資料１－１

宮城県国民健康保険審査会会長の専決に関する規程の制定について

１　目的

審査請求事案について、審査請求書に形式的な不備があるなど、規定により却下処分が妥当な軽微な案件についても、現行の制度では、却下するために審査会を開催する必要がある。

このような事案について、審査会を開催せずに処理を行えるよう、会長専決事項を定めた規程を制定するもの。

２　背景

今年４月に審査請求があり、審査請求書に不備があったため補正を命じたが、審査請求人から補正書の提出がなかった。このため、規定により、却下処分が妥当と考えているが、却下をするために審査会を開催する必要がある。

【参考：却下妥当と判断した経緯】

・令和７年４月２３日
審査請求人が事務局へ審査請求書を提出。

・４月２５日
事務局で内容を確認したところ、審査請求書の趣旨及び理由の記載に不備があったため、行政不服審査法第２３条の規定により、事務局から審査請求人へ補正命令書を送付（期限　５月１６日）。

・５月２６日
事務局から審査請求人へ補正命令書を再度送付（期限　６月２０日）。

・６月２０日以降
再度補正を促したにも関わらず期日までに審査請求人から補正書の提出がなかったため、同法第２４条第１項の規定により却下処分が妥当と判断。

各市町村では、不服申し立てができる処分を行う際には、行政不服審査法の規定により処分の通知書等に審査請求できる旨の教示文を記載している。

このため、本来の審査請求の申し立ての対象でない理由（保険料が高い等）による審査請求に係る照会が度々あり、事務局で対応している。

特に、令和８年度からは、子ども子育て支援金が新たに保険料に加わるため、本来の審査請求の申し立ての対象でない制度変更を理由とする審査請求及び却下案件の増加が想定される。

３　規程の案

資料１－３のとおり

４　審査会後の処理

審査会において、会長専決事項を定めた規程を議決し、制定。

その後、制定した規程に基づき、今回の審査請求事案について会長が専決処分を行う。

参考：教示文の例（仙台市保険料決定通知書の一部）

保険料の算定方法　世帯の被保険者の所得や人数により算定します

保険料 =	医療分（減課限度額65万円）	+	支援分（減課限度額24万円）	+	介護分（減課限度額17万円）
所得割額	被保険者全員の 基準総所得金額 × 所得割率		被保険者全員の 基準総所得金額 × 所得割率		40～64歳の方の 基準総所得金額 × 所得割率
	+		+		+
均等割額	被保険者の人数 × 均等割額		被保険者の人数 × 均等割額		40～64歳の方の人数 × 均等割額
	+		+		+
平等割額	平等割額（1世帯ごと）		平等割額（1世帯ごと）		40～64歳の方がいる場合 平等割額（1世帯ごと）

◆**医療分**：国民健康保険に加入している方の医療費に充てられます。
◆**支援分**：後期高齢者医療制度に充てられます。
◆**介護分**：介護保険制度に充てられます。

基準総所得金額 について
地方税法の規定による総所得金額等から、基礎控除額43万円（合計所得金額が2,400万円超の場合は、別途定まった額）を差し引いた金額です。
- 譲渡所得や課税対象とならない寡婦・遺族年金等は含めません。
- 選択申告されている上場株式等に係る配当所得等や譲渡所得等は、申告した場合に限り合算します。
- 純損失の繰越控除は適用されますが、雑損失の繰越控除は適用されません。
- 各種所得控除（配偶者、社会保険料、医療費など）は、適用されません。

保険料の軽減（均等割額、平等割額の軽減）　申請は不要です

1 法定軽減

軽減判定所得 の合計（世帯主、被保険者および特定同一世帯所属者(※)の合計）が基準額以下の場合は、均等割額と平等割額が軽減されます。
軽減の判定は、4月1日（4月2日以降に新規に加入した世帯は加入日）の世帯の状況で行います。市町村民税の申告や国民健康保険料に関する申告をしていない方がいる世帯は軽減されません。

軽減割合	令和6年度　基準額
7割軽減	43万円＋（給与所得者等の数－1）×10万円
5割軽減	43万円＋（29.5万円×被保険者数）＋（給与所得者等の数－1）×10万円
2割軽減	43万円＋（54.5万円×被保険者数）＋（給与所得者等の数－1）×10万円

軽減判定所得 について
原則として地方税法の規定による総所得金額等となりますが、以下の点が異なります。
- 前年の12月31日時点で65歳以上の方は、公的年金に係る所得から15万円（公的年金に係る所得が15万円未満の場合はその額）を差し引きます。
- 土地・建物等の譲渡所得は、譲渡所得に係る特別控除が適用されません。
- 専従者の規定は適用しないものとして算定します。

給与所得者等の数 について
世帯主、被保険者および特定同一世帯所属者のうち、以下に該当する方の数です。
- 給与収入が55万円超の者（専従者給与収入は含めません。）
- 公的年金収入が60万円超（65歳未満）または125万円超（65歳以上）の者

被保険者数 について
- 特定同一世帯所属者も含めます。
- 後期世帯主（特定同一世帯所属者を除く）は含めません。

(※) 特定同一世帯所属者：国民健康保険から後期高齢者医療制度へ移行した方

2 未就学児軽減

未就学の被保険者（6歳に達する日以後の最初の3月31日以前の者）の均等割額の最大5割相当額（法定軽減が適用される場合は、法定軽減後の均等割額の5割相当額）が軽減されます。

3 産前産後期間の軽減

出産予定日または出産日が属する月の前月から4カ月間（多胎妊娠の場合は3カ月前から6カ月間）の国民健康保険料に係る所得割額と均等割額が軽減されます。
※2と3の軽減額はおもて面の**医**保険料の算定の**軽**減額に含まれます（すでに保険料が限度額に達している場合は、軽減されない場合があります）。

その他の軽減・減免

1 非自発的失業者に対する軽減（申請が必要です）

離職日時点で65歳未満である方のうち、雇用保険受給資格者証の離職理由コードが以下の場合は、前年の給与所得を100分の30とみなして保険料を算定します。離職日の翌日の属する月から2年の月の属する年度の翌年度末までの保険料が対象です。

特定受給資格者　11,12,21,22,31,32　特定理由離職者　23,33,34

※特定受給資格者証、高年齢受給資格者証は対象となりません。

2 後期高齢者医療制度に移行する人がいる場合の軽減等

◆**特定同一世帯所属者がいることによる軽減**（申請不要です）
同一世帯の方が国民健康保険から後期高齢者医療制度へ移行することで、被保険者が1人になる世帯は、移行した月から5年間は平等割額の2分の1が軽減され、さらにその後3年間は平等割額の4分の1が軽減されます。ただし、介護分は軽減の対象となりません。

◆**扶養家族が国民健康保険に加入する場合の減免**（申請が必要です）
職場の健康保険（国民健康保険組合を除く）から後期高齢者医療制度に移行する方の扶養家族で、移行に伴い国民健康保険に加入する65歳以上の方（旧被扶養者）は、所得割額全額と均等割額の2分の1の額が減免されます。旧被扶養者のみの世帯は、平等割額も2分の1の額が減免されます。
※均等割額と平等割額の減免は、旧被扶養者の資格取得日の属する月以後2年を経過するまでの間に限り対象となります。

3 保険料の減免

◆**災害や失業などにより納付が困難な場合など**（申請が必要です）
災害や失業および事業の廃止などによる所得の大幅な減少等によって保険料の納付が著しく困難な方は、保険料が減免される場合がありますので納期限までにご相談ください。ただし、前年の所得が1千万円以下の世帯が対象となります。

◆**刑事施設等へ収容・拘禁された場合**（申請が必要です）
少年院、児童福祉施設、労役場その他これらに準じる施設に収容・拘禁された期間が6カ月を超えた場合は、保険料が減免されます。

◇**所得が一定基準未満の場合**（仙台市独自の減免）（申請不要です）
世帯の所得が一定基準未満の世帯は、均等割額と平等割額の2割相当の額が減免されます。ただし、法定の7割・5割軽減や、後期高齢者医療制度に移行する人がいる場合の軽減等に該当している場合（今年度以降減免を受けている場合を除く）などは対象となりません。

◇**子育て世帯の減免**（仙台市独自の減免）（申請不要です）
18歳に達する日以後の最初の3月31日以前である被保険者については、均等割額の最大5割相当額を保険料から減免します。
※法定軽減、未就学児の軽減、所得が基準未満の減免と合わせて、最大でも対象者にかかる均等割額（10割分）までの適用となります。
※減免後の保険料が限度額を超える場合は、減課限度額が保険料となります。

審査請求および処分の取消しの訴え

1 この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、宮城県国民健康保険審査会（宮城県国保医療課内）に対して審査請求をすることができます。
2 決定の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この決定の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、仙台市を被告として（訴訟において仙台市を代表する者は仙台市長となります。）、提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
①審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
②決定により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

審査請求および処分の取消しの訴え

1 この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、宮城県国民健康保険審査会（宮城県国保医療課内）に対して審査請求をすることができます。
2 決定の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この決定の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、仙台市を被告として（訴訟において仙台市を代表する者は仙台市長となります。）、提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
①審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。
②決定により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。