

第 186 回社会保障審議会医療保険部会 議事次第

令和 6 年 11 月 21 日（木）
10 時 00 分～12 時 00 分
場所：日比谷国際ビルコンファレンススクエア

（ 議 題 ）

1. 被用者保険の適用拡大及びいわゆる「年収の壁」への対応について
2. 医療保険制度改革について
3. マイナ保険証の利用促進等について
4. 出産費用の状況等について（報告）

（ 配布資料 ）

- 資 料 1 被用者保険の適用拡大及びいわゆる「年収の壁」への対応について
- 資 料 2 医療保険制度改革について
- 資 料 3 マイナ保険証の利用促進等について
- 資 料 4 出産費用の状況等について
- 参考資料1-1 障害者部会・こども家庭審議会障害児支援部会合同会議での主な意見
- 参考資料1-2 高齢者・障害者等の要配慮者の方々におけるマイナンバーカードの健康保険証利用について（支援者・ご家族向けご説明資料）

社会保障審議会医療保険部会 委員名簿

いながわ ひでかず 伊奈川 秀和	東洋大学福祉社会デザイン学部教授
うちぼり まさお 内堀 雅雄	全国知事会社会保障常任委員会委員長／福島県知事
おおすぎ かずし 大杉 和司	日本歯科医師会常務理事
かねこ ひさし 兼子 久	全国老人クラブ連合会理事
きくち よしみ ○ 菊池 馨実	早稲田大学理事・法学学術院教授
きたがわ ひろやす 北川 博康	全国健康保険協会理事長
きもり こくと 城守 国斗	日本医師会常任理事
こうの ただやす 河野 忠康	全国町村会理事／愛媛県久万高原町長
さの まさひろ 佐野 雅宏	健康保険組合連合会会長代理
しま ひろじ 島 弘志	日本病院会副会長
そでい たかこ 袖井 孝子	NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事
たなべ くにあき ◎ 田辺 国昭	東京大学大学院法学政治学研究科教授
なかむら さやか 中村 さやか	上智大学経済学部教授
にん かずこ 任 和子	日本看護協会副会長
はら かつのり 原 勝則	国民健康保険中央会理事長
ふじい りゅうた 藤井 隆太	日本商工会議所社会保障専門委員会委員
まえば やすゆき 前葉 泰幸	全国市長会相談役・社会文教委員／津市長
むらかみ ようこ 村上 陽子	日本労働組合総連合会副事務局長
よこお としひこ 横尾 俊彦	全国後期高齢者医療広域連合協議会会長／多久市長
よこもと みつこ 横本 美津子	日本経済団体連合会社会保障委員会医療・介護改革部会長
わたなべ だいき 渡邊 大記	日本薬剤師会副会長

被用者保険の適用拡大 及び いわゆる「年収の壁」への対応について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- 1 被用者保険の適用拡大**
- 2 複数事業所勤務者に対する被用者保険の適用等
- 3 いわゆる「年収の壁」への対応
- 4 標準賞与額の上限

医療保険部会における主なご意見（被用者保険の適用拡大）

【適用拡大の意義等】

- ・ 公正・公平、あるいは労働者の安心という観点から、働き方に中立的な制度の構築を進めていくことが極めて重要であり、企業の規模に限らず、被用者保険の適用を拡大するという方向で検討することに賛同する。労働時間要件、それから賃金要件についても、保険者からの指摘を踏まえつつも、前向きに検討することが必要。
- ・ 被用者保険の適用拡大というのは、第3号被保険者を減らしていく一番いい方法ではないかと思う。女性団体としては、いつも第3号問題は非常に大きな課題であるが、社会保険料を払わないで年金や医療サービスを受ける人が一定程度存在するというのは不公平。
- ・ 働き方などに中立的な社会保険制度の構築を目指して、短時間労働者の適用に関わる企業規模要件や5人以上を使用する個人事業所の非適用業種の撤廃解消が明記されたということについては評価。
- ・ 労働時間要件や賃金要件、また複数の事業所で勤務する場合の適用について、現行制度は、働く場所などで社会保険が適用されるのかが決定されることは不合理だということを前提に、働き方などに中立的ではないという認識の下で、全ての被用者への社会保険の適用に向けて、適用要件の見直し、撤廃に向けた前向きな議論を期待。
- ・ 学生除外要件について、例えば大学院生、特に博士課程の学生などについて、当事者がどう思っているのか、何か要望はないのか。

【適用拡大を進める際の留意点】

- ・ 「企業規模要件の撤廃」、「常時5人以上雇用する個人事業所の非適用業種の解消」にあたっては、短時間労働者の割合が高い卸売・小売業や宿泊・飲食サービス業などの医療保険者、健保組合も大変大きな影響を受けることが想定されるため「保険者の財政や運営への影響等に留意し、必要な配慮措置や支援策」が必要。
- ・ 加入者の健康づくりの推進や医療費の適正化に向けての保険者機能の発揮に当たり、事業主との連携が大変重要であり、そうした観点からは、保険者機能が引き続き確保されるためには、対象者が被用者としての実態を備えているということが非常に重要な要素であるため、今後の適用拡大にあたっては、そうした実態面への配慮をすべき。適用徴収、給付などの事務処理負担、さらには、大規模な人数での制度間での移行実務、こうしたことについても実現可能な手段、期間等に配慮し、特に各保険者への財政影響の試算についてはできる限り早く示すべき。
- ・ 適用拡大がこのまま進められた場合には、国民健康保険においては、一定の所得を有する方々が被用者保険に移動し、保険料の負担能力が弱い加入者が多く、年齢構成や医療費水準が高いといった構造的な課題がある中、財政基盤が不安定になり地域の連帯感を基礎とした国保の保険者機能の発揮というものが困難となり、国民皆保険体制の基盤に大きな影響を与えると懸念。医療保険制度においては年金とは別に一定の歯止めを設けるといったことも考えるべき。
- ・ 適用拡大の対象となる事業所において、事務負担や保険料負担が新たに発生または増加し、より小規模な事業者は、その負担は大きく、経営に与える影響が相対的に大きいものになる。適用拡大するならば、事業者が予見性を持てるよう、実施までの時間を十分に確保するとともに、実務現場の実情、実態に寄り添った支援が必要。

現行制度

週の所定労働時間が20時間以上であること。

要件の趣旨

週の所定労働時間が20時間以上であることは、被用者保険の適用対象にふさわしい「被用者」としての実態を備えているかどうか等を判断する基準として、雇用保険法の適用基準の例も参考にしながら設定された。

懇談会※の議論

※働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会

- 2028年10月より雇用保険の被保険者の要件のうち、週の所定労働時間を「20時間以上」から「10時間以上」に変更し、適用対象が拡大されること、最低賃金の引上げ等が進んでいるため、労働時間が週20時間未満であっても賃金要件を満たす場合が出てくること等を踏まえ、本要件の引下げを検討する必要がある。
 - 全ての労働者に被用者保険を適用することが望ましく、事業所等の負担とは切り離して検討して次期改正で引下げを行うべき。
 - 労働時間要件や賃金要件は、いずれかに該当すれば適用となる制度に見直すべき。
 - 保険料や事務負担の増加が経営に大きな影響を与え得ること、短時間労働者が現状よりも更に就業調整を行う可能性、複数事業所で適用要件を満たす事例が増加し、事業所や保険者における事務負担が増加すること等を懸念。
 - 事業主と被用者や被用者同士の関係性に基づく、相互の支え合いの仕組みである被用者保険において、週40時間の半分である週20時間以上を特定の事業所で働くことは、保険集団の一体性や連帯感という観点から一定の意義があり、その引下げには慎重な検討が必要。
 - 雇用保険は雇用関係に内在する失業等のリスクをカバーする唯一の公的保険である一方、健康保険・厚生年金保険は、国民健康保険・国民年金というセーフティネットが存在する国民皆保険・皆年金の下で、個々の雇用関係を越えた業務外の疾病や老齢等のリスクをカバーする公的保険であり、こうした違いも踏まえるべき。
 - 医療保険制度の観点からも、各保険者の財政基盤や保険者機能等に与える影響が大きいことから、適用拡大に一定の歯止めをかけることを含め、関係者の意見も聞きながら検討する必要。
- ⇒本要件の引下げについては、雇用保険の適用拡大等を踏まえ検討が必要との見方がある一方、保険料や事務負担の増加という課題は、対象者が広がることでより大きな影響を与えることとなる。また、雇用保険とは異なり、国民健康保険・国民年金というセーフティネットが存在する国民皆保険・皆年金の下では、事業主と被用者との関係性を基盤として働く人々が相互に支え合う仕組みである被用者保険の「被用者」の範囲をどのように線引きするべきか議論を深めることが肝要であり、こうした点に留意しつつ、雇用保険の適用拡大の施行状況等も慎重に見極めながら検討を行う必要がある。

年金部会の議論

- 雇用保険の加入対象の拡大に伴い、本要件を引き下げるべきであり、将来的には撤廃を目指すことも必要。
- 本要件の引下げについては、被用者であるということのどういうことか、使用者責任とは何かという観点、医療保険の実務や国民健康保険に及ぼす影響が大きいこと等から慎重な検討が必要。

現行制度

賃金が月額8.8万円（年収約106万円相当）以上であること。

要件の趣旨

賃金が月額8.8万円以上であることは、これよりも低い賃金で被用者保険を適用した場合、国民年金第1号被保険者より低い負担で基礎年金に加え、報酬比例部分の年金も給付されることから、負担や給付の水準とのバランスを図る観点から設定された。

懇談会※の議論

※働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会

- 全ての労働者に被用者保険を適用することが望ましく、更なる適用拡大を進める観点から、引下げを検討する必要がある。
- 本要件を引き下げると、被保険者が増えることによる保険料・事務負担の増加や国民皆保険・皆年金の下で事業主と被用者との関係性を基盤として働く人々が相互に支え合う仕組みである被用者保険の「被用者」の範囲の線引きについて課題が生じる。
- 国民年金保険料よりも低い厚生年金保険料で報酬比例部分を含む年金額を受給することとなる点を懸念。
- 就業調整の基準として意識されている本要件を現時点で積極的に動かす理由は見当たらない。
- 最低賃金の引上げに伴い労働時間要件を満たせば賃金要件も自動的に満たすようになってきており、必ずしも本要件を設ける必要はない。

⇒本要件の引下げについては、これまで対象としていなかった働き方をする労働者に適用範囲を広げるという点で、労働時間要件の引下げの検討で指摘された論点と同様の側面がある。同時に、本要件特有の論点として、年収換算で約106万円相当という額が就業調整の基準として意識されている一方、最低賃金の引上げに伴い労働時間要件を満たせば本要件を満たす場合が増えてきていることから、こうした点も踏まえて検討を行う必要がある。

年金部会の議論

- 就業調整できないくらい水準まで本要件を引き下げるべき。
- 最低賃金の上昇や働き方に中立的な制度の構築の観点から本要件を設ける必要性は乏しく、撤廃すべき。

現行制度

学生は適用対象外とすること。

要件の趣旨

短期間で資格変更が生じるため手続きが煩雑となるとの考えから、学生を適用対象外としている。

懇談会※の議論

※働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会

- 就業年数の限られる学生を被用者保険の適用対象とする意義は大きくない。
- 実態としては税制を意識しており適用対象となる者が多くないと考えられる。
- 適用となる場合は実務が煩雑になる可能性がある。

⇒本要件については現状維持が望ましいとの意見が多く、見直しの必要性は低いと考えられる。

年金部会の議論

- 本要件については、学生が適用となる場合には実務が煩雑になるため、現状維持でよいのではないかと考えられる。

現行制度

従業員50人超の企業等であること。

(2016年10月の施行で従業員500人超、2022年10月の施行で従業員100人超、2024年10月の施行で従業員50人超の企業等まで段階的に引下げ)

要件の趣旨

中小の事業所への負担を考慮して、激変緩和の観点から段階的な拡大を進めていくために設定されたものであるため、本要件については、法律本則に規定された他の要件と異なり、改正法の附則に当分の間の経過措置として規定されている。

懇談会※の議論

※働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会

- 事業所への影響の観点から慎重な意見も見られたが、労働者の勤め先や働き方、企業の雇い方に中立的な制度を構築する観点から、経過措置である本要件は撤廃の方向で検討する必要があるとの見方が大勢を占めた。
 - 本要件を撤廃する際に対象となる事業所は従業員数50人以下の中小事業所であり、対象となる事業所数が多いこと、各事業所における保険料等の新たな経済的負担や適用手続・従業員への説明等の事務負担が大きいと想定されることから、必要な支援策を講じ、事業所の負担軽減を図ることが重要との認識が共有された。
 - 具体的には、段階的な適用の可否を検討することも含めた準備期間の十分な確保、専門家による事務支援、適正な価格転嫁に向けた支援が必要との指摘のほか、現在の支援策の実施状況を踏まえつつ、生産性向上等で活用可能かつ申請が簡便な助成金を検討すべきとの指摘など、様々な意見があったところであり、実態を踏まえた配慮措置を検討することが求められる。
- ⇒経過措置として設けられた本要件については、他の要件に優先して、撤廃の方向で検討を進めるべきである。併せて、事業所における事務負担や経営への影響、保険者の財政や運営への影響等に留意し、必要な配慮措置や支援策の在り方について検討を行うことが必要である。

年金部会の議論

- 雇用形態、勤務先の企業規模や業種によって被用者保険の適用の有無が変わることは不合理であり、本要件を撤廃すべき。
- 本要件の撤廃にあたっては、経営に与える影響を踏まえた経過措置や支援策による配慮及び事業主の負担を価格に転嫁することが必要。特に、事務手続の面での合理化等による支援には速やかに取り組む必要。

個人事業所に係る被用者保険の適用範囲について

令和6年11月15日

第20回社会保障審議会
年金部会

資料 1

現行制度

常時5人以上の従業員を使用する個人事業所のうち、法定17業種については強制適用事業所とするが、それ以外の業種については非適用事業所とする。常時5人未満の従業員を使用する個人事業所については、業種にかかわらず非適用事業所とする。

業種を限定した経緯

制度実施が比較的容易と考えられた工業的事業のうち、工場法及び鉱業法の適用を受ける事業所を強制適用、これらの法の適用を受けない工業業種を任意適用として始まり、産業発展の状況や適用事務の実現可能性を踏まえつつ、徐々に拡大されてきた。

懇談会※の議論

※働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会

(常時5人以上の事業所)

- 事業所への影響の観点から慎重な意見も見られたが、労働者の勤め先や働き方、企業の雇い方に中立的な制度を構築する観点や、業種については制度の本質的な要請による限定ではなく合理的な理由は見出せないこと等から、まずは、常時5人以上を使用する個人事業所における非適用業種を解消する方向で検討する必要があるとの見方が大勢を占めた。
- 非適用業種を解消する際に対象となる事業所は、規模の小さな事業所が大半を占めることや、既に業種問わず適用事業所となっている法人とは異なり、新たに被用者保険の適用事業所となること等から、短時間労働者の適用要件の見直し以上に、事務負担や経営への影響が懸念されるため、実態を踏まえながら、きめ細かな支援策が必要との認識が共有された。

(常時5人未満の事業所)

- 中立的な制度を構築する観点から本来的には適用すべきとの意見や、事業所の事務処理能力とは切り離して検討し、別途支援策を講じた上で次期制度改正において対応すべきとの意見があった一方、対象となる事業所が非常に多いため、その把握が難しいと想定されること、国民健康保険の被保険者のうち一定の勤労所得を有する者が被用者保険に移行することとなれば、国民健康保険制度への影響が特に大きいこと等から、慎重な検討が必要との意見もあった。
- ⇒常時5人以上を使用する個人事業所における非適用業種については、5人未満の個人事業所への適用の是非の検討に優先して、解消の方向で検討を進めるべきである。併せて、見直しを行った場合に対象となる事業所は新たに被用者保険の適用事業所となる小規模事業者が大半であることも踏まえ、事務負担や経営への影響、保険者の財政や運営への影響等に留意し、必要な配慮措置や支援策の在り方について検討を行うことが必要である。

年金部会の議論

- 雇用形態、勤務先の企業規模や業種によって被用者保険の適用の有無が変わることは不合理であり、常時5人以上の従業員を使用する個人事業所について、非適用業種を解消すべき。
- 非適用業種の解消にあたっては、経営に与える影響を踏まえた経過措置や支援策による配慮及び事業主の負担を価格に転嫁することが必要。特に、事務手続の面での合理化等による支援には速やかに取り組む必要。

「働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会」及び年金部会・医療保険部会の議論を踏まえ、以下のような方向性としてはどうか。

短時間労働者

労働時間要件

雇用保険の適用拡大に伴い本要件を引き下げべきとの意見があった一方で、**保険料や事務負担の増加という課題は対象者が広がることでより大きな影響を与え、また、雇用保険とは異なり、国民健康保険・国民年金というセーフティネットが存在する国民皆保険・皆年金の下では、事業主と被用者との関係性を基盤として働く人々が相互に支え合う仕組みである被用者保険の「被用者」の範囲をどのように線引きするべきか議論を深めることが肝要であり、こうした点に留意しつつ、雇用保険の適用拡大の施行状況等も慎重に見極めながら検討を行う必要がある等**の意見があったことから、**今回は本要件を見直さないこととしてはどうか。**

賃金要件

就業調整の基準として意識されていること、最低賃金の引上げに伴い労働時間要件を満たせば本要件を満たす地域や事業所が増加していることを踏まえ、本要件についてどう考えるか。

学生除外要件

就業年数の限られる学生を被用者保険の適用対象とする意義は大きくない、適用対象とする場合には実務が煩雑になる等の意見があったことから、今回は本要件を見直さないこととしてはどうか。

企業規模要件

経過措置として設けられた本要件については、**労働者の勤め先や働き方、企業の雇い方に中立的な制度を構築する観点から、撤廃することとしてはどうか。**併せて、事業所における事務負担や経営への影響、保険者の財政や運営への影響等に留意し、**必要な配慮措置や支援策を講じることとしてはどうか。**

個人事業所

常時5人以上の従業員を使用する個人事業所における**非適用業種**については、**労働者の勤め先等に中立的な制度を構築する観点等から、解消することとしてはどうか。**併せて、事業所における事務負担や経営への影響、保険者の財政や運営への影響等に留意し、**必要な配慮措置や支援策を講じることとしてはどうか。**他方で、**常時5人未満の従業員を使用する個人事業所については、本来的には適用すべきとの意見があった一方で、対象事業所が非常に多く、その把握が難しいと想定されること、国民健康保険制度への影響が特に大きいこと等から、慎重な検討が必要との意見もあったことから、今回は適用しないこととしてはどうか。**

- 1 被用者保険の適用拡大
- 2 複数事業所勤務者に対する被用者保険の適用等**
- 3 いわゆる「年収の壁」への対応
- 4 標準賞与額の上限

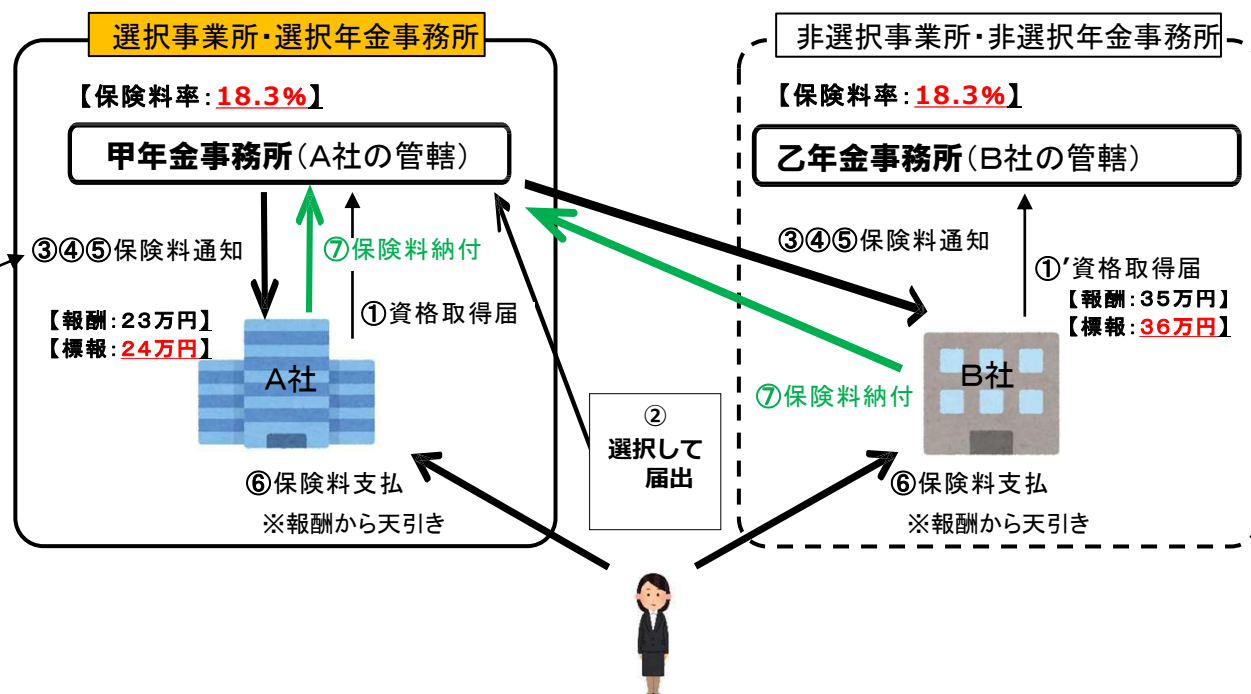
手続きの流れ

- ① それぞれの適用事業所は、被用者が適用要件を満たした段階で資格取得届を管轄の年金事務所に提出
(この時点で事業所は被用者が複数事業所勤務か把握していない場合が多い)
- ② 被保険者が、**主たる事業所(以下「選択事業所」という。)**を決定し、**当該事業所を管轄する年金事務所(以下「選択年金事務所」という。)**に**選択届を提出**(①と同時の場合のあり)
- ③ 選択年金事務所を管轄する事務センターで従たる事業所(以下「非選択事業所」という。)を含む**各事業所の報酬月額を合算して標準報酬月額を決定**する
- ④ 当該標準報酬月額に、**保険料率を掛け**、それを**各事業所の報酬月額で按分**し、各事業所が負担する保険料を算出
- ⑤ **選択年金事務所から各事業所に保険料額を通知**
- ⑥ 被保険者が各事業所に保険料を支払い
- ⑦ 各事業所は、選択年金事務所に保険料を納付

年金事務所にかかる事務手続

	A社	B社
報酬月額	230,000円	350,000円
合算した報酬月額	580,000円	
標準報酬月額	590千円	
保険料率	18.3%	
保険料(按分前)	107,970円	
報酬月額 で按分	×23万/58万	×35万/58万
保険料(按分後)	42,816円	65,154円

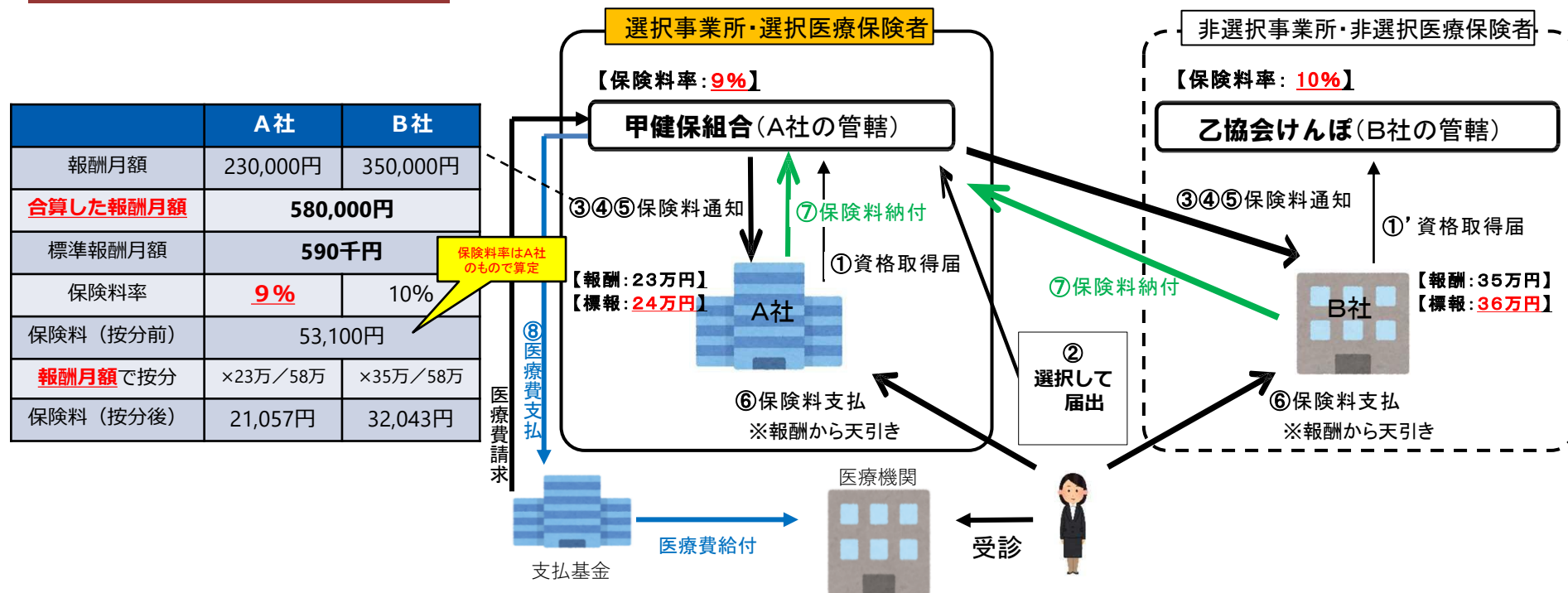
※合算した報酬月額に基づく標報が上限
(650千円)に該当する場合は、合算後の
標報を**650千円**として計算



手続きの流れ

- ① それぞれの適用事業所は、被用者が適用要件を満たした段階で資格取得届を管轄の医療保険者（協会けんぽの場合は年金事務所。以下同じ）に提出（この時点で事業所は被用者が複数事業所勤務か把握していない場合が多い）
- ② 被保険者が、**選択事業所を決定し、当該事業者を管轄する医療保険者（以下「選択医療保険者」という。）に選択届を提出**（①と同時の場合のあり）
- ③ 選択医療保険者で非選択事業所を含む**各事業所の報酬月額を合算して標準報酬月額を決定**する
- ④ 当該標準報酬月額に、**選択された医療保険者の保険料率を掛け、それを各事業所の報酬月額で按分**し、各事業所が負担する保険料を算出
- ⑤ **選択医療保険者から各事業所に保険料額を通知**
- ⑥ 被保険者が各事業所に保険料を支払い（報酬から天引き）
- ⑦ 各事業所は、選択医療保険者に保険料を納付
- ⑧ **選択医療保険者が医療費を支払う**

医療保険にかかる事務手続



事業者

① 複数事業所勤務者については個別管理の必要

自社の他の被保険者と共通の人事給与システムでは複数事業所勤務者を管理できず、**個別管理が必要**。

（選択届の提出により遡及して保険料の修正が発生することや、報酬月額を合算し選択保険者の保険料率で保険料額を算定する必要があること等が要因）

② 他の事業所における変更等の影響

自社で報酬月額に変更がなくとも、もう一方の事業所において**報酬月額に変更があった場合**には自社の**保険料にも影響**が生じる（標準報酬月額に変更がなくとも、わずかな報酬月額の変更で保険料額が変動する）。

③ 手続先保険者が増加

非選択事業所にとっては、通常はやりとりのない選択年金事務所・選択医療保険者とのやりとりが発生。

日本年金機構・医療保険者

④ 事務負担の増加

- ・ 2以上該当者に係る**各事業所の情報を管理・処理する必要**があり、事務負担が大きい。
- ・ 選択年金事務所・選択医療保険者は、通常はやりとりのない事業所とのやりとりが発生。

見直しの考え方

- 以上を踏まえると、事業所における事務負担を軽減する観点からの見直しの考え方は以下のとおり
 - ・ **それぞれの事業所において保険料算定を可能**とし、可能な限り事業者における複数事業所勤務者の**個別管理をなくす**。
 - ・ 各事業所は**管轄する年金事務所・医療保険者とのやりとりのみで処理を完結**できるようにする。（次頁のイメージ図）
- 加えて、現行は医療保険者の保険料率や保健事業に差（※）があることを踏まえ、**被保険者が医療保険者を選択できる**仕組みとなっており、**引き続きこの仕組みを存置する**ことを前提とした場合に、以下のとおり見直し案を整理。

（※）医療保険者の保険料率や保健事業の例

A 健康保険組合 保険料率：9.3%（労使合算）

保健事業の主な例：インフルエンザ予防接種費用助成、風疹・麻疹 抗体検査及びワクチン接種費用助成、ポイントによるインセンティブ事業等

B 健康保険組合 保険料率：9.0%（労使合算）

保健事業の主な例：特になし

見直し案のイメージ図（医療保険における保険料の流れ）

令和6年11月15日
第20回社会保障審議会
年金部会

資料 1

○事業所

- ・ 現行は複数の医療保険者と保険料のやりとりをする必要があるが、見直し後は、通常やりとりがある医療保険者に一本化。

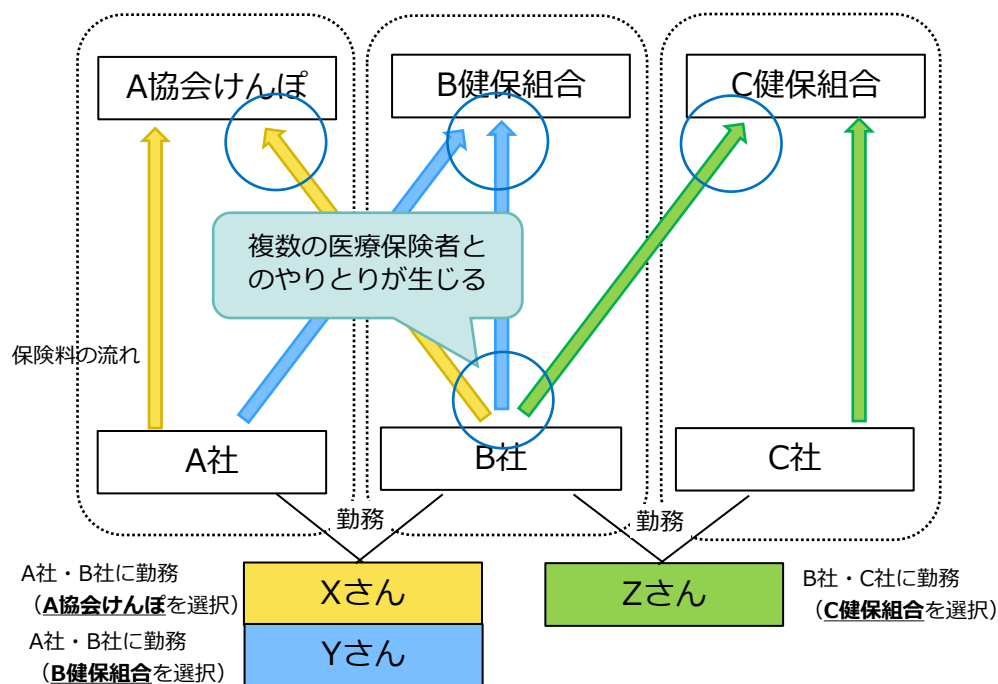
○医療保険者

- ・ 現行は複数の事業所と保険料のやりとりをする必要があるが、見直し後は、通常やりとりがある事業所に一本化。
- ・ 見直し後は医療保険者間での保険料調整が必要となる。

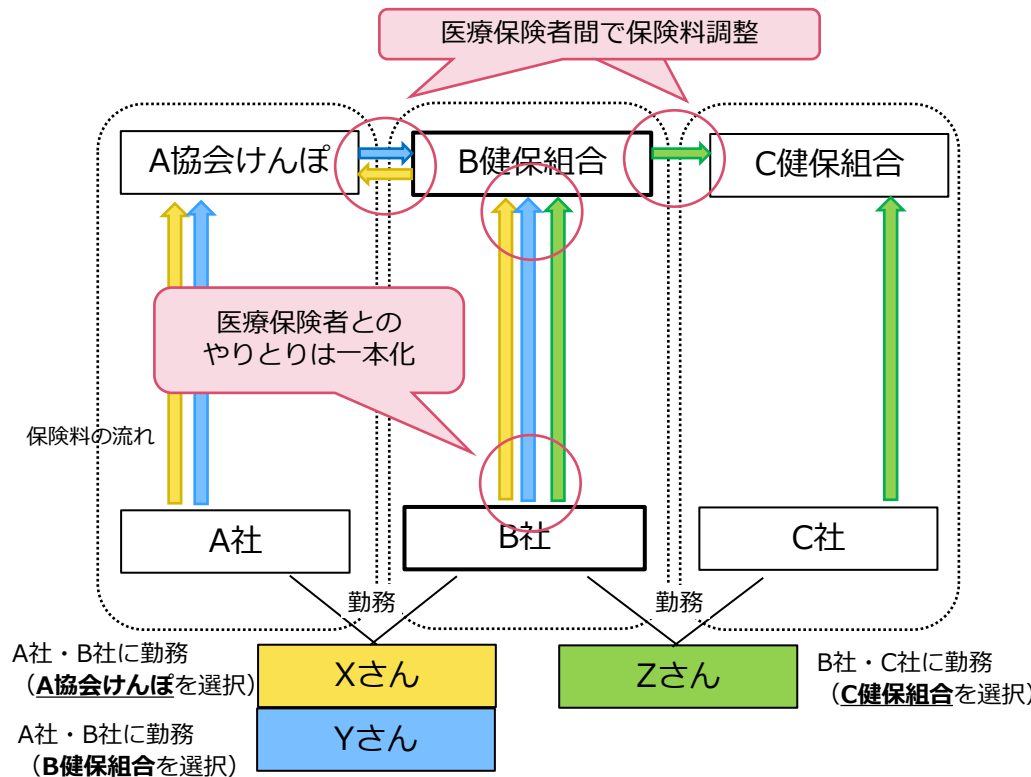
現 行

Xさん
Yさん
Zさん

保険料の流れ



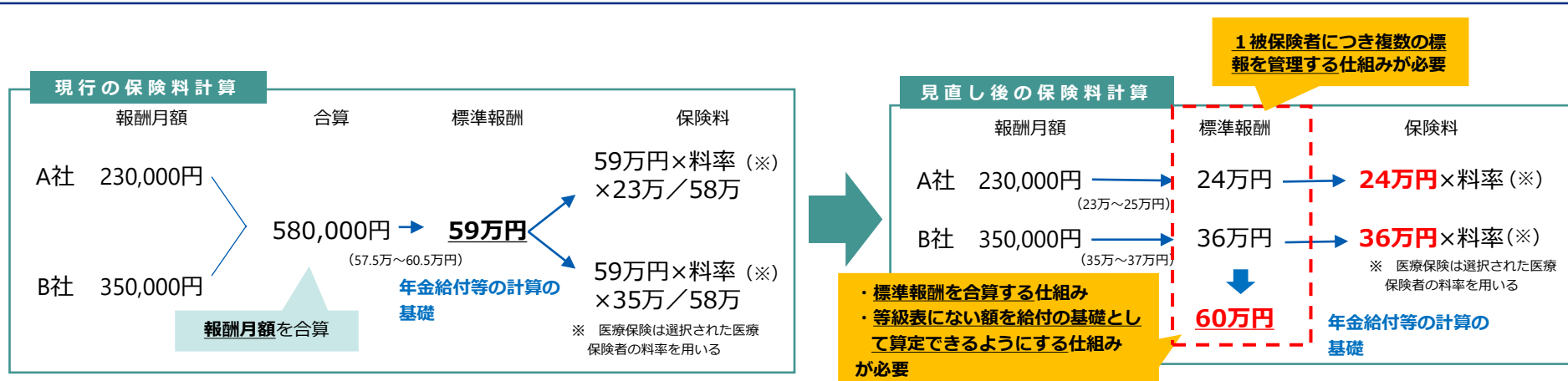
見直し後



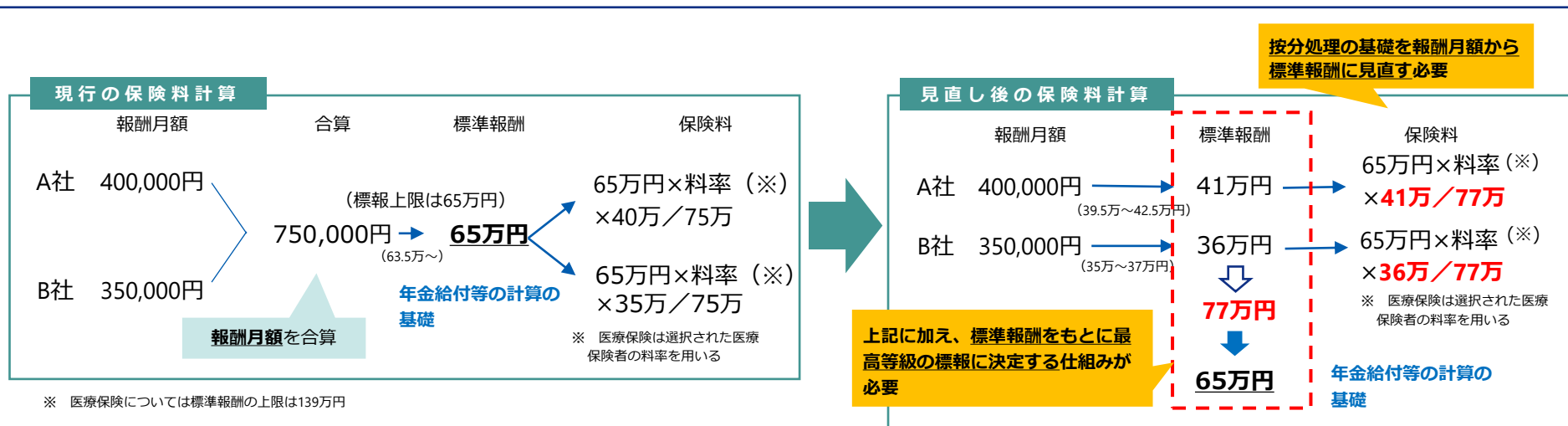
1. 見直し案：現行の保険料計算と見直し後の保険料計算のイメージ

➤ 合算した標準報酬が標準報酬月額等級の上限に満たない者

原則

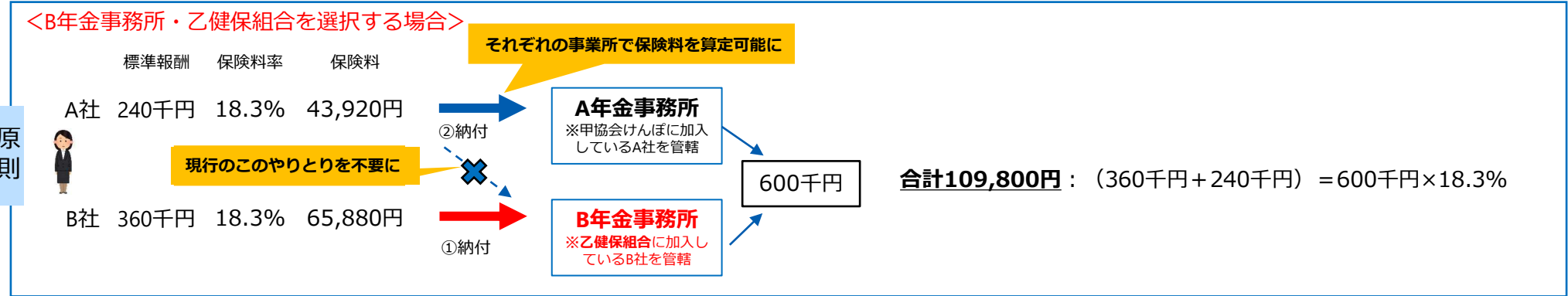
➤ 合算した標準報酬が標準報酬月額等級の上限に該当する者 ⇒ 見直し後も保険料の按分処理が必要

例外

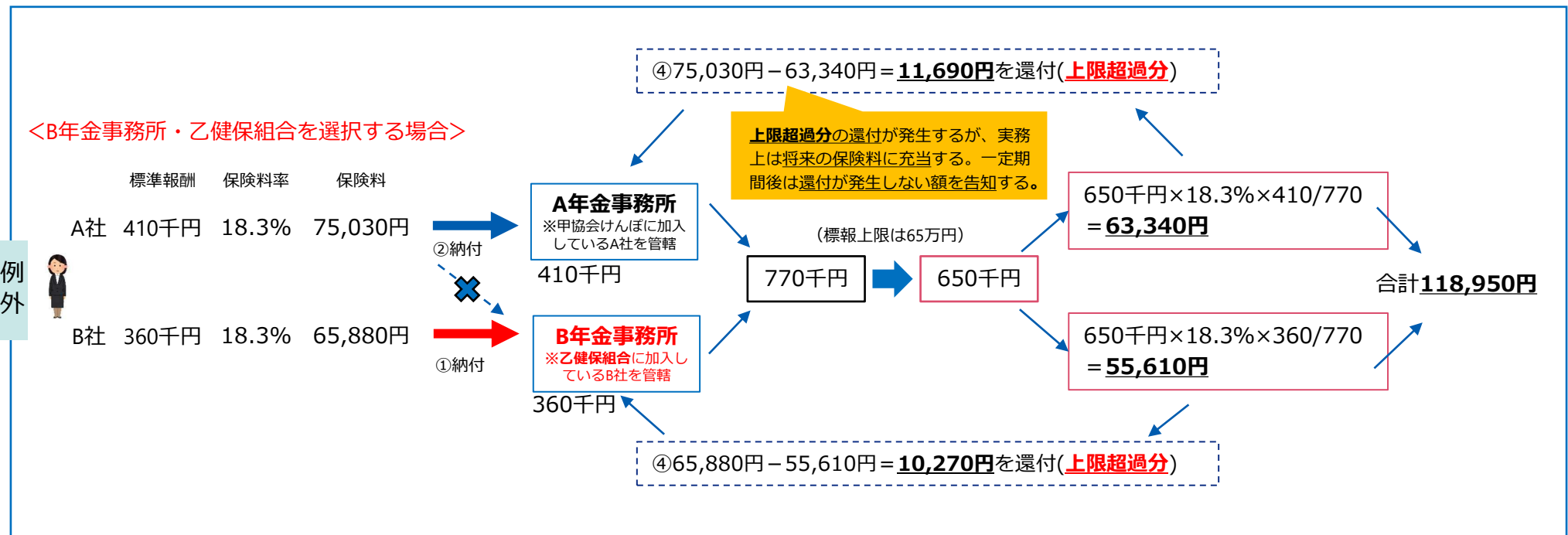


2-1. 見直し案：保険料調整のイメージ【年金制度】

➤ 合算した標準報酬が標準報酬月額等級の上限に満たない者

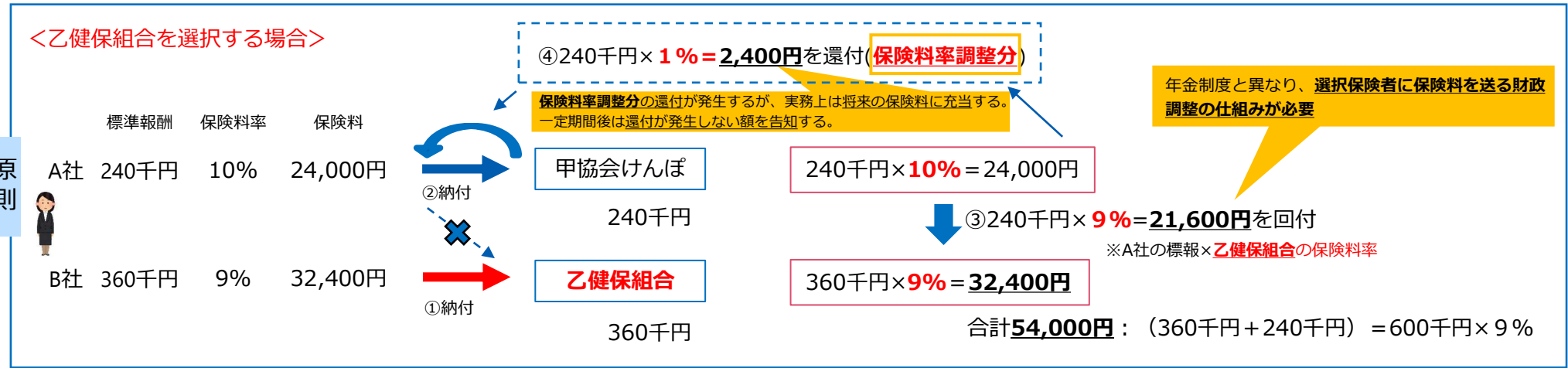


➤ 合算した標準報酬が標準報酬月額等級の上限に該当する者 ⇒ 見直し後も保険料の按分処理が必要

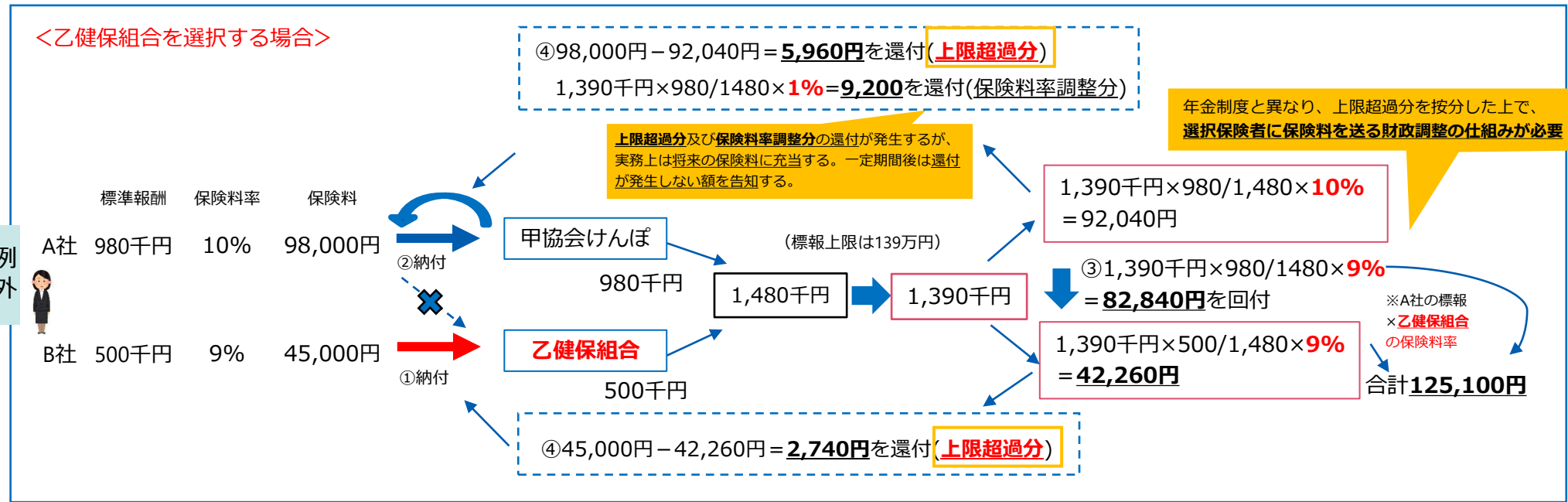


2-2. 見直し案：保険料調整のイメージ【医療保険】

➤ 合算した標準報酬が標準報酬月額等級の上限に満たない者



➤ 合算した標準報酬が標準報酬月額等級の上限に該当する者 ⇒ 見直し後も保険料の按分処理が必要



- 前ページの医療保険における保険料調整について、医療保険者の事務負担を軽減するために以下のような方策も考えられる。

■ 保険料率の非選択化

非選択医療保険者から選択医療保険者へ保険料を回付するに当たって、**被保険者の選択に関わらず、非選択医療保険者の保険料率を適用する。**

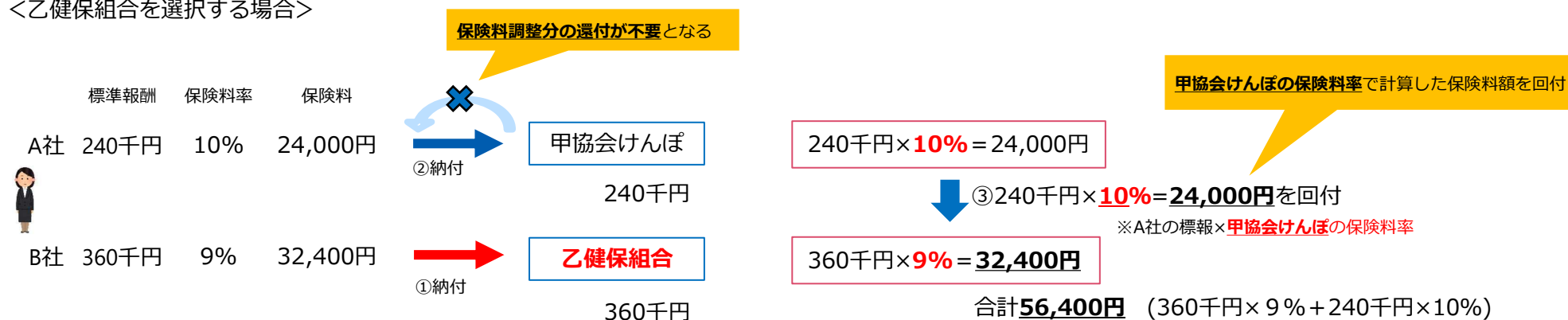
⇒ (メリット) **各医療保険者間での保険料率の把握や、医療保険者の保険料率の差に伴う調整額の還付が不要**となる。

(課題) 医療保険者の保険料率は、医療保険者によって異なっているが、**給付を行うのは選択医療保険者であるにもかかわらず、非選択医療保険者の保険料率で計算された保険料を回付することについて、どのように考えるか。**

※ 下記の図のケースの場合、選択医療保険者（乙健保組合）の保険料率で計算するよりもA社の保険料負担（事業主負担分と本人負担分）は重くなる。

➤ 合算した標準報酬が標準報酬月額等級の上限に満たない者の例

<乙健保組合を選択する場合>



3. 見直しにあたっての課題

令和6年11月15日

第20回社会保障審議会
年金部会

資料 1

	年金	医療	
前提	保険者・保険料率が <u>単一</u>	保険者が <u>多数（約1,400）</u> 、保険者ごとに <u>保険料率が異なる</u>	
案	見直し案	見直し案	(参考案) 医療保険者における事務負担軽減に重点を置いた案
課題	①年金機構におけるシステム改修 ・1被保険者につき複数の標準報酬を管理する必要。 ・給付の基礎を複数の事業所の標準報酬を合算した等級表にない額とするシステムが必要。 ・上限該当者の按分処理の基礎を報酬月額から標準報酬に変更する必要。等	①各医療保険者における同左のシステム改修 ・1被保険者につき複数の標準報酬を管理する必要。 ・給付の基礎を複数の事業所の標準報酬を合算した等級表にない額とするシステムが必要。 ・上限該当者の按分処理の基礎を報酬月額から標準報酬に変更する必要。等 ※手作業で管理している医療保険者もある	・各医療保険者間での<u>保険料率の把握は不要</u>となるが、非選択保険者の保険料率を適用する とした場合は、<u>非選択事業所にとっては</u>、給 付を行う選択医療保険者の保険料率で計算す るよりも<u>保険料が重く（軽く）なるケースが 生じる。</u> ・保険料率の差に伴う調整額の<u>事業所への還付 は不要</u>となるが、<u>それぞれの保険者で徴収し た保険料を選択保険者に送る財政調整の仕組 みは必要。</u>
		②各医療保険者間での保険料率の把握 ・選択保険者の保険料率を適用するとした場合は、<u>財政調整にあたって医療保険者間で保険料率を把握する仕組み</u>が必要	
		③各医療保険者間での財政調整が必要 ・事業所から選択保険者に保険料を納付する仕組みに代えて、<u>それぞれの保険者で徴収した保険料を選択保険者に送る財政調整の仕組み</u>が必要。	
		④システム改修予算の確保 ・システム改修に大きな予算が発生するため、その財源の確保が必要。	
		⑤約1,400ある医療保険者のコンセンサスが必要	

論点

○ 見直し案は、事業者の事務負担は軽減される一方で、保険者におけるシステム改修、各医療保険者間での保険料率の把握や財政調整の仕組みが必要であることについてどのように考えるか。

(見直し案は、被保険者が給付を行う医療保険者を選択し、選択医療保険者の保険料率で保険料を計算することを前提としている。)

○ 見直し案における医療保険者の事務負担を軽減するためには、例えば参考案のように被保険者の選択にかかわらず保険料計算に用いる保険料率を決定することが考えられるが、このような方策についてどのように考えるか。

- 1 被用者保険の適用拡大
- 2 複数事業所勤務者に対する被用者保険の適用等
- 3 いわゆる「年収の壁」への対応**
- 4 標準賞与額の上限

いわゆる「年収の壁」への対応策の考え方について

いわゆる「年収の壁」への対応

- いわゆる「年収の壁」については、第3号被保険者が働いて収入が増加すると社会保険料が発生することによって、手取りが減少することを避けるため、就業調整が行われ、希望どおり働くことが阻害されているとの指摘。
- いわゆる「年収の壁」を意識せずに働くことが可能となるよう、短時間労働者への被用者保険の適用拡大、最低賃金の引上げに引き続き取り組む。
- 被用者保険の適用拡大の推進に向けた広範かつ継続的な広報・啓発活動を展開する。

いわゆる「106万円の壁」への対応策の考え方

- いわゆる「106万円の壁」では保険料負担が増えるが厚生年金給付も増える。これは全ての厚生年金被保険者に共通であり、適用拡大に伴う短時間労働者のみ異なる取扱いとなるわけではない。
- 他方で、**給付のことは考えず、「壁」を境にした保険料負担による手取り収入の減少のみに着目すれば「壁」を感じる者が存在することから、これへの対応は「保険料負担による手取り収入の減少をどうするか」を出発点として考えることが基本**となる。なお、現在の適用要件の下においては、最低賃金の引上げ等により、適用時点で「106万円」を意識しない水準まで収入が増加していればいわゆる「年収の壁」は解消される。

いわゆる「130万円」の壁への対応策の考え方

- いわゆる「130万円の壁」では保険料負担が増えても基礎年金給付は同じであり、これは第1号被保険者と第3号被保険者とで負担と給付の構造が異なることによるもの。
- したがってこれへの対応は、**第3号被保険者のあり方そのものに着目した何らかの見直しを行うか、「壁」を感じながら働く第3号被保険者が少なくなるよう、短時間労働者への被用者保険の適用拡大を一層加速化することが基本**となる。

いわゆる「106万円の壁」へ対応した制度的な見直しを進める上で、「保険料負担による手取り収入が減少しない」**仕組みを検討する際には、稼得能力に応じた負担、社会保険料の労使折半負担、他の被保険者との公平性といった社会保険の原理原則に抵触しないか**について留意する必要がある。

負担についての公平性

一定の収入があるにも関わらず、被保険者本人の保険料負担を免除することは、稼得能力に応じて負担するという社会保険の原理原則に反するのではないかと。また事業主負担の取扱いも課題。

社会保険料の労使折半負担の原則との整合性、事業主の理解

社会保険料は労使折半を原則としているところ、「壁」への対応を理由として本人の保険料負担のみを軽減する場合、従来の考え方からは大きな方向転換であることに留意し、事業主の理解が得られる仕組みとすることが必要。

他の被保険者との公平性

いわゆる「106万円の壁」を意識する第3号被保険者を対象に「手取り収入が減少しない仕組み」を設けた場合に、単身者や第1号被保険者の配偶者といった他の第2号被保険者（短時間被保険者）との負担面での公平性に留意することが必要であり、同じ第2号被保険者で同程度の収入がある者の理解が得られるものにすることが必要。

社会保険の原理原則に関わる視点以外にも、**将来の年金給付への影響や実務面への影響などを考慮し、簡素で分かりやすく中立的な制度設計となるよう留意する必要がある。**

簡素で分かりやすく中立的な制度設計

適用拡大によるメリットが一部では理解されていない状況で、負担と給付の組合せが更に複雑になるような新たな仕組みを導入すれば、不十分な情報のもと本人が不利益な選択をするリスクが高まる。また設計によっては「新たな壁」が生じたり、負担を回避する領域にとどまり続けるバイアスも生じ得る。検討に際しては、負担と給付の関係が簡素で分かりやすく、本人の選択に中立的な制度にすることが必要。

将来の年金給付への影響

保険料負担を軽減した結果、将来の年金給付が減るような制度を導入した場合には、それが本人の選択であったとしても、低年金者の増加につながる恐れがあり、被用者にふさわしい保障という適用拡大の精神を踏まえて検討することが必要。

実務面への影響、事業主への負荷

従来の被用者保険にない仕組みを導入する場合には、適用事務や保険料徴収の手続きを行う事業主において保険料の源泉徴収業務が煩雑になるなどの事務負担が生じる。

※上記のほか、見直しの内容によっては実施機関である日本年金機構や共済組合においてシステム改修が必要となる。

健康保険との関係

従来、短時間労働者への適用拡大は、厚生年金保険と健康保険で一体的に進めてきたところ、今回の見直しでどのように取り扱うか。特に本人負担分を軽減する場合、その者が所属する医療保険者にとっては保険給付は変わらないまま保険料収入は減となり、財政的な影響が生じる。

□ 現行制度

- 被用者保険の保険料は原則として労使折半であるが、健康保険法（健康保険組合の保険料の負担割合の特例）において、事業主と被保険者とが合意の上、健康保険料の負担割合を被保険者の利益になるように変更することが認められている。
 - ※ 健康保険は被保険者間の相互扶助に基づく制度であるため、健康保険組合の特例においても、受益者である被保険者本人の負担をなくすこと（労働者0%・事業主100%）は認められていない。
- 厚生年金保険法においては、政府が厚生年金保険を管掌する、つまり、政府が保険者とされており、健康保険法のような保険料の負担割合の特例に関する規定はない。

□ 検討の視点

- 被用者保険の適用に伴う保険料負担の発生・手取り収入の減少を回避するために就業調整を行う層に対し、健康保険組合の特例を参考に、被用者保険（厚生年金・健康保険）において、従業員と事業主との合意に基づき、事業主が被保険者の保険料負担を軽減し、事業主負担の割合を増加させることを認める特例を設けることをどのように考えるか。
 - ① 給付について
 - ・ 本特例を利用しても保険料負担の総額は変わらないため、本特例の適用を受ける者の給付は現行通り。
 - ② 保険料負担について
 - ・ 本特例を利用した場合、労使の判断で労働者本人の保険料負担を軽減し、被用者保険の適用に伴う手取り収入の減少を軽減できる。
ただし、事業主が保険料全額を負担し、本人負担をなくすことは認めない。
- 現行の健康保険法では、当該特例は健康保険組合のみに認められるものであるところ、協会けんぽについても同様の特例を導入することについてどのように考えるか。また、現行の特例措置は、標準報酬月額にかかわらず全ての保険者に適用されるものであるところ、特定の標準報酬月額の者に限って負担割合を変更することができる特例とすることについてどのように考えるか。

□ 特例を導入する場合の論点

- 被用者保険では保険料は労使折半が原則であることや健康保険法では保険者単位で労使合意に基づき保険料負担割合を変更できることを踏まえ、今回検討する恒久的でない特例的な案の位置づけをどのように考えるか。
- 一部の標準報酬月額の者に限って特例を認めることをどのように考えるのか。
- 健康保険法同様、標準報酬月額及び標準賞与額を対象とするか。
- 厚生年金保険法及び健康保険法に限った特例とすることを他の社会保険制度との関係においてどのように整理するか。

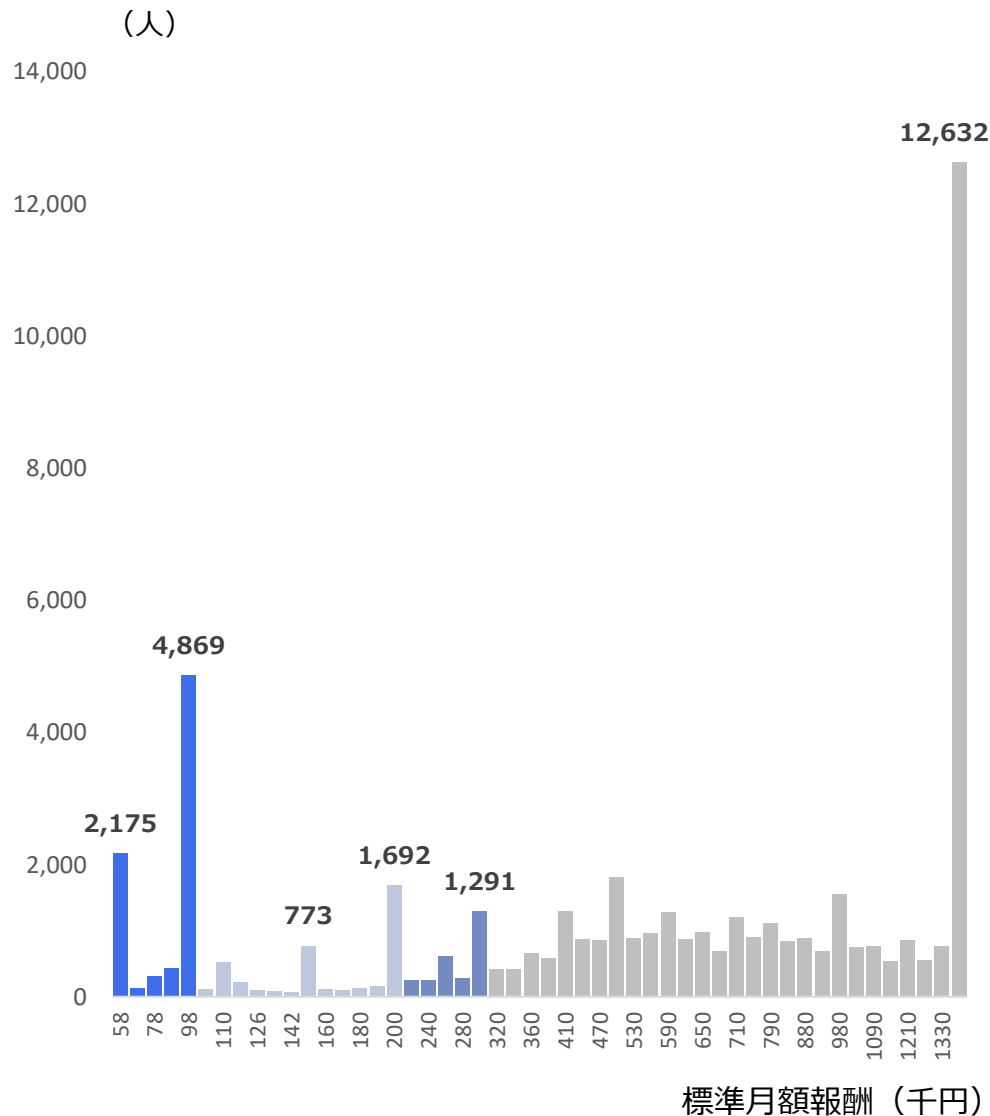
- 1 被用者保険の適用拡大
- 2 複数事業所勤務者に対する被用者保険の適用等
- 3 いわゆる「年収の壁」への対応
- 4 標準賞与額の上限**

標準賞与額の上限について

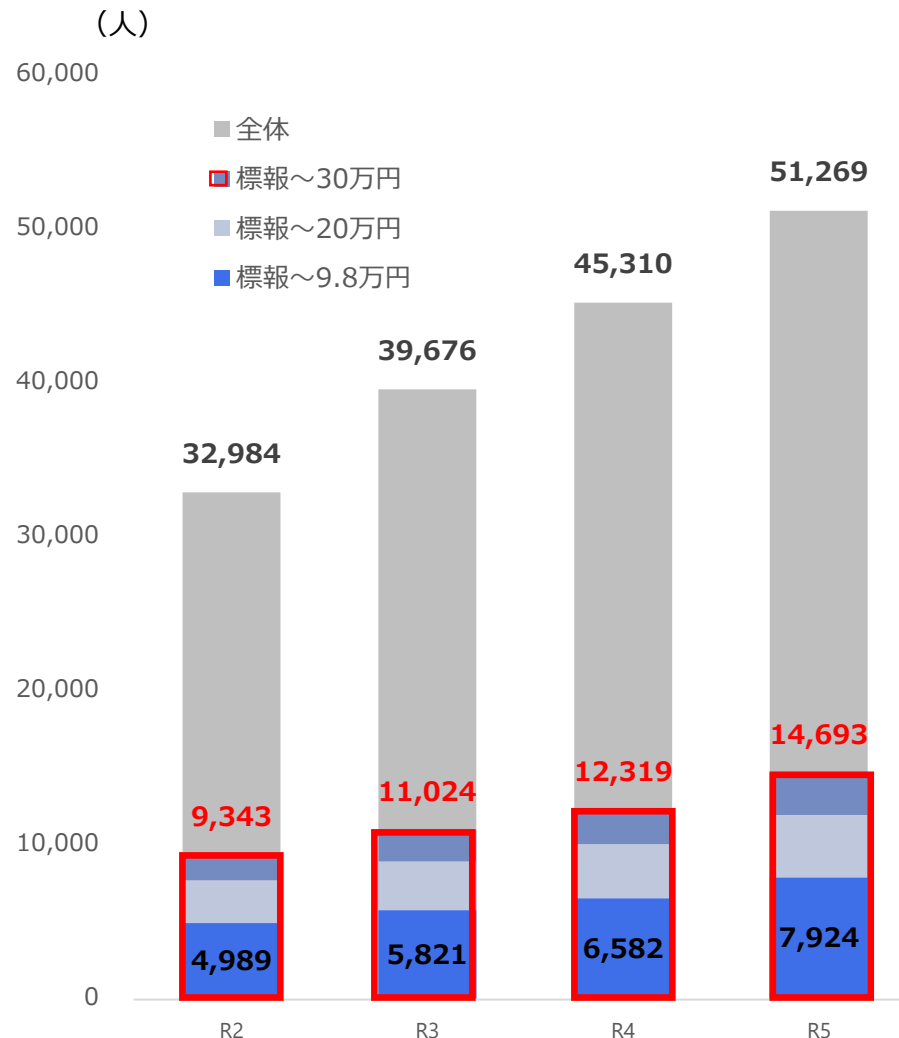
- 医療保険部会（9/30）において、ヒアリングの結果として、標準報酬月額5.8～7.8万円の被保険者の中には、報酬を極端に低く設定し、高額な賞与を支給しているケースが存在することを報告。
 - 今回、標準賞与額の上限（年間累計額573万円・年度単位）に該当する者について、全国健康保険協会の被保険者を対象に調査・分析を行ったところ、賞与の額に比して報酬が相対的に低いと思われる方（例えば、標準報酬月額30万円以下）が一定程度存在。
 - 標準賞与額の上限に該当する者のうち標準報酬月額が30万円以下の者の人数は令和2年から令和5年の間で約1.6倍に増加。
 - 現行の標準賞与額の上限は、標準報酬月額の最高等級および民間の年間平均賞与月数に基づき設定（※）されているが、このような実態もあること等も踏まえ、標準賞与額の上限をどう考えるか。
- （※）標準報酬月額の現在の最高等級（139万円）が追加された際、民間の年間平均賞与月数が4.12ヶ月分であったことを踏まえ $139万円 \times 4.12 = 572.68万円$ をもとに設定された。
- なお、令和5年人事院勧告における民間の年間平均賞与月数4.49ヶ月分を用いて計算すると $139万円 \times 4.49 = 624.11万円$ となる。

標準賞与額上限（573万円）該当者の標準報酬月額分布（協会）

標準報酬月額の分布（R5年度末時点）



人数の推移



標準報酬月額5.8～7.8万円の被保険者について（ヒアリング等の結果）

働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会でいただいたご意見

- 短時間労働者への被用者保険適用の時間要件として週所定労働時間が20時間以上があるところ、最低賃金の状況も踏まえれば、標準報酬月額5.8万円等にはどういった方が該当しているのか。

➡ ヒアリング等の結果、標準報酬月額5.8～7.8万円の被保険者には、例えば下記のようなケースもあることを確認。

- 最低賃金の減額の特例許可制度が適用されているケース
 - ✓ 「精神又は身体の障害により著しく労働能力の低い者」等に対しては、最低賃金の減額の特例許可制度が設けられている。
(参考) 最低賃金減額特例の許可件数（令和4年） 精神障害者：2,800件、身体障害者：122件
- 経営者の配偶者等の家族を従業員として扱っているケース
- 代表取締役や役員のケース
 - ✓ 報酬を極端に低く設定し、高額な賞与を支給しているケースも存在する。
 - 現行の標準賞与額の上限額（年間573万円・年度単位）は、標準報酬月額および民間の年間平均賞与月数に基づき設定（※）されているが、このような実態もあること等も踏まえると、例えば、標準賞与額の上限についてどう考えるか。

（※）標準報酬月額の現在の最高等級（139万円）が創設された当時、民間の年間平均賞与月数が4.12ヶ月分であったことを踏まえ $139万円 \times 4.12 = 572.68$ で設定

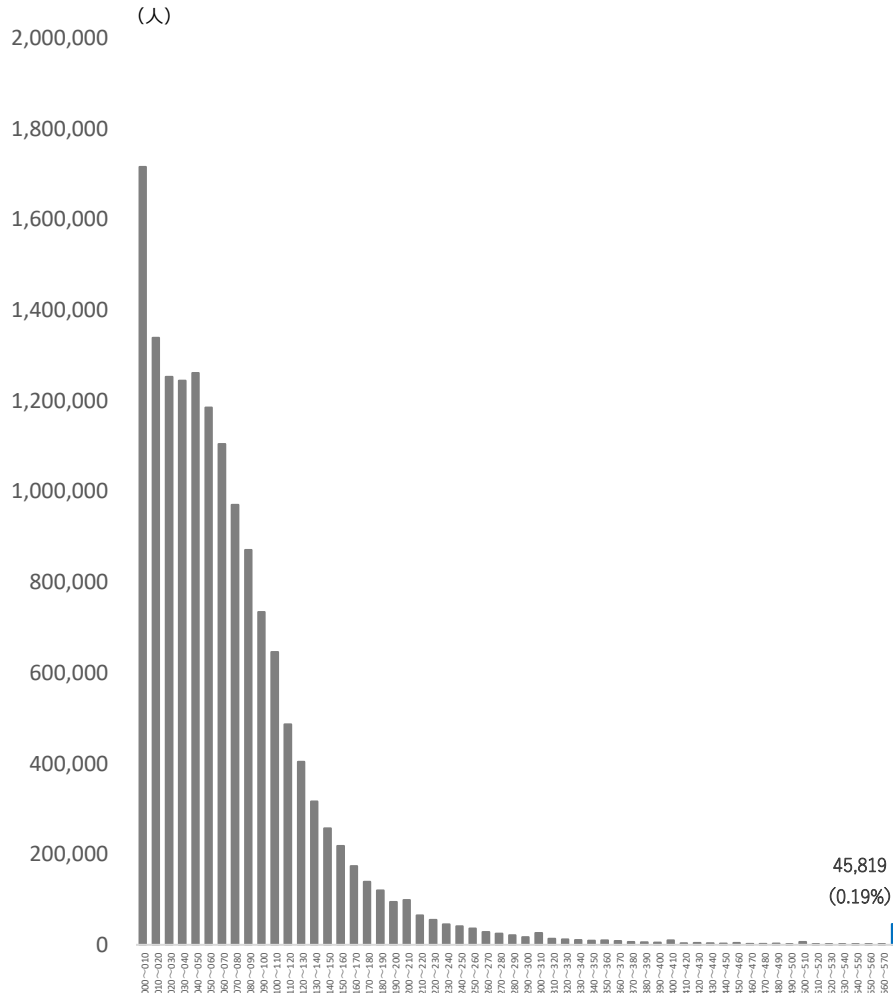
【参考】年間標準賞与額の上限に該当する被保険者数（協会）

令和6年9月30日

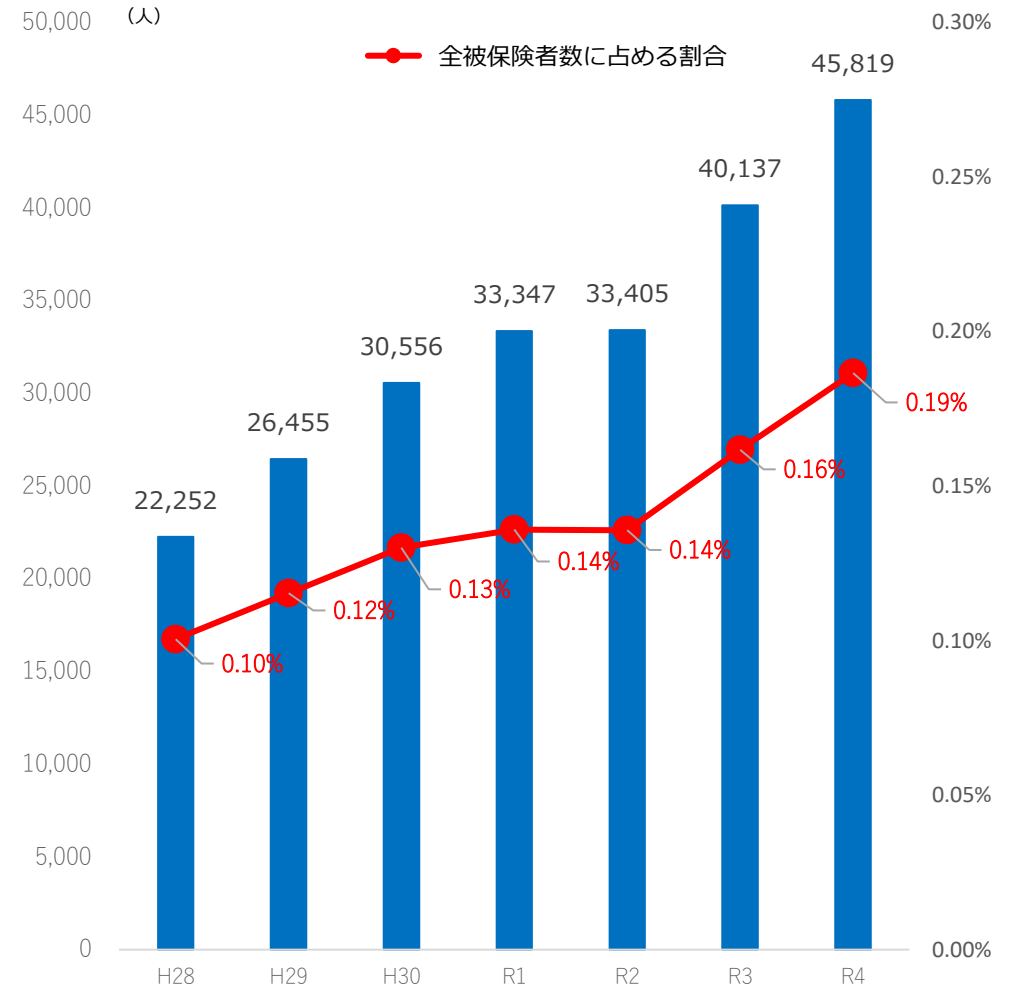
第183回社会保障審議会
医療保険部会

資料 1

被保険者数の年間標準賞与額別分布（協会）



年間標準賞与額570～573万の被保険者数の推移（協会）



※1 賞与0円の者(9,383,834人)は含まない

※2 括弧内の数値は、全被保険者数に占める割合

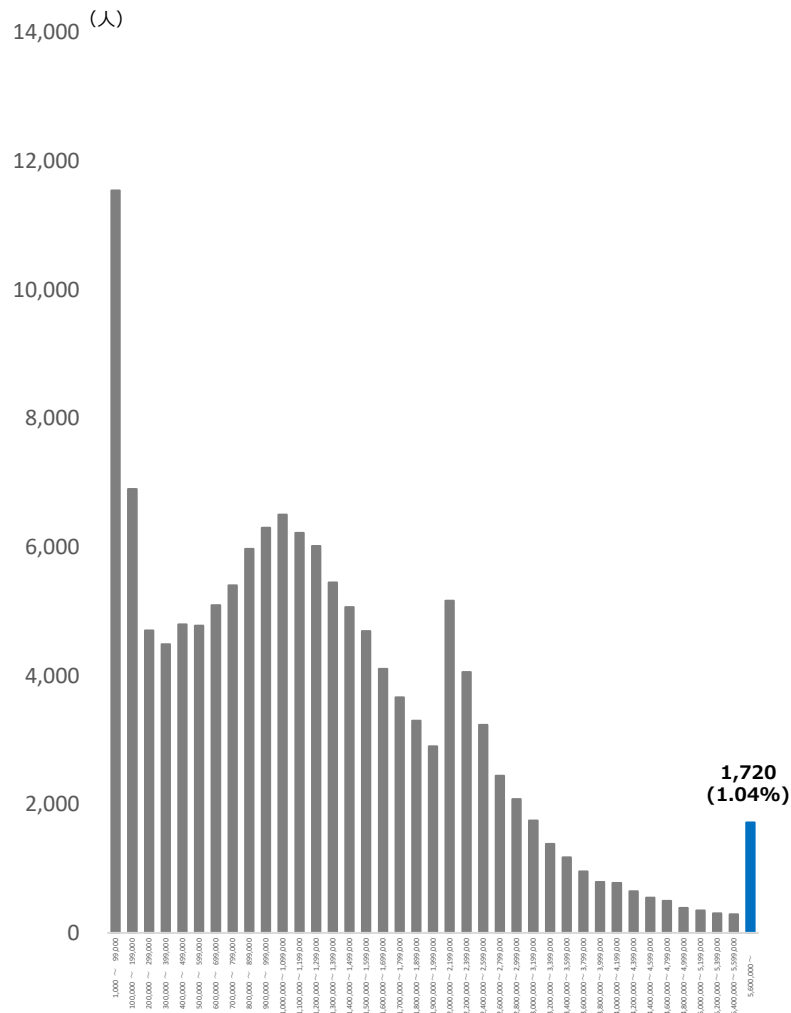
※3 年間標準賞与額は、年度末現在の被保険者(任意継続被保険者を除く。)に支払われた標準賞与額の年度累計額である

(出典) 全国健康保険協会管掌健康保険 事業年報(令和4年度)

※ 年間標準賞与額は、年度末現在の被保険者(任意継続被保険者を除く。)に支払われた標準賞与額の年度累計額である。
(出典) 全国健康保険協会管掌健康保険 事業年報(令和4年度)

【参考】年間標準賞与額の上限に該当する被保険者数（健康保険組合）

被保険者数の年間標準賞与額別分布（健康保険組合）



※1 組合ごとに100人に1人のサンプル調査。

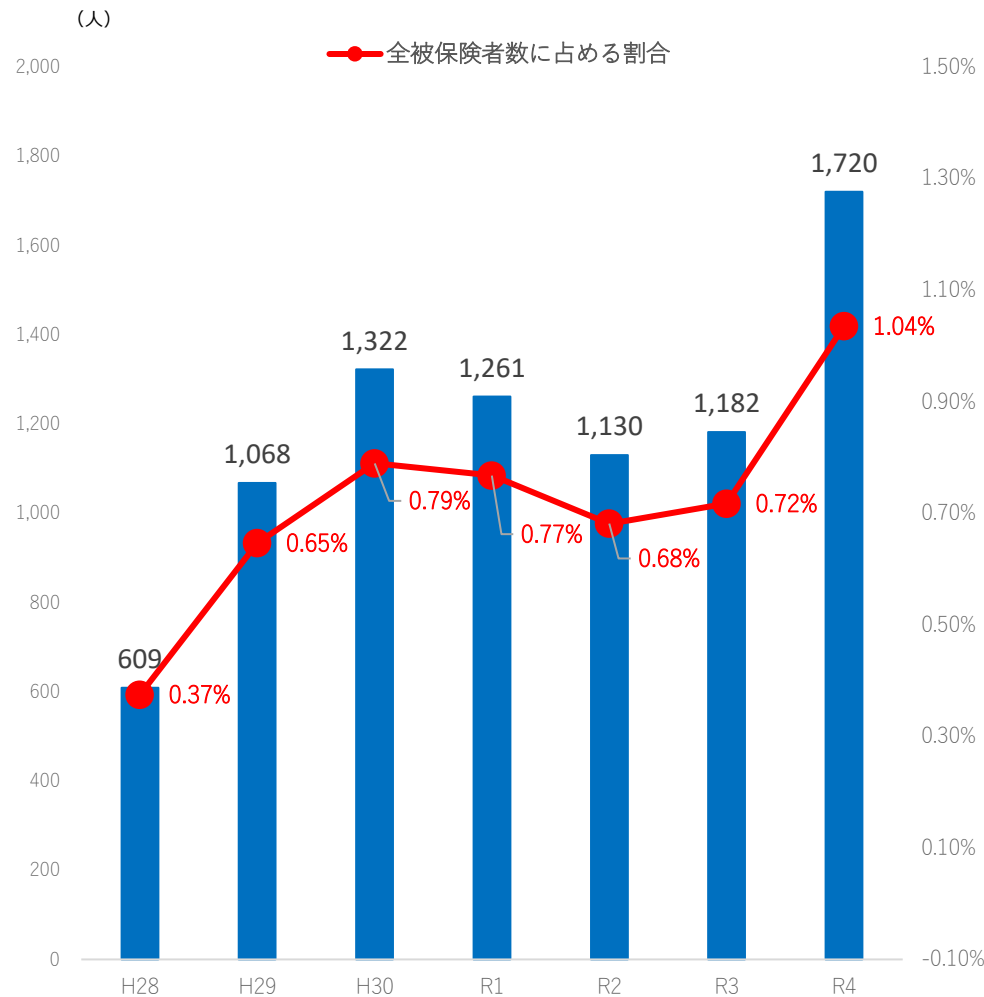
※2 賞与0円の者（29,689人）は含まない

※3 括弧内の数値は、全被保険者数に占める割合

※4 標準賞与額は、調査年10月1日現在の被保険者について、調査年の前年10月1日から調査年9月30日までの1年間に支払われたものとしている。

（出典）健康保険・船員保険 被保険者実態調査（令和4年度）

年間標準賞与額560～573万の被保険者数の推移（健康保険組合）



※1 組合ごとに100人に1人のサンプル調査

※2 標準賞与額は、調査年10月1日現在の被保険者について、調査年の前年10月1日から調査年9月30日までの1年間に支払われたものとしている。

（出典）健康保険・船員保険 被保険者実態調査（令和4年度）

参考資料

被用者保険の適用拡大のこれまでの経緯

就労形態の多様化等を背景として、短時間労働者への被用者保険の適用に関する検討が2000年（平成12年）頃より行われてきたが、**負担増となる事業主側の経営への影響に対する懸念**等もあり、段階的に適用拡大の取組みを進めてきた。

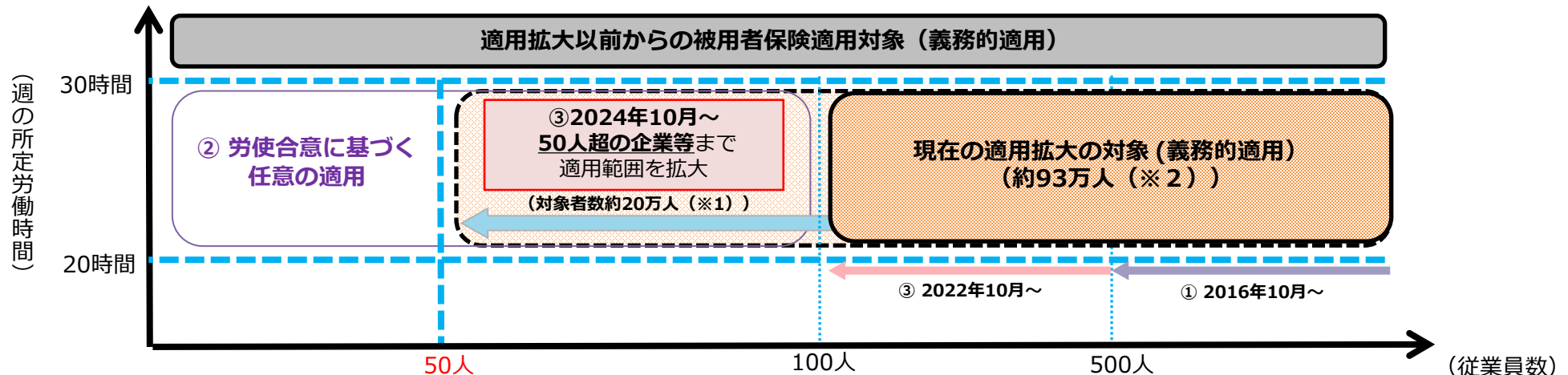
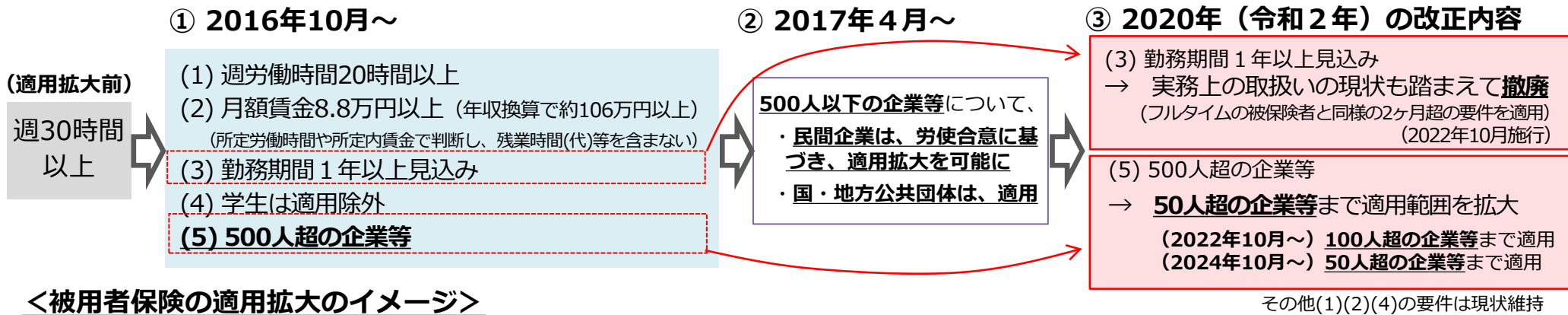
- **平成16年改正**
平成14年度に開催された「雇用と年金に関する研究会」にて、厚生年金の適用対象者を「週所定労働時間が20時間以上または年収（年間賃金）65万円以上」とする見直し案が報告され、**年金部会において議論の結果、「今回の適用拡大においては、週の所定労働時間が一定以上（具体的には週20時間以上）の者を適用することが適当」との意見が取りまとめられた。**
→「国民年金法等の一部を改正する法律」の附則に5年を目途に検討する旨を規定が置かれるにとどまる。
- **平成19年改正法案**
従業員数**300人超の企業等**で働く「①週所定労働時間が20時間以上、②月額賃金9.8万円以上、③勤務期間1年以上、④学生は適用除外」の要件を満たす短時間労働者への適用を盛り込んで国会提出するが、法案自体が衆議院解散により**廃案**。
- **平成24年改正**
従業員数**500人超の企業等**で働く「①週所定労働時間が20時間以上、②月額賃金8.8万円以上（※）、③勤務期間1年以上、④学生は適用除外」の要件を満たす短時間労働者への適用が実現。
（平成28年10月施行）
（※）当初案では月額賃金7.8万円以上とされていたが、三党合意により月額賃金8.8万円以上に修正。
- **平成28年改正**
従業員数500人以下の企業等について、労使の合意に基づき、企業単位で短時間労働者への適用拡大を可能とする。また、国・地方公共団体は、規模に関わらず適用とする。（平成29年4月施行）
- **令和2年改正**
「③勤務期間1年以上」の要件を撤廃、従業員数**100人超の企業等**（令和4年10月施行）、従業員数**50人超の企業等**（令和6年10月施行）まで適用拡大。
個人事業所について**士業**に適用拡大。（令和4年10月施行）

短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大の概要

働きたい人が働きやすい環境を整えるとともに、短時間労働者について、年金等の保障を厚くする観点から、被用者保険（年金・医療）の適用拡大を進めていくことが重要。

- ①（2016年10月～）**従業員500人超の企業等で、月額賃金8.8万円以上等の要件を満たす**短時間労働者に適用拡大。
- ②（2017年4月～）**従業員500人以下の企業等で、労使の合意に基づき、企業単位で**短時間労働者への適用拡大を可能とする。
（国・地方公共団体は、規模にかかわらず適用とする。）
- ③ 令和2年の改正では、**従業員50人超の企業等まで適用範囲を拡大**。（100人超（2022年10月）→50人超（2024年10月））

※ 従業員数は、適用拡大前の基準で適用対象となる労働者の数で算定



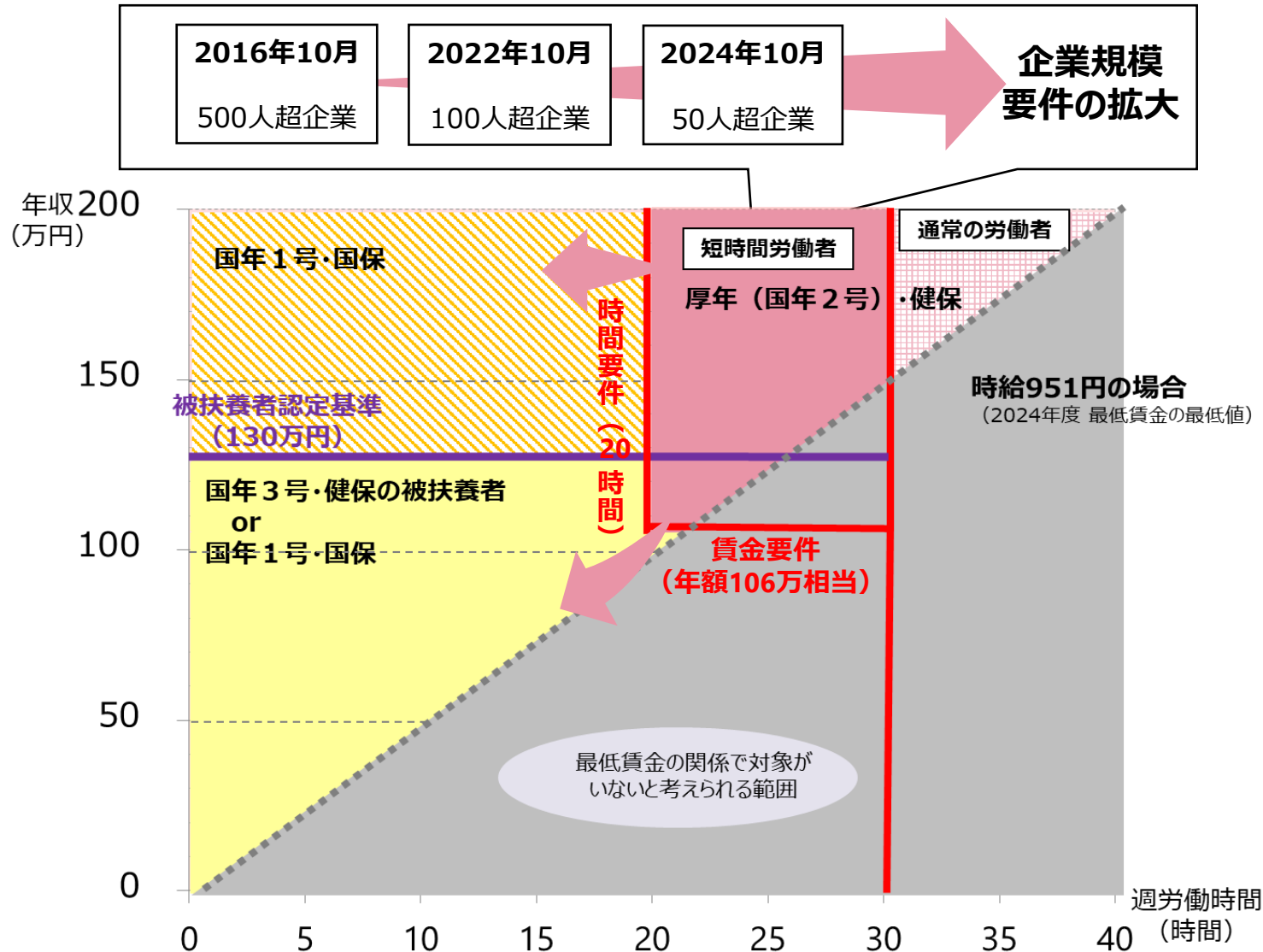
※1 令和2年度法改正時点の推計によるもの

※2 2024年5月末時点（厚生年金保険・国民年金事業状況（事業月報））

短時間労働者に対する被用者保険の適用拡大に向けた検討について

- 短時間労働者の適用拡大に向けて、企業規模要件、時間要件、賃金要件などの検討が考えられる。

更なる短時間労働者の適用拡大のイメージ



被用者保険が適用される個人事業所の非適用業種

【被用者保険の適用事業所】

- (A) 常時 1 人以上使用される者がいる、法人事業所 . . . **適用対象**
- (B) 常時 5 人以上使用される者がいる、法定 17 業種に該当する個人の事業所 . . . **適用対象**
- (C) 上記以外 . . . **適用対象外** (労使合意により任意に適用事業所となることは可能 = **任意包括適用**)

	法人	個人事業主	
		常時 5 人以上の者 を使用する事業所	5 人未満の事業所
法定 17 業種 (※)	適用対象	(B)	適用対象外
上記以外の業種 (非適用業種) 例：農業・林業・漁業、 宿泊業、飲食サービス業 洗濯・理美容・浴場業、娯楽業 デザイン業、警備業、ビルメンテナンス業 政治・経済・文化団体、宗教 等	(A)		(C) 任意包括適用

※ 健康保険法 3 条 3 項 1 号及び厚生年金保険法 6 条 1 項 1 号に規定する以下の業種。

- ① 物の製造、加工、選別、包装、修理又は解体の事業

② 土木、建築その他工作物の建設、改造、保存、修理、変更、破壊、解体又はその準備の事業

③ 鉱物の採掘又は採取の事業

④ 電気又は動力の発生、伝導又は供給の事業

⑤ 貨物又は旅客の運送の事業

⑥ 貨物積みおろしの事業

⑦ 焼却、清掃又はと殺の事業

⑧ 物の販売又は配給の事業

⑨ 金融又は保険の事業

⑩ 物の保管又は賃貸の事業

⑪ 媒介周旋の事業

⑫ 集金、案内又は広告の事業

⑬ 教育、研究又は調査の事業

⑭ 疾病の治療、助産その他医療の事業

⑮ 通信又は報道の事業

⑯ 社会福祉法に定める社会福祉事業及び更生保護事業法に定める更生保護事業

⑰ 弁護士、公認会計士その他政令で定める者が法令の規定に基づき行うこととされている法律又は会計に係る業務を行う事業

適用事業所

任意包括適用事業所

..... 約270万事業所

... 約10万事業所 (注)

注：適用事業所数は、2024年 5 月末現在「厚生年金保険・国民年金事業状況（事業月報）」

【適用拡大の意義】

- ・ 第 1 号被保険者の中に被用者が多いという状況は、被用者には被用者にふさわしい制度を適用するという原則から乖離しており、どのような働き方をしてもセーフティネットが確保され、誰もが安心して働けるためには、適用拡大の徹底が喫緊の課題。
- ・ 将来的には、労働供給が細って労働力不足が生じることを踏まえると、働き方に中立な制度にしていくことは極めて重要。被用者保険に加入することで、今より厚い給付が受けられ、働く人々の安心感が一層高まることについて、前向きなメッセージを出していくことが必要。
- ・ 高齢者単身世帯のうち、貧困状況にある可能性が高い高齢単身女性へのセーフティネットを拡大する観点から、適用拡大は重要。

【企業規模要件・個人事業所の非適用業種】

- ・ 雇用形態、勤務先の企業規模や業種によって被用者保険の適用の有無が変わることは不合理であり、企業規模要件の速やかな撤廃・個人事業所に係る非適用業種の見直しの議論を進めるべき。
- ・ 「106万円の壁」について、最低賃金の引上げ等によりいずれは解消されるが、それだけでは働く場所による差異が残るため、まずは適用拡大を進めて、企業規模要件の撤廃と個人事業所の非適用業種の解消を図ることが必要。これによって事実上第 3 号被保険者が減っていく方向性は最低限進めていかなければならない。
- ・ 企業規模要件の撤廃と個人事業所における非適用業種の解消について賛成。事業主側が適用拡大の負担を重く感じるのは、それぞれのビジネスモデルや現在需要の多い分野の仕事かどうかにもよるため、適用基準に企業規模を用いるのが適切かどうか疑問。もし企業への配慮が必要ならば、他の仕組みを入れるべき。
- ・ 企業規模要件の撤廃と個人事業所の非適用業種解消にあたっては、経営に与える影響を踏まえた経過措置や支援策による配慮及び事業主の負担を価格に転嫁することが必要。特に、事務手続の面での合理化等による支援は厚労省として速やかに取り組む必要がある。
- ・ 企業規模要件の撤廃、非適用業種の解消、賃金要件の撤廃及び 5 人未満の個人事業所への適用拡大を進めることを目指すべきであり、事業主負担については価格に転嫁していくということではないか。

【労働時間要件・賃金要件】

- ・ 雇用保険の加入対象を週20時間未満の労働者に拡大する場合は、厚生年金についても労働時間要件の引下げについて検討すべき。拡大で新たに対象となる労働者数などのデータを元に議論を進めてほしい。
- ・ 週20時間未満の労働者に対する事業主の保険料負担は免除されており、これを事業主が意図的に利用すれば、労働者にとっての壁になる。働き方に中立的な制度となるよう、実務面での課題や国民年金制度との整合性を踏まえつつ検討を進めることが有効であり、このことがマルチワーカーへの対応にもつながる。
- ・ 週20時間未満の労働者への適用拡大については、被用者であるということのはどういうことか、使用者責任とは何かという観点から慎重であるべき。
- ・ 週20時間未満まで適用することについては、雇用者を減らしてフリーランスに置き換えていく動きを促す可能性もあるので、慎重に考えるべき。また、偽装請負や偽装フリーランス的な働かせ方を助長することにつながるのではないか。
- ・ 週20時間未満で適用することについては、医療保険の実務や国民健康保険に大きな影響を及ぼすと考えられることから、慎重であるべき。
- ・ 政府が掲げている勤労者皆保険を実現していくため、国民年金制度との整合性等を踏まえつつ適用拡大を図るため、週20時間未満の労働者については「厚生年金ハーフ」を適用し、事業主負担のみを課してはどうか。
- ・ 賃金要件8.8万円（106万円）は下げられるのではないか。国民年金保険料とのバランスで設定しているとされるが、基礎年金拠出金の構造から考えて正当化できるのか疑問。労働時間要件も賃金要件も、就労調整ができないぐらいまで下げてしまうのが正解ではないか。
- ・ 第3号被保険者には多種多様な方が含まれており、「130万円の壁」への対応は中長期的な取組にならざるを得ない。労働時間要件と賃金要件の引下げによる適用拡大の推進によって第3号被保険者制度を縮小する方向での見直しも必要。賃金要件の引下げ等の適用拡大を進めれば、壁に直面する対象者は減る。
- ・ 賃金要件の引下げや、労働時間要件の引下げ、5人未満個人事業所への適用拡大、フリーランス等の曖昧な雇用で働く者の適用を含め、次期制度改正では全ての労働者への社会保険の適用を目指すべき。
- ・ この間の賃金上昇や中立的な制度を目指そうという観点も踏まえ、賃金要件を設ける必要性は乏しいのではないか。将来的には労働時間要件の撤廃を目指しつつ、次期改正で賃金要件を撤廃することを含め検討していく必要がある。
- ・ 企業規模要件の撤廃、非適用業種の解消、賃金要件の撤廃及び5人未満の個人事業所への適用拡大を進めることを目指すべきであり、事業主負担については価格に転嫁していくということではないか。（再掲）

【学生除外要件】

- ・ 学生の適用除外要件については、事務手続が煩雑になるので現状維持のままでよいのではないかと考える。

【フリーランス・ギグワーカー、副業・兼業】

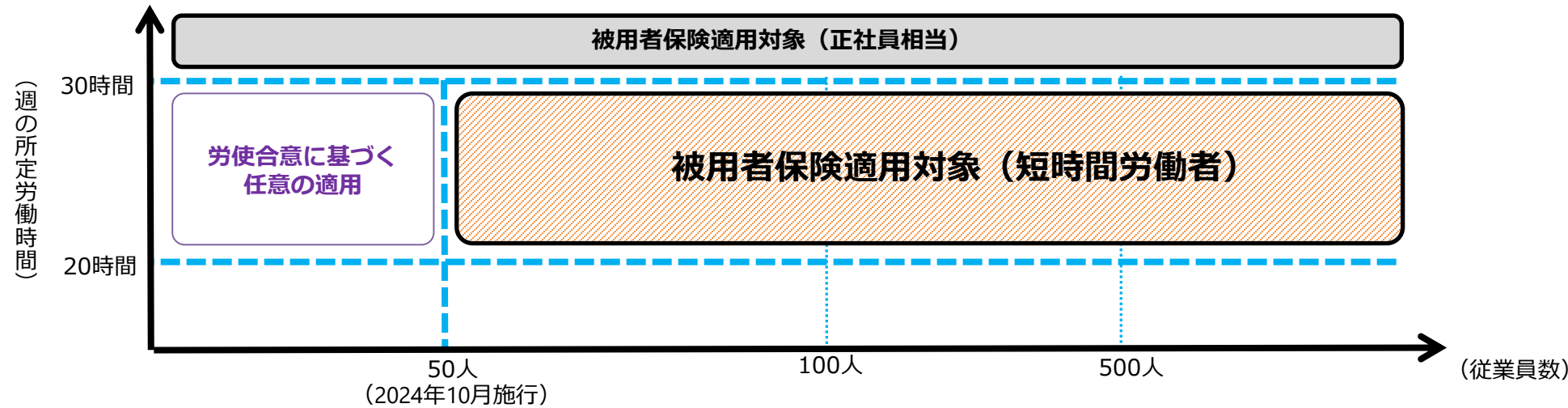
- ・ 1つの企業に長く勤める方がいいと考える若者の割合は過去20年で最も低く、フリーランスやギグワーカーなどの新しい働き方が出てきていることを踏まえ、多様化するキャリアを前提とした議論が必要。
- ・ マルチワーカーについて、会社ごとにみると所定労働時間の要件を満たさず、厚生年金に加入できないことがある。年金制度が副業などの多様な働き方に対応できずにいることは問題であり、制度の簡素化が必要。小さい会社では社会保険が難しいため、業務委託という形で働く人がおり、そういった方は守られていない。
- ・ フリーランスについて、本当は労働者なのに労働者として保護されていないケースがなくなるように、労働監督行政と連携してカバーしていくことが重要。労働者と認められない人については、労働法での議論を参考にしつつも独自の解釈によって広げるアプローチもあるのではないかと考える。
- ・ 賃金要件の引下げや、労働時間要件の引下げ、5人未満個人事業所への適用拡大、フリーランス等の曖昧な雇用で働く者の適用を含め、次期制度改正では全ての労働者への社会保険の適用を目指すべき。（再掲）
- ・ 勤労者皆保険について議論する際は、労働者性など関連する法制度での議論の積み重ねや、実務上の対応可能性を十分に考慮することが重要。
- ・ 労働時間を合算して、週20時間以上になる方については、事業所は違えど現在働いているので、適用すべきと考える。デジタル化により、適用可能な状況が整い始めているのではないかと考える。

【適用拡大を進める際の留意点】

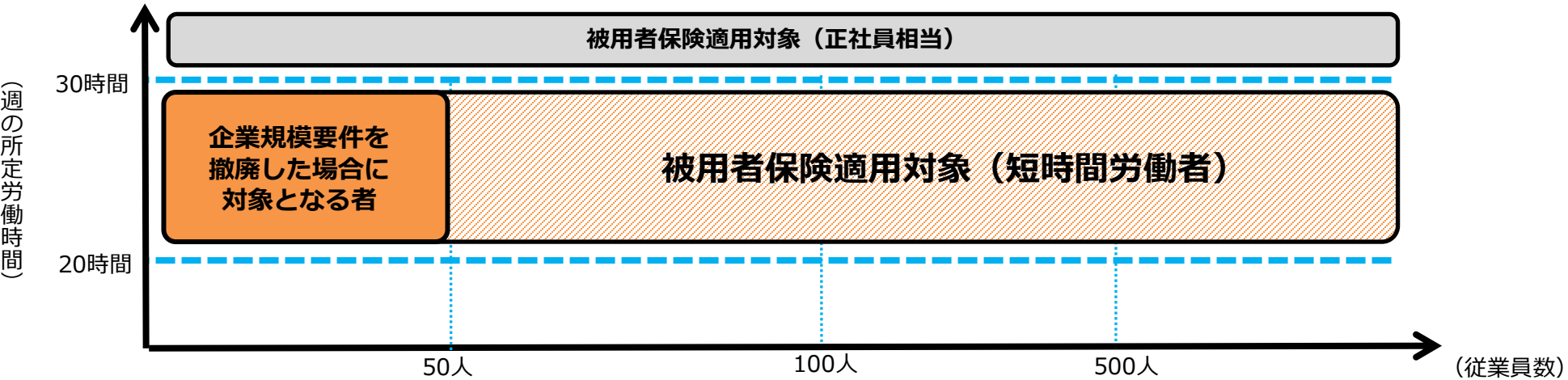
- ・ 適用拡大を進めるには、関係する当事者が制度をしっかりと理解することが前提になる。適用拡大後に何らかの要件を残す場合は、雇用にどういう影響を与えるのか、新たな回避行動がどう予想されるか等の議論をしておく必要がある。
- ・ 多様な働き方や女性の社会進出、将来の安心の確保の観点から、適用拡大の方向性については理解するが、企業経営に与える影響にも留意が必要。社会保険料の事業主負担が新たに発生することに加え、従業員が第3号被保険者資格を維持するための就業調整・人手不足の加速化といった、企業経営に与える影響を念頭に置いた議論が必要。また中小・零細企業がその負担に耐えられるように、人件費相当分を価格転嫁できるよう、下請政策を含めて経済産業政策と連携を進めてほしい。
- ・ 適用拡大に当たっては実務に負担が生じるため、制度改正の確実な実施・業務の実効性に配慮しながら、要件緩和を慎重に検討する必要がある。
- ・ 景気は循環するものなので、景気の悪化が生じた場合には、長期的には人手不足であっても短期的には採用控えが起こり失業率が上昇する一方で、景気がよい今日でも偽装フリーランスのように社会保険料を逃れようとする企業も存在するため、適用拡大はタイミングが重要。

短時間労働者の企業規模要件を撤廃した場合のイメージ

【現行制度】

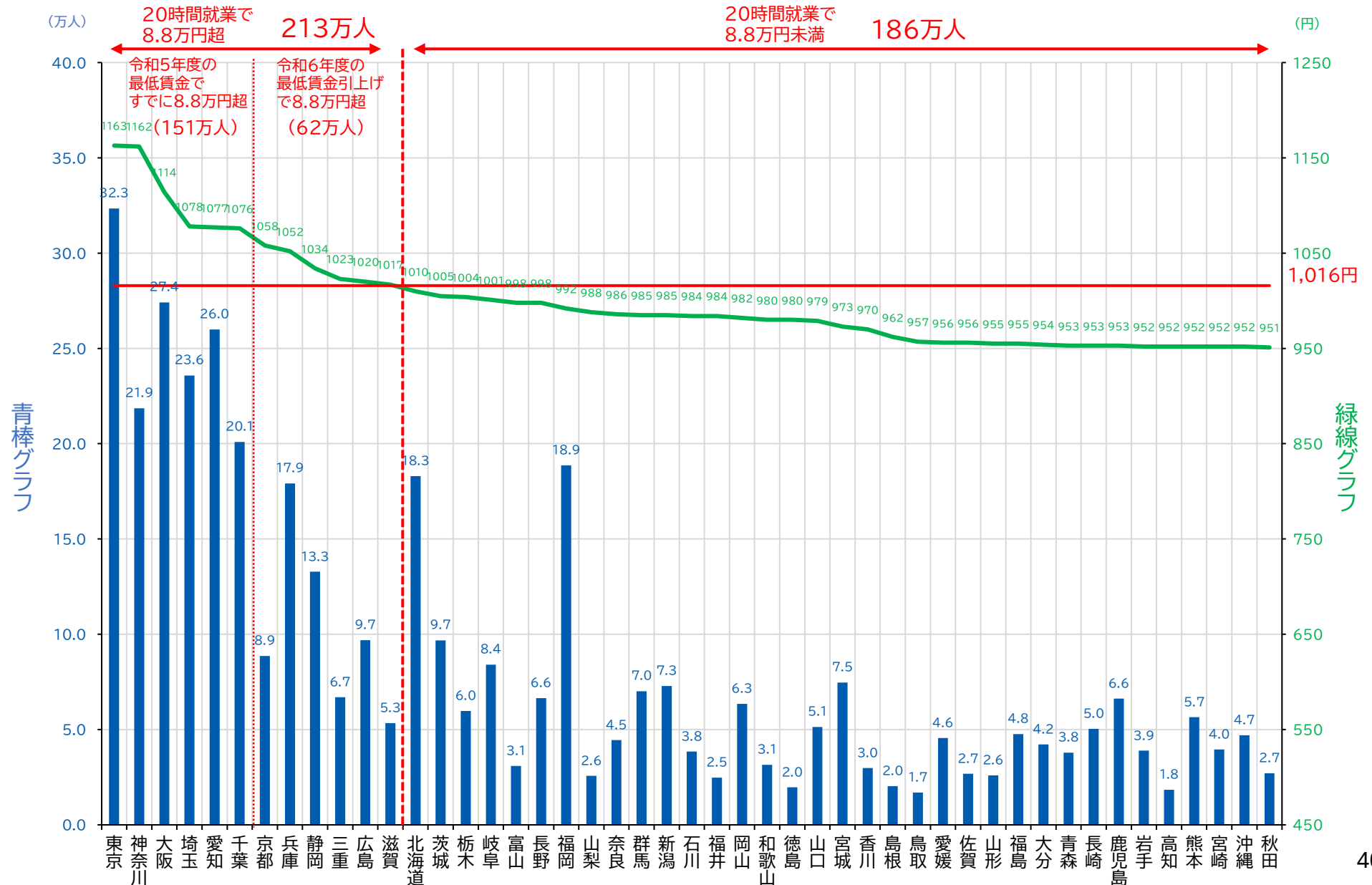


【企業規模要件を撤廃した場合】



都道府県別週20～30時間就業する非正規職員と最低賃金

青棒グラフ:「令和4年就業構造基本調査」における非正規職員かつ週間就業時間20～30時間の者の人数
 緑線グラフ:令和6年度における最低賃金



【現行】

	法人	個人事業主	
		常時 5 人以上の者 を使用する事業所	5 人未満の事業所
法定 17 業種	適用対象		適用対象外
上記以外の業種（非適用業種） 例：農業・林業・漁業、 宿泊業、飲食サービス業 洗濯・理美容・浴場業、娯楽業 デザイン業、警備業、ビルメンテナンス業 政治・経済・文化団体、宗教 等			任意包括適用

非適用業種の解消に伴い
適用対象となる事業所

【常時 5 人以上の個人事業所の非適用業種を解消した場合】

	法人	個人事業主	
		常時 5 人以上の者 を使用する事業所	5 人未満の事業所
全業種	(A) 適用対象	(B)	適用対象外 (C) 任意包括適用

【被用者保険の適用事業所（見直し後）】

- (A) 常時 1 人以上使用される者がいる、法人事業所 . . . 適用対象
- (B) 常時 5 人以上使用される者がいる、個人の事業所 . . . 適用対象
- (C) 常時 5 人未満使用される者がいる、個人の事業所 . . . 適用対象外

労使合意により任意に適用事業所
となることは可能 = 任意包括適用

配慮措置・支援策の考え方

- 「働き方の多様化を踏まえた被用者保険の適用の在り方に関する懇談会」議論の取りまとめを踏まえると、被用者保険の適用拡大の対象となる事業所について、事務負担の増加や経営への影響等に配慮しつつ、必要な支援策を講じる等、円滑な適用を進められる環境整備を行うことが必要。
- 具体的には、①準備期間を十分に確保するとともに、②積極的な周知・広報、③事務手続きに関する支援や、④経営に関する支援に総合的に取り組むことを検討する。

①準備期間の確保

- ・ 施行期日については、十分な準備期間を確保する観点から設定することを検討する。
- ・ 併せて、施行期日を待たずに適用拡大が可能な事業所については、施行期日までの間、任意包括適用を活用していただくための支援を行うことを検討する。

②積極的な周知・広報

- ・ 被用者保険の適用拡大とは何か、自身が対象事業所なのか、どういった対応が必要なのか、どういった支援が得られるのかなどについて、事業者や労働者に対して積極的に周知・広報を行う。

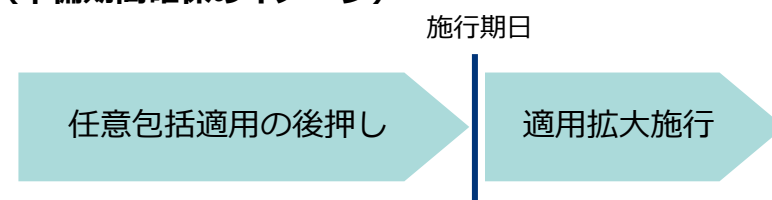
③事務手続きに関する支援

- ・ 中小事業所や個人事業所が対象となり、とりわけ個人事業所は、フルタイムの労働者を含めて初めて被用者保険の事務手続きを行う必要があることも踏まえ、きめ細かな支援を行うことを検討する。

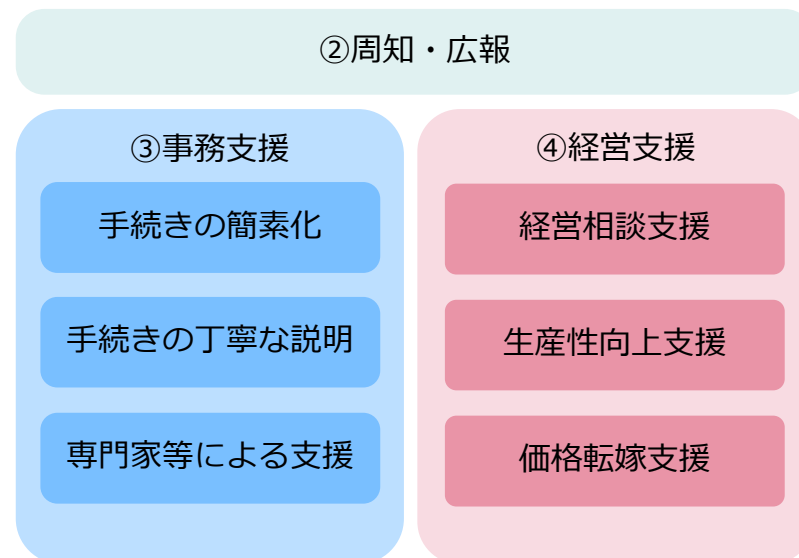
④経営に関する支援

- ・ 多様な経営相談に対して専門家等による対応を行うとともに、生産性向上や適正な価格転嫁に向けて様々な施策等を通じた支援を行うことを検討する。

(準備期間確保のイメージ)



(支援策全体像のイメージ)



(参考) 被用者保険の更なる適用拡大を行った場合の適用拡大対象者数

令和 6 年 11 月 15 日

第 20 回 社会 保 障 審 議 会
年 金 部 会

資料 1

D

雇用者全体 (2023 年度時点)

5,740 万人 ※ 70 歳以上を除く

- ① 90 万人・・・企業規模要件撤廃 + 非適用業種の解消 (A)
- ② 200 万人・・・① + 賃金要件撤廃又は最低賃金の引上げ (A + B)
- ③ 270 万人・・・② + 5 人未満個人事業所 (A + B + C)
- ④ 860 万人・・・週 10 時間以上の全ての被用者へ適用拡大 (D)

適用拡大対象者数【万人】

	計	1 号 → 2 号	3 号 → 2 号	非加入 → 2 号
①	90	40	30	20
②	200	70	90	40
③	270	130	90	50
④	860	380	290	200

フルタイム
4,780 万人

厚生年金の被保険者
(フルタイム)
4,590 万人

週所定労働時間
4 分の 3 (注 4)

厚生年金の被保険者
(短時間)

令和 2 年改正までの
適用拡大の効果

5 人未満個人事業所

70 万人・・・C
〔5 人未満個人
※短時間を含む〕

5 人以上個人事業所
の非適用業種の解消

20 万人・・・A
〔5 人以上個人
非適用業種
※短時間を含む〕

企業規模要件撤廃

70 万人
〔企業規模
50 人以下〕・・・A

学生等
20 万人
(注 3)

90 万人
〔企業規模
100 人超〕

20 万人
〔企業規模
50 人超 100 人以下〕

110 万人〔月 8.8 万円未満〕・・・B

410 万人〔10~20 時間〕

賃金要件撤廃 又は
最低賃金の引上げ

180 万人〔10 時間未満〕

適用事業所

非適用事業所
(未適用者を含む)

フルタイム
以外
960 万人

うち
20 時間以上
380 万人

うち
20 時間未満
580 万人

注 1. 「労働力調査 2023 年平均」、「令和 4 年公的年金加入状況等調査」、「令和 4 年就業構造基本調査」、「令和 3 年経済センサス」等の特別集計等を用いて推計したもの。

注 2. 斜体字は、「令和 3 年経済センサス」等を基にした推計値であり、他の数値と時点が異なることに留意が必要。

注 3. 学生等には、雇用契約期間 2 ヶ月以下の者（更新等で同一事業所で 2 ヶ月以上雇用されている者は除く）が含まれている。

注 4. 通常の労働者の週所定労働時間は、「令和 5 年就労条件総合調査」における労働者 1 人平均の値 (39 時間 04 分) としている。

【総論】

（いわゆる「年収の壁」の働き方への影響）

- ・ 男女の賃金差は縮まっておらず、根強く残る男女の役割や働き方の差に間違った方向で影響を及ぼしている制度があれば、見直す方向で議論すべき。
- ・ 女性社員の中には、育児休業の終了後、保育所が見つからない等の理由により、正社員から短時間労働の非正規社員への転化を希望し、年収の壁による就業調整を選択する者がおり、女性の就労促進の観点に立った見直しが必要。
- ・ 年収の壁の問題は、労働の供給に関する選択をゆがめており、女性の社会参加を阻害している要因でもあるため、速やかに抜本的に解決する方向で、次回の改正を目指して議論を深めていくべき。目先の負担を調整して、小細工のような改革をするのは長期的には望ましくない。
- ・ 年収の壁の問題は、必ずしも制度の問題ではなく、制度への誤解もある。被用者保険の社会保険料の負担は、働き損ではなく、それに見合う給付を受けられることを国民に丁寧に説明することが必要。
- ・ パート労働者等の保険料負担の一部を国が肩代わりする措置は、いわゆる年収の壁の根本的な解決にはつながらず、第3号被保険者に対する優遇になるほか、年収が130万円を超えて国民年金・国民健康保険に加入する者を対象外とする場合、不公平が生じかねない。また、短時間労働者の就業調整回避への効果は不透明である。
- ・ 年収の壁には2種類あり、働く人たちに見える壁と見えない壁がある。前者は、新たに適用拡大の対象となる企業の事業主に、公的年金シミュレーターを利用して労働者とのコミュニケーションを義務付け、加えて事業主には月額8.8万円の正確な意味を学習してもらう広報をしっかりとやらねば解決する。政府が掲げる勤労者皆保険は働く人たちからは見えない壁への対応策であり、これは突き進めるしかない。

（簡素な制度設計の必要性）

- ・ 税や社会保障の制度が、人々の意思決定に影響を及ぼしている。極力意思決定に影響を及ぼすことがないよう、簡素で中立な制度設計が極めて重要。制度の複雑化で、実務が大変になることも考慮する必要がある。
- ・ 就業調整は、制度の誤解・思い込みによる部分も大きく、これまで以上の周知・広報・啓発が必要。制度の正確な理解には、簡素な制度である必要があり、既に複雑な制度をより一層複雑にしかねない見直しは、基本的に控えるべき。

【106万円の壁への対応】

（総論・現行の労使折半負担の考え方）

- ・ 厚生年金が就労に影響を及ぼすことは望ましくないが、一定の要件を満たした被用者に保険料の拠出を課し、それに対する給付を行うことは、社会保険方式を採用する厚生年金の根幹であり、就労への影響は、この厚生年金の原則を維持する以上、一定程度不可避なもの。その影響を一部の者について回避するために社会保険の原則を修正することは、制度内の不均衡という別の問題をもたらすおそれがあるため、高い合理性の裏づけが必要で、慎重な検討が必要。
- ・ いわゆる「106万円の壁」への対応策の考え方や制度設計上の論点として提示されているイメージは、一時的な労働力不足の解消を目的とした対応策にしかかなり得ず、労働力確保のために本来企業が取るべき対応策を阻害する懸念がある。優先すべきは正しい制度理解と全ての労働者への社会保険の適用に向けた各要件の見直しであり、このような選択肢を実施すべきではない。
- ・ 事業主負担に係る論点として、給付と負担の関係が分かりやすい簡素で公平な制度設計にすべき。労使折半の原則の変更は、制度を複雑化させ、公平性を欠くため反対。健康保険との一体的適用にも影響があることも十分留意すべき。
- ・ 保険方式という原理原則を根本に、制度に対する国民の信頼性を損なわないように検討する必要。事業所負担についても納得のいく形での設計と説明が不可欠。社会保険料の労使折半負担の点がおろそかになってはいけない。

（労働者の保険料負担のみ軽減し、事業主は現行通りとする場合）

- ・ 単に手取り収入が減少しない仕組みとして、本人負担はなく、企業負担は9.15%のみで、基礎年金満額と報酬比例部分を受給でき、配偶者は3号になるといった著しく有利な制度を作れば、他の加入者・企業にツケを回すことになる。移行過程での工夫は考えられるが、働き方が多様になるほど、制度はシンプルであるほうが良い。
- ・ 月給8.8万円で社会保険に加入する方は、負担する保険料の割に給付が比較的多くて再分配を受ける側に入っており、更に保険料を軽減するのは、他の被保険者と比べて不公平。一方で、保険料にあわせて給付を削ると、将来の貧困につながりかねず、望ましくない。
- ・ 免除した労働者の負担分に応じた給付調整は慎重に議論する必要がある、新たな壁となりかねない。就労により負担能力があるならば、労使ともに保険料を負担すべきであり、壁を理由とした労働者分の免除は理屈が立たない。

（労働者の保険料負担のみ軽減し、事業主の負担割合を増やす場合）

- ・ 給付と労使合計の保険料の水準は変えず、事業主の負担割合を任意で2分の1から引き上げられるようにする仕組みであれば、小手先の策だが、考えられる。このような仕組みの下では、保険料負担による手取り収入減少を防ぎたい会社だけが、個社の福利厚生として事業主負担割合を引き上げるといった対応が考えられる。

【見直しに向けた具体的なご提案】

- ・ 週労働時間が20～30時間の短時間労働者（元3号）について、保険料は厚生年金の事業主負担のみで、給付は厚生年金の半分になる制度「厚生年金ハーフ」と、本人負担もある「厚生年金フル」とで短時間労働者が選択する形にすれば、就業調整の問題はほぼ解決すると考えられるが、今の手取りを高めるために厚生年金ハーフを選ぶことは老後の貧困リスクを高める選択であることを学んでもらうことも必要になる。
また、政府が掲げる勤労者皆保険は、「所得の低い勤労者の保険料は免除・軽減しつつも、事業主負担は維持する」ものであり、20時間未満の厚生年金ハーフのことである。これは、20時間未満の短時間労働者の事業主負担が免除される現行制度が、事業主から見て働かせ方に中立でない欠陥を含んでいる点を改善するものであり、徹底的に進めるべき。
- ・ 抜本的な解決策としては、週20時間未満も含めた適用拡大が最適。具体的な手段としては、第1号被保険者を1.5号（1号と2号の間）とし、報酬の18.3%の厚生年金保険料が国民年金保険料に満たない場合、被用者に差額の国民年金保険料の納付を求める。また、第3号被保険者は、20時間未満で働く場合は2.5号（2号と3号の間）とし、厚生年金保険料が国民年金保険料に満たなくても差額の納付を求めず、基礎年金拠出金は全て厚生年金財政が負担することとしてはどうか。1.5号/2.5号の給付については、いずれも基礎・報酬比例ともに満額で、ハーフにはしない設計。
- ・ 1.5号/2.5号の導入により「106万円の壁」や20時間の壁がなくなること、労働者の労働時間増加が見込まれ、人手不足の時代に労働力が供給されることで、企業も大きなメリットを実感できる。また、適用拡大と同じようなロジックで国民年金の財政が改善し、国民全体の年金の水準（所得代替率）の上昇が見込まれる。その際、国庫負担が新たに必要となるが、国保の公費節減により大部分をカバーでき、財政的にもフィージビリティがある。

【現行制度の正しい理解について】

- ・ 「106万円の壁」があったとしても、その壁を乗り越えて働けば、一旦減少した手取り収入も増えるようになることや、被用者保険に加入することで、厚生年金という終身年金を増やすことができることを広く知ってもらい、行動に移してもらうことが重要。キャリアやスキルアップにも着目して行動するようにしてもらいたい。
- ・ 106万円や130万円のいわゆる「年収の壁」は、事業者と従業員に仕組みが正しく理解されていないことが第一の関門。本来意識する必要のない状況を「壁」と考えて就労時間の調整を行っている場合が少なくなく、政府にはメディアとの連携を含め、この問題の理解促進を図る広報活動を早急かつ強力に実施してもらいたい。
- ・ いわゆる年収の壁について、現場では税と社会保険の壁を混同していることがある。そのため、現場の労使双方がしっかり制度を理解するための取組みを強化すべき。事業主が短時間労働者に対してどのような説明を行っているのか、当該労働者がどの程度正しく理解しているのか、実態を把握することも重要。
- ・ 年金を受給する場面になってから就業調整による年金額への影響に気付くのでは遅い。公的年金シミュレーターを使って厚生年金フル、厚生年金ハーフ、就業調整の3パターンの将来の年金受給の確認を義務づけられるように、公的年金シミュレーターをバージョンアップして、制度の理解を促す広報をしっかりと行うべき。

医療保険制度改革について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）

- ◆ 能力に応じて全世代が支えあう「全世代型社会保障」の構築に向け、将来世代も含めた全世代の安心を保障し、社会保障制度の持続可能性を高めるため、「時間軸」に沿って、今後取り組むべき課題をより具体化・深化させた「改革工程」を取りまとめ。
- ◆ 3つの「時間軸」で実施（①来年度（2024年度）に実施する取組、②加速化プランの実施が完了する2028年度までに実施について検討する取組、③2040年頃を見据えた、中長期的な課題に対して必要となる取組）
- ◆ 上記②の取組は、2028年度までの各年度の予算編成過程において、実施すべき施策を検討・決定

主な改革項目と工程

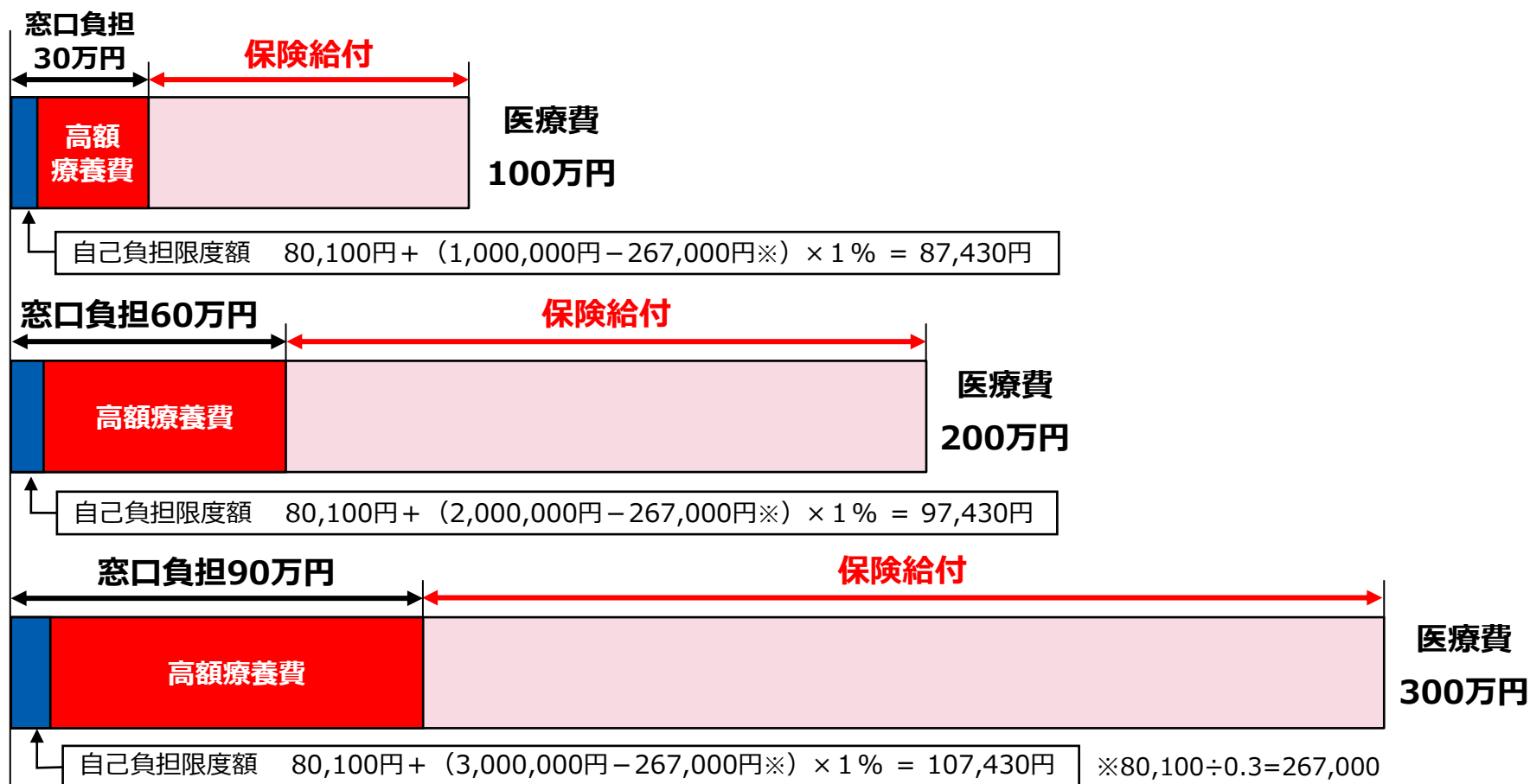
※ 2040年頃を見据えた中長期的取組については、省略。

	2024年度に実施する取組	2028年度までに検討する取組
働き方に中立的な社会保障制度等の構築	（労働市場や雇用の在り方の見直し） ・「同一労働同一賃金ガイドライン」等の必要な見直しの検討 ・「多様な正社員」の拡充に向けた取組 等	（勤労者皆保険の実現に向けた取組） ・短時間労働者への被用者保険の適用に関する企業規模要件の撤廃等 ・フリーランス等の社会保険の適用の在り方の整理 等 ・年収の壁に対する取組 等
医療・介護制度等の改革	・前期財政調整における報酬調整の導入 ・後期高齢者負担率の見直し ※上記2項目は法改正実施済み ・介護保険制度改革（第1号保険料負担の在り方） ・介護の生産性・質の向上（ロボット・ICT活用、経営の協働化・大規模化、人員配置基準の柔軟化等） ・イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置を推進するための長期収載品の保険給付の在り方の見直し ・診療報酬改定、介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定の実施 ・入院時の食費の基準の見直し等 ・生活保護制度の医療扶助の適正化	（生産性の向上、効率的なサービス提供、質の向上） ・医療DXによる効率化・質の向上 等 ・生成AI等を用いた医療データの利活用の促進 ・医療機関、介護施設等の経営情報の更なる見える化 ・医療提供体制改革の推進（地域医療構想、かかりつけ医機能が発揮される制度整備） ・介護の生産性・質の向上 ・イノベーションの推進、安定供給の確保と薬剤保険給付の在り方の見直し ・国保の普通調整交付金の医療費勘案等 等 ・国保の都道府県保険料率水準統一の更なる推進 ・介護保険制度改革（ケアマネジメントに関する給付の在り方、軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方） ・サービス付き高齢者向け住宅等における介護サービス提供の適正化 ・福祉用具貸与のサービスの向上 等 ・生活保護の医療扶助の適正化等 ・障害福祉サービスの地域差の是正 （能力に応じた全世代の支え合い） ・介護保険制度改革（利用者負担（2割負担）の範囲、多床室の室料負担） ・医療・介護保険における金融所得の勘案や金融資産等の取扱い ・医療・介護の3割負担（「現役並み所得」）の適切な判断基準設定等 ・障害福祉サービスの公平で効率的な制度の実現 （高齢者の活躍促進や健康寿命の延伸等） ・高齢者の活躍促進 等 ・疾病予防等の取組の推進や健康づくり等 ・経済情勢に対応した患者負担等の見直し（高額療養費自己負担限度額の見直し/入院時の食費の基準の見直し） 等
「地域共生社会」の実現	・重層的支援体制整備事業の更なる促進 ・社会保障教育の一層の推進 ・住まい支援強化に向けた制度改正 等	・孤独・孤立対策の推進 ・身寄りのない高齢者等への支援 等

高額療養費制度の概要

- 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものにならないよう、医療機関の窓口において医療費の自己負担を支払っていただいた後、月ごとの自己負担限度額を超える部分について、事後的に保険者から償還払い（※）される制度。
（※1）入院の場合、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめる現物給付化の仕組みを導入
（※2）外来でも、平成24年4月から、同一医療機関で自己負担限度額を超える場合に現物給付化を導入
- 自己負担限度額は、被保険者の所得に応じて設定される。

（例）70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合（3割負担）



患者負担割合及び高額療養費自己負担限度額（現行）

70歳未満		負担割合	月単位の上限額（円）	
	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超	3割（※1）	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <多数回該当：140,100>	
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円		$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$ <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円		$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>	
	住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
70歳以上			外来（個人ごと）	上限額（世帯ごと）
	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上	3割	$252,600 + (\text{医療費} - 842,000) \times 1\%$ <多数回該当：140,100>	
	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上		$167,400 + (\text{医療費} - 558,000) \times 1\%$ <多数回該当：93,000>	
	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上		$80,100 + (\text{医療費} - 267,000) \times 1\%$ <多数回該当：44,400>	
	～年収約370万円 健保：標報26万円以下(※2)／国保・後期：課税所得145万円未満(※2)(※3)	70-74歳 2割	18,000 (※5) [年14.4万円 (※6)]	57,600 <多数回該当：44,400>
	住民税非課税	75歳以上 1割 (※4)	8,000	24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000

※1 義務教育就学前の者については2割。

※2 収入の合計額が520万円未満(1人世帯の場合は383万円未満)の場合も含む。

※3 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

※4 課税所得が28万円以上かつ年金収入＋その他の合計所得金額が200万円以上(複数世帯の場合は320万円以上)の者については2割。

※5 75歳以上の2割負担対象者について、施行後3年間、1月分の負担増加額は3000円以内となる。

※6 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。

高額療養費の在り方について（案）

○ 高額療養費については、

- ・ 昨年末に閣議決定された「**改革工程**」に「**高額療養費の自己負担限度額の見直し**」が盛り込まれており、
- ・ また、11月15日に開催された「**全世代型社会保障構築会議**」においても、複数の委員から、年齢ではなく負担能力に応じた負担という全世代型社会保障の理念や、保険料負担の軽減等といった観点から、見直しを早急に求める意見があった

ことを踏まえ、以下の視点を勘案しつつ、必要な見直しを検討していくべきではないか。

【社会経済情勢の変化】

- ・ 高齢化の進展、医療の高度化等により高額療養費の総額が年々増加（総医療費の6～7%相当）する中で、近年、高額療養費の自己負担限度額の上限は実質的に維持されてきた。このような要因もあり、医療保険制度における実効給付率は上昇。
- ・ 他方で、前回実質的な見直しを行った約10年前（平成27年）と比較すると、賃上げの実現等を通じた世帯主収入や世帯収入の増加など、経済環境も大きく変化している。また、足下では、生活必需品をはじめとした継続的な物価上昇が続く中で、現役世代を中心に保険料負担の軽減を求める声も多くある。

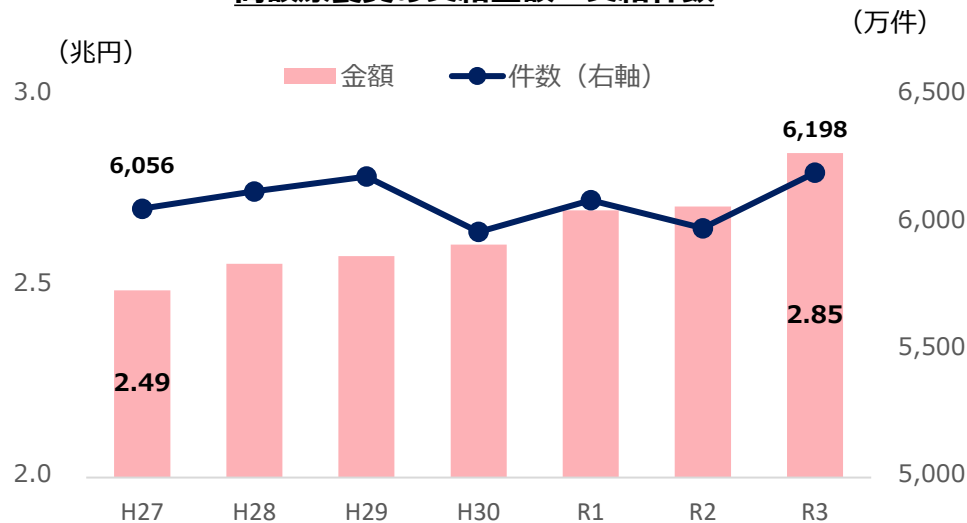
【検討の方向性（案）】

- ・ このように、物価・賃金の上昇など経済環境が変化する中でも、高額療養費の自己負担限度額の上限が実質的に維持されてきたこと等を踏まえ、セーフティネットとしての高額療養費の役割を維持しつつ、**健康な方を含めた全ての世代の被保険者の保険料負担の軽減を図る**観点から、①**高額療養費の自己負担限度額の見直し（一定程度の引き上げ）**、②**所得区分に応じたきめ細かい制度設計とする観点からの所得区分の細分化**などが考えられないか。
- ・ その際、能力に応じて全世代が支え合う全世代型社会保障を構築する観点から**負担能力に応じた負担**を求める仕組みとすべきではないか。
- ・ 施行時期については、国民への周知、保険者・自治体の準備期間（システム改修等）などを考慮しつつ、被保険者の保険料負担の軽減というメリットをできる限り早期に享受できるようにする観点から検討すべきではないか。

参考資料

高額療養費と実効給付率の推移

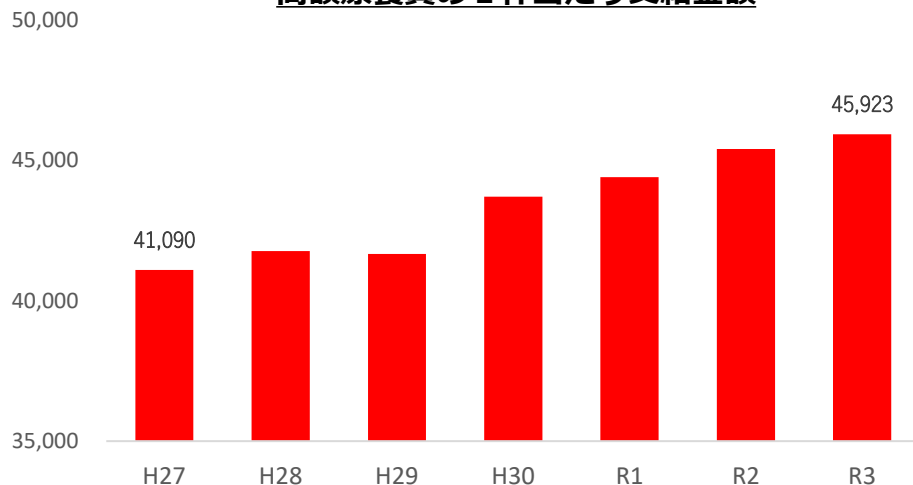
高額療養費の支給金額・支給件数



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

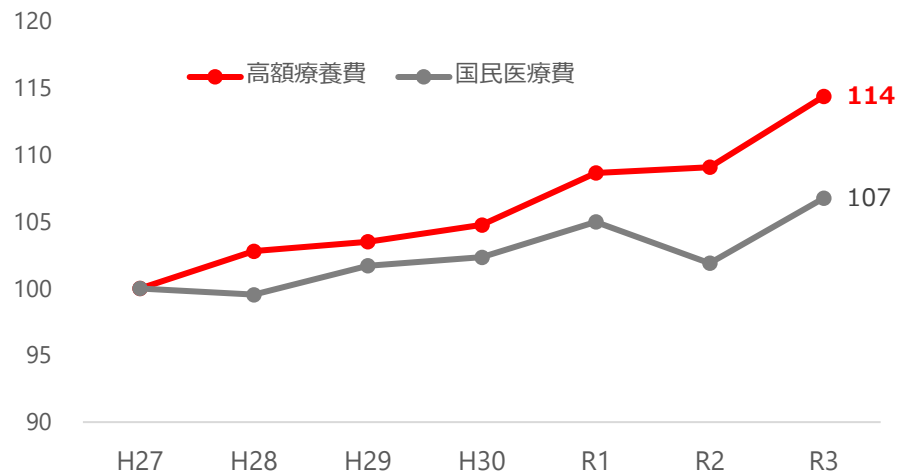
(円)

高額療養費の1件当たり支給金額



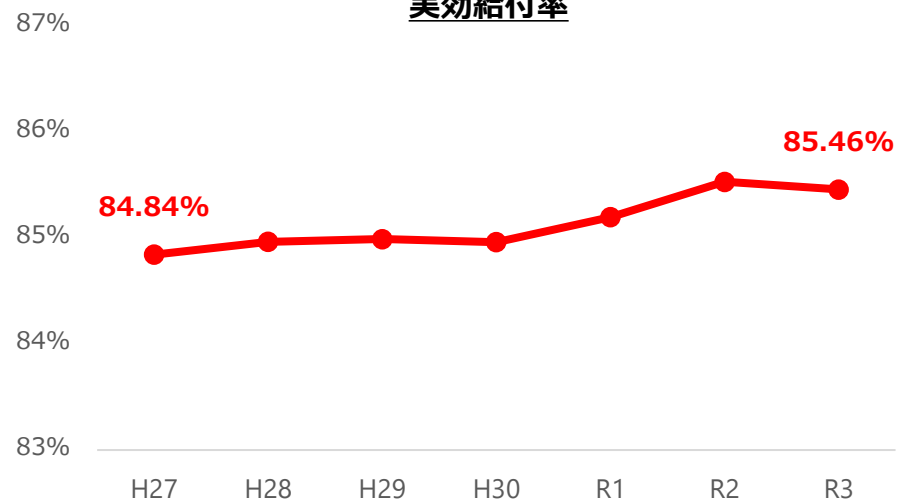
(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

高額療養費と国民医療費の伸び (H27を100とした場合)



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」 「国民医療費」

実効給付率



(出典) 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料集」

全世代型社会保障構築会議（2024年11月15日開催）における主なご意見①

- 負担軽減という話になると、高額療養費についても、当然としてメスを入れるべきだと考えます。大事な仕組みではあるものの、負担の観点から見ると、高額療養費の適用を受ける方が増えるにつれて、自己負担率が医療保険財政全体で下がってきていて、自己負担率が下がってくることと連動して保険料負担も増やさざるを得ないので、そういう意味では高額療養費もきちんと見直しを進めていただくということが給付の効率化と合わせて必要になってくると考えます。
- 高額療養費制度は何かあった場合のセーフティネットとして極めて大切な制度であると思います。ただ、確率的に発生する高い自己負担の支払いに対する補助という制度の趣旨を考えますと、ここ10年のように高額な薬剤が次々と収載され、自己負担の分布が右にシフトすることが起こっているので、そういう状況のもとでは、自己負担の上限というのはある程度引き上がるのは妥当であり、かつ自然であると考えております。

加えて、制度としても、高額療養費については、年齢ごとに区分されていたところが多かったが、近年の制度改正で段々と年齢による区分から一本化に近づいてきているところなので、そうした方向での見直しを期待したい。

高齢者の場合には特に、新しく収載された年間300万円の認知症治療薬も自己負担が月8000円以内のケースがあるので、多くの方が公的保険の役割というのをどう考えているのか、なかなかわからないところもあるものの、公的保険の役割をある程度超えた補助ではないかという懸念があるので、年齢によって負担が変わる制度の見直しは必要だと考えました。

やはり保険の収載と高額療養費の在り方は、ある種の牽制関係が働く必要があると思うので、そうした制度の片面だけを見るのではなく、複眼で見ていただくように運営制度の設計というのを心掛けていただきたい。

そうした望ましい制度を作る中で、結果として現役世代の負担の軽減につながるのであれば良いことと考えます。

全世代型社会保障構築会議（2024年11月15日開催）における主なご意見②

- 改革工程に記載のある給付と負担に関する各種項目はいずれも重要な課題です。例えば制度のメンテナンスが長い間実施されていないことで、サービス利用者の実効負担率の低下などを招いている高額療養費制度の在り方などについて、ぜひともスピード感を持って改革に取り組んでいただきたいと思います。
- 高額療養費について言えば、応能負担の観点から、物価・賃金の上昇という経済環境の変化と整合性を踏まえながら、一定の所得に応じた階段はつけて良いと思うとともに、自己負担限度額の上限の引き上げは必須だと思っています。
上限額が今の形になった2015年、9年前、ということですが、その後デフレ脱却の取組で継続的な賃上げ、特に最近の大幅なベースアップ、それから株価上昇を通じた資産効果の実現、それから、私ももう年金受給世代ですけれども、年金額も額面でプラスと一定の大きな変化があり、この10年間で世代を問わず世帯全体の所得は着実に上昇しておりますので、この経済環境の変化を踏まえて制度の見直しを早急に行わなければいけない、と考えています。是非、この自己負担限度額の引き上げを頑張って実現していただきたい、と期待しているところです。
- 全世代型社会保障制度を構築するに当たって求められることは、国民の今の暮らし方の実態に合わせたものとなるよう、時代の変化に対応して制度を不断に見直すことではないかと思います。その上で、将来にわたって維持可能なセーフティネットたる社会保障はどういうものであるか、そのために国民が負担するべきものはどういったものになるかについて考える必要がある、と思っています。
こうした点を踏まえ、厚生労働省におかれては、昨年末に決定した改革工程に沿って、できるものから着実に制度改革を進めていただければと考えております。また、その際には、社会経済環境が著しく変化していく中で、これに対応して必要な制度改革を迅速に進めていく必要もございます。特に本日、複数の委員から言及がございました高額療養費の見直しにつきましては、持続可能な医療保険制度の構築に向けて、負担能力に応じた負担を求めるという観点から、速やかに検討に着手していただければと考えております。

高額療養費の所得区分別の加入者数（令和３年度）

〔 70歳未満〕

	医療保険計			
		協会けんぽ	組合健保	市町村国保
健保：標報83万円以上／国保：旧ただし書き所得901万円超 （年収 約1,160万円～）	約 370 万人 (3.8%)	約 120 万人 (3.1%)	約 150 万人 (5.3%)	約 40 万人 (2.1%)
健保：標報53万～79万円／国保：旧ただし書き所得600万～901万円 （年収 約770万円～約1,160万円）	約 1,090 万人 (11.2%)	約 240 万人 (6.1%)	約 600 万人 (21.4%)	約 40 万人 (2.1%)
健保：標報28万～50万円／国保：旧ただし書き所得210万～600万円 （年収 約370万円～約770万円）	約 4,120 万人 (42.3%)	約 1,790 万人 (45.9%)	約 1,450 万人 (51.5%)	約 310 万人 (16.3%)
健保：標報26万円以下／国保：旧ただし書き所得210万円以下 （年収 ～約370万円）	約 3,440 万人 (35.4%)	約 1,710 万人 (43.9%)	約 610 万人 (21.8%)	約 820 万人 (43.4%)
住民税非課税	約 720 万人 (7.4%)	約 30 万人 (0.9%)	約 1 万人 (0.0%)	約 680 万人 (36.1%)
計	約 9,730 万人 (100.0%)	約 3,900 万人 (100.0%)	約 2,820 万人 (100.0%)	約 1,880 万人 (100.0%)

〔 70歳以上〕

		70～74歳計				後期高齢者
			協会けんぽ	組合健保	市町村国保	
現役並み所得Ⅲ	健保：標報83万円以上／国保・後期：課税所得690万円以上 （年収 約1,160万円～）	約 10 万人 (1.2%)	約 4 万人 (3.1%)	約 1 万人 (3.3%)	約 4 万人 (0.6%)	約 20 万人 (1.3%)
現役並み所得Ⅱ	健保：標報53万～79万円／国保・後期：課税所得380万円以上 （年収 約770万円～約1,160万円）	約 10 万人 (0.9%)	約 3 万人 (2.2%)	約 0 万人 (1.3%)	約 4 万人 (0.6%)	約 20 万人 (1.1%)
現役並み所得Ⅰ	健保：標報28万～50万円／国保・後期：課税所得145万円以上 かつ年収383万円 ^{（注1）} 以上（年収 約383万円～約770万円）	約 80 万人 (8.5%)	約 20 万人 (14.9%)	約 10 万人 (26.8%)	約 40 万人 (5.8%)	約 80 万人 (4.4%)
一般	健保：標報26万円以下／国保・後期：課税所得145万円未満 ^{（注2）} 又は年収383万円 ^{（注1）} 未満（年収 ～約383万円）	約 540 万人 (59.9%)	約 100 万人 (74.5%)	約 20 万人 (68.3%)	約 400 万人 (56.6%)	約 940 万人 (51.6%)
低所得Ⅱ	住民税非課税 ^{（注3）}	約 190 万人 (21.4%)	約 2 万人 (1.8%)	約 0 万人 (0.2%)	約 190 万人 (26.8%)	約 450 万人 (24.9%)
低所得Ⅰ	住民税非課税（所得がない者） ^{（注4）}	約 70 万人 (8.1%)	約 5 万人 (3.5%)	約 0 万人 (0.1%)	約 70 万人 (9.5%)	約 300 万人 (16.6%)
計		約 900 万人 (100.0%)	約 130 万人 (100.0%)	約 40 万人 (100.0%)	約 710 万人 (100.0%)	約 1,820 万人 (100.0%)

注1 同一保険者で複数の被保険者がいる場合は、収入の合計額が520万円。注2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。
注3 年金収入のみの者であれば、年収80万円～。注4 個人の所得のうち、公的年金等に係る雑所得の金額は、公的年金等控除を「80万円」として計算する。
注5 協会けんぽの欄には日雇特例を含む。
注6 協会けんぽ及び組合健保は、「健康保険・船員保険被保険者実態調査」により推計したもの。
なお、標準報酬月額7.8万円以下（総報酬約100万円以下）の加入者を低所得区分（うち70歳以上については標準報酬月額5.8万円以下の加入者を低所得Ⅰ）と仮定して推計。
注7 市町村国保は、「国民健康保険実態調査報告」における所得不詳の人数を除いた所得区分の割合等から推計したもの。
注8 後期高齢者は、「後期高齢者事業月報」による。
注9 日雇特例及び国保組合は、協会けんぽの所得区分別加入者割合より推計。共済組合は、組合健保の所得区分別加入者割合より推計。

高額療養費制度の主な改正経緯（健康保険法関係）

- 高額療養費制度は、昭和48年の制度創設以来、数次の改正の中で、低所得者の所得区分の設定、世帯合算方式や多数該当世帯の負担軽減、入院時の現物給付化などの見直しを行ってきた。

改正(施行年月)	高額療養費制度の改正内容	その他の主な制度改正
昭和48年10月	・医療の高度化により高額の自己負担を必要とする場合が少なくないことを踏まえ、被扶養者について高額療養費制度を創設	・被扶養者の自己負担の引下げ(5割→3割)
昭和56年3月	・被保険者本人の低所得者について高額療養費を創設 ・被扶養者について低所得者の所得区分を創設	・被扶養者の自己負担の引下げ(入院3割→2割) ・本人一部負担金(定額)の引上げ
昭和59年10月	・被保険者本人の低所得者以外にも高額療養費を創設 ・世帯合算方式の創設※合算対象基準額（一般3万円、低所得者2万1千円） ・多数該当世帯の負担軽減を創設 ・高額長期疾病の特例(血友病、慢性腎不全)を創設	・被保険者本人の定率負担(1割)の導入 ・退職者医療制度の創設
平成8年6月	・高額長期疾病の特例の対象に後天性免疫不全症候群を追加	
平成13年1月	・高所得者の実質的な負担率が低下していたことを踏まえ、上位所得者の区分を創設 ・一定額を超えた医療費の1%を自己負担限度額に加算	・一般保険料と介護保険料を合算した率に適用されていた保険料率の上限を、一般保険料率のみに適用する改正
平成14年10月	・70歳以上について入院時の高額療養費の現物給付化 ・平均標準報酬月額に対する自己負担限度額の水準の引上げ(22%→25%) ・一般・上位所得者の合算対象基準額の引下げ(3万円→2万1千円)	・保険料の総報酬制(ボーナスに標準報酬月額と同一の保険料率を賦課)を導入(平成15年4月施行) ・被保険者本人の3割負担の導入(平成15年4月施行)
平成19年4月	・70歳未満について入院時の高額療養費の現物給付化	・現役並み所得のある高齢者の自己負担の引上げ(2割→3割)
平成24年4月	・外来時の高額療養費の現物給付化	
平成27年1月	・70歳未満について所得区分を細分化(3段階→5段階) ・自己負担限度額の見直し(年収約370万円以下は引下げ、約770万円以上は引上げ)	・70～74歳の自己負担の特例措置の見直し (平成26年4月に新たに70歳になる者から段階的に2割負担)
平成29年8月	・70歳以上の一般区分について外来療養に係る年間の限度額を創設 ・自己負担額の見直し(現役並み区分、一般区分は引き上げ)	・入院時食費の見直し(平成28年4月から段階施行)
平成30年8月	・70歳以上について所得区分を細分化(4段階→6段階) ・自己負担額の見直し(現役並み区分、一般区分は引き上げ)	・入院時光熱水費の見直し(平成29年10月から段階施行)

※ 上記の改正のほか、平均的な給与の伸び、可処分所得の伸びを勘案して、自己負担限度額の見直しを行ってきた。

高額療養費制度の見直し（平成27年1月施行）

1. 見直しの趣旨

○ 高額療養費制度は、家計に対する医療費の自己負担が過重なものとならないよう、医療費の自己負担に一定の歯止めを設ける仕組み。今般、負担能力に応じた負担とする観点から、70歳未満の所得区分を細分化し、自己負担限度額をきめ細かく設定する。

2. 見直しの内容

（見直し前）

70歳未満			月単位の上限額（円）	
	上位所得者 （年収約770万円～） 健保：標報53万円以上 国保：旧ただし書き所得600万円超		150,000+ (医療費－500,000)×1% <多数回該当：83,400>	
	一般所得者 （上位所得者・低所得者以外） 3人世帯（給与所得者/夫婦子1人の場合： 年収約210万～約770万円）		80,100+ (医療費－267,000)×1% <多数回該当：44,400>	
	住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
70歳 ～ 74歳	現役並み所得者 （年収約370万円～） 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上		窓口負担割合 3割	外来 80,100+ (総医療費－267,000)×1% <多数回該当：44,400>
	一般（～年収約370万円） 健保：標報26万円以下(※1) 国保：課税所得145万円未満(※1)		2割 (※3)	12,000 44,400
	住民税非課税			8,000 24,600
	住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000
	75歳 ～	現役並み所得者 （年収約370万円～） 課税所得145万以上		窓口負担割合 3割
一般（～年収約370万円） 課税所得145万円未満(※1)		1割	12,000 44,400	
住民税非課税			8,000 24,600	
住民税非課税 (所得が一定以下)			15,000	

（見直し後）

		月単位の上限額（円）	
年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超		252,600+ (医療費－842,000)×1％ <多数回該当：140,100>	
年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円		167,400+ (医療費－558,000)×1％ <多数回該当：93,000>	
年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円		80,100+ (医療費－267,000)×1％ <多数回該当：44,400>	
～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下		57,600 <多数回該当：44,400>	
住民税非課税		35,400 <多数回該当：24,600>	
現役並み所得者 （年収約370万円～） 健保：標報28万円以上 国保：課税所得145万以上	窓口負担割合	80,100+ （総医療費－267,000） ×1％ <多数回該当：44,400>	
	3割	外来 44,400	
	2割 （※3）	12,000	44,400
		8,000	24,600
15,000			
一般（～年収約370万円） 健保：標報26万円以下（※1） 国保：課税所得145万円未満（※1）（※2）			
住民税非課税			
住民税非課税 （所得が一定以下）			
現役並み所得者 （年収約370万円～） 課税所得145万以上	窓口負担割合	80,100+ （総医療費－267,000） ×1％ <多数回該当：44,400>	
	3割	外来 44,400	
	1割	12,000	44,400
		8,000	24,600
15,000			
一般（～年収約370万円） 課税所得145万円未満（※1）			
住民税非課税			
住民税非課税 （所得が一定以下）			

※1 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。 ※2 旧ただし書き所得の合計額が210万円以下の場合も含む。

（注）75歳以上の所得区分、限度額に変更はない。

※3 平成26年3月末日までに70歳に達している者は1割。

70歳以上の高額療養費制度の見直し（平成29年、平成30年）

見直し概要

- 第1段階目（29年8月～30年7月）では、平成29年7月までの枠組みを維持したまま、限度額を引き上げ。一般区分の限度額（世帯）については、多数回該当を設定。
 - 第2段階目（30年8月～）では、現役並み所得区分については細分化した上で限度額を引き上げ。一般区分については外来上限額を引き上げ。
 - 一般区分については、7月31日を基準日として、1年間（8月～翌7月）の外来の自己負担額の合計額に、年間14.4万円の上限（外来年間合算）を設ける。
- ※外来年間合算は基準日に一般区分又は住民税非課税区分である場合に対象となる。

○～29年7月（70歳以上）			○一段階目（29年8月～30年7月）		○二段階目（30年8月～）		○現行（69歳以下）	
区分	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)	外来 (個人)	限度額 (世帯 ※1)	区分（年収）	外来 (個人)	限度額 (世帯※1)	限度額 (世帯)
現役並み （年収約370万円以上） 健保 標報28万円以上 国保・後期 課税所得145万円以上	44,400円	80,100円 + 1% <44,400円>	57,600円	80,100円 + 1% <44,400円>	年収約1160万円～ 標報83万円以上 課税所得690万円以上	252,600円 + 1% <140,100円>	252,600円 + 1% <140,100円>	252,600円 + 1% <140,100円>
一般 （年収156万～370万円） 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満 ※2	12,000円	44,400円	14,000円 （年14.4万円※3）	57,600円 <44,400円>	年収約770万～約1160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上	167,400円 + 1% <93,000円>	167,400円 + 1% <93,000円>	167,400円 + 1% <93,000円>
住民税非課税	8,000円	24,600円	8,000円	24,600円	年収約370万～約770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上	80,100円 + 1% <44,400円>	80,100円 + 1% <44,400円>	80,100円 + 1% <44,400円>
住民税非課税 （所得が一定以下）		15,000円		15,000円	一般	18,000円 （年14.4万円※3）	57,600円 <44,400円>	57,600円 <44,400円>
					住民税非課税	8,000円	24,600円	35,400円 <24,600円>
					住民税非課税 （所得が一定以下）		15,000円	

※1 同じ世帯で同じ保険者に属する者
※2 収入の合計額が520万円未満（1人世帯の場合は383万円未満）の場合も含む。
※3 1年間のうち一般区分又は住民税非課税区分であった月の外来の自己負担額の合計額について、14.4万円の上限を設ける。
<>内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目以降の限度額（多数回該当）。年収は東京都特別区在住の単身者の例。



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

マイナ保険証の利用促進等について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

オンライン資格確認の利用状況

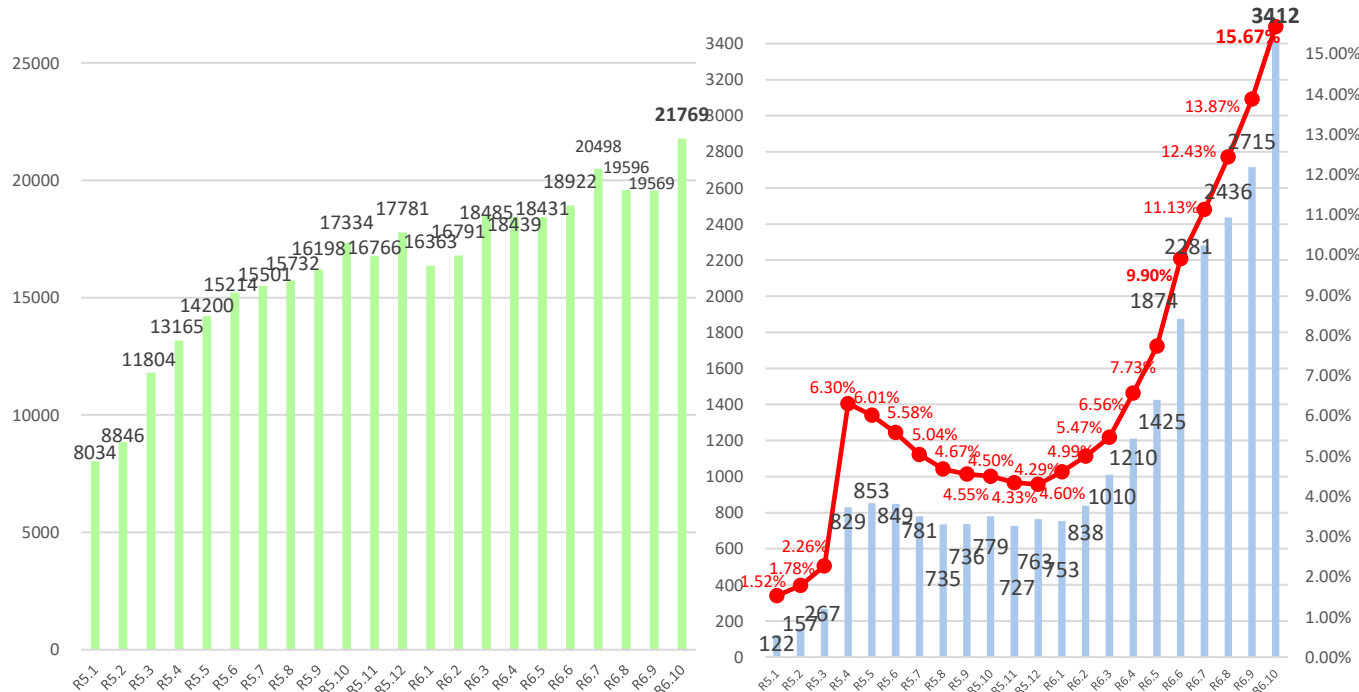
※利用率=マイナ保険証利用件数/オンライン資格確認利用件数

■ オンライン資格確認の利用件数（万件）

■ マイナ保険証の利用件数（万件）

● 利用率

【10月分実績の内訳】



	合計	マイナンバーカード	保険証
病院	13,735,667	3,840,623	9,895,044
医科診療所	90,570,748	11,692,591	78,878,157
歯科診療所	15,088,920	3,319,469	11,769,451
薬局	98,299,054	15,268,318	83,030,736
総計	217,694,389	34,121,001	183,573,388

	特定健診等情報（件）	薬剤情報（件）	診療情報（件）
病院	1,021,322	628,203	1,667,915
医科診療所	3,504,895	4,437,550	9,601,865
歯科診療所	807,059	731,151	719,729
薬局	4,659,893	3,961,989	7,777,914
総計	9,993,169	9,758,893	19,767,423

＜参考＞ ※紙の保険証受診であってオンライン資格確認を利用しない場合も含めた資格確認総件数は、直近で約2.46億件（令和5年6月）

令和6年10月のマイナ保険証利用人数（1,657万人）から、当該月に医療機関に受診した人の推計値（6,752万人）を用いて、一月に医療機関を受診した人のうち、マイナ保険証を利用した人の割合（推計値）を算出すると以下のとおり。

医療機関受診者に占めるマイナ保険証利用者の割合	24.5%	（※）10/28～11/8の間の解除申請登録数が792件、 10/26から11/10までの利用登録の増加件数が約67.8万件
医療機関受診者（MNC保有者）に占めるマイナ保険証利用者の割合	32.4%	
医療機関受診者（マイナ保険証登録者）に占めるマイナ保険証利用者の割合	39.6%	

※医療機関受診者数とマイナ保険証利用者数は、月内に保険者を異動し、両保険者において医療機関を受診した又はマイナ保険証を利用した場合はダブルカウントされる。
※医療機関受診者数については、加入者数に患者割合をかけることで算出。加入者数については令和6年6月までは医療保険医療費データベースによる実績値、7～10月は過去の伸び率から推計して算出。
患者割合は、令和4年度の医療給付実態調査における診療種別計の患者割合を元に、医療保険医療費データベースにおける直近の入院外＋歯科の受診率を用いて推計し算出。
※医療機関受診者のうちMNC保有者及びマイナ保険証保有者の算出は、全人口のうちMNC保有者（75.7%）やMNC保有者のうちマイナ保険証利用登録者（82.0%）を用いて推計。

- 1. 12月2日以降のマイナンバーカードの取扱いと
資格確認書等の運用の詳細や更なる周知広報**
- 2. 12月2日からオンライン資格確認導入が原則義務化
される施設における導入状況等**

12月2日以降のマイナンバーカードの取扱いと 資格確認書等の運用の詳細や更なる周知広報

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

新生児へのマイナンバーカード・資格確認書の交付

12月2日より、申請日に1歳未満の者に対しては顔写真なしマイナンバーカード（5歳の誕生日を迎えるまで利用可）が交付される。マイナ保険証による受診を希望しない場合には、資格確認書の交付を受けることが可能。

顔写真なしマイナンバーカード

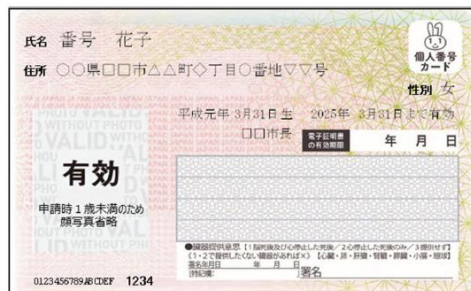
- 申請から原則1週間で発行される特急発行の対象
- 出生届と同時に新生児のマイナンバーカードの申請を行うことが可能（申請様式の一体化）
- 医療機関等でのオンライン資格確認には、4桁の暗証番号の入力が必要（顔認証、目視モードは不可）
- 保険者で加入手続・登録後に、マイナ保険証の利用登録が可能

※将来的にこども医療費の受給者証もマイナンバーカードと一体化されれば、マイナンバーカード1枚で受診可に

資格確認書

- 保護者に、新生児のマイナ保険証の利用登録をする意向がない場合は、保険者への加入手続時に資格確認書を交付して差し支えない
- 保護者にマイナ保険証の利用登録の意向がある場合は、保護者の希望に応じて、資格確認書を交付しない又は短期間の有効期限の資格確認書を交付することも考えられる

（顔写真なしマイナンバーカードのイメージ）



こどもが生まれた際の保険者への加入手続時に、保護者の意向に沿って、顔写真なしマイナンバーカードでの受診・資格確認書での受診いずれかを選んで保険診療を受けることが可能。

マイナンバーカードの特急発行・交付について

現在、カードの申請から交付まで約1カ月程度を要しているところ、特に速やかな交付が必要となる場合を対象に、原則1週間でカードを交付する特急発行・交付の仕組みを12月2日より開始。

- ・ 対象者：1歳未満の乳児、カード紛失者、券面の追記欄が埋まった者、カードを破損・汚した者 等

※ 必ずしも本人の意思によらずカードが使えなくなった場合が対象であり、
全てのケースで特急発行の対象とはならない（例：カードの有効期限満了に伴う交付は対象外）

- ・ 申請時に来庁して本人確認を行った上で、郵送（簡易書留郵便等）でカードが送付される。
- ・ 特急発行の申請が可能となるのは、カードの交付を速やかに受ける事由（紛失届をした日など）が生じた日から起算して30日間。

（参考）カードの申請方法（通常の発行の場合）

手元にあるカードを残したまま、更新等を行う場合には、交付時来庁方式（郵送・オンラインで申請を行い、交付時に対面での本人確認）による申請が可能。

※このほか、申請時来庁方式（申請時に対面での本人確認を受け、本人限定受取郵便等で交付）や、福祉施設等への出張申請による対応も可。

（参考）カードの紛失時の対応

- ① 利用停止：マイナンバー総合フリーダイヤル（0120-95-0178）に電話、24時間365日対応
- ② 再交付申請：左記の申請方法により対応

※ 再交付申請を行って新たなカードを受け取るまでの間、保険者に対して資格確認書の交付申請も可能。

資格確認書の交付対象について

利用者が置かれている状況を基に資格確認書の交付対象となるかどうかのフローを整理すると以下のとおり。

マイナンバーカードは保有していますか？

いいえ

はい

(3か月以上) 電子証明書の有効期限は切れていますか？

はい

いいえ

マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていますか？

いいえ

はい

令和7年7月末までに後期高齢者（75歳以上）になる予定ですか？

はい

いいえ

65歳以上75歳未満の方で後期高齢者医療広域連合から障害があると認定を受けていますか？

はい

いいえ

マイナンバーカードでの受診等が困難な方（高齢者・障害者等）
またはマイナンバーカードの紛失・更新中ですか？

はい

いいえ

◆申請によらず交付されます◆
現行の健康保険証の有効期限内に
無償で交付いたします。

◆申請によらず交付されます◆
7月末までの暫定的な運用として、無償で交付いたします。

◆申請により交付されます◆
加入する保険者に対して申請を
お願いいたします。

◆交付されません◆

12月2日以降における 医療機関等への受診方法に関するリーフレット（国民向け）

患者がマイナ保険証を医療機関等に持参して受診する場合において、受付がうまくいかなかった場合でも、適切な自己負担分で保険診療が受けられる方法などをまとめたリーフレットを作成し、国民・医療機関等に向けて周知を実施。

**これまで通りの自己負担額で
保険診療を受けられます**

令和6年12月2日以降、健康保険証は新たに発行されなくなり、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行します。

医療機関・薬局で提示するもの

マイナ保険証



- 健康保険証利用登録をしたマイナンバーカードが、**マイナ保険証**です。利用登録は、医療機関・薬局の受付窓口にある顔認証付きカードリーダーなどで簡単にできます。
- マイナ保険証を利用する際は、**マイナンバーカードの電子証明書の有効期限**にご注意ください。

※マイナンバーカードの有効期限は10年(未成年者は5年)ですが、カードに格納されている電子証明書の有効期限は5年です。

マイナンバーカードの電子証明書の有効期限ってどうやって確認するの？

- 電子証明書の有効期限は、マイナンバーカードの券面(左下の赤枠部分)に記載されています。
- 記載がない場合は、右下図の手順でマイナポータルからご確認ください。



▲マイナンバーカードの券面



▲マイナポータル

電子証明書の有効期限の3か月前より、お知らせしています！

- 電子証明書の有効期限の更新が必要な場合、お手元に更新を案内する**有効期限通知書(封書)**が届きます。
- また、有効期限の3か月前から3か月後まで、医療機関・薬局でマイナ保険証を利用される際、顔認証付きカードリーダーで**更新アラートが表示**されます。
- 有効期限までに更新できないまま受診しても、有効期限が切れてから3か月間は健康保険証として利用可能です。
- ※有効期限が切れた場合、マイナンバーカードの健康保険証以外の機能は利用できないため、お住まいの自治体の窓口にて速やかに更新ください。

マイナ保険証(マイナンバーカード)をお持ちでない場合 以下のどちらかをご利用ください

(今お持ちの) 健康保険証



有効期限は**最大1年間**
(令和7年12月1日まで)。

※転居・転職などで加入する保険者が変わる場合や、令和7年12月1日までに有効期限を迎える時点までです。

資格確認書



まだマイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない方などは、今お持ちの健康保険証の有効期限内に資格確認書を無償で**申請により**保険者から交付します。

※詳しくは裏面のQRコードよりご確認ください

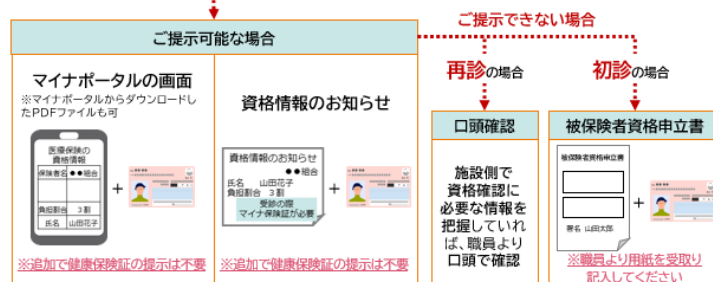
顔認証付きカードリーダーの不具合などで
マイナ保険証による受付が上手くいかなかった場合でも、
自己負担10割でなく、これまで通りの自己負担額です

マイナ保険証での受付が上手くいかなかった場合

マイナ保険証を利用する際に、顔認証付きカードリーダーの不具合など何らかの事情で資格確認を行えなかった場合も、以下のような対応で資格確認を行います。



マイナポータルを提示したが、**受付が上手くいかない**



資格情報のお知らせ ってなに？



- マイナ保険証をお持ちの方に、申請によらず交付される書類です。
- 単体では受診はできません。何らかの事情で資格確認を行えなかった場合に、マイナンバーカードとセットでご提示ください。

被保険者資格申立書 ってなに？



- 初診の医療機関・薬局にて、何らかの事情で資格確認ができなかった上、マイナポータルの画面や資格情報のお知らせをお持ちでない場合に、ご記入いただく書類です。

マイナポータル 0120-95-0178

5番を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお進みください。

受付時間(年末年始を除く) 平日:9時30分～20時00分
土日祝:9時30分～17時30分

マイナ保険証の
メリット等
について



資格確認書
について



12月2日からオンライン資格確認導入が原則義務化 される施設における導入状況等

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

令和6年12月2日からオンライン資格確認の導入が原則義務化される施設におけるオンライン資格確認の導入状況

(2024/11/17時点)

1. 訪問看護ステーション全体

利用申請済施設数

16,208施設 **(81.1%)** ,

準備完了施設数

12,281施設 **(61.4%)**

(参考) 全施設数 19,993施設

2. 柔道整復師施術所全体

利用申請済施設数

30,617施設 **(64.4%)** ,

準備完了施設数

25,683施設 **(54.0%)**

(参考) 全施設数 47,574施設

3. あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術所全体

利用申請済施設数

9,128施設 **(25.6%)** ,

準備完了施設数

5,927施設 **(16.6%)**

(参考) 全施設数 35,694施設

(※) 令和6年12月2日の原則義務化に向けて、

- ・補助金との活用等を改めて周知するとともに、
- ・利用申請後の対応の案内や、運用開始の報告など、施術所の状況に応じた必要な周知等の支援を行う。

受領委任払いを行う柔整あはき施術所における オンライン資格確認の導入の義務化の対象外となる「やむを得ない（場合）事由」について

- ・ 柔道整復師・はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任については、令和6年12月2日以降、オンライン資格確認の導入が原則義務化となる。
- ・ 一方、以下の1から3までに記載した「やむを得ない事由（場合）」に該当する施術所については、義務化の対象外となる旨、令和6年11月6日に事務連絡を発出済。

1-1. 【柔道整復師の施術所】

施術者が皆、高齢（※1）により、オンライン資格確認によって療養費を受領する資格があることを確認することが困難な方である場合

1-2. 【あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師の施術所】

施術者が皆、高齢（※1）又は視覚障害により、オンライン資格確認によって療養費を受領する資格があることを確認することが困難な方である場合

（※1）令和6年4月時点で、常勤の施術者が皆、70歳以上である場合。

「常勤」とは、原則として施術所において定められた施術者の勤務時間の全てを勤務する者を指す。

2. 廃止・休止に関する計画を定めている施術所である場合

⇒ 令和7年12月2日までの廃止・休止を決めている施術所である場合（具体的な廃止、休止時期が定まっていない場合は該当しない）

3. 受領委任の取扱いを中止する施術所である場合

⇒ 令和7年12月2日までの受領委任の取扱い中止を決めている施術所である場合（具体的な中止時期が定まっていない場合は該当しない）

なお、オンライン資格確認が導入されていない施術所（※2）について、令和6年12月2日以降もオンライン資格確認が導入されていない場合には、厚生（支）局長又は都道府県知事による個別の働きかけ等を行う場合がある。

（※2）上述の1～3に掲げる施術所を除く

受領委任払いを行う柔整あはき施術所での資格確認と療養費請求 (令和6年12月2日以降の取扱い)

マイナンバーカードのモバイル端末・PC端末に接続した汎用カードリーダーでの読み取りについてご案内ください

確認できた

- ・ 何らかの事情でオンライン資格確認を行えなかった場合 (※)
- or
- ・ オンライン資格確認導入義務化の対象外の場合

問題なし

マイナンバーカードを
持っていない方の場合

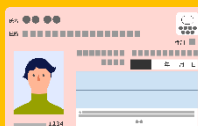
健康保険証
(~2025.12/1)



資格確認書
(2024.12/2~)

資格確認書 有効期限
XXXX
氏名 山田太郎
負担割合 3割
保険者名 ●●●

マイナ保険証



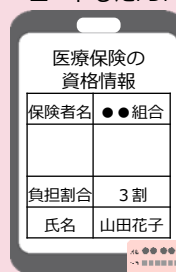
※追加で保険証の提示は
不要

※電子証明書の有効期限
後3カ月間は資格確認可

【患者が提示可能な場合】

マイナポータル画面

※マイナポータルからダウン
ロードしたPDFファイル也可



+

資格情報のお知らせ

資格情報のお知らせ
●●組合
氏名 山田花子
負担割合 3割
受診の際
マイナ保険証が必要

+



【2回目以降の受療の場合】

過去の受療で
請求に必要な
資格情報を把
握していれば、
患者への口頭
確認

+



【初検の場合】

月内の次回受
療時など、患
者に対して、
被保険者番号
等を事後的に
確認が必須

+



患者には適切な自己負担分（3割分等）の支払を求めてください

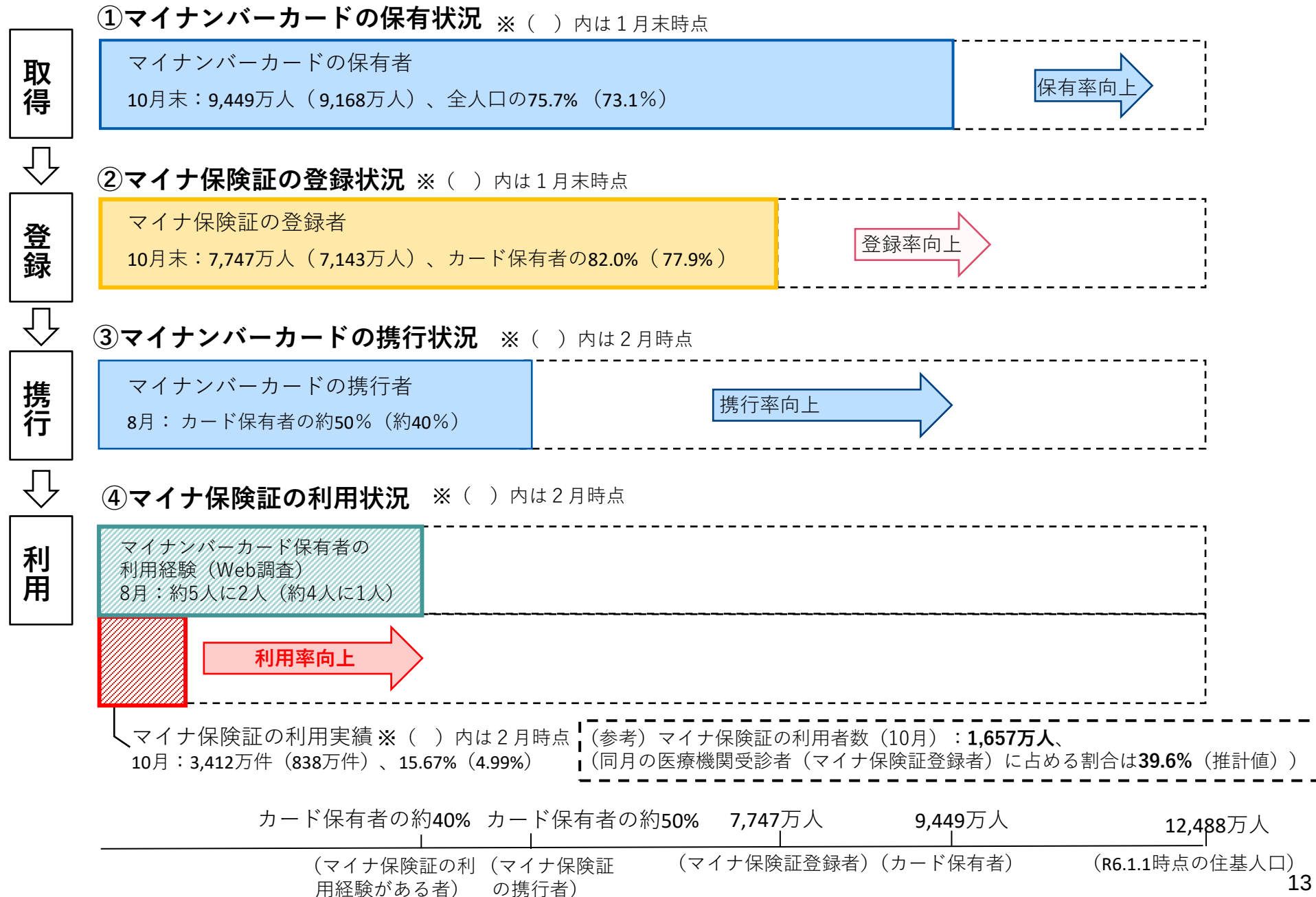
上記の方法で確認した被保険者番号等を療養費支給申請書に記載して療養費請求をしてください

※オンライン資格確認等システム（マイナ資格確認アプリ）では資格情報を施術の翌月末まで事後的に被保険者番号等の確認が可能です

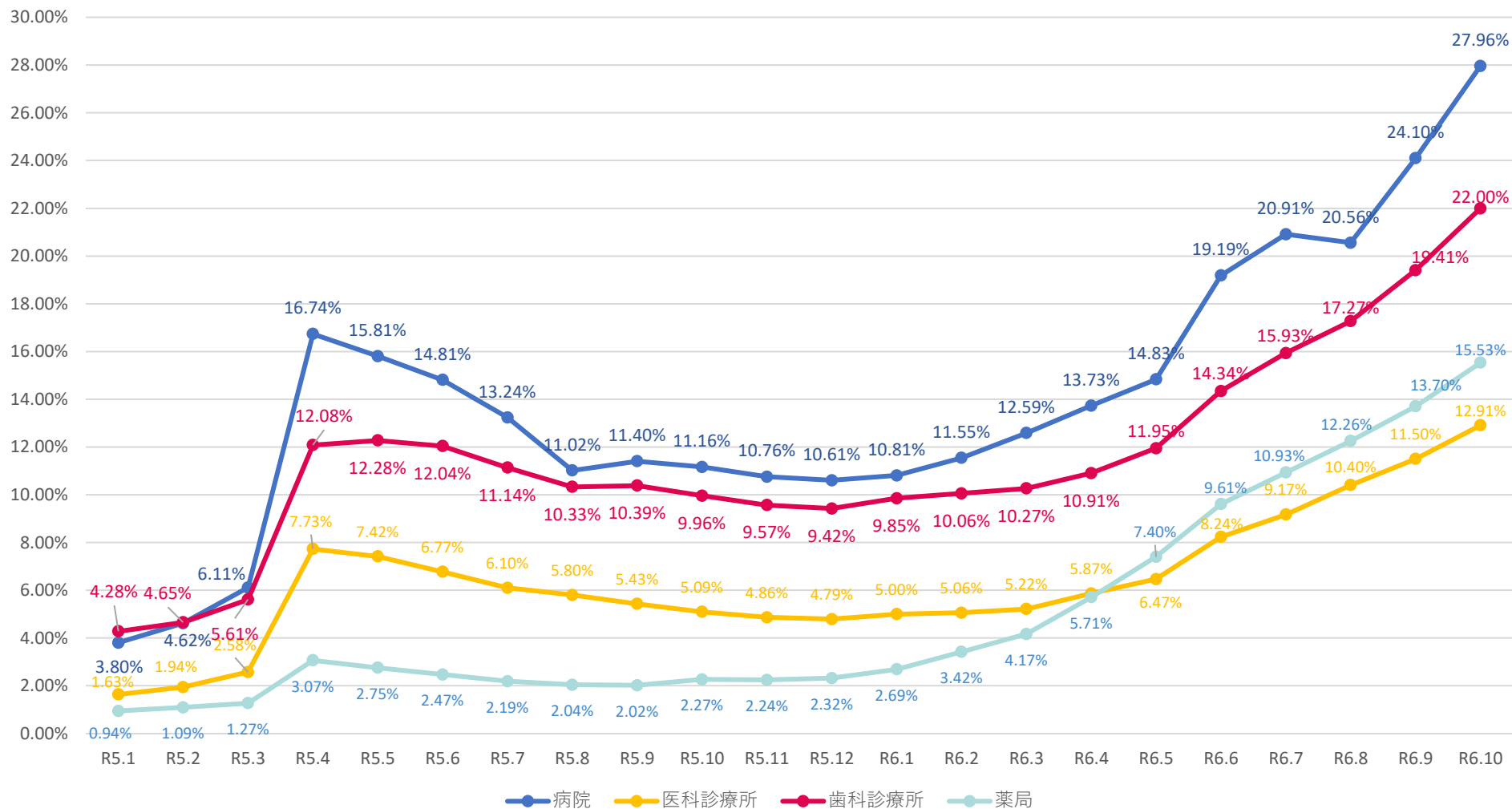
(※) マイナンバーカードをかざしたが「資格情報なし」・「資格（無効）」と表示された場合
モバイル端末機器等のトラブルによりオンライン資格確認ができない場合 等

参考資料

マイナ保険証に関する現状

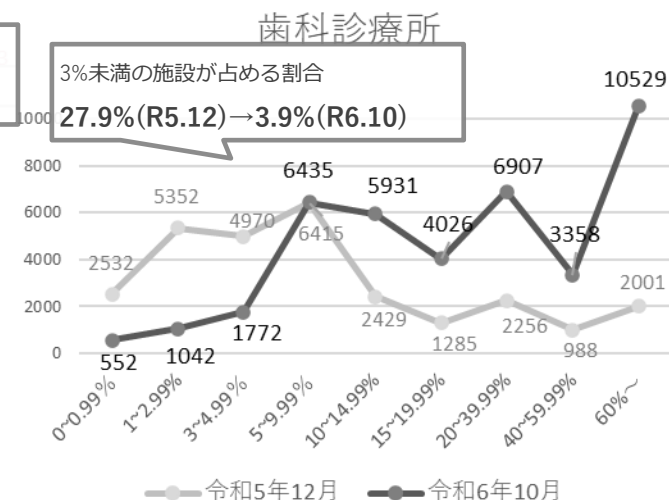
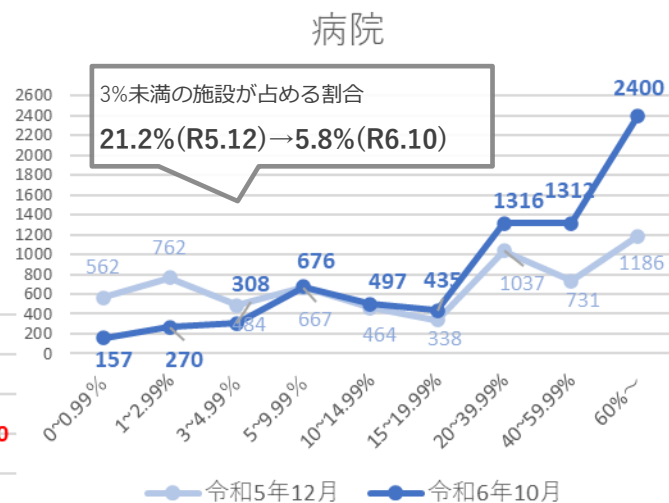
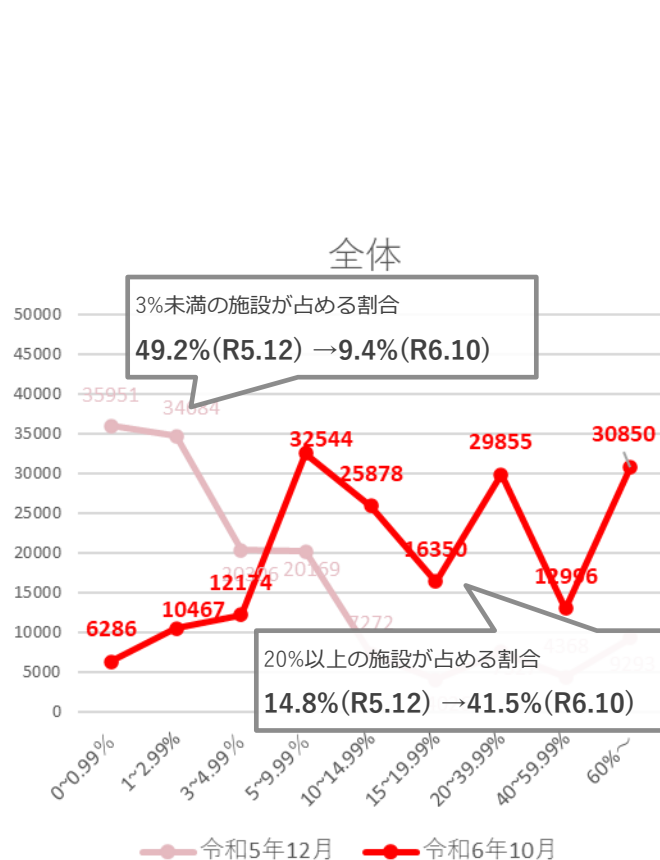


施設類型別のマイナ保険証利用率の推移

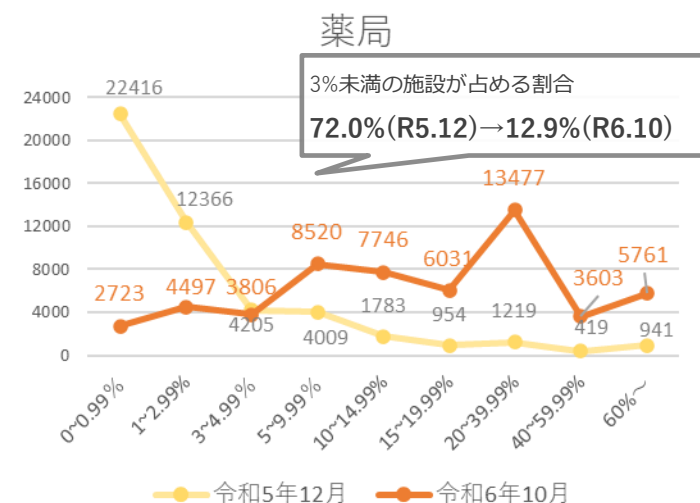
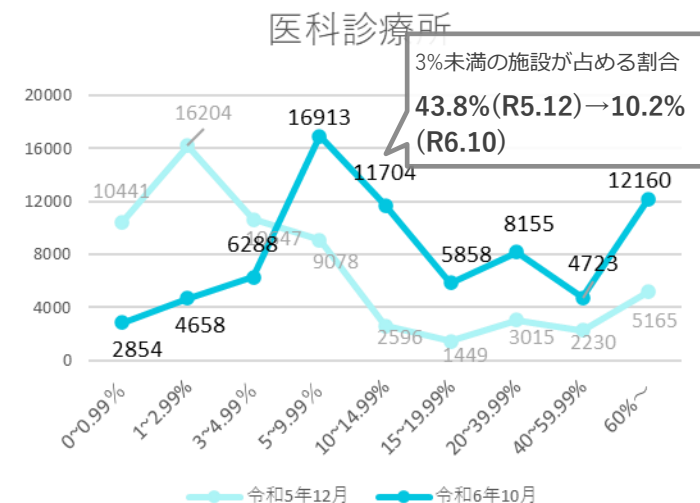


マイナ保険証の利用状況

■マイナ保険証利用割合ごとの施設数の分布（利用件数割合）



令和5年12月、令和6年10月時点



※ 利用割合 = MNC利用件数 / オン資利用件数

※ オンライン資格確認利用件数50以上等の施設を対象に算出（施設数：143,596(R5.12)、177,400(R6.10)）

オンライン資格確認 マイナ保険証の利用実績 (都道府県別の医療機関・薬局での利用(令和6年10月))

○ 都道府県別のマイナ保険証の利用率(令和6年10月)は以下のとおり。

※黄色=上位5県 灰色=下位5県

都道府県名	利用率
北海道	16.34% (+1.73%)
青森県	14.52% (+2.12%)
岩手県	17.25% (+1.91%)
宮城県	13.76% (+1.29%)
秋田県	15.29% (+1.48%)
山形県	17.46% (+2.11%)
福島県	19.85% (+2.19%)
茨城県	17.06% (+1.56%)
栃木県	18.59% (+1.81%)
群馬県	17.60% (+2.02%)
埼玉県	14.10% (+1.50%)
千葉県	16.02% (+1.77%)
東京都	14.01% (+1.63%)
神奈川県	14.90% (+1.66%)

全国	15.67% (+1.80%)
----	-----------------

都道府県名	利用率
新潟県	20.99% (+2.25%)
富山県	23.59% (+2.30%)
石川県	21.40% (+1.80%)
福井県	21.63% (+2.41%)
山梨県	14.63% (+1.96%)
長野県	14.30% (+1.90%)
岐阜県	15.66% (+2.78%)
静岡県	17.96% (+1.93%)
愛知県	13.92% (+1.88%)
三重県	14.68% (+1.60%)
滋賀県	17.91% (+2.35%)
京都府	16.58% (+1.81%)
大阪府	14.39% (+1.77%)
兵庫県	15.33% (+1.95%)
奈良県	15.69% (+1.70%)
和歌山県	11.22% (+1.24%)

都道府県名	利用率
鳥取県	18.82% (+2.15%)
島根県	21.71% (+2.45%)
岡山県	16.12% (+1.68%)
広島県	18.26% (+2.10%)
山口県	20.67% (+2.34%)
徳島県	14.17% (+1.73%)
香川県	17.28% (+2.01%)
愛媛県	12.56% (+1.24%)
高知県	14.97% (+2.07%)
福岡県	14.98% (+1.66%)
佐賀県	17.39% (+2.42%)
長崎県	17.01% (+2.13%)
熊本県	16.63% (+2.23%)
大分県	15.74% (+2.03%)
宮崎県	17.78% (+2.19%)
鹿児島県	20.04% (+1.53%)
沖縄県	7.43% (+1.19%)

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数
(括弧内の値は令和6年9月の値からの変化量(%ポイント))

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【医科診療所】

順位	R6.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	福井	19.44%	73,381	377,560
2	(3)	新潟	18.89%	244,847	1,296,492
3	(4)	富山	18.57%	116,525	627,589
4	(2)	鹿児島	18.11%	203,957	1,126,091
5	(5)	秋田	17.80%	87,613	492,206
6	(6)	島根	17.28%	79,527	460,209
7	(8)	宮崎	16.92%	115,636	683,226
8	(7)	静岡	16.36%	452,022	2,762,809
9	(12)	青森	15.98%	115,089	720,028
10	(11)	滋賀	15.94%	116,882	733,167
11	(9)	石川	15.57%	115,754	743,451
12	(10)	鳥取	15.29%	54,700	357,700
13	(14)	山口	15.25%	173,730	1,139,177
14	(13)	栃木	15.06%	194,783	1,293,799
15	(15)	岩手	14.74%	111,455	756,266
16	(16)	北海道	14.73%	456,319	3,097,463
17	(17)	香川	14.61%	78,001	534,056
18	(18)	山形	14.51%	127,661	879,930
19	(19)	茨城	14.04%	214,661	1,528,774
20	(21)	群馬	14.03%	203,632	1,451,844
21	(20)	福島	14.00%	162,938	1,164,093
22	(22)	千葉	13.49%	502,174	3,721,292
23	(23)	京都	13.36%	198,494	1,485,609
24	(24)	広島	13.36%	309,900	2,319,514
25	(25)	宮城	12.72%	236,168	1,856,289
26	(29)	熊本	12.60%	197,358	1,566,325
27	(26)	岐阜	12.60%	204,243	1,621,421
28	(28)	奈良	12.33%	114,045	924,723
29	(30)	神奈川	12.33%	882,050	7,156,001
30	(31)	埼玉	12.27%	581,327	4,736,231

【病院】

順位	R6.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(3)	山形	39.13%	44,747	114,367
2	(1)	富山	38.51%	77,096	200,188
3	(2)	栃木	38.39%	65,508	170,625
4	(6)	山口	35.18%	59,255	168,444
5	(5)	石川	35.13%	54,335	154,689
6	(4)	茨城	35.10%	90,556	257,976
7	(11)	千葉	33.73%	193,792	574,569
8	(7)	新潟	33.71%	71,581	212,334
9	(10)	京都	33.38%	83,478	250,087
10	(8)	宮城	32.51%	75,669	232,766
11	(9)	香川	32.37%	33,472	103,400
12	(13)	北海道	31.92%	238,696	747,802
13	(17)	山梨	31.54%	20,650	65,478
14	(15)	広島	30.54%	95,256	311,871
15	(16)	福島	30.43%	63,365	208,252
16	(14)	島根	30.21%	21,168	70,064
17	(20)	鳥取	30.12%	19,556	64,917
18	(19)	群馬	30.02%	66,894	222,795
19	(12)	鹿児島	30.02%	85,485	284,714
20	(18)	長崎	29.71%	55,561	187,001
21	(46)	岐阜	29.65%	62,536	210,931
22	(21)	滋賀	29.40%	32,933	112,011
23	(22)	宮崎	28.78%	54,918	190,823
24	(28)	岩手	28.32%	45,153	159,451
25	(25)	神奈川	28.16%	206,414	733,047
26	(23)	奈良	28.03%	39,822	142,049
27	(30)	兵庫	27.79%	147,834	532,011
28	(24)	大分	27.66%	51,295	185,434
29	(26)	長野	27.37%	67,670	247,206
30	(27)	愛媛	27.34%	46,782	171,102

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【医科診療所】

順位	R6.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(34)	長崎	12.24%	148,623	1,214,135
32	(32)	長野	12.22%	156,665	1,282,418
33	(33)	三重	12.19%	181,910	1,491,974
34	(35)	兵庫	12.12%	483,806	3,992,140
35	(27)	岡山	12.08%	162,994	1,349,588
36	(41)	山梨	11.97%	54,187	452,718
37	(37)	大分	11.95%	90,172	754,557
38	(40)	愛知	11.72%	763,937	6,519,148
39	(38)	東京	11.65%	1,303,711	1,194,285
40	(36)	愛媛	11.62%	103,331	889,228
41	(39)	大阪	11.61%	722,512	6,223,353
42	(42)	佐賀	11.39%	86,225	756,986
43	(43)	福岡	11.05%	498,206	4,507,016
44	(44)	高知	10.84%	37,853	349,075
45	(45)	徳島	10.17%	46,424	456,345
46	(46)	和歌山	9.01%	73,004	810,355
47	(47)	沖縄	7.58%	54,159	714,092

【病院】

順位	R6.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(32)	岡山	26.85%	69,192	257,732
32	(29)	大阪	26.70%	221,337	828,867
33	(37)	青森	26.54%	46,036	173,467
34	(34)	佐賀	26.43%	33,534	126,862
35	(33)	静岡	26.39%	101,915	386,180
36	(31)	秋田	26.36%	21,504	81,581
37	(35)	東京	26.06%	351,104	1,347,144
38	(36)	熊本	25.04%	76,610	305,907
39	(39)	福井	24.69%	27,000	109,362
40	(40)	埼玉	24.58%	167,476	681,244
41	(38)	三重	24.41%	44,343	181,684
42	(41)	福岡	21.97%	147,801	672,771
43	(43)	愛知	21.80%	166,773	765,090
44	(44)	高知	21.37%	26,756	125,180
45	(42)	和歌山	21.19%	25,723	121,384
46	(45)	徳島	17.28%	20,914	121,050
47	(47)	沖縄	12.90%	21,128	163,758

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【歯科診療所】

順位	R6.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	宮崎	35.73%	31,794	88,980
2	(3)	富山	32.02%	41,118	128,396
3	(2)	鹿児島	31.20%	60,161	192,817
4	(6)	岐阜	30.37%	68,220	224,624
5	(4)	岩手	30.27%	32,718	108,096
6	(5)	三重	29.76%	53,998	181,451
7	(8)	山口	29.16%	49,405	169,420
8	(9)	山梨	29.16%	16,877	57,883
9	(7)	秋田	29.05%	29,037	99,953
10	(10)	石川	28.76%	33,977	118,158
11	(12)	広島	28.04%	92,315	329,198
12	(11)	奈良	27.83%	33,394	119,980
13	(16)	静岡	27.43%	123,265	449,392
14	(19)	福井	27.05%	20,814	76,941
15	(15)	京都	27.00%	58,219	215,601
16	(18)	山形	26.84%	34,160	127,285
17	(13)	長野	26.78%	52,424	195,758
18	(14)	和歌山	26.58%	16,964	63,818
19	(20)	熊本	26.30%	54,631	207,701
20	(17)	福島	26.26%	46,460	176,956
21	(21)	長崎	25.93%	42,759	164,906
22	(22)	栃木	25.07%	65,157	259,857
23	(24)	群馬	24.75%	58,890	237,940
24	(23)	大分	24.73%	23,690	95,786
25	(26)	滋賀	24.46%	32,864	134,335
26	(25)	愛知	24.40%	211,393	866,391
27	(30)	兵庫	22.27%	127,988	574,798
28	(35)	青森	22.25%	28,115	126,385
29	(27)	佐賀	22.15%	22,099	99,768
30	(28)	島根	21.90%	21,485	98,104

【薬局】

順位	R6.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
1	(1)	島根	25.12%	104,811	417,163
2	(7)	佐賀	23.54%	111,501	473,582
3	(2)	石川	23.33%	163,234	699,816
4	(4)	福島	22.88%	261,781	1,144,043
5	(3)	山口	22.82%	243,195	1,065,634
6	(5)	富山	22.40%	172,446	769,954
7	(6)	福井	21.84%	74,780	342,345
8	(8)	新潟	21.03%	377,338	1,794,711
9	(9)	広島	20.57%	385,493	1,873,880
10	(10)	鳥取	19.97%	67,742	339,214
11	(12)	長崎	19.25%	166,186	863,144
12	(11)	栃木	18.28%	292,431	1,599,301
13	(16)	熊本	18.21%	200,597	1,101,413
14	(13)	群馬	18.19%	227,027	1,248,323
15	(14)	岡山	17.94%	206,531	1,151,196
16	(18)	福岡	17.54%	602,493	3,435,117
17	(15)	鹿児島	17.50%	194,524	1,111,341
18	(22)	滋賀	17.15%	164,090	957,038
19	(21)	香川	17.11%	106,320	621,370
20	(17)	静岡	17.08%	603,416	3,532,283
21	(20)	徳島	17.02%	68,237	400,884
22	(23)	山形	16.51%	187,610	1,136,448
23	(19)	茨城	16.46%	362,588	2,203,502
24	(24)	岩手	15.94%	155,879	977,699
25	(26)	兵庫	15.92%	598,747	3,761,498
26	(28)	千葉	15.60%	715,098	4,585,260
27	(27)	奈良	15.56%	128,792	827,783
28	(25)	京都	15.54%	250,262	1,610,209
29	(31)	大分	15.49%	126,982	819,908
30	(29)	神奈川	15.30%	1,151,260	7,525,093

施設類型別・都道府県別の利用実績

※ 利用率 = マイナ保険証利用件数 ÷ オンライン資格確認利用件数

【歯科診療所】

順位	R6.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(32)	高知	21.65%	17,774	82,095
32	(29)	福岡	21.51%	137,802	640,789
33	(34)	茨城	21.31%	65,799	308,762
34	(31)	新潟	20.87%	69,882	334,792
35	(33)	大阪	20.80%	198,807	955,941
36	(38)	埼玉	20.32%	173,705	854,917
37	(37)	宮城	20.28%	70,838	349,366
38	(36)	鳥取	20.24%	19,002	93,865
39	(39)	神奈川	19.88%	227,108	1,142,559
40	(41)	北海道	18.52%	154,538	834,369
41	(42)	徳島	18.43%	13,010	70,594
42	(40)	岡山	18.34%	50,234	273,839
43	(43)	千葉	17.34%	151,698	874,776
44	(45)	東京	17.16%	320,275	1,866,671
45	(44)	香川	17.07%	22,022	129,002
46	(47)	沖縄	15.27%	12,783	83,697
47	(46)	愛媛	14.74%	29,801	202,208

【薬局】

順位	R6.9順位	都道府県	利用率	MNC利用件数	オン資件数
31	(32)	高知	15.18%	63,233	416,434
32	(33)	岐阜	14.88%	246,818	1,658,950
33	(30)	北海道	14.66%	740,849	5,052,747
34	(37)	大阪	14.57%	848,473	5,824,094
35	(36)	宮崎	14.46%	135,003	933,893
36	(34)	東京	14.39%	1,612,643	11,209,042
37	(35)	三重	14.18%	221,515	1,562,006
38	(40)	愛知	13.80%	907,942	6,581,116
39	(39)	山梨	13.55%	94,001	693,745
40	(38)	埼玉	13.45%	793,470	5,900,334
41	(43)	長野	12.61%	222,889	1,767,615
42	(41)	秋田	12.55%	160,767	1,280,970
43	(42)	宮城	11.87%	296,681	2,499,886
44	(45)	青森	11.57%	162,139	1,400,878
45	(44)	愛媛	11.05%	156,498	1,416,245
46	(46)	和歌山	10.66%	77,486	726,743
47	(47)	沖縄	5.74%	56,520	985,204

マイナンバー法等の一部改正法案の概要

今般の新型コロナウイルス感染症対策の経験により、社会における抜本的なデジタル化の必要性が顕在化。デジタル社会の基盤であるマイナンバー、マイナンバーカードについて国民の利便性向上等の観点から、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（マイナンバー法）等の一部改正を行う。

【改正のポイント】

1. マイナンバーの利用範囲の拡大

（マイナンバー法、住民基本台帳法）

- 理念として社会保障制度、税制及び災害対策以外の行政事務においてもマイナンバーの利用の推進を図る。
※具体的な利用事務の追加は、従来通り法律改正で追加
 - 具体的には、理容師・美容師、小型船舶操縦士及び建築士等の国家資格等、自動車登録、在留資格に係る許可等に関する事務において、マイナンバーの利用を可能とする。
- ⇒ 各種事務手続における添付書類の省略等

2. マイナンバーの利用及び情報連携に係る規定の見直し

（マイナンバー法、住民基本台帳法）

- 法律でマイナンバーの利用が認められている事務に準ずる事務（事務の性質が同一であるものに限る）についても、マイナンバーの利用を可能とする。
※個別の法律の規定に基づく事務は、従来通り法律改正で追加
 - 法律でマイナンバーの利用が認められている事務について、主務省令に規定することで情報連携を可能とする。
※情報連携が行われた記録は、マイナポータル上で照会可能
- ⇒ 新規で必要とされる機関間の情報連携のより速やかな開始が可能に

3. マイナンバーカードと健康保険証の一体化

（マイナンバー法、医療保険各法）

- 乳児に交付するマイナンバーカードについて顔写真を不要とする。
 - 健康保険証を廃止するとともに、マイナンバーカードによりオンライン資格確認を受けることができない状況にある方が、必要な保険診療等を受けられるよう、本人からの求めに応じて「資格確認書」を提供する。
- ⇒ すべての被保険者の円滑な保険診療を可能に

4. マイナンバーカードの普及・利用促進

（マイナンバー法、公的個人認証法、住民基本台帳法、郵便局事務取扱法）

- 在外公館で、国外転出者に対するマイナンバーカードの交付や電子証明書の発行等に関する事務を可能とする。
 - 市町村から指定された郵便局においても、マイナンバーカードの交付申請の受付等ができるようにする。
 - 暗証番号の入力等を伴う電子利用者証明を行わずに、利用者の確認をする方法の規定を整備する（例：図書館等での活用）。
- ⇒ マイナンバーカードを申請・取得できる選択肢の拡大及び利用の促進

5. 戸籍等の記載事項への「氏名の振り仮名」の追加

（戸籍法、住民基本台帳法、家事事件手続法、マイナンバー法、公的個人認証法）

- 戸籍、住民票等の記載事項に「氏名の振り仮名」を追加。
- マイナンバーカードの記載事項等に「氏名の振り仮名」を追加。

⇒ 公証された振り仮名が各種手続での本人確認で利用可能に



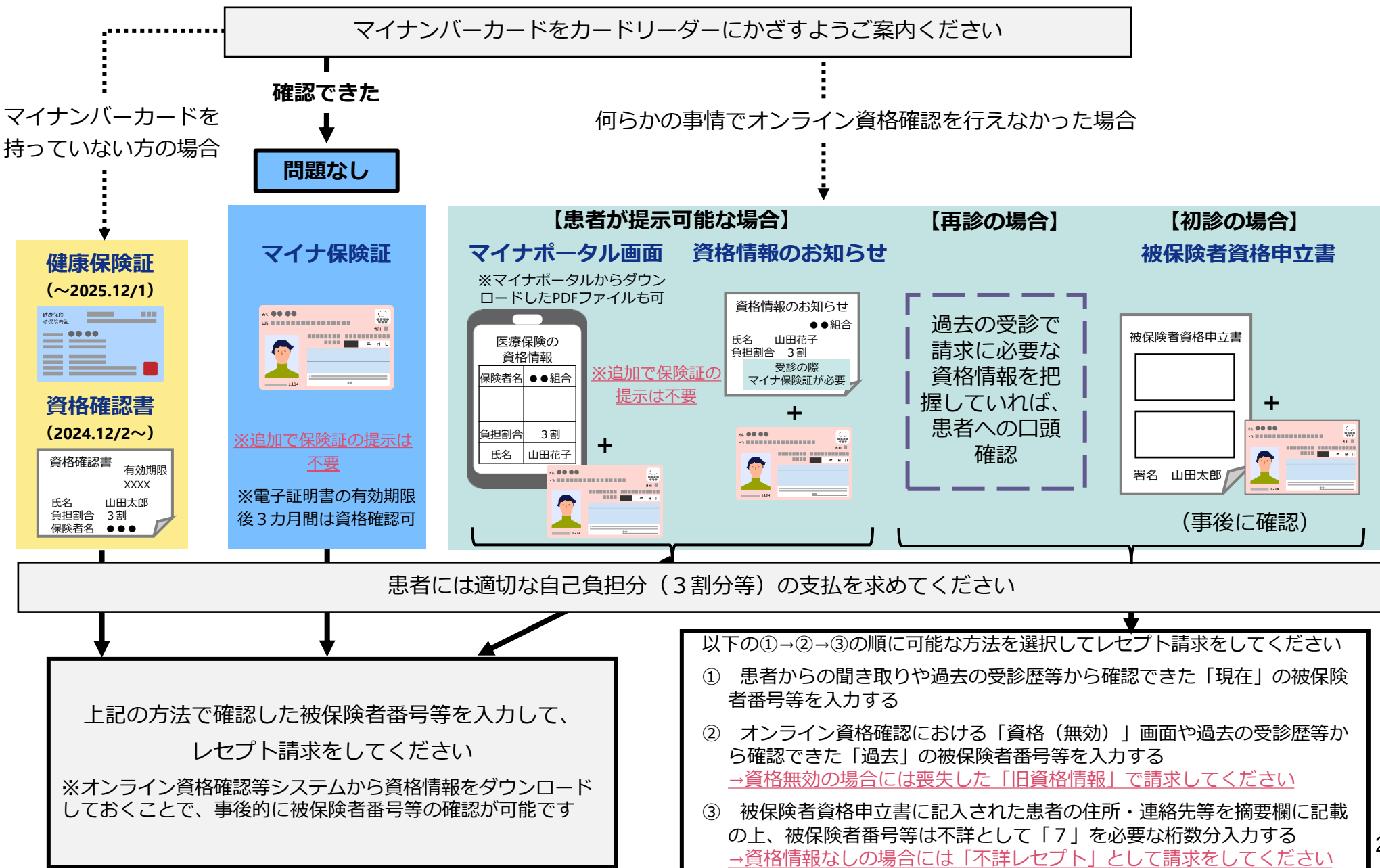
6. 公金受取口座の登録促進（行政機関等経由登録の特例制度の創設）

（公金受取口座登録法等）

- 既存の給付受給者等（年金受給者を想定）に対して書留郵便等により一定事項を通知した上で同意を得た場合又は一定期間内に回答がなく、同意したものと取り扱われる場合、内閣総理大臣は当該口座を公金受取口座として登録可能に。
（※1）公金受取口座は給付のみに利用。
（※2）事前・事後の本人通知に加え、広報で制度の周知徹底を図る。
- ⇒ デジタルに不慣れな方も簡易に登録が可能及び給付の迅速化

施行期日：公布の日から1年3月以内の政令で定める日（一部を除く。）

医療機関・薬局での資格確認とレセプト請求（令和6年12月2日以降の取扱い）



マイナ保険証・資格確認書の周知広報

高齢者等に向けたリーフレットも新たに作成し、12月2日以降の取扱いについて周知を図っていく。

健康保険証は 12月2日以降 新たに発行されなくなります

現行の健康保険証は、令和6年12月2日以降新たに発行されなくなります。
新規発行終了後は、マイナンバーカードの健康保険証利用(マイナ保険証)を
基本とするしくみに移行します。
ただし移行後も、

お手元の健康保険証は、有効期限までの間、**最長1年間**使用できます。

※後期高齢者医療保険加入者の方の有効期限は2025年7月31日となりますのでご注意ください

マイナ保険証ならではのメリット

- ✓ 過去のお薬・診療データに基づく、より良い医療が受けられる
- ✓ 突然の手術・入院でも高額支払いが不要になる
- ✓ 救急現場で、搬送中の適切な応急処置や病院の選定などに活用される

健康保険証として利用できるだけでなく、日常生活の中で利用できるシーンが広がっています。ぜひ日頃からマイナンバーカードを持ち歩いて、ご活用ください！



よくある質問

Q. マイナンバーカードに大事な情報が入っていますか？

A. マイナンバーカードにはプライバシー性の高い情報は入っていません。

また、カード裏面のマイナンバー(12桁)を知らただけでは悪用されません。
保険証利用時、医療機関がマイナ保険証で参照できるデータは、現行の健康保険証と同じ情報と、
ご本人の同意があった場合のみ、受けている治療内容やお薬の履歴のみとなります。

Q. 本人が顔認証付きカードリーダーを操作できない場合はどうするのですか？

A. 顔認証のかわりにマイナンバーカード作成時に設定した暗証番号を代理人が入力することなどで受付することができます。 待合スペース等にいるご本人のお顔とマイナンバーカードのお写真を、職員が目視で確認する本人確認も可能です。



それでもマイナ保険証ではなく別の方法で
受診したいときはどうすればいい？

詳しくは裏面に

マイナ保険証をお持ちでなくても 資格確認書によりこれまで通り医療にかかれます

マイナ保険証を使わない場合の受診方法

- 2024年12月2日以降は、「**資格確認書**」でもこれまで通り医療にかかることができます。

<イメージ>

○ 国 民 保 険 証	有効期限 年 月 日
国 民 健 康 保 険 証	有効期限 年 月 日
資 格 確 認 書	
記 号	番 号 (特章)
氏 名	姓 別
生 年 月 日	年 月 日
適用開始年 月 日	年 月 日
交付年 月 日	年 月 日
被保険者氏名	
住 所	
保険者番号	
交付番号	

※ 保険者によって様式・発行形態が異なります
※ 資格確認書の交付等に関する事項は、ご自身が加入している医療保険者からの情報をご確認ください。
ご不明点等についても、同保険者にお問合せをお願いします。

- マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない方には、**現行の健康保険証の有効期限がきる前に「資格確認書」を無償で申請によらずお届けします。**ご自身での申請は不要です。

- ・ マイナ保険証を持っていても、マイナンバーカードでの受診等が困難な方(高齢者、障害者等)は、申請いただくことで、資格確認書を無償で交付します。(更新時の申請は不要)
- ・ 病態の変化などにより、顔認証付きカードリーダーを上手く使えなくなった場合、資格確認書をご使用ください。現行の健康保険証と同様、親族等の法定代理人や、介助者等による代理申請も可能です。
- ・ 後期高齢者医療制度の被保険者は、2025年7月末までの暫定的な運用として、**現行の健康保険証が失効する方に資格確認書を無償で申請によらず交付します。**そのため、当分の間、申請は不要です。

移行後もご安心ください

マイナンバーカードでのカードリーダーの操作が上手くいかなくても、
医療費が10割負担になることはありません。



マイナンバーカードの保険証利用について
もっと知りたい方は
こちら

0120-95-0178

マイナンバーカードの保険証利用について
もっと知りたい方は
こちら

受付時間(年末年始を除く)
平日: 9時30分～20時00分
土日祝: 9時30分～17時30分



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

現行の保険証の経過措置と資格確認書に関する周知

マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行に際して、①最長1年間、現行の保険証を使い続けられること、②マイナ保険証をお持ちでない方には資格確認書が交付されることの周知徹底を図るため、以下のように周知。

○既に実施しているもの

・【医療機関・薬局】

厚生労働省が作成したチラシ・ポスター（医療機関・薬局に令和6年5月2日、10月31日郵送）
支払基金から個別メール（医療機関・薬局に令和6年6月27日一斉送信）
オンライン請求時にポップアップの表示（医療機関・薬局に令和6年11月5日～）

・【国民】

自治体配布（ダウンロード含む）・厚生労働省HP等による周知
厚生労働省が作成したチラシ・ポスター（医療機関・薬局に令和6年5月2日、10月31日郵送）
厚生労働省が投稿したX（令和6年10月23日～順次）
マイナ保険証・資格確認書に関する新聞広報（令和6年10月下旬）
高齢者等向け資格確認書に関するリーフレット ＜高齢者等向け資格確認書に関するリーフレット＞
福祉施設職員・ご家族向けマニュアル
厚生労働省が執筆した月刊広報誌
（厚生労働／デジタル庁「月刊J-LIS」：令和6年11月1日発行）
健保連による周知（CM／屋外広報等）

・【施設スタッフ】

高齢者等向け資格確認書に関するリーフレット
福祉施設職員・ご家族向けマニュアル

＜マイナ保険証・資格確認書に関する新聞広報＞



＜健保連による周知（屋外広報等）＞



＜12月2日以降の、医療機関等への受診方法に関するリーフレット＞



○現在実施中のもの

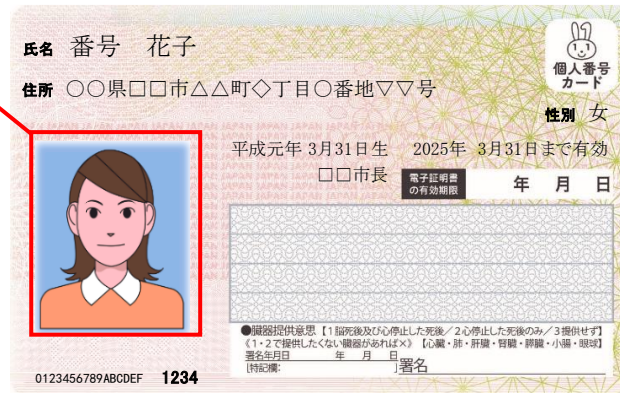
・【医療機関・薬局／国民】

厚生労働省にて作成した受診方法に関するリーフレットによる周知

マイナンバーカードの安全性

なりすましはできません

- ✓ 顔写真入りのため、対面での悪用は困難です。



万全のセキュリティ対策

- 紛失・盗難の場合は、**24時間365日体制で停止可能**
マイナンバー総合フリーダイヤル (0120-95-0178)までご連絡を。
- アプリ毎に暗証番号を設定し、一定回数間違えると機能ロック
- 不正に情報を読み出そうとすると、ICチップが壊れる仕組み



プライバシー性の高い個人情報は入っていません

- ✓ ICチップ部分には、税や年金などの個人情報は記録されません。

オンラインでの利用には電子証明書を使います マイナンバーは使いません



マイナンバーを見られても個人情報は盗まれません

- ✓ マイナンバーを利用するには、顔写真付き本人確認書類などでの本人確認があるため、悪用は困難です。

1. 事業内容

- オンライン資格確認（資格確認限定型：簡素な資格確認の仕組み）に必要な機器（PC等に接続する汎用カードリーダー、タブレット・スマホ等のモバイル端末等の機器）の導入を支援する。

※ タブレット・スマホ等のモバイル端末では、汎用カードリーダーがなくても、マイナンバーカードの読み取りが可能

2. 補助内容

- 基準とする事業額 4.1万円を上限に、実費補助

3. 補助金の申請期限

- 令和7年2月1日まで（※令和7年1月15日から延長予定）

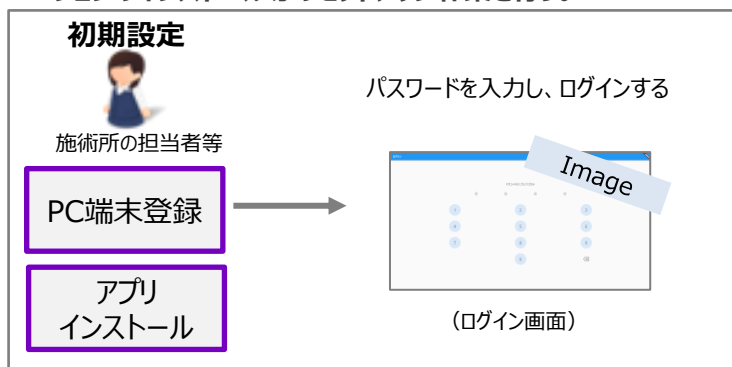
費用補助となるため、ポータルサイトにアカウントを登録し、申請が必要。

オンライン資格確認（資格確認限定型）における PC端末の画面操作イメージ

- ・ 事前にポータルサイトを通じて、PC端末の認証・登録を行うとともに、資格確認を行うPC端末に「マイナ資格確認アプリ」をインストールする。
- ・ 職員は、PC端末に接続した市販の汎用カードリーダーを用いて、マイナンバーカードを読み取る。このとき、職員による目視確認又は患者による4桁の暗証番号の入力のいずれかを選択して本人確認を行う。
- ・ PC端末上に資格情報が表示される。

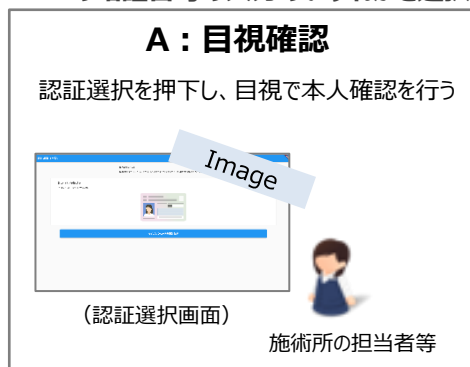
初期設定

- ① 事前の準備として、施術所においてPC端末の登録やアプリケーションのインストール等のセットアップ作業を行う。

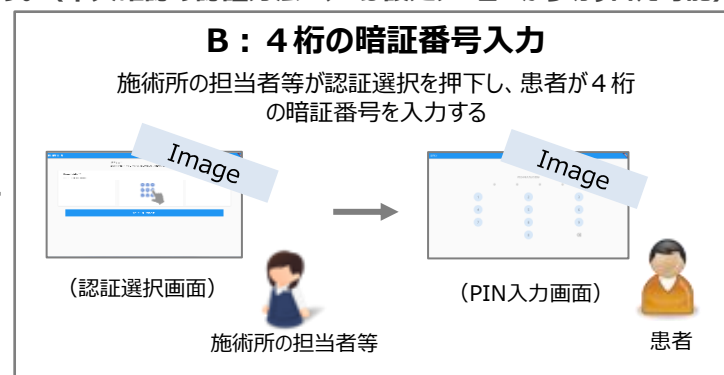


本人確認の認証方法の選択・確認

- ② 施術所の担当者等が患者の資格確認を行う。本人確認は（A）職員による目視確認、（B）患者による4桁の暗証番号の入力のいずれかを選択して行う。（本人確認の認証方法A、Bは設定メニューから切り替え可能）

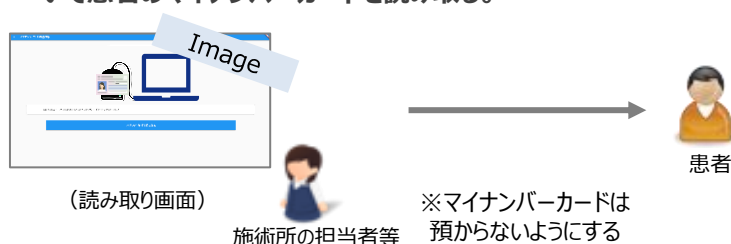


or



マイナンバーカードの読み取り

- ③ 施術所の担当者等がPC端末に接続した汎用カードリーダーを用いて患者のマイナンバーカードを読み取る。



資格情報の確認

- ④ 資格情報を確認する。



オンライン資格確認（資格確認限定型）における モバイル端末の画面操作イメージ

- ・ 事前にポータルサイトを通じて、モバイル端末の認証・登録を行うとともに、資格確認を行うモバイル端末に「マイナ資格確認アプリ」をインストールする。
- ・ 職員は、モバイル端末（又はモバイル端末に接続した汎用カードリーダー）を用いて、マイナンバーカードを読み取る。このとき、職員による目視確認又は患者による4桁の暗証番号の入力のいずれかを選択して本人確認を行う。
- ・ モバイル端末上に資格情報が表示される。

初期設定

- ① 事前の準備として、施術所においてモバイル端末の登録やアプリケーションのインストール等のセットアップ作業を行う。

初期設定

施術所の担当者等

モバイル端末
登録

アプリ
インストール



ログイン画面

or

本人確認の認証方法の選択・確認

- ② 施術所の担当者等が患者の資格確認を行う。本人確認は（A）職員による目視確認、（B）患者による4桁の暗証番号の入力のいずれかを選択して行う。（本人確認の認証方法A、Bは設定メニューから切り替え可能）

A：目視確認

認証選択を押下し、目視で本人確認を行う



（認証選択画面）

施術所の担当者等

or

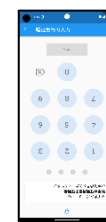
B：4桁の暗証番号入力

施術所の担当者等が認証選択を押下し、患者が4桁の暗証番号を入力する



（認証選択画面）

施術所の担当者等



（PIN入力画面）

患者

マイナンバーカードの読み取り

- ③ 施術所の担当者等がモバイル端末（又は接続した汎用カードリーダー）を用いて患者のマイナンバーカードを読み取る。



（読み取り画面）

施術所の担当者等

患者

※マイナンバーカードは
預からないようにする

資格情報の確認

- ④ 資格情報を確認する。



（資格確認結果画面）

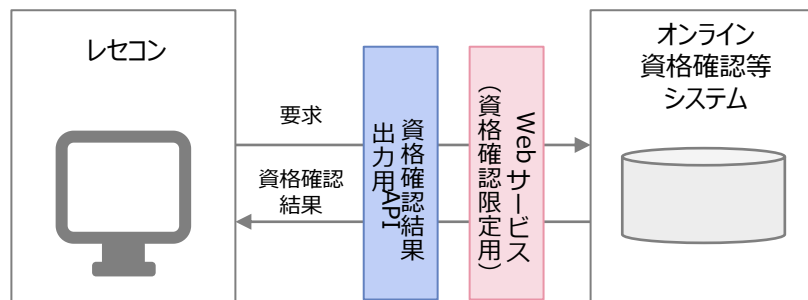
施術所の担当者等

資格確認限定型における資格情報の確認・閲覧について

- 療養費の支給申請書の作成等において資格情報を転記できる機能を実装する。
- レセコンを導入している施術所については、セキュアに実施できる「API連携機能」（＝APIを使った自動連携が可能となる方式。令和6年12月実装予定）により、オンライン資格確認等システムの資格情報をWebサービスを経由して転記する。
- レセコン未導入の施術所については、資格確認を行った患者の資格情報を、PC又はモバイル端末から事後的にアプリケーション上で閲覧できる。（令和6年7月末に実装済み）

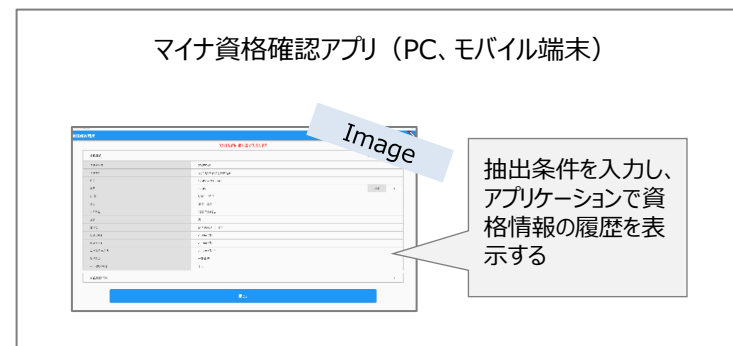
レセコン導入の施術所

- レセコンとAPI連携を行うことで、資格確認結果をレセコンに連携。



アプリケーションを利用する施術所

- 「マイナ資格確認アプリ」で資格確認を行った患者の資格情報の履歴を閲覧する機能。



- ※ 資格情報のテキストの読み上げ機能を実装
- ※ 閲覧履歴は、施術の翌月末まで閲覧可能
- ※ API連携機能や閲覧機能により、資格情報の確認に伴うデータ保存・管理のリスクを回避した仕組み

局長通知の改正

- 受領委任における資格確認の方法について、**令和6年12月2日**以降「オンライン資格確認」を義務化する。

(例) 「柔道整復師の施術に係る療養費について」別添1(協定書)別紙(抄)

改 正 案	現 行
(受給資格の確認等) 18 受給資格の確認等については、以下に定めるとおりとする こと。 (1) 丁は、患者から施術を求められた場合は、オンライン資格確認又はその者の提出する被保険者証（健康保険被保険者受給資格者票、健康保険被保険者特別療養費受給票、船員保険被扶養者証を含む。以下同じ。）によって療養費を受領する資格があることを確認すること。 ただし、緊急やむを得ない事由によって当該確認を行うことができない患者であって、療養費を受領する資格が明らかなものについてはこの限りでないが、この場合には、その事由がなくなった後、遅滞なく当該確認を行うこと。 <u>(2) 丁は、患者から施術を求められた場合であって、患者がオンライン資格確認により療養費を受領する資格があることの確認を求めた場合においては、(1)の規定にかかわらず、オンライン資格確認によって療養費を受領する資格があることを確認すること。</u> <u>ただし、やむを得ない事由によってオンライン資格確認により当該確認を行うことができない患者であって、療養費を受領する資格が明らかなものについてはこの限りでないが、この場合には、その事由がなくなった後、遅滞なく当該確認を行うこと。</u> <u>(3) 丁は、やむを得ない場合を除き、(2)に規定する場合において、患者がオンライン資格確認によって療養費を受領する資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならないこと。</u> <u>(4) (略)</u>	(受給資格の確認等) 18 受給資格の確認等については、以下に定めるとおりとする こと。 (1) 丁は、患者から施術を求められた場合は、オンライン資格確認又はその者の提出する被保険者証（健康保険被保険者受給資格者票、健康保険被保険者特別療養費受給票、船員保険被扶養者証を含む。以下同じ。）によって療養費を受領する資格があることを確認すること。 ただし、緊急やむを得ない事由によって当該確認を行うことができない患者であって、療養費を受領する資格が明らかなものについてはこの限りでないが、この場合には、その事由がなくなった後、遅滞なく当該確認を行うこと。 <u>(2) (略)</u>

※ 別添2(受領委任の取扱規程)においても同様の改正を行う。

局長通知の改正

- 受領委任における資格確認の方法について、**令和6年12月2日**以降「オンライン資格確認」を義務化する。

◎「はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師の施術に係る療養費に関する受領委任の取扱いについて」別添1（受領委任の取扱規程）（抄）

改 正 案	現 行
（受給資格の確認等） 18 受給資格の確認等については、以下に定めるとおりとすること。 (1) 施術管理者は、自らが又は勤務する施術者が患者から施術を求められた場合は、オンライン資格確認又はその者の提出する被保険者証（健康保険被保険者受給資格者票、健康保険被保険者特別療養費受給票、船員保険被扶養者証を含む。以下同じ。）によって療養費を受領する資格があることを確認すること。 ただし、緊急やむを得ない事由によって当該確認を行うことができない患者であって、療養費を受領する資格が明らかなものについてはこの限りでないが、この場合には、その事由がなくなった後、遅滞なく当該確認を行うこと。 <u>(2) 施術管理者は、自らが又は勤務する施術者が患者から施術を求められた場合であって、患者がオンライン資格確認により療養費を受領する資格があることの確認を求めた場合においては、(1)の規定にかかわらず、オンライン資格確認によって療養費を受領する資格があることを確認すること。</u> <u>ただし、やむを得ない事由によってオンライン資格確認により当該確認を行うことができない患者であって、療養費を受領する資格が明らかなものについてはこの限りでないが、この場合には、その事由がなくなった後、遅滞なく当該確認を行うこと。</u> <u>(3) 施術管理者は、やむを得ない場合を除き、(2)に規定する場合において、患者がオンライン資格確認によって療養費を受領する資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならないこと。</u> (4) (略)	（受給資格の確認等） 18 受給資格の確認等については、以下に定めるとおりとすること。 (1) 施術管理者は、自らが又は勤務する施術者が患者から施術を求められた場合は、オンライン資格確認又はその者の提出する被保険者証（健康保険被保険者受給資格者票、健康保険被保険者特別療養費受給票、船員保険被扶養者証を含む。以下同じ。）によって療養費を受領する資格があることを確認すること。 ただし、緊急やむを得ない事由によって当該確認を行うことができない患者であって、療養費を受領する資格が明らかなものについてはこの限りでないが、この場合には、その事由がなくなった後、遅滞なく当該確認を行うこと。 (2) (略)



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

出産費用の状況等について

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

出産育児一時金の経緯

平成6年10月～ 出産育児一時金の創設（支給額30万円）

- 「分娩」という保険事故に対する一時金である「分娩費（標準報酬月額半額の半額相当（最低保障額24万円））」と「育児手当金（2千円）」を廃止し、出産前後の諸費用の家計負担が軽減されるよう、出産育児一時金を創設。
- 支給額の考え方：分娩介助料（国立病院の平均分娩料26.4万円（H5））、出産前後の健診費用（2.7万円）、育児に伴う初期費用等を総合的に勘案して、30万円に設定された。

平成12年医療保険制度改革 30万円を据え置き

- 平成12年医療保険制度改革に際して、平成9年の国立病院の平均分娩料が30万円、健診費用が3.6万円であったが、引き上げた場合の保険財政への影響を勘案して、出産育児一時金は分娩料のみを補填するものと位置づけ、引き上げを行わなかった。

平成18年10月～ 35万円に引き上げ

- 支給額の考え方：国立病院機構等における平均分娩料34.6万円（H17.3）

平成20年4月～ 後期高齢者医療制度の創設に伴う負担の仕組みの変更

- 後期高齢者医療制度の創設に伴い、全世代が負担する仕組みから75歳未満の者のみで負担する仕組みに転換。

平成21年1月～ 原則38万円に引き上げ

- 支給額に産科医療補償制度の掛金分3万円上乗せ

平成21年10月～ 原則42万円に引き上げ（平成23年3月までの暫定措置）

- 支給額の考え方：全施設の平均出産費用約39万円（H19.9）※差額ベッド代、特別食、産後の美容サービス等は対象外
- 出産育児一時金の直接支払制度を導入

平成23年4月～ 原則42万円を恒久化

平成27年1月～ 原則42万円（本人分39万円→40.4万円に引上げ）

- 産科医療補償制度の掛金を3万円から1.6万円に引き下げ
- 支給額の考え方：公的病院の平均出産費用40.6万円（平成24年度）※室料差額、その他（祝膳等）、産科医療補償制度の掛金は除く

令和4年1月～ 原則42万円（本人分40.4万円→40.8万円引上げ）

- 産科医療補償制度の掛金を1.6万円から1.2万円に引き下げ

令和5年4月～ 原則50万円（本人分40.8万円→48.8万円引上げ）

- 支給額の考え方：全施設の平均出産費用約48万円（令和4年度の推計額）※室料差額、その他（祝膳等）、産科医療補償制度の掛金は除く

正常分娩の出産費用の状況（費目別）

正常分娩の各項目の平均額と経年での比較

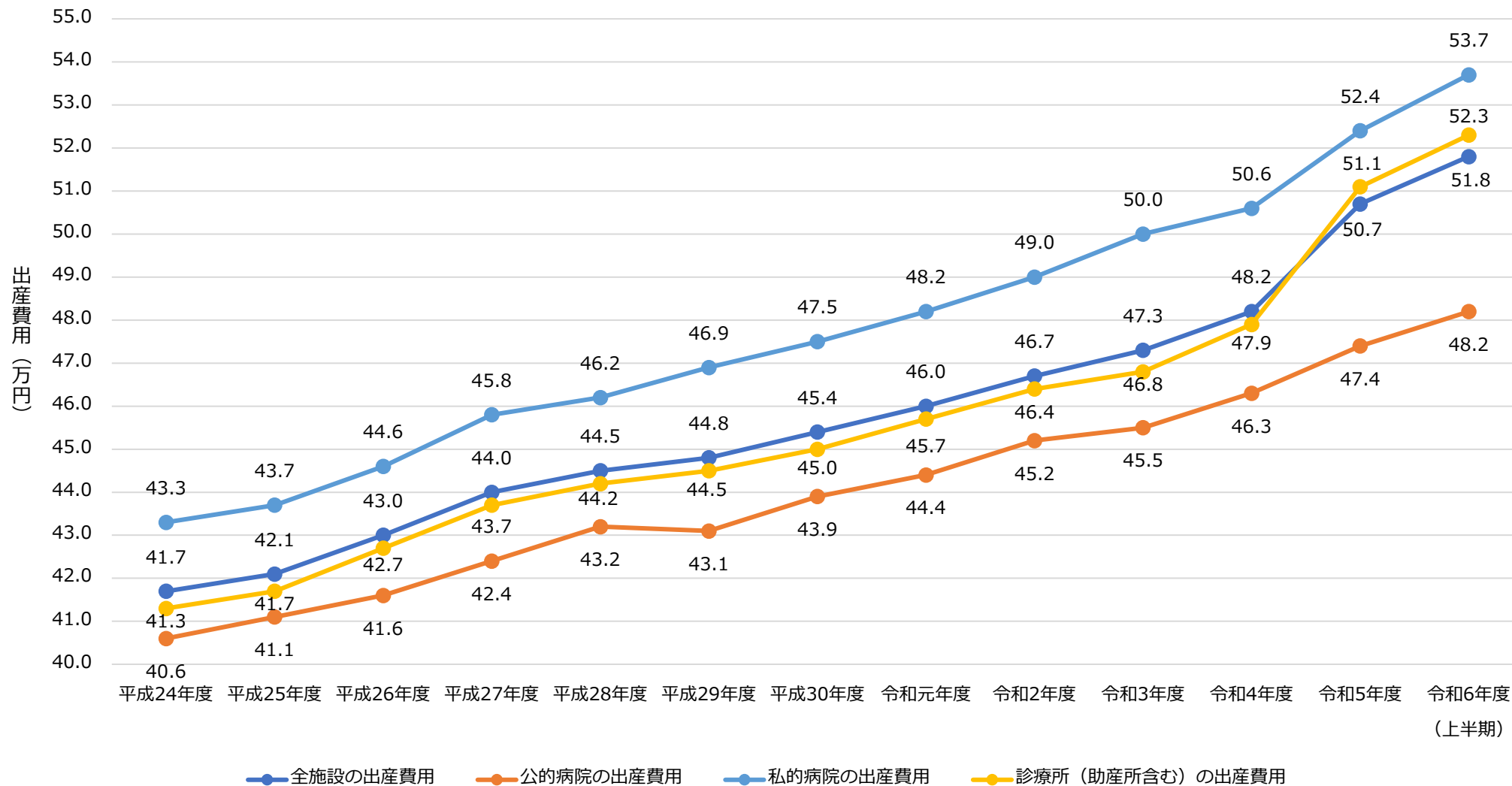
	入院料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料	処置・手当料	室料差額 (A)	産科医療補償 制度 (B)	その他 (C)	妊婦合計負担 額	出産費用 妊婦合計 負担額 (A)～(C) 控除後
①令和4年度 (令和4年4月～ 令和5年3月請求)	118,326円	282,424円	50,052円	14,739円	16,753円	17,441円	11,820円	34,242円	545,797円	482,294円
②令和5年度 (令和5年4月～ 令和6年3月請求)	122,898円	298,898円	51,572円	15,738円	17,433円	18,429円	11,767円	37,847円	574,583円	506,540円
③令和6年度上半期 (令和6年4月～ 令和6年9月請求) 半年分	125,671円	306,327円	51,887円	16,308円	17,759円	19,732円	11,753円	40,357円	589,794円	517,952円
②－①	+4,572円 (+4%)	+16,474円 (+6%)	+1,520円 (+3%)	+999円 (+7%)	+680円 (+4%)	+988円 (+6%)	－53円 (±0%)	+3,605円 (+11%)	+28,786円 (+5%)	+24,246円 (+5%)
③－①	+7,345円 (+6%)	+23,903円 (+8%)	+1,835円 (+4%)	+1,569円 (+11%)	+1,006円 (+6%)	+2,291円 (+13%)	－67円 (-1%)	+6,115円 (+18%)	+43,997円 (+8%)	+35,658円 (+7%)

※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。
※出産育児一時金の直接支払制度の請求データより厚生労働省保険局において集計

各費目の詳細（直接支払制度の専用請求書記載項目）

- ・入院料...妊婦に係る室料、食料。保険診療に係る入院基本料及び入院時食事療養費はこれに含まれない。
- ・分娩料...正常分娩（分娩が療養の給付の対象とならなかった場合）時の、医師・助産師の技術料及び分娩時の看護・介助料。
- ・新生児管理保育料...新生児に係る管理・保育に要した費用をいい、新生児に係る検査・薬剤・処置・手当に要した相当費用を含める。新生児について療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ・検査・薬剤料...妊婦（産褥期も含む）に係る検査・薬剤料をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ・処置・手当料...妊婦（産褥期も含む）に係る医学的処置や乳房ケア、産褥指導等の手当に要した費用をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ・室料差額...妊婦の選定により、差額が必要な室に入院した場合の当該差額。
- ・産科医療補償制度...産科医療補償制度の掛金相当費用をいう。
- ・その他...文書料、材料費及び医療外費用（お祝い膳等）等、上記の7項目に含まれない費用をいう。
- ・妊婦合計負担額 ... 直接支払制度の利用の有無にかかわらず、実際に被保険者等又はその被扶養者に請求することとなる実費をいう。上記項目の合計に一致する。

正常分娩の平均出産費用の年次推移



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除く費用の合計額を指す。

※出産育児一時金の直接支払制度の請求データより厚生労働省保険局にて算出

※令和6年度は令和6年4月から令和6年9月までの半年分の請求データ

施設種別の出産費用の状況（令和5年度）

令和6年11月13日

第5回妊娠・出産・産後における
妊産婦等の支援策等に関する検討会

資料1-3

【令和5年度請求】全体

	平均値	件数
全施設	489,802円 (+21,046円)	723,128件
公的病院	427,561円 (+7,079円)	185,433件
私的病院	506,572円 (+16,369円)	194,196件
診療所 (助産所を含む)	513,921円 (+31,547円)	343,499件

【令和5年度請求】正常分娩のみ

	平均値	件数
全施設	506,540円 (+24,246円)	384,613件
公的病院	473,990円 (+10,540円)	78,863件
私的病院	524,345円 (+18,081円)	94,083件
診療所 (助産所を含む)	510,754円 (+32,245円)	211,667件

※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除く費用の合計額

公的病院：国公立病院、国公立大学病院、国立病院機構等

私的病院：私立大学病院、医療法人病院、個人病院等

診療所：官公立診療所、医療法人診療所、個人診療所、助産所

※（ ）内は前年度比の額

※ 出産育児一時金の直接支払制度の請求データより厚生労働省保険局において集計

施設種別の出産費用の状況（年度の比較）

全体

	令和4年度 の平均値 (令和4年4月～ 令和5年3月請求)	令和5年度 の平均値 (令和5年4月～ 令和6年3月請求)	令和6年度 上半期 の平均値 (令和6年4月～ 令和6年9月請求 半年分)
全施設	468,756円	489,802円 (+21,046円)	498,827円 (+30,071円)
公的病院	420,482円	427,561円 (+7,079円)	432,993円 (+12,511円)
私的病院	490,203円	506,572円 (+16,369円)	515,513円 (+25,310円)
診療所 (助産所を含む)	482,374円	513,921円 (+31,547円)	525,138円 (+42,764円)

正常分娩のみ

	令和4年度 の平均値 (令和4年4月～ 令和5年3月請求)	令和5年度 の平均値 (令和5年4月～ 令和6年3月請求)	令和6年度 上半期 の平均値 (令和6年4月～ 令和6年9月請求 半年分)
全施設	482,294円	506,540円 (+24,246円)	517,952円 (+35,658円)
公的病院	463,450円	473,990円 (+10,540円)	481,764円 (+18,314円)
私的病院	506,264円	524,345円 (+18,081円)	536,671円 (+30,407円)
診療所 (助産所を含む)	478,509円	510,754円 (+32,245円)	523,378円 (+44,869円)

※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除く費用の合計額

公的病院：国公立病院、国公立大学病院、国立病院機構等

私的病院：私立大学病院、医療法人病院、個人病院等

診療所：官公立診療所、医療法人診療所、個人診療所、助産所

※（ ）内は令和4年度比の額

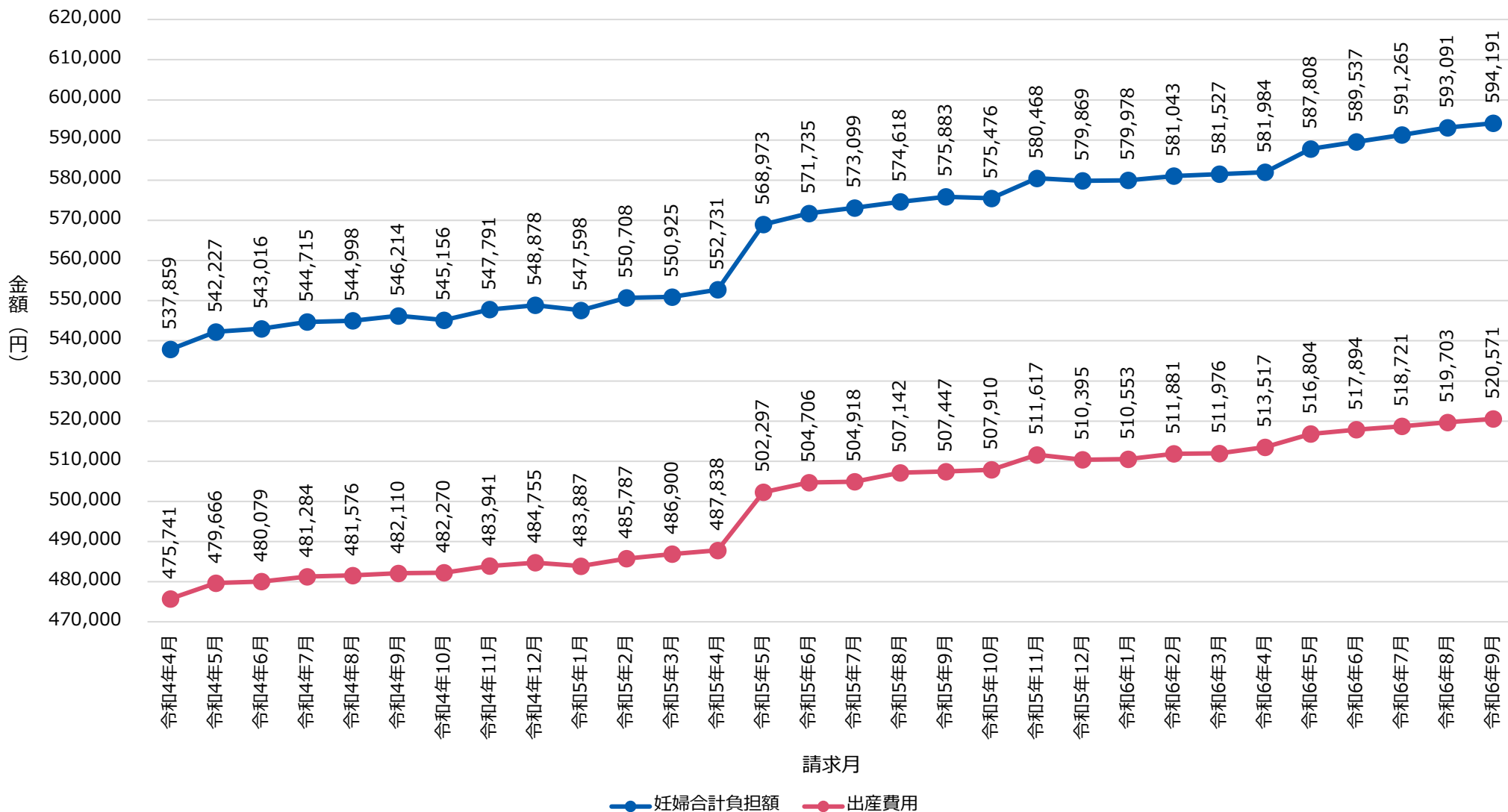
※ 出産育児一時金の直接支払制度の請求データより厚生労働省保険局において集計

正常分娩の出産費用・妊婦合計負担額の月次推移（全国平均）

令和6年11月13日

第5回妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会

資料 1 - 3



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

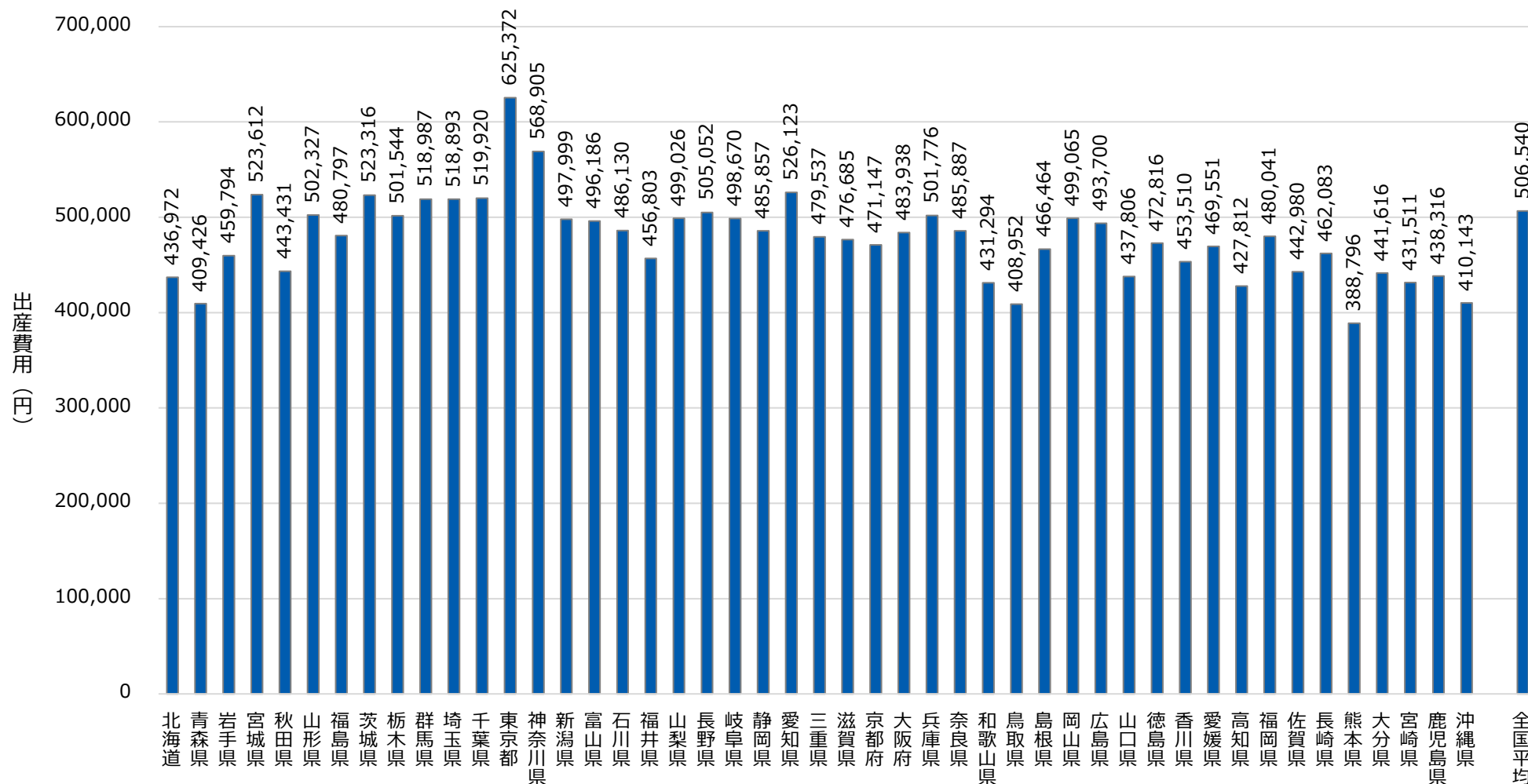
※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除く費用の合計額を指す。

※出産育児一時金の直接支払制度の請求データより厚生労働省保険局にて算出

正常分娩の都道府県別の平均出産費用（令和 5 年度）

第 5 回妊娠・出産・産後における
妊産婦等の支援策等に関する検討会

- 最も平均出産費用が高いのは東京都で 625,372 円、最も低いのは熊本県で 388,796 円であった。



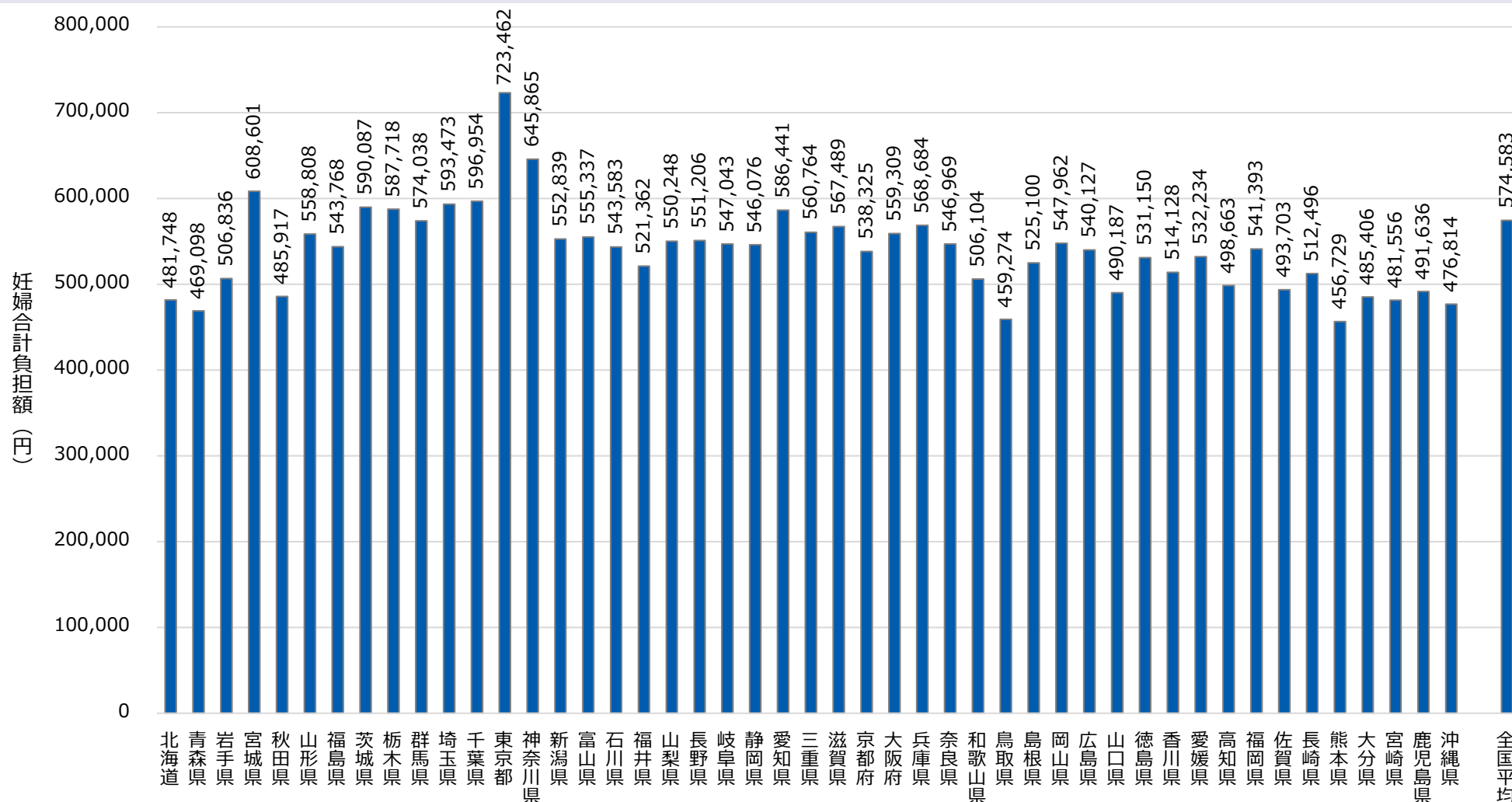
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除く費用の合計額を指す。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和 5 年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

正常分娩の都道府県別の平均妊婦合計負担額（令和5年度）

- 最も平均妊婦合計負担額が高いのは東京都で723,462円、最も低いのは熊本県で456,729円であった。



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

正常分娩の平均出産費用の都道府県別増減額・増加率

令和6年11月13日

第5回妊娠・出産・産後における
妊産婦等の支援策等に関する検討会

資料1-3

全施設・正常分娩 都道府県別平均出産費用

	令和4年度	令和5年度	令和6年度 上半期 (令和6年4月～ 令和6年9月)	令和6年度上半期－令和4年度	
				差額(円)	増減率(%)
全国	482,294	506,540	517,952	35,658	+7%
北海道	424,520	436,972	448,898	24,378	+6%
青森県	394,927	409,426	416,840	21,913	+6%
岩手県	440,301	459,794	472,101	31,800	+7%
宮城県	513,681	523,612	524,235	10,554	+2%
秋田県	427,981	443,431	446,246	18,265	+4%
山形県	472,650	502,327	521,615	48,965	+10%
福島県	450,851	480,797	487,370	36,519	+8%
茨城県	503,927	523,316	529,999	26,072	+5%
栃木県	485,406	501,544	507,349	21,943	+5%
群馬県	486,243	518,987	526,675	40,432	+8%
埼玉県	498,285	518,893	531,033	32,748	+7%
千葉県	489,046	519,920	527,547	38,501	+8%
東京都	605,261	625,372	646,203	40,942	+7%
神奈川県	550,864	568,905	585,275	34,411	+6%
新潟県	476,084	497,999	505,326	29,242	+6%
富山県	467,355	496,186	512,251	44,896	+10%
石川県	456,239	486,130	493,709	37,470	+8%
福井県	445,753	456,803	456,973	11,220	+3%
山梨県	473,897	499,026	507,081	33,184	+7%
長野県	490,424	505,052	509,884	19,460	+4%
岐阜県	466,542	498,670	510,547	44,005	+9%
静岡県	464,915	485,857	504,046	39,131	+8%
愛知県	496,519	526,123	532,217	35,698	+7%

	令和4年度	令和5年度	令和6年度 上半期 (令和6年4月～ 令和6年9月)	令和6年度上半期－令和4年度	
				差額(円)	増減率(%)
三重県	450,534	479,537	483,040	32,506	+7%
滋賀県	444,763	476,685	483,871	39,108	+9%
京都府	452,565	471,147	481,054	28,489	+6%
大阪府	467,491	483,938	491,278	23,787	+5%
兵庫県	480,747	501,776	513,639	32,892	+7%
奈良県	460,707	485,887	489,280	28,573	+6%
和歌山県	420,927	431,294	442,027	21,100	+5%
鳥取県	382,584	408,952	418,747	36,163	+9%
島根県	453,635	466,464	467,486	13,851	+3%
岡山県	472,950	499,065	509,845	36,895	+8%
広島県	467,299	493,700	503,216	35,917	+8%
山口県	407,125	437,806	451,400	44,275	+11%
徳島県	455,596	472,816	478,492	22,896	+5%
香川県	438,343	453,510	468,603	30,260	+7%
愛媛県	437,292	469,551	475,577	38,285	+9%
高知県	409,447	427,812	425,910	16,463	+4%
福岡県	448,846	480,041	490,434	41,588	+9%
佐賀県	412,829	442,980	450,143	37,314	+9%
長崎県	433,057	462,083	474,417	41,360	+10%
熊本県	361,184	388,796	402,255	41,071	+11%
大分県	408,754	441,616	454,081	45,327	+11%
宮崎県	397,518	431,511	434,614	37,096	+9%
鹿児島県	414,695	438,316	445,580	30,885	+7%
沖縄県	374,001	410,143	418,974	44,973	+12%

※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除く費用の合計額を指す。

正常分娩の平均妊婦合計負担額の都道府県別増加額・増加率

令和6年11月13日	資料1-3
第5回妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会	

全施設・正常分娩 都道府県別平均妊婦合計負担額

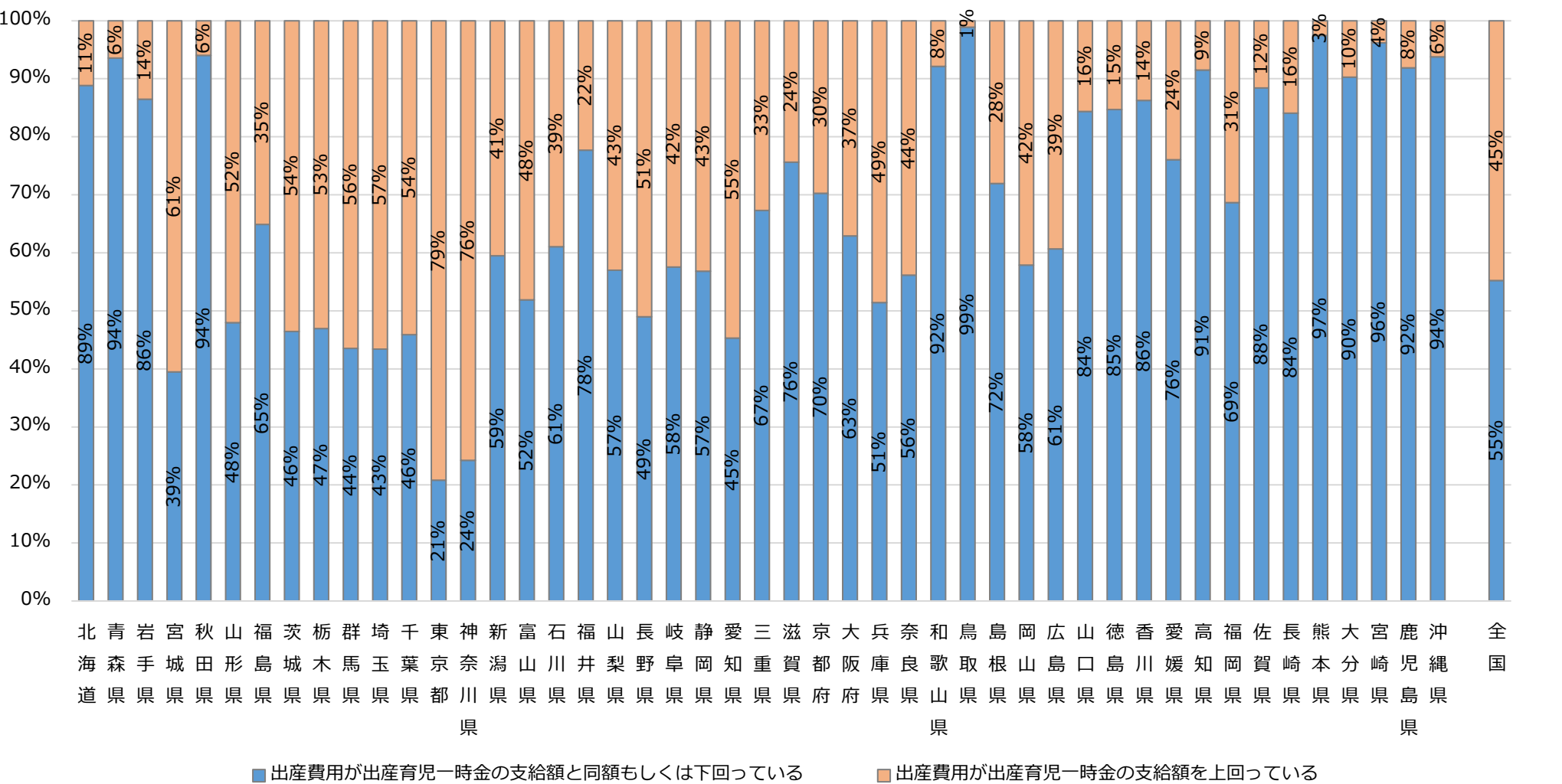
	令和4年度	令和5年度	令和6年度 上半期 (令和6年4月～ 令和6年9月)	令和6年度上半期－令和4年度	
				差額（円）	増減率（％）
全国	545,797	574,583	589,794	43,997	+8%
北海道	467,965	481,748	495,716	27,751	+6%
青森県	450,895	469,098	481,531	30,636	+7%
岩手県	486,378	506,836	518,442	32,064	+7%
宮城県	590,545	608,601	615,854	25,309	+4%
秋田県	465,243	485,917	494,932	29,689	+6%
山形県	523,603	558,808	575,502	51,899	+10%
福島県	509,343	543,768	554,847	45,504	+9%
茨城県	568,753	590,087	607,878	39,125	+7%
栃木県	571,048	587,718	595,163	24,115	+4%
群馬県	540,212	574,038	585,988	45,776	+8%
埼玉県	566,937	593,473	608,722	41,785	+7%
千葉県	560,674	596,954	609,175	48,501	+9%
東京都	697,517	723,462	750,674	53,157	+8%
神奈川県	621,523	645,865	664,629	43,106	+7%
新潟県	528,370	552,839	561,485	33,115	+6%
富山県	525,555	555,337	572,780	47,225	+9%
石川県	512,424	543,583	552,083	39,659	+8%
福井県	502,528	521,362	522,686	20,158	+4%
山梨県	521,160	550,248	558,980	37,820	+7%
長野県	535,123	551,206	559,232	24,109	+5%
岐阜県	512,040	547,043	558,536	46,496	+9%
静岡県	523,908	546,076	563,706	39,798	+8%
愛知県	553,806	586,441	597,065	43,259	+8%

	令和4年度	令和5年度	令和6年度 上半期 (令和6年4月～ 令和6年9月)	令和6年度上半期－令和4年度	
				差額（円）	増減率（％）
三重県	526,965	560,764	569,358	42,393	+8%
滋賀県	525,143	567,489	582,601	57,458	+11%
京都府	515,127	538,325	551,286	36,159	+7%
大阪府	536,743	559,309	571,578	34,835	+6%
兵庫県	543,931	568,684	584,280	40,349	+7%
奈良県	518,497	546,969	554,586	36,089	+7%
和歌山県	491,270	506,104	521,013	29,743	+6%
鳥取県	429,679	459,274	470,775	41,096	+10%
島根県	511,811	525,100	532,489	20,678	+4%
岡山県	519,048	547,962	563,280	44,232	+9%
広島県	511,845	540,127	549,693	37,848	+7%
山口県	453,609	490,187	505,943	52,334	+12%
徳島県	509,169	531,150	547,181	38,012	+7%
香川県	493,854	514,128	533,294	39,440	+8%
愛媛県	497,936	532,234	540,052	42,116	+8%
高知県	471,302	498,663	507,597	36,295	+8%
福岡県	505,270	541,393	555,212	49,942	+10%
佐賀県	456,948	493,703	503,359	46,411	+10%
長崎県	480,529	512,496	527,132	46,603	+10%
熊本県	429,400	456,729	459,708	30,308	+7%
大分県	449,813	485,406	497,965	48,152	+11%
宮崎県	446,756	481,556	486,215	39,459	+9%
鹿児島県	466,392	491,636	498,778	32,386	+7%
沖縄県	435,244	476,814	490,639	55,395	+13%

※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

令和5年5月請求分以降の正常分娩の出産費用と
出産育児一時金の支給額（産科医療補償制度掛金を除く）との差額の状況



■ 出産費用が産育児一時金の支給額と同額もしくは下回っている ■ 出産費用が産育児一時金の支給額を上回っている

※本資料においては、産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年5月～令和6年9月（18ヶ月）請求データより厚生労働省保険局にて算出

※出産育児一時金の支給額は産科医療補償制度の掛金を除いた額（令和5年3月31日以前の分娩については原則40.8万円、同年4月1日以降の分娩については原則48.8万円（出生数等により異なる場合がある））

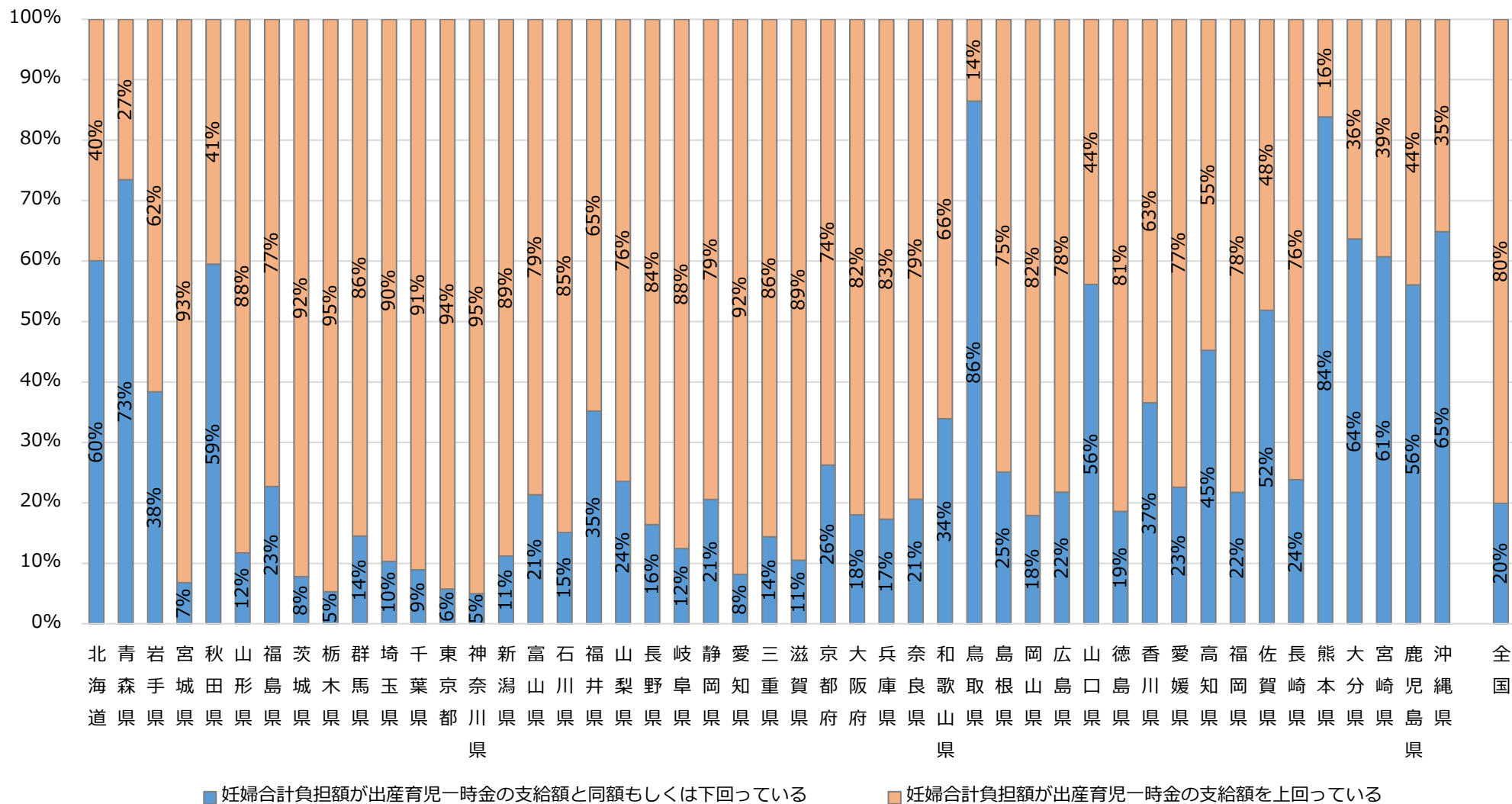
※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除いた費用

令和5年5月請求分以降の正常分娩の妊婦合計負担額と 出産育児一時金の支給額との差額の状況

令和6年11月13日

第5回妊娠・出産・産後における
妊産婦等の支援策等に関する検討会

資料1-3



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年5月～令和6年9月（18ヶ月）請求データより厚生労働省保険局にて算出

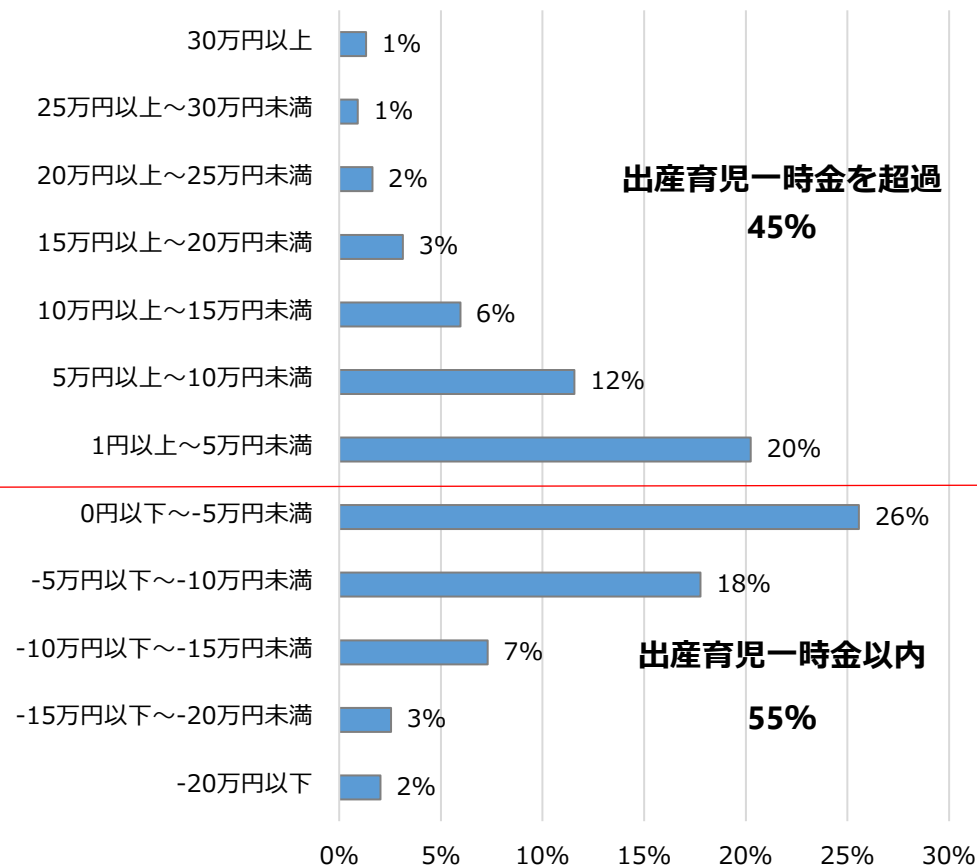
※出産育児一時金の支給額は令和5年3月31日以前の分娩については原則42万円、同年4月1日以降の分娩については原則50万円（出生数等により異なる場合がある）

令和5年5月請求分以降の妊産婦の経済的負担の状況（正常分娩）

出産育児一時金の支給額*と出産費用との差額

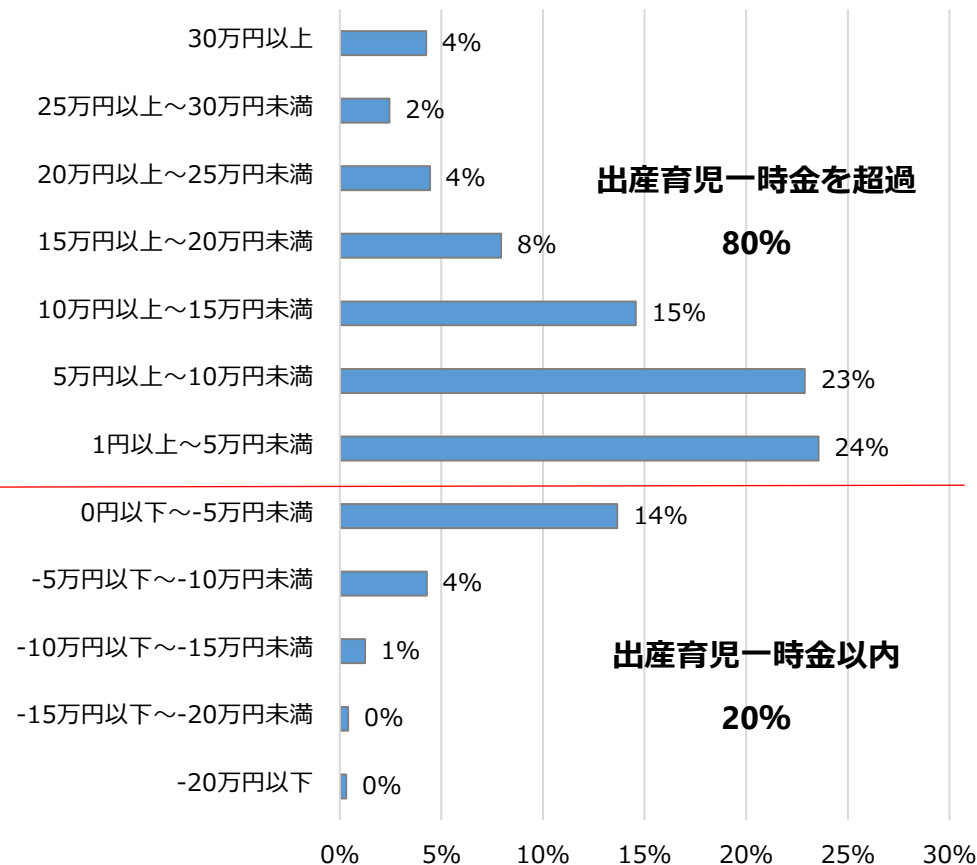
※産科医療補償制度掛金を除く

(差額)



出産育児一時金の支給額と妊婦合計負担額との差額

(差額)



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年5月～令和6年9月（18ヶ月）請求データより厚生労働省保険局にて算出

※出産育児一時金の支給額は令和5年3月31日以前の分娩については原則42万円、同年4月1日以降の分娩については原則50万円（出生数等により異なる場合がある）。うち産科医療補償制度掛金は原則1.2万円

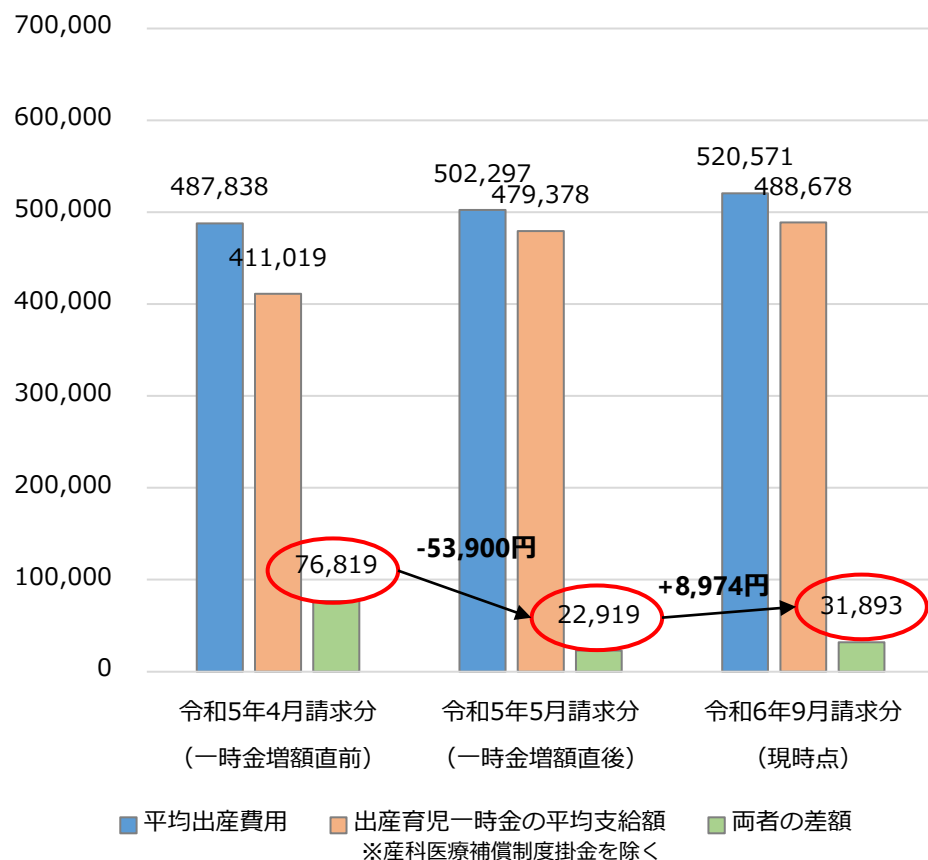
※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除いた費用

出産育児一時金の増額前後の妊産婦の経済的負担の変化

- ・ 出産育児一時金の増額により、妊産婦の経済的負担は軽減できた。
- ・ 一方で出産費用の値上がりにより、直近では増額当初と比較して妊産婦の経済的負担が増大している。

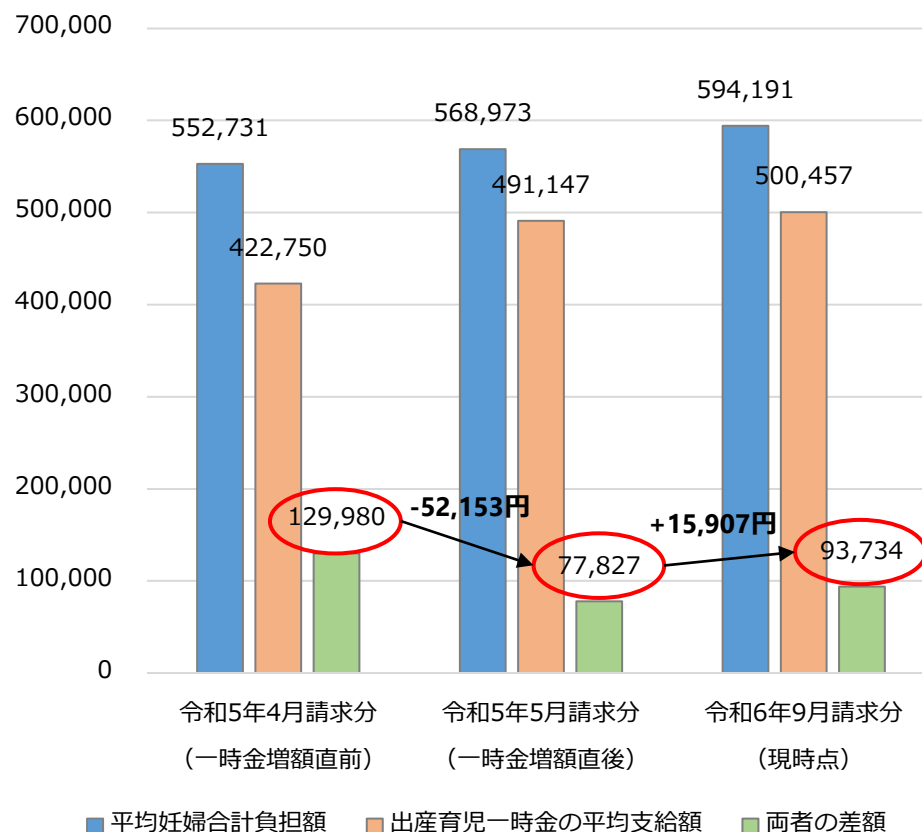
正常分娩の平均出産費用

単位 (円)



正常分娩の平均妊婦合計負担額

単位 (円)



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除いた費用

※出産育児一時金の支給額は令和5年3月31日以前の分娩については原則42万円、同年4月1日以降の分娩については原則50万円（出生数等により異なる場合がある）。うち産科医療補償制度掛金は原則1.2万円。令和5年4月請求分データには一部一時金増額後（同月）の分娩の請求が含まれ、また、令和5年5月請求分以降のデータには一時金増額前（同年3月31日以前）の分娩の請求が含まれ得る。

妊産婦の経済的負担の状況（正常分娩・月次推移）

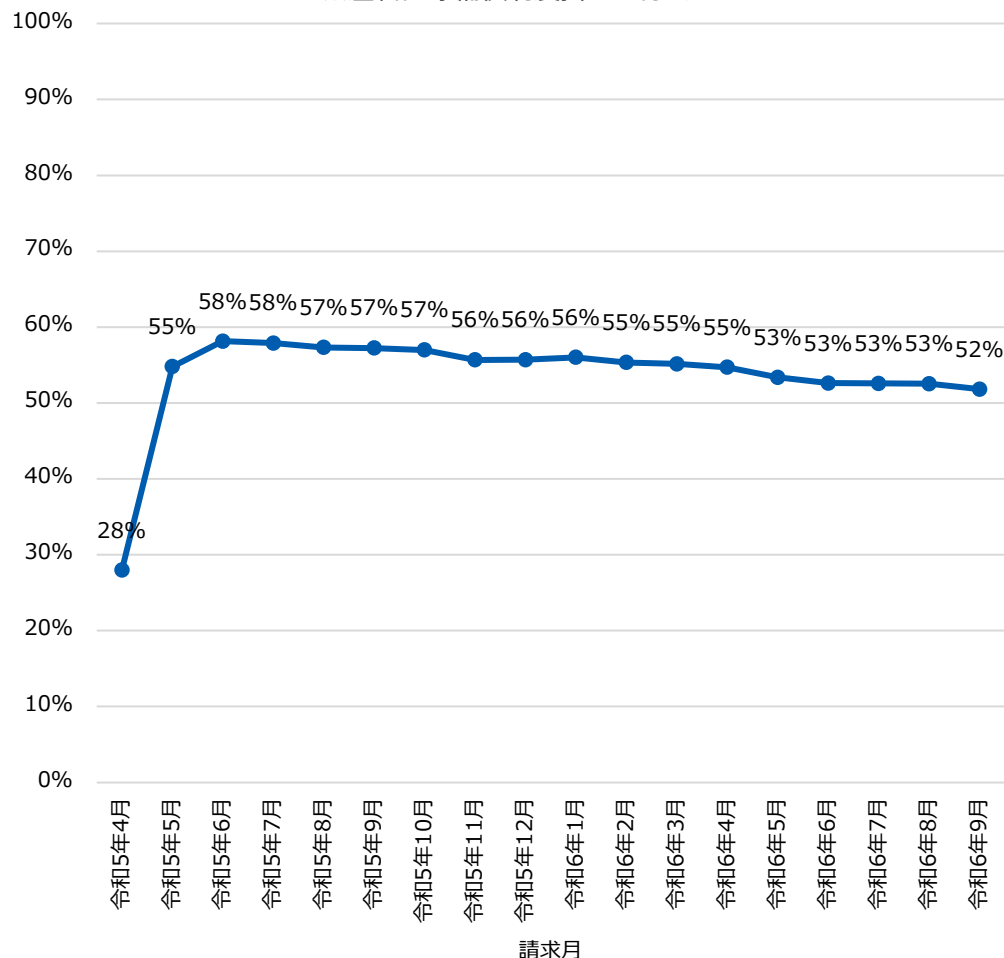
令和6年11月13日

第5回妊娠・出産・産後における
妊産婦等の支援策等に関する検討会

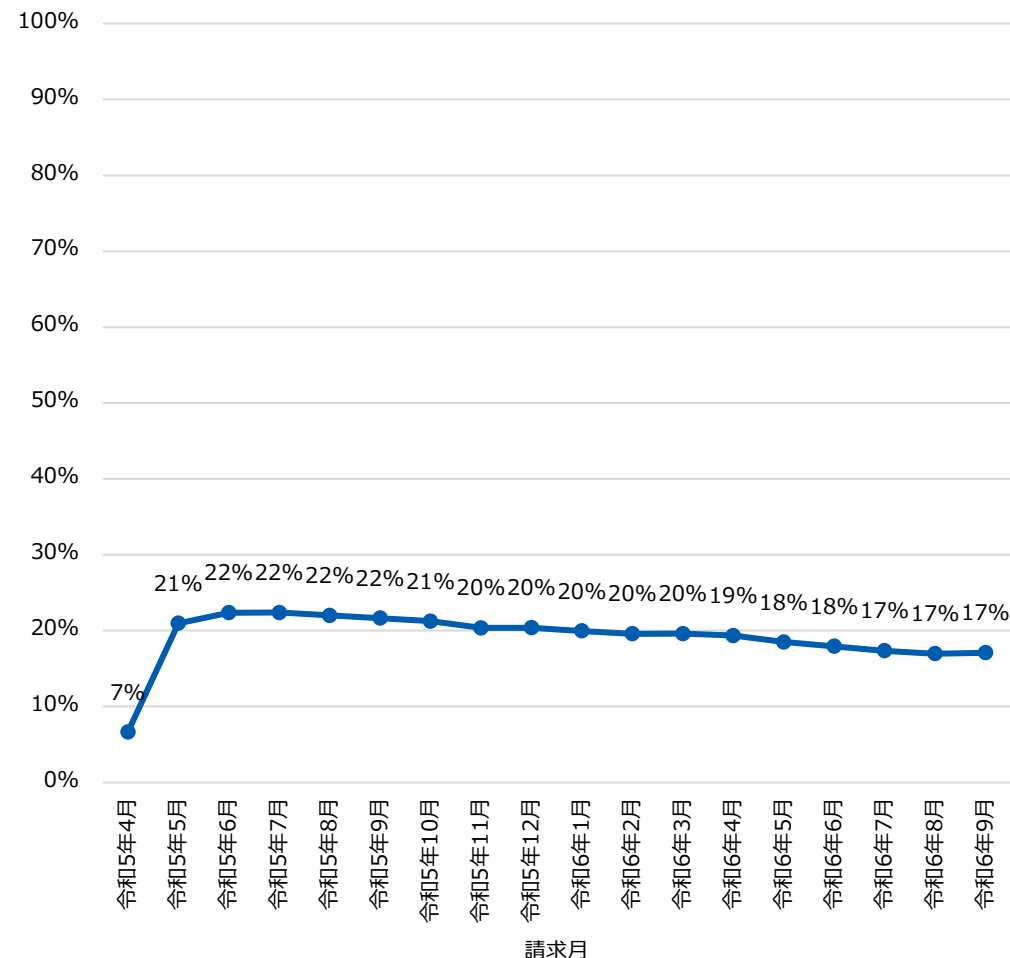
資料1-3

出産費用が出産育児一時金の支給額※以内となった分娩の割合

※産科医療補償制度掛金を除く



妊婦合計負担額が出産育児一時金の支給額以内となった分娩の割合



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年4月～令和6年9月（18ヶ月）請求データより厚生労働省保険局にて算出

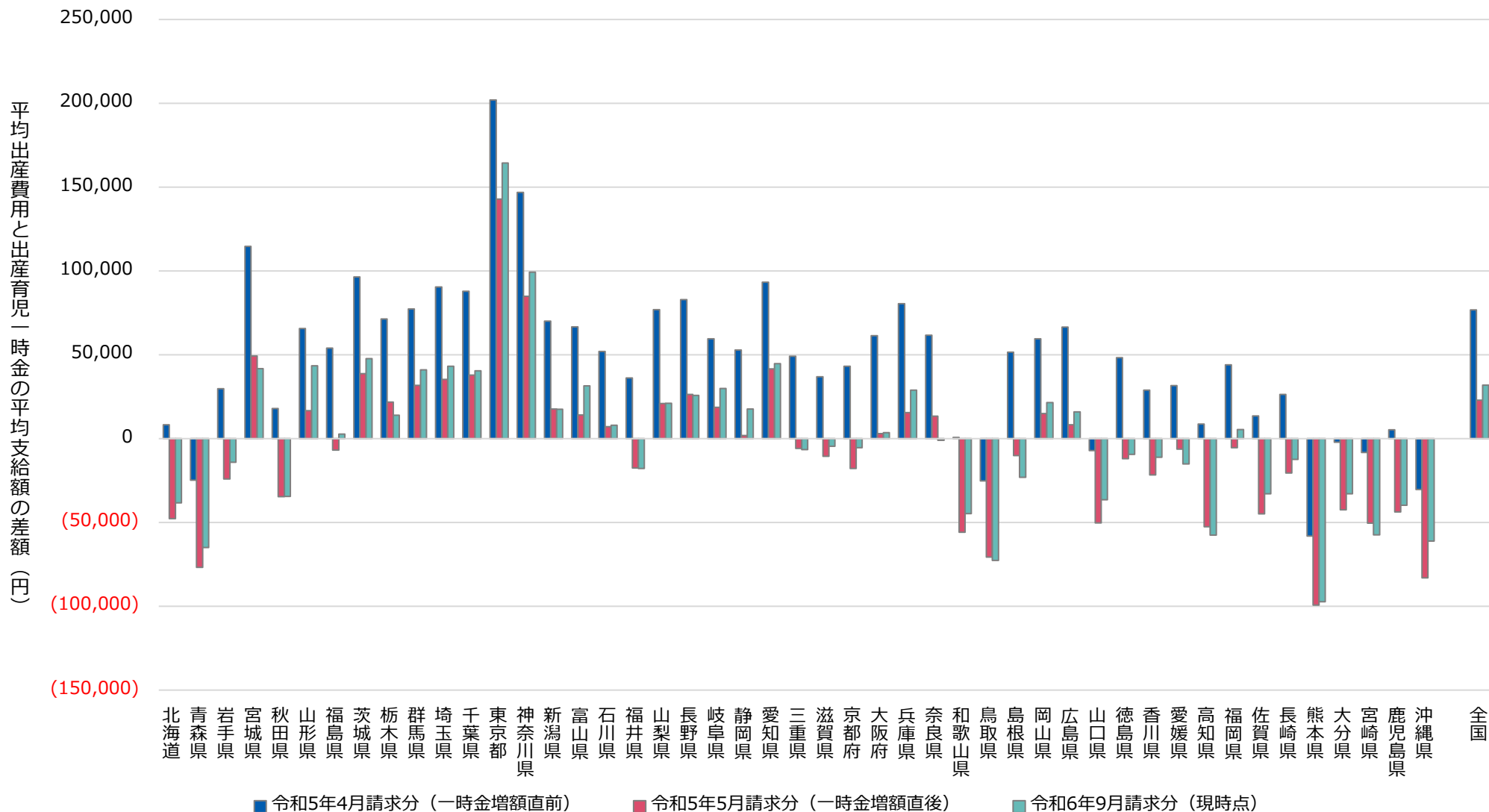
※出産育児一時金の支給額は令和5年3月31日以前の分娩については原則42万円、同年4月1日以降の分娩については原則50万円（出生数等により異なる場合がある）。うち産科医療補償制度掛金は原則1.2万円。令和5年4月請求分データには一部一時金増額後（同月）の分娩の請求が含まれ、また、令和5年5月請求分以降のデータには一時金増額前（同年3月31日以前）の分娩の請求が含まれ得る。

出産育児一時金の増額前後の平均出産費用と 出産育児一時金の平均支給額との差額の状況（正常分娩・都道府県別）

令和6年11月13日

第5回妊娠・出産・産後
における妊産婦等の支援
策等に関する検討会

資料1-3



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の請求データ（令和5年4月～令和6年9月）より厚生労働省保険局にて算出

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除いた費用

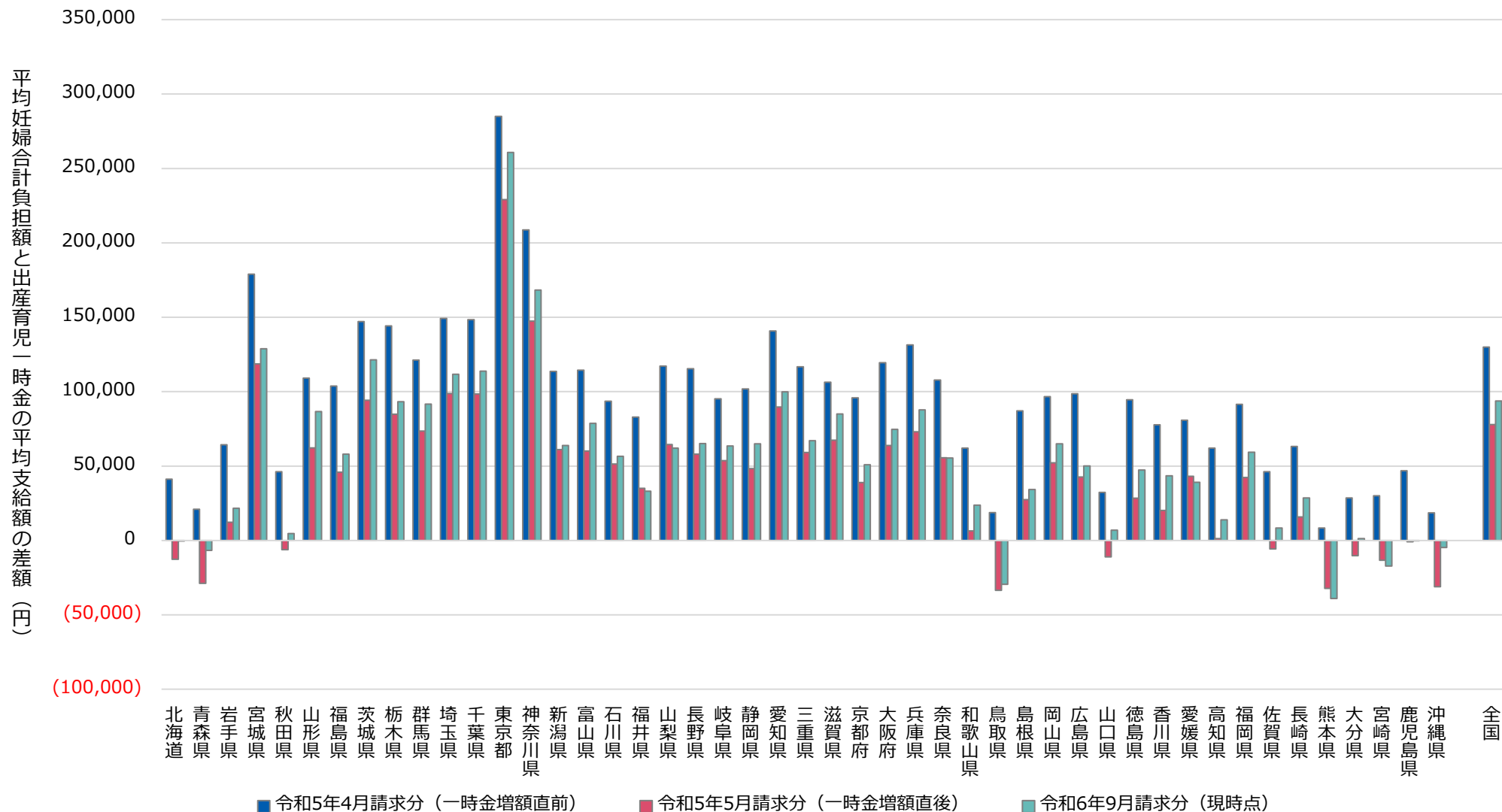
※出産育児一時金の支給額は令和5年3月31日以前の分娩については原則42万円、同年4月1日以降の分娩については原則50万円（出生数等により異なる場合がある）。うち産科医療補償制度掛金は原則1.2万円。令和5年4月請求分データには一部一時金増額後（同月）の分娩の請求が含まれ、また、令和5年5月請求分以降のデータには一時金増額前（同年3月31日以前）の分娩の請求が含まれ得る。

出産育児一時金の増額前後の平均妊婦合計負担額と 出産育児一時金の平均支給額との差額の状況（正常分娩・都道府県別）

令和6年11月13日

第5回妊娠・出産・産後
 における妊産婦等の支援
 策等に関する検討会

資料1-3



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。
 ※出産育児一時金の直接支払制度の請求データ（令和5年4月～令和6年9月）より厚生労働省保険局にて算出
 ※出産育児一時金の支給額は令和5年3月31日以前の分娩については原則42万円、同年4月1日以降の分娩については原則50万円（出生数等により異なる場合がある）。うち産科医療補償制度掛金は原則1.2万円。令和5年4月請求分データには一部一時金増額後（同月）の分娩の請求が含まれ、また、令和5年5月請求分以降のデータには一時金増額前（同年3月31日以前）の分娩の請求が含まれ得る。

参考資料

都道府県別の正常分娩の出産費用（令和5年度）

- 正常分娩の出産費用の全国平均は506,540円となった。
- 平均出産費用が最も高い東京都と最も低い熊本県の間には約24万円の差が確認された。

	平均値	中央値
全国	506,540	497,420
北海道	436,972	438,100
青森県	409,426	408,566
岩手県	459,794	458,395
宮城県	523,612	532,235
秋田県	443,431	449,580
山形県	502,327	507,400
福島県	480,797	490,760
茨城県	523,316	517,430
栃木県	501,544	513,000
群馬県	518,987	518,000
埼玉県	518,893	518,930
千葉県	519,920	518,000
東京都	625,372	600,800
神奈川県	568,905	564,000
新潟県	497,999	496,650
富山県	496,186	500,668
石川県	486,130	491,580
福井県	456,803	464,580
山梨県	499,026	497,905
長野県	505,052	509,730
岐阜県	498,670	501,150
静岡県	485,857	494,135
愛知県	526,123	517,820

三重県	479,537	483,040
滋賀県	476,685	483,500
京都府	471,147	466,956
大阪府	483,938	488,771
兵庫県	501,776	502,275
奈良県	485,887	495,020
和歌山県	431,294	442,725
鳥取県	408,952	417,030
島根県	466,464	485,000
岡山県	499,065	495,750
広島県	493,700	494,290
山口県	437,806	438,515
徳島県	472,816	474,030
香川県	453,510	456,340
愛媛県	469,551	475,000
高知県	427,812	432,965
福岡県	480,041	482,500
佐賀県	442,980	447,385
長崎県	462,083	469,650
熊本県	388,796	402,230
大分県	441,616	440,000
宮崎県	431,511	441,860
鹿児島県	438,316	443,216
沖縄県	410,143	419,520

※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除いた費用

※総件数は384,613件

都道府県別の正常分娩の妊婦合計負担額（令和5年度）

- 正常分娩の平均妊婦合計負担額は574,583円となった。
- 平均妊婦合計負担額が最も高い東京都と最も低い熊本県の間には約27万円の差が確認された。

	平均値	中央値
全国	574,583	557,030
北海道	481,748	481,501
青森県	469,098	464,255
岩手県	506,836	508,155
宮城県	608,601	602,763
秋田県	485,917	488,620
山形県	558,808	555,730
福島県	543,768	551,760
茨城県	590,087	583,540
栃木県	587,718	584,060
群馬県	574,038	563,606
埼玉県	593,473	592,580
千葉県	596,954	579,758
東京都	723,462	675,200
神奈川県	645,865	628,780
新潟県	552,839	550,077
富山県	555,337	555,412
石川県	543,583	546,640
福井県	521,362	522,680
山梨県	550,248	538,767
長野県	551,206	554,440
岐阜県	547,043	541,390
静岡県	546,076	543,775
愛知県	586,441	582,475

三重県	560,764	560,435
滋賀県	567,489	569,380
京都府	538,325	539,815
大阪府	559,309	547,670
兵庫県	568,684	567,685
奈良県	546,969	562,940
和歌山県	506,104	517,555
鳥取県	459,274	465,690
島根県	525,100	528,363
岡山県	547,962	537,760
広島県	540,127	534,205
山口県	490,187	484,259
徳島県	531,150	527,245
香川県	514,128	510,755
愛媛県	532,234	531,650
高知県	498,663	501,445
福岡県	541,393	531,390
佐賀県	493,703	493,885
長崎県	512,496	510,313
熊本県	456,729	449,950
大分県	485,406	480,786
宮崎県	481,556	488,715
鹿児島県	491,636	488,590
沖縄県	476,814	476,550

※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

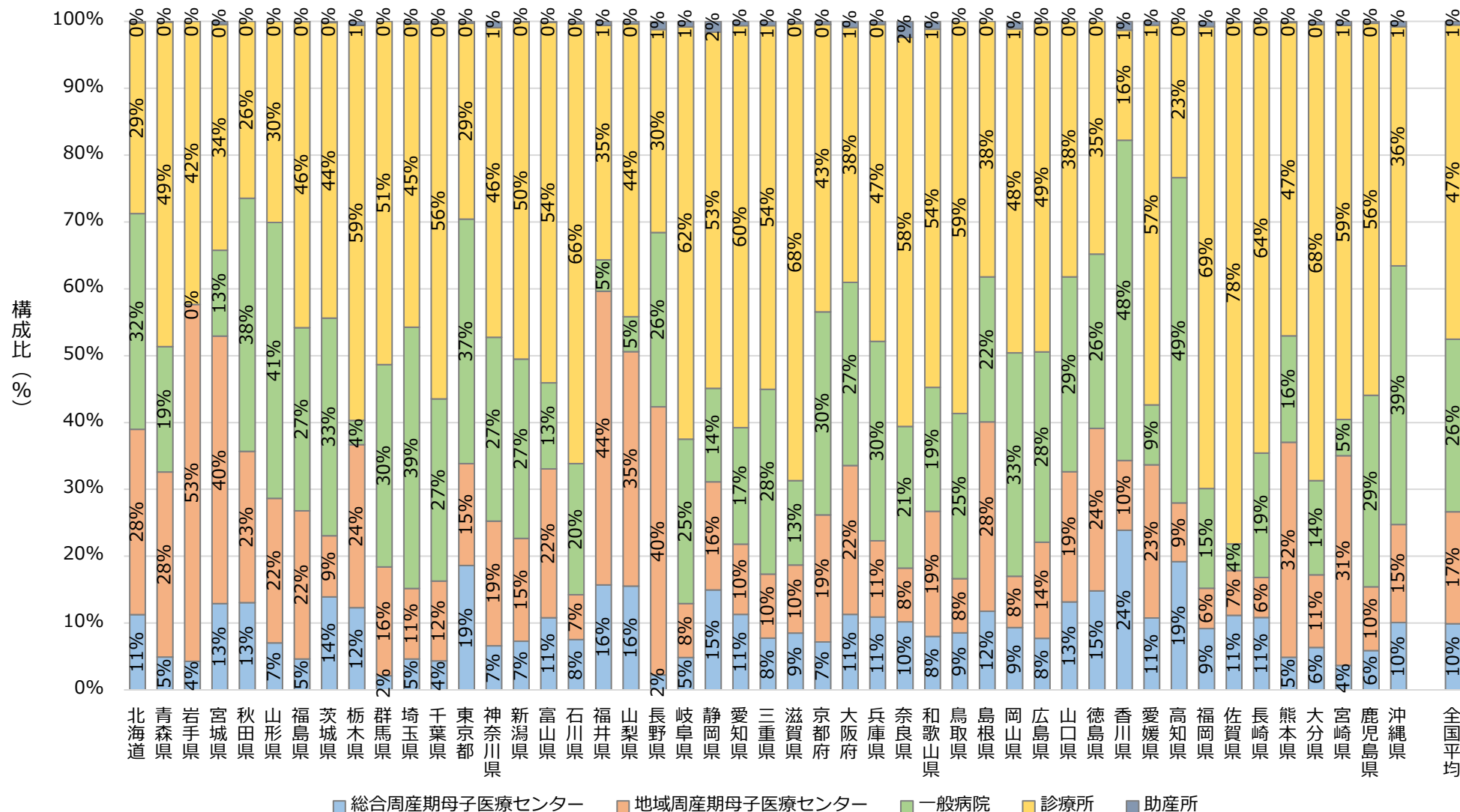
※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除いた費用

※総件数は384,613件

都道府県別の施設種別の請求件数の構成比（全分娩）

第5回妊娠・出産・産後における
妊産婦等の支援策等に関する検討会

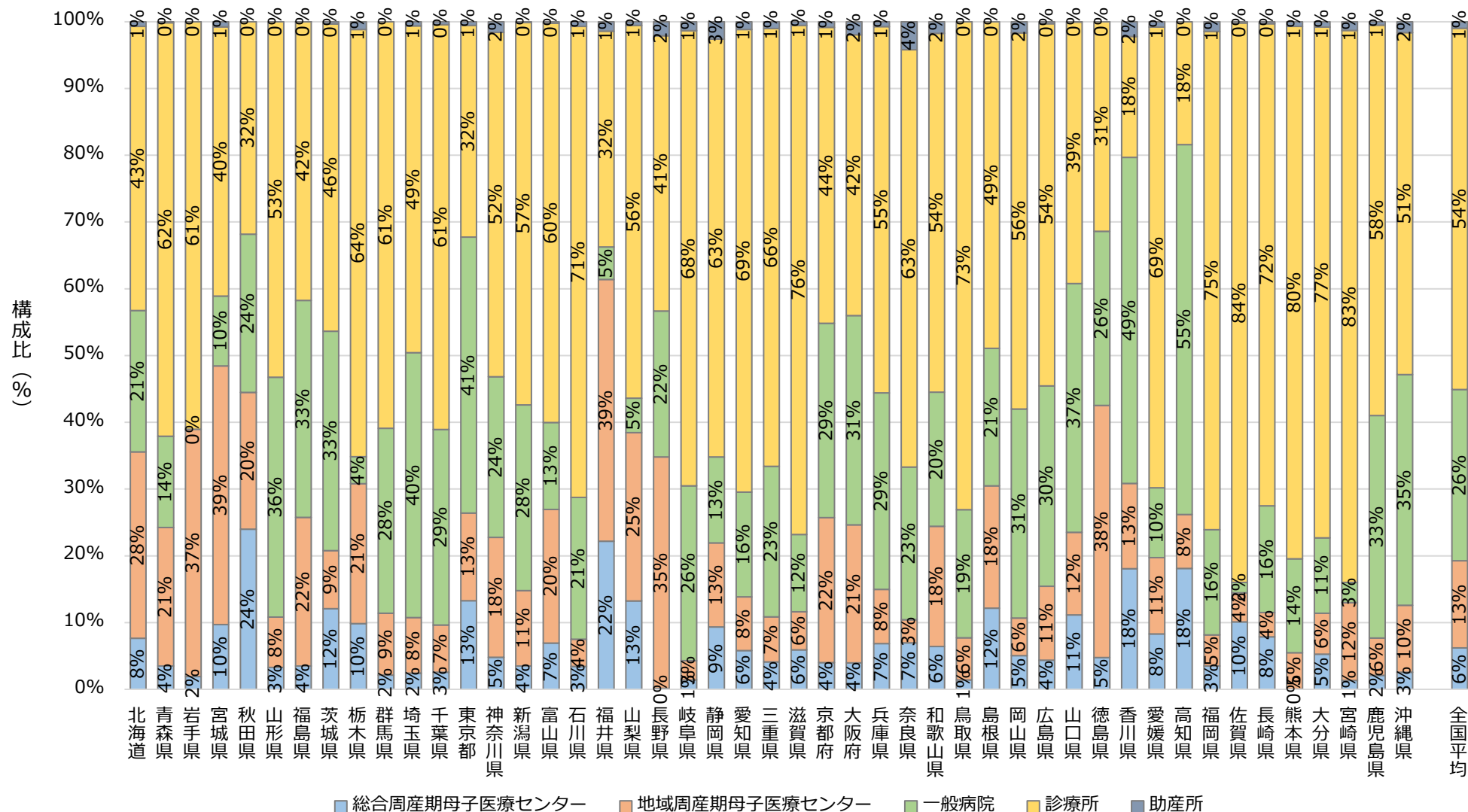


※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

都道府県別の施設種別の請求件数の構成比（正常分娩）

第5回妊娠・出産・産後における
妊産婦等の支援策等に関する検討会

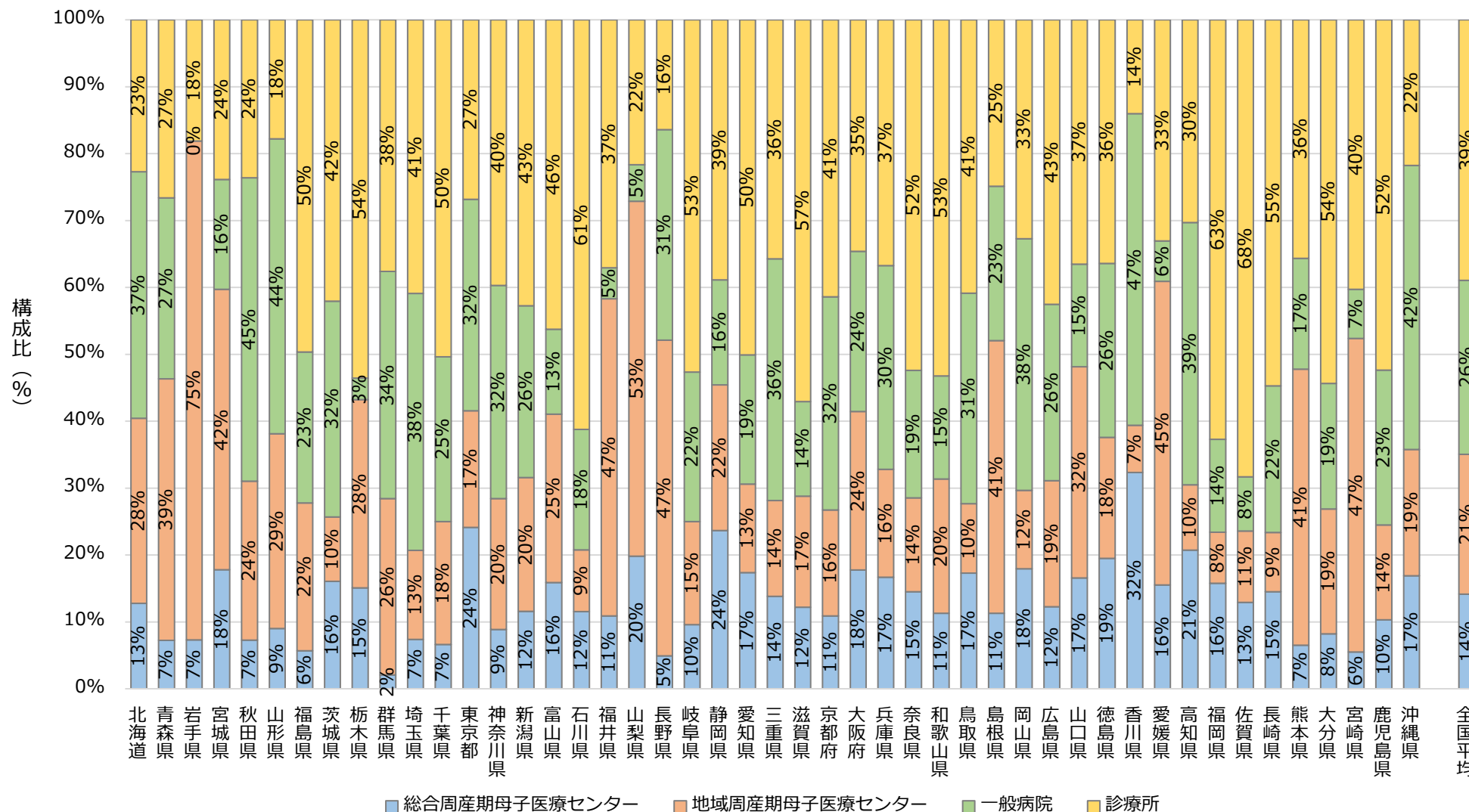


※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

都道府県別の施設種別の請求件数の構成比（異常分娩）

第5回妊娠・出産・産後における
妊産婦等の支援策等に関する検討会



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の令和5年度請求データより厚生労働省保険局にて算出

障害者部会・こども家庭審議会障害児支援部会合同会議（11/14）での主な意見

障害者部会・こども家庭審議会障害児支援部会合同会議において、公費負担医療におけるオンライン資格確認の導入について議論を行った際に、マイナンバーカードと健康保険証の一体化に関し、障害者への対応について以下のような意見があった。

自立支援医療等でのオンライン資格確認の導入に当たっての主な意見	
障害者が受診する際の運用改善	・障害種別によっては、使いづらいというような不便性、困難性があることを解消する必要がある。 ・視覚障害者にとっては暗証番号の入力ができず、顔認証もカードリーダーの操作も使いづらい仕組み。視覚障害があっても利用できるようなソフトの開発、オンライン化をお願いしたい。 ・身体障害者は鞆からマイナンバーカードを取り出すのが困難であり、スマートウォッチ等に連動する仕組みにしていきたい。 ・マイナ保険証で受診した際に、精神科の受診歴が別の医療機関に知られてしまうのではないかという不安もある。自身で自立支援医療を選択でき、利用しない場合は知られることがないと分かり安心したが、丁寧な情報提供や周知徹底をお願いしたい。
目視確認モードの周知	・視覚障害者は顔認証も暗証番号も使えないので目視確認が唯一の手段となるが、多くの医療機関では目視確認ができること自体を知らないケースがある。各医療機関や職員、障害者当事者にも周知を徹底してほしい。 ・重症心身障害者の場合、顔認証付きカードリーダーの位置まで顔を近づけられる方はほぼおらず、目をカメラに合わせることも難しい。全ての医療機関や薬局において、共通理解の上、目視確認に対応していただけるよう、職員や利用者に幅広くご説明いただきたい。
資格確認書の利用	・障害者当事者が対応する場合も含め、資格確認書の申請が適切に行えるよう、手続を分かりやすく周知してほしい。 ・耳が聞こえない人の特性として、文章を読んで意味がつかみにくい方が多いために、資格確認書が届いても、理解できずに使えない可能性がある。こういった事態への対応として、マニュアルを整備するなど考えていただきたい。



厚生労働省

ひと、暮らし、みらいのために
Ministry of Health, Labour and Welfare

高齢者・障害者等の要配慮者の方々におけるマイナンバーカード の健康保険証利用について（支援者・ご家族向けご説明資料）

2024年10月時点

厚生労働省 保険局

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

<目次>

マイナ保険証とは？	・・・ P2
マイナンバーカードの作成・更新について	・・・ P3
マイナンバーカードの安全性について	・・・ P4
外来受診時での保険資格確認方法	・・・ P5
マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無の確認方法	・・・ P6
マイナンバーカードの健康保険証利用登録方法	・・・ P7
顔認証マイナンバーカードとは	・・・ P11
顔認証マイナンバーカードの申請	・・・ P12
顔認証付きカードリーダーについて	・・・ P13
マイナ保険証ってどう使う？	・・・ P14
顔認証が上手くいかない場合は？	・・・ P16
顔認証付きカードリーダーが不具合で使えない場合は？	・・・ P17
資格確認書について	・・・ P18
訪問診療等におけるオンライン資格確認	・・・ P19
よくある質問	・・・ P20

ひと、くらし、みらいのために



健康保険証の利用登録がされたマイナンバーカードのことです。

マイナ保険証とは

- これまで健康保険証で行っていた医療保険の資格確認を、マイナンバーカードでおこなう仕組みです。
- **2024（令和6）年12月2日に、現行の健康保険証は新たに発行されなくなり、マイナンバーカードの保険証利用を基本とする仕組みに移行します。**
※2024年12月2日時点で有効な保険証は、その後も最大1年間有効です。

利用のメリット

より良い医療を受けることができる

患者さんに同意を得たうえで、医師等が過去の診療情報、お薬情報や特定健診の結果を確認できるようになるため、身体の状態や他の病気を推測して治療に役立てることができ、お薬の飲み合わせや分量を調整してもらうこともできます。たとえ、思いがけない怪我や病気で、初めての医療機関に受診したとしても、正確なデータが連携されるため、普段受診している医療機関と同様に安心して適切な治療を受けることができます。

突然の手術・入院でも自己負担の上限を超える高額な支払いが不要になる

突然の病気・ケガで手術や入院をすることになっても、自己負担の上限を超える高額な一時立て替え支払いなどをせずに、一定額以上の支払いが不要※になります。（※マイナンバーカードによる資格確認で高額療養費制度が適用される）

救急搬送時、医療情報に基づく総合的な判断により適切な処置を受けられます

マイナンバーカードを持ち歩いていると、患者さんに同意を得たうえで、救急隊員が診療情報、お薬情報などを参照できるようになるため、病院の選定や搬送中の応急措置を適切に行うことができます。

マイナンバーカードの作成・更新について

- ・ マイナンバーカードをまだお持ちでない方は、以下のいずれかの方法でマイナンバーカードを取得することができます。
- ・ マイナンバーカードの交付申請書の記入が困難である場合については、介助者及び施設職員等の代筆のうえ、本人が押印を行うことで、有効なものとして認められます。
- ・ マイナンバーカードの有効期間は、発行日から10回目の誕生日（未成年者は5回目）まで、電子証明書の有効期間は、年齢問わず発行日から5回目の誕生日までに設定されています。マイナンバーカードの券面がマイナポータルで確認ができます。有効期限の2～3ヶ月前を目途に有効期限通知書が送付されます。更新にかかる手数料は、無料です。
(更新手続きについて→ <https://www.kojinbango-card.go.jp/card/renewal/>)

① 郵送で申請



役所の窓口、もしくはデータをダウンロードのうえ印刷をして交付申請書をお手元にご準備のうえ、必要事項を記入し、6カ月以内に撮影した顔写真を張り付けて郵送します。

※ダウンロードサイトリンク→ <https://www.kojinbango-card.go.jp/download/>

② オンライン申請



オンライン申請サイトにアクセスしてメールアドレスを登録した後、個人番号カード交付申請書に記載されている申請書ID（半角数字23桁）、顔写真、申請情報の登録を行います。

※顔写真は、スマホの場合、操作中に撮影することもできます。

※交付申請書のQRコード読み取りサイトにアクセスした場合、申請書IDはすでに記載され変更できません。

※申請書IDが記載された個人番号カード交付申請書がお手元になく申請書IDが分からない場合は、郵送で申請してください。

③ まちなかの証明写真機で申請



交付申請書を持参し、マイナンバーカードの申請に対応しているまちなかの証明写真機にて、タッチパネルから「個人番号カード申請」を選択します。撮影用のお金を入れて、交付申請書のQRコードをバーコードリーダーにかざします。画面の案内に従って、必要事項を入力し、顔写真を撮影して送信してください。

その他、各自治体にてマイナンバーカード申請出張サポートを行っています。

詳しくはお住まいの自治体のWebサイトなどをご確認の上、マイナンバーカードの総合窓口にお問合せをお願いします。

マイナンバーカードの安全性について

<カードのセキュリティについて>

- マイナンバーカードには、プライバシー性の高い個人情報記録されないほか、偽造防止などにも対応した万全なセキュリティ対策が施されています。



万全のセキュリティ対策

- 紛失・盗難の場合は、**24時間365日体制**で一時的に利用停止可能
- アプリ毎に暗証番号を設定し、**一定回数間違えると機能ロック**
- 不正に情報を読み出そうとすると、**ICチップが壊れる仕組み**

<施設で預かる場合の留意点>

- マイナンバーカードは、ご本人での管理が基本ですが、**入所契約や預かり証等の合意に基づき、施設側で入所者のカードを管理することも可能**です。その際には、例えば、紛失防止のため鍵付きのロッカー等に保管することや、出し入れした日時など管理の記録をつけること、職員のうちマイナンバーカードの管理を行う者の範囲を定めておくことなどが考えられます。
- マイナンバーカードの暗証番号は、本人確認のために重要なものであることから、慎重に扱うことが望ましく、原則として法定代理人以外の者に知らせることは適当ではありません。このため、ご本人での暗証番号の設定や管理に不安がある方は、暗証番号の設定をしないことを希望すること（P.11参照）が可能です。
- 資格確認書を管理する場合は、現行の健康保険証と同様に、施設等で管理することが可能です。

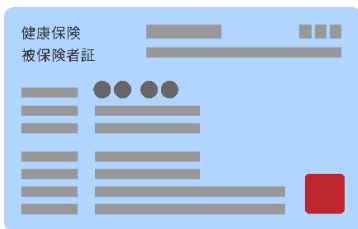


外来受診時の保険資格確認方法

5

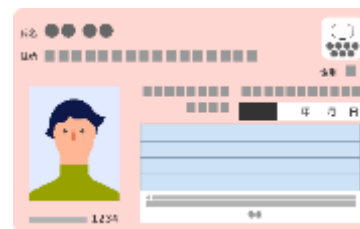
- 現在、外来受診時の保険資格確認方法は、① **健康保険証** と② **マイナンバーカード** の2つがあります
- ただし、現行の健康保険証は2024（令和6）年12月2日から新たに発行されなくなり、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行します。お手元の健康保険証は、有効期限まで（12月2日から最大1年間）引き続きご使用いただけます
- マイナ保険証を保有していない（マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない）方等は、**資格確認書により、これまで通り医療が受けられます。**（P18参照）

① 健康保険証



- 基本的に国民健康保険・後期高齢者医療制度の健康保険証は、券面の有効期限まで、被用者保険の健康保険証は2025（令和7）年12月1日まで有効です。ただし、転職や引っ越し等で加入している保険者が変わった方は、お手元の健康保険証が使えなくなります。
- 特に以下の方の有効期限は次のとおりとなります。
 - ✓ **70歳の誕生日を迎えられる方→ 誕生月の月末まで**
※ただし、誕生日が1日の方は誕生月の前月末まで
例）7月8日が70歳の誕生日→7月31日まで有効
7月1日が70歳の誕生日→6月30日まで有効
※保険者によっては取扱いが異なる場合があります。
 - 75歳の誕生日を迎えられる方→ 誕生日の前日まで**
 - ✓ 外国籍の方で在留期限が切れる場合→ 在留期限まで
 - ✓ 券面の有効期限が2025（令和7）年12月2日以降の場合
→ 2025（令和7）年12月1日まで

② マイナンバーカード



- **健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード（マイナ保険証）**で、顔認証付きカードリーダーを使って資格確認をおこないます。
- マイナンバーカードのICチップには電子証明書が搭載されており、発行の日から**5回目の誕生日まで有効**です。
※有効期限が近づくと、有効期限通知書が登録した住所宛てに郵送で届きます。また、顔認証付きカードリーダーでもお知らせが表示されます
※更新手続きは、お住まいの市区町村窓口にて可能です。

補足

暗証番号の設定や管理に不安がある方の負担軽減のため、暗証番号の設定が不要な**顔認証マイナンバーカード**があります。（P.11参照）

マイナンバーカードの健康保険証利用登録有無の確認方法

6

マイナ保険証への登録状況は、マイナポータルにて確認できます！

ご自身のスマートフォンやパソコンからマイナポータル（※）にログインをして、マイナンバーカードの健康保険証利用登録状況を確認することができます。（ログイン時にはお手元にマイナンバーカードをご用意ください）

※マイナンバーカードを活用して行政手続きなどができる政府が運営するオンラインサービス（<https://myna.go.jp/>）



登録状況の確認欄にて、
健康保険証が
「登録済み」
となっていたら、
健康保険証利用登録が
完了しています

マイナンバーカードの健康保険証利用登録方法（1/3）

7

① 医療機関・薬局の受付（カードリーダー）

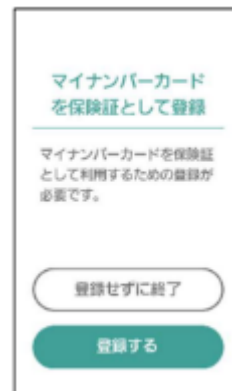
医療機関・薬局の受付に置かれているカードリーダーで、その場で簡単に利用登録ができます。



顔認証付き
カードリーダーに
マイナンバーカードを置く

本人確認
(顔認証等)

保険証登録未実施の
場合
次の画面へ



※カードリーダーのメーカーにより
画面が異なります

この画面から
お申込み

登録完了

マイナンバーカードが
健康保険証として利用可能に！



利用

同意取得(お薬情報など)

※顔認証付きカードリーダーの機種によっては本人確認や同意取得の必要となるタイミングが、異なる場合があります。

※申込完了までに少々お時間をいただく場合がございます。

※転職・転居等により保険者が変わり手続きが終了していない場合などには、マイナ保険証で受診いただけないことがあります。

マイナンバーカードの健康保険証利用登録方法（2/3）

② マイナポータル

ご自身のスマートフォンやパソコンからマイナポータルにログインをして、マイナンバーカードの健康保険証利用登録をすることができます。

※法定代理人の方は、本人の代理としてマイナ保険証の利用登録が可能です。



マイナンバーカードの健康保険証利用登録方法（3/3）

9

③ セブン銀行のATM

全国のセブンイレブン等に設置されている、セブン銀行のATMから、マイナンバーカードの健康保険証利用登録ができます。



マイナンバーカードの健康保険証利用の 申込みはセブン銀行ATMで!



- お持ちのスマートフォンがマイナポータルアプリ（申込みに必要な専用アプリ）に対応していない方
- スマートフォンをお持ちでない方、スマートフォンの操作に自信がない方

→ **セブン銀行ATMでの申込みは簡単でオススメ!**

ATMでの申込みに必要なもの



マイナンバーカード



利用者証明用
パスワード
(4桁)

ATMの操作に
健康保険証は
不要です。

※マイナポータルおよびセブン銀行ATMでは、顔認証マイナンバーカードなど利用者証明用パスワードをご利用できないカードでは申込みできません。医療機関等の顔認証付きカードリーダーをご利用ください。

対応している医療機関・薬局

このステッカー・ポスターが
貼ってある医療機関・薬局で
使えるようになります



健康証の代わりにマイナンバーカードで
マイナ受付

※利用できる医療機関・薬局等については、厚生労働省のホームページで公開しています。

ATMでの健康保険証利用の申込みについて

くわしくはこちら



健康保険証利用の 申込みのお問合せ



マイナンバー総合
フリーダイヤル

0120-95-0178

5番を選択のうえ、音声ガイダンスにしたがってお進みください。

受付時間（年末年始を除く）
平日：9時30分～20時00分
土日祝：9時30分～17時30分

マイナンバーカードの健康保険証利用登録方法（3/3）

10

③ セブン銀行のATM

全国のセブニーイレブン等に設置されている、セブン銀行のATMから、マイナンバーカードの健康保険証利用登録ができます。

セブン銀行ATM マイナンバーカードの健康保険証利用の申込方法

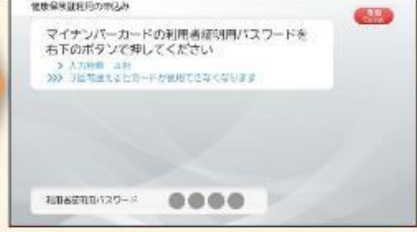


- 1 「各種お手続き」を選択**
※ATMの機種によってボタン名が「マイナンバーカードの手続き」の場合があります

- 2 「マイナンバーカードの健康保険証利用の申込み」を選択**

- 3 利用規約に同意のうえ「確認」を押下**

- 4 マイナンバーカードを挿入**

- 5 利用者証明用パスワード(4桁)を入力**

- 6 申込完了**


補足

2024（令和6）年10月から、マイナンバーカードの健康保険証利用登録の解除がご自身の意思によりできるようになります。利用登録の解除を希望する方は、加入する医療保険者に申請いただく形となります。

なお、健康保険証の利用登録が解除された後も、再度利用登録の手続を行うことは可能です。健康保険証の利用登録は、上述のとおりマイナポータルやセブン銀行ATMのほか、医療機関・薬局の受付に設置されている顔認証付きカードリーダーから行うことができます。

顔認証マイナンバーカードとは

11

- 顔認証マイナンバーカードとは、**本人確認方法を顔認証又は目視確認に限定し、暗証番号の設定を不要**としたマイナンバーカードです。
- マイナンバーカードを健康保険証や本人確認書類として利用したいが、暗証番号の設定や管理に不安がある方等が安心してマイナンバーカードを取得し、利用でき、代理交付を受ける方の負担軽減にもつながるよう導入されました



このカードでは、暗証番号の利用ができないため、健康保険証としての利用時等に暗証番号での認証ができないことがわかるよう、カード表面右下の追記欄に「顔認証」と記載されます。



顔写真入りのため悪用は困難



暗証番号の管理の不安が無くなる

利用できるサービス

- 健康保険証としての利用※
- 券面の顔写真や記載事項（氏名、住所、生年月日、性別等）を用いた本人確認書類としての利用

※本人確認の方法は機器による顔認証、または目視による顔確認に限定されます。また、訪問診療等では、2024年10月より、目視確認でも本人確認が可能なアプリケーションの配信が開始しております。

利用できないサービス

- マイナポータル
- 各種証明書のコンビニ交付
- 各種オンライン手続
- オンライン診療・オンライン服薬指導における健康保険証としての利用
などの暗証番号の入力が必要なサービス

交付対象は、顔認証マイナンバーカードの申請を希望する方すべてです。

- ①マイナンバーカードをこれから取得する方

マイナンバーカードの申請・交付のための来庁時または出張申請時に顔認証マイナンバーカードの申請を行います。

- ②マイナンバーカードを既にお持ちの方

- ご本人が来庁して手続きを行う場合

お住まいの市区町村窓口へご本人が来庁いただければその場で手続きが可能です。電子証明書の更新（5年ごと）を行うタイミングでの設定の切り替えも可能です。

- 代理人が来庁して手続きを行う場合

代理人が来庁して手続きを行うことも可能です。代理人が手続きを行う場合の注意点は以下のとおりです。

- ✓ 電子証明書の更新と併せて設定切替の手続きを行う場合

申請が確かに当該市区町村に住民登録されている本人の意思に基づくものであることを確認するため、お住まいの市区町村から申請者に対して申請の意思を照会した文書への回答書が必要となるため、即日での手続きはできません。

- ✓ 利用者証明用電子証明書を発行済みで、設定の切替手続きのみ行う場合

代理人は、本人が署名又は記名押印した委任状を提出する必要があります。委任状の様式については、お住まいの市区町村へお問い合わせください。委任状の提出があれば、その場で手続きが可能です。

電子証明書更新時

有効期限のお知らせが届く（有効期限の約3か月前）

＜本人または代理人が来庁＞
電子証明書更新申請
顔認証に係る設定切替の申請

市町村で顔認証マイナンバーカードの設定

顔認証マイナンバーカードを交付

通常のカードから設定の切り替えを行う時

＜本人または代理人が来庁＞
顔認証に係る設定切替の申請

市町村で顔認証マイナンバーカードの設定

顔認証マイナンバーカードを交付

顔認証付きカードリーダーについて

13

- 顔認証付きカードリーダーは**医療機関や薬局の窓口**に設置されています。
- マイナンバーカードの「顔写真データ」と窓口で撮影した「本人の顔写真」を照合して本人確認をします。
※顔写真はシステムに保存されません

■ 機種



富士通Japan株式会社



パナソニック コネクト
株式会社



株式会社アルメックス



キヤノンマーケティング
ジャパン株式会社



アトラス情報サービス
株式会社

■ 機能



顔認証で本人確認ができます。



薬剤情報/特定健診等情報閲覧に係る
同意ができます。



暗証番号入力で本人確認ができます。



健康保険証利用の申込（初回登録）
ができます。

13

マイナ保険証ってどう使う？（1/2）

14

1 受付

マイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置く。



※顔認証付きカードリーダーは全5種類あり、施設によって異なります。

2 本人確認

「顔認証」を行うか、「暗証番号（マイナンバーカード申請時に設定した4桁の番号）」を入力する。

顔認証



暗証番号

正しい暗証番号を入力してください

● ○ ○ ○

1	2	3
4	5	6
7	8	9
取消	0	クリア

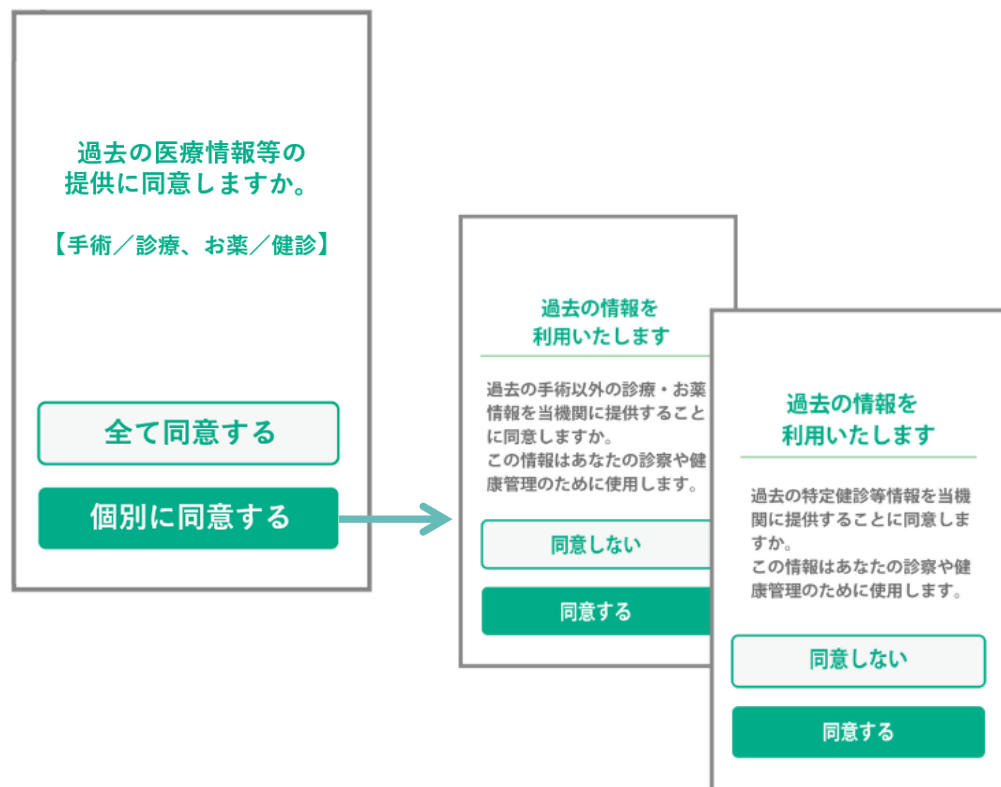
あと2回

注）番号位置は入れ替わります

3

過去の診療・お薬情報の提供など同意事項の確認

診療・薬剤・特定健診情報などの利用について確認・選択する。
※顔認証付きカードリーダーの種類によって画面は異なります



4

受付完了

受付を完了したらカードを取って呼び出しを待つ。



顔認証が上手くいかない場合は？

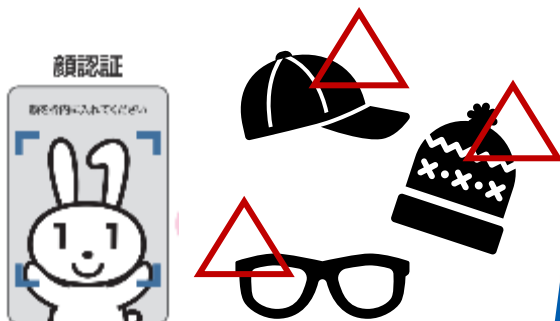
16

<目視モードについて>

- 以下のような場合には、医療機関のスタッフが顔認証付きカードリーダーを**目視モード**に切り替え、**目視確認**を行います。
 - ・顔認証がうまくいかず、かつ患者本人が暗証番号を忘れてしまった場合
 - ・ケガをされていて顔認証付きカードリーダーの場所まで行けない場合
 - ・体調・状況が悪化して顔認証付きカードリーダーが使えない場合
 - ・患者ご本人が認知症等で、顔認証付きカードリーダーがうまく使えない場合
- 暗証番号は3回間違えるとロックがかかってしまうため、顔認証が上手くいかない、かつ、暗証番号が思い出せない場合には、医療機関のスタッフにお声がけください

①

顔認証付きカードリーダーで本人確認を試みるが上手くいかず、暗証番号も忘れてしまった



帽子やメガネをしていると、反応が悪い場合があります

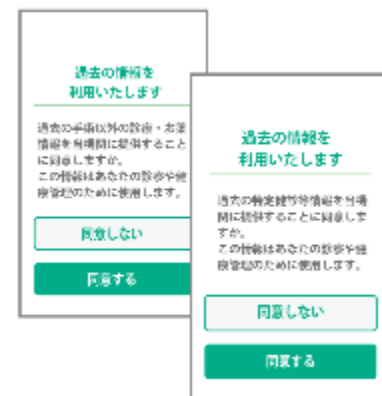
②

医療機関のスタッフに患者からその旨を伝え、マイナンバーカードを提示する。スタッフは券面で、本人確認をおこなう



③

スタッフが本人確認後、顔認証付きカードリーダーを**目視モード**に切り替えた後、患者は同意画面にすすむ

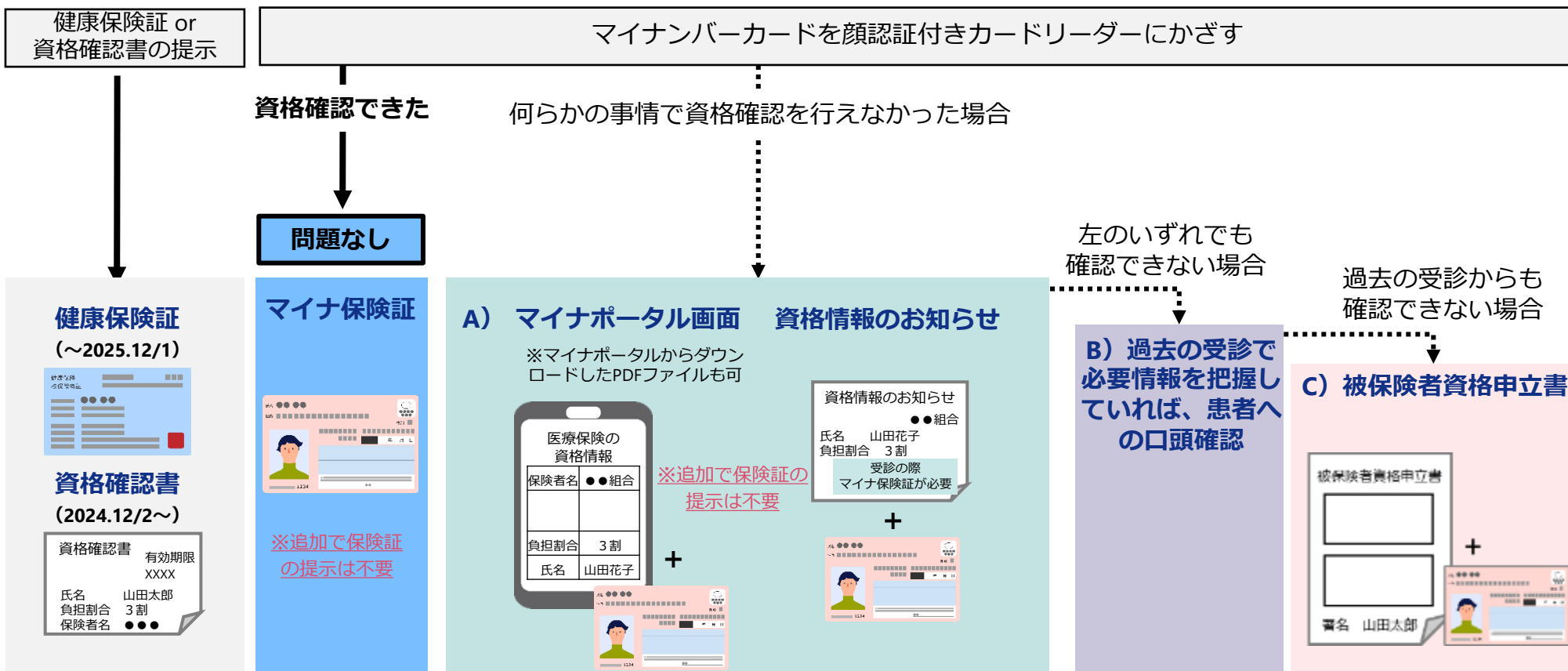


顔認証付きカードリーダーが不具合で使えない場合は？

17

- 顔認証付きカードリーダーの動作の不具合等で資格確認を行うことができない場合、以下の方法で資格確認を行っていただくことで、適切な自己負担額となります。マイナンバーカードによるオンライン資格確認が上手くいかなくても、医療費の全額（10割）を負担することにはなりませんのでご安心ください。

- A) 患者自身がスマートフォン等でマイナポータルにアクセスし、医療保険の被保険者資格情報の画面を提示。（マイナポータルからダウンロードしたPDFファイルでも可）
- B) 過去の受診歴があれば、医療機関のスタッフから患者へ口頭確認。
- C) 被保険者資格申立書という書類に、必要な情報をご記入いただく。



- 当分の間、マイナ保険証を保有していない（マイナンバーカードの健康保険証利用登録をしていない）方全てに、これまでどおり保険診療を受けることができる**資格確認書**を、現行の健康保険証の有効期限内に無償で申請によらず交付します。
 - ※マイナ保険証を保有している方であっても、マイナンバーカードでの受診等が困難な要配慮者（高齢者、障害者等）は、申請により、資格確認書を無償で交付します。またこれらの方については、資格確認書更新時の申請は不要です。
 - ※病態の変化などにより、顔認証付きカードリーダーを上手く使えなくなった場合、資格確認書を申請の上でご利用ください。また、資格確認書は、現行の健康保険証と同様、親族等の法定代理人のほか、介助者等による代理申請も可能です。
 - ※資格確認書の有効期限は、5年以内で保険者が設定することとなっています。
- また、75歳以上の方や65歳以上75歳未満の方で一定の障害があると後期高齢者医療広域連合から認定を受けた方（後期高齢者医療制度の被保険者）については、令和7年7月末までの間における暫定的な運用として、現行の健康保険証が失効する方に対して資格確認書を無償で申請によらず交付します。そのため、後期高齢者医療制度の被保険者におかれては、当分の間、資格確認書の申請は不要です。

交付対象者

（申請によらず交付される方）

- マイナンバーカードを取得していない方
- マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない方
- マイナ保険証の利用登録解除を申請した方・登録解除者
- マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方
- 後期高齢者医療制度の被保険者で現行の健康保険証が失効する方（令和7年7月末までの暫定措置）

（申請により交付される方）

- マイナンバーカードでの受診等が困難な要配慮者（高齢者、障害者等）
- マイナンバーカードを紛失・更新中の方

（更新時の申請が不要な方）

- 申請により資格確認書が交付された要配慮者

<イメージ>

〇〇都道府県	有効期限	年	月	日
国民健康保険	発効期日	年	月	日
資格確認書				
記号	番号			(枝番)
氏名	性別			
生年月日	年	月	日	負担割合
適用開始年月日	年	月	日	割
交付年月日	年	月	日	
世帯主氏名				
住所				
保険者番号				
交付者名				印

※保険者により様式は異なる

- ・訪問診療等においては、モバイル端末等によるオンライン資格確認が可能であり、患者宅等でも保険資格を確認することができます。
- ・また、2回目以降の訪問においては、当該医療機関等との継続的な関係のもと訪問診療等が行われている間、医療機関等は再照会機能を活用した資格確認を行うとともに、初回時の患者の同意に基づき薬剤情報等の取得が可能です。

1 同意の確認

診療・服薬・健診情報の
利用について確認してください。

全ての項目に同意する
同意項目については、以下の項目を
ご確認ください。

手術情報の提供
☒ 同意する ☐ 同意しない

薬剤情報の提供
☒ 同意する ☐ 同意しない

特定健診等情報の提供
☒ 同意する ☐ 同意しない

親戚情報の提供
☒ 同意する ☐ 同意しない

特定疾病療養受療情報の提供
☒ 同意する ☐ 同意しない

全ての項目に同意する

同意内容を確認する

2 本人確認

4ケタの暗証番号を入力してください。

暗証番号

暗証番号を入力してください

1 2 3
4 5 6
7 8 9
0

確認する



3 資格確認

マイナンバーカードを
読み取らせてください。

マイナンバーカード





4 確認完了



カードをご利用ください

※2024年10月より、目視確認でも本人確認が可能な
アプリケーションの配信が開始しております

以下は、特にお問い合わせが多い質問の抜粋です。

より詳しく知りたい方は、以下のURL、もしくは右記のQRコードより厚生労働省のWebサイトをご確認ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_40406.html



Q1. 障害がある場合、マイナ保険証の利用の際に家族や施設職員の方等が介助してもよろしいでしょうか。

- A.** 患者の方の希望によりご本人の前で支援を行うことを妨げるものではありません。ご自身でマイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置くことが難しい（車いすに乗っている、視覚障害を持っている等）等のやむを得ない事情があり、患者ご本人から希望があった場合に、家族の方や介助者、施設職員等が患者のマイナンバーカードを顔認証付きカードリーダーに置く等の必要な支援を行うことは、差し支えありません。

Q2. 訪問診療やオンライン診療ではマイナンバーカードを健康保険証として利用できないのでしょうか。

- A.** 利用可能です。医療機関・薬局が行う訪問診療等やオンライン診療等におけるマイナ保険証の利用については、令和6年4月から、訪問看護事業者が行う訪問看護については、令和6年6月から運用開始をいたしました。

Q3. マイナンバーカードには大事な情報が入っていますか？持ち歩いていいか心配です。

A. マイナンバーカードにはプライバシー性の高い情報（保険証情報や医療情報等）は入っていません。また、カード裏面のマイナンバー（12桁）を知らただけでは悪用されません。

マイナンバーカードのセキュリティは厳重に管理されています。従来の健康保険証のように、安心してお持ち歩きください。

紛失・盗難された場合は、いつでも一時利用停止ができますし、写真付のため、第三者が容易になりすますことはできません。

また、暗証番号が一定回数間違えるとロックされます。不正に情報を読みだそうとするとチップが壊れる仕組みもあります。

万が一紛失された際には、マイナンバー総合フリーダイヤルにお電話ください。音声ガイダンスに従って、24時間365日、一時利用停止することが可能です。

なお、マイナ保険証利用時、医療機関や薬局が参照できるデータは、現行の健康保険証と同じ情報（氏名、住所等）と、ご本人の同意があった場合に限り、受けている治療内容やお薬の履歴が閲覧可能となります。