令和６年度末時点

国民健康保険制度の概要

１　制度の目的

国民健康保険制度は、原則として被用者保険等の適用者以外の国民すべてを被保険者とし、その疾病、負傷、出産又は死亡に関して必要な給付を行い、社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする。

２　保険者

保険者は、都道府県及び市町村（特別区を含む。以下同じ。）と国民健康保険組合である。なお、国民健康保険事業の運営に際し、複数の市町村で一部事務組合又は広域連合により実施しているところがある。

(1)　都道府県及び市町村には国民健康保険を行う義務が課せられている。

(2)　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、都道府県及び市町村が行う国民健康保険事業の運営に支障を及ぼさないと認められるときに限って、都道府県知事の認可を受けて設立することができる。

３　被保険者

(1)　市町村の場合

都道府県の区域内に住所を有する者は、すべて被保険者とする。ただし、次に掲げる者は除く。

(ｱ)　健康保険、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は私立学校教職共済組合の被保険者又は組合員等及びその被扶養者

(ｲ)　健康保険法第3条第2項の規定による被保険者で日雇特例被保険者手帳の交付を受け、その手帳に健康保険印紙を貼り付けるべき余白がなくなるに至るまでの間にある者及びその被扶養者

(ｳ)　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

(ｴ)　生活保護法による保護を受けている世帯に属する者

(ｵ)　国民健康保険組合の被保険者

(ｶ)　日本の国籍を有しない者であって、住民基本台帳法第30条の45に規定する外国人住民以外のもの（出入国管理及び難民認定法（以下「入管法」という。）に定める在留資格を有する者であって既に被保険者の資格を取得しているもの及び厚生労働大臣が別に定める者を除く。）

(ｷ)　日本の国籍を有しない者であって、入管法に基づき、病院又は診療所に入院し疾病又は傷害について医療を受ける活動を行うもの及び当該入院の前後に当該疾病又は傷害について継続して医療を受ける活動を行うもの並びにこれらの者の日常生活上の世話をする活動を行うもの（(ｶ)に該当する者を除く。）

(ｸ)　日本の国籍を有しない者であって、入管法に基づき、本邦において一年を超えない期間滞在し、観光、保養その他これらに類似する活動を行うもの（十八歳以上の者に限り、(ｶ)に該当する者を除く。）

(ｹ)　日本の国籍を有しない者であり、かつ、(ｸ)に該当する者に同行する配偶者であって、入管法に基づき、本邦において一年を超えない期間滞在し、観光、保養その他これらに類似する活動を行うもの((ｶ)及び(ｸ)に該当する者を除く。)

(ｺ)　その他特別の事由がある者で市町村の条例で定めるもの

(2)　国民健康保険組合の場合

組合員及び組合員の世帯に属する者を被保険者とする。ただし、市町村の適用除外の事由（(1)の(ｵ)を除く。）に該当する者及び他の組合が行う国民健康保険の被保険者は除かれる。なお、国民健康保険組合については、市町村の適用除外の事由（(1)の(ｳ)及び(ｵ)を除く。）に該当する者は組合員になることはできない。

4　保険給付

(1)　保険給付の種類

保険給付の種類は、保険事故によって異なり、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、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の支給並びに出産に関しては出産育児一時金の支給を、死亡に関しては葬祭費の支給（又は葬祭の給付）を行う。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1年以上保険料（税）を滞納している場合は、保険者は、世帯主にその世帯の資格確認書を返還させ、代わりに資格確認書（特別療養）（原爆一般疾病医療費の支給等を受けることができる者及び高校生世代以下の者については通常の資格確認書）を交付する。この場合、被保険者資格証明書に係る者については、療養の給付、保険外併用療養費等の支給は行われず、代わりに特別療養費が支給される。

(2)　療養の給付

ア　種　類

(ｱ)診察　(ｲ)薬剤又は治療材料の支給　(ｳ)処置、手術その他の治療　(ｴ)居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護　(ｵ)病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護を行う。

イ　保険医療機関等

療養の給付は、健康保険法に規定された保険医療機関又は保険薬局（以下「保険医療機関等」という。）で受けるものとし、療養は登録を受けた医師若しくは歯科医師又は薬剤師（保険医、保険薬剤師）が担当する。

ウ　一部負担金

保険医療機関等において療養の給付を受ける者は、その給付を受ける際、当該保険医療機関等に一部負担金を支払わなければならない。一般被保険者、退職被保険者及びその被扶養者の一部負担金の額は、療養の給付に要する費用の額の3割相当額である。ただし、義務教育就学前の者については2割相当額、70歳以上の高齢者については、一般の者は2割相当額（平成26年3月までに70歳に達した者については予算措置により1割相当額）、現役並み所得者は3割相当額である。なお、一部負担金は保険者が条例又は規約によって、その割合を減ずることができるものとされている。

なお、保険者は特別の理由がある被保険者で、保険医療機関等に一部負担金を支払うことが困難であると認められる者に対しては、一部負担金の減免及び徴収猶予の措置を採ることができる。

エ　標準負担額

被保険者は入院時食事療養費及び入院時生活療養費に係る療養を受けたときは、保険医療機関等に標準負担額を支払わなければならない。入院時食事療養費の標準負担額は平均的な家計における食材料費相当を勘案して厚生労働大臣が定めており、一食につき490円（市町村民税非課税世帯に属する被保険者（以下「低所得者」という。）230円、低所得者であって90日を超えて入院している者180円、低所得者であって所得が一定の基準に満たない70歳以上の者110円）とされている。

なお、平成18年10月以降、70歳以上（平成20年４月からは65歳以上の被保険者に改正）の療養病床に入院している者の標準負担額は、平均的な家計における食材料費及び調理コスト相当を勘案して定めており、1食につき490円もしくは450円（低所得者230円、低所得者であって所得が一定の基準に満たない者140円又は110円）とされている。

また、65歳以上の医療療養病床に入院する患者の入院時生活療養費の標準負担額は平均的な家計における光熱水費相当を勘案して定めており、1日につき370円、境界層措置が適用される者の食費及び居住費については、１食110円、１日0円とされている。

オ　診療報酬

保険者は、保険医療機関等に対し、療養の給付に関する費用を支払う。その額は、療養の給付に要する費用の額から、被保険者が支払わなければならない一部負担金に相当する額を控除した額である。

この療養の給付に要する費用の額の算定については、健康保険法の規定による厚生労働大臣の定め（健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法）の例によることとされている。保険者は都道府県知事の認可を受け、保険医療機関等との契約により、療養の給付に要する費用の額の割引等の定めをすることができる。

保険者は、保険医療機関等からの療養の給付に要する費用の額の請求があったときは、健康保険法による保険医療機関及び保険医療養担当規則並びに健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法の定めに照らして審査したうえ支払うものとされている。この審査及び支払に関する事務は、都道府県の国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金に

委託することができ、現在全保険者が、この事務の委託を行っている。

(3)　入院時食事療養費

保険医療機関に入院している被保険者が、入院に係る給付に併せて食事療養を受けたときは、世帯主又は組合員に対し、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食事療養標準負担額を控除した額とされている。入院時食事療養費は、その支給すべき額の限度において、保険者が世帯主又は組合員に代わり、保険医療機関に対し支払をなすことができる。

(4)　入院時生活療養費

療養病床に入院している65歳以上の被保険者が、入院に係る給付に併せて生活療養を受けたときは、世帯主又は組合員に対し、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生活療養標準負担額を控除した額とされている。入院時生活療養費は、その支給すべき額の限度において、保険者が世帯主又は組合員に代わり、保険医療機関に対し支払をなすことができる。

(5)　保険外併用療養費

被保険者が自己の選定する保険医療機関等について評価療養又は選定療養を受けたときは、世帯主又は組合員に対し、保険外併用療養費が支給される。

なお、評価療養は将来的な保険導入のための評価を行うものであり、先進医療や医薬品の治験に係る診療など７項目が指定されている。また、選定療養は保険導入を前提とせず、患者の嗜好、選択に委ねるものであり、特別の療養環境の提供や予約診療などの10項目が指定されている。

支給される額は、当該療養につき厚生労働大臣の定めるところにより算定した費用の額から、一部負担金に相当する額を控除した額とされている（食事療養又は生活療養が含まれる場合には、それぞれ当該療養につき厚生労働大臣の定めるところにより算定した費用の額から、食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を控除した額との合計額とされている。）。保険外併用療養費は、その支給すべき額の限度において、保険者が世帯主又は組合員に代わり、保険医療機関に対し支払をなすことができる。

(6)　療養費

保険者は、次の場合には療養の給付等に代えて療養費を支給することができる。

ア　療養の給付等を行うことが困難であると認めるとき。

イ　被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所又は薬局その他の者について診療、薬剤の支給又は手当を受けた場合で、保険者がやむ得ないものと認めるとき。

ウ　被保険者が、電子資格確認等により被保険者であることの確認を受けないで保険医療機関等について診療又は薬剤の支給を受けた場合で、当該確認を受けなかったことが、緊急その他やむを得ない理由によるものと認めるとき。

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、その額に一部負担金の割合を乗じて得た額を控除し

た額を基準として保険者が定める。

(7)　訪問看護療養費

被保険者が指定訪問看護事業者について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の例により算定される額から、その額に一部負担金の割合を乗じて得た額を控除した額である。

(8)　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又は指定訪問看護事業者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、その額に一部負担金の割合を乗じて得た額を控除した額である。

(9)　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。

(10)　高額療養費

【平成30年8月以降】

ア　70歳未満の場合、被保険者が、同一の月に同一の病院等において受けた療養に係る一部負担金等の額が21,000円以上のものを合算した額が所得区分に応じた自己負担額を超える場合に、その超える額が支給される。なお、この場合において、世帯に属する被保険者の基準所得額の合計額が901万円を超える世帯の被保険者にあっては、252,600円＋（医療費－842,000円）×1%、世帯に属する被保険者の基準所得額の合計額が600万円を超え、901万円以下の世帯の被保険者にあっては、167,400円＋（医療費－558,000円）×1%、世帯に属する被保険者の基準所得額の合計額が210万円を超え、600万円以下の世帯の被保険者にあっては、80,100円＋（医療費－267,000円）×1%、世帯に属する基準所得額の合計額が210万円以下の世帯の被保険者にあっては、57,600円、世帯主及び世帯に属するすべての被保険者について市町村民税が課されない世帯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世帯の被保険者（以下「低所得者」という。）にあっては、35,400円を超える額が支給される。

70歳以上の場合、現役並み所得者の外来療養に係る算定基準額（57,600円）を廃止するとともに、住民税の課税所得が690万円以上の被保険者（現役並み所得区分Ⅲ）にあっては、252,600円＋（医療費－842,000円）×1%、住民税の課税所得が380万円以上690万円未満の被保険者（現役並み所得区分Ⅱ）にあっては、167,400円＋（医療費－558,000円）×1%、住民税の課税所得が145万円以上380万円未満の被保険者（現役並み所得区分Ⅰ）にあっては、80,100円＋（医療費－267,000円）×1%、一般区分の被保険者にあっては、外来については18,000円、入院については57,600円、低所得者にあっては、外来については8,000円、入院については24,600

円または15,000円とされている。

イ　被保険者が、療養に要する期間が著しく長期にわたり、一定の高額な治療を継続して行うことを必要とする疾病であって厚生労働大臣の定めるものに係る療養を受けた場合において、当該療養を受けた被保険者が保険者の認定を受けており、かつ、同一の月に同一の病院等につき受けた療養に係る一部負担金等の額が10,000円（人工腎臓を実施している慢性腎不全の、世帯に属する被保険者の基準所得額の合計額が600万円を超える世帯の被保険者については20,000円）を超える場合に、その超える額が支給される。

厚生労働大臣の定める疾病としては、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）及び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。）が定められている。

なお、この場合、保険者は、高額療養費として被保険者に支給すべき額を保険医療機関等に支払うこととされている。

ウ　70歳未満の場合、被保険者が療養を受けた場合において、当該療養のあった月以前の12か月以内に、既に3回以上高額療養費が支給されているときは、4回目以降は一部負担金等の額が21,000円以上のものを合算した額から44,400円を控除した額が支給される。なお、この場合において、世帯に属する被保険者の基準所得額の合計額が901万円を超える世帯の被保険者にあっては、44,400円とあるのは140,100円、世帯に属する被保険者の基準所得額の合計額が600万円を超え、901万円以下の世帯の被保険者にあっては、44,400円とあるのは93,000円、低所得者にあっては、44,400円とあるのは24,600円とされている。

70歳以上の場合、一般区分と現役並み所得区分Ⅰについては自己負担限度額が44,400円、現役並み所得区分Ⅲについては140,100円、現役並み所得区分Ⅱについては93,000円とされている。

エ　70歳以上の一般または低所得者については、８月1日から７月31日の１年間の計算期間中に、一般または低所得者の所得区分であった月の外来療養に係る自己負担額（月の高額療養費支給後のなお残る自己負担額）の合計額が144,000円を超えた場合に支給される。

オ　75歳到達月については、誕生日前の国民健康保険と誕生日後の後期高齢者医療制度における自己負担限度額を本来の2分の1とする。

(11)　高額介護合算療養費

ア　高額介護合算療養費は、計算期間（前年8月1日から当年7月31日までの期間）の末日（以下「基準日」という。）に属する医療保険上の世帯を単位として、当該世帯に属する者が計算期間内に負担した自己負担額の合算額が、介護合算算定基準額に支給基準額を加えた額を超える場合に支給される。ただし、医療保険又は介護保険に係る自己負担額のいずれかが零である場合は支給されない。

イ　介護合算算定基準額については、70歳未満の場合、世帯に属する被保険者の基準所得額の合計額が901万円を超える世帯は212万円、世帯に属する被保険者の基準所得額の合計額が600万

円を超え、901万円以下の世帯は141万円、世帯に属する被保険者の基準所得額の合計額が210万円を超え、600万円以下の世帯は67万円、世帯に属する被保険者の基準所得額の合計額が210万円以下の世帯は60万円、低所得者（基準日の属する年度の前年度分の市町村民税が課されない場合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場合）は34万円となっている。

また、70歳以上の場合、所得区分が一般区分（他の所得区分のいずれにも該当しない場合）の世帯は56万円、現役並み所得区分Ⅲは212万円、現役並み所得区分Ⅱは141万円、現役並み所得区分Ⅰは67万円、低所得者については31万円もしくは19万円となっている。

(12) 継続給付

国民健康保険の被保険者が健康保険法第3条第2項に規定する日雇特例被保険者又はその被扶養者となったため資格を喪失した場合で、その資格喪失の際、現に療養の給付又は介護保険法の規定による指定居宅サービス等（療養に相当するものに限る。）を受けているときは、健康保険法又は介護保険法による受給要件を満たすまでの間、当該疾病又は負傷及びこれによって発した疾病について継続してもとの保険者から療養の給付等を受けることができる。

(13) その他の給付

その他の保険給付として、出産育児一時金の支給、葬祭費の支給（葬祭の給付）のほか、傷病手当金等の支給があり、これらの給付の要件、内容、受給手続に関する事項などはすべて保険者ごとに条例又は規約で定める。

(14) 保険給付の支払の一時差止め

保険者は、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1年半の間滞納しているときは、被保険者が平成21年10月１日以降に出産したときに支給する出産育児一時金以外の保険給付の支払を一時差し止めることとされている。

5 費 用

(1) 保険料（税）

保険料は、国民健康保険事業に要する費用（後期高齢者支援金等及び介護納付金の納付に要する費用を含む。）に充てるため、市町村にあっては世帯主から、国民健康保険組合にあっ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、市町村にあっ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。

ア 一般保険者にかかる保険料（税）の賦課方法

(ｱ) 賦課総額等

保険料（税）は、基礎賦課総額（当該年度における保険給付費、国民健康保険事業納付金の納付に要する費用、保健事業に要する費用、財政安定化基金拠出金の納付に要する費用等の合計額から、当該費用にかかる国や都道府県の負担金等の額を控除した額）、後期高齢者支援金等賦課総額（国民健康保険事業費納付金の納付に要する費用の額（後期高齢者支援金等の納付に要する費用に充てる部分に限る）から、当該費用にかかる国や都道府県の負担金

の額を控除した額）及び介護納付金賦課総額（介護保険法第9条第2号に規定された被保険者を対象として、国民健康保険事業費納付金の納付に要する費用の額（介護納付金の納付に要する費用に充てる部分に限る）から、当該費用に係る国や都道府県の負担金の額を控除した額）の合計額である。

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、被保険者均等割を組み合わせる方式）に従い、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、被保険者世帯に対する賦課（課税）額を算定する。

４方式	所得割総額
	資産割総額
	被保険者均等割総額
	世帯別平等割総額
３方式	所得割総額
	被保険者均等割総額
	世帯別平等割総額
２方式	所得割総額
	被保険者均等割総額

(ｲ) 所得割額の算定方法

所得割額は、所得割額を(ｉ)の方法により按分して算出する。

（ｉ） 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並びに他の所得と区分して計算される所得の金額の合計額から同条2項の規定による基礎控除（43万円）をした後におけるこれらの額の合計額に按分して算定する。

(ｳ) 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算定する。

（ｉ） 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。

（ⅱ） 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。

(ｴ) 被保険者均等割額及び世帯別平等割額の算定方法

被保険者均等割額は、被保険者均等割総額を一般被保険者数に按分して算定する。

世帯別平等割額は、世帯別平等割総額を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。）から、特定世帯（特定同一世帯所属者（3の(1)の(ｳ)に該当することにより被保険者の資格を喪失した者であって、資格喪失後継続して同一の世帯に属する者）の資格喪失後５年を経過するまでの間、特定同一世帯所属者と同一の世帯に属する被保険者が属する世帯であって、当該世帯に他の被保険者がいない場合）の数に２分の１を乗じて得た数と特定継続世帯（特定同一世帯所属者の資格喪失後５年を経過す

る月の翌月から資格喪失後８年を経過する月までの間、特定同一世帯所属者と同一の世帯に属する被保険者が属する世帯であって、当該世帯に他の被保険者がいない場合）の数に４分の１を乗じて得た数の合計数を控除した数に按分して算定する。

(ｵ)　賦課（課税）額の限度及び低所得者に対する減額

世帯主（ただし、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賦課（課税）額とし、その額が条例に定める限度額（令和６年度：医療分65万円、後期高齢者支援金分24万円、介護分17万円以下）を超えるときは、これを限度額とする。減額の対象となる世帯については、世帯主、その世帯に属する被保険者及び特定同一世帯所属者について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並びに他の所得と区分して計算される所得の金額の合算額（以下「減額対象所得」という。）が、一定金額以下であれば、減額の対象となり、申請行為はなく、課税権者において減額賦課を行う。具体的な基準は、以下のとおりである。

（ⅰ）　減額対象所得が市町村民税の基礎控除額（43万円）以下の世帯については、当該年度分の被保険者均等割額又は世帯別平等割額のそれぞれ７割を減額

（ⅱ）　（ⅰ）以外の世帯で、減額対象所得が市町村民税の基礎控除額に当該世帯に属する被保険者の数と特定同一世帯所属者の数の合計数に29.5万円を乗じて得た額を加算した額以下の世帯については、当該年度分の被保険者均等割額又は世帯別平等割額のそれぞれ５割を減額

(ⅲ)　（ⅰ）及び(ⅱ)以外の世帯で、減額対象所得が市町村民税の基礎控除額に当該世帯に属する被保険者の数と特定同一世帯所属者の数の合計数に54.5万円を乗じて得た額を加算した額以下の世帯については、当該年度分の被保険者均等割額又は世帯別平等割額のそれぞれ２割を減額

(注)　ただし、これらの規定による減額を行うことが困難であると認める市町村においては、（ⅰ）の世帯は６割、（ⅱ）の世帯は４割を当該年度分の被保険者均等割額又は世帯別平等割額からそれぞれ減額することができ、さらに、これらの減額を行うことが困難であると認める市町村においては、（ⅰ）の世帯は５割、（ⅱ）の世帯は３割を当該年度分の被保険者均等割額又は世帯別平等割額からそれぞれ減額することができることとされている。

保険料の賦課方式は保険者において、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って取り扱うこととされており、具体的には、おおむね保険税の場合に準じている。

(ｶ)　未就学児に対する減額

六歳に達する日以後の最初の三月三十一日以前である被保険者（以下「未就学児」という。）に係る被保険者均等割の2分の1が減額される。申請行為はなく、課税権者において減額賦課を行う。

(ｷ)　出産した被保険者に対する減額

出産した被保険者に係る産前産後期間相当分（４ヶ月間）の被保険者均等割保険料及び所

得割保険料が免除される。申請行為はなく、課税権者において減額賦課を行う。

(2)　国庫支出金

国が支出する金額の種類及びその内容は次のとおりである。

ア　療養給付費等負担（補助）金

(ｱ)　都道府県及び市町村に対する負担金

①　療養給付費等負担金

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の支給に要する費用の額の合算額（以下「医療給付費」という。）から、保険基盤安定繰入金の2分の1に相当する額を控除した額と、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額（前期高齢者交付金がある場合には、これを控除した額）の合算額の100分の32を負担するものである。

②　高額医療費負担金

高額な医療費を都道府県単位で負担調整する事業に要する費用の4分の1を負担するものである。

③　特別高額医療費共同事業

著しく高額な医療費を都道府県からの拠出金を財源として全国単位で負担調整する事業であり、各都道府県の拠出金の一部を負担するものである。

(ｲ)　国民健康保険組合に対する補助金

①　療養給付費等補助金

国保組合の医療給付費、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額の合算額の一部を補助するものであり、その補助率は組合の所得水準に応じ100分の32～100分の13である。（ただし、平成９年９月以降に健康保険の適用除外承認を受ける者及びその家族には全国健康保険協会管掌健康保険並の補助率等を運用。）また、組合の財政力等や災害その他特別の事情を勘案して配分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　事務費負担金

保険者（国保組合）に対して、通例国民健康保険の事務（前期高齢者納付金等及び後期高齢者支援金等並びに介護納付金の納付に関する事務を含む。）の執行に要する費用を負担するものである。

イ　財政調整交付金

国民健康保険の財政を調整するため、医療給付費から保険基盤安定繰入金の2分の1に相当する額を控除した額と、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額との合算額の見込額の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都道府県及び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。

(ｱ) 普通調整交付金

都道府県の一般被保険者に係る所得等を考慮して算定する理論上の保険料収入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）に満たない都道府県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である。

(ｲ) 特別調整交付金

災害その他特別の事情がある都道府県及び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融通できる。

ウ 保険者努力支援制度交付金

被保険者の健康の保持増進、医療の効率的な提供の推進その他医療に要する費用の適正化等に係る都道府県及び当該都道府県内の市町村の取組を支援するため、都道府県に対し、予算の範囲内において交付する。

エ 国民健康保険組合出産育児一時金等補助金

(ｱ) 出産育児一時金補助金

国保組合の出産育児一時金の支給に要する費用の一部を補助するものである。

(ｲ) 高額医療費共同事業補助金

高額な医療費を国保組合間で負担調整する事業に要する費用の一部を補助するものである。

オ 国民健康保険団体連合会等補助金

国民健康保険団体連合会及び国民健康保険中央会が行う国民健康保険の診療報酬の審査、支払の事務等に要する費用の一部等を補助する。

(3) 保険基盤安定繰入金

ア 保険基盤安定繰入金（保険料軽減分）

市町村国保の被保険者の保険料（税）の軽減相当額を市町村が一般会計から国保特別会計に繰り入れることで、国保被保険者の保険料（税）負担の緩和及び市町村国保の財政基盤の安定化を図る制度であり、負担割合は都道府県4分の3、市町村4分の1である。

イ 保険基盤安定繰入金（保険者支援分）

市町村国保の保険料軽減の対象となった一般被保険者数に応じて、平均保険料の一定割合を市町村が一般会計から国保特別会計に繰り入れることで、主に中間所得層の保険料（税）負担の軽減を図るとともに、低所得者を多く抱える市町村を支援する制度であり、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。

(注)保険料（税）の軽減制度

a 被保険者のうち、地方税法第314条の2第1項に規定する総所得金額（青色専従者給与額及び事業専従者控除額の調整前のものをいう。ｂ、ｃにおいて同じ。）及び山林所得金額並びに他の所得と区分して計算される所得の金額の合計額が43万円以下である世帯につ

いて当該年度の被保険者均等割額及び世帯別平等割額に10分の7を乗じて得た額

b　被保険者のうち、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並びに他の所得と区分して計算される所得の金額の合計額が43万円を超え、43万円と29.5万円に被保険者数及び特定同一世帯所属者数の合計数を乗じて得た額との合計額を超えない世帯について当該年度の被保険者均等割額及び世帯別平等割に10分の5を乗じて得た額

c　被保険者のうち、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並びに他の所得と区分して計算される所得の金額の合計額が43万円と54.5万円に被保険者数及び特定同一世帯所属者数の合計数を乗じて得た額との合計額を超えない世帯について当該年度の被保険者均等割額及び世帯別平等割額に10分の2を乗じて得た額

(注) 市町村において、これらの規定による減額を行うことが困難であると認める場合、a中「10分の7」を「10分の6」、b中「10分の5」を「10分の4」とすることができ、さらに、これらの減額を行うことが困難であると認める場合、a中「10分の7」を「10分の5」、b中「10分の5」を「10分の3」とすることができる。

(4)　未就学児均等割保険料（税）繰入金

市町村国保の未就学児の被保険者均等割保険料（税）の軽減相当額を市町村が一般会計から国保特別会計に繰り入れることで、子育て世代の保険料（税）負担の緩和及び市町村国保の財政基盤の安定化を図る制度であり、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)　産前産後保険料（税）繰入金

市町村国保の出産した被保険者に係る産前産後期間に係る保険料（税）の軽減相当額を市町村が一般会計から国保特別会計に繰り入れることで、子育て世代の保険料（税）負担の緩和及び市町村国保の財政基盤の安定化を図る制度であり、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。

6　療養給付費等交付金

療養給付費等交付金の額は、退職被保険者等に係る医療給付に要する費用の額と調整対象基準額及び後期高齢者支援金の額の合算額に退職被保険者等所属割合を乗じて得た額を合算した額から退職被保険者等にかかる保険料（税）に相当する額の合算額から当該保険料（税）に係る介護納付金の納付に要する費用に相当する額の合算額を控除した額を控除した額である。

7　療養給付費等拠出金

(1)　療養給付費等拠出金の徴収及び納付義務

ア　社会保険診療報酬支払基金（以下「基金」という。）は、退職者医療関係業務及び基金の業務に関する事務の処理に要する費用に充てるため、毎年度、被用者保険等保険者から、拠出金（療養給付費等拠出金及び事務費拠出金）を徴収する。

イ　被用者保険等の保険者は、拠出金を納付する義務を負う。

(2)　療養給付費等拠出金の額

各被用者保険等保険者の拠出金の額は、毎年度における療養給付費等交付金の交付に要する費

用の額及び基金の業務の処理に要する費用の額について、それぞれ被用者保険等保険者ごとの標準報酬総額により按分した額とし、療養給付費等拠出金については、概算及び確定により算定するものとする。

9　保健事業

市町村及び組合は、被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

10　国民健康保険団体連合会

(1)　設立の目的

保険者が共同してその目的を達成するため必要な事業を行うことを目的とする。

(2)　性格及び組織

国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）は、その区域における保険者をもって会員とする公法人である。都道府県の区域を区域とする連合会に、その区域内の3分の2以上の保険者が加入したときは、その区域内のその他の保険者はすべてその連合会の会員となる。

(3)　事　業

連合会の事業の主なものは次のとおりである。

ア　保険者の事務の共同処理

イ　診療報酬の審査及び支払

ウ　国民健康保険運営資金の融資

エ　国民健康保険に関する調査及び研究

オ　特定健康診査・特定保健指導に関する事業

カ　保健事業

キ　その他目的を達成するために必要な事業

(4)　診療報酬審査委員会

ア　診療報酬審査委員会の設置

診療報酬請求書の審査を行うため、都道府県の区域を区域とする連合会に国民健康保険診療報酬審査委員会（以下「審査委員会」という。）が置かれている。

イ　審査委員会の組織

審査委員会は、同数の保険医及び保険薬剤師を代表する委員、保険者を代表する委員並びに公益を代表する委員をもって組織する。委員は都道府県知事が委嘱する。

ウ　委員の任期

審査委員会の委員の任期は2年である。ただし、補欠の委員の任期は前任者の残任期間とされている。

エ　審査委員会の権限

審査委員会は、診療報酬請求書の審査を行うため必要があると認められるときは、都道府県知事の承認を得て、保険医療機関等に対して報告、帳簿類等の提出若しくは提示を求め又は保険医療機関等の開設者、管理者、保険医、保険薬剤師に対して、出頭若しくは説明を求めるこ

とができる。

11　権利の救済

(1)　不服の申立て

保険給付に関する処分（資格確認書や被保険者資格の事実を記載した書面の交付の請求に関する処分を含む。）又は保険料その他国民健康保険法に規定する徴収金に関する処分に不服がある者は、国民健康保険審査会（以下「審査会」という。）に審査請求することができる。

(2)　審査会の設置

審査会は、各都道府県に置かれている。

(3)　組　　織

審査会は、被保険者を代表する委員、保険者を代表する委員及び公益を代表する委員各3名をもって組織する。

(4)　委員の任期

委員の任期は3年である。ただし、補欠の委員の任期は前任者の残任期間とされている。

(5)　審査請求の手続等

審査請求は、処分をした保険者の所在地の都道府県の審査会に対して行う。審査請求のできる期間は、処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、文書又は口頭でしなければならない。ただし、正当な理由により、この期間内に審査請求をすることができなかったことを疎明したときは、この限りではない。