

9. 国民健康保険

国民健康保険は、社会保障制度の一環として、国民の誰もが安心して医療を受けられることを保障する、国民皆保険の基幹をなす制度です。

被保険者が負担する保険料と国の支出金等を財源として、運営されています。

9.1 被保険者

市内に住んでいるすべての方は、大阪市の国民健康保険の被保険者となります。

ただし、次のいずれかにあてはまる方は除かれます。

- ・ 職場などの健康保険の被保険者とその扶養家族
- ・ 国民健康保険組合の被保険者
- ・ 後期高齢者医療制度の被保険者
- ・ 生活保護法による保護を受けている世帯に属する方
- ・ 中国残留邦人支援法による支援給付を受けている方
- ・ その他、児童福祉法の適用を受けている児童で扶養義務者のない児童など、厚生労働省令で定める特別の理由がある方

(令和7年3月31日現在)

大阪市の推計人口 約278万人	
国民健康保険の被保険者 約54万人 (19%)	他の医療保険の被保険者等 約224万人 (81%)

9.2 保険給付

次のような保険給付が受けられます。

(令和7年4月1日現在)

保険給付の種類	内 容												
療 養 の 給 付	○ 病気や負傷したとき、保険医療機関等に保険証利用登録をされたマイナンバーカード（以下、「マイナ保険証」という。）または資格確認書を提示すれば療養の給付が受けられる。 ※オンライン資格確認等システムを導入していない医療機関等では、マイナポータルの資格情報画面もしくは資格情報のお知らせをマイナ保険証と一緒に提示することで、受診することができます。 給付割合は7割。なお、義務教育就学前の乳幼児と70歳以上の方は8割、ただし、70歳以上で現役並み所得者は7割。 ○ 入院の場合は食事療養にかかる自己負担（標準負担額）などが別途必要。ただし、市民税非課税世帯の方についてはオンライン資格確認等システムを導入している医療機関等では、申請不要で軽減される。オンライン資格確認等システムを導入していない医療機関等では、お住まいの区の区役所保険年金業務担当で申請が必要。												
療 養 費	○ 急病や旅行中に負傷したときなど、やむを得ない理由でマイナ保険証または資格確認書が提示できず、診療に要した費用を全額自費で支払ったときや、医師の指示により治療に必要な装具を作成し、代金を支払ったときなどに、申請により療養費が支給される。												
高 額 療 養 費	○ 70歳未満の方 同じ世帯の70歳未満の方が、同じ月内に受けた保険診療の一部負担金について、保険医療機関等ごとに21,000円以上になっているものを合算して「自己負担限度額」を超えたとき、その超えた額を申請により高額療養費として支給する。 オンライン資格確認等システムを導入している医療機関等では、申請不要で一部負担金は「自己負担限度額」までとなる。オンライン資格確認等システムを導入していない医療機関等では、お住まいの区の区役所保険年金業務担当で、「限度額適用認定証」等の申請が必要。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th><th>自己負担限度額</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア 基礎控除後の総所得金額等が901万円を超える世帯</td><td>252,600 + (医療費総額 - 842,000) × 1% 【多数該当 140,100円】</td></tr> <tr> <td>イ 基礎控除後の総所得金額等が600万円を超え、901万円以下の世帯</td><td>167,400 + (医療費総額 - 558,000) × 1% 【多数該当 93,000円】</td></tr> <tr> <td>ウ 基礎控除後の総所得金額等が210万円を超え、600万円以下の世帯</td><td>80,100 + (医療費総額 - 267,000) × 1% 【多数該当 44,400円】</td></tr> <tr> <td>エ 基礎控除後の総所得金額等が210万円以下の世帯</td><td>57,600 円 【 多 数 該 当 44,400 円 】</td></tr> <tr> <td>オ 市民税非課税世帯</td><td>35,400 円 【 多 数 該 当 24,600 円 】</td></tr> </tbody> </table> 多数該当: 同一世帯で直近12カ月の間に3回以上高額療養費が支給されているときは、4回目からは「多数該当」となり、「自己負担限度額」が減額される。	区分	自己負担限度額	ア 基礎控除後の総所得金額等が901万円を超える世帯	252,600 + (医療費総額 - 842,000) × 1% 【多数該当 140,100円】	イ 基礎控除後の総所得金額等が600万円を超え、901万円以下の世帯	167,400 + (医療費総額 - 558,000) × 1% 【多数該当 93,000円】	ウ 基礎控除後の総所得金額等が210万円を超え、600万円以下の世帯	80,100 + (医療費総額 - 267,000) × 1% 【多数該当 44,400円】	エ 基礎控除後の総所得金額等が210万円以下の世帯	57,600 円 【 多 数 該 当 44,400 円 】	オ 市民税非課税世帯	35,400 円 【 多 数 該 当 24,600 円 】
区分	自己負担限度額												
ア 基礎控除後の総所得金額等が901万円を超える世帯	252,600 + (医療費総額 - 842,000) × 1% 【多数該当 140,100円】												
イ 基礎控除後の総所得金額等が600万円を超え、901万円以下の世帯	167,400 + (医療費総額 - 558,000) × 1% 【多数該当 93,000円】												
ウ 基礎控除後の総所得金額等が210万円を超え、600万円以下の世帯	80,100 + (医療費総額 - 267,000) × 1% 【多数該当 44,400円】												
エ 基礎控除後の総所得金額等が210万円以下の世帯	57,600 円 【 多 数 該 当 44,400 円 】												
オ 市民税非課税世帯	35,400 円 【 多 数 該 当 24,600 円 】												

○ 70歳から74歳までの方

同じ月内に受けた保険診療について、すべての保険医療機関等で支払った一部負担金を合算して「自己負担限度額」を超えたとき、その超えた額を申請により高額療養費として支給する。

次の順に限度額を適用する。

(1) 個人ごとの限度額の適用

《外来の場合》

外来で診療を受けたときは、その方が各保険医療機関等で支払う一部負担金は「外来の限度額」までの額となる。

《入院の場合》

入院で診療を受けたときは、その方が各保険医療機関等で支払う一部負担金は「入院と外来を合算した限度額」までの額となる。

※オンライン資格確認等システムを導入している医療機関等では、申請不要で一部負担金は限度額までとなる。オンライン資格確認等システムを導入していない医療機関等では、「高齢受給者証」を提示することにより、一部負担金は限度額までとなる。(市民税非課税世帯の方、現役並みⅡ及び現役並みⅠの方は、高齢受給者証に加え、区役所で申請・交付された限度額適用認定証を提示)

(2) 世帯ごとの限度額の適用

国民健康保険に加入している同じ世帯のすべての70歳以上の方の入院と外来の一部負担金を合算し、「入院と外来を合算した限度額」を超えた額が支給される。

区 分		自己負担限度額	
		外来の限度額 (個人単位)	入院と外来を合算した限度額 (世帯単位)
現役並みⅢ (課税所得690万円以上)		252,600円+(医療費総額-842,000円)×1% 【多数該当の場合 140,100円】	
現役並みⅡ (課税所得380万円以上)		167,400円+(医療費総額-558,000円)×1% 【多数該当の場合 93,000円】	
現役並みⅠ (課税所得145万円以上)		80,100円+(医療費総額-267,000円)×1% 【多数該当の場合 44,400円】	
一 般		18,000円 (年間合算 144,000円)	57,600円 【多数該当の場合 44,400円】
市 民 税 非課税世帯	区分Ⅱ	8,000円	24,600円
	区分Ⅰ		15,000円

区分Ⅰ・Ⅱ：市民税非課税世帯のうち、世帯全員の所得が0円の場合(公的年金等控除は80万円として計算※令和7年8月1日以降806,700円)は、適用区分Ⅰとなる。その他の世帯は適用区分Ⅱとなる。

年 間 合 算：1年間(毎年8月1日～翌年7月31日)に受けた保険診療(外来のみ)の自己負担額を合算して「年間合算」の自己負担限度額を超えたとき、その超えた額を高額療養費として支給する。

○ 70歳未満の方と70歳以上の方の合算

国民健康保険に加入している同じ世帯の70歳未満の方の自己負担額(ただし、保険医療機関等ごとで一部負担金相当額が21,000円以上のもの)と、70歳以上の方の自己負担額を合計し、70歳未満の「自己負担限度額」を超えた額が支給される。

○ 高額療養費の支給についての注意事項

- ・室料差額、歯科の材料差額など、保険診療外のものが高額療養費の対象外。また、「入院時の食事療養にかかる自己負担額(標準負担額)」なども対象外。
- ・人工透析を実施している慢性腎不全、血友病及び血液製剤に起因するHIV感染症の方等については、申請により「特定疾病療養受療証」を発行する。この受療証を提示することにより、保険医療機関等での支払いは10,000円が限度になる。ただし、区分アまたはイの世帯に属する70歳未満の方の人工透析にかかる診療は20,000円が限度となる。

高額介護合算療養費	○ 同一世帯の被保険者で、1年間の国民健康保険の自己負担額と、介護保険の利用者負担額の合計が「高額介護合算療養費制度における自己負担限度額」を超える場合、その超えた額を申請により世帯主に支給する。(国民健康保険と介護保険の両方を利用した場合に限る。ただし、支給額が500円以下の場合は支給しない) なお、支給対象期間の1年間は毎年8月1日～翌年7月31日となる。 ・70歳未満 <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th><th>自己負担限度額</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基礎控除後の総所得金額等が901万円を超える世帯</td><td>212万円</td></tr> <tr> <td>基礎控除後の総所得金額等が600万円を超え、901万円以下の世帯</td><td>141万円</td></tr> <tr> <td>基礎控除後の総所得金額等が210万円を超え、600万円以下の世帯</td><td>67万円</td></tr> <tr> <td>基礎控除後の総所得金額等が210万円以下の世帯</td><td>60万円</td></tr> <tr> <td>市民税非課税世帯</td><td>34万円</td></tr> </tbody> </table> ・70～74歳 <table border="1"> <thead> <tr> <th>区 分</th><th>自己負担限度額</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>現役並みⅢ (課税所得690万円以上)</td><td>212万円</td></tr> <tr> <td>現役並みⅡ (課税所得380万円以上)</td><td>141万円</td></tr> <tr> <td>現役並みⅠ (課税所得145万円以上)</td><td>67万円</td></tr> <tr> <td>一般</td><td>56万円</td></tr> <tr> <td>市民税 区 分 Ⅱ</td><td>31万円</td></tr> <tr> <td>非課税世帯 区 分 Ⅰ</td><td>19万円</td></tr> </tbody> </table>	区 分	自己負担限度額	基礎控除後の総所得金額等が901万円を超える世帯	212万円	基礎控除後の総所得金額等が600万円を超え、901万円以下の世帯	141万円	基礎控除後の総所得金額等が210万円を超え、600万円以下の世帯	67万円	基礎控除後の総所得金額等が210万円以下の世帯	60万円	市民税非課税世帯	34万円	区 分	自己負担限度額	現役並みⅢ (課税所得690万円以上)	212万円	現役並みⅡ (課税所得380万円以上)	141万円	現役並みⅠ (課税所得145万円以上)	67万円	一般	56万円	市民税 区 分 Ⅱ	31万円	非課税世帯 区 分 Ⅰ	19万円
区 分	自己負担限度額																										
基礎控除後の総所得金額等が901万円を超える世帯	212万円																										
基礎控除後の総所得金額等が600万円を超え、901万円以下の世帯	141万円																										
基礎控除後の総所得金額等が210万円を超え、600万円以下の世帯	67万円																										
基礎控除後の総所得金額等が210万円以下の世帯	60万円																										
市民税非課税世帯	34万円																										
区 分	自己負担限度額																										
現役並みⅢ (課税所得690万円以上)	212万円																										
現役並みⅡ (課税所得380万円以上)	141万円																										
現役並みⅠ (課税所得145万円以上)	67万円																										
一般	56万円																										
市民税 区 分 Ⅱ	31万円																										
非課税世帯 区 分 Ⅰ	19万円																										
出産育児一時金	被保険者が妊娠12週以上の出産(死産、流産を含む)をしたときに、次のとおり支給する。 ・産科医療補償制度に加入している医療機関等で妊娠22週以上の出産をした場合は50万円。 ・産科医療補償制度に加入している医療機関等で妊娠22週未満の出産をした場合と、産科医療補償制度に未加入の医療機関等で出産をした場合は48万8千円。																										
葬 祭 費	被保険者が死亡したとき、葬祭を行った方に5万円を支給する																										
その他の給付	○ 精神・結核医療付加金 次のいずれかにあてはまり、医療にかかった費用の一部を負担する場合は、医療付加金支給されるので、医療機関等で自己負担の必要はない。 (1) 精神保健福祉法による措置入院 (2) 障害者総合支援法による精神通院医療 (3) 感染症法第37条による入院結核医療 (4) 感染症法第37条の2による結核医療 ○ 新型コロナウイルス感染症に感染した被用者等に対する傷病手当金 新型コロナウイルス感染症対策本部(政府)の緊急対応策(第2弾)により、感染症対策の緊急的・特例的な措置として、保険者に傷病手当金の支給を促すとともに、支給に要する費用について財政支援が行われることに伴い、大阪市では急決専決による条例改正を行い、令和2年4月24日より実施。 なお、令和5年5月8日から、新型コロナウイルス感染症が5類感染症に位置付けられたことにより、対象は令和5年5月7日までに感染(疑い含む)した者。 (1) 対象者 被用者(給与の支払いを受けている)で、新型コロナウイルスに感染した、又は発熱等の症状があり感染が疑われ、その療養により、労務に服することができない期間に対する給与の支払いを、全部または一部を受けられない者 (2) 支給対象となる日数 労務に服することができなくなった日から起算して3日を経過した日から労務に服することができない期間のうち就労を予定していた日 (3) 支給額 直近の継続した3月間の給与収入の合計額を就労日数で除した金額 × 2/3 × 日数																										

	(4) 適用期間 令和2年1月1日～令和5年5月7日までの感染（疑い含む）により、療養のため就労することができなくなった期間（ただし、入院が継続する時などは最長1年6月まで） (5) 申請できる期限（時効） 療養のため就労することができなくなった日ごとに、その翌日から2年で時効となる。
--	---

9.3 特定健診・特定保健指導

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防するため、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）に着目した、健診結果に基づくきめ細かな保健指導を行っています。

① 特定健診

- ・対象者：40歳以上の大阪市国民健康保険被保険者
（年度中に40歳になる方を含む。）
- ・実施場所：府内取扱医療機関、各区保健福祉センター・小学校等の集団健診会場（以下、集団健診会場）
- ・受診方法：対象者全員に受診券を送付。受診券、個人票（受診券と同封）、保険証を取扱医療機関に提示し受診。受診者負担は無料。

② 特定保健指導

- ・対象者：特定健診結果に基づいて内臓脂肪の蓄積程度とリスク要因の数により対象者を抽出、階層化。
- ・実施場所：市内特定保健指導取扱医療機関、特定保健指導取扱事業者、集団健診会場
- ・利用方法：対象者に利用券を送付。利用券、保険証を特定保健指導取扱医療機関・特定保健指導取扱事業者に提示し利用。利用者負担は無料。（特定保健指導取扱医療機関における特定健診受診においては、特定健診結果説明時に特定保健指導の初回面接を同時に実施可）

9.4 被保険者の健康増進

被保険者の疾病予防と健康増進を図るため、次の保健事業を実施しています。

① 国保人間ドック

30歳以上の被保険者を対象に国保人間ドックを実施し、被保険者の健康保持、疾病の早期発見、早期治療を図っています。また、令和7年度は昭和35年4月～昭和36年3月、昭和40年4月～昭和41年3月、昭和45年4月～昭和46年3月、昭和50年4月～昭和51年3月、昭和55年4月～昭和56年3月、昭和60年4月～昭和61年3月生まれの被保険者に対しては受診に対する動機付けを高めるため、受診費用を無料としています。なお、特定健診の対象者が受診する場合は、特定健診との同時受診としています。

② 国保プラス健診

18歳以上の被保険者の生活習慣病の予防対策として、特定健診に心電図・胸部エックス線・聴力などを追加した国保プラス健診を実施しています。

③ 糖尿病性腎症重症化予防事業

糖尿病性腎症の重症化予防を図るため、特定健診の結果を基に、糖尿病性腎症の重症化の恐れがあるにもかかわらず治療に結びついていない被保険者を対象として、医療機関への受診勧奨を行うとともに、希望者に対して生活習慣改善に向けた指導を行っています。

9.5 保険料

国民健康保険で支出する医療給付費等は、原則として保険料と国庫支出金等で賄う仕組みとなっています。

①医療分保険料…全ての世帯にかかります。

平等割		均等割		所得割		
1世帯当たり 33,574円	+	被保険者数 ×34,424円	+	算定基礎 所得金額	※1 ×9.30%	= 年間保険料 最高限度額 65万円

(特定世帯 平等割：16,787円 ※2
特定継続世帯平等割：25,181円)

②後期高齢者支援金分保険料…全ての世帯にかかります。

平等割		均等割		所得割		
1世帯当たり 10,761円	+	被保険者数 ×11,034円	+	算定基礎 所得金額	※1 ×3.02%	= 年間保険料 最高限度額 24万円

(特定世帯 平等割：5,381円 ※2
特定継続世帯平等割：8,071円)

③介護分保険料…被保険者の中に40歳から64歳の方（介護保険第2号被保険者）がいる世帯にのみかかります。

介護分保険料は平等割がかかりません。	+	均等割		所得割		
		介護保険第2号被保険者数 ×18,784円	+	算定基礎 所得金額	※1 ×2.56%	= 年間保険料 最高限度額 17万円

※1 算定基礎所得金額については次のとおり計算します。

算定基礎所得金額＝前年中総所得金額等－43万円

（上記の43万円は、合計所得金額が2,400万円以下の場合に限ります。）

世帯の所得割は、被保険者（介護分保険料は介護保険第2号被保険者）ごとに計算した所得割の合計額となります。

※2 国民健康保険から後期高齢者医療制度へ移行した方（以下、「特定同一世帯所属者」といいます。）がいる世帯で、その世帯の国保の加入者がおひとりの場合は、医療分保険料と後期高齢者支援金分保険料の平等割が、5年間1/2減額（特定世帯）となり、その後、3年間1/4減額（特定継続世帯）となります。ただし、世帯主の変更を伴う異動があった場合は、上記の経過措置の対象外となります。

9.6 保険料の納め方

① 金融機関等での支払い（普通徴収）

保険料の納付は、口座振替を基本としています。区役所または金融機関の窓口で金融機関の通帳・通帳使用印・被保険者番号がわかるものを持参し、申込みをします。

《キャッシュカードでの申込み》

- ・区役所では、ペイジー口座振替サービスを導入しているため、キャッシュカードがあれば、その場で口座振替の手続きを完了することができます。

※ただし生体認証カードなど、一部使用できないカードがあります。

《Web 口座振替受付サービスでの申込み》

- ・パソコン・スマートフォン・タブレット端末等からインターネットを利用し、大阪市ホームページ上で口座振替の申込みができます。

口座振替の手続きをされなかった方は、納付書により、納期限までに金融機関（大阪市公金収納取扱店）、区役所、コンビニエンスストアなどで保険料を納めていただきます。

② 年金からの支払い（特別徴収）

加入者全員が65歳から74歳である世帯の保険料については、世帯主（国民健康保険資格のない世帯主を除く）の年金から保険料を納めていただきます。なお、対象世帯へは、事前に「特別徴収開始通知書」でお知らせします。

なお、本人の申出に基づき、特別徴収から口座振替（普通徴収）への変更が可能です。

【保険料の決定時期と納付回数】

6月に当年度の保険料を決定し、6月から翌年3月までの10回で納付していただきます。

（年金から保険料をお支払いいただく場合は、年金支給月の年6回となります。）