

## 【こ】

**故意に事故を生じさせた場合の給付制限** ▶ 健保法116

健康保険においては、被保険者や被扶養者が自己の故意の犯罪行為により、または故意に保険事故を起こした場合、けんか・よっぱらいなど著しい不行跡により事故を生じさせた場合などには、保険給付の全部または一部が制限されることになっていきます。その理由としては、このような行為は健康保険制度の秩序を乱し、適正な運営を阻害し、また、偶発的に発生する保険事故に対する相互救済という制度の本質から許されないものだからです。

実際には、保険者が、任意に支給、不支給することはできないことから、保険給付後、健康保険法116条（給付制限）の規定に該当することが判明した時点で、すでになした保険給付について、返還させることとなります。

なお、この「故意の犯罪行為または故意の保険事故を生じせしめた場合」というのは、一般的に保険給付を受けようとする認識があるということではなく、事故の発生そのものについての認識があることを指します。

〔参考〕 □ 著しい不行跡により事故を生じさせた場合

**高医療費地域** ▶ 昭63・11・4庁保発37、昭63・11・4庁保発38、昭63・11・4庁保発33

政府管掌健康保険および船員保険における医療費の地域差問題に対応するため、医療費の高い地域において、重点的な医療費適正化対策を実施し、もって政府管掌健康保険事業および船員保険事業の健全な運営に資することを目的とした事業で、15の道府県が指定されました。

公課 → 租税その他公課の禁止

**高額医療費貸付事業（組合管掌）** ▶ 健保法150

被保険者および被扶養者の高額療養費にかかる当座の窓口負担に充てるための資金の貸付事業のことをいい、保健事業の1つとなっています。

つまり、被保険者が診療を受け、診療機関へ診療に要した費用を支払ってから、被保険者へ高額療養費が支給されるまでの間の資金の貸付事業のことをいいます。

**高額医療費貸付事業（政府管掌）** ▶ 健保法150、昭60・4・6庁保発7

被保険者および被扶養者の高額療養費にかかる当座の窓口負担に充てるための資金の貸付事業のことをいい、政府管掌健康保険では「政府管掌健康保険・船員保険高額医療費貸付金貸付規定」に基づき、全国社会保険協会連合会がその事業を行っています。

つまり、被保険者が診療を受け、診療機関に診療に要した費用を支払ってから、被保険者へ高額療養費が支給されるまでの間の資金の貸付事業のことをいいます。

**高額介護合算療養費**

→ 健康保険編冒頭「平成18年改正健康保険法に伴う用語」参照

**高額療養費** ▶ 健保法115、健保令41・42

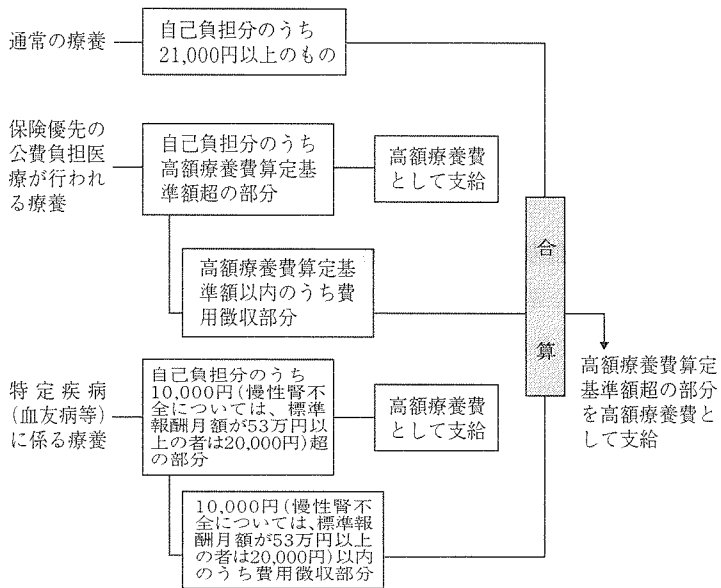
高額療養費制度は医療費の高額化傾向等により、一部負担金等が高額にのぼり、家計にとってすれば過大な負担となることから、患者の負担を軽減する目的で設けられた制度で、1か月の診療に要する自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場

合は、その超えた額を償還払いとして被保険者へ払い戻すこととしています。

また、さらに世帯の負担を軽減するため、世帯合算、多数該当の場合の負担軽減、特定疾病に関する特例などがあります。

＜高額療養費の全体像＞

※70歳未満の被保険者または被扶養者の場合



〔参考〕 □療養の給付

高額療養費（日雇特例被保険者）

→ 法3条2項被保険者の高額療養費

## 【れ】

レイオフ →一時帰休

レセプト ▶健保法76、平6・3・31庁文発1414

保険医療機関や保険薬局が保険診療に要した費用を保険者に対して請求するために用いる請求書をレセプトといいます。なお、この請求は、実際には、審査・支払いを委託されている社会保険診療報酬支払基金を経由して保険者に請求することとなっています。

レセプト点検調査 ▶昭63・11・4庁保発37、昭63・11・4庁保発38、昭63・11・4庁保発33

社会保険事務所や健康保険組合などの保険者が医療費適正化対策の一環としてレセプトの資格審査や、内容審査を行うことをレセプト点検調査といいます。

とくに、高医療費地域においては、重点的に行われています。

### レセプトの再審査請求

健康保険では、医療機関が診療を行い、その費用(診療報酬)をレセプト(診療報酬請求書)により保険者に請求し、支払を受ける仕組みとなっています。この支払事務とレセプトの審査は、社会保険診療報酬支払基金に委託されていますが、健康保険組合が直接行っている場合もあります。

医療機関では、このレセプトの審査結果に不服がある場合、審査委員会へ再審査を請求することが出来ます。これを再審査請求といいます。また、保険者が請求されたレセプトの内容について申し立てを行う場合も、再審査請求をすることとなりま

す。

この再審査を行う審査委員会は、各都道府県の社会保険診療報酬支払基金と国民健康保険団体連合会の中に設置されています。

### レセプトの作成単位 ▶昭48・10・17保険発95・庁保発18

レセプトは、医療機関が作成して社会保険診療報酬支払基金に提出しますが、その作成単位は次のようになります。

①被保険者または被扶養者ごと
②暦月ごと（たとえば、3月10日から4月15日まで同一の病院で診療を受けた場合は、3月10日から3月31日までの療養にかかるものと、4月1日から4月15日までの療養にかかるものに区分されます）
③同一の病院、診療所、薬局その他のものごと（たとえば、同一の月に2つの病院にかかった場合は、それぞれ別個に作成されます）

健  
保  
事  
典  
一  
七

なお、同一の病院、診療所であっても、次の場合にはそれぞれ別個に作成されます。

イ 医科診療と歯科診療
ロ 総合病院へ通院しながら2以上の診療科にかかった場合 ただし、総合病院に入院中に、入院している診療科以外の診療科にかかった場合は、歯科を除き、それぞれの診療科での診療が1つのレセプトとして作成されます。
ハ 入院による診療と外来による診療

## 【た】

**第一種被保険者** ▶ 厚生法81、昭60法34改正附則5、平6法95改正附則35、  
平6・11・9発年59

厚生年金保険において、男子である被保険者であって第三種被保険者および第四種被保険者以外の人をいいます。第一種被保険者の保険料率は、平成16年10月より毎年1,000分の3.54ずつ引き上げられ(平成17年度からは9月引上げ)、平成29年9月以後は1,000分の183となり、事業主と被保険者で折半して負担することとされています。

＜厚生年金保険料の段階的引上げ＞

(1,000分の)

年 月	保険料率
平成16 (2004) 年10月	139.34
平成17 (2005) 年9月	142.88
平成18 (2006) 年9月	146.42
平成19 (2007) 年9月	149.96
平成20 (2008) 年9月	153.50
平成21 (2009) 年9月	157.04
平成22 (2010) 年9月	160.58
平成23 (2011) 年9月	164.12
平成24 (2012) 年9月	167.66
平成25 (2013) 年9月	171.20
平成26 (2014) 年9月	174.74
平成27 (2015) 年9月	178.28
平成28 (2016) 年9月	181.82
平成29 (2017) 年9月	183.00

〔参考〕 □ 被保険者