(3) 特例により(1)の取扱いを受けることのできる被保険者は、限度額適用認定証（様式1）の交付を受けており、医療機関等の窓口において証の提示を行った者とする。

医療機関等において限度額適用認定証を提示しなかった場合は、被保険者証に記載する割合の一部負担金を支払うものとする。限度額適用認定証が提示されていれば現物給付がなされていた部分については高額療養費の申請により支給されること。

2 限度額適用認定の申請

- (1) 限度額適用認定を受けようとする者は、限度額適用認定申請書（様式例）を保険者に提出して申請を行わなければならないこと。
- (2) (1) の申請書には、次の書類を添付して申請しなければならないこと。
 - ① 上位所得者の世帯に属する被保険者
被保険者の属する世帯の世帯主について申請の日時点で保険料の滞納がないことを証する書類
 - ② 一般の世帯に属する被保険者
①で添付する書類及び被保険者の属する世帯に属する全ての被保険者について基準所得額を合算した額が600万円以下であることを証する書類
 - ③ 低所得者の世帯に属する被保険者
①で添付する書類及び被保険者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する当該市町村の行う国民健康保険の被保険者について、市町村民税が課されないこと又は市町村の条例で定めるところにより市町村民税が免除されることを証する書類
- (3) 申請は、被保険者証を提示して行わなければならないこと。
- (4) なお、保険者は、当該事実を公簿又はその写しによって確認することができるときは、当該書類を省略させることができること。

3 限度額適用認定証の交付

- (1) 保険者は、限度額適用認定を行った場合には、その者に交付される限度額適用認定証に、適用者名、生年月日、有効期限等の必要な事項を記載するとともに、適用区分欄に下記の区分に従い「A」「B」「C」と記載すること。
 - 「A」・・・上位所得者の世帯
 - 「B」・・・一般の世帯
 - 「C」・・・低所得者の世帯
- (2) 限度額適用認定証の発効期日の欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること。ただし、申請のあった月に新たに国民健康保険の被保険者となった者については、当該被保険者となった日を記載すること。
- (3) 限度額適用認定証の有効期限については、翌年度の7月の末日まで（当該認定を行った日の属する月が4月から7月までの場合には、当年度の7月末日まで）とすること。
- (4) 限度額適用認定証を交付する際には、申請を行った者に対し、当該認定証の有効期間が終了した場合において再度認定を受ける必要があるときは、再度申請を行うよう指導すること。
- (5) 限度額適用認定証を交付する際には、交付する者に対し、医療機関に入院する際に、当該医療機関の窓口で被保険者証とともに当該限度額適用認定証提示

するよう指導すること。

- (6) 認定は、申請を行った被保険者が属する世帯の世帯主に、保険料の滞納がないことを確認できた場合に限り行うものとする。ただし、保険料の滞納があることについて、特別の事情があると認められる場合及び保険者が適当と認める場合は、認定を行うものとする。限度額適用認定証の交付を行わなかった場合は、被保険者に対し、その理由及び当該理由が解消されれば交付を行うことができるので再度申請を行うこと等について十分な説明を行うこと。

【特別の事情】

次に掲げる事由により保険料を納付することができないと認められる事情であること。

- ① 世帯主がその財産につき災害を受け、又は盗難にかかったこと。
 - ② 世帯主又はその者と生計を一にする親族が病気にかかり、又は負傷したと。
 - ③ 世帯主がその事業を廃止し、又は休止したこと。
 - ④ 世帯主がその事業につき著しい損失を受けたこと。
 - ⑤ ①から④に類する事由があったこと。
- (7) 低所得者の世帯に属する被保険者については、標準負担額減額認定証に限度額適用認定証を兼ねる旨を明記することができる（以下、兼ねた場合の証を「限度額適用・標準負担額減額認定証」という。）。なお、様式については、国民健康保険法施行規則様式第1号の8を用いて差し支えないこと。この場合において、適用区分の欄には「C」と記入すること。

II 世帯構成の変更がある場合の限度額適用認定証の交付の事務取扱い

限度額適用認定証の交付を受けている被保険者が属する世帯内の被保険者及びその世帯主の構成に変更があった場合は、変更後の状況を踏まえ、速やかに判定を行うこと。

1 事務手順

- (1) 限度額適用認定証の交付を受けている被保険者の世帯構成に変更があった場合
- ① 世帯構成の変更の事実の把握
国民健康保険被保険者に係る転入・転出・居住地変更・死亡等の届出又は住民基本台帳情報による異動状況の確認など市町村の実情に応じた仕組みにより、随時国民健康保険被保険者に係る世帯構成の事実の把握に努めること。
 - ② 変更後の世帯・所得状況の把握
世帯構成の変更の事実を把握した場合、適用区分の判定に必要な世帯員の所得の状況を確認すること。
 - ③ 適用区分の判定

世帯構成の変更のあった世帯に属する被保険者について判定を行うこと。

④ 限度額適用認定証の作成

①及び③により、適用区分等が変更となる被保険者について、新たな適用区分等を明記した限度額適用認定証を作成すること。

⑤ 限度額適用認定証の交付及び旧限度額適用認定証の回収

④により作成した限度額適用認定証を被保険者に交付するとともに、既に交付している限度額適用認定証を確実に回収すること。交付に際しては、被保険者に対し変更内容の十分な説明を行うこと。

(2) 限度額適用認定証の交付を受けている者が新たな世帯に異動した場合

既に交付している限度額適用認定証を回収し、異動した先の世帯に属する被保険者として新たに申請を行うこととすること。申請、交付の手続きは、Iの2及び3によること。

2 適用区分の変更の時期

世帯構成の変更により適用区分の変更がある場合は下記のとおり取扱うものとする。

(1) 限度額適用認定証の交付を受けている者の世帯構成に変更があった場合

所得の判定は、月の初日における世帯の状況により判断するので、当該世帯の適用区分に変更が生じる場合には、新たな適用区分を翌月初日から適用することとすること。適用区分欄には翌月以降の新たな適用区分と当月現在の適用区分を明記すること。

(2) 限度額適用認定証の交付を受けている者が他の世帯に異動した場合

当該被保険者の異動により、異動後の世帯の適用区分に変更が生じる場合には、新たな適用区分を翌月初日から適用することとすること。適用区分欄には翌月以降の新たな適用区分と当月現在の適用区分を明記すること。

(3) 限度額適用認定証の交付を受けている者が新たに世帯を形成した場合

新たな世帯となった日から、当該世帯における適用区分を適用すること。

3 その他

(1) 世帯構成の変更により限度額適用認定証の交付を行うにあたって、公簿等により、変更後の世帯の世帯主に保険料の滞納があることが確認できる場合はIの3の(6)の基準に基づき、限度額適用認定証の交付を行わないことができる。

(2) 限度額適用認定証の記載内容の変更は、再交付によることを原則とするが、(1)により、翌月より限度額適用認定を受けることができなくなる場合は、既交付の限度額適用認定証の有効期限を当月限りとする修正により対応して差し支えないこと。なお、滞納等の理由により限度額適用認定証の交付を行わない場合は、被保険者に対し、その理由及び当該理由が解消されれば交付を行うことが

できるので再度申請を行うこと等について十分な説明を行うこと。

- (3)(2)において、標準負担額減額認定を受けている者が、限度額適用認定を受けることができなくなる場合で、限度額適用・標準負担額減額認定証を交付している場合は、当該証を回収し、標準負担額減額認定証を新たに交付すること。

Ⅲ 限度額適用認定を受けた被保険者の世帯に保険料の滞納が生じた場合の事務取扱い

限度額適用認定を受けた被保険者の世帯に保険料の滞納が生じた場合は、Ⅰの3の(6)の基準に基づいて、交付していた限度額適用認定証の返還を求めることができる。低所得世帯に属する被保険者に交付した限度額適用・標準負担額減額認定証の返還を受けた場合は、併せて標準負担額減額認定証を交付するものとする。

注意事項

- この証によって入院に係る療養又は厚生労働大臣が定める在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
- 保険医療機関等について入院をするとき又は在宅時医学総合管理若しくは在宅末期医療総合診療を受けるときは、被保険者証とともに必ずこの証をその窓口で渡してください。
- 被保険者の資格がなくなったとき、高齢受給者証の交付を受けることができるに至ったとき、老人保健法の医療を受けることができるに至ったとき、記載された適用区分に該当しなくなったとき、この証の有効期限に至ったとき又は、世帯主が保険料を滞納したため保険者が当該証の返還を求めた場合は、直ちにこの証を市町村（組合）に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村（組合）にその旨を届け出てください。
- 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備考

国民健康保険限度額適用認定証

交付年月日 年 月 日

記号		番号											
(世 組 合 主)	住所												
	氏名		男・女										
適用者	氏名		男・女										
	生年月日	年 月 日											
発効期日		年 月 日											
有効期限		年 月 日											
適用区分													
保険者番号並びに保険者の名称及び印		<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											

- この証は、対象者1人ごとに作成すること。
- 適用区分欄には、適用対象者が国民健康保険法施行令第29条の3第1項第2号に掲げる者である場合は「A」と、同項第1号に掲げる者である場合は「B」と、同条第3号に掲げる者である場合は「C」と記載すること。
- この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
- 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。
- 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

国民健康保険 限度額適用 標準負担額減額 認定申請書
 限度額適用・標準負担額減額

被保険者証記号番号							
世帯主 (組合員)	住所						
	氏名	印	生年月日	昭・平	年	月 日	男・女
限度額適用 減額対象者	氏名		生年月日	昭・平	年	月 日	男・女
	世帯主(組合員)との続柄						
長期入院	該当・非該当						
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成	年	月	日から	日間	
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

平成 年 月 日

市区町村長が 証明する欄	下記に掲げる当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主(組合員)及びその世帯に属する被保険者に____年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 _____、_____、_____ _____、_____、_____ <div style="text-align: right;">市区町村長名 _____ 印</div>
-----------------	--

備考 「市区町村長が証明する欄」は、保険者が市区町村であって、当該事実を公簿等によって確認することができるときは、省略できる。