

用語

国民健康保険事業状況で使用した主な用語の説明は下記のとおり。なお、内容は、令和3年度現在のものである。

1 保険者

国民健康保険（以下「国保」という。）の保険者は、地方公共団体である市町村及び特別区、公法人である国保組合である。

国保組合は、同種の事業又は業務に従事する者で組織する団体で、市町村公営を原則とする国保制度のもとにおいて、これを補完するものとして、都道府県知事の認可を受けて設立されるものである。

2 被保険者

保険の利益を受ける者をいい、被保険者の資格を取得すると、法定給付事由が発生すれば権利として保険給付を受けることができると同時に、世帯主は保険料（税）の納付義務を負うことになる。

市町村国保の被保険者の資格要件は、当該市町村の区域内に住所を有することであり、国保組合の場合は、当該組合員または組合員と同じ世帯に属する者である。ただし、他の医療保険の適用を受ける者等は、被保険者から除外される。

国保の被保険者は、一般被保険者と退職被保険者等に区分される。

(1) 退職被保険者等

退職被保険者とは、国保の被保険者のうち、老齢又は退職を支給事由とする被用者年金の受給権者であって、当該年金保険の加入期間が20年以上又は40歳以降10年以上の者である。

被扶養者とは、退職被保険者の直系尊属、配偶者その他3親等内の親族であって、その退職被保険者と同一の世帯に属し、かつ生計維持関係を有する者である。

なお、平成26年度までに退職被保険者等となった者が全員65歳に到達した時点で、本制度は廃止されることとされている。

(2) 一般被保険者

上記（1）以外の被保険者

(3) 前期高齢者

65歳から74歳までの被保険者。被用者保険との財政調整の対象となっている。

3 保険給付

保険給付は、疾病又は負傷に関しては療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費並びに出産に関しては出産育児一時金の支給、死亡に関しては葬祭費の支給（又は葬祭の給付）がある。ただし、出産育児一時金及び葬祭費の支給については特別の理由があるときは、その全部又は一部を行わないことができる。

これらのほかに、出産手当金、傷病手当金等の給付を行うことができる。

なお、世帯主が災害その他の特別の事情がないのに1年以上保険料（税）を滞納している場合、保険者は、その世帯の被保険者証を返還させ、代わりに被保険者資格証明書を交付することとされている。この場合、療養の給付、保険外併用療養費等の支給は行われず、特別療養費が支給される。

(1) 療養の給付

国保における原則的医療給付で、診察、薬剤又は治療材料の支給、処置、手術その他の治療、病院又は診療所への入院、看護等をいう。現物給付として行われる。

(2) 入院時食事療養費・入院時生活療養費

被保険者が保険医療機関について入院に係る給付に併せて食事療養を受けたときは、入院時食事療養費が支給される。

その額は、当該食事療養につき算定した費用の額から標準負担額（一食につき460円（減額措置あり））を控除した額とされ、保険者が保険医療機関に対し支払を行うこと（現物給付）となっている。

また、65歳以上の被保険者が保険医療機関の療養病床に入院したときは、入院時食事療養費に代えて入院時生活療養費が支給される。

その額は、当該生活療養につき算定した費用の額から標準負担額（居住費として一日につき370円と一食につき460円の合計額（減額措置あり））を控除した額とされ、入院時食事療養費と同様に保険者が保険医療機関に対し支払を行うこと（現物給付）となっている。

(3) 保険外併用療養費

保険医療機関において特定の先進医療を受けた場合や特別なサービスを含んだ療養を被保険者が希望して受けた場合、一般の療養の給付と共通する部分について保険給付される。

(4) 療養費

国保における補完的医療給付で、保険医療機関以外で診療を受けた場合、緊急その他やむを得ない理由により療養の給付を受けることができなかつたと保険者が認めた場合等に、事後的に保険者から被保険者に支給される。

療養費の支給額は療養に要した費用の額から一部負担金に相当する額を控除した金額を基準として保険者が決定する。

(5) 訪問看護療養費

居宅において継続して療養を受ける状態にある者が指定訪問看護事業者の行う指定訪問看護を受けたときは、訪問看護療養費が支給される。

訪問看護療養費の額は、当該指定訪問看護につき厚生労働大臣の定め例により算定される額から、その額の一部負担金の割合を乗じて得た額を控除した額である。

(6) 特別療養費

被保険者資格証明書の交付を受けている世帯に属する被保険者が保険医療機関等において療養を受けたときは、特別療養費が支給される。

特別療養費の額は、診療報酬の場合と同様の方法で算定された療養に要する費用の額（現に療養に要した費用の額を限度とする。）から、その額に一部負担金の割合を乗じて得た額を控除した額である。

(7) 移送費

被保険者が療養の給付を受けるため病院又は診療所に移送されたときは、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用により算定された額（現に移送に要した額を限度とする。）が支給される。

(8) 高額療養費

① 高額療養費は、同一世帯に属する被保険者が、同一月に受けた療養に係る一部負担金を合算した額から当該世帯に属する70歳以上の被保険者に係る高額療養費の額を控除した額が自己負担限度額を超える場合に支給される。

世帯合算については、70歳未満の被保険者については合算対象基準額が21,000円とされ、それ以上の一部負担金等が合算され、70歳以上の被保険者については自己負担額が限度額を超えた場合、申請により限度額を超えた部分が支給される。

(ア) 基準所得901万円超（世帯に属する被保険者について、旧ただし書き所得の算定の例により算定した前年所得の合算額。以下、同じ。）

252,600円と、世帯の被保険者が受けた療養に要した費用の額（合算対象とされたもの）から842,000円を控除した額の1%に相当する額との合算額。

ただし、その世帯に対して、当該療養があった月以前の12月以内に既に高額療養費（70歳以上の被保険者に係る外来の自己負担限度額のみにより支給を受けた回数）は算入しない。）が支給されている月数が3月以上ある場合には、4月目から（以下「多数該当の場合」という。）は140,100円となる。

(イ) 基準所得600万円超901万円以下

167,400円と、世帯の被保険者が受けた療養に要した費用の額（合算対象とされたもの）から558,000円を控除した額の1%に相当する額との合算額。

ただし、多数該当の場合には、93,000円となる。

(ウ) 基準所得210万円超600万円以下

80,100円と、世帯の被保険者が受けた療養に要した費用の額（合算対象とされたもの）から267,000円を控除した額の1%に相当する額との合算額。

ただし、多数該当の場合には、44,400円となる。

(エ) 基準所得210万円以下

57,600円。ただし、多数該当の場合には、44,400円となる。

(オ) 低所得者の世帯（世帯に属する世帯主及び被保険者の全てが市町村民税非課税である場合）

35,400円。ただし、多数該当の場合は、24,600円となる。

② 70歳以上の被保険者に係る高額療養費の支給要件

(ア) 70歳以上の被保険者に係る高額療養費

(i) 同一の世帯に属する70歳以上の被保険者が同一の月に受けた療養に係る一部負担金等を合算した額から (ii) による外来の高額療養費の支給額を控除した額 (以下「70歳以上一部負担金等世帯合算額」という。) が一定額 (以下「70歳以上自己負担限度額」という。) を超える場合。

(ii) 70歳以上の被保険者が同一の月に受けた外来療養に係る一部負担金等を合算した額 (以下「70歳以上外来一部負担金等合算額」という。) が一定額 (以下「70歳以上外来自己負担限度額」という。) を超える場合。

(イ) (ア) の (ii) の場合については、70歳以上外来一部負担金等合算額は個人単位で合算し、70歳以上外来自己負担限度額も個人単位で適用される。

(ウ) 70歳以上自己負担限度額

| 区分 | 所得要件 | 負担割合 | 自己負担限度額 (月額) | |
|-------|---------------------|------------|--|-----------------------------|
| | | | 外来の場合 (患者毎に計算) | 外来+入院の場合 (世帯毎に計算) |
| 現役並所得 | 課税所得 690万円以上 | 3割 | 252,600円 + (総医療費-842,000円) × 1% (多数回該当: 140,100円) | |
| | 課税所得 380万円以上 | | 167,400円 + (総医療費-558,000円) × 1% (多数回該当: 93,000円) | |
| | 課税所得 145万円以上 | | 80,100円 + (総医療費-267,000円) × 1% (多数回該当: 44,400円) | |
| 一般 | 課税所得 145万円未満 | 2割 (1割) | 18,000円 (年間14.4万円上限) | 57,600円 (多数回該当: 44,400円) |
| 低所得Ⅱ | 住民税非課税 | | 8,000円 | 24,600円 |
| 低所得Ⅰ | 住民税非課税 (所得が一定以下) | | | 15,000円 |

4 保険料（税）

保険料は、国保事業に要する費用に充てるため、市町村にあつては世帯主から、国民健康保険組合にあつては組合員から保険料を徴収することとされている。

なお、市町村にあつては保険料に代えて地方税法の規定による国民健康保険税（以下「保険税」という。）を課することができる。大分県内18市町村全てが保険税方式である。

（1）一般被保険者に係る保険税の課税方法

① 課税総額等

一般被保険者に係る保険税の標準課税総額は、当該年度の初日における療養の給付等に要する費用の総額の見込額の100分の65に相当する額と当該年度分の前期高齢者納付金、後期高齢者支援金等の納付に要する費用の額から当該費用に係る公費負担の見込額を控除した額との合算額とする。

課税方式としては、4方式（所得割、資産割、被保険者均等割、世帯別平等割を組み合わせる方式）、3方式（所得割、被保険者均等割、世帯別平等割を組み合わせる方式）、2方式（所得割、被保険者均等割）があるが、平成30年度以降は大分県内18市町村全てが3方式である。同方式では、課税総額に対する割合を所得割総額（50/100）、被保険者均等割総額（35/100）及び世帯別平等割総額（15/100）を標準として算定し、これを基にして次の②に示す方式により、被保険者世帯に対する課税額を算定する。

② 所得割額の算定方法

所得割額の算定は、旧ただし書方式（旧地方税法における住民税課税方式に関する条文のただし書きとして規定されていた方法）により算定する。

一般被保険者にかかる地方税法第314条の2第1項に規定する総所得金額及び山林所得金額の合計額から同条第2項の基礎控除（33万円）をした後の合計額に按分して算定する。

なお、平成25年4月1日から、本文方式及び所得割方式は、旧ただし書方式に一本化されている。

③ 被保険者均等割額及び世帯別平等割額の算定方法

被保険者均等割額及び世帯別平等割額は、それらの額の総額を一般被保険者数又は一般被保険者の世帯数（同一の世帯に一般被保険者と退職被保険者等が同居する世帯を含む。）にそれぞれ按分して算定する。

④ 課税額の限度及び低所得者に対する減額

世帯主（但し、被保険者でない世帯主を除く）及び当該世帯に属する被保険者について算定した所得割額、資産割額、被保険者均等割額及び世帯別平等割額の合算額を課税額とし、その額が条例に定める限度額（医療分63万円、後期高齢者支援金分19万円、介護納付金分17万円 計99万円）を超えるときは、限度額とする。

また、低所得者に対する減額措置として、被保険者均等割額及び世帯別平等割額を、世帯主（被保険者でない世帯主を含む）とその世帯に属する被保険者の所得が基礎控除（33万円）に達しない低所得の被保険者世帯に対しては7割、これに準ずる低所得の世帯に対しては所得により5割又は2割を減額して賦課することとされている。

(2) 退職被保険者等に係る保険料

退職被保険者等に係る保険料は、一般被保険者に係る保険料を算定するのに用いた按分率を退職被保険者等にも用いて、一般被保険者と同様にして算定する。

5 医療費（療養諸費）

療養の給付及び療養に要する費用のことを療養諸費といい、その費用額のことを療養諸費費用額あるいは単に医療費という。

6 一人当たり医療費（療養諸費）

療養諸費の額を年間平均被保険者数で除したもの。

7 医療給付費

医療費のうち保険者が負担する定率分と高額療養費の合算額。

8 給付率

医療給付費の医療費費用額（他法優先分を除く）に対する比率。

9 実質一部負担割合

医療費費用額に対する一部負担金から高額療養費を差し引いた額の比率。

10 診療費

診療（入院、入院外、歯科）に要した費用の額。調剤、食事（生活）療養、看護及び移送に要する費用は含まれない。

11 一人当たり診療費

診療費の額を年間平均被保険者数で除したもの。

12 保険者負担分

国保法の規定により保険者が負担することとされている療養給付費・療養費で、他法負担分及び一部負担金（高額療養費を含む）を除いた額。

なお、条例又は規約により給付水準を引き上げている場合、当該引き上げ部分は保険者負担分となる。

13 他法負担分

療養給付費・療養費の費用額のうち国保法以外の法令又は保険者の条例以外の条例による国、都道府県、市町村等の負担額であり、国保優先と他法優先に分けられる。

① 国保優先

他の法令による公費負担が国保の一部負担金相当部分について行われる場合の当該負担。

なお、都道府県又は市町村の条例による公費負担（地方単独事業）はここに含まれる。

② 他法優先

他の法令による公費負担が国保に優先して行われる場合の当該負担。

14 診療費等諸率

一人当たり診療費、受診率（100人当たり件数）、一件当たり日数、一日当たり診療費、一件当たり診療費のことをいう。

15 受診率

被保険者が一定期間にどの程度の頻度で医療機関にかかったかを示す指標。

本事業状況では、年間レセプト件数を年間平均被保険者数で除した後100を乗じて、100人当たりのレセプト件数を受診率としている。

16 単独世帯及び混合世帯

単独世帯とは、退職被保険者及びその被扶養者のみで構成されている世帯をいい、混合世帯とは、退職被保険者及びその被扶養者と一般被保険者で構成されている世帯をいう。

17 本統計表の中で使用している費用額の関係

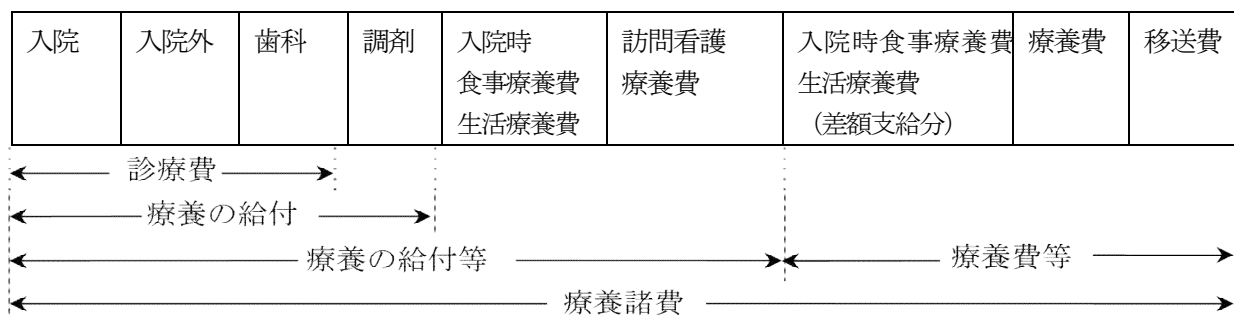
①保険給付費＝医療給付費＋その他の保険給付費

②医療給付費＝療養諸費保険者負担分＋高額療養費支給額

③療養諸費費用額＝療養の給付等費用額＋療養費費用額＋移送費費用額

④療養の給付等費用額＝診療費費用額＋調剤費用額＋食事療養費用額＋訪問看護費用額

⑤診療費費用額＝入院費用額＋入院外費用額＋歯科費用額



18 本統計表の中で使用している各諸率等の算出方法

①年間平均被保険者数 ＝当該年度における各月末現在の被保険者累計÷12月

②1人当たり療養諸費費用額＝療養諸費計÷年間平均被保険者数

③受診率（100人当たり）＝受診件数÷年間平均被保険者数×100

④1件当たり日数 ＝受診日数÷受診件数

⑤1日当たり費用額 ＝診療費÷受診日数

⑥1人当たり費用額 ＝診療費÷年間平均被保険者数