

# 高齢者医療制度に関する Q&A (平成21年9月分)

※今後、逐次、加除修正を行う予定

## 【被保険者資格】

(問1) 被用者保険の被扶養者がその被扶養者認定から外れた場合、国民健康保険の加入手続きは14日以内とされているが、後期高齢者医療への障害認定による加入申請も、認定が外れてから14日以内であれば、遡及して資格喪失日を資格取得日として良いか。

また、収入の関係で、被用者保険の被扶養者認定が遡及して外れる場合も、認定が外れる日に遡及して障害認定により被保険者資格を取得させてよいか。

(答)

障害認定の申請日以前に遡及して後期高齢者医療の資格を取得することはできない。

(問2) 転出届(広域内)を提出した被保険者が、その後14日以上を経ても転入届を提出されず、居所不明の状態になった場合、被保険者資格はどのように取り扱うべきか(広域連合・市町村いずれかの判断で資格喪失させてよいか)。

また、当該被保険者について、実態調査等を要する場合、広域連合・転出前市町村・転入予定市町村のいずれの職員が、どのような権限で調査することになるのか。

(答)

当該広域連合の区域内に居住の実態がないと認められれば、広域連合の職権により資格喪失して差し支えない。

被保険者の資格管理については、高齢者医療確保法第48条の規定により広域連合の業務であることから、実態調査等に当たっては市町村の住基担当部局等と連携して行われたい。

(問3) 障害者手帳により、その有効期限と合わせた有期の障害認定が行われている被保険者について、障害認定の期限において、障害者手帳の更新手続中であるために障害の程度が不明である場合、被保険者資格を一旦喪失させることとなるのか。

(答)

お尋ねの場合には、医師の診断書等により障害状態が確認できない限り、被保険者資格を一旦喪失させることとなるため、適切な期間を設けて、障害認定の期限が到来する旨の注意喚起を行う等の措置をとられたい。

(問4) 公用の在留資格で外国人登録をしていないが、国保に加入していた外国人について、国保制度と同様に1年以上の在留期間が認められた者であれば、後期高齢者医療制度に加入することができるかとされているが、本人から広域連合への申出なく、老人保健からの引継ぎや年齢到達により被保険者資格を付与してよいか。

(答)

広域連合において、年齢到達、在留期間、居住の実態等が確認できるときは、申出を省略して差し支えない。

【後期高齢者医療給付】（負担区分、食事・生活療養費）

（問5）夫婦の一方が住所地特例を受けながら他県の施設に居住しているが、生計は同一である場合等については、平成21年6月25日付のQ&A（平成21年5月分）問12において「世帯」の判断は「住基を基本としつつ世帯の判断は個々の実態を踏まえて判断する」とあることから、保険料の賦課や負担区分判定にあたって同世帯と取り扱ってよいか。

（答）

後期高齢者医療制度における世帯は、住基台帳上の世帯を基本としており、生計に要する費用の支援を受けている場合でも、住基台帳上で他世帯に属する者は同一の世帯とはみなさない。

なお、お尋ねのQ&Aにおいて「住基を基本としつつ世帯判断は個々の実態を踏まえて判断する」とあるのは、住基の記載内容が実態と異なる場合等の取扱いについて示したものであり、そのような場合には、市町村の住基担当部局と調整していただきたい。

（問6）自己負担割合が3割と判定されたことに不服がある場合には、高確法第54条第3項に基づき1割の被保険者証の交付申請、却下通知を経て、被保険者は審査会に対して審査請求することができるものと理解しているが、短期被保険者証の交付者が通常の有効期限の被保険者証が欲しいと申し出た場合も、同様の取扱いとなるのか。

また、当広域連合が定める規則において、独自に被保険者証交付申請（請求）書と却下通知書の様式を定める必要があるのか。

（答）

短期被保険者証の交付に係る審査請求の取扱いについては、お見込みのとおり。

また、高齢者医療確保法第54条第3項に係る様式については、特段、法令において定めているものではなく、広域連合において独自に定めて差し支えない。

（問7）生活保護申請を境界層該当（低所得者に係る限度額適用認定を受けることにより保護を要しないことをいう。）により却下されたことを理由として限度額適用認定を受けている被保険者について、定期判定毎に生活保護申請を行わせて、境界層該当であることを確認できる書類の提出を行わせなければ、限度額適用認定を行うことができないのか。

また、境界層該当者の世帯構成又は所得変更がある場合、負担区分の再判定が必要か。

（答）

引き続き境界層該当者であることが確認できる場合には、生活保護申請を行っていない場合でも限度額適用認定を行って差し支えない。

また、世帯構成等の変更がある場合には、負担区分の再判定が必要である。

(問8) 減額認定証に係る長期該当の認定について、「申請を行った月以前の十二月以内の入院日数」は、例えば平成21年9月10日に申請を行う場合、どの期間の日数が対象となるのか。

(答)

お尋ねの場合にあつては、申請書には、平成20年10月1日から平成21年9月10日までの入院日数を記載することとなるため、広域連合においては、その期間により長期該当の認定を行うこととなる。

(問9) 低所得者Ⅱに係る限度額適用認定を受けていない期間の食事療養費標準負担額及び生活療養費標準負担額の減額について、認定を受けられなかったことがやむを得ないものとして特例による差額支給を認めた場合、当該差額支給を認めた期間における入院日数は、長期該当の判定に係る入院日数に含めるのか。

(答)

長期該当の判定に係る入院日数に含める。

なお、「高齢者医療制度に関するQ&A(4月分)」問8において、「認定証の発効期日欄に記載される日以降の入院日数を計算対象とする」としているが、差額支給を認めた場合には、認定証の発効期日にかかわらず、差額支給が行われた期間についても長期該当の認定に係る入院日数に含めることとなる。

(問10) 低所得者Ⅰとして8月1日より限度額適用認定を受けている者が所得更正により低所得者Ⅱとなった場合、職権により8月1日を発効期日とする低所得者Ⅱの限度額適用・標準負担額減額認定証を交付し、8月1日以降の入院は長期該当の判定に係る入院日数に含めるということでしょうか。

また、一般の負担区分の者が所得更正により低所得者Ⅱとなった場合の取扱いも同様か。

(答)

低所得者Ⅰから低所得者Ⅱとなった場合の取扱いについてはお見込みのとおり。この場合、被保険者がすでに低所得者Ⅰの認定による食事療養及び生活療養の標準負担額(以下「標準負担額」という。)を支払っているのであれば、低所得者Ⅱの認定による標準負担額との差額を被保険者に対して請求することとなる。

また、一般から低所得者Ⅱとなった場合には、申請を受けることにより、申請月の初日を発効期日とする限度額適用・標準負担額減額認定証を交付することとなる。この場合、被保険者がすでに減額しない標準負担額を支払っているのであれば、差額の支給により対応し、8月1日から申請月の前月の末日までの期間における入院についても長期該当の判定に係る入院日数に含めることとなる。

【後期高齢者医療給付】（高額療養費、高額介護合算療養費）

（問 1 1）高額療養費に係る消滅時効について、「老人医療の高額療養費に係る消滅時効の取扱いについて」（平成 16 年 6 月 25 日付け通知保総発第 0625001 号）」と同様の取扱いになるのか。

また、高額療養費の申請勸奨を、支給対象となったある月分について被保険者に行った場合、当該通知の「2 具体的な高額療養費の時効の取扱いについて」を根拠として、それ以前に申請勸奨を行ったが申請が行われていない高額療養費についても時効が中断すると考えてよいか。

（答）

高額療養費の消滅時効に係る取扱いについては、御指摘の通知を参考にされたい。

お尋ねの事例については、送付した申請勸奨通知が対象となる月を限定しているものであることから、その他の月の療養に係る高額療養費の消滅時効は中断しない。

（問 1 2）高額介護合算療養費については、基準日において被保険者が属する世帯の被保険者に、医療保険及び介護保険の両方に自己負担額があることが支給条件となるが、以下の世帯の場合、被保険者 B は支給対象とならないということになるのか。

被保険者 A：医療保険 自己負担額あり 介護保険 自己負担額あり （3 月 3 1 日死亡）

被保険者 B：医療保険 自己負担額あり 介護保険 自己負担額なし

※ 2 人とも後期高齢者医療制度の被保険者で、その他の世帯員はいないものとする。

（答）

お見込みのとおり。

被保険者 A については、3 月 3 1 日を基準として、被保険者 B の負担額を含めて支給額を算定するが、被保険者 B については、基準日となる 7 月 3 1 日時点で単身世帯であり、介護保険の自己負担額がないことから、支給対象とならない。

（問 1 3）広域連合及び市町村介護保険者の双方が国保連合会に合算事務の委託を行い、市町村の後期高齢者医療担当窓口でワンストップの受付を行う場合、標準システムにて介護保険分の自己負担額証明書情報は管理できるが、そのような場合においても、介護保険分の自己負担額証明書を介護保険者に発行させ、広域連合に送付させる必要があるのか。

（答）

お尋ねの場合にあつては、高齢者医療確保法施行規則第 7 8 条第 1 項の規定により、添付を省略して差し支えない。

（問 1 4）高額介護合算療養費について、同一世帯に複数の被保険者がいる場合、申請代表者のみの記名・押印で、他の被保険者分も申請・受給できることとしてよいか。

（答）

そのような取扱いはできない。

ただし、申請代表者に対して世帯内の他の被保険者が支給申請及び受給の権限を委任していることについて確認できた場合には、当該取扱いをして差し支えない。

(問15) 高額介護合算療養費の介護合算算定基準額については、被保険者等の所得等により異なる区分を適用することとなるが、被保険者が基準日の属する月の中途(初日を除く。)に広域連合内で転居した場合の取扱いはどうなるのか。

(答)

以下のとおり。

基準日の属する月の中途(月初日を除く)に広域連合内で  
転居した場合の介護合算算定基準額の取扱いについて

		6月	7月
世帯構成	世帯 I	Aさん(一般) Bさん(現役並み)	Aさん Bさん → Aさん
	世帯 II	Cさん(一般)	Cさん → Bさん Cさん
	世帯 III	Dさん(非課税) Eさん(非課税)	Dさん Eさん → Dさん
	世帯 IV	Fさん(現役並み)	Fさん → Eさん Fさん
一部負担金の割合及び高額療養費の自己負担限度額	Aさん	3割(現役並み)	3割(現役並み)
	Bさん	3割(現役並み)	3割(現役並み)
	Cさん	1割(一般)	1割(一般)
	Dさん	1割(低II)	1割(低II)
	Eさん	1割(低II)	1割(低II)
	Fさん	3割(現役並み)	3割(現役並み)
介護合算算定基準額	Aさん		現役並み
	Bさん		現役並み
	Cさん		一般
	Dさん		低II
	Eさん		低II
	Fさん		現役並み

(問16) 前問に関連し、被保険者が基準日の属する月の中途(初日を除く。)に広域連合の区域を越えて転居した場合の取扱いはどうなるのか。

(答)

以下のとおり。

基準日の属する月の中途(月初日を除く)に広域連合の区域を越えて  
転居した場合の介護合算算定基準額の取扱いについて

		6月	7月
世帯構成	世帯Ⅰ	Aさん(一般) Bさん(現役並み)	Aさん Bさん → Aさん
	世帯Ⅱ	Cさん(一般)	Cさん → Bさん Cさん
	世帯Ⅲ	Dさん(非課税) Eさん(非課税)	Dさん Eさん → Dさん
	世帯Ⅳ	Fさん(現役並み)	Fさん → Eさん Fさん
一部負担金の割合及び高額療養費の自己負担限度額	Aさん	3割(現役並み)	3割(現役並み)
	Bさん	3割(現役並み)	3割(現役並み)   1割(一般)
	Cさん	1割(一般)	1割(一般)
	Dさん	1割(低Ⅱ)	1割(低Ⅱ)
	Eさん	1割(低Ⅱ)	1割(低Ⅱ)   3割(現役並み)
	Fさん	3割(現役並み)	3割(現役並み)
介護合算算定基準額	Aさん		現役並み
	Bさん		一般
	Cさん		一般
	Dさん		低Ⅱ
	Eさん		現役並み
	Fさん		現役並み

【後期高齢者医療給付】（その他の給付）

（問１７）後期高齢者医療給付を受ける権利は、高確法第１６０条により、２年を経過したときに時効により消滅することになっているが、葬祭費の消滅時効も同様となるのか。

また、消滅時効の起算日は、葬祭を行った日の翌日でよいか。

（答）

お見込みのとおり。

（問１８）保険料の納期限から１年６ヶ月経過しても納付しない場合には、後期高齢者医療給付を一時差し止めることとなるが、被保険者からの申請に基づき現金給付を行う場合、どの時点で「１年６ヶ月」を経過していれば、給付を差し止めることとなるのか。

（答）

当該支給申請に係る給付の決定を行った時点となる。