

# 国民健康保険について

## 国民健康保険とは

国民健康保険は、社会保険としての医療保険であり、国民皆保険体制の一部として位置づけられているが、社会保障制度の一環として、国民健康保険制度は国民皆保険の中核をなしています。職域を対象とする保険以外の者を対象とするもので、農業、自営業、無職、零細企業の従業員及びその被扶養者を被保険者とし、通常社会保険と言われる制度以外の者をもって構成する医療保険制度の基盤的な役割を果たす制度である。

## 国保のしくみ

国保（国民健康保険）は、県と市町村が共同保険者となって運営しています。県は、財政運営を市町村は保険証の発行や給付などを行います。各種届出・申請書などの窓口は市町村です。

## 国保に加入する人

職場の健康保険、後期高齢者医療制度に加入している人や生活保護を受けている人を除いて、全ての人が国保に加入します。

国保に入るのはこんな人

- お店などを経営している自営業の人
- 農業や漁業などを営んでいる人
- パートやアルバイトなどをしていて職場の健康保険などに加入していない人
- 3か月を超えて日本に滞在するものと認められた外国人
- 退職して職場の健康保険を辞めた人

## 国保に加入するとき

国保に加入するときは、届け出に必要な書類等をもって14日以内に窓口にお越しく下さい。

こんなとき	届け出に必要なもの
転入してきたとき	転入前の市町村の転出証明書
職場の健康保険をやめたとき	職場の健康保険をやめた証明書
子どもが生まれたとき	出生届、母子健康手帳等
生活保護を受けなくなったとき	生活保護廃止決定通知書
外国人の人が加入するとき	在留カード

## 国保をやめるとき

国保をやめるときは、届け出に必要な書類等をもって14日以内に窓口にお越しく下さい。

こんなとき	届け出に必要なもの
転出するとき	保険証
職場の健康保険に加入したとき	国保の保険証と加入した保険証
死亡したとき	保険証、死亡を証明する書類
生活保護を受けるとき	保険証、生活保護開始決定通知書
外国人の人がやめるとき	保険証、在留カード

## 保険証の正しい使い方

国民健康被保険者証（保険証）は、国保に加入していることを証明するもので、1人に1枚交付されます。医療機関等にかかるときに必要となりますので大切に保管してください。

- 交付されたら記載内容を確認して、間違いがあれば連絡しましょう。
- 医療機関にかかるときは窓口で提示しましょう。
- 他人との貸し借りは絶対しないでください。
- 紛失したり破れたりしたときはすみやかに届け出て再交付を受けましょう。
- マイナンバーカードを保険証として利用できます。申込が必要でお住いの自治体や医療機関で申込ができます。
- 修学のために転出する場合は、住所地特例（通称：**学**）が適用できますので届出をしてください。

## 70歳以上の人の医療

70歳になると、所得などに応じて自己負担割合や自己負担限度額が変わり、保険証に自己負担割合が記載された高齢受給者証が一体化した「**保険証兼高齢受給者証**」が交付されます。75歳になる年は、75歳の誕生日の前日までです。

・ 70歳の誕生日が1日の人 ⇒ **その月から**

・ 70歳の誕生日が2日からの人 ⇒ **翌月の1日から**

届け出は不要です。保険者から新しい保険証が届きますので記載内容を確認してください。誕生日の翌月になっても届かない場合は、保険者（村）に連絡してください。

75歳の誕生日からは、「**後期高齢者医療制度**」で医療を受けます。

# 国保で受けられる給付

## ■療養の給付

医療機関などの窓口で保険証を提示すれば医療費の一部（自己負担額）を支払うだけで次のような医療を受けることができます。

●診察 ●治療 ●薬や注射などの措置 ●入院及び看護 ●在宅療養及び看護 ●訪問看護療養費

※自己負担額

・ 小学校入学前 **2割**

・ 70歳未満 **3割**

・ 70歳以上75歳未満 **2割（現役並み所得3割）**

## ■入院したときの食事代

入院したときの食事代は、診療や薬代とは別に、1食分として定められた標準負担額を自己負担し、残りは国保が負担します。

入院時食事代の標準負担額（1食あたり）

対象となる人	標準負担額		
住民税課税世帯	460円（一部260円の場合があります）		
住民税非課税世帯	過去12か月の入院日数	90日までの入院	210円
低所得者Ⅰ		90日以上の入院	160円
低所得者Ⅱ	100円		

住民税非課税世帯、低所得者Ⅰ、Ⅱの人は「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」か「**標準負担額減額認定証**」が必要です。国保の窓口で申請してください。

## ■療養費の支給

次のような場合は、いったん全額自己負担となりますが、国保窓口へ申請し、審査で決定されれば自己負担額を除いた額が支給されます。

### こんなとき

事故や急病で保険証を持たずに診療を受けたとき（全額自己負担したとき）

医師から治療上必要と認めた治療用装具代がかかったとき

手術などで輸血に用いた生血第がかかったとき（医師が必要と認めた場合）

海外渡航中に診療を受けたとき（治療目的は除く）

鍼灸、マッサージなどの施術を受けたとき（医師の同意が必要）

骨折やねん挫などで国保を扱っていない柔道整復師の施術を受けたとき（受療委任を除く）

※医療費などを支払った日の翌日から2年を過ぎると支給されません。

※審査の結果、支給されない場合もあります。

## ■出産育児一時金の支給

被保険者が出産したときに支給されます。妊娠12週以降であれば死産や流産の場合も支給されます。原則として、国保から医療機関に直接支払われます。（直接支払制度） **（50万円）**

出産費用を全額自己負担した場合や出産費用が支給額を下回った場合は、国保窓口での申請が必要です。

## ■葬祭費の支給

被保険者がなくなった時に申請により葬祭を行った人（基本は喪主）に支給されます。 **（5万円）**

## ■移送費の支給

医師の指示により、やむを得ず重症の人に入院や店員などの移送に費用がかかった時、申請して国保が必要と認められた場合に支給されます。

## ■交通事故などにあつたとき（第三者行為求償）

交通事故など、第三者から傷病を受けた場合も国保で医療を受けることができます。また、自損事故の場合も同様です。その際には、必ず国保窓口に連絡し、「第三者による傷病届」を提出してください。加害者から治療費を受け取ったり、示談を済ませたりすると国保が使えなくなる場合があります。**交通事故などにあつたら必ず国保窓口にご連絡ください。**

※詳しくは関連リンクの国保連合会をクリックしてください。

## 医療費が高額になったとき（高額療養費）

医療機関に支払った1カ月の一部負担金が自己負担限度額を超えた場合、その超えた分が高額療養費として支給されます。同じ世帯に国保の被保険者がいれば世帯で合算され支給されます。該当者には、「**高額療養費支給申請書**」が届きますので申請に必要な書類等を持って提出期限までに国保窓口で申請してください。また、支給申請書の簡素化を希望した人は、希望後は自動的に支給されますので医療機関への支払いを滞納しないようにお願いします。

同じ医療機関の窓口で1カ月の支払は自己負担限度額までとなります。ただし、限度額は所得区分により異なるため「**限度額適用認定証**」又は「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」の提示が必要です。認定証が必要な人は国保窓口で申請してください。

高額な治療を長期間継続して受ける必要がある、厚生労働大臣の指定する特定疾病の人は「**特定疾病療養受領証**」を医療機関などの窓口提示すれば自己負担は1カ月1万円（人工透析で所得区分ア・イの人は2万円）までになります。国保窓口で申請してください。

## ■ 70歳未満の人の所得区分と自己負担限度額

所得区分		自己負担限度額（月額）	
		3回目まで	4回目以降
ア	基礎控除後の所得 901万円超	<b>252,600円</b> ●総医療費が842,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算	<b>140,100円</b>
イ	基礎控除後の所得 600万円超～901万円以下	<b>167,400円</b> ●総医療費が558,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算	<b>93,000円</b>
ウ	基礎控除後の所得 210万円超～600万円以下	<b>80,100円</b> ●総医療費が267,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算	<b>44,400円</b>
エ	基礎控除後の所得 210万円以下	<b>57,600円</b>	<b>44,400円</b>
オ	住民税非課税世帯	<b>35,400円</b>	<b>24,600円</b>

※過去12か月間で高額療養費の支給が4回以上あった場合は4回目以降が限度額になります。

## ■ 70歳以上75歳未満の人の所得区分と自己負担限度額

自己負担割合	所得区分	自己負担限度額（月額）		
		外来 （個人単位）	外来＋入院	
			3回目まで	4回目以降
3割	現役並み所得者Ⅲ （課税所得690万円以上）	252,600円 ●総医療費が842,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算		140,100円
	現役並み所得者Ⅱ （課税所得360万円以上）	167,400円 ●総医療費が558,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算		93,000円
	現役並み所得者Ⅰ （課税所得145万円以上）	80,100円 ●総医療費が267,000円を超えた場合は超えた分の1%を加算		44,400円
2割	一般（課税所得145万円未満）	18,000円	57,600円	44,400円
	低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円	
	低所得者Ⅰ	8,000円	15,000円	

※外来（個人単位）のみは、支給回数には含みません。

# 特定健診・特定保健指導

## ■特定健診

40歳以上75歳未満に人を対象に特定健診が実施されます。心臓病や脳卒中など、生活習慣病の前兆となるメタボリックシンドロームに着目し、早期発見、早期治療を目的としたものです。村（保険者）では、集団健診と個別健診を実施しています。

- 集団健診** 11月下旬に長野県厚生連健康管理センターに委託して村公民館で実施しています。  
併せてがん検診、歯科相談、栄養指導、健康相談も同時に実施しています。  
40歳未満、75歳以上の人の健診も併せて実施しています。
- 個別健診** 年間を通して協力医療機関で個別に特定健診を受けることができます。（予約が必要）  
集団健診と同じ自己負担で健診を受けられます。（人間ドックは除きます。）

## ■特定保健指導

特定健診の結果から生活習慣等の改善が必要な人に、医師や保健師、管理栄養士などの専門家が、健康を守るためのアドバイスをします。

- 動機付支援** メタボ等のリスクが出始めた人が対象です。  
生活習慣の改善点に気づき、目標を立て、行動に移す支援をします。（原則1回）
- 積極的支援** メタボ等がリスクが重なりだしてきた人が対象です。  
3～6カ月にわたり、継続的に保健指導を実施します。  
実践できる目標を考え、継続的に実行できるように支援します。