

用語説明

1 保険者

国民健康保険（国保）の保険者は、市町村及び特別区と国民健康保険組合である。国保事業を経営する主体であり、疾病、負傷、出産及び死亡の保険事故が発生した場合に保険を引き受ける者である。

2 被保険者

被保険利益の主体として、傷病等の保険事故が発生した場合に、保険給付として医師の診療や治療を受ける権利を持つ者をいう。

市町村国保にあつては当該市町村内に住所を有する者を、国保組合にあつては組合員及び組合員と同一の世帯に属する者をそれぞれ被保険者とするが、他の医療保険制度の加入者や生活保護受給者等は適用除外となる。

(ア) 退職被保険者等

退職被保険者等とは、退職被保険者（本人）及びその被扶養者が該当する。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の事由とする被用者年金の受給権者であつて、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。

なお、平成 20 年 4 月に前期高齢者医療制度が創設されたため、対象が 65 歳未満に限定された。また、現行の退職者医療制度は廃止されたが、平成 27 年度までの間における 65 歳未満の退職被保険者等が 65 歳に達するまでの間は、経過的に存続される。

(イ) 一般被保険者

上記（ア）以外の被保険者

(ウ) 前期高齢者

一般被保険者のうち、65 歳～74 歳の者

3 保険給付

法定給付として絶対的な必要給付である療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給、相対的必然給付である出産育児一時金及び葬祭費の支給、また、任意給付として傷病手当金等の給付がある。

なお、特定機能病院については、我が国独自の診療分類による診断群分類包括評価方式DPC（Diagnosis Procedure Combination）の導入が進められている。

(ア) 療養の給付

国保における原則的医療給付であり、現物給付として行われる。

その内容は、①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③処置、手術その他の治療、④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、⑤病院または診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護がある。

(イ) 入院時食事療養費

被保険者が保険医療機関等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を控除した額とされ、現物給付として行われる。

なお、65歳以上で療養病床に入院する人には、同様に入院時生活療養費が支給される。

(ウ) 保険外併用療養費

特定療養費制度を再編したもので、将来的な保険給付の対象とすべきものであるか否かについて適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な「評価療養」と、特別の病室の提供など保険導入を前提とせず患者がその医療行為を選択し、同意した上で行われる医療という「選定療養」とがある。

1. 評価療養

- (1) 厚生労働大臣の定める先進医療
- (2) 医薬品医療機器等法第2条第17項に規定する治験に係る診療
- (3) 医薬品医療機器等法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医薬品の投与

- (4) 医薬品医療機器等法第 23 条の 2 の 5 第 1 項又は第 23 条の 2 の 17 第 1 項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器の使用又は支給
- (5) 医薬品医療機器等法第 23 条の 25 第 1 項又は第 23 条の 37 第 1 項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品の使用又は支給
- (6) 使用薬剤の薬価に記載されている医薬品の投与であって、医薬品医療機器等法第 14 条第 1 項又は第 19 条の 2 第 1 項の規定による承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係るもの
- (7) 医薬品医療機器等法第 23 条の 2 の 5 第 1 項又は第 23 条の 2 の 17 第 1 項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器の使用又は支給であって、当該承認に係る使用目的、効果又は使用方法と異なる使用目的、効果又は使用方法に係るもの
- (8) 医薬品医療機器等法第 23 条の 25 第 1 項又は第 23 条の 37 第 1 項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品の使用又は支給であって、当該承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能と異なる用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能に係るもの

2. 選定療養

- (1) 特別の療養環境の提供
- (2) 予約に基づく診察
- (3) 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診療
- (4) 病床数が 200 床以上の病院の未紹介患者
- (5) 病床数が 200 床以上の病院の再診
- (6) 診療報酬の算定方法に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるもの
- (7) 厚生労働大臣が定める方法により計算した入院期間が 180 日を超えた日以後の入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- (8) 前歯部の鑄造歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給
- (9) 金属床による総義歯の提供
- (10) う蝕に罹患している患者であって継続的な指導管理を要するものに対する指導管理

(エ) 療養費

療養の給付等の補完的役割を果たすものであり、被保険者等の疾病又は負傷の保険事故に対して、現物支給が事実上困難な場合に、現物給付に代えて、療養に要した費用を被保険者が一時支払い、事後においてその費用（療養に要した費用から一部負担金に相当する額を控除した額）を療養費として保険者から被保険者に支給する。支給を受ける事ができるのは、保険医療機関がない地域で病気になった場合や、保険者が診療の給付を行う事が困難であると認められるとき及び療養の給付を受け付けられない事につき緊急その他やむを得ない理由によるものと保険者が認めたときである。

(オ) 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被保険者が指定訪問看護事業者から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。その額は、当該指定訪問看護につき厚生労働大臣の定める所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。

(カ) 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または特定承認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。その額は、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（現に療養を要した費用の額を限度とする。）が支給される。

(キ) 移送費

被保険者が医師の指示により、緊急に入院、転院の必要性があつて移送されたときは、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した額（現に当該移送に要した費用の額を限度とする。）が支給される。

(ク) 高額療養費

被保険者が受けた療養に関する一部負担金の額が一定の額を超えたとき、その超える額が支給される。一部負担金の額は、被保険者ごとに、暦月を単位とし、病院ごと、診療所ごと、薬局ごと、その他のものごとに算定する。ただし、同一病院又は診療所であっても、医科と歯科の療養は別個とみなし、総合病院における診療科ごとの療養も別個とみなす（入院患者が当該病院の他の診療科の診療を併せ受けたときは、同一病院の診療として取り扱う。）。

なお、低所得者や一定以上の自己負担が多発する世帯、特定疾病については特例措置が設けられている。各自己負担限度額は次のとおり。

《70 歳未満》

	平成 18 年 10 月～		平成 27 年 1 月～
上位 所得者	150,000 円 + (医療費 - 500,000 円) × 1% ※83,400 円	年収約 1,160 万円～の者 健保：標準報酬月額 83 万円以上の者 国保：年間所得 901 万円超の者	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1% ※140,100 円
		年収約 770～約 1,160 万円の者 健保：標準報酬月額 53 万円以上 83 万円未満の者 国保：年間所得 600 万円超 901 万円以下の者	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1% ※93,000 円
一般	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% ※44,400 円	年収約 370～約 770 万円の者 健保：標準報酬月額 28 万円以上 53 万円未満の者 国保：年間所得 210 万円超 600 万円以下の者	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% ※44,400 円
		～年収約 370 万円の者 健保：標準報酬月額 28 万円未満の者 国保：年間所得 210 万円以下の者	57,600 円 ※44,400 円
低所得者	35,400 円 ※24,600 円	住民税非課税の者	35,400 円 ※24,600 円

《70 歳以上》

	平成 18 年 10 月～	
	個人単位(外来)	世帯単位(入院)
現役並み所得者	57,600 円	80,100 円 + 1% ※44,400 円
一般	14,000 円 (年間 14.4 万円上限)	57,600 円 ※44,400 円
低所得者Ⅱ	8,000 円	24,600 円
低所得者Ⅰ		15,000 円

注：現役並み所得とは、課税所得が基準額以上

低所得Ⅱとは、療養のあった月に市町村税非課税者

低所得Ⅰとは、低所得Ⅱでかつ一定基準以下の所得者

※は、多数該当（過去 12 ヶ月間に同一世帯で高額療養費の支給が 4 回以上あった場合、4 回目以降の限度額を超えた分があとから支給される。）

75歳到達月では、上記限度額の2分の1となる（平成21年1月～）

＊長期特定疾病分

長期にわたり一定の高額な治療を継続しなければならない疾病 {人工腎臓を実施している慢性腎不全、血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）} について、一部負担金が10,000円（70歳未満の人工透析をしている上位所得者の場合は20,000円）を超えたとき、その超えた額を支給される。

＊高額医療・高額介護合算制度

世帯内で国保・介護保険の両保険から給付を受けることによって、自己負担額が高額になったときは、国保・介護を通じた自己負担限度額（毎年8月～翌年7月末までの年額）が適用される。

《70～74歳の者がいる世帯》

	国保+介護
現役並み所得者 (上位所得者)	67万円
一般	62万円《注56万円》
低所得者Ⅱ	31万円
低所得者Ⅰ	19万円

注) 70～74歳の特例措置（自己負担2割→1割）により、《 》内の額となる。

《70歳未満の者のみの世帯》

	国保+介護		平成26年8月～ 平成27年7月
現役並み 所得者 (上位 所得者)	126万円	年収約1,160万円～の者 健保：標準報酬月額83万円以上の者 国保：年間所得901万円超の者	176万円
		年収約770～約1,160万円の者 健保：標準報酬月額53万円以上 83万円未満の者 国保：年間所得600万円超 901万円以下の者	135万円
一般	67万円	年収約370～約770万円の者 健保：標準報酬月額28万円以上 53万円未満の者 国保：年間所得210万円超 600万円以下の者	67万円
		～年収約370万円の者 健保：標準報酬月額28万円未満の者 国保：年間所得210万円以下の者	63万円
低所得者	34万円	住民税非課税の者	34万円

4 医療費（療養諸費）

被保険者に対する療養の給付等及び療養費等の支給の対象となった費用の総額であり、以下の式により求められる。

$$\text{医療費} = \begin{array}{c} \text{(療養の給付等)} \\ \boxed{\text{診療費、入院時食事療養費、} \\ \text{調剤費、訪問看護に要した費用}} \end{array} + \begin{array}{c} \text{(療養費)} \\ \boxed{\text{療養費、移送費など}} \end{array}$$

※なお、老人保健医療では「医療諸費」という。

(ア) 診療費

入院・入院外・歯科診療に要した費用の額であるが、入院時の食事療養、調剤、訪問看護に要した費用は含まれない。なお、院内処方により行われた調剤の費用は含まれる。

(イ) 調剤費

院外処方せんにより行われた調剤に係る費用額である。

5 医療給付費

医療費のうち保険者が負担する療養給付費・療養費（「保険者負担」という。）と高額療養費との合算額

*療養給付費

療養の給付について保険者が負担する部分である。

就学前	8割相当額
就学後 70歳未満	7割相当額
70歳以上	8割相当額※
(一定以上所得者)	7割相当額

※70～74歳の自己負担の特例措置により、昭和19年4月1日以前誕生の方は9割相当額

6 保険者負担分

医療費のうち保険者が負担する療養給付費・療養費・医療費から他法負担分及び一部負担金（高額療養費相当分を含む）を引いた額。条例又は規約により給付水準を引き上げている場合もある。

7 他法負担分

医療費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、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額である。なお、都道府県又は市町村の条例による公費負担（いわゆる地単）や指定公費負担（70～74歳における自己負担の特例措置）はここに含まれる。

8 給付率

医療費（他法優先分は除く。）のうち、実際に何割を保険者が負担しているかを示す指標で、以下の式により求められる。

$$\text{給付率} = \frac{\text{保険者負担分} + \text{高額療養費}}{\text{医療費費用}} \times 100$$

9 実質一部負担金割合

医療費のうち、実際に何割を被保険者が負担しているかを示す指標で、以下の式により求められる。

$$\text{実質一部負担金割合} = \frac{\text{一部負担金} - \text{高額療養費}}{\text{医療費費用}} \times 100$$

10 受診率

ある一定期間に何割の被保険者が受診しているかを示す指標で、以下の式により求められる。

$$\text{受診率} = \frac{\text{年間受診件数}}{\text{年間平均被保険者}} \times 100$$

（本事業状況中における受診率は上式のとおり 100 人あたりのレセプト枚数）

※ 受診率に影響する要因《受診動向や疾病構造の変化》

所得の変動、特殊疾病の発生、流行性感冒や食中毒の発生、医療機関数の増減、医師数・病床数・病院の稼働日数、歯科幼児検診の実施、老人ホーム等の施設の新設や廃止

※ 受診率が高い = 医療機関にかかる者の割合が高い。

受診率の伸びが高い = 医療機関にかかる者の割合が増えている。

11 一件当たり診療費

レセプト1枚につき、診療費がいくらかかっているかを示す指標で以下の式により求められる。

$$\text{一件当たり診療費} = \frac{\text{年間診療費}}{\text{年間レセプト枚数}}$$

12 一件当たり日数

一つの医療機関に一月のうち何日通院したかを表す指標で以下の式により求められる。

$$\text{一件当たり日数} = \frac{\text{年間診療日数}}{\text{年間レセプト枚数}}$$

注) レセプトは月ごとに作られるので、必ずしも初診日からの治療日数や、入院期間の累計を表すものではない。

※ 一日当たり診療費に影響する要因《患者の受診動向や医師の診療行為等、医療を受ける側、供給する側双方の影響》

長期疾病の増減、慢性疾患の増減、流行性感冒の発生、年齢別診療状況等の変化

13 一日当たり診療費

入院であれば一日いくら、入院外・歯科であれば一回の診療でいくらといった診療費の平均的な単価を示す指標で、以下の式により求められる。

$$\text{一日当たり診療費} = \frac{\text{年間診療費}}{\text{年間診療日数}}$$

※ 一日当たり診療費に影響する要因《医療機関側の診療行為や手数料改正の影響》

疾病の種類、症状の程度、新生物などの手術を伴う特殊疾病の増加、慢性疾患、人工透析の増加、歯科疾患等の増加

14 一人当たり診療費

以下の式で求められる。

$$\text{一人当たり診療費} = \frac{\text{年間診療費}}{\text{年間平均被保険者数}}$$

15 一人当たり医療費

以下の式で求められる。

$$\text{一人当たり医療費} = \frac{\text{年間医療費}}{\text{年間平均被保険者数}}$$

16 基金積立金

市町村にあっては地方自治法第 241 条に基づく積立金。国保組合にあっては、国保法施行令第 19 条及び第 20 条に基づく積立金

17 国庫支出金

国保事業の健全な運営と円滑な推進を確保するために、国が財政面において行う各種の負担金、補助金の総称である。その種類及び内容については以下のとおりである。

ア. 事務費負担金

国は、国民健康保険組合に対して、国保の事務（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による支援金及び老人保健法の規定による拠出金、介護納付金の納付に関する事務を含む。）の執行に要する費用として、その被保険者一人当たりの額を基準として算定された額を負担する。

なお、市町村保険者の療養の給付等に係る事務費負担金は、平成 10 年度より全額一般財源化され、平成 12 年度より創設された介護に係る事務費負担金も、平成 16 年度に一般財源化された。

イ. 療養給付費等負担（補助）金

(ア) 市町村に対する負担金

以下の①と②を合算したものについて、その一部を国が負担するものであり、その負担率は平成 16 年度までは 100 分の 40、平成 17 年度は 100 分の 36、平成 18 年度から平成 23 年度までは 100 分の 34、平成 24 年度以降は 100 分の 32 となっている。

①被保険者に係る療養の給付に要する費用の額から当該給付に係る一部負担金に相当する額を控除した額並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給に要する費用の合算額から保険基盤安定繰入金の 2 分の 1 の額を控除した額

②前期高齢者納付金及び後期高齢者医療支援金、介護納付金の納付に要する費用の額（前期高齢者交付金がある場合はその額を控除した額）

※保険基盤安定繰入金

保険料（税）の軽減制度に基づく各市町村の軽減相当額を、国、都道府県及び市町村が分担することにより、国保の財政基盤の強化を図ろうとする保険基盤安定制度に基づき、市町村が一般会計から国保特別会計に繰り入れる額である。このうち、都道府県が4分の3、市町村が4分の1を負担する。また、平成15年4月より保険料（税）軽減対象となった一般被保険者に応じて平均保険料（税）の一定割合を公費で補填する保険者支援制度が創設され、国が2分の1、県が4分の1、市町村が4分の1を負担する。

(イ) 国民健康保険組合に対する補助金

以下の①と②について、その一部を国が補助しており、その補助率はそれぞれ100分の32である。〔平成9年9月1日以降に健康保険の適用除外承認を受けて、国保組合の組合員になったもの及びその世帯に属する者（「組合特定被保険者」）に係る①については13.0%、②については16.4%。〕また、国保組合の財政力等の区分に応じて組合普通調整補助金と組合特別調整補助金を補助することができる。

①療養の給付に要する費用の額から当該給付に係る一部負担金に相当する額を控除した額並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給に要する費用の合算額（対象給付額）

②前期高齢者納付金及び後期高齢者支援金、介護納付金の納付に要する費用の合算額（前期高齢者交付金がある場合はその額を控除した額）

ウ. 出産育児一時金補助金

保険者に対し出産育児一時金の支給に要する費用の一部を補助するものである。

エ. 国民健康保険団体連合会等補助金

国民健康保険団体連合会が行う診療報酬の審査支払事業、保険者事務共同電算処理事業、保健事業、保険財政共同安定化事業、超高額医療費共同事業、保険者共同事業及びレセプト電算処理システム推進事業に要する費用の一部を補助する。

オ. 財政調整交付金

国民健康保険の市町村間における財政力の不均衡を調整するため、療養給付費等負担金の項に挙げたイの（ア）の①と②の合算額の見込額から前々年度の基準超過費用額の総額を控除した額の 100 分の 9 に相当する額と保険基盤安定繰入金の 4 分の 1 に相当する額の合算額を市町村に対して交付する。

調整交付金は、普通調整交付金と特別調整交付金からなり、その内容は次のとおりである。なお、普通調整交付金と特別調整交付金は、それぞれ調整交付金の総額の 9 分の 7、9 分の 2 とされているが、相互に融通することができる。

（ア）普通調整交付金

市町村の一般被保険者に係る所得等を考慮して算定する額が療養給付費等の保険者負担額（国庫負担金を控除した後の額）に満たない市町村に対して公平にその満たない額を補填することを目的とする交付金

（イ）特別調整交付金

災害その他特別の事情がある市町村に対して交付する。

カ. 国民健康保険特別対策費補助金

この補助金は、国民健康保険組合の円滑・適正な運営を確保するとともに、保健事業の一層の充実、小規模保険者対策の強化等を図り、国保事業のより一層の向上と国保財政の安定化に資することを目的とし、医療費適正化特別対策事業、適用の適正化特別対策事業等の一部を補助する。

※平成 22 年度で廃止された。

キ. 特定健康診査・保健指導負担（補助）金

保険者に対して、特定健康診査及び特定保健指導に係る経費から一部負担金に相当する額を控除した額の 3 分の 1 を国が負担するものである。

18 都道府県調整交付金

都道府県が各都道府県内の市町村保険者の財政を調整し、国民健康保険制度の円滑な推進を図るため、給付費等の 100 分の 6 を普通調整交付金として、100 分の 1 を特別調整交付金として交付する。

平成 24 年度以降は、給付費等の 100 分の 6 を普通調整交付金として、100 分の 3 を特別調整交付金として交付する。

19 特定健康診査・保健指導県負担金

市町村保険者に対して、特定健康診査及び特定保健指導に係る経費から一部負担金に相当する額を控除した額の3分の1を県が負担するものである。

20 療養給付費等交付金

退職被保険者等の医療給付に要する費用に充てるため、被用者保険等保険者の拠出金を財源とした交付金であり、その額は、退職被保険者等に係る医療給付に要する額、退職者にかかる後期高齢者支援金及び病床転換支援金の額、前期高齢者財政調整制度における調整対象基準額、老人保健医療費拠出金の合算額から、退職被保険者等に係る保険料（税）に相当する額から介護納付金の納付に要する費用に相当する保険料（税）額を控除した額となっている。

21 前期高齢者納付金・交付金

会社等の退職により前期高齢者が大量に国保に加入することで生じる保険者間の医療費負担の不均衡を調整するため、平成20年4月から前期高齢者医療制度が創設された。前期高齢者の加入率が全国平均に比べて下回る保険者は納付金を拠出し、上回る保険者は交付金が交付される。

22 保険財政共同安定化事業

都道府県内における市町村間の保険料の平準化と国保財政の安定化を図るため、各保険者からの拠出金を財源とし、レセプト1件当たりの給付費総額が30万円を超えるものについて、8万円を超え80万円までの部分の総額の100分の59に相当する額を国保連合会から各保険者に交付金として交付する。

23 高額医療費共同事業

保険者からの拠出金を財源に各都道府県の国保連合会を実施主体として行われているものであり、レセプト1件当たりの医療費の額が交付基準80万円を超える高額医療費について、国保連合会から交付金として交付し、小規模保険者の運営基盤の安定化等を図るものである。市町村が国保連合会に対して納付する拠出金に対して、国・都道府県がそれぞれ4分の1ずつの財政支援を行なうこととなった。

24 直診勘定繰入金

市町村国保における国保特別会計（直営診療施設勘定）からの繰入金

*直営診療施設

国保事業の根幹である療養の給付を行う必要から、保険者等（市町村、国保組合、国保連合会）が設置する病院又は診療所をいう。

25 審査支払手数料

国保連合会に診療報酬の審査・支払を委託している場合における当該審査支払手数料

26 保健事業費

被保険者の健康保持増進のために行う保健事業に充てるもの。

*保健事業

保険者は、特定健康診査・特定保健指導、健康教育、健康相談、健康診査その他の被保険者の健康保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない。

保険者は、被保険者の療養のために必要な用具の貸付けその他の被保険者の療養環境の向上のために必要な事業、保険給付のために必要な事業、被保険者の療養又は出産のための費用に係る資金の貸付けその他の必要な事業を行うことができる。

27 繰上充用

会計年度経過後に至って歳入が歳出に不足して歳入欠陥を生じた場合に、赤字決算を避ける非常手段として翌年度の歳入を繰り上げてこれに充てることであり、出納閉鎖後の繰上充用は許されない。

28 保険料（税）

国保事業に要する費用に充てるための徴収金であり、市町村国保においては保険税を徴収しないときは保険料を徴収することとなる。また、国保組合にあっては常に保険料として徴収される。料と税は法的根拠が異なるが実際の賦課（課税）方法等について大きく異なる点はない。

なお、退職者医療制度の創設（昭和 59 年 10 月）に伴い、保険料（税）は一般被保険者分と退職被保険者等分に分けて賦課徴収することとなった。料（税）率、賦課方式等については、一般被保険者分について適用されたものが退職被保険者等分の保険料（税）の算定に用いられ、賦課限度額、軽減基準額等についても同一のものが適用される。

また、一般被保険者と退職被保険者等により構成される世帯にあっては、別に定めた「保険料（税）の振り分け」により振り分けられ、その場合、世帯平等割額は一般被保険者分として賦課される。

国民健康保険料（税）額は、平成 12 年 4 月からの介護保険制度導入により、基礎賦課（課税）額と介護納付金賦課（課税）額の合算額、平成 20 年 4 月からの後期高齢者医療制度創設により、基礎賦課（課税）額と後期高齢者支援金賦課（課税）額、介護納付金賦課（課税）額の合算額とされている。

ア．一般被保険者に係る保険料（税）の賦課（課税）方法

（ア）賦課（課税）総額等

保険料（税）の標準賦課（課税）額は、当該年度の初日における一般被保険者に係る療養の給付、入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、特別療養費、移送費、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給に要する費用の総額の見込額から療養の給付についての一部負担金の総額の見込額を控除した額の 100 分の 65 に相当する額並びに前期高齢者納付金等の納付に要する費用の額の合算額から当該費用に係る国庫負担金の見込額及び調整対象基準額に退職被保険者等所属割合を乗じて得た額を控除した額とされている。

4 方式	所得割総額、資産割総額、 被保険者均等割総額及び世帯別 平等割総額	所得割総額	40/100
		資産割総額	10/100
		被保険者均等割総額	35/100
		世帯別平等割総額	15/100
3 方式	所得割総額 被保険者均等割総額及び世帯別 平等割総額	所得割総額	50/100
		被保険者均等割総額	35/100
		世帯別平等割総額	15/100
2 方式	所得割総額及び被保険者均等割総額	所得割総額	50/100
		被保険者均等割総額	50/100

賦課（課税）方式としては、4方式（所得割、資産割、被保険者均等割、世帯別平等割を組み合わせる方式）、3方式（所得割、被保険者均等割、世帯別平等割を組み合わせる方式）、2方式（所得割、被保険者均等割を組み合わせる方式）などがある。

（イ）所得割額の算定方法

（1）旧ただし書方式

一般被保険者に係る地方税法第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から、同条第2項の規定による基礎控除（33万円）をした後におけるこれらの額の合計額に按分して算定する。

（2）本文方式

一般被保険者に係る地方税法第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から、同項各号に規定する各種控除及び同条第2項の規定による基礎控除をした後におけるこれらの額の合計額に按分して算定する。

（3）所得割方式

市町村民税の所得割（退職所得に係る所得割を除く。）に按分して算定する。

所得割額の算定は（1）旧ただし書方法を原則とし、（1）によることが著しく困難であると認められる市町村は（2）本文方式又は（3）所得割方式により按分して算出する。

(ウ) 資産割額の算定方法

資産割額は資産割総額を次の方法のいずれかにより按分して算定する。

- (1) 一般被保険者に係る固定資産税額に按分して算定する。
- (2) 固定資産税額のうち、土地家屋に係る部分の額に按分して算定する。

(エ) 被保険者均等割額及び世帯別平等割額の算定方法

被保険者均等割額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、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。

(オ) 賦課（課税）額の限度及び低所得者に対する軽減

世帯主（ただし、被保険者でない世帯主を除く。）及び当該世帯に属する被保険者について算定した所得割、資産割、被保険者均等割額及び世帯別平等割額の合算額を賦課（課税）額とし、その額が条例に定める額（基礎賦課（課税）額については、平成 22 年度は 50 万円以下／後期高齢者支援金等賦課（課税）額については 13 万円以下／介護納付金賦課（課税）額については 10 万円以下）を超えるときは限度額とする。

また、低所得者に対する軽減措置として、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の合算額が一定額以下の場合には、被保険者均等割額及び世帯別平等割額を、保険者の条例で定める額を減額した後に賦課する措置が講じられている。保険料の賦課方法は保険者において、政令で定める基準に従って条例又は規約の定めるところによりおおむね保険税の場合に準じて取り扱うこととされている。

応益割合	35%未満	35%以上 45%未満	45%以上 55%未満	55%以上
軽減割合	5割、3割	6割、4割	7割、5割、2割	6割、4割

※ 平成 22 年度からは、保険者の応益割合にかかわらず 7 割、5 割、2 割の減額を行うことができることとされた。

イ. 退職被保険者等に係る保険料（税）

退職被保険者に係る保険税は、一般被保険者に係る保険料（税）を算定するのに用いた按分率を退職者にも用いて一般被保険者と同様にして算定する。

29 保険料（税）収納率

保険料（税）収納率

$$= \frac{\text{保険料（税）収納額}}{\text{保険料（税）調定額－居所不明者分調定額}}$$

※ 調定額

保険料（税）の収入で、正当に収入すべき額として決定され、帳簿に計上された額

※ 居所不明者分調定額

保険料（税）調定額のうち、居所不明者に係る調定額を再掲したものである。

30 一世帯当たり調定額

以下の式により求められる。

$$\text{一世帯当たり調定額} = \frac{\text{保険料（税）調定額}}{\text{年間平均総世帯数}}$$

※参考資料 『国保担当者ハンドブック』 社会保険出版社 2017

『国保のことば』 社団法人国民健康保険中央会 2017