

（ 改訂案 ）
別に定める基準

資料 2 - 2

大阪府国民健康保険運営方針において「別に定める基準」とは、以下に掲げるものをいう。

1 保険料の減免

(1) 減免

市町村保険者（以下「保険者」という。）は、次のいずれかに該当する世帯であって、必要があると認める時は、その申請により、保険料を減額し、又は納付を免除することができる。

- 一 震災、風水害、火災、その他これらに類する災害により、居住する住宅について著しい損害（①全壊、全焼、大規模半壊、②半壊、半焼、③火災による水損又は床上浸水）を受けたとき。
- 二 事業又は業務の不振、休廃止、失業等により、所得が著しく減少したとき。ただし、減少後の所得により算定した保険料額が賦課限度額を超えている場合には、減免は行わないこととする。
- 三 被保険者が刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されたとき。
- 四 世帯内に、次に掲げる要件のいずれにも該当する被保険者がいるとき。
 - ① 被保険者資格の取得日において、65歳以上である者
 - ② 被保険者資格の取得日の前日において、各被用者保険等の被保険者（当該資格を取得した日において、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者となった者に限る。）の被扶養者であった者

(2) 減免の対象となる保険料及び減免の割合

区分	一 災害	二 所得減少	三 拘禁	四 旧被扶養者
対象となる保険料	応能分及び応益分	応能分のみ	応能分及び応益分	応能分及び応益分
減免の割合	被害の程度に応じて3区分（全壊等100%、半壊等70%、火災による水損又は床上浸水50%）	前年所得からの減少率に応じて、8区分（減少率が30%以上40%未満：30%、同40%以上50%未満：40%、同50%以上60%未満：50%、同60%以上70%未満：60%、同70%以上80%未満：70%、同80%以上90%未満：80%、同90%以上100%未満：90%、同100%：100%）	100%	所得割10割 均等割5割 平等割5割（旧被扶養者のみで構成される世帯に限る。）
対象期間	減免の申請のあった日の属する年度末まで（ただし、必要に応じ、当該申請日の属する年度の翌年度末まで【被災した日が属する月から起算し、最大12月】延期することができる。）	減免の申請のあった日の属する月以降、保険料を納付することが可能となるまでの間（ただし、必要に応じ、当該申請日の属する年度の翌年度末まで延期することができる。）	拘禁されている期間	減免の申請のあった日の属する月以降（ただし、均等割及び平等割に係る減免については、資格取得日の属する月以後2年を経過する月までの間に限る。）

(改訂案)

2 一部負担金の減免及び徴収猶予

(1) 減免

保険者は、次のいずれかに該当する世帯であって、必要があると認めるときは、その申請により、一部負担金の支払若しくは納付を免除することができる。一部負担金の減免の期間は、療養に要する期間を考慮し、1箇月単位の更新制で3箇月までを標準とする。ただし、必要に応じ、6箇月まで延期することができる。

- 一 震災、風水害、火災、その他これらに類する災害により、世帯主（主たる生計維持者を含む）が死亡し、障がい者となり、又は居住する住宅について著しい損害（①全壊、全焼、大規模半壊、②半壊、半焼、③火災による水損又は床上浸水）を受けたとき。
- 二 次に掲げる事由等により、世帯収入が著しく減少したとき（下表左欄のそれぞれの対象期間における世帯収入見込みが生活保護基準に下表右欄の値を乗じた額以下であり、かつ、申請時点での預貯金の額が生活保護基準に下表右欄の値を乗じた額の3箇月分以下であること）。
 - ① 事業又は業務の休廃止、失業
 - ② 干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁
 - ③ 世帯主（主たる生計維持者を含む）の死亡、入院、傷病

対象期間	減免基準
平成30年9月30日まで	11 / 10
平成30年10月1日から令和元年9月30日まで	990 / 885
令和元年10月1日から令和2年9月30日まで	990 / 870
令和2年10月1日以降	1,155 / 1,000

(2) 徴収猶予

保険者は、前記（1）の各号のいずれかに該当する世帯であって、必要があると認めるときは、その申請により、6箇月以内の期間を限って、一部負担金の徴収を猶予するものとする。この場合において当該世帯の世帯主が保険医療機関等に対して当該一部負担金を支払うべきものであるときは、当該保険医療機関等に対する支払に代えて当該一部負担金を直接に徴収することとし、その徴収を猶予することができる。

(3) 減免又は徴収猶予の対象となる診療

入院及び外来

(4) 減免又は徴収猶予の割合

10割

(改訂案)

3 特定健康診査

次に掲げる項目について、事業実施による効果の実証され、医療費適正化効果が期待されることから、府内全域で共通して特定健康診査の基本的な項目に加えて実施することとする。

- ① 血清クレアチニン検査 (e G F R)
- ② 血清尿酸検査
- ③ 血糖検査 (H b A 1 c)

4 人間ドック

生活習慣病をはじめとする疾病の早期発見及び特定健診受診率の向上等の効果が期待されることから、特定健診の検査項目等を充足する検査項目について府内全市町村で実施することとする。

5 医療費通知及び後発医薬品差額通知

医療費通知及び後発医薬品差額通知について、被保険者に対する分かりやすさの向上の観点から、次のとおり共通基準を設定することとする。

(1) 実施回数

- ① 医療費通知
全ての月、全被保険者を対象として、年6回(奇数月)に実施。
- ② 後発医薬品差額通知
年3回実施(ただし、市町村が独自で回数を追加することも可能)。

(2) 記載項目

- ① 医療費通知
国民健康保険法施行規則第32条の7の2に規定される項目に、「入院・通院・歯科・薬局の別」「入院・通院・歯科・薬局の日数」「医療費の額」「柔道整復療養費」を追加して記載する。ただし、共同処理を行わない場合は、市町村が独自で項目を追加することも可能とする。
- ② 後発医薬品差額通知
「医療機関名称」「医薬品名称」「自己負担相当額」「ジェネリック医薬品に切り替えた場合に削減できる自己負担額」を記載する。ただし、共同処理を行わない場合は、市町村が独自で項目を追加することも可能とする。

(3) 通知の規格

原則、A4サイズ(圧着)とする。ただし、共同処理を行わない場合は、異なる規格とすることも可能とする。

(改訂案)

6 被保険者証 (通常証)

被保険者証 (通常証) について、被保険者及び保険医療機関等に対する分かりやすさの向上の観点から、次のとおり統一基準を設定することとする。

なお、被保険者証 (通常証) の取扱いについては、「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号を利用する等に関する法律等の一部を改正する法律」(令和5年法律第48号。) 附則第1条第2号に掲げる規定の施行期日による被保険者証の廃止 (以下、被保険者証の廃止という) に伴い、令和6年12月1日までとする。

(1) 様式

一般被保険者証 (表面)

退職被保険者証 (表面)

退職医療制度の廃止に伴い、
退職被保険者証を削除。

裏面

※ふりがなについては、各市町村において、任意で追加可能とする。

また、旧氏併記については、被保険者の希望に応じて、対応可能とする。なお、過去に住民登録担当課で登録したものに限る。

被保険者証の一斉更新時には、交付年月日前有効の文言を記載する。

(2) 更新時期

11月1日更新

(3) 有効期間

1年間 (11月1日から翌年10月31日まで)

※ただし、令和6年11月1日から令和6年12月1日に発行する被保険者証の有効期限は、令和7年10月31日までとする。

(改訂案)

(4) その他

① 被保険者証の色

大阪府後期高齢者医療被保険者証と色（暖色・寒色）が重複しないように、毎年、大阪府後期高齢者医療広域連合に確認しながら、大阪府において決定する。

② 材質

上質紙（135kg）

③ 公印の色

朱色

7 資格確認書

被保険者証の廃止（令和6年12月2日）以降、次のとおり統一基準を設定する。

(1) 様式・記載事項

「資格確認書の様式等について」（令和5年12月22日付け事務連絡 厚生労働省保険局国民健康保険課）に基づく様式とする。

別添1及び2 様式例：必須記載事項のみ（カード型）

・氏名 ・性別 ・生年月日 ・世帯主名または組合員氏名 ・被保険者記号 ・番号

・枝番、保険者番号 ・交付者名または保険者名 ・適用開始年月日又は資格取得年月日、交付年月日

・有効期限 ・住所 ・特別療養費の対象者である場合にはその旨

・負担割合、発効期日（70歳以上の被保険者のみ）

※負担割合、発効期日（70歳以上の被保険者のみ）については、次のとおりとする。

令和8年7月31日までは、資格確認書に記載せず、高齢受給者証を発行して良いものとする。

令和8年8月1日以降は、資格確認書に記載するものとし、高齢受給者証は発行しない。

(イメージ)

(表 面)		(裏 面)	
〇〇都道府県 国民健康保険 資格確認書	有効期限 年 月 日 発効期日 年 月 日	備 考	
記号	番号 (枝番)	※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。	
氏名	性別	1. 私は、 <u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u> 、移植の為に臓器を提供します。	
生年月日 年 月 日	負担割合 割	2. 私は、 <u>心臓が停止した死後に限り</u> 、移植の為に臓器を提供します。	
適用開始年月日 年 月 日		3. 私は、臓器を提供しません。	
交付年月日 年 月 日		《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》	
世帯主氏名		【 心臓・肺・肝臓・腎臓・ ^腸 膵臓・ ^小 腸・ ^目 眼球 】	
住所		〔特記欄：	
保険者番号		署名年月日： 年 月 日	
交付者名	印	本人署名（自筆）： 家族署名（自筆）：	

(2) 有効期限

1年間（8月1日から翌年7月31日まで）

ただし、令和6年12月2日から令和8年7月31日までは、以下のとおりとする。

(改訂案)

令和6年12月2日から令和7年10月31日に発行する資格確認書の有効期限は、令和7年10月31日までとする。

令和7年11月1日から令和8年7月31日に発行する資格確認書の有効期限は、令和8年7月31日までとする。

(3) その他

① 資格確認書の色

大阪府後期高齢者医療資格確認書と色（暖色・寒色）が重複しないように、毎年、大阪府において決定する。

② 材質

原則、上質紙（135kg）

なお、経費（システム改修費含む）に大差がない場合は、他の素材を使用することも可能とする。

③ 公印の色

公印として有効になる色