

(様式第三号の二)

年度 第 期分高額医療費共同事業交付金支払通知書(正副)

年 月 日

標記について下記金額を貴市町村指定の金融機関の口座あてに 年 月 日までにお支払いいたします。

〒	所在地	_____
	市町村名	_____
	市町村長名	_____

記

交付決定額 A	当年度分過誤調整額 B	過年度分過誤調整による支払額又は返納額 C	当期支払額 A + B + C

〒
〇〇県国民健康保険団体連合会
理事長 印

- 注) 1 詳細は高額医療費共同事業交付金交付分決定通知書及び同過誤調整決定通知書を参照のこと。
2 A+B+Cが負の場合は国保連合会への返納金のある場合で当期支払額は0としてあります。

(様式第四号の一の一)

年度保険財政共同安定化事業拠出金及び
保険財政共同安定化事業事務費拠出金決定通知(正副)

年 月 日

標記について、保険財政共同安定化事業拠出金(第1期~第9期分)及び保険財政共同安定化事業事務費拠出金を下記のとおり決定したので通知します。

〒	所在地	_____
	市町村名	_____
	市町村長名	_____

記

- 1 保険財政共同安定化事業拠出金(第1期~第9期)(積算) 各 _____ 円
- 2 保険財政共同安定化事業事務費拠出金(積算) _____ 円

〒
〇〇県国民健康保険団体連合会
理事長 印

[参考]

年度 標準保険財政共同安定化事業拠出金(概算) (①×1/2×②/③+①×1/2×④/⑤)	円
① 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額の合計額の見込額	円
② 前々年度及びその直前の2箇年度の一般被保険者の保険財政共同安定化事業基準拠出対象額を合算した額	円
③ すべての会員市町村の前々年度及びその直前の2箇年度の一般被保険者の保険財政共同安定化事業基準拠出対象額を合算した額	円
④ 前々年度及びその直前の2箇年度の各月末における一般被保険者の数の合計数	人
⑤ すべての会員市町村の前々年度及びその直前の2箇年度の各月末における一般被保険者の数の合計数	人

(様式第四号の一の二)

年度保険財政共同安定化事業拠出金決定通知書(正副)

年 月 日

標記について、保険財政共同安定化事業拠出金(第10期~第12期分)を下記のとおり決定したので通知します。

〒
所在地 _____
市町村名 _____
市町村長名 _____

記

- 1 保険財政共同安定化事業拠出金 各 _____ 円
 (第10期~第12期分)
 (積算)

〒

〇〇県国民健康保険団体連合会

理事長

印

[参考]

年度 標準保険財政共同安定化事業拠出金(確定) (①×1/2×②/③+①×1/2×④/⑤)	円
① 保険財政共同安定化事業基準拠出対象額の合計額	円
② 前々年度及びその直前の2箇年度の一般被保険者の保険財政共同安定化事業基準拠出対象額を合算した額	円
③ すべての会員市町村の前々年度及びその直前の2箇年度の一般被保険者の保険財政共同安定化事業基準拠出対象額を合算した額	円
④ 前々年度及びその直前の2箇年度の各月末における一般被保険者の数の合計数	人
⑤ すべての会員市町村の前々年度及びその直前の2箇年度の各月末における一般被保険者の数の合計数	人

(様式第四号の二の一)

年度高額医療費共同事業拠出金及び
高額医療費共同事業事務費拠出金決定通知書(正副)

年 月 日

標記について、高額医療費共同事業拠出金(第1期~第9期分)及び高額医療費共同事業事務費拠出金を下記のとおり決定したので通知します。

〒
所在地 _____
市町村名 _____
市町村長名 _____

記

- 1 高額医療費共同事業拠出金(第1期~第9期分) 各 _____ 円
 (積算)
- 2 高額医療費共同事業事務費拠出金 _____ 円
 (積算)

〒

〇〇県国民健康保険団体連合会

理事長

印

[参考]

年度 標準高額医療費共同事業拠出金(概算)(①×②/③)	円
① 高額医療費共同事業基準拠出対象額の合計額の見込額	円
② 前々年度及びその直前の2箇年度の一般被保険者の高額医療費共同事業基準拠出対象額を合算した額	円
③ すべての会員市町村の前々年度及びその直前の2箇年度の一般被保険者の高額医療費共同事業基準拠出対象額を合算した額	円

(様式第四号の二の二)

年度高額医療費共同事業拠出金決定通知書(正副)

年 月 日

標記について、高額医療費共同事業拠出金(第10期～第12期分)を下記のとおり決定したので通知します。

〒	
所在地	_____
市町村名	_____
市町村長名	_____

記

1 高額医療費共同事業拠出金(第10期～第12期分) _____ 円
(積算)

〒

〇〇県国民健康保険団体連合会

理事長

印

[参考]

年度 標準高額医療費共同事業拠出金(確定)	(①×②/③)	円
① 高額医療費共同事業基準拠出対象額の合計額		円
② 前々年度及びその直前の2箇年度の一般被保険者の高額医療費共同事業基準拠出対象額を合算した額		円
③ すべての会員市町村の前々年度及びその直前の2箇年度の一般被保険者の高額医療費共同事業基準拠出対象額を合算した額		円

(様式第五号の一の一)

年度 保険財政共同安定化事業拠出金 期分納付書及び領収書

振込金受取書

市 町 村 保 管

乞 電 告

振込先銀行	銀行	支店	納付目的	保険財政共同安定化事業 拠出金	納付期限	年 月 日
(依頼日)	年 月 日		拠出金	期分納付額	円	受 付 金 融 機 関 名
(受取人)	〒		(振込金額)			
(依頼人)	〒	所在地	お払込みは、下記銀行・普通口座あてお払込みください。			上記のとおり振込金として受取りました。
			銀行名	口座番号	銀行名	口座番号
						受取日付印
						収入印紙

[受付銀行へお願い]

- ① 保険者番号、口座番号を打電してください。
- ② 領収済通知書を振込先銀行あて送付してください。

[市町村へお願い]

この帳票は、国保連合会の保険財政共同安定化事業の経理上必要な書類ですので、拠出金の払込みには必ずこの用紙を使用してください。

(様式第五号の一の二)

年度 保険財政共同安定化事業拠出金 期分領収済控

振 込 依 頼 書

受取銀行保管

乞電告

振込先銀行	銀行	支店	納付目的	保険財政共同安定化事業 拠出金	納付期限	年	月	日
(依頼日)	年	月	日	拠出金	期分納付額	円	受付金融機関名	
(受取人) 〒	〇〇県国民健康保険団体連合会		(振込金額)					
(依頼人) 〒	所在地		お払込みは、下記銀行・普通口座あてお払込みください。				上記のとおり振込金として受取りました。	
	市町村名		銀行名	口座番号	銀行名	口座番号	受取日付印	
							収入印紙	

[受付銀行へお願い]

- ① 保険者番号、口座番号を打電してください。
- ② 領収済通知書を振込先銀行あて送付してください。

(様式第五号の一の三)

年度 保険財政共同安定化事業拠出金 期分領収通知書

振 込 依 頼 書

次の順番で送付してください。
受付銀行→振込先銀行→国保連合会

乞電告

振込先銀行	銀行	支店	納付目的	保険財政共同安定化事業 拠出金	納付期限	年	月	日
(依頼日)	年	月	日	拠出金	期分納付額	円	受付金融機関名	
(受取人) 〒	〇〇県国民健康保険団体連合会		(振込金額)					
(依頼人) 〒	所在地		お払込みは、下記銀行・普通口座あてお払込みください。				上記のとおり振込金として受取りました。	
	市町村名		銀行名	口座番号	銀行名	口座番号	受取日付印	
							収入印紙	

[受付銀行へお願い]

- ① 保険者番号、口座番号を打電してください。
- ② 領収済通知書を振込先銀行あて送付してください。

(様式第五号の二の一)

年度 高額医療費共同事業拠出金 期分納付書及び領収書

振込金受取書

市町村保管

乞電告

振込先銀行 銀行 支店	納付目的 高額医療費共同事業拠出金 期分	納付期限 年 月 日
(依頼日) 年 月 日	拠出金 期分納付額 円 (振込金額)	受付金融機関名
(受取人) 〒 〇〇県国民健康保険団体連合会		
(依頼人) 〒 所在地 市町村名	お払込みは、下記銀行・普通口座あてお払込みください。 銀行名 口座番号 銀行名 口座番号	上記のとおり振込金として受取りました。 受取日付印 収入印紙

[受付銀行へお願い]

- ① 保険者番号、口座番号を打電してください。
- ② 領収済通知書を振込先銀行あて送付してください。

[市町村へお願い]

この帳票は、国保連合会の高額医療費共同事業の経理上必要な書類ですので、拠出金の払込みには必ずこの用紙を使用してください。

(様式第五号の二の二)

年度 高額医療費共同事業拠出金 期分領収済控

振込依頼書

受取銀行保管

乞電告

振込先銀行 銀行 支店	納付目的 高額医療費共同事業拠出金 期分	納付期限 年 月 日
(依頼日) 年 月 日	拠出金 期分納付額 円 (振込金額)	受付金融機関名
(受取人) 〒 〇〇県国民健康保険団体連合会		
(依頼人) 〒 所在地 市町村名	お払込みは、下記銀行・普通口座あてお払込みください。 銀行名 口座番号 銀行名 口座番号	上記のとおり振込金として受取りました。 受取日付印 収入印紙

[受付銀行へお願い]

- ① 保険者番号、口座番号を打電してください。
- ② 領収済通知書を振込先銀行あて送付してください。

(様式第五号の二の三)

年度 高額医療費共同事業拠出金 期分領収通知書

振 込 依 頼 書

次の順番で送付してください。
受付銀行→振込先銀行→国保連合会

乞電告

振込先銀行	銀行	支店	納付目的	高額医療費共同事業拠出金 期分	納付期限	年	月	日	
(依頼日)	年	月	日	拠出金	期分納付額	円	受 付 金 融 機 関 名		
(受取人) 〒	〇〇県国民健康保険団体連合会		(振込金額)						
(依頼人)	〒	所在地	お払込みは、下記銀行・普通口座あてお払込みください。			上記のとおり振込金として受取りました。			
	市町村名		銀行名	口座番号	銀行名	口座番号	受取日付印		
							収入印紙		

[受付銀行へお願い]

- ① 保険者番号、口座番号を打電してください。
- ② 領収済通知書を振込先銀行あて送付してください。

保険財政共同安定化事業の創設に伴うQ&A

Q1 平成18年7月10日に開催された医療制度改革関連法に関する都道府県説明会の国民健康保険課説明資料P.13にある「保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業についてのQ&A」のA1に、公費負担が保険給付に優先される医療は共同事業の対象外とあるが、平成15年度の改正時に国保中央会を通じて公費部分の取扱いについて確認した際には公費優先・保険優先に関わりなく対象外にするという回答をいただいている。どのように取り扱えばよいか。

(回答)

平成17年まで問のような取扱いがなされていた場合は、県下で統一的な取扱いができることを前提に、下記のとおり取扱いとすることもやむを得ない。

- ①公費優先のみを対象外とする取扱いは、平成18年度からの適用とする。
- ②平成17年度以前分について保険優先で対象外としていたものを対象とするような過誤調整は行わない。
- ③拠出金の算定にあたり過去の実績を算出する場合、保険優先で対象外としていたものを対象として再計算することが困難なときは、対象外としたままで実績を算出する。

Q2 保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業の交付金と診療報酬の相殺の実施は市町村と国保連合会の契約によるということだが、同じ都道府県内で相殺する市町村としない市町村が出てくるということか。

(回答)

都道府県内で、実施する市町村としない市町村が混在しては事務が非常に煩雑になるため、都道府県に対しては都道府県下での統一した取り扱いを求めている。但し、国保連合会において、特定の市町村に対してのみ相殺を実施するという対応が可能ということであれば、それを妨げるものではない。

Q3 7月10日の都道府県会議にて配布された事業実施要綱案において、当該事業の交付金と診療報酬との相殺の実施については、市町村と国保連合会の「合意」に基づいて行うものとの説明を受けてきたが、このたびの省令改正において、条文上は「契約」との文言となっている。「合意」と「契約」は何か違いがあるのか。

(回答)

条文上、「契約」と明記しているが、相殺の実施はあくまで市町村と国保連合会の合意に基づき行われるものとの考え方に変更はない。

Q4 相殺の対象となるのは診療報酬と交付金のみか。拠出金は対象とならないのか。

(回答)

拠出金も相殺の対象となる。

Q5 平成18年7月7日保発第0707002号保険局長通知にて改正された高額医療費共同事業の実施要綱では、確定拠出は「十期から十二期」ということだが、例えば十一期と十二期を確定拠出としてそれ以外は概算拠出ということは可能か。

(回答)

政省令で定めている事項ではないので、市町村と国保連合会で合意の上であれば、各都道府県の実情に応じた方法での取り扱いは可能である。

Q6 前記実施要綱の改正において、拠出金の納期は十二期（5月から翌年4月までにおける毎月）に分けて納付するものとされたが、市町村と国保連合会で合意すれば、納期の変更（例えば六期にするなど）は可能か。

(回答)

市町村と国保連合会で合意ができれば可能である。

Q 7 高額の拠出金に関して、従来の4期から今回12期に分けて拠出することとなります。「1期から9期までは概算拠出を行い、10期から12期は確定拠出を行う」とあります。「概算拠出」（1期から9期まで）は、同額の拠出額となりますか？（保険財政共同安定化事業も同様ですか？）

(回答)

1期から9期までの概算拠出の拠出額については、国保連合会と市町村で協議して決定していただきたいと考えており、双方合意の上であれば、同額ではなくても差し支えない。保険財政共同安定化事業についても同様。

Q 8 標準高額医療費拠出金の算定基礎を「前々年度及びその直前の2か年度」としてあり、これは平成14～16年度が対象になると考えるが、平成14年度のデータが存在していない。どのように対応すればよいか。

(回答)

原則として改正後の基準で拠出金の算定を行っていただきたいが、どうしても難しい場合は、例えば、14年度は80万円超のデータ、15年度と16年度は70万円超のデータを用いるということも、国保連合会と協議の上、都道府県内で統一した方法で取り扱うのであれば認めることとする。

Q 9 標準保険財政共同安定化事業拠出金の算定において、平成14年度の30万円超の正確なデータがない中、基本的には保険者の按分ができればよいということであれば、平成15年度から平成17年度の3か年の30万円超のデータを用いることとしたいが、このやり方は可能か。

(回答)

年度については政省令事項として定められていることなので、これをずらすことはできない。しかし、過去の特定年度の基準拠出対象額を求めることができないやむをえない事情がある場合、連合会及び各市町村合意の上、同じ年度の医療費の額により算出することを認めるものとする。

Q10 標準保険財政共同安定化事業拠出金の算出に使用する一般被保険者数は、前々年度の各月末の被保険者数とされているが、この各月末とは何月から何月のことか。また、各月末の平均値で按分するのか、それとも累計値で算出するのか。

(回答)

4月から3月の各月末の累計値である。

なお、政令における規定では「年度」とし、4月から3月を標準として定めているが、都道府県内で1月から12月として要綱を定めて算定を行うことまでを妨げるものではない。

Q11 10期から12期を確定拠出とあるが、2月以降に市町村において過誤調整対象のレセプトが確認された場合の調整は翌年度の処理でよいのか。

(回答)

翌年度の処理として差し支えない。なお、当該年度内で補正処理できるのであれば、それを妨げるものではない。

Q12 保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業の種々の計算において、過誤調整等の結果はどこまで（何年何月分まで）さかのぼって踏まえるのか。また、今回の改正以前分の過誤調整は、今回の改正後の交付基準等で調整するのか。

(回答)

改正以前分の過誤調整は、改正前の交付基準（70万円）で調整することとする。なお、改正以前分の過誤調整分は、国庫負担金の交付対象である標準高額医療費共同事業拠出金には反映させない取扱いとする。

賦課限度額に係る5%基準の見直しについて

1. 考え方

- 国民健康保険においては、保険税の性格から一定の限度額を設けることが適当であるため、賦課限度額を設定しているもの。
- また、所得の伸び、医療費の増嵩等を勘案し、医療分、介護分それぞれの賦課限度額を適正に見直すことにより、被保険者間の負担の公平化を図っているところ。

2. 現行

- 国民健康保険においては、賦課限度額を設定する際の賦課限度額超過世帯割合を、健康保険の基準（3%）を勘案し、5%としている。
※ 健康保険においては、保険料の算定基礎となる標準報酬の最高等級に属する被保険者の割合を3%以上にならないように設定している。

3. 見直しの検討

- 医療制度改革関連法案において、健康保険の標準報酬の最高等級の基準が3%から1.5%に見直された。健康保険においては、
 - ① 所得（標準報酬）の二極化が進んでいるとの指摘があること
 - ② 等級の分布にばらつきがあることから、最高等級を引き上げ、等級区分を細分化し、高所得者に応分の負担を求めることにしている。
- 健康保険における見直しの理由である所得の二極化は国保においても同様であり、賦課限度額の引き上げは応能割（所得割）率を引き下げる効果が見込め、中間所得者層の負担緩和に資することから、国保においても見直しを行うこととする。

4. 対応案

- 国民健康保険の賦課限度額については、平成19年度4月の健康保険の標準報酬の見直しに合わせ、5%基準を4%基準に見直した上で、税制改正要望を行うこととする。

入院に係る高額療養費の現物給付化について (国保収納対策)

- 平成19年4月より、被用者保険、国保の全保険者において、70歳未満の入院患者に対し、限度額適用認定証を発行することにより高額医療費を現物給付化することとしている。
- 今改正により、国民健康保険については、保険料を滞納していても、無条件に高額療養費について現物給付がなされることとなる。(資格証明書が交付されている者については、そもそも窓口で10割負担となり、現物給付が受けられないことから、高額療養費も現物給付されることはない。)
- これについては、保険料を滞納している者に対して今まで高額療養費の申請の際に行っていた納付勧奨(さらには高額療養費支給額の滞納保険料への充当)が行えなくなる等の問題が生じる。
- そこで、保険料を滞納している者に対して、従来通り納付勧奨を行えるよう、以下のとおり、保険者は原則として保険料の滞納のない優良納付者に対して現物給付化を行うこととする。

【対応案】

保険者は、原則として、70歳未満の入院患者に対して、高額療養費の現物給付化を行うが、保険料を滞納している者については、高額療養費の現物給付化の措置を採らなくてもよいこととする。ただし、保険料の滞納につき災害等の特別事情がある場合は、現物給付化することとする。

- なお、既に入院時の高額医療費が現物給付化されている70歳以上の国保被保険者及び後期高齢者に対しては、今回の措置を講じないこととする。

70歳未満の者の入院に係る高額療養費の現物給付化について

○現状

70歳未満の被保険者等が、医療機関において受診し、1ヶ月の自己負担額が自己負担限度額（高額療養費算定基準額）を超えたときは、窓口で自己負担額を支払った上で、保険者に高額療養費の支給申請を行う必要がある。保険者は支給申請を受け、レセプトとの突合・内容審査を行ったうえ、後日高額療養費を支給している。

これに対し、70歳以上の高齢者については、平成14年の自己負担定率化に伴う高額医療費制度の導入に際して、窓口で支払う金額が急増しないよう、一医療機関ごとの入院に係る高額医療費については現物給付化が行われている。

○今回の改正事項

- ・ 70歳未満の被保険者等の入院に係る高額療養費についても、現在の70歳以上の取扱いに合わせ現物給付化し、一医療機関ごとの窓口での支払いを自己負担限度額にとどめることとする。
- ・ 現物給付化するにあたっては、あらかじめ保険者に申請して自己負担限度額に係る認定証を交付されていることを要件とする。

○実施時期

- ・ 平成19年4月から実施

○現物給付化のスキーム

高額療養費の自己負担限度額は、所得により複数の区分があることから、医療機関窓口でその区分を明らかにするため、被保険者の申請により高額療養費自己負担限度額の適用認定証を交付し、医療機関窓口で提出させることにより現物給付を行う。

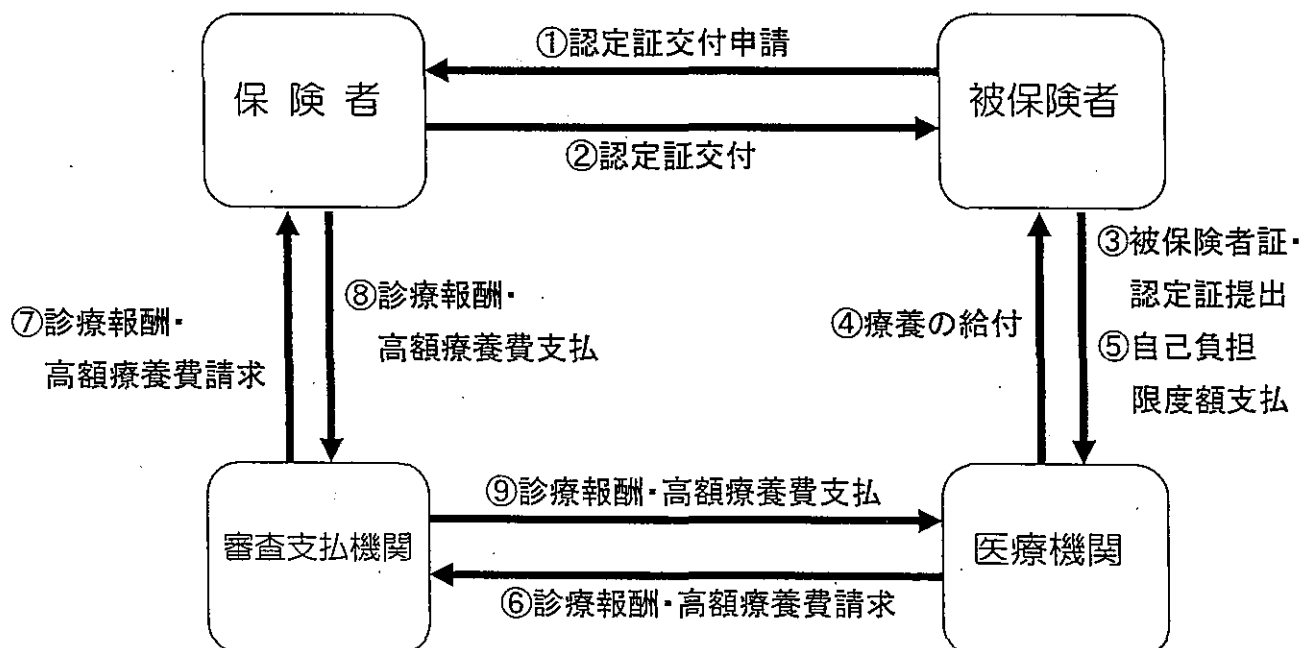
市町村民税非課税世帯（低所得者）には、現行の「標準負担額減額認定証」に代えて「限度額適用・標準負担額減額認定証（仮称）」を交付。上位所得者及び一般区分者には、新たに「限度額適用認定証（仮称）」を交付する。

平成18年8月から平成19年3月までの間に交付される「標準負担額減額認定証」については、経過措置により平成19年7月まで「限度額適用・標準負担額減額認定証」の効力を持たせる。

改正前と改正後の比較

区 分	19年3月まで	19年4月より
上 位 所 得 者	被保険者証	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">被保険者証</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;">限度額適用認定証</div>
一 般	被保険者証	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">被保険者証</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;">限度額適用認定証</div>
低所得者 (市町村民税非課税)	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">被保険者証</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;">標準負担額減額認定証</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">被保険者証</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px;">限度額適用・ 標準負担額 減額認定証</div>

認定証の交付から高額療養費現物給付化までの流れ



70歳未満の者の入院に係る高額療養費の現物給付化の仕組み

①医療機関受診（入院）
②限度額適用認定証の交付申請

③限度額適用認定証の交付

④医療機関は、限度額適用認定証を確認の上で、医療費の自己負担分のうち自己負担限度額を本人から徴収すると共に、自己負担限度額を超える部分（現物給付の高額療養費相当分）については、レセプトにその旨を表示し審査支払機関に請求

⑤審査支払機関は、現物給付の高額療養費相当分と療養の給付分を保険者に請求

⑥保険者は、現物給付の高額療養費相当分と療養の給付分を審査支払機関に支払

⑦審査支払機関は、現物給付の高額療養費相当分と療養の給付分を医療機関に支払

