

2 保険料の賦課基準

(1) 被保険者個人単位の賦課

- 被保険者に対し、政令で定める基準に従い広域連合の条例で定めるところにより算定された保険料率によって算定された保険料額（賦課額）を課する。（高齢者医療確保法第104条第2項）〔介護保険法第129条第2項〕

(2) 賦課額の基準（施行令）〔国民健康保険法施行令第29条の7〕

- 保険料の賦課額その他保険料の賦課に関する事項は、政令で定める基準に従って広域連合の条例で定める。（高齢者医療確保法第115条第1項）〔国民健康保険法第81条〕
- 賦課総額は、所得割総額と被保険者均等割総額の合計額とし、賦課総額に対する標準割合は、所得割総額が100分の50、被保険者均等割総額が100分の50とする。
- 被保険者に対する賦課額は、被保険者につき算定した所得割額（ア）と被保険者均等割額（イ）の合算額とする。

ア 所得割額

所得割総額を、基礎控除後の総所得金額等（旧ただし書所得）に按分して算定する。

$$\begin{aligned} \text{所得割額} &= \text{当該被保険者に係る基礎控除後の総所得金額等} \times \text{所得割率} \\ \text{所得割率} &= \text{所得割総額} / \text{基礎控除後の総所得金額等} \end{aligned}$$

※ 旧ただし書所得＝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項の規定による控除をした後の総所得金額及び山林所得金額の合計額

イ 被保険者均等割額

被保険者均等割総額を、補正被保険者数に按分して算定する。

$$\text{被保険者均等割額} = \text{被保険者均等割総額} / \text{補正被保険者数}$$

※ 補正被保険者数〔介護保険法施行令第38条第2項・第5項、介護保険法施行規則第142条〕

2年間に於ける各年度について被保険者数の見込数として、当該広域連

合における過去の各年度における被保険者数（※）等を勘案して算定した数を、2年間について合算した数

制度発足後2年間（20年度及び21年度）については、当該広域連合の区域内の市町村における75歳以上の老人医療受給対象者数の実績（18年度）（注）を勘案。（施行規則）

（注）18年度は、老人医療受給対象者の年齢引上げ途中（18年4～9月は73歳、18年10月～19年3月は74歳）であることから、厳密には、これらの実績から75歳以上の老人医療受給対象者数を推計することとなる。

○ 賦課限度額

賦課額については、被保険者個人単位で、限度額を設ける。

具体的な額については、賦課限度額の対象となる者が全体の4%（注）となる水準とする方向で検討中。

（注）国保保険料の賦課限度額は、世帯単位で53万円。これは、賦課限度額の対象となる者が全体の5%となる水準だが、これを全体の4%となる水準に引き上げるよう、19年度税制改正要望を提出中。

○ 基礎控除後の総所得金額等の補正

当該市町村における被保険者の所得の分布状況その他の事情に照らし、上記に従い当該被保険者に係る保険料の賦課額を算定するものとしたならば、当該賦課額が賦課限度額を上回ることが確実であると見込まれる場合には、基礎控除後の総所得金額等（旧ただし書所得）を補正する。（施行規則）〔国民健康保険法施行規則第32条の9〕

○ 減額賦課

ア 低所得者に係る減額賦課〔国民健康保険法施行令第29条の7第5項〕

当該世帯に属する者につき算定した地方税法第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算額（総所得金額等）が次の基準に該当する世帯に属する被保険者については、被保険者均等割額を減額する。

減額する額は、被保険者均等割額に次の割合を乗じた額とする。

- （ア）総所得金額等が、基礎控除額（33万円）を超えない世帯 10分の7
- （イ）総所得金額等が、基礎控除額に当該世帯に属する者（当該被保険者を除く）の数に24万5千円を乗じて得た金額を超えない世帯 10分の5
- （ウ）総所得金額等が、基礎控除額（33万円）に当該世帯に属する者の数に35万円を乗じて得た金額を加算した金額を超えない世帯 10分の2

（注）基礎控除額等の数字については、今後の税制改正等により変動があり得る。

イ 被扶養者に係る減額賦課

(ア) 対象者

- ① 施行日において後期高齢者医療の被保険者である者のうち、施行日の前日（平成20年3月31日）において被用者保険（健保、船保、各共済）の被扶養者であった者
- ② 後期高齢者医療の被保険者の資格を取得した者（法第52条各号のいずれかに該当する者）であって、当該資格取得日の前日において被用者保険の被扶養者であった者

※法第52条各号は次のとおり。

- ① 当該後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する者（法第50条第2号に基づく寝たきり等の認定を受けた者を除く。）が75歳に達したとき。
- ② 75歳以上の者が当該後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有するに至ったとき。
- ③ 当該後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する65歳以上75歳未満の者が、寝たきり等の認定を受けたとき。

(イ) 軽減割合及び軽減期間

資格取得日の属する月以後2年を経過する月までの間に限り、被保険者均等割額に10分の5を乗じた額を減額する。

(ウ) 軽減賦課の適用（被扶養者であったことの確認）

(ア) に該当する者に対する減額賦課の適用については、資格取得日の前日において被用者保険の被扶養者であった旨の確認方法を含め、本人からの申請による適用、後期高齢者医療広域連合における職権適用の両面から、その円滑な事務処理の方法について、被用者保険の保険者及び後期高齢者医療広域連合における資格管理の方法と併せて、今後検討する。

○ 離島等における特例

離島その他の医療の確保が著しく困難である地域については、地域単位で、不均一保険料の設定を可能とする。

ア 保険料率の基準の特例

(ア) 広域連合均一保険料の均等割額及び所得割率について、厚生労働大臣が定める基準に該当する地域に住所を有する被保険者については、広域連合の条例により、広域連合均一保険料とは別の均等割額及び所得割率を定めることができる。

(イ) 当該均等割額及び所得割率は、広域連合均一保険料の均等割額及び所得割率の50%を下回らないこと。

イ 不均一保険料の設定が可能な地域に係る基準
「無医地区」とする。

※ 無医地区：医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地域であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区

○ 医療費の地域格差の特例（経過措置）

平成20年度から6年の範囲内で広域連合の条例で定める期間、施行日前の一定期間の当該市町村の一人当たり老人医療費が広域連合内の平均老人医療費に対して一定割合以上低く乖離している場合、市町村の区域単位で不均一保険料の設定を可能とする。

ア 保険料率の基準の特例

- (ア) 広域連合均一保険料の均等割額及び所得割率について、厚生労働大臣が定める基準に該当する市町村の区域内の住所を有する被保険者については、広域連合の条例により、広域連合均一保険料とは別の均等割額及び所得割率を定めることができる。
- (イ) 当該均等割額及び所得割率については、例えば経過措置期間が6年間の場合、広域連合均一保険料との差が、平成20年度及び21年度は6分の3以内、平成22年度及び23年度は6分の2以内、平成24年度及び25年度は6分の1以内となるよう設定し、26年度には広域連合均一保険料と同じ均等割額及び所得割率を設定するものとする。

イ 不均一保険料の設定が可能な区域（市町村）の基準

施行日前の一定期間の一人当たり老人医療費が広域連合内の平均老人医療費に対して20%以上低く乖離している市町村。

前期財政調整金の賦課・交付額の算出に必要な報告について

高齢者の医療の確保に関する法律が施行される平成20年4月以降においては、経常業務として、医療保険者から、総加入者数（0～74歳）、前期高齢者数（65～74歳）、若人医療給付費（0～64歳）、前期高齢者医療給付費（65～74歳）などについて報告してもらう予定としており、これらの報告に基づき前期財政調整金の賦課・交付額を算出することとなる。（詳細な報告内容については別途整理）

しかしながら、平成20年度の前期財政調整金の概算賦課・交付額については、平成19年度に算出することとなることから、経常業務の報告が開始されるまでの間においては、特例的に以下の取扱いにより対応することとしたい。

1. 平成20年度概算額

(1) 概算額の算出に必要な報告

① 総加入者数等

総加入者数等（表1のア、イ）については、医療保険者が、18年4月～19年3月の各月末の実績を報告するものとする。

ただし、医療保険者において18年4月～19年3月の実績を集計することが困難な場合は、集計が可能な月分については実績、集計が不能な月分（全ての月分が不能な場合を含む）については推計により求めた人数を報告するものとする。

② 医療給付費（現金給付を含む。以下同じ）

若人医療給付費（表1のウ）及び前期高齢者医療給付費（表1のエ）については、医療保険者が、18年3月～19年2月の各月の実績を報告するものとする。

また、前期高齢者医療給付費（表1のオ）については、市町村（老人医療の実施主体）が、18年3月～19年2月の各月の実績を報告するものとする。

ただし、医療保険者等において18年3月～19年2月の実績を集計することが困難な場合は、集計が可能な月分については実績、集計が不能な月分（全ての月分が不能な場合を含む）については推計により求めた額を報告するものとする。

【表1】

項番	報告事項	対象期間	報告義務者
ア	総加入者数 [75歳未満](注)	18.4～19.3	医療保険者 ・政管健保・健保組合 ・船員保険・共済組合 ・市町村国保・国保組合
イ	前期高齢者数 [65～75歳未満](注)	18.4～19.3	
ウ	若人医療給付費 [65歳未満]	18.3～19.2	
エ	前期高齢者医療給付費 [老人医療対象者を除く 65～75歳未満]	18.3～19.2	
オ	保険者（被用者保険を含む。）毎の 前期高齢者医療給付費 [老人医療対象者の 75歳未満](注)	18.3～19.2	市町村（老人医療の実施主体）

(注) 65～74歳の寝たきり等の者は除く。

(2) 報告方法

表1に掲げる報告義務者が、19年6月1日までに支払基金に報告する。

(3) その他

- ① 65～74歳の寝たきり等の者を除くことができない場合は、その旨を報告書に記載した上で報告するものとする。
- ② 表1のオについては、市町村は、国保連合会からの情報提供をもとに報告することも可能である。
- ③ 医療保険者等における推計方法について、厚生労働省が例示するものとする。(医療保険者等が独自の方法により推計することも可)

2. 平成20年度精算額

(1) 精算額の算出に必要な報告

① 総加入者数等

総加入者数等（表2のア、イ）については、医療保険者が、20年4月～21年3月の各月末の実績を報告するものとする。

② 医療給付費

医療給付費（表2のウ、エ）については、医療保険者が、20年4月～21年2月の各月の実績を報告するものとする。

【表2】

項番	報告事項	対象期間	報告義務者
ア	総加入者数 [0～74歳](注)	20.4～21.3	医療保険者 ・政管健保・健保組合 ・船員保険・共済組合 ・市町村国保・国保組合
イ	前期高齢者数 [65～74歳](注)	20.4～21.3	
ウ	若人医療給付費 [0～64歳]	20.4～21.2	
エ	前期高齢者医療給付費 [65～74歳](注)	20.4～21.2	

(注) 65～74歳の寝たきり等の者は除く。

(2) 報告方法

表2に掲げる報告義務者が表2のア及びイについては、21年6月1日（年次報告）までに、表2のウ及びエについては、翌々月の15日（月次報告）までに支払基金へ報告する。（経常業務による報告）

(3) 医療保険者への情報提供

平成20年4月以降の前期高齢者医療給付費（現物給付分）については、支払基金又は国保連合会から医療保険者へ情報提供が行えるよう検討する。

※ 前期高齢者医療給付費の集計を簡便にするため、20年4月からのレセプト（診療報酬明細書）の様式変更について検討する。

3. 平成21年度概算要求時の概算額

(1) 概算要求時の概算額の算出に必要な報告

① 総加入者数等

総加入者数及び前期高齢者数については医療保険者が19年4月～20年3月の各月末の実績を報告するものとする。

ただし、医療保険者において19年4月～20年3月の実績を集計することが困難な場合は、集計が可能な月分については実績、集計が不能な月分（全ての月分が不能な場合を含む）について推計により求めた人数を報告するものとする。

② 医療給付費

若人医療給付費及び前期高齢者医療給付費については、厚生労働省において20年度の概算賦課額を基に推計する。

(2) 報告方法

医療保険者が、20年6月1日までに支払基金に報告する。

(3) その他

① 65～74歳の寝たきり等の者を除くことができない場合は、その旨を報告書に記載した上で報告するものとする。

② 医療保険者等における推計方法について、厚生労働省が例示するものとする。（医療保険者等が独自の方法により推計することも可）

4. 平成21年度概算額

(1) 概算額の算出に必要な報告

① 総加入者数等

総加入者数及び前期高齢者数については医療保険者が20年4月～7月の各月末の実績を報告するものとする。

② 医療給付費

若人医療給付費及び前期高齢者医療給付費については、医療保険者が、20年4月～20年7月の各月の実績を報告するものとする。

(2) 報告方法

総加入者数及び前期高齢者数については医療保険者が、20年9月15日までに支払基金に報告する。

若人医療給付費及び前期高齢者医療給付費については経常業務による報告とする。

5. 平成21年度精算額

・精算額の算出に必要な報告

経常業務による報告に基づき算出する。