

健康保険の あらまし

平成20年度版

社会保険庁

<http://www.sia.go.jp/>

目 次

	ページ
1. 制度の目的	2
2. 保険者	3
3. 適用事業所	4
4. 被保険者	5
5. 被扶養者	9
6. 標準報酬月額・標準賞与額	11
7. 保険給付	16
8. 保険料	35

1. 制度の目的

●制度の目的

日本の医療保険制度は、職域によって加入する制度が異なります。大きく分けると、農業や自営業を営む人たちが加入する「国民健康保険」、会社や工場、商店などで働く人が加入する「健康保険」になります。

●職業・年齢に応じた医療保険制度

わが国の医療保険制度には、職域・地域、年齢（高齢・老齢）に応じて次の種類があります。

	制 度	被保険者		保 険 者	給付事由
医 療 保 険	健康保険	一般	健康保険の適用事業所で働くサラリーマン・OL（民間会社の勤労者等）	政府（社会保険庁） 健康保険組合	業務外の病気・けが、出産、死亡（船員保険は職務上の場合を含む。）
		法第3条第2項の規定による被保険者	健康保険の適用事業所に臨時に使用される人や季節的業務に従事する人等（一定期間を超えて使用される人を除く）	政府（社会保険庁）	
	船員保険（疾病部門）	船員として船舶所有者に使用される人		政府（社会保険庁）	
	共済組合（短期給付）	国家公務員、地方公務員、私立学校の教職員		各種共済組合	
	国民健康保険	健康保険・船員保険・共済組合等に加わっている勤労者以外の一般住民		市（区）町村	病気・けが、出産、死亡
退 職 者 医 療	国民健康保険	厚生年金保険など被用者年金に一定期間加入し、老齢年金給付を受けている65歳未満等の人		市（区）町村	病気・けが
高 齢 者 医 療	長寿医療制度（後期高齢者医療制度）	75歳以上の方及び65～75歳未満の方であって一定の障害の状態にあることにつき後期高齢者医療広域連合の認定を受けた人		後期高齢者医療広域連合	病気・けが

2. 保険者

●保険者とは？

健康保険事業を運営するために保険料を徴収したり、保険給付を行ったりする運営主体のことを『保険者』といいます。

健康保険の保険者には、政府と健康保険組合の2種類があります。

(1) 政府

政府は、健康保険組合に加入している組合員以外の被保険者の健康保険を管掌しています。これを、政府管掌健康保険（以下、政管健保）といい、社会保険庁が事業の運営をしています。

また、社会保険庁の出先機関には、地方社会保険事務局と社会保険事務所（以下、社保）があり、適用事務、保険料徴収、保険給付事務などは、社保の窓口で行なっています。（法第3条第2項の規定による被保険者については指定市町村でも事務を扱います。）

(2) 健康保険組合

健康保険組合は、その組合員である被保険者の健康保険を管掌しています。

これを組合管掌健康保険（以下、組合）といい、単一の企業で設立する組合、同種同業の企業が合同で設立する組合などがあります。

組合を設立するためには、一定数以上の被保険者があって、かつ、組合員となる被保険者の半数以上の同意を得て規約を作り、厚生労働大臣の認可を受けることが必要です。組合は、健康保険法で定められた保険給付（法定給付）や保健福祉事業を行うほか、一定の範囲で附加給付を行うことができるなど、自主的な事業の運営を行うことができます。

3. 適用事業所

●適用事業所とは？

健康保険では、事業所を単位に適用されます。健康保険の適用を受ける事業所を「適用事業所」といい、法律によって加入が義務づけられている強制適用事業所と、任意で加入する任意適用事業所の2種類があります。

(1) 強制適用事業所

強制適用事業所は、次の1か2に該当する事業所（事務所を含む、以下同じ）で、法律により、事業主や従業員の意思に関係なく、健康保険・厚生年金保険への加入が定められています。

- ① 次の事業を行い常時5人以上の従業員を使用する事業所
 - a 製造業、b 土木建設業、c 鉱業、d 電気ガス事業
 - e 運送業、f 製造業、g 物品販売業、h 金融保険業
 - i 保管賃貸業、j 媒介周旋業、k 集金案内広告業、
 - l 教育調査研究業、m 医療保健業、n 通信報道業 など

- ② 国または法人の事業所
常時、従業員を使用する国、地方公共団体または法人の事業所

(2) 任意適用事業所

任意適用事業所とは、強制適用事業所とならない事業所で社会保険事務所長等の認可を受け健康保険・厚生年金保険の適用となった事業所のことです。事業所で働く半数以上の人々が適用事業所となることに同意し、事業主が申請して社会保険事務所長等の認可を受けると適用事業所になることができ、働いている人は全員（被保険者から除外される人を除く）が加入することになります。

適用事業所になると、保険給付や保険料などは、強制適用事業所と同じ扱いになります。

また、被保険者の4分の3以上の人々が適用事業所の脱退に同意した場合には、事業主が申請して社会保険事務所長等の認可を受け適用事業所を脱退することができます。

4. 被保険者

●被保険者とは？

健康保険に加入し、病気やけがなどをしたときなどに必要な給付を受けることができる人のことを被保険者といいます。

ここでは、法第3条第2項の規定による被保険者以外の被保険者について説明をします。

●被保険者となる人

適用事業所に使用されている人は、国籍・性別・年齢・賃金の額などに関係なく、次の「適用除外」に該当する場合を除いて、すべて被保険者となります。

〔被保険者から除外される人〕

適用事業所に使用されても被保険者になれない人のことを適用除外といい、以下に該当する場合は、船員保険・国民健康保険など他の医療保険に加入することになります。

- ① 船員保険の被保険者
- ② 臨時に使用される者であって、次に掲げるもの
(イに掲げる者にあつては1月を超え、ロに掲げる者にあつては所定の期間を超え、引き続き使用されるに至った日を除く。)
 - イ 日々雇い入られる者
 - ロ 2月以内の期間を定めて使用される者
- ③ 所在地が一定しない事業所に使用される人
- ④ 季節的業務に使用される者（継続して4月を超えて使用されるべき場合を除く。）
- ⑤ 国民健康保険組合の事業所に使用される人
- ⑥ 健康保険の保険者、共済組合の承認を受けた者
(健康保険の被保険者でないことにより国民健康保険の被保険者であるべき期間に限る。)
- ⑦ 長寿医療制度（後期高齢者医療）の被保険者等

※ また、被保険者のうち、次の人は、法第3条第2項の規定による被保険者となります。

- ① 臨時に2か月以内の期間を定めて使用され、その期間を超えない人
- ② 臨時に日々雇用される人で1か月を超えない人
- ③ 季節的業務に4か月を超えない期間使用される予定の人
- ④ 臨時的事業の事業所に6か月を超えない期間使用される予定の人

短時間就労者(いわゆるパートタイマー) の被保険者資格について

短時間就労者を被保険者として取り扱うかどうかは、使用関係の実態に応じて判断します。

その目安として、次にあげる勤務時間と勤務日数の両方に該当し、常用的な使用関係があると認められた場合は被保険者となります。

(1) 勤務時間

1日の所定労働時間がその事業所で同じような業務をしている一般社員のおおむね4分の3以上であれば該当します。

日によって勤務時間が変わる場合は、1週間をならして、所定労働時間のおおむね4分の3以上であれば該当します。

(2) 勤務日数

1か月の所定労働日数が、その事業所で同じような業務をしている一般社員のおおむね4分の3以上であれば該当します。

ただし、これらはひとつの目安であり、これに該当しない人であっても、就労の形態や内容などを総合的に判断した結果、常用的使用関係が認められた場合は被保険者となります。

●被保険者の資格

被保険者になったときや、退職等により被保険者でなくなったときは、社保・組合に届出をして、確認を受けることが必要です。届出は、事業主が行うことになっています。

被保険者になる日と、被保険者でなくなる日は、次のとおりです。

(1) 被保険者になる日(資格取得日)

- ① 適用事業所に使用されるようになった日
- ② 使用されている事業所が適用事業所となった日
- ③ 被保険者から適用除外される事由に該当しなくなった日
- ④ 任意適用事業所として認可された日

(2) 被保険者でなくなる日（資格喪失日）

- ① 適用事業所に使用されなくなった日の翌日
- ② 被保険者から適用除外される事由に該当した日の翌日
- ③ 任意適用事業所が任意脱退の認可を受けた日の翌日
- ④ 死亡した日の翌日

※ ただし、①～③にあたる日に、他の事業所で使用されて被保険者となったときは、該当した日に被保険者でなくなります。

●任意継続被保険者

健康保険は事業所単位の強制加入を原則としていますが、会社などを退職して被保険者の資格を失ったときは、一定の条件のもとに個人の希望により被保険者として継続することができます。これにより加入した被保険者を任意継続被保険者といいます。

任意継続被保険者となるためには、

- ① 被保険者でなくなった日までに、継続して2か月以上の被保険者期間があること。
- ② 被保険者でなくなった日から20日以内に被保険者になるための届出（ただし、20日以内に届出ができなくても、保険者が届出遅延に対し正当な理由（天災地変、交通・通信関係のスト等）があったと認めればよい）をすることが必要です。
- ③ 任意継続被保険者となれる期間は、2年間です。

任意継続被保険者となりますと、保険料を納付期日までに納められない場合は納付期日の翌日で被保険者資格を喪失します。

また、事業所に勤務していた場合と異なり一部の保険給付金は、支給されません。

〔任意継続被保険者の期間〕

任意継続被保険者となることができる期間は、2年間ですが、次に該当したときは、〈 〉内の日から任意継続被保険者の資格を失います。

- ① 死亡したとき 〈翌日〉
- ② 保険料納付期日までに保険料を納付しないとき 〈翌日〉
- ※ ただし、納付期日までに保険料を納付できなかったことに正当な理由
があると保険者が認めたときを除きます。
- ③ 強制または任意適用事業所の被保険者となったとき 〈その日〉
- ④ 船員保険の被保険者となったとき 〈その日〉
- ⑤ 後期高齢者医療の被保険者等となったとき 〈その日〉

5. 被扶養者

●被扶養者とは？

健康保険では、被保険者が病気になったり、けがをしたときや亡くなった場合、または、出産した場合に保険給付が行われますが、その被扶養者についての病気・けが・死亡・出産についても保険給付が行われます。この保険給付が行われる被扶養者の範囲は次のとおりです。

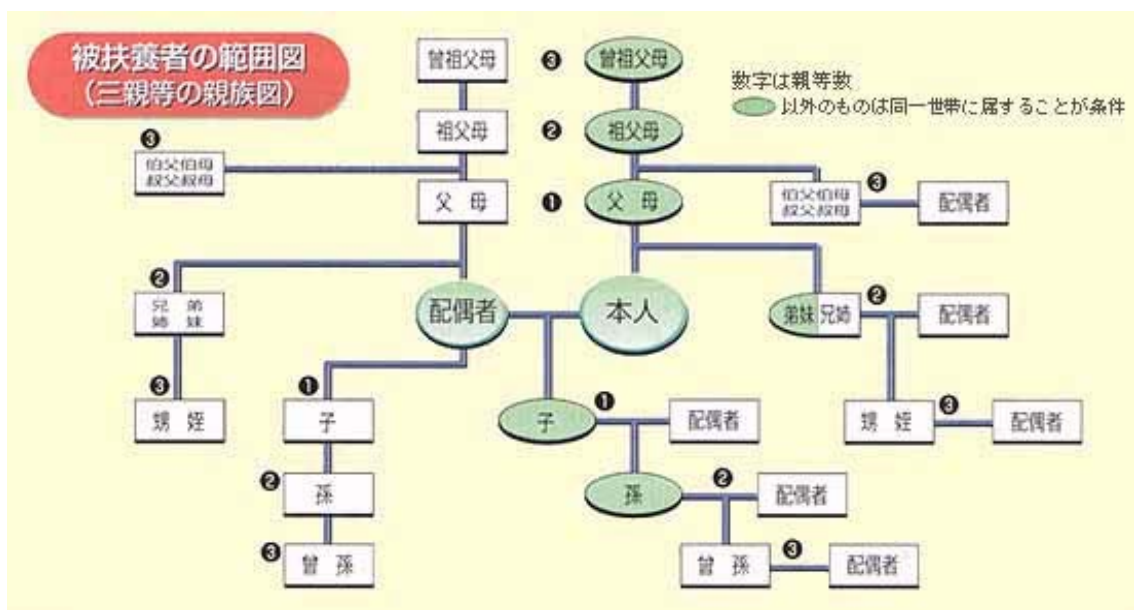
(1) 被保険者の直系親族、配偶者（戸籍上の婚姻届がなくとも、事実上、婚姻関係と同様の人を含む）、子、孫、弟妹で、主として被保険者に生計を維持されている人

※ 「主として被保険者に生計を維持されている」とは、被保険者の収入により、その人の暮らしが成り立っていることをいい、かならずしも、被保険者といっしょに生活をしていなくてもかまいません。

(2) 被保険者と同一の世帯で主として被保険者の収入により生計を維持されている次の人

※ 「同一の世帯」とは、同居して家計を共にしている状態をいいます。

- ① 被保険者の三親等以内の親族（(1)に該当する人を除く）
- ② 被保険者の配偶者で、戸籍上婚姻の届出はしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある人の父母および子
- ③ ②の配偶者が亡くなった後における父母および子



生計維持の基準について

「主として被保険者に生計を維持されている」、「主として被保険者の収入により生計を維持されている」状態とは、以下の基準により判断をします。

ただし、以下の基準により被扶養者の認定を行うことが実態と著しくかけ離れており、かつ、社会通念上妥当性を欠くこととなると認められる場合には、その具体的事情に照らし最も妥当と認められる認定を行うこととなります。

【認定対象者が被保険者と同一世帯に属している場合】

認定対象者の年間収入が130万円未満（認定対象者が60歳以上またはおおむね障害厚生年金を受けられる程度の障害者の場合は180万円未満）であって、かつ、被保険者の年間収入の2分の1未満である場合は被扶養者となります。

なお、上記に該当しない場合であっても、認定対象者の年間収入が130万円未満（認定対象者が60歳以上またはおおむね障害厚生年金を受けられる程度の障害者の場合は180万円未満）であって、かつ、被保険者の年間収入を上回らない場合には、その世帯の生計の状況を総合的に勘案して、当該被保険者がその世帯の生計維持の中心的役割を果たしているとき、被扶養者となります。

【認定対象者が被保険者と同一世帯に属していない場合】

認定対象者の年間収入が130万円未満（認定対象者が60歳以上またはおおむね障害厚生年金を受けられる程度の障害者の場合は180万円未満）であって、かつ、被保険者からの援助による収入額より少ない場合には、被扶養者となります。

6. 標準報酬月額・標準賞与額

●標準報酬月額・標準賞与額とは？

健康保険では、被保険者が事業主から受ける毎月の給料などの報酬の月額を区切りのよい幅で区分した標準報酬月額と3月を超える期間の賞与から千円未満を切り捨てた標準賞与額（年度の累計額540万円）を設定し、保険料の額や保険給付の額を計算します。

標準報酬月額は、健康保険は第1級の5万8千円から第47級の121万円までの全47等級に区分されています。

また、健康保険の場合、標準報酬月額の上限該当者が、3月31日現在で全被保険者の1.5%を超えたときは、政令でその年の9月1日から一定範囲で標準報酬月額の上限を改定することができることになっています。

●報酬の範囲

標準報酬月額を決める場合にそのもととなる報酬は、賃金、給料、俸給、手当、賞与、その他どんな名称であっても、被保険者が労務の対償として受けるものすべてを含みます。ただし、大入り袋や見舞金のような臨時に受けるものや、年3回以下の賞与は含まれません。

●報酬月額の決め方

標準報酬月額の決め方には、次の4通りの場合があります。

(1) 資格取得時の決定

新規に被保険者の資格を取得した人の標準報酬月額は、次の方法によって決めます。

- ① 月給・週給など一定の期間によって定められている報酬については、その報酬の額を月額に換算した額
- ② 日給・時間給・出来高給・請負給などの報酬については、その事業所で前月に同じような業務に従事し、同じような報酬を受けた人の報酬の平均額

- ③ ①または②の方法で計算することのできないときは、資格取得の月前 1 か月間に同じ地方で同じような業務に従事し、同じような報酬を受けた人の報酬の額
- ④ ①または②までの 2 つ以上に該当する報酬を受けている場合には、それぞれの方法により算定した額の合計額

(2) 定時決定

被保険者が事業所から受ける報酬は、昇給などで変動します。そこで、変動後の報酬に対応した標準報酬月額とするため、毎年 1 回、決まった時期に標準報酬月額の見直しをすることとしており、これを定時決定といいます。

- 対象となるのは、7月1日現在の被保険者について、4月・5月・6月に受けた報酬の平均額を標準報酬月額等級区分にあてはめて、その年の9月から翌年の8月までの標準報酬月額を決定します。なお、支払基礎日数が、17日未満の月については、標準報酬月額の計算から除くことになっています。
- ただし、次のいずれかに該当する人は、定時決定は行われません。
 - ・ 6月1日から7月1日までの間に被保険者となった人
 - ・ 7月から9月までのいずれかの月に随時改定または、育児休業等を終了した際の改定が行われる人

短時間就労者に係る 定時決定の算定方法について

短時間就労者に係る定時決定時の標準報酬月額の算定については、次のいずれかにより行われます。

- ① 4、5、6月の3ヶ月のうち支払基礎日数が17日以上のある場合は、17日以上ある月の報酬月額の平均により算定された額により、標準報酬月額を決定する。
- ② 4、5、6月の3ヶ月間のうち支払基礎日数がいずれも17日未満の場合は、その3ヶ月のうち支払基礎日数が15日以上17日未満の月

の報酬月額平均により算定された額により、標準報酬月額を決定する。

- ③ 4、5、6月の3ヶ月間のうち支払基礎日数がいずれの月についても15日未満の場合は、従前の標準報酬月額をもって当該年度の標準報酬月額とする。

上記の①～③までを整理すると次のようになります。

支払基礎日数	標準報酬月額の決定方法
3ヶ月とも17日以上ある場合	3ヶ月の報酬月額の平均額をもとに決定
1ヶ月でも17日以上ある場合	17日以上月の報酬月額の平均額をもとに決定
3ヶ月とも15日以上17日未満の場合	3ヶ月の報酬月額の平均額をもとに決定
1ヶ月又は2ヶ月は15日以上17日未満の場合 (ただし、1ヶ月でも17日以上ある場合は除く)	15日以上17日未満月の報酬月額の平均額をもとに決定
3ヶ月とも15日未満の場合	従前の標準報酬月額で決定

なお、短時間就労者にかかる随時改定時における標準報酬月額の算定については、前述の①から③のいずれかによらず、継続した3ヶ月のいずれの月においても報酬の支払基礎日数が17日以上必要となりますので、ご注意ください。

(3) 随時改定

被保険者の標準報酬月額は、原則として次の定時決定が行われるまでは変更しませんが、報酬の額が著しく変動すると、被保険者が実際に受け取る報酬の額と標準報酬月額がかけ離れた額になることがあります。このため、被保険者が実際に受けている報酬の額に著しい変動が生じ保険者が必要と認めた場合には、標準報酬月額の改定を行うことができるようになっています。これを「随時改定」といいます。なお、改定された標準報酬月

額は、次の定時決定までの標準報酬月額となります。

- 随時改定は、次の3つのすべてにあてはまる場合に、固定的賃金の変動があった月から4ヶ月目に改定が行われます。
 - ・ 昇（降）給などで、固定的賃金に変動があったとき
 - ・ 固定的賃金の変動月以後継続した3ヶ月の間に支払われた報酬の平均月額を標準報酬月額等級区分にあてはめ、現在の標準報酬月額との間に2等級以上の差が生じたとき
 - ・ 3ヶ月とも報酬の支払基礎日数が17日以上あるとき
- 固定的賃金とは？
基本給・家族手当・役付手当・通勤手当・住宅手当など稼働や能率の実績に関係なく、月単位などで一定額が継続して支給される報酬をいいます。

（4）育児休業等を終了した際の改定

育児休業等を終了した（育児休業等終了日において3歳に満たない子を養育するに限ります。）後、育児等を理由に報酬が低下した場合であっても、随時改定の事由に該当しないときは、次の定時決定が行われるまでの間、被保険者が実際に受け取る報酬の額と標準報酬月額がかけ離れた額になります。このため、変動後の報酬に対応した標準報酬月額とするため、育児休業等を終了したときに、被保険者が事業主を経由して保険者に申出をした場合は、標準報酬月額の改定をすることができます。

なお、事業主はこの申出にあわせて、「健康保険・厚生年金保険育児休業等終了時報酬月額変更届」により保険者に届出をしなければなりません。

- 改定となる場合
 - ・ 被保険者が改定対象者に該当する場合であって、事業主を経由して保険者に申出をしたとき
- 【改定となる対象者】
- ・ 1歳に満たない子または1歳から1歳6ヶ月に達するまでの子を養育するための育児休業を終了した被保険者
 - ・ 1歳から3歳に達するまでの子を養育するための育児休業制度に準ずる措置による休業を終了した被保険者
- 何を基準に改定するのか。

育児休業等終了月（ただし、終了した日が月末である場合は、その翌月）以後3ヶ月間に受けた報酬の平均月額を標準報酬月額等級区分にあてはめ、現在の標準報酬月額と1等級でも差が生じた場合には、改定します。

- いつから改定されるのか。

育児休業等終了日の翌日から起算して2月を経過する月の翌月から、標準報酬月額が改定されます。なお、改定された標準報酬月額は、次の定時決定までの標準報酬月額となります。

●賞与の範囲

標準賞与額を決める場合にそのもととなる賞与は、賃金、給料、俸給、手当、賞与、その他どんな名称であっても、被保険者が労務の対償として受けるすべてのもののうち年3回以下のものを含みます。ただし、大入り袋や見舞金のような臨時に受けるものは含まれません。

●標準賞与額の決め方

被保険者期間中において、実際に支給された賞与額から千円未満を切り捨てた額が標準賞与額となり、賞与が支給される月毎に決定されます。

標準賞与額の上限は、年度の累計額540万円（毎年4月1日から翌年3月31日までの累計額）となります。

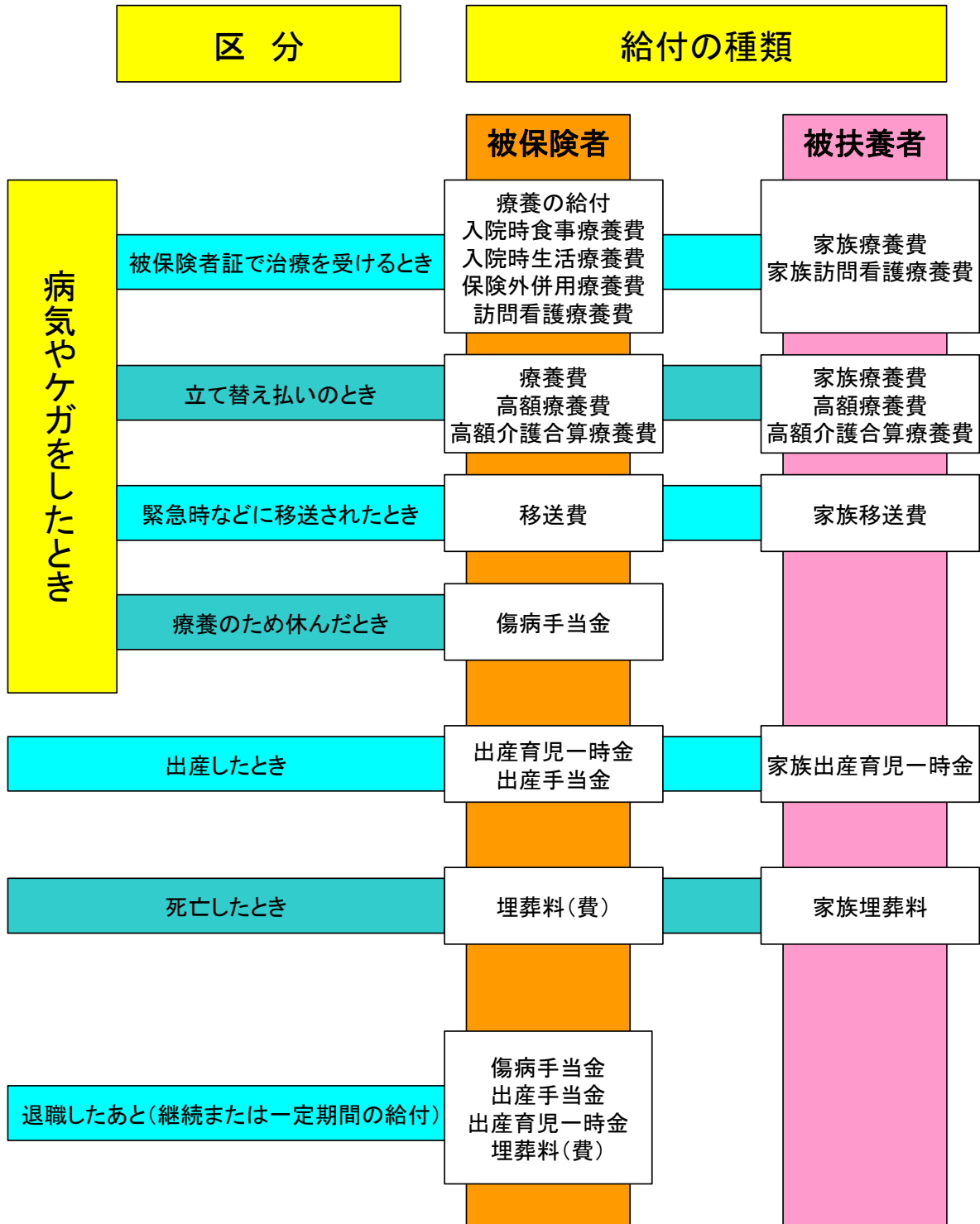
また、育児休業等により保険料免除期間に支払われた賞与についても標準賞与額として決定し、年度の累計額に含まれます。

なお、年度途中で被保険者資格の取得・喪失があった場合の標準賞与額の累計については、保険者単位とすることとされています。したがって、同一の年度内で複数の被保険者期間がある場合については、同一の保険者である期間に支払われた標準賞与額は累計することとなります。標準賞与額の累計が年度内に既に540万円に達した後においても、賞与が支払われた場合については、それ以降、標準賞与額は0円として保険者が決定することとなります。

政府管掌健康保険における標準賞与額の具体的な取扱いにつきましては、社会保険庁ホームページでご確認ください。

7. 保険給付

●保険給付の種類と内容



●被保険者に関する給付

(1) 療養の給付

① 療養の給付の範囲

健康保険の被保険者が業務以外の事由により病気やけがをしたときは、健康保険で治療を受けることができます。

これを療養の給付といい、その範囲は次のとおりです。

〔療養の給付の範囲〕

- a 診察
- b 薬剤または治療材料の支給
- c 処置・手術その他の治療
- d 在宅で療養する上での管理、その療養のための世話、その他の看護
- e 病院・診療所への入院、その療養のための世話、その他の看護

② 療養の給付の受け方

病気やけがをしたときは、

- ・ 健康保険を扱っている病院・診療所に『被保険者証』を提出します。70歳以上の方は「高齢受給者証」もあわせて提示してください。
- ・ 一部負担金を支払い、診察・治療・薬の支給・入院などの治療を治るまで受けることができます。また、医師の処方せんをもらった場合は、保険薬局で薬剤の調剤をしてもらうことができます。

〔被保険者証〕

保険医療機関などでは、被保険者証の提出によって健康保険で診察を受ける資格があるかどうかを確認します。

被保険者証は、保険診察を受けるための資格があることの証明書ですので、日頃から大切に扱う必要があります。

③ 一部負担金

70歳未満の被保険者はかかった医療費の3割を、70歳以上75歳未満の被保険者は2割（ただし、平成21年3月31日までは1割）（現役並み所得者は3割）を一部負担金として医療機関の窓口で支払います。（10円未満は四捨五入）

④ 療養の給付を行う病院、診療所、薬局

健康保険では、地方社会保険事務局長の指定を受けた病院や診療所が、療養の給付を行うしくみになっています。このような病院、診療所を保険医療機関といいます。

被保険者が病気やけがをしたとき、被保険者証があればどこの病院にでもかかれるというのではなく、この保険医療機関にかからなければ、健康保険の診療を受けることはできません。

薬局の場合も、健康保険で薬をもらえるところは、地方社会保険事務局長から指定を受けた薬局に限られ、これを「保険薬局」といいます。

(2) 入院時食事療養費

① 被保険者が病気やけがで保険医療機関に入院したときは、療養の給付とあわせて食事の給付が受けられます。

② 入院期間中の食事の費用は、健康保険から支給される入院時食事療養費と入院患者が支払う標準負担額でまかなわれます。入院時食事療養費の額は、厚生労働大臣が定める基準にしたがって算出した額から平均的な家計における食事を勘案して厚生労働大臣が定める標準負担額を控除した額となっています。

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{厚生労働大臣の算出} \\ \text{基準による食事療養費} \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|} \hline \text{平均的な家計の食費と} \\ \text{比較した標準負担額} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{入院時} \\ \text{食事療養費} \\ \hline \end{array}$$

入院時食事療養費は、療養費となっていますが、保険者が被保険者に代わって医療機関にその費用を直接支払うこととなっており、患者は標準負担額だけを支払うことになります。

③ 標準負担額は、平均的な家計の食費を勘案して厚生労働大臣が定めることとなっています。また、市町村民税非課税世帯と標準負担額の減額を受けなければ生活保護法の要保護者となる世帯（以下、低所得世帯という）の人及び市町村民税の非課税世帯に属し、かつ所得が一定基準に満たない方（70才以上の高齢受給者に限る。）については、次のようになります。

また、標準負担額など食事療養費に要した自己負担額については、高額療養費の対象から除外されることとなっています。

なお、1日の標準負担額は、3食に相当する額を限度とします。

一般の方	1食につき 260円
------	------------

市区町村民税 非課税世帯の方	1食につき 210円
-------------------	------------

市区町村民税非課税世帯の方で過去1年間の入院日数が90日を超えている場合	1食につき 160円
--------------------------------------	------------

市町村民税非課税世帯に属し、かつ所得が一定基準に満たない70才以上の高齢受給者	1食につき 100円
---	------------

- ④ 標準負担額の軽減措置を受ける場合は『健康保険標準負担額減額申請書』（70歳以上の場合は「健康保険限度額適用・標準負担額減額申請書」）に被保険者証と低所得の証明書を添付して、社会保険事務所に提出します。申請が認められると「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」が交付されますから、被保険者証と標準負担額減額認定証を医療機関の窓口へ提出することで標準負担額の軽減措置がうけられます。

低所得の証明は、低所得者世帯（市町村民税の非課税世帯）の人については、住所地の市区役所または、町村役場等で証明を受けた市町村民税の非課税証明、所得が一定基準に満たない場合は非課税証明に給与や年金の源泉徴収票、生活保護法の要保護者については、福祉事務所長が行う標準負担額認定該当の証明が必要となります。

（3）入院時生活療養費

介護保険との均衡の観点から、療養病床に入院する65歳以上の者の生活療養（食事療養並びに温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養をいう。）に要した費用について、保険給付として入院時生活療養費を支給されます。

入院時生活療養費の額は、生活療養に要する平均的な費用の額を勘案して算定した額から、平均的な家計における食費及び高熱水費の状況等を勘案して厚生労働大臣が定める生活療養標準負担額（所得の状況（※1）、病状の程度、治療の内容（※2）その他の状況をしん酌して厚生労働省令で

定める者については、別に軽減して定める額)を控除した額となっています。

被扶養者の入院時生活療養にかかる給付は、家族療養費として給付が行われます。

$$\boxed{\begin{array}{c} \text{厚生労働大臣} \\ \text{の算出基準に} \\ \text{よる生活療養費} \end{array}} - \boxed{\begin{array}{c} \text{平均的な家計の食} \\ \text{費、居住費等と比較} \\ \text{した標準負担額} \end{array}} = \boxed{\text{入院時生活療養費}}$$

※1 所得の状況をしん酌して負担額が軽減される者

低所得者Ⅱ（住民税非課税世帯）

低所得者Ⅰ（年金額80万円以下等）

※2 病状の程度、治療の内容をしん酌して負担額が軽減される者

入院医療の必要性の高い患者（*）の負担については、現行の入院時食事療養費と同額の負担額となります。（居住費の負担はありません。）

- * ・診療報酬上の医療区分2または3の患者（人工呼吸器、中心静脈栄養等を要する患者や脊髄損傷（四肢麻痺が見られる状態）、難病等の患者）
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料、入院日数14日以内の期間に係る診療所老人医療管理料または短期滞手術基本料2を算定する患者

区分		負担額
一般の方	入院時生活療養(Ⅰ)を算定する保険医療機関に入院している方	(食費)1食につき460円 (居住費)1日につき320円
	入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関に入院している方	(食費)1食につき420円 (居住費)1日につき320円
低所得者 (住民税非課税)	低所得者Ⅱ	(食費)1食につき210円 (居住費)1日につき320円
	低所得者Ⅰ (年金収入80万円以下等)	(食費)1食につき130円 (居住費)1日につき320円

(4) 保険外併用療養費

健康保険では、保険が適用されない保険外診療があると保険が適用される診療も含めて、医療費の全額が自己負担となります。

ただし、保険外診療を受ける場合でも、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定医療」については、保険診療との併用が認められており、通常の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料等）の費用は、一般の保険診療と同様に扱われ、その部分については一部負担金を支払うこととなり、残りの額は「保険外併用療養費」として健康保険から給付が行われます。

また、被扶養者の保険外併用療養費にかかる給付は、家族療養費として給付が行われます。

【評価療養】

- ・ 先進医療
- ・ 医薬品の治験に係る診療
- ・ 医療機器の治験に係る診療
- ・ 薬価基準収載前の承認医薬品の投与
- ・ 保険適用前の承認医療機器の使用
- ・ 薬価基準に収載されている医薬品の適応外使用

【選定療養】

- ・ 特別の療養環境の提供
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 200床以上の病院の未紹介患者の初診
- ・ 200床以上の病院の再診
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 180日を超える入院
- ・ 前歯部の材料差額
- ・ 金属床総義歯
- ・ 小児う触の治療後の継続管理

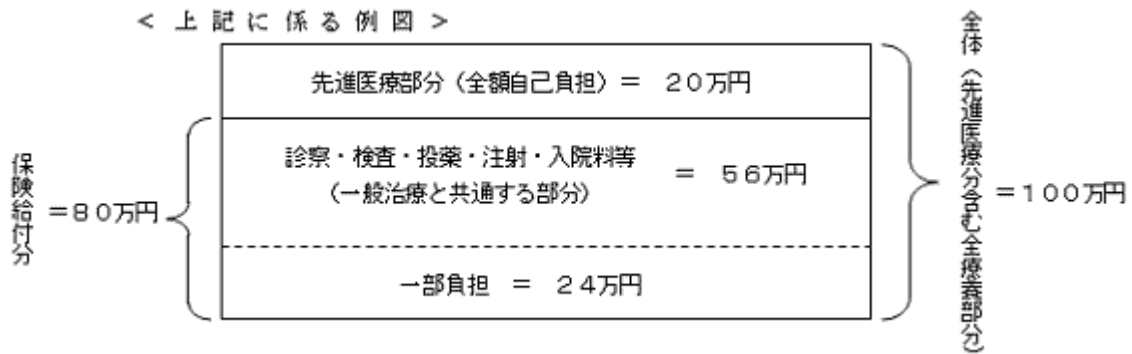
《例》

総医療費が100万円、うち先進医療に係る費用が20万円だった場合

1. 先進医療に係る費用20万円は、全額を患者が負担します。
2. 通常の治療と共通する部分（診察、検査、投薬、入院料*）は、保険として給付される部分になります。

保険給付分* = 80万円（10割）

7割にあたる56万円が各健康保険制度から給付。
3割にあたる24万円が患者の一部負担金。



※保険給付に係る一部負担については、高額療養費制度が適用されます。

（5）療養費

健康保険では、保険医療機関の窓口で被保険者証を提示して診療を受ける『現物給付』が原則となっていますが、やむを得ない事情で、保険医療機関で保険診療を受けることができず、自費で受診したときなど特別な場合には、その費用について、療養費が支給されます。

① 療養費が受けられるときは？

a 保険診療を受けるのが困難なとき

〈例えば〉

- (1) 事業主が資格取得届の手続き中で被保険者証が未交付のため、保険診療が受けられなかったとき
- (2) 感染症予防法により、隔離収容された場合で薬価を徴収されたとき
- (3) 療養のため、医師の指示により義手・義足・義眼・コルセットを装着したとき
- (4) 生血液の輸血を受けたとき
- (5) 柔道整復師等から施術を受けたとき

b やむを得ない事情のため保険診療が受けられない医療機関で診察や手当を受けたとき

〈例えば〉

旅行中、すぐに手当を受けなければならない急病やけがとなったが、近くに保険医療機関がなかったため、やむを得ず保険医療機関となっていない病院で自費診察をしたときなどがこれにあたります。この場合、やむを得ない理由が認められなければ、療養費は支給されません。

② 療養費の額

療養費の額は、実際に支払った額ではなく、保険診療を行ったとした場合の基準（診療報酬点数表）によって計算した額が支給されます。

ただし、実際に支払った額が、保険診療の基準による額より少ないときは、実際に支払った額が支給されます。

なお保険診療では、一部負担金を負担することになっていますので、一部負担金相当額を差し引いた額が療養費として支給されます。

(6) 訪問看護療養費

居宅で療養している人が、かかりつけの医師の指示に基づいて訪問看護ステーションの訪問看護師から療養上の世話や必要な診療の補助を受けた場合、その費用が、訪問看護療養費として現物給付されます。

① 支払われる額と利用料

訪問看護療養費の額は、厚生労働大臣が定める基準にしたがって算出した額から、患者が負担する基本利用料を控除した額です。

訪問看護の基本利用料は、被保険者、被扶養者ともに 3 割となっています。

なお、訪問看護療養費の基本利用料は、高額療養費の対象となります。

訪問看護療養費の額	基本利用料
平均的な費用の 7 割	同 3 割

② 支払方法と領収書の発行

訪問看護療養費は、保険者が被保険者に代わって、指定訪問看護事業者にその費用を直接支払うこととなっており、患者は、直接基本利用料を支払うこととなります。

また、患者は、交通費・おむつ代などの実費や特別サービス（営業時間外の対応等）を希望して受けた場合の特別料金を支払うこととなります。

指定訪問看護事業者は、基本利用料とその他の料金について区別して記載した領収書を発行することになっています。

(7) 移送費

病気やけがで移動が困難な患者が、医師の指示で一時的・緊急的必要性があり、移送された場合は、移送費が現金給付として支給されます。

① 支給要件

移送費の支給は、次のいずれにも該当すると保険者が認めた場合に行われます。

- 移送の目的である療養が、保険診察として適切であること。
- 患者が、療養の原因である病気やけがにより移動が困難であること。
- 緊急・その他、やむを得ないこと。

② 支給額

- 移送費の額は、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旅費に基づいて算定した額の範囲での実費です。
- なお、必要があって医師等の付添人が同乗した場合のその人の人件費は、『療養費』として支給されます。

(8) 高額療養費

重い病気などで病院等に長期入院したり、治療が長引く場合には、医療費の自己負担額が高額となります。そのため家計の負担を軽減できるように、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻される高額療養費制度があります。

ただし、保険外併用療養費の差額部分や入院時食事療養費、入院時生活療養費は支給対象にはなりません。

被保険者、被扶養者ともに1人1か月の自己負担限度額は所得に応じて、次の計算式により算出されます。

また、高額療養費の自己負担限度額に達しない場合であっても、同一月に同一世帯で21,000円以上超えるものが2件以上生じたときは、これらを合算して自己負担限度額を超えた金額が支給されます。同一人が同一月に2つ以上の医療機関にかかり、それぞれ21,000円以上になった場合も同様です。

（70～74歳の方がいる世帯では算定方法が異なります。）

なお、同一世帯で1年間（直近12か月）に3回以上高額療養費の支

給を受けている場合は、4回目からは自己負担限度額が変わります。
(多数該当)

【70歳未満の方 医療費の自己負担限度額(1か月あたり)】

		外来・入院
上位所得者 (標準報酬月額53万円以上)	150,000 円 + (総医療費 - 500,000 円) × 1%	〈83,400 円〉
一般	80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1%	〈44,400 円〉
低所得者 (住民税非課税世帯)	35,400 円	〈24,600 円〉

※〈 〉内の金額は、多数該当の場合の限度額

【70～74歳の方 医療費の自己負担限度額(1か月あたり)】

		外来 (個人ごと)	外来 + 入院(世帯ごと)
現役並み所得者	44,400 円		80,100 円 + (総医療費 - 267,000 円) × 1% 〈44,400 円〉
一般	24,600 円		62,100 円 〈44,400 円〉
低所得者 (住民税非課税)	II 8,000 円		24,600 円
	I		15,000 円
(年金収入80万円以下等)			

※現役並み所得者とは、標準報酬月額が28万円以上であって、かつ年収が夫婦世帯520万円以上、単身世帯で383万円以上の世帯の被保険者およびその被扶養者

※〈 〉内の金額は、多数該当の場合の限度額

※なお、「一般」区分の自己負担限度額は、平成20年4月から1年間は、外来(個人ごと)は12,000円、外来+入院(世帯ごと)は44,000円に据え置き

〈高額療養費の現物給付化〉

70歳未満の方であっても平成19年4月より、入院に係る高額療養費を現物給付化し、一医療機関ごとの窓口での支払を自己負担限度額までにとどめることができるようになりました。この制度を利用するには、事前に社会保険事務所に「健康保険限度額適用認定申請書」を提出し、「健康保険限度額適用認定証」の交付を受け、医療機関の窓口にて認定証と被保険者証を提出してください。

〈長期高額疾病についての負担軽減〉

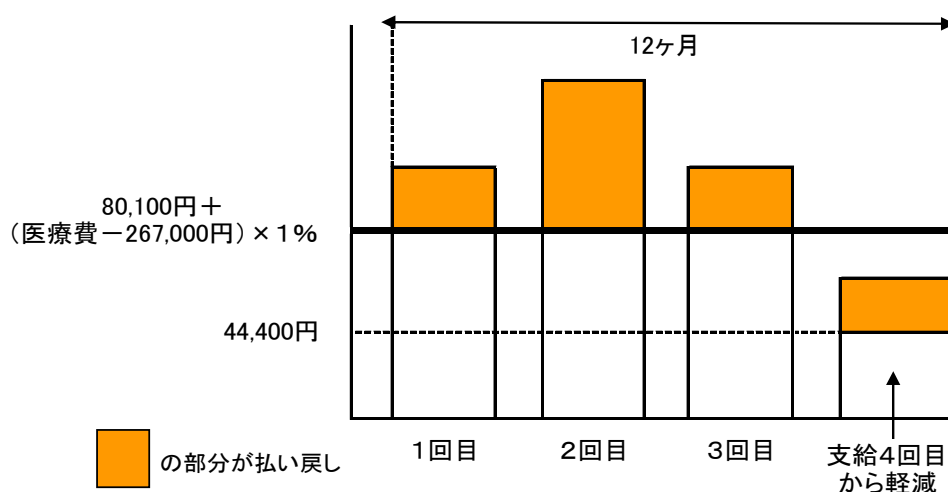
人工透析を実施している慢性腎不全の患者については、自己負担の限度額は10,000円となっており、それを超える額は現物給付されるので、医療機関の窓口での負担は最大でも10,000円で済みます。

ただし、診療のある月の標準報酬月額が53万円以上である70歳未満の被保険者またはその被扶養者については、自己負担限度額は20,000円となります。

この他、血友病、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群の人についても、自己負担の限度額は10,000円となっています。

なお、人工透析患者などについては、医師の意見書等を添えて社会保険事務所に申請し、「健康保険特定疾病療養受療証」の交付を受け、医療機関の窓口にてその受療証と被保険者証を提出してください。

【70歳未満の方で一般の場合】



(9) 高額介護合算療養費

同一世帯内に介護保険の受給者がいる場合に、1年間（毎年8月1日～翌年7月31日まで）にかかった医療保険と介護保険の自己負担額の合算額が著しく高額になった場合は、負担を軽減するために自己負担限度額を超えた額が医療保険、介護保険の自己負担額の比率に応じて、現金で健康保険から支給されます。

※介護保険からは「高額医療合算介護サービス費」として支給されます。

【年齢・所得区分ごとの自己負担限度額】

区分	70歳未満の方がいる世帯	70歳～74歳の方がいる世帯
上位所得者・現役並み所得者	168万円	89万円
一般	89万円	75万円
住民税非課税者・低所得者Ⅱ	45万円	41万円
住民税非課税者・低所得者Ⅰ		25万円

※年額は毎年8月1日～翌年7月31日の12か月で計算しますが、当制度施行の初年度となる平成20年度については、計算期間の途中の4月1日から施行されることから、平成20年4月1日～平成21年7月31日までの16か月間で計算します。したがって、上記の自己負担限度額も4/3倍の額で表記しています。

※70歳～74歳の一般の自己負担限度額は、70歳～74歳の自己負担割合の見直し（1割→2割）の凍結内容を反映した表記としています。

(見直し前は、83万円)

※低所得者Ⅱは、70歳以上の方で、世帯全員が住民税非課税の場合等

※低所得者Ⅰは、70歳以上の方で世帯全員が住民税非課税であり、所得が一定基準(年金収入80万円以下等)を満たす場合等

【高額介護合算療養費の算定方法】

毎年8月1日～翌年7月31日までの1年間(平成20年度の計算期間は、平成20年4月1日～平成21年7月31日まで)に支払った医療保険の自己負担額(高額療養費を除く)および介護保険の自己負担額(高額介護サービス費、高額介護予防サービス費を除く)が対象となります。

ただし、保険外併用療養費の差額部分や入院時食事療養費、入院時生活療養費の自己負担額は対象になりません。

(関係条文 健康保険法第115条の2)

(10) 傷病手当金

傷病手当金は、病気休業中に被保険者とその家族の生活を保障するために設けられた制度で、病気やけがのために会社を休み、事業主から十分な報酬が受けられない場合に支給されます。

なお、任意継続被保険者の方は、傷病手当金は支給されません。

(健康保険法第104条による継続給付の要件を満たしている者は除く。)

① 傷病手当金が受けられるとき

傷病手当金は、被保険者が病気やけがのために働くことができず、会社を休んだ日が連続して3日間あったうえで、4日目以降、休んだ日に対して支給されます。ただし、休んだ期間について事業主から傷病手当金の額より多い報酬額の支給を受けた場合には、傷病手当金は支給されません。

② 支給される金額

給額は、病気やけがで休んだ期間、一日につき、標準報酬日額の3分の2に相当する額です。なお、働くことができない期間について、ア、イ、ウに該当する場合は、傷病手当金の支給額が調整されることとなります。

ア 事業主から報酬の支給を受けた場合

イ 同一の傷病により障害厚生年金を受けている場合(同一の傷病による国民年金の障害基礎年金を受けるときは、その合算額)

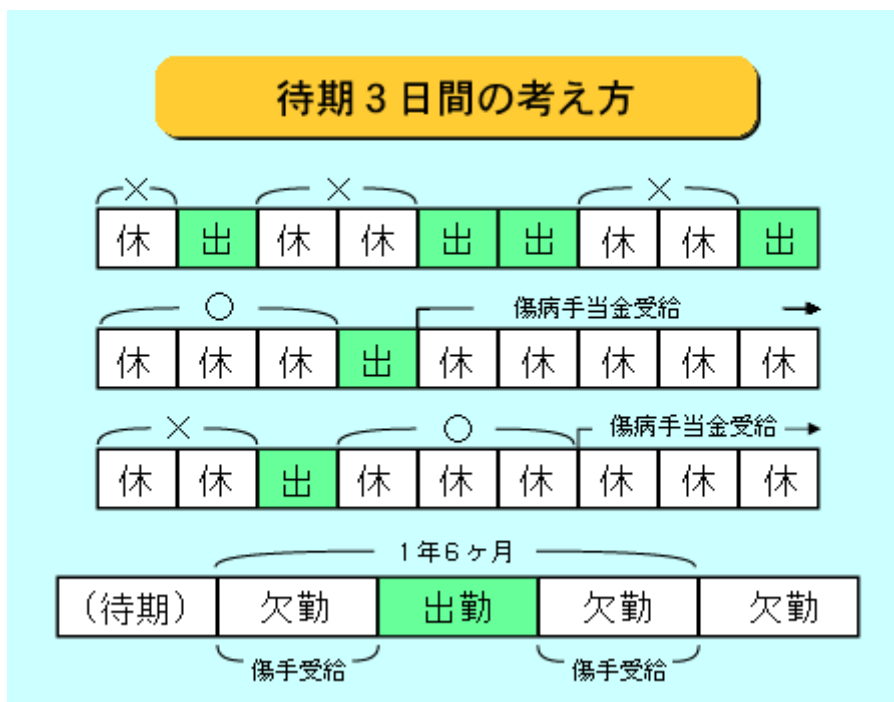
ウ 退職後、老齢厚生年金や老齢基礎年金又は退職共済年金などを受けている場合
(複数の老齢給付を受けるときは、その合算額)

- ・ ア～ウの支給日額が、傷病手当金の日額より多いときは、傷病手当金の支給はありません。
- ・ ア～ウの支給日額が、傷病手当金の日額より少ないときは、その差額を支給することとなります。

③ 支給される期間

傷病手当金は、病気やけがで休んだ期間のうち、最初の3日を除き(これを「待期」といいます。)4日目から支給されます。

その支給期間は、支給を開始した日から数えて1年6か月です。



(11) 埋葬料および埋葬費

被保険者が亡くなったときは、埋葬を行う人に埋葬料または埋葬費が支給されます。

① 埋葬料

被保険者が死亡したときは、埋葬を行った家族（被保険者に生計を維持されていた人であれば、被扶養者でなくてもかまいません。）に5万円の埋葬料が支給されます。

② 埋葬費

死亡した被保険者に家族がないときは、埋葬を行った人に、埋葬料の額の範囲内で、埋葬にかかった費用が埋葬費として支給されます。

(12) 出産に関する給付

① 出産育児一時金

被保険者が出産をしたときは、1児ごとに35万円が、出産育児一時金として支給されます。正常な出産のときは病気とみなされないため、定期検診や出産のための費用は自費扱いになります。異常出産のときは、健康保険が適用されますので療養の給付を受けることができます。

多生児を出産したときは、胎児数分だけ支給されますので双生児の場合は、出産育児一時金は2人分になります。

また、被保険者の医療機関等での窓口において出産費用を支払う負担を軽減するため、政府管掌健康保険では、出産育児一時金の医療機関等による受取代理を実施しています。

② 出産手当金

被保険者が出産のため会社を休み、事業主から報酬が受けられないときは、出産手当金が支給されます。

これは、被保険者や家族の生活を保障し、安心して出産前後の休養ができるようにするために設けられている制度です。

なお、任意継続被保険者の方は、出産手当金は支給されません。

(健康保険法第104条による継続給付の要件を満たしている者は除く。)

a 出産手当金が受けられる期間

出産手当金は、出産の日（実際の出産が予定日後のときは出産の予定日）以前 42 日目（多胎妊娠の場合は 98 日目）から、出産の日の翌日以後 56 日目までの範囲内で会社を休んだ期間について支給されます。ただし、休んだ期間にかかる分として、出産手当金の額より多い報酬が支給される場合は、出産手当金は支給されません。

b 出産が予定よりおくれた場合

予定日よりおくれて出産した場合は支給期間が、出産予定日以前 42 日（多胎妊娠の場合は 98 日）から出産日後 56 日の範囲内となっていますので、実際に出産した日までの期間も支給されることになります。たとえば、実際の出産が予定より 4 日おくれたという場合は、その 4 日分についても出産手当金が支給されます。

c 支給される金額

出産手当金は、1 日につき標準報酬日額の 3 分の 2 に相当する額が支給されます。

会社を休んだ期間について、事業主から報酬を受けられる場合は、その報酬の額を控除した額が出産手当金として支給されます。

●被扶養者に関する給付

（1）家族療養費

被扶養者の病気やけがに対しては、家族療養費が支給されます。その給付の範囲・受給方法・受給期間などは、すべて被保険者に対する療養の給付と同様です。

家族療養費は、被扶養者の療養に要する費用の 7 割（小学校入学前までの方は 8 割、70 歳以上の方の場合は 8 割（ただし、平成 21 年 3 月 31 日までは 9 割）（現役並み所得者は 7 割））相当額を現物給付することになっていますので、実際の取扱いとしては被扶養者が外来で保険診療を受けたときは診療費の 3 割（小学校入学前までは 2 割、70 歳以上の方の場合は 2 割（ただし、平成 21 年 3 月 31 日までは 1 割（現役並み所得者は 3 割））相当額を保険医療機関などに支払えばよいことになります。

保険診療として家族療養費の支給を受けることができない場合には、現金給付として家族療養費の支給を受けることができますが、この場合

には、被保険者に対する療養費と同様次の条件が必要です。

ア 保険診療を受けることが困難であるとき

イ やむを得ない事情があつて保険医療機関となっていない病院などで診療・手当等を受けたとき

なお、入院時食事療養費、入院時生活療養費と保険外併用療養費は、家族療養費として給付されます。

(2) 高額療養費

被保険者と同じです。

(3) 家族埋葬料

被扶養者が死亡した場合、その埋葬の費用の一部として被保険者に家族埋葬料が支給されます（死産児については支給されません）。家族埋葬料の額は5万円となっています。

(4) 家族出産育児一時金

被扶養者が出産した場合、被保険者に家族出産育児一時金として35万円が支給されます。（被保険者に支給されるものですから、被保険者が死亡した後の出産、被保険者が会社をやめた後の出産については、家族出産育児一時金は支給されません。）

●資格喪失後の保険給付

健康保険の保険給付は、被保険者に対して行われるのを原則としています。退職などにより被保険者でなくなった（資格喪失）後においても、一定の条件のもとに保険給付が行われます。

(1) 保険給付を受けている人が資格を喪失した場合（継続給付）

資格を喪失する日の前日までに継続して1年以上被保険者であった人は、資格を喪失した際に現に受けていた傷病手当金及び出産手当金を引き続き受けることができます。

傷病手当金は1年6か月間、出産手当金は出産前後合わせて原則98日間の範囲内で、支給を受けることができることになっていますが、この期間から被保険者である間にすでに支給を受けた残りの期間について受けることができます。

(2) 資格を喪失した後に保険給付を受ける事由が生じた場合

これには、死亡に関する給付と出産育児一時金の給付の 2 種類があります。

①死亡に関する給付

次の場合は、埋葬料か埋葬費が支給されます。

- a (1) に該当する人が死亡したとき
- b (1) に該当する人が継続給付を受けなくなってから 3 か月以内に死亡したとき
- c 被保険者が資格を喪失して 3 か月以内に死亡したとき

②出産に関する給付

資格を喪失する日の前日までに継続して 1 年以上被保険者であった人が資格喪失の日後、6 か月以内に出産をしたときは、被保険者として受けられる出産育児一時金が支給されます。

●給付の制限を受ける場合

健康保険では、故意の犯罪行為など制度の趣旨に反するような恐れがあるときは、社会保険の公共性の見地から一定の条件のもとに給付の全部又は一部について制限を行うこととなっています。また、給付を行うことが事実上困難な場合とか他の制度から同様の給付が行われた場合の調整的な意味あいでの給付制限もあります。

具体的には、次のような場合に保険給付の制限または調整が行われます。

- (1) 故意の犯罪行為又は故意に事故をおこしたとき
- (2) けんか、よっぱらいなど著しい不行跡により事故をおこしたとき
- (3) 正当な理由がなく医師の指導に従わなかったり保険者の指示による診断を拒んだとき
- (4) 詐欺その他不正な行為で保険給付を受けたとき、又は受けようとしたとき
- (5) 正当な理由がないのに保険者の文書の提出命令や質問に応じないとき
- (6) 感染症予防法等他の法律によって、国又は地方公共団体が負担する療養の給付等があったとき

●第三者の行為による場合

自動車事故などで健康保険で医者にかかったときは、健康保険で治療は受けられますが、かならず「第三者行為による傷病届」を保険者へ提出します。事故証明書、および示談が成立していれば示談書なども添えます。届書をすぐには作成できないときは、口頭でも電話でも、一刻も早く保険者に届け出ておき、後日できるだけ早く正式な書類を提出してください。

8. 保険料

●保険料

(1) 保険料の額

保険料は、被保険者である期間の各月について徴収されます。保険料の額は、被保険者の標準報酬月額及び標準賞与額に保険料率（一般保険料率＋介護保険料率）をかけた額となります。

一般保険料率は、政管健保は、千分の82（平成15年4月から）となっています。（なお、特定保険料率は千分の33、基本保険料率は千分の49）また、政管健保の介護保険料率は、千分の11.3（平成20年3月から）となっています。なお、任意継続被保険者についても一般の被保険者同様、標準報酬月額に保険料率をかけた額が保険料の額となりますが、任意継続被保険者の標準報酬月額は、被保険者でなくなったとき（退職したとき）のその人の標準報酬月額と、その任意継続被保険者の所属する保険者（政管健保）に加入している全被保険者の前年度の9月30日現在の平均標準報酬月額の属する標準報酬月額とを比較して、いずれか低い方の額となります。

(2) 保険料の負担

保険料は、事業主と被保険者が折半で負担します。ただし、組合の場合は、規約で決めて事業主の負担割合を増すことができます。

なお、任意継続被保険者の保険料は、全額本人負担です。

(3) 保険料の納付期日

事業主は、事業主負担分と被保険者負担分をあわせた保険料を保険者に納付する義務があります。この場合、被保険者の負担する分については、事業主は被保険者に支払う賃金から前月分の保険料を控除することができます。被保険者の負担する保険料を賃金から控除したときは、それを被保険者に知らせなければなりません。

毎月の保険料の納付期限は、翌月の末日です。保険料の納付は、政管健保の場合、社会保険事務所から送付される納入告知書により、銀行、郵便局、社会保険事務所などに納めます。

保険料を納付期限までに納めないと、期限を指定した督促状が送られてきます。その督促状の期限がきても納めないと、年率14.6パーセン

ト（100円につき日歩4銭）の割合で延滞金が徴収され、また財産差押えなどの滞納処分を受けることにもなります。

なお、任意継続被保険者の保険料の納付期限は、初めて納付する場合は保険者の指定する日（納付期日までに納められないときは、被保険者資格が取り消しとなります。）とされ、それ以降の月分は、その月の10日（納付期日までに納められないときは、納付期日の翌日で資格喪失となります。）となっています。

資格を取得した日の属する月の翌月分から9月分または3月分まで、半年分（4月分から9月分まで、10月分から翌年3月分まで）、1年分（4月分から翌年3月分まで）を前納することもできます。

（4）育児休業期間中の保険料免除

育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律」に規定する1歳に満たない子または1歳から1歳6ヶ月に達するまでの子を養育するための育児休業（労働基準法の産後休業期間は育児休業にあたりません。）、1歳から3歳に達するまでの子を養育するための育児休業制度に準ずる措置による休業（以下、育児休業等と言います。）をしている被保険者を使用する事業主が社会保険事務所に申し出ることにより、その育児休業等を取得している被保険者負担分及びその事業主負担分の保険料が免除となります。

◎免除を受ける手続きと免除期間

育児休業等期間中の保険料免除を受けようとする事業主は、社会保険事務所に「健康保険・厚生年金保険育児休業等取得者申出書」を提出します。免除となるのは、その育児休業等を開始した日の属する月からその育児休業等が終了する日の翌日が属する月の前月までの期間です。

なお、休業終了予定日前に当該育児休業等を終了した場合は、「健康保険・厚生年金保険育児休業等取得者終了届」を提出します。

●保険料額表

保険料額表については、社会保険庁ホームページに「健康保険・厚生年金保険 保険料額表」を掲載しておりますので、そちらをご覧ください。

退職後の医療保険の加入について

会社を退職すると、その翌日に被保険者としての資格は無くなりますが、日本は国民皆保険制度を導入していますので、退職後仕事をしなくてもいずれかの医療保険に加入する必要があります。

退職後は、次の3つのうちいずれかの医療保険に加入する必要があります。

1. 政府管掌健康保険の任意継続被保険者

【概要】

保険料を全額自己負担することにより、2年間在職中と同様の給付が受けられます。（一部の給付を除く）被扶養者も、同様です。

【加入条件】

- ・被保険者期間が2か月以上あったこと
- ・資格喪失後、20日以内に手続きをすること

【保険料】

退職時の標準報酬月額または政府管掌健康保険の平均の標準報酬月額（平成20年度現在 28万円）のいずれか低い方の額に保険料率を乗じた額

【窓口負担割合】

3歳～69歳は、3割

小学校入学前まで方は、2割

70歳以上は、2割（ただし、平成21年3月31日までは2割）

（ただし、現役並み所得者は3割）

【加入の手続】

住所地を管轄する社会保険事務所

2. 国民健康保険の被保険者

【概要】

市町村が保険者となっており、健康保険・共済組合等の被用者保険とその被扶養者、生活保護を受けている世帯などを除いたその市町村に住所がある人（自営業者、農林・漁業等の従事者、年金受給者等）が加入します。手続きは、被保険者の属する世帯主が行います。

【加入条件】

健康保険の資格喪失日から14日以内に手続きをしなければなりません。

【保険料】

原則として、前年の所得額をもとに、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た額により算出されます。ただし、市町村の実情に応じて組み合わせは異なります。

【窓口負担割合】

3歳～69歳は、3割

小学校入学前まで方は、2割

70歳以上は、2割（ただし、平成21年3月31日までは2割）

（ただし、現役並み所得者は3割）

【加入の手続】

住所地の市（区）町村役場

3. 家族の加入する健康保険の被扶養者

【概要】

保険料負担はなく、被扶養者としての給付を受けることができます。

【加入要件】

被保険者との生計維持関係が認められることが必要です。

【保険料】

なし

【窓口負担割合】

3歳～69歳は、3割

小学校入学前まで方は、2割

70歳以上は、2割（ただし、平成21年3月31日までは2割）

（ただし、現役並み所得者は3割）

【加入の手続】

家族の加入する健康保険の保険者