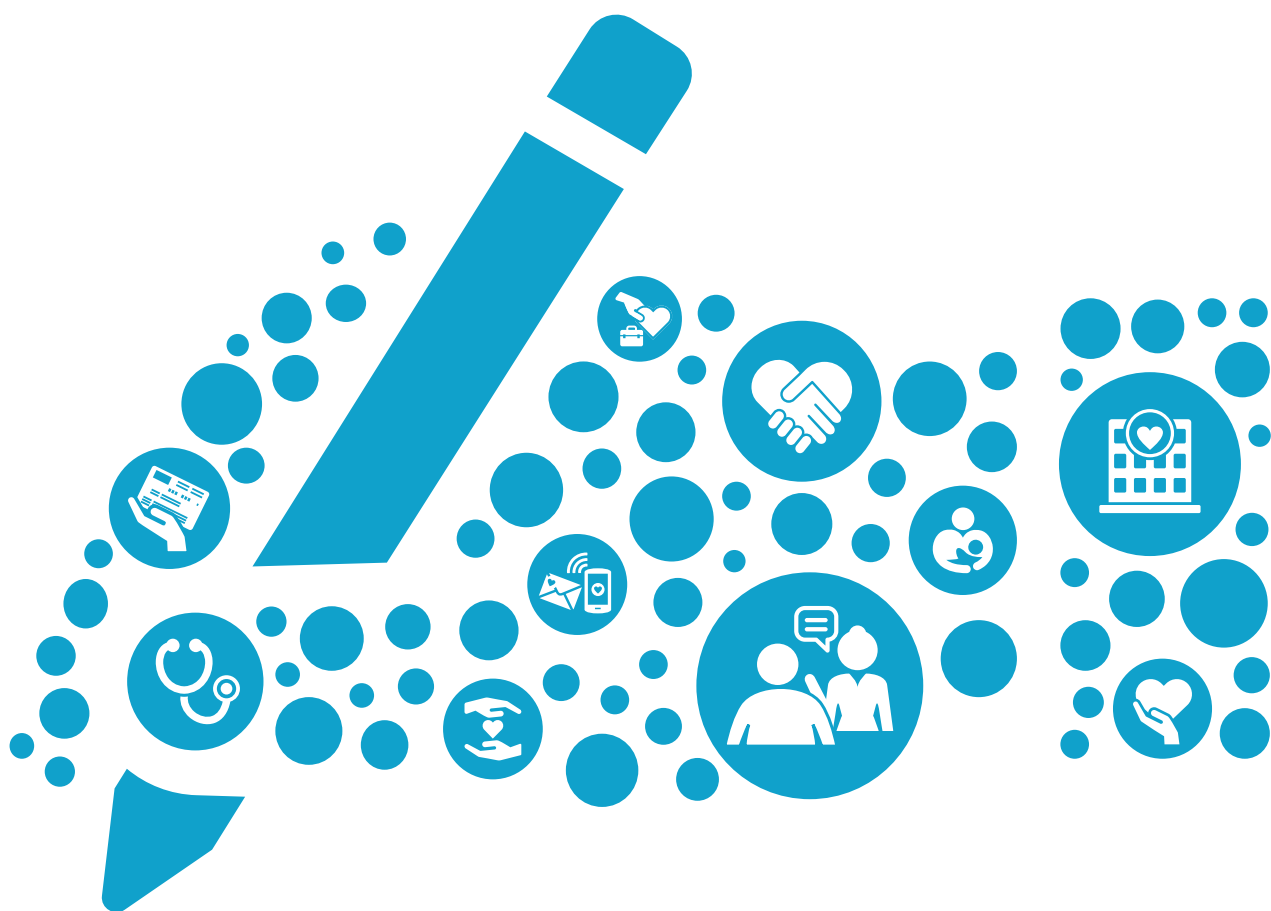
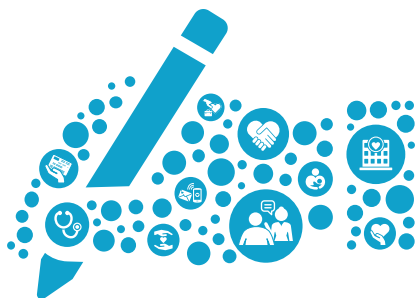


協会けんぽ GUIDE BOOK

健康保険制度・申請書の書き方



全国健康保険協会
協会けんぽ



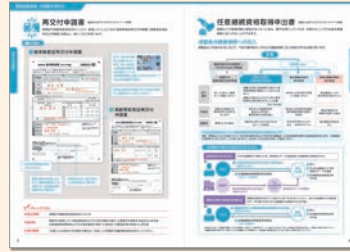
健康保険制度・申請書の書き方

P.2	はじめに 『健康保険制度・申請書の書き方』の活用について	
P.3	保険証をなくしたとき	再交付申請書
		<ol style="list-style-type: none"> 1 被保険者証再交付申請書 2 高齢受給者証再交付申請書
P.4	退職後も健康保険へ継続加入したいとき	任意継続資格取得申出書
P.7	事故にあったとき(第三者等の行為による傷病届について)	第三者行為による傷病届
P.8	負傷(ケガ)がもとで給付の申請をするとき	負傷原因届
P.9	入院・通院・手術等で医療費が高額になりそうなとき	限度額適用認定申請書等
		<ol style="list-style-type: none"> 1 限度額適用認定申請書 2 限度額適用・標準負担額減額認定申請書 3 特定疾病療養受療証交付申請書
P.12	医療費の立替払い、治療用装具作製や海外で診療を受けたとき	療養費支給申請書
		<ol style="list-style-type: none"> 1 療養費支給申請書(立替払等) 2 療養費支給申請書(治療用装具) 3 海外療養費支給申請書
P.17	突然のケガや入院などで高額の医療費を支払ったとき	高額療養費支給申請書
		<ol style="list-style-type: none"> 1 高額療養費支給申請書 2 高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書 3 年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書
P.21	病気やケガで4日以上仕事を休んだとき	傷病手当金支給申請書
		<ol style="list-style-type: none"> 1 1頁目：被保険者(申請者)記入用 2 2頁目：被保険者(申請者)記入用 3 3頁目：事業主記入用 4 4頁目：療養担当者(医師等)記入用
P.24	出産で仕事を休んだとき	出産手当金支給申請書
P.27	出産をするとき	出産育児一時金支給申請書等
		<ol style="list-style-type: none"> 1 出産育児一時金 内払金支払依頼書 2 出産育児一時金支給申請書
P.29	ご本人・ご家族が亡くなったとき	埋葬料(費)支給申請書
		<ol style="list-style-type: none"> 1 埋葬料(費)支給申請書 被保険者が亡くなった場合 2 埋葬料(費)支給申請書 被扶養者が亡くなった場合
P.31	よくあるお問い合わせ	

はじめに

『健康保険制度・申請書の書き方』は、健康保険に関する申請書の記入方法をはじめ、手続きの流れ、必要な書類、提出期限などについてまとめたものです。申請していただく際に、ぜひご活用ください。

各制度の詳細につきましては『協会けんぽGUIDE BOOK』をご確認ください。



GUIDANCE



協会けんぽのホームページをご活用ください。

健康保険制度の内容、申請・届出手続きの記入例をはじめ、最新の情報を掲載していますので、ぜひご活用ください。

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp>

協会けんぽ 🔍 検索 または、こちらの二次元コードから



申請書はホームページからダウンロードできます。

各種申請書等はホームページからダウンロード・印刷してご利用いただけます。



こちらから必要な申請書
を選択してください。

申請書にはパソコンで
入力することもできます



入力項目の説明を表示



入力が必要な項目はグレーで表示

入力漏れや誤りがあればお知らせ



申請書印刷時のお願い

協会けんぽでは、皆さまからご提出いただいた申請書等をスキャナーに読み込むことで、審査業務の効率化を図っております。スキャナーで正しく読み取るため、右記にご注意の上、申請書を印刷いただきますようお願いいたします。

- ① A4片面100%での印刷
- ② トナー、インクは、通常設定（トナーセーブの解除）

一部の申請書等の様式変更について（令和5年1月～）

一部の申請書等について、令和5年1月からデザインの見直しを行い、見やすく、記入しやすい新様式に変更しております。申請書等の円滑な切り替えにご協力をお願いいたします。



再交付申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』41ページ参照

保険証や高齢受給者証をなくしたり、破損したりしたときは「被保険者証再交付申請書」「高齢受給者証再交付申請書」を提出し、新しく交付を受けます。

記載例

1 被保険者証再交付申請書

記号・番号は保険証に記載されています。また、協会けんぽ都道府県支部からお送りしている各種通知書等に記載してありますので、こちらからも確認できます。

再交付が必要な方を、1～3から選択のうえ、あてはまる数字をご記入ください。

再交付が必要な方が被保険者の場合は⑦の欄の再交付の原因を、被扶養者の場合は①の欄の氏名・生年月日・再交付の原因をご記入ください。

事業主経由で申請しますので、事業主欄の記入が必要です。任意継続被保険者の方は不要です。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

2 高齢受給者証再交付申請書

チェックリスト

- **提出時期** 保険証や高齢受給者証を紛失したとき
- **提出先** 事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の場合 → 事業所を管轄する協会けんぽ支部
任意継続被保険者およびその被扶養者の場合 → お住まいの都道府県の協会けんぽ支部
- **添付書類** 「き損」による再交付を申請する場合は、「き損」した保険証や高齢受給者証



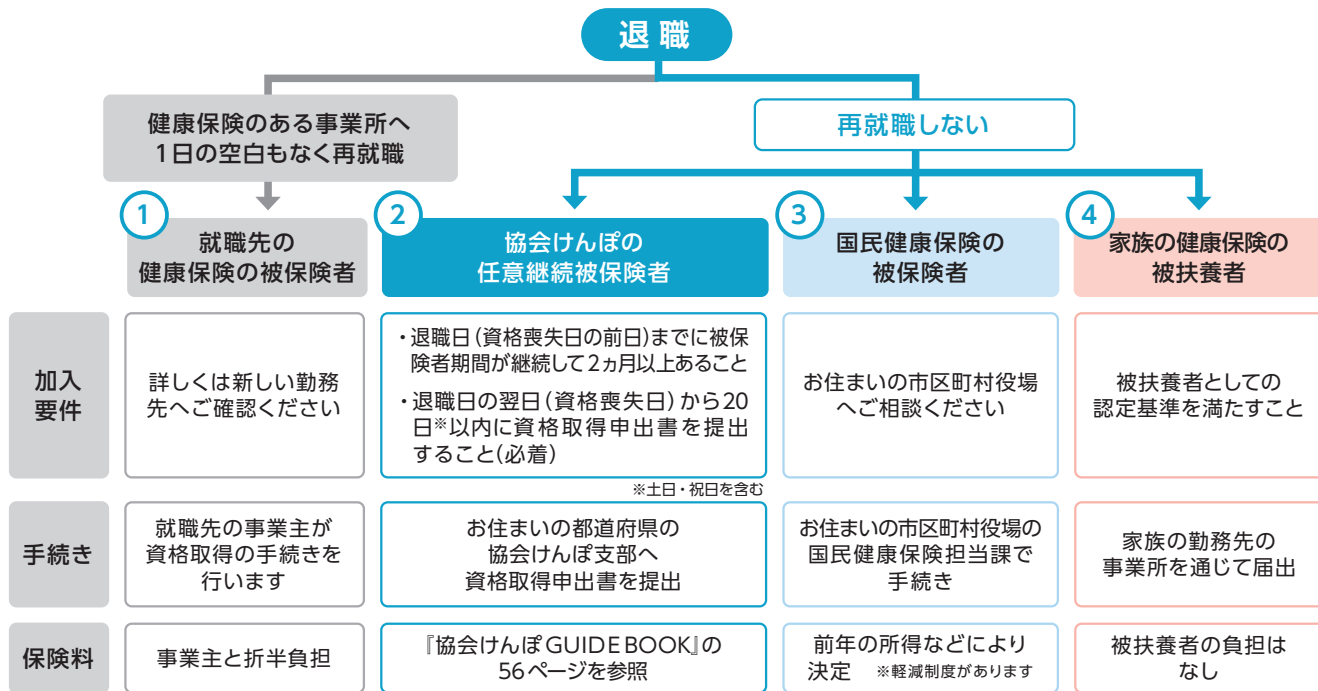
任意継続資格取得申出書

【協会けんぽGUIDEBOOK】55ページ参照

退職などで健康保険の資格がなくなった後も、要件を満たしていれば、申請することで引き続き健康保険に加入することができます。

退職後の健康保険への加入

退職後はご自身の状況に応じて、下記の選択肢のいずれかの健康保険に加入手続きをする必要があります。

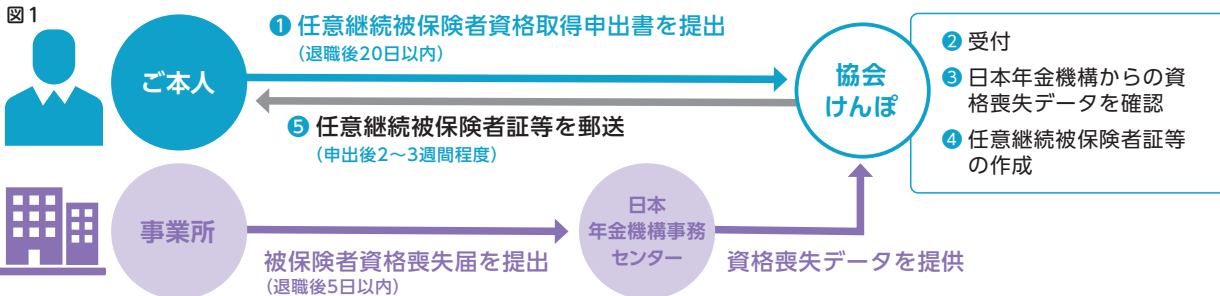


「特例対象被保険者」に対して国民健康保険料を軽減する制度があります

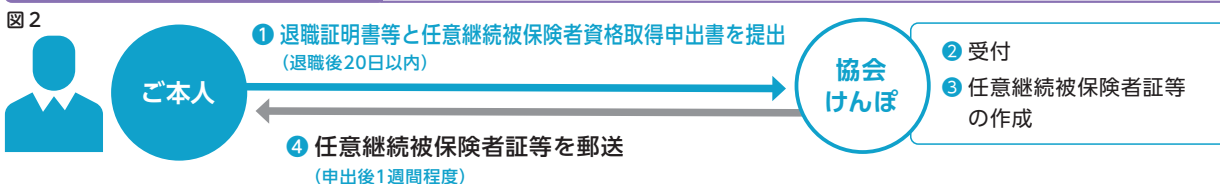
倒産・解雇などにより失業された方(特定受給資格者および特定理由離職者)には国民健康保険料の軽減制度があります。任意継続の保険料より安くなるケースがありますので、お住まいの市区町村役場へご確認ください。

任意継続の申請から保険証発行までの流れ

保険証発行までの流れ 日本年金機構から提供される、資格喪失データを確認後に任意継続の保険証を交付。



保険証の発行をお急ぎの場合は 退職証明書等を添付して協会けんぽに申出ることにより、日本年金機構からの資格喪失データの提供を待たずに任意継続の保険証の交付が可能。



※事業主が作成した退職証明書等と日本年金機構から提供される資格喪失データに相違がある場合は、後日、任意継続の資格記録を修正し、保険証の差替え等を行います。
※退職証明書等の提出がない場合は、日本年金機構からの資格喪失データ確認後の保険証作成となります(【図1】と同様の流れとなります)。

記載例

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書



記号・番号は在職時の保険証に記載されています。

口座振替を希望する方は「1」、納付書による毎月納付を希望する方は「2」、納付書による6ヵ月前納は「3」、12ヵ月前納は「4」を□の中にご記入ください。

被扶養者がいる場合は、必要事項をご記入ください。添付書類が必要になる場合があります(P.6の添付書類チェックリストを参照)。

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 [被扶養者編]

被扶養者のマイナンバーは必ずご記入ください。

在職時より引き続き被扶養者となる方がいる場合にご記入ください。マイナンバーを利用した情報照会を行う場合は、被扶養者となる方の収入を証明する書類の添付が省略できます。マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、希望しないに☑を入れたうえで、必要な書類を添付してください。

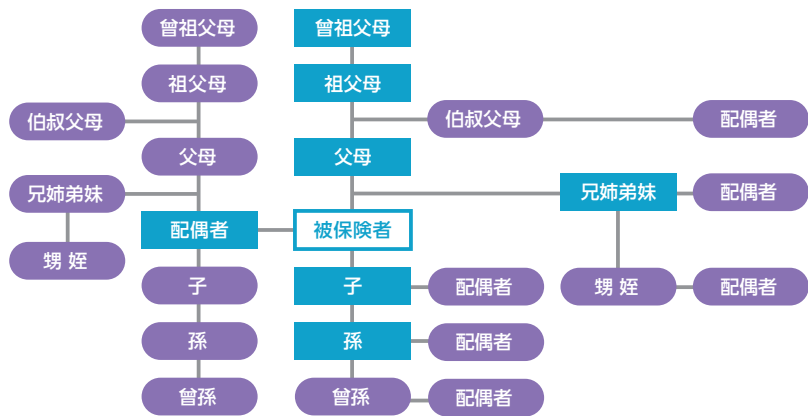
勤務していた事業所より証明欄を記入していただければ、資格喪失処理を待たずに保険証が発行できます。

保険証の記号・番号が不明の場合のみ、被保険者のマイナンバーをご記入ください。なお、マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類が添付されていない場合は、申請書をお返することとなりますのでご注意ください。

●被扶養者の要件

- 1 主として被保険者の収入により生計を維持されており、国内に居住している75歳未満の方
2 対象となる家族範囲(3親等内の親族)
3 被扶養者となるための収入要件
●被保険者と同居している場合
年収が130万円未満*、かつ、被保険者の年収の1/2未満
●被保険者と同居していない場合
年収が130万円未満*、かつ、被保険者からの仕送り額より少ない

* 60歳以上または障害厚生年金受給者等の場合は180万円未満



被保険者と同居していなくてもよい人
被保険者と同居していることが要件の人

☑️ チェックリスト

- **申請期限** 退職日の翌日(資格喪失日)から20日以内。郵送の場合は、20日以内に支部必着。
※やむを得ない正当な理由(天災地変、交通・通信関係のストライキ等)があると認められるときは、提出期限を過ぎても受理される場合があります。

- **提出先** お住まいの都道府県の協会けんぽ支部

● 添付書類チェックリスト

- 保険料の口座振替を希望される方 → 口座振替依頼書(任意)
- 退職日の確認ができる書類(退職証明書のコピー、資格喪失届のコピー、もしくは資格取得申出書の資格喪失証明欄に記載)

● 被扶養者となる方がいる場合に必要な添付書類

	在職時より引き続き被扶養者となる場合		任意継続の資格取得と同時に新たに被扶養者となる場合
	マイナンバーによる情報照会の実施を希望する場合	マイナンバーによる情報照会の実施を希望しない場合	
被保険者と同居	● 添付書類不要(※)	● 収入を証明する書類	● 続柄を証明する書類 ● 収入を証明する書類 ● 同居していることを証明する書類
被保険者と別居	● 仕送りの事実と1回あたりの仕送り額が確認できる書類	● 収入を証明する書類 ● 仕送りの事実と1回あたりの仕送り額が確認できる書類	● 続柄を証明する書類 ● 収入を証明する書類 ● 仕送りの事実と1回あたりの仕送り額が確認できる書類

※協会けんぽがマイナンバーを未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類の提出が必要になる場合があります。

必要添付書類の例(コピーと指定していないものは原本が必要です。)	収入	無収入の方	● 市区町村が発行する直近の課税(非課税)証明等 ※収入が0円であっても、0円である証明が必要です。
		パート・アルバイト収入のある方	次のいずれか ● 市区町村が発行する直近の課税(非課税)証明等 ● 直近3ヵ月分の給与明細書(コピー) [60歳未満・・・月額:108,334円未満] [60歳以上・・・月額:150,000円未満]
		会社を退職された方	次のいずれか ● 離職票(コピー) ● 勤務先の発行した退職証明(コピー) ● 雇用保険受給資格者証(コピー) ● 雇用保険受給資格通知(コピー) [60歳未満・・・日額:3,612円未満] [60歳以上・・・日額:5,000円未満]
		自営業や農業従事者、不動産収入のある方	● 直近の確定申告書(コピー) ※税務署の受付印または電子申請の受付の表示のあるもの。 ※青色申告の場合は「青色申告決算書」、白色申告の場合は「収支内訳書」等、収入の内訳が確認できる書類
		年金収入のある方	● 直近の年金額改定通知書(コピー) または ● 直近の年金額振込通知書(コピー)
	仕送り	別居している場合	次のいずれか ● 銀行振込の控え ● 現金書留の控え ● 預金通帳(コピー)等 ※年間収入を上回る仕送りが確認できること ※振込者と受取者の名前・金額が確認できること
			同居
	続柄	身分関係の確認	次のいずれか ● 戸籍謄(抄)本 ● 住民票(同居の場合) (提出日から90日以内に発行されたもの)(世帯全員の続柄が省略されていないもの)
		内縁関係の配偶者	● 夫婦両方の戸籍謄(抄)本および住民票[妻(未届)や夫(未届)等の続柄記載があるもの] (提出日から90日以内に発行されたもの)(世帯全員の続柄が省略されていないもの)
	海外在住	被扶養者が海外在住の方	国内在住で扶養認定を受ける場合の添付書類に追加して、以下の書類もご用意ください ● 海外特例要件に該当することを証明する書類 【海外留学をしている学生の場合】査証(ビザ)、学生証、在学証明書、入学証明書(コピー)等 【ボランティア活動その他就労目的以外で海外渡航している方の場合】査証(ビザ)、ボランティア派遣機関の証明、ボランティアの参加同意書(コピー)等



第三者行為による傷病届

交通事故等、第三者の行為が原因でケガをした場合※、保険証を利用して診療を受けたときは「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

※ 仕事中（業務災害）や通勤途中の事故が原因の場合は除きます。

記載例

第三者行為による傷病届

項目		内容	
届出者	健康保険証の記号番号	(記号) 21700023	(番号) 1
	氏名	協会 太郎	
被害者 (受診者)	氏名 / 性別 / 年齢	(氏名) 協会 花子	(性別) 男・女 (年齢) 33 歳
	続柄 / 生年月日	(届出者との関係) 妻	(生年月日) 平成 元年 10 月 1 日
	住所 / 電話番号	(住所) 〒 105 - 0000 東京都港区1-0-0	(電話番号) 03 - XXXX - XXXX
加害者 (相手)	氏名 / 性別 / 年齢	(名字) ケンカ イチロー (性別) 男・女 (年齢) 27 歳	(氏名) 健保 一郎
	住所 / 電話番号	(住所) 〒 156 0000 東京都世田谷区0-0-1	(電話番号) 03 - 0000 - 0000
事故発生状況	事故の内容 (あてはまるものに☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 <input type="checkbox"/> 飼主が加害者 <input type="checkbox"/> 飼主不明 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	事故発生日時	令和4年 5 月 3 日 (午前) 午後 11 時 15 分頃	
	事故発生場所	東京都千代田区00-1-1	
自賠責保険	加害者の自賠責保険会社名	〇〇保険会社	
	契約者氏名 / 続柄	(氏名) 健保 一郎	(加害者との関係) 本人
	自賠責番号 / 登録番号	ABC12345-XYZ 品川 500 あ〇〇〇〇	
加害者の任意保険	保険会社名	□□火災海上会社	
	所在地 / 電話番号	(取扱店の所在地) 〒 160 0000 東京都新宿区△2-2	(電話番号) 03 - △△△△ - △△△△
	担当者 / 担当部署	損保 二郎	
	保険契約者氏名	(氏名) 健保 一郎	
	保険契約者住所	(住所) 〒 156 0000 東京都世田谷区0-0-1	
被害者加入	任意保険	証書番号 / 任意一括(注1) XXX-123456789-9 (任意一括の有無) (有)・無 保険期間 令和4年 5 月 1 日 ~ 令和5年 4 月 30 日	
	任意保険	保険会社名 (被害者の任意保険会社名称) △△損保会社 所在地 / 電話番号 (取扱店の所在地) 〒 105 0000 東京都港区0-0-0 担当者 / 担当部署 (取扱い担当者名) 損保 一	
	治療状況等	診療機関① (診療機関名) 千代田〇〇病院 (治療開始) 令和4年 5 月 3 日 (治療終了(見込)) 令和4年 6 月 9 日 所在地/電話 (所在地) 〒 100 0000 東京都千代田区△△-△-△ (電話番号) 03 - △△△△ - △△△△ 診療機関② (診療機関名) 品川〇〇病院 (治療開始) 令和4年 6 月 10 日 (治療終了(見込)) 年 月 日 所在地/電話 (所在地) 〒 141 0000 東京都品川区XX-X-X (電話番号) 03 - 〇〇〇〇 - XXXX 示談又は和解(注2) (損害賠償について示談又は和解の有無) <input type="checkbox"/> 示談・和解済 <input checked="" type="checkbox"/> 交渉中 <input type="checkbox"/> 示談・和解はしない	

記号・番号は、保険証に記載されています。

事故証明書等を参考にわかる範囲でご記入ください。

事故相手に任意保険の対応があるときはご記入ください。

治療状況欄は必ずご記入ください。

不明な場合は記入不要です。

(注1) 「任意一括」とは、加害者の任意保険会社が自賠責保険も一括で対応するものを指します。
 (注2) 加害者と示談又は和解を行った場合は、示談内容または和解内容がわかるもの(示談書等)を添付してください。
 5 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 全国健康保険協会(協会けんぽ)

チェックリスト

- 申請時期 すみやかに
- 添付書類チェックリスト
 - 交通事故の場合
 - 事故発生状況報告書 同意書
 - 交通事故証明書
 - 人身事故証明書入手不能理由書(物損事故扱いのとき等)
 - 交通事故以外の場合
 - 事故発生状況報告書 同意書



負傷原因届

『協会けんぽGUIDEBOOK』41ページ参照

負傷(ケガ)により各種給付の申請をするときは、添付書類として「負傷原因届」も提出します。傷病・負傷(ケガ)が第三者の行為によるものである場合は、併せて「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。

* 仕事中(業務災害)や通勤途中の事故が原因の場合は除きます。

記載例

健康保険 負傷原因届 (被保険者・事業主記入用) **(負)**

記入方法および添付書類等については、「健康保険 負傷原因届 記入の手引き」をご確認ください。
届書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 01123456789アイウ

被保険者証の (左づめ)	記号 21700023	番号 1	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 010510
氏名 (フリガナ) ニュウカイ タロウ 協会 太郎			
住所 (〒 105-0000) 東京 港区 〇〇1-1 電話番号 (日中の連絡先) TEL 03(XXXX)XXXX △△マンション101			
被保険者または負傷した方が記入してください	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 協会 花子) <input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input checked="" type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()		
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。	<input type="checkbox"/> 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> 特別加入している <input type="checkbox"/> 特別加入していない		
傷病名 ろっ骨骨折			
負傷日時 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4年 5月 8日 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 10時頃			
負傷した時間帯(状況) <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)			
負傷場所 <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()			
負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> あてはまらない	<input type="checkbox"/> 相手: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> あなた是被害者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> あなたに加害者 ※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。		
上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
負傷した時の状況を具体的に ご記入ください。	自宅で掃除機をかけていた際、転んで胸を机の角にぶつけてしまった。		
治療経過 令和 4年 5月 30日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止			
治療期間 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 4年 5月 8日 から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで			
事業主欄 業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。	事業所の労災適用 有・無 社員総数 名 事業内容 業務(通勤)災害 有・無 「無」の場合、その理由 該当の理認 事業所所在地 (〒 -) 事業所名称 事業主氏名 電話番号 () 受付日付印		
様式番号	協会使用欄		
	全国健康保険協会 協会けんぽ (1/1)		

記号・番号は、保険証に記載されています。



負傷原因が、第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」(P.7参照)も提出が必要になります。詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。

負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)ご記入ください。

業務(通勤)災害に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定しますので、詳しくは労働基準監督署にお問い合わせください。

☑ チェックリスト

● 負傷(ケガ)により、次の支給申請をするときに「負傷原因届」が必要です

○ 移送費 ○ 海外療養費

※ただし、上記以外の申請であっても、法人の役員が業務中(通勤途中)に負傷し、健康保険からの給付が行われる場合は、添付が必要となる場合がありますので、詳細は協会けんぽ都道府県支部へご相談ください。



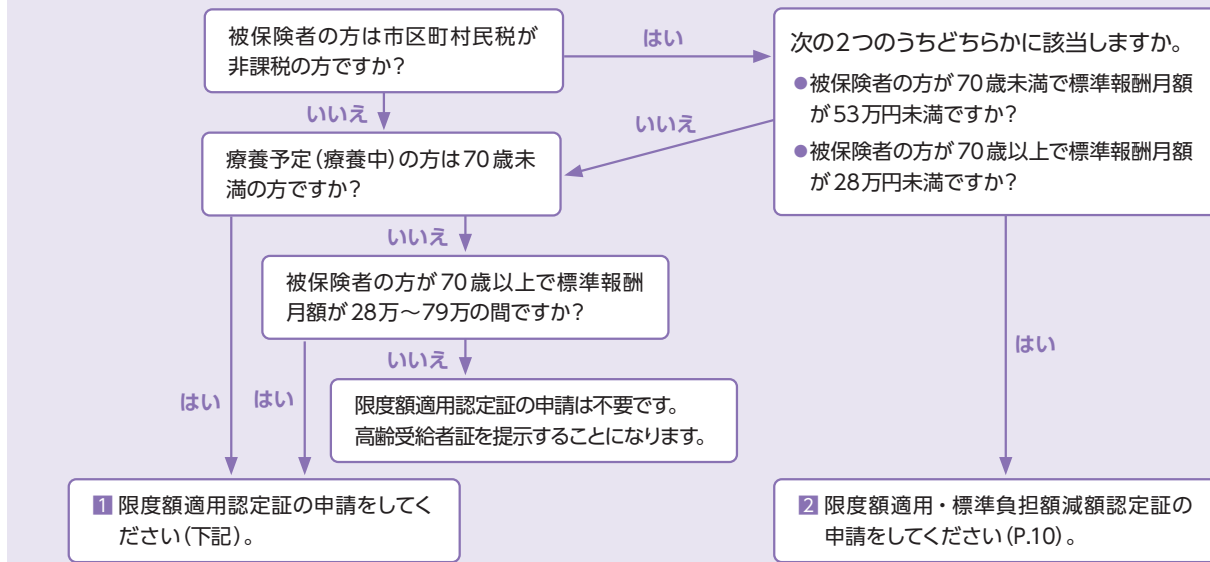
限度額適用認定申請書等

『協会けんぽGUIDEBOOK』43ページ参照

高額な医療費がかかることが想定される場合は、事前に「限度額適用認定証」の交付を受け、医療機関等の窓口で提示することで、窓口負担が法定の自己負担限度額までとなります。

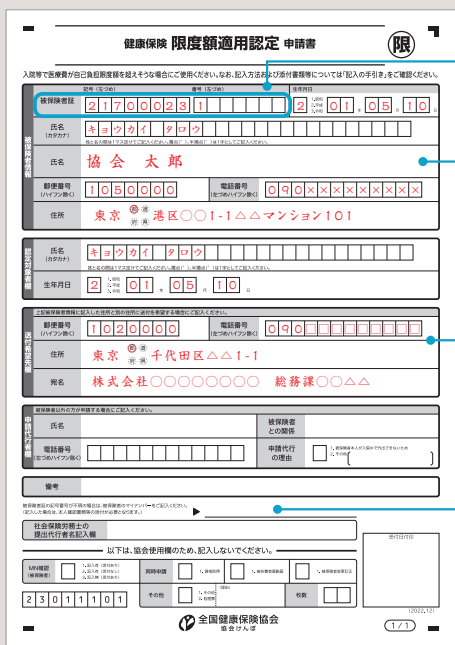
申請チェックフロー

限度額適用認定申請書等



記載例

1 限度額適用認定申請書



記号・番号は、
保険証に記載
されています。



認定対象者が家族(被扶養者)の場合でも被保険者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。

入院され自宅で限度額適用認定証の受取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

チェックリスト

● 申請時期

被保険者および被扶養者が医療機関等での窓口支払額を軽減したいとき

2 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

低所得(住民税非課税等)に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。


被保険者 氏名: キョウカイ タロウ
 生年月日: 2010.05.10
 住所: 東京都港区〇〇1-1△△マンション101

認定対象者は、長期入院されましたか。
 はい いいえ

社会保険労務士の提出(記入)事項

2ページ目に続きます

記号・番号は、保険証に記載されています。



認定対象者が家族(被扶養者)の場合でも被保険者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。

療養される方が申請を行った月以前1年間で長期入院(90日超)された場合は2頁目を必ずご記入ください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

マイナンバーを利用した情報照会を行う場合は、被保険者の住民税の非課税証明書の添付が省略できます。マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、希望しないに☑を入れたうえで、必要な書類を添付してください。

入院され自宅で限度額適用・標準負担額減額認定証の受取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付します。

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

1ページ目の認定対象者欄「認定対象者は、長期入院されましたか。」の質問に対し「1.はい」と回答された方のみご記入ください。

被保険者氏名: 協会 太郎

申請月以前1年間の入院日数合計: 92日

申請を行った月以前1年間の入院期間(日数): 04月 08日 01日 04月 10日 31日 09月 02日

① 入院した医療機関等: 〇〇総合病院
 所在地: 東京都新宿区△△1-1

② 入院した医療機関等: (空欄)

③ 入院した医療機関等: (空欄)

④ 入院した医療機関等: (空欄)

⑤ 入院した医療機関等: (空欄)

230222201

チェックリスト

●申請時期
 被保険者の市区町村
 住民税が非課税の場合
 で、被保険者および被
 扶養者が病院や診療
 所・薬局での窓口支払
 額を軽減したいとき

- 添付書類チェックリスト
- <マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合>
 - 不要 (※)協会けんぽでマイナンバーが未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類が必要となる場合があります。
 - <マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合>
 - 被保険者の非課税証明書の原本
 - 低所得者
 - 4月～7月診療分の場合は、前年度の非課税証明書の原本
 - 8月～翌年3月診療分の場合は、当年度の非課税証明書の原本
 - 直近1年以内に91日以上入院がある(長期入院)
 - 入院期間が記載されている領収書のコピー等、入院期間を証明する書類(保険者に低所得者として認められていた期間の入院に限ります。)

限度額適用認定申請書等

3 特定疾病療養受療証交付申請書

限度額適用認定申請書等

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 特

特定疾病にかかる自己負担の軽減を受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

	記号 (左づめ) <input type="text" value="217000231"/> 番号 (左づめ) <input type="text" value=""/> 生年月日 <input type="text" value="2"/> 1.昭和 2.平成 3.令和 <input type="text" value="01"/> 年 <input type="text" value="05"/> 月 <input type="text" value="10"/> 日	
被保険者情報	氏名 (カタカナ) <input type="text" value="キョウカイ タロウ"/> 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	
	氏名 <input type="text" value="協会 太郎"/>	
	郵便番号 (ハイフン除く) <input type="text" value="1050000"/> 電話番号 (左づめハイフン除く) <input type="text" value="090XXXXXX"/>	
	住所 <input type="text" value="東京 港区〇〇1-1△△マンション101"/>	
認定対象者情報	氏名 (カタカナ) <input type="text" value="キョウカイ タロウ"/> 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	
	生年月日 <input type="text" value="2"/> 1.昭和 2.平成 3.令和 <input type="text" value="01"/> 年 <input type="text" value="05"/> 月 <input type="text" value="10"/> 日	
	疾病名 <input type="text" value="2"/> 1. 血腫分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害または先天性血液凝固因子障害 2. 人工腎臓を装着している慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している慢性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)	
送付先住所情報	上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。	
	郵便番号 (ハイフン除く) <input type="text" value="1600000"/> 電話番号 (左づめハイフン除く) <input type="text" value="03XXXXXX"/>	
	住所 <input type="text" value="東京 新宿区〇〇1-1"/> 宛名 <input type="text" value="株式会社〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△"/>	
医師の証明情報	下欄に医師の証明を受けるか、疾病にかかったことを証明する診断書等を添付してください。	
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。	
	医療機関の所在地 <input type="text" value="東京都品川区△△1-1"/> 令和 <input type="text" value="05"/> 年 <input type="text" value="01"/> 月 <input type="text" value="05"/> 日	
	医療機関の名称 <input type="text" value="〇〇総合病院"/> 医師の氏名 <input type="text" value="保険 五郎"/> 電話番号 <input type="text" value="03-XXXX-XXXX"/>	
被保険者の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)		
社会保険労務士の提出代行者名記入欄		
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。		
MN確認 (被保険者) <input type="checkbox"/> 1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	添付書類 <input type="checkbox"/> 1. 添付 (診断書・更正診断書医師者など) 2. 不備	受付日付印
同時申請 <input type="checkbox"/> 1. 資格取得	1. 被扶養者異動 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者変更訂正 <input type="checkbox"/>	
2 3 0 1 1 3 0 1	その他 <input type="checkbox"/> 1. その他 (理由)	枚数 <input type="text" value=""/>

(2022.12) 1 / 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

記号・番号は、保険証に記載されています。



認定対象者が家族(被扶養者)の場合でも被保険者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。

療養する方の氏名(カタカナ)、生年月日、疾病名をご記入ください。

入院され自宅で受療証の受取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

医師の意見を受けてください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

チェックリスト

● 申請時期

特定疾病の療養のため、高額な医療費がかかるとき

医師の証明

● 添付書類チェックリスト

申請書内の「医師の意見欄」に医師の記入、証明を受けるか、特定疾病に関する意見書その他疾病にかかったことを証明する書類(診断書など)を添付してください。



療養費支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』47ページ参照

「やむを得ない事情で、保険証を持参できずに医療機関を受診した」「治療のために装具を作製した」「海外旅行中に急病になり現地で診療を受けた」等、医療費を全額負担した場合、あとで請求して療養費の払い戻しを受けることができます。

申請チェックフロー

自費で負担したものは次のどれですか？

- 1 国内での保険診療分の医療費
- 2 医師に治療上必要とされた装具作製費
- 3 海外での診療費

1

自費で負担した理由は次のどれですか？

- 1 保険証を忘れた、就職先から保険証の交付を受ける前だった等の理由で、保険証を提示できなかった
- 2 誤って、以前に加入していた健康保険の保険証を使用した

1

次のものをご用意の上、協会けんぽ(事業所を管轄する支部)にご提出ください。

- 療養費支給申請書(立替払等) ▶記載例 P.13
- 領収書(領収明細書)(原本)
- 診療明細書(診療内容を記載した証明書)

2

次のものをご用意の上、協会けんぽ(事業所を管轄する支部)にご提出ください。

- 療養費支給申請書(治療用装具) ▶記載例 P.14
- 装具の領収書(原本)
- 医師の意見書(原本)
- 装具装着証明書(原本)

2

次のものをご用意の上、協会けんぽ(事業所を管轄する支部)にご提出ください。

- 療養費支給申請書(立替払等) ▶記載例 P.13
- 市区町村等返納先が発行した領収書(原本)
- 市区町村等返納先から取り寄せた診療報酬明細書

3

次のものをご用意の上、協会けんぽ神奈川支部へご提出ください。

- 海外療養費支給申請書 ▶記載例 P.15
- 診療内容明細書(原本・翻訳)
- 領収書(原本)
- 領収明細書(原本・翻訳)
- パスポートの写し
- 海外で受診した医療機関等への照会の同意書

療養費が受けられる主なケース

- 1 やむを得ない事情で保険証を提示できず、医療費の保険診療分を10割負担したとき
- 2 前に加入していた健康保険の保険証を誤って使用し、後日医療費の返還をしたとき
- 3 コルセットなどの治療用装具を医師の指示で作製し、装着したとき
- 4 病院を通して生血を購入し輸血したとき
- 5 はり・きゅう・マッサージの治療を医師の同意を得て受けたとき
- 6 海外の医療機関で診療を受けたとき
(業務災害によるケガなどは除きます。また、治療を目的に海外に出向いた場合は対象外です)
- 7 柔道整復師(整骨院・接骨院)から施術を受けたとき

柔道整復師(整骨院・接骨院)で

健康保険が使える場合

負傷原因がはっきりしていて慢性に至っていない骨折、脱臼、捻挫、打撲、肉離れなど(骨折や脱臼は応急手当を除き、医師の同意が必要です)

健康保険が使えない場合

- 日常生活からくる疲労や単なる肩こり、体調不良など
- スポーツによる筋肉疲労

1 療養費支給申請書(立替払等) 立替払等の場合

療養費支給申請書

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 1 2 ページ

医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」まで確認ください。

被保険者証番号: 21700023 1 10 10
 氏名: キョウカイ タロウ
 生年月日: 2 01 05 10
 住所: 東京 港区 1-1-101
 金融機関: ゆうちょ銀行 口座番号: 1234567

社会保険労務士の提出代行名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

申請理由: 1. 労務災害(業務外)での病気 2. 労務災害(業務外)での怪我等によるものですか。 2. はい

6 6 1 1 2 2 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

記号・番号は、保険証に記載されています。



家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
 被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。
 ※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・7桁の口座番号をご記入ください。

金融機関名称: ゆうちょ 支店名: 二三八
 口座番号(7桁): 1234567

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

受診者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書を作成してください。

自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。

領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

他の手続きで領収書などが必要になる方は、申請書提出前にコピーの上、原本をご提出ください(申請書に添付いただいた書類はお返しできません)。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 1 2 ページ

被保険者氏名: 協会 太郎

①-1 受診者: 2. 家族(被扶養者)

①-2 受診者の氏名: キョウカイ シ タロウ

①-3 受診者の生年月日: 2 18 10 26

② 傷病名: 左足首ねん挫 発病年月日: 2 04 04 02

③ 傷病の原因: 1. 仕事中の(業務外)での病気 2. 労務災害(業務外)での怪我等によるものですか。 2. はい

④ 診療を受けた医療機関等の名称: 〇〇総合病院
 診療を受けた医療機関等の所在地: 東京都〇〇区〇〇
 診療した医師等の氏名: 〇〇 〇〇

⑤ 診療を受けた期間: 令和 〇4 年 〇4 月 〇2 日 から 令和 〇4 年 〇4 月 〇6 日

⑥ 療養に要した費用の額(円): 9600

⑦ 診療の内容: 診察のうえ、湿布薬を処方された。

⑧ 療養費申請の理由: 1. 被保険者を扶養できなかったことにより、医療費を全額自己負担したため 2. 被保険者の被扶養者目録を提出し、医療費を差戻したため 3. 入団時の長率代の医療費を申請するため 4. その他

6 6 1 1 2 2 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 療養費支給申請書(治療用装具) 治療用装具の場合

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)

1 2 ページ

コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者証 記号(左2桁) 番号(左7桁) 生年月日

21 17 00 00 23 1 2 01 05 10

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号(ハイファン様) 1050000 電話番号(左7桁ハイファン様) 090XXXXXX

住所 東京 港区 1-1-1 協栄 △△マンション101

振込先口座欄

金融機関名称 ○○○○ 支店名 ○○○○

預金種別 1 普通預金 口座番号(左7桁) 1234567

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の提出代行名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MAN 種別 (被保険者) 1. 記入 (1桁) 2. 記入 (2桁) 3. 記入 (3桁)

添付書類 検収書 1. 検収書 2. 検収書 3. 検収書

申請内容 器具種類 弾性着衣 弾性着衣

6 6 1 1 2 2 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

記号・番号は、保険証に記載されています。



家族(被扶養者)が治療用装具を作成・購入した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・7桁の口座番号をご記入ください。

振込先口座欄

金融機関名称 ゆうちょ 支店名 二三八

預金種別 1 普通預金 口座番号(左7桁) 1234567

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

装具作成対象者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書を作成してください。

治療用装具等の装着について指示を受けた日をご記入ください。

- 弾性着衣の場合：「弾性着衣等装着指示書」に記載されている装着指示があった日
- 小児弱視等にかかる眼鏡等の場合：「眼鏡等作成指示書」に記載されている作成指示があった日

領収書(領収明細書)に記載されている日付と金額をご記入ください。

治療用装具(コルセット)を装着した日をご記入ください。

- 「意見および装具装着証明書」に記載されている装具を装着した日

※「弾性着衣」「小児弱視用眼鏡等」の場合は記入不要です。

他の手続きで領収書などが必要になる方は、申請書提出前にコピーの上、原本をご提出ください(申請書に添付いただいた書類はお返しできません)。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具)

1 2 ページ

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 装具作成対象者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

①-2 装具作成対象者の氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

①-3 生年月日 2 01 05 10

② 傷病名 右膝関節靭帯損傷 発病または負傷年月日 2 04 07 11

③ 傷病の原因 1. 仕事上(業務上)での傷病 2. 仕事(労働)以外の傷病 3. 通勤途中での傷病

④ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やアスリート等)によるものですか。 1. はい 2. いいえ

⑤ 診察を受けた医療機関等の名称 ○○総合病院

⑥ 診察を受けた医療機関等の所在地 東京都○○区○○

⑦ 診察した医師等の氏名 ○○

⑧ 装具等の装着指示日(被保険者) 令和 04 月 07 日 12 日

⑨ 装具等購入日(被保険者)および金額 令和 04 月 07 日 12 日 25000 円(右7桁)

⑩ 装具等装着確認日(被保険者) 令和 04 月 07 日 12 日

⑪ 診察の内容 治療用装具の装着

⑫ 療養費申請の理由 5. 治療用装具を作成したため

6 6 1 1 2 2 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

3 海外療養費支給申請書

海外療養費 支給申請書 (被保険者記入用)

記入方法および添付書類等については、「海外療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
 届書(申請書)は、奥のホルン等を使用し、楷書で特約に丁寧に記入ください。 [記入用紙] 01123456789Aアイウ
 被保険者情報欄には、ご家族(被扶養者)の受診に関する申請であってもご本人(被保険者)の氏名等をご記入ください。

保険者番号 999999999 保険者名称 全国健康保険協会 00 支部 保険者番号 名称は、保険証の下部に記載されています。

被保険者の 記号 21700023 番号 11 生年月日 年 月 日 010510
 (フリガナ) キョウカイ タロウ

氏名 **協会 太郎**

日本国内で療養を受けることができる電話番号 (日本の電話番号) TEL 090(xxxxx)xxxx 東京 港区 001-1 △△マンション101

金融機関 名称 ゆうちょ 預金種別 1 1.普通 3.別貯 口座番号 1234567 口座名義 キョウカイ タロウ

受取代理人の氏名 被保険者 協会太郎 住所 東京都港区001-1-1 代理人(口座名義人) 協会太郎

社会保険労務士の提出代行書記載欄 株式会社 661126

全国健康保険協会 協会けんぽ

保険者番号・保険者名称・記号番号は、保険証に記載されています。



家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。
 ※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・7桁の口座番号をご記入ください。

ご本人(被保険者)名義の口座以外へ振込希望の場合、受取代理人の欄へ記入(住所・氏名)が必要です。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。日数は診療を受けた日の数をご記入ください。

領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

- 療養費を受ける権利は、海外で治療費の支払いをした翌日から2年を経過すると時効により消滅します。
- 業務上や通勤途中のケガの場合は、労働災害、通勤災害の可能性があるので、労働基準監督署にご相談ください。

他の手続きで領収書などが必要になる方は、申請書提出前にコピーの上、原本をご提出ください(申請書に添付いただいた書類はお返しできません)。

海外療養費 支給申請書 (被保険者記入用)

被保険者氏名 **協会 太郎**

申請内容

1 受診者 2. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
 氏名 **協会 花子** 生年月日 18年10月26日
 病名 **左足首ねん挫** 発病または負傷年月日 4年1月1日
 診療の原因および経過 1. 病気 (原因および経過) 2. ケガ → 負傷原因等を併せてご提出ください。
 診療を受けた医療機関等の情報 〇〇MEDICAL CLINIC 2010 SOUTH ARLINGTON 国名 アメリカ
 診療を受けた期間 2 年 月 日から 2 年 月 日まで 日数 2日
 療養に要した費用の額 100 (アメリカドル) 通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル)
 診療の内容 診療の上、湿布薬を処方された。
 受診者の情報 (1) 受診者の海外滞航期間(日) 平成 4年1月1日 ~ 平成 4年1月10日 ※申請書に添付していただいた受診者の海外滞航期間が確認できる書類にしてください。 (2) 診療を受けた期間における海外滞航(滞在)の理由について、該当箇所を選択してください。その他の場合は具体的に記入してください。

株式会社 6611225

全国健康保険協会 協会けんぽ

☑️ チェックリスト

● 申請時期

療養に要した費用を支払った日の翌日から2年以内

(以前に加入していた健康保険の保険証を使用したケースの立替払いの場合は、療養を受けた日[受診日]の翌日から2年以内)

● 添付書類チェックリスト

<input type="checkbox"/> 立替払	自費で診療を受けたとき	<input type="checkbox"/> 領収書(領収明細書)の原本(診療に要した費用を証明した領収書の原本)
		<input type="checkbox"/> 診療明細書(診療内容を記載した証明書)
<input type="checkbox"/> 立替払	協会けんぽ加入期間中に別の健康保険証(国民健康保険など)を使用してしまったとき	<input type="checkbox"/> 市区町村など返納先が発行した領収書の原本
		<input type="checkbox"/> 市区町村など返納先から取り寄せた診療報酬明細書(封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください)
<input type="checkbox"/> 装具	<input type="checkbox"/> 医師の意見および装具装着証明書の原本	
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(装具の名称、種類および内訳別の費用額・義肢装具士の氏名(押印でも可)・オーダーメイド)または既製品の別(既製品の場合は製品名・メーカー名)が記載されたもの	
	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)	
	<input type="checkbox"/> 靴型装具を作成した場合	<input type="checkbox"/> 装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)
<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> 眼鏡等作成指示書(目の検査結果、傷病名※の記載がある医師の証明) <small>※傷病名・・・「小児の弱視、斜視および先天性白内障術後の屈折矯正」</small>	
	<input type="checkbox"/> 検査書(「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果のコピー)	
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(内訳の記載があるもの)	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
<input type="checkbox"/> 弾性着衣等	<input type="checkbox"/> 弾性着衣等装着指示書の原本	
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(内訳の記載があるもの)	
	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)	
<input type="checkbox"/> 海外療養費	<input type="checkbox"/> 海外の医師が作成した診療内容明細書の原本	
	<input type="checkbox"/> 海外の領収明細書の原本	
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本	
	<input type="checkbox"/> 日本語の翻訳文(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)	
	<input type="checkbox"/> パスポートのコピー(海外渡航者の写真が確認できるページおよび出入国の確認ができるページ)	
	<input type="checkbox"/> 海外での診療等を担当した医療機関等に照会することの同意書	
<input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合		
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)	

添付していただいた書類の原本はお返しできません。

※市区町村への手続きなど他の手続きが必要な際は、あらかじめコピーを保管してください。



高額療養費支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』44ページ参照

同一の月に医療機関等で支払った一部負担(自己負担)額が高額になり、自己負担限度額を超えたときは、その超えた分が「高額療養費」として払い戻されます。

記載例

1 高額療養費支給申請書

健康保険
被扶養者
世帯合算

1 2 ページ

高

※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

医療機関に支払った1か月分の自己負担額が高額になり、自己負担額を超えた額の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者証	記号(左づめ) 2 1 7 0 0 0 2 3 1	番号(左づめ) 1 0 1 0 5 1 0	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 0 1 0 5 1 0
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ		
氏名	協会 太郎		
郵便番号 (ハイフン除く)	1 0 5 0 0 0 0	電話番号 (左づめハイフン除く)	0 3 × × × × × × × ×
住所	東京 港区 〇〇1-1 △△マンション101		

金融機関名称	〇〇〇〇	支店名	〇〇〇〇
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の提出代行名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (発行あり) 2. 記入有 (発行なし) 3. 記入無 (発行あり)
添付書類	所得証明 <input type="checkbox"/>	戸籍 (法定代理) <input type="checkbox"/>
	1. 添付 2. 不備	1. 添付 2. 不備
	6 4 1 1 2 1 0 1	その他 <input type="checkbox"/>
		1. その他 (理由)

(2022.12) 1 / 2

記号・番号は、保険証に記載されています。

家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・7桁の口座番号をご記入ください。

金融機関名称	ゆうちょ	支店名	二三八
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7

あらかじめ医療費が高額になるとわかっている場合は「限度額適用認定証」あらかじめ申請して交付された「限度額適用認定証」(P.9参照)を保険証と併せて医療機関等の窓口に提示すると、同一月において一医療機関ごとの窓口での1か月の自己負担の支払いが自己負担限度額までとなり、高額療養費を申請する手間が省けます。

高額療養費支給申請書

健康保険 被扶養者 世帯合算 **高額療養費 支給申請書** 1 2 ページ

被保険者氏名 **協会 太郎**

診療年月 令和 **05** 年 **01** 月

受診者氏名	協会 太郎	協会 太郎	協会 花子
受診者生年月日	01 月 05 日 10 日	01 月 05 日 10 日	02 月 02 日 20 日
医療機関(薬局)の名称	〇〇病院	△△薬局	□□病院
医療機関(薬局)の所在地	東京都新宿区四ツ谷 〇〇	東京都新宿区四ツ谷 △△	東京都新宿区 □□
病状・ケガの別	1 1. 傷病 2. 事故 3. その他	1 1. 傷病 2. 事故 3. その他	1 1. 傷病 2. 事故 3. その他
療養を受けた期間	01 月 から 01 日	01 月 から 01 日	21 月 から 21 日
支払額(右つめ)	100000 円	50000 円	50000 円

診療年月 1 令和 04 年 05 月 2 令和 04 年 08 月 3 令和 04 年 11 月

非課税等 被保険者が非課税である等、自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合(記入の手引き参照)には、左記に☑を入れてください。

マイナンバー 10500000

希望しない マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、左記に☑を入れてください。希望しない場合には、非課税証明書等の必要な証明書類を添付してください。

6 4 1 2 2 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

高額療養費の申請について、月(1日から末日)を単位にご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。申請書は月ごとに一部ずつ作成してください。

受診者ごとに、医療機関・薬局に分けてご記入ください。
 なお、医療機関等から協会へ請求のあった診療報酬明細書(レセプト)により確認できた、本申請の支給(合算)対象となる診療等の自己負担額を全て合算して、支給額を算出します。(支給決定後に合算対象となる診療報酬明細書(レセプト)が確認できた場合は、追加で支給いたします。)

「非課税等」に☑した場合、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、郵便番号をご記入ください。診療年月によって、ご記入いただく郵便番号が異なる場合があります。(マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合、記入は不要です。)
 (例)
 ・令和4年8月～令和5年7月診療分：
 令和4年1月1日時点の住民票住所の郵便番号
 ・令和5年8月～令和6年7月診療分：
 令和5年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

医療機関等で支払った額のうち、保険診療分の金額(差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などを除いた額)をご記入ください。

マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れ、非課税証明書類を添付してください。診療年月によって、添付していただく非課税証明書の年度が異なります。

☑ チェックリスト

● 申請時期 診療月の翌月1日から2年以内

● 添付書類チェックリスト

- <マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合>
 - 不要 (※)協会けんぽでマイナンバーが未収録の場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、非課税証明書の提出が必要となる場合があります。
- <マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合>
 - 被保険者の非課税証明書(下記の例)の原本

審査に必要な非課税証明書の対象年度は、毎年8月に切り替わります。

例1. 診療月が令和4年8月～令和5年7月は、令和4年度の非課税証明書
 例2. 診療月が令和5年8月～令和6年7月は、令和5年度の非課税証明書
- 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合
 - 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)
- 他の公的制度から医療費の助成を受けている場合
 - 領収書のコピー

2 高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

支給申請の手順

介護保険者(市区町村)に介護保険自己負担額証明書の交付を申請し、交付された自己負担額証明書を添付の上、申請者(被保険者)が7月31日(基準日)時点で加入されている医療保険者に申請します。

高額介護合算療養費の支給申請を行う場合(計算期間の末日に協会けんぽに加入しており支給申請する場合)は①にチェック☑してください。自己負担額証明書の交付申請を行う場合は②にチェック☑してください。

「対象となる計算期間」の欄の開始年月日が属する年度を書いてください。

計算期間 → 令和●●年8月1日～翌年7月31日まで。

「対象となる計算期間」内の医療保険、介護保険の加入履歴をご記入ください。

申請者およびその被扶養者の協会けんぽ加入期間における受診歴(受診した年月)をご記入ください。

マイナンバーによる情報連携により、自己負担額証明書および(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください(記入した場合は添付書類が必要です)。

☐座情報は申請区分にかかわらず必ずご記入ください。

高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(申請者の氏名)記入上の注意事項は、裏面に詳しく記載されています。(保険者記入欄)

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。	申請対象年度	平成 4 年度	対象となる計算期間	4 年 8 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで	申請者 姓	姓
フリガナ	協会 太郎	生年月日	昭和 44 年 10 月 22 日	性別	男	加入期間	4 年 8 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで
扶養者氏名	協会 花子	生年月日	昭和 44 年 1 月 18 日	性別	女	加入期間	4 年 8 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで
扶養者氏名	協会 次郎	生年月日	昭和 44 年 7 月 3 日	性別	男	加入期間	4 年 8 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで

医療保険者加入履歴表

加入区分	加入期間	受診歴
1 協会けんぽ	4 年 8 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで	△△△△△△△△△△△△
2 ○○市立医療	4 年 1 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
3 ○○市立医療	5 年 2 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
4 民間医療	5 年 2 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

本人確認書類貼付台紙(本人確認書類)

申請者 姓 名 住所 〒 電話番号 ()

申請年月日 令和 年 月 日 受理年月日

チェックリスト

●申請時期

基準日の翌日(通常は8月1日)から2年以内に申請(ただし、該当される方が亡くなった場合は、死亡日の翌日から2年以内となります)。

●添付書類チェックリスト

- <マイナンバーによる情報連携を希望しない場合>
- 自己負担額証明書
介護保険者(市区町村)および協会けんぽ以外の保険者(該当する場合)から交付された自己負担額証明書
- <マイナンバーによる情報連携を希望しない場合>
- 非課税証明書等(該当する場合)
申請者(被保険者)が申請対象年度の市区町村民税が非課税の場合に該当
例えば、令和4年8月～令和5年7月の申請は、令和4年度非課税証明書の添付が必要
- <マイナンバーを記入された場合>
- 本人確認書類貼付台紙(本人確認書類)

3 年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

支給申請の手順 申請者(被保険者)が7月31日(基準日)時点で加入されている医療保険者に申請します。

年間の高額療養費の支給申請のみを行う場合は①にチェック☑してください。
自己負担額証明書の交付申請を行う場合、②の□にチェック☑してください。

「対象となる計算期間」の欄の開始年月日が属する年度を書いてください。

計算期間→令和●●年8月1日～翌年7月31日まで。

年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

申請区分 ① 年間の高額療養費の支給 ② 自己負担額証明書の交付	申請対象年度 平成・令和 4年度	対象となる計算期間 4年 8月 1日 ~ 5年 7月 31日	枚目 1/1
--	---------------------	-----------------------------------	-----------

申請者に関する記入欄	被保険者に関する記入欄
申請者氏名 協会 太郎	被保険者氏名 協会 太郎
申請者住所 000-0000 〇〇市〇〇区〇〇1-1 △△マンション101	被保険者住所 〇〇市〇〇区〇〇1-1 △△マンション101
生年月日 昭和・平成・令和 61年 10月 22日	生年月日 昭和・平成・令和 〇〇年 5月 15日
性別 男	性別 男
被保険者証の記号・番号 201700023 - 1	被保険者証の記号・番号 〇〇(〇〇) 〇〇〇
電話 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇	電話 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇
保険者名 〇〇健康保険組合	保険者名 〇〇健康保険組合
加入期間 4年 8月 1日 から 5年 7月 31日 まで	加入期間 4年 8月 1日 から 5年 7月 31日 まで
送付の自己負担額証明書管理番号 添付省略	送付の自己負担額証明書管理番号 添付なし

申請者(被保険者)の住所 (フリガナ)
住所 〇〇市〇〇区〇〇1-1 △△マンション101
氏名 協会 太郎
委任者と代理人との関係
代理人の住所 〒 - 電話 ()

口座番号
9 9 × × × 9 9

フリガナ
協会 太郎

申請年月日 令和 年 月 日

受付年月日

「対象となる計算期間」内の医療保険の加入履歴をご記入ください。

マイナンバーによる情報連携により、自己負担額証明書および(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください(記入した場合は添付書類が必要です)。

口座情報は申請区分にかかわらず必ずご記入ください。

チェックリスト

● 申請時期

基準日の翌日(通常は8月1日)から2年以内に申請(ただし、該当される方が亡くなられた場合は、死亡日の翌日から2年以内となります)。

● 添付書類チェックリスト

<マイナンバーによる情報連携を希望しない場合>

自己負担額証明書(該当する場合)

計算対象期間(前年8月~7月)の間で、加入している医療保険に変更があった場合に該当申請書を提出する協会けんぽ都道府県支部以外の保険者(国保、組合)から交付された自己負担額証明書

<マイナンバーによる情報連携を希望しない場合>

非課税証明書(該当する場合)

申請者(被保険者)が申請対象年度の市区町村民税が非課税の場合に該当例えば、令和4年8月~令和5年7月の申請は、令和4年度非課税証明書の添付が必要

<マイナンバーを記入された場合>

本人確認書類貼付台紙(本人確認書類)



傷病手当金支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』49ページ参照

被保険者が病気やケガで4日以上仕事に就けず(連続する3日の休業を含む)、その間の給与を受けられないときに支給されます。

記載例

申請書は1～4頁をすべてそろえて提出をお願いします。ただし、退職等により資格喪失している場合であって、申請期間(2頁目)に在職期間が1日も含まれないときは、3頁目は空欄でご提出ください。

1 1頁目：被保険者(申請者)記入用

記号・番号は、保険証に記載されています。退職等で資格喪失されている方につきましては、資格喪失前の記号・番号をご記入ください。



※支給決定通知書上部()内の数字が(記号・番号)です。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・7桁の口座番号をご記入ください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

2 2頁目：被保険者(申請者)記入用

未来日の申請はできません。第1回目の申請は「待期間(3日間)」を含めてご記入ください。

記入漏れが多い箇所です。ご注意ください。

仕事の具体的な内容(例えば、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」等)をご記入ください。

※退職後の申請の場合は、在職時の仕事の内容をご記入ください。

申請の傷病名が療養担当者記入欄(4ページ目)に記入されている傷病名と同じ場合には、してください。相違する場合には、その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。

3 3 頁目：事業主記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ
事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む資金計算期間の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ															
勤務状況	2ページの申請期間のうち出勤した日付を「○」で囲んでください。(年/月)については出勤の有無に関わらずご記入ください。															
令和 05 年 10 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 05 年 11 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 05 年 12 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
例	05 年 02 月 01 日	から	05 年 02 月 28 日	3 0 0 0 0 0 円												
①	05 年 10 月 01 日	から	06 年 03 月 31 日	9 0 0 0 0 0 円												
②	05 年 11 月 01 日	から	05 年 11 月 30 日	1 0 0 0 0 0 円												
③	05 年 11 月 12 日	から	05 年 11 月 12 日	4 0 0 0 0 0 円												
④	05 年 12 月 29 日	から	05 年 12 月 30 日	1 6 0 0 0 0 円												
⑤		から		円												
⑥		から		円												
⑦		から		円												
⑧		から		円												
⑨		から		円												
⑩		から		円												
上記のとおり相違ないことを証明します。	令和 05 年 12 月 31 日															
事業所所在地	東京都千代田区△△1-1															
事業所名称	〇〇株式会社															
事業主氏名	健保 三郎															
電話番号	03xxxxxxx															

被保険者氏名(カタカナ)をご記入ください。

勤務状況について、出勤した日付を「○」で表示してください。
 なお、出勤した日付は、所定労働時間の一部労務に服した日も含まれます。
 ※有給休暇や公休日の記入は不要です。有給休暇は下段の①～⑩に支給した日と金額をご記入ください。

証明は、申請期間経過後の日付をご記入ください。

・出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合には、支給した日と金額をご記入ください。

・出勤していない日に対して支給した報酬等は、有給休暇の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(通勤手当・扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等の現物支給しているものが該当します。

・残業手当等の出勤した日に対して支給した報酬や、見舞金等の一時的に支給したものの記入は不要です。

※通勤手当等の報酬で、一定期間分を一括して支給する場合には、対象期間と金額をご記入ください。

例：10月1日～3月31日の6か月分通勤手当(90,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合⇒10月1日～3月31日 90,000円

例：11月1日～11月30日の扶養手当(10,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合⇒11月1日～11月30日 10,000円

※有給手当は、支給している額が同じで期間が継続している場合は、まとめてご記入ください。半日有給の場合は、対象期間と金額をご記入ください。

例：12月29日、30日に有給8,000円ずつ支給した場合
 ⇒12月29日～12月30日 16,000円

例：11月12日に半日有給を支給した場合⇒11月12日～11月12日 4,000円

4 4 頁目：療養担当者(医師等)記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書 4 ページ 療養担当者記入用

患者氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

労務不能と認められた期間 (治療中での労務の労務不能と認められた期間をいいます。) 05 年 10 月 22 日 から 05 年 12 月 31 日まで

傷病名 鎖骨骨折 初診日 (療養の給付の開始年月日) 2 平成 05 年 10 月 21 日

疾病または負傷の原因 自宅の庭で梯子から落下して受傷

疾病または負傷の日 2 平成 05 年 10 月 21 日

労務不能と認められた期間に該当した日がありましたか。 1 はい

上記期間中における (主治医の診察及び経過) (治療内容、検査結果、療養指導、等) 鎖骨バンドで鎖骨を固定した。骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要なため、労務不能と判断した。

上記のとおり相違ないことを証明します。 医療機関の所在地 東京都品川区△△1-1 06 年 01 月 06 日

医療機関の名称 ○○総合病院 医師の氏名 保険 五郎 電話番号 03-XXXX-XXXX

6 0 1 2 4 1 0 1 全国健康保険協会 協会けんぽ 4 / 4

患者氏名(カタカナ)をご記入ください。

治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間(証明日以前の期間)をご記入ください。ただし、期間のうち、労務不能と認められる期間が一部の場合は、右側の余白に労務不能と認められる日をご記入ください。

左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

チェックリスト

● 申請時期 就労不能であった日ごとにその翌日から2年以内

添付書類チェックリスト	必要な書類	備考
<input type="checkbox"/> 支給開始日以前の12カ月以内で事業所に変更があった場合	以前の各事業所の名称、所在地および各事業所に使用されていた期間がわかる書類	協会けんぽのホームページから入手可能
<input type="checkbox"/> 障害厚生年金を受けている方	〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉 障害厚生年金給付の年金証書および年金額改定通知書(いずれもコピー可)	
<input type="checkbox"/> 障害手当金の給付を受けている方	〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉 障害手当金の支給を証明する書類のコピー	年金額が変更になったら、その都度年金額改定通知書が必要
<input type="checkbox"/> 資格喪失後に老齢退職年金の給付を受けている場合	〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉 老齢退職年金給付の年金証書および年金額改定通知書(いずれもコピー可)	
<input type="checkbox"/> 労災保険から休業補償給付を受けている方	休業補償給付支給決定通知書のコピー	
<input type="checkbox"/> 第三者による傷病の場合	第三者行為による傷病届(P.7参照)	協会けんぽのホームページから入手可能
<input type="checkbox"/> 証明書等が外国語で記載されている場合	翻訳文(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)	
<input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合	戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄等を確認できる書類)	



出産手当金支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』51ページ参照

被保険者が出産のために仕事を休み、その間の給与を受けられないときに支給されます。

記載例

申請書は1～3頁目をすべてそろえて提出をお願いします。

健康保険 出産手当金 支給申請書 1 2 3 ページ 被保険者記入用

被保険者本人が産休のため会社を休み、その間の給与の支払いを受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合に使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者証 記号(左2桁) 21700023 番号(左7桁) 21 生年月日 1 61 01 22	氏名(カタカナ) キョウカイハナコ	氏名 協会 花子	郵便番号 1050000	電話番号 090XXXXXX	住所 東京 港区 〇〇1-1 △△マンション101
金融機関名称 〇〇〇〇	支店名 〇〇〇〇	預金種別 1 普通預金	口座番号 1234567		

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用のため、記入しないでください。

交付書類 職歴 戸籍(法定代理) 1. 届出 2. 届出 3. 届出 4. 届出 5. 届出 6. 届出 7. 届出 8. 届出 9. 届出 10. 届出

61114101 全国健康保険協会 協会けんぽ 1/3

記号・番号は、保険証に記載されています。退職等で資格喪失されている方につきましては、資格喪失前の記号・番号をご記入ください。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・7桁の口座番号をご記入ください。

金融機関名称 ゆうちょ	支店名 二三八	預金種別 1 普通預金	口座番号 1234567
----------------	------------	----------------	-----------------

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

申請期間は必ず漏れなくご記入ください。未来日の申請をすることはできません。

出産前の申請か出産後の申請かご記入ください。

出産後の証明の場合は、すべての欄をもちろん医師または助産師に記入してもらってください。

健康保険 出産手当金 支給申請書 1 2 3 ページ 被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名 協会 花子

申請期間(出産のために休んだ期間) 令和 04 年 03 月 11 日 から 令和 04 年 06 月 17 日

① 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、出産後の申請ですか? 2. 出産後

②-1 出産予定日 令和 04 年 04 月 21 日

②-2 出産後日 令和 04 年 04 月 22 日

③-1 出生児数 1 人

③-2 死産児数 0 人

④-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に期間を要しましたか? 1. はい

④-2 受けた期間に事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか? 1. はい

出産者氏名 協会 花子

出産予定日 令和 04 年 04 月 21 日

出産年月日 令和 04 年 04 月 22 日

出生児数 1 人

死産児数 0 人

死産の場合の死産日 日

上記のとおり間違いないことを証明します。
事業主の所在地 東京都港区〇〇2-3-4
医療機関の名称 〇〇総合病院
医師・助産師の氏名 保険 太郎
電話番号 03-XXXX-XXXX

61114101 全国健康保険協会 協会けんぽ 2/3

出産手当金支給申請書

記載例

出産手当金支給申請書

1 2 3 ページ

健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服さなかった期間を含む資金計算期間の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ) **キヨウカイ ハナコ**

姓と名の間は1マス空けて記入ください。連点「・」半濁点「・」は1字として記入ください。

勤務状況 2ページの申請期間のうち、出勤した日付を「○」で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

令和 04 年 03 月	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15)
令和 04 年 04 月	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15)
令和 04 年 05 月	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15)
令和 04 年 06 月	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15)
令和 04 年 07 月	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15)

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記「○」で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等の現物支給しているもの等

例	0 5 年 0 2 月 0 1 日 から 0 5 年 0 2 月 2 8 日	3 0 0 0 0 0 円
①	0 3 年 1 0 月 0 1 日 から 0 4 年 0 3 月 3 1 日	5 0 0 0 0 0 円
②	0 4 年 0 3 月 0 1 日 から 0 4 年 0 3 月 3 1 日	1 0 0 0 0 0 円
③	0 4 年 0 3 月 1 4 日 から 0 4 年 0 3 月 1 5 日	1 6 0 0 0 0 円
④		
⑤		
⑥		
⑦		
⑧		
⑨		
⑩		

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 **東京都千代田区△△1-1**

事業所名称 **〇〇株式会社**

事業主氏名 **健保 三郎**

電話番号 **03 × × × × × × × ×**

6 1 1 2 4 1 0

被保険者氏名(カタカナ)をご記入ください。

勤務状況について、出勤した日付を「○」で表示してください。
なお、出勤した日付は、所定労働時間の一部労務に服した日も含みます。
※有給休暇や公休日の記入は不要です。有給休暇は下段の①～⑩に支給した日と金額をご記入ください。

証明は、申請期間経過後の日付をご記入ください。

- ・出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合には、支給した日と金額をご記入ください。
- ・出勤していない日に対して支給した報酬等は、有給休暇の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(通勤手当・扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等の現物支給しているものが該当します。
- ・残業手当等の出勤した日に対して支給した報酬や、見舞金等の一時的に支給したものの記入は不要です。

④ 通勤手当等の報酬で、一定期間分を一括して支給する場合には、対象期間と金額をご記入ください。
例：10月1日～3月31日の6か月分通勤手当(50,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合
⇒10月1日～3月31日 50,000円

例：3月1日～3月31日の扶養手当(10,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合
⇒3月1日～3月31日 10,000円

⑤ 有給手当は、支給している額が同じで期間が継続している場合は、まとめてご記入ください。
例：3月14日、15日に有給8,000円ずつ支給した場合
⇒3月14日～3月15日 16,000円

チェックリスト

●申請時間
出産のため労務に服さなかった日ごとにその翌日から2年以内

- 添付書類チェックリスト
- 支給開始日以前の12ヵ月以内で事業所に変更があった場合
→ 以前の各事業所の名称、所在地および各事業所に使用されていた期間がわかる書類
※協会けんぽホームページから入手可能
 - 証明書等が外国語で記載されている場合
→ 翻訳文(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)
 - 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合
→ 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)

産前産後期間一覧表

※例 1月1日出産の場合、産前開始日11/21 産後終了日2/26

産前42日(多胎の場合は98日)産後56日・()はうるう年

出産日	1月出産		2月出産		3月出産		4月出産		5月出産		6月出産	
	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日
1	11/21	2/26	12/22	3/29 (3/28)	1/19 (1/20)	4/26	2/19 (2/20)	5/27	3/21	6/26	4/21	7/27
2	11/22	2/27	12/23	3/30 (3/29)	1/20 (1/21)	4/27	2/20 (2/21)	5/28	3/22	6/27	4/22	7/28
3	11/23	2/28	12/24	3/31 (3/30)	1/21 (1/22)	4/28	2/21 (2/22)	5/29	3/23	6/28	4/23	7/29
4	11/24	3/1 (2/29)	12/25	4/1 (3/31)	1/22 (1/23)	4/29	2/22 (2/23)	5/30	3/24	6/29	4/24	7/30
5	11/25	3/2 (3/1)	12/26	4/2 (4/1)	1/23 (1/24)	4/30	2/23 (2/24)	5/31	3/25	6/30	4/25	7/31
6	11/26	3/3 (3/2)	12/27	4/3 (4/2)	1/24 (1/25)	5/1	2/24 (2/25)	6/1	3/26	7/1	4/26	8/1
7	11/27	3/4 (3/3)	12/28	4/4 (4/3)	1/25 (1/26)	5/2	2/25 (2/26)	6/2	3/27	7/2	4/27	8/2
8	11/28	3/5 (3/4)	12/29	4/5 (4/4)	1/26 (1/27)	5/3	2/26 (2/27)	6/3	3/28	7/3	4/28	8/3
9	11/29	3/6 (3/5)	12/30	4/6 (4/5)	1/27 (1/28)	5/4	2/27 (2/28)	6/4	3/29	7/4	4/29	8/4
10	11/30	3/7 (3/6)	12/31	4/7 (4/6)	1/28 (1/29)	5/5	2/28 (2/29)	6/5	3/30	7/5	4/30	8/5
11	12/1	3/8 (3/7)	1/1	4/8 (4/7)	1/29 (1/30)	5/6	3/1	6/6	3/31	7/6	5/1	8/6
12	12/2	3/9 (3/8)	1/2	4/9 (4/8)	1/30 (1/31)	5/7	3/2	6/7	4/1	7/7	5/2	8/7
13	12/3	3/10 (3/9)	1/3	4/10 (4/9)	1/31 (2/1)	5/8	3/3	6/8	4/2	7/8	5/3	8/8
14	12/4	3/11 (3/10)	1/4	4/11 (4/10)	2/1 (2/2)	5/9	3/4	6/9	4/3	7/9	5/4	8/9
15	12/5	3/12 (3/11)	1/5	4/12 (4/11)	2/2 (2/3)	5/10	3/5	6/10	4/4	7/10	5/5	8/10
16	12/6	3/13 (3/12)	1/6	4/13 (4/12)	2/3 (2/4)	5/11	3/6	6/11	4/5	7/11	5/6	8/11
17	12/7	3/14 (3/13)	1/7	4/14 (4/13)	2/4 (2/5)	5/12	3/7	6/12	4/6	7/12	5/7	8/12
18	12/8	3/15 (3/14)	1/8	4/15 (4/14)	2/5 (2/6)	5/13	3/8	6/13	4/7	7/13	5/8	8/13
19	12/9	3/16 (3/15)	1/9	4/16 (4/15)	2/6 (2/7)	5/14	3/9	6/14	4/8	7/14	5/9	8/14
20	12/10	3/17 (3/16)	1/10	4/17 (4/16)	2/7 (2/8)	5/15	3/10	6/15	4/9	7/15	5/10	8/15
21	12/11	3/18 (3/17)	1/11	4/18 (4/17)	2/8 (2/9)	5/16	3/11	6/16	4/10	7/16	5/11	8/16
22	12/12	3/19 (3/18)	1/12	4/19 (4/18)	2/9 (2/10)	5/17	3/12	6/17	4/11	7/17	5/12	8/17
23	12/13	3/20 (3/19)	1/13	4/20 (4/19)	2/10 (2/11)	5/18	3/13	6/18	4/12	7/18	5/13	8/18
24	12/14	3/21 (3/20)	1/14	4/21 (4/20)	2/11 (2/12)	5/19	3/14	6/19	4/13	7/19	5/14	8/19
25	12/15	3/22 (3/21)	1/15	4/22 (4/21)	2/12 (2/13)	5/20	3/15	6/20	4/14	7/20	5/15	8/20
26	12/16	3/23 (3/22)	1/16	4/23 (4/22)	2/13 (2/14)	5/21	3/16	6/21	4/15	7/21	5/16	8/21
27	12/17	3/24 (3/23)	1/17	4/24 (4/23)	2/14 (2/15)	5/22	3/17	6/22	4/16	7/22	5/17	8/22
28	12/18	3/25 (3/24)	1/18	4/25 (4/24)	2/15 (2/16)	5/23	3/18	6/23	4/17	7/23	5/18	8/23
29	12/19	3/26 (3/25)	1/19	4/25	2/16 (2/17)	5/24	3/19	6/24	4/18	7/24	5/19	8/24
30	12/20	3/27 (3/26)	—	—	2/17 (2/18)	5/25	3/20	6/25	4/19	7/25	5/20	8/25
31	12/21	3/28 (3/27)	—	—	2/18 (2/19)	5/26	—	—	4/20	7/26	—	—

出産日	7月出産		8月出産		9月出産		10月出産		11月出産		12月出産	
	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日
1	5/21	8/26	6/21	9/26	7/22	10/27	8/21	11/26	9/21	12/27	10/21	1/26
2	5/22	8/27	6/22	9/27	7/23	10/28	8/22	11/27	9/22	12/28	10/22	1/27
3	5/23	8/28	6/23	9/28	7/24	10/29	8/23	11/28	9/23	12/29	10/23	1/28
4	5/24	8/29	6/24	9/29	7/25	10/30	8/24	11/29	9/24	12/30	10/24	1/29
5	5/25	8/30	6/25	9/30	7/26	10/31	8/25	11/30	9/25	12/31	10/25	1/30
6	5/26	8/31	6/26	10/1	7/27	11/1	8/26	12/1	9/26	1/1	10/26	1/31
7	5/27	9/1	6/27	10/2	7/28	11/2	8/27	12/2	9/27	1/2	10/27	2/1
8	5/28	9/2	6/28	10/3	7/29	11/3	8/28	12/3	9/28	1/3	10/28	2/2
9	5/29	9/3	6/29	10/4	7/30	11/4	8/29	12/4	9/29	1/4	10/29	2/3
10	5/30	9/4	6/30	10/5	7/31	11/5	8/30	12/5	9/30	1/5	10/30	2/4
11	5/31	9/5	7/1	10/6	8/1	11/6	8/31	12/6	10/1	1/6	10/31	2/5
12	6/1	9/6	7/2	10/7	8/2	11/7	9/1	12/7	10/2	1/7	11/1	2/6
13	6/2	9/7	7/3	10/8	8/3	11/8	9/2	12/8	10/3	1/8	11/2	2/7
14	6/3	9/8	7/4	10/9	8/4	11/9	9/3	12/9	10/4	1/9	11/3	2/8
15	6/4	9/9	7/5	10/10	8/5	11/10	9/4	12/10	10/5	1/10	11/4	2/9
16	6/5	9/10	7/6	10/11	8/6	11/11	9/5	12/11	10/6	1/11	11/5	2/10
17	6/6	9/11	7/7	10/12	8/7	11/12	9/6	12/12	10/7	1/12	11/6	2/11
18	6/7	9/12	7/8	10/13	8/8	11/13	9/7	12/13	10/8	1/13	11/7	2/12
19	6/8	9/13	7/9	10/14	8/9	11/14	9/8	12/14	10/9	1/14	11/8	2/13
20	6/9	9/14	7/10	10/15	8/10	11/15	9/9	12/15	10/10	1/15	11/9	2/14
21	6/10	9/15	7/11	10/16	8/11	11/16	9/10	12/16	10/11	1/16	11/10	2/15
22	6/11	9/16	7/12	10/17	8/12	11/17	9/11	12/17	10/12	1/17	11/11	2/16
23	6/12	9/17	7/13	10/18	8/13	11/18	9/12	12/18	10/13	1/18	11/12	2/17
24	6/13	9/18	7/14	10/19	8/14	11/19	9/13	12/19	10/14	1/19	11/13	2/18
25	6/14	9/19	7/15	10/20	8/15	11/20	9/14	12/20	10/15	1/20	11/14	2/19
26	6/15	9/20	7/16	10/21	8/16	11/21	9/15	12/21	10/16	1/21	11/15	2/20
27	6/16	9/21	7/17	10/22	8/17	11/22	9/16	12/22	10/17	1/22	11/16	2/21
28	6/17	9/22	7/18	10/23	8/18	11/23	9/17	12/23	10/18	1/23	11/17	2/22
29	6/18	9/23	7/19	10/24	8/19	11/24	9/18	12/24	10/19	1/24	11/18	2/23
30	6/19	9/24	7/20	10/25	8/20	11/25	9/19	12/25	10/20	1/25	11/19	2/24
31	6/20	9/25	7/21	10/26	—	—	9/20	12/26	—	—	11/20	2/25

出産手当金支給申請書



出産育児一時金支給申請書等

『協会けんぽGUIDEBOOK』52ページ参照

被保険者が出産したときは「出産育児一時金」が、被扶養者が出産したときは「家族出産育児一時金」が支給されます。

記載例

出産育児一時金支給申請書等

1 医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用し、差額の支給が生じる場合 出産育児一時金 内払金支払依頼書

記号・番号は、保険証に記載されています。



家族(被扶養者)が出産した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・7桁の口座番号をご記入ください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

「医師・助産師による出産証明」、または「市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明」を受けてください。死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。

ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産の場合」は「生年月日」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは「死産の場合」は「死産年月日」および「妊娠日数(週数)」が記載されている場合は必要ありません。

●内払金支払依頼書と差額申請書の違いについて

医療機関等への直接支払制度を利用された場合に、出産費用が一時金の支給額を下回り、一時金と医療機関等の代理受取額との差額が発生する場合は、医療機関等へ代理受取額の支払いを行うとともに、医療機関等へ代理受取額をお支払いした旨および差額分を申請いただく旨のご案内が記載された「出産育児一時金等支給決定通知書」(以下「通知書」といいます)が協会けんぽから加入者の方へ送付されます(出産日から2~3ヵ月後)。通知書を受け取られた後に申請書を提出する場合は、通知書に同封された「差額申請書」を提出いただき、医療機関等への代理受取額が支払われておらず、通知書を受け取る前に早期に差額分の受取りを希望される場合は「内払金支払依頼書」をご提出ください。

チェックリスト

●申請時期

医療機関等への直接支払制度を利用する場合に、出産育児一時金と医療機関等に振り込まれる代理受取額との差額について支払いを希望するとき

●添付書類チェックリスト

直接支払制度あり

内払金支払依頼書

出産育児一時金内払金支払依頼書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明
※領収・明細書に、出産の場合は「生年月日」および「出生児数」が、死産の場合は「死産年月日」および「妊娠日数(週数)」が記載されてあれば省略可

領収・明細書のコピー(「専用請求用紙の内容と相違ありません」の表示があるもの)

直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー

差額申請

不要

※内払金支払依頼書での請求がなく、協会けんぽから申請の勧奨があった場合を差額申請といい、その場合に限っては添付書類はありません。

被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合

戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)

2 医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用しなかった場合 出産育児一時金支給申請書

家族(被扶養者)が出産した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。記号・番号は、保険証に記載されています。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・7桁の口座番号をご記入ください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

「医師・助産師による出産証明」または「市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明」を受けてください。死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。証明を受けることができない場合は、「出生(死産)が確認できる書類」を添付してください。

【出生の場合】
戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳、住民票等の原本
【死産の場合】
死産証明書(死胎検案書)等のコピー

チェックリスト

● **申請時期** 出産日の翌日から2年以内

● 添付書類チェックリスト

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 直接支払制度なし | <input type="checkbox"/> 出産育児一時金支給申請書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明(死産の場合は、医師・助産師の証明)
<input type="checkbox"/> 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文(翻訳者の署名、住所および連絡先を記入)
(産科医療補償制度の対象分娩である場合)
<input type="checkbox"/> 「産科医療補償制度の対象分娩であること」が明記された領収明細書のコピー
<input type="checkbox"/> 直接支払制度を利用していないことを証明する文書のコピー(領収・明細書にその旨が記載されている場合、また海外での出産の場合は不要) |
| <input type="checkbox"/> 海外で出産した場合 | ・下記の3点を添付してください。(証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。)
<input type="checkbox"/> 出産を担当した海外の医療機関等の医師・助産師の証明書(※1)
<input type="checkbox"/> 出産した日(期間)において、実際に海外に渡航していた事実が確認できる書類(パスポート、査証(ビザ)、航空チケット等のコピー)
<input type="checkbox"/> 海外出産の事実、内容について、協会けんぽが当該海外出産を担当した海外の医療機関等に照会することに関する当該海外出産をした者の同意書
(※1) 証明書を添付できない場合は、下記のいずれかを添付
① 出生したことを確認できる書類(戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、出生届受理証明書等)(死産の場合は、死産証書(死胎検案書)等のコピー)
② i 海外の公的機関が発行する戸籍や住民登録に関する書類、および、ii 「医師・助産師の証明の添付が困難である理由」と「出産した医療機関名・担当医等」を記載した書面 |
| <input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合 | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などが確認できるもの) |



埋葬料(費)支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』54ページ参照

被保険者・被扶養者が業務外の事由により亡くなった場合、埋葬料(費)が支給されます。亡くなった方、申請する方により、「埋葬料」「埋葬費」「家族埋葬料」に分かれます。

記載例

1 埋葬料(費)支給申請書 被保険者が亡くなった場合

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1 2 ページ 被保険者記入用

加入者がお亡くなりになり、埋葬料(費)を受け取る場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者証 記号(定づめ) 番号(定づめ) 生年月日

被保険者氏名(カタカナ) 協会 花子

氏名(フリガナ) 協会 花子

郵便番号(ハイフンを除く) 1050000 電話番号(定づめ)ハイフンを除く 090XXXXXX

住所 東京 港区 1-1 〇〇マンション101

金融機関名称 〇〇〇〇 支店名 〇〇〇〇

預金種別 1 普通預金 口座番号(定づめ) 1234567

社会保険事務士の提出代行番号記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MVA確認(強制保険) 死亡証明書 生計維持費 埋葬費用 戸籍(法定代理)

63122101 全国健康保険協会 協会けんぽ (2022.12) 1/2

記号・番号は、保険証に記載されています。



被保険者が亡くなられての申請の場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※被保険者証の記号・番号と生年月日欄は「被保険者」の情報をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・7桁の口座番号をご記入ください。

金融機関名称 ゆうちょ 支店名 ニ三八

預金種別 1 普通預金 口座番号(定づめ) 1234567

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

「1」とご記入ください。

「1」または「2」をご記入ください。

「①-2申請区分」が「2.埋葬費」の場合のみご記入ください。また、埋葬に要した費用の領収書と明細書を添付してください。

事業主に証明を受けてください。証明が受けられない場合、死亡したことのわかる書類の添付が必要です。

氏名と口座について、死亡された被保険者の情報を記入する不備が多くなっておりまますので、ご注意ください。

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

1 2 ページ 被保険者・事業主記入用

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 死亡区分 1. 被保険者 2. 被扶養者

①-2 申請区分 1. 埋葬料(被保険者の死亡かつ、生計維持費(本人申請) 2. 埋葬費(被保険者の死亡かつ、生計維持費(本人申請) 3. 家族埋葬料(家族(被扶養者)の死亡かつ、被扶養者による申請)

死亡した方の氏名(カタカナ) 協会 太郎

死亡した方の生年月日 21 01 05

死亡年月日 04 04 01

性別(身分関係) 妻

①-1 死亡の原因 1. 交通事故(業務外)での傷害 2. 仕事(業務上)での過労 3. 業務外での傷害

①-2 労務管理、通勤災害の認定を受けていますか? 1. はい 2. いいえ 3. 未定

①-3 葬儀の費用(葬儀費)の負担 1. はい 2. いいえ

①-4 葬儀費用(葬儀費)の負担 1. 葬儀費用(葬儀費)の負担 2. 葬儀費用(葬儀費)の負担

①-5 葬儀費用(葬儀費)の負担 1. 葬儀費用(葬儀費)の負担 2. 葬儀費用(葬儀費)の負担

①-6 葬儀費用(葬儀費)の負担 1. 葬儀費用(葬儀費)の負担 2. 葬儀費用(葬儀費)の負担

①-7 葬儀費用(葬儀費)の負担 1. 葬儀費用(葬儀費)の負担 2. 葬儀費用(葬儀費)の負担

①-8 葬儀費用(葬儀費)の負担 1. 葬儀費用(葬儀費)の負担 2. 葬儀費用(葬儀費)の負担

①-9 葬儀費用(葬儀費)の負担 1. 葬儀費用(葬儀費)の負担 2. 葬儀費用(葬儀費)の負担

①-10 葬儀費用(葬儀費)の負担 1. 葬儀費用(葬儀費)の負担 2. 葬儀費用(葬儀費)の負担

死亡した方の氏名(カタカナ) 協会 太郎

死亡年月日 04 04 05

事業主所在地 東京都千代田区 〇〇 1-1

事業主名称 株式会社

事業主住所 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇

事業主代表者 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇

63122101 全国健康保険協会 協会けんぽ (2/2)

2 埋葬料(費)支給申請書 被扶養者が亡くなった場合

記号・番号は、保険証に記載されています。

「2」とご記入ください。

「3」とご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・7桁の口座番号をご記入ください。

事業主に証明を受けてください。証明が受けられない場合、死亡したことのわかる書類の添付が必要です。

チェックリスト

- **申請時期**
 - 埋葬料・家族埋葬料：死亡した日の翌日から2年以内
 - 埋葬費：埋葬を行った日の翌日から2年以内
 - **添付書類チェックリスト**
- | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|---|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 被保険者死亡 | <input type="checkbox"/> | 申請者と被保険者の間に生計維持関係がある | <input type="checkbox"/> | 申請者は被扶養者である → 生計維持確認の添付書類不要 | <input type="checkbox"/> | 申請者は被扶養者でない → 生計維持確認の添付書類必要(下記のいずれか) |
| | 埋葬料 | <input type="checkbox"/> | 住居が同じ場合 → 被保険者の住民票除票の原本および申請者の住民票の原本 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 住居が別の場合 → 仕送りのわかる預貯金通帳等のコピーまたは亡くなった方が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書等 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 事業主による死亡の証明 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 申請者と被保険者の間に生計維持関係がない | <input type="checkbox"/> | 埋葬費用の領収書の原本(宛名が申請者のフルネームで記載されたもの) | <input type="checkbox"/> | 領収書の内訳が記載された書類(明細書等) |
| | 埋葬費 | <input type="checkbox"/> | 事業主による死亡の証明 | | | |
| <input type="checkbox"/> 被扶養者死亡 | | <input type="checkbox"/> | 上記いずれの場合も事業主による死亡の証明が受けられないときは任意継続被保険者(被扶養者)が亡くなった場合は、埋葬許可証または火葬許可証のコピー、死亡診断書のコピー、死体検案書または検視調書のコピー、亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本、住民票のいずれかを添付 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> | 死亡原因の負傷が第三者の行為による場合 → 「第三者行為による傷病届」(P.7参照)を提出 | | | | |



健康保険制度・申請書の書き方

Q & A



保険証の再交付申請

Q

保険証を失くしてしまったので、申請書に記載する記号・番号がわかりません。どうしたらいいですか？

A

申請書のマイナンバー記入欄にマイナンバーを記入して申請してください。
なお、その際はマイナンバーの本人確認書類等を添付してください。



健康保険の任意継続



Q₁

在職時の保険証を会社に返却しており、記号・番号がわかりません。どうしたらいいですか？

A₁

申請書のマイナンバー記入欄にマイナンバーを記入して申請してください。
なお、その際はマイナンバーの本人確認書類等を添付してください。

Q₂

任意継続に加入するにあたり申請書の提出先はどこの支部となりますか？

A₂

お住まいの都道府県支部にご提出ください。

Q₃

健康保険料はいくらになりますか？

A₃

任意継続に加入した場合の保険料につきましては、**お住まいの都道府県支部にお問い合わせいただくか、協会けんぽHPをご確認ください。**

Q4 国民健康保険に切り替えたいので手続き方法を教えてください。

A4 任意継続健康保険をやめることを希望する場合、**任意継続被保険者資格喪失申出書を提出することにより資格を喪失**することができます。
手続き終了後、協会けんぽが送付する資格喪失通知を添えて、お住まいの市区町村役場で、**国民健康保険の加入手続き**を行ってください。

Q5 もうすぐ任意継続に加入して2年になるため資格喪失しますが、資格喪失通知書はいつ届きますか？

A5 資格喪失通知書は**資格喪失日の4営業日前に発送**いたします。

Q6 国民健康保険の保険料がいくらになるのか教えてください。

A6 国民健康保険の保険料につきましては、**お住まいの市区町村役場**にお問い合わせください。



第三者行為による傷病届



Q1 交通事故に遭ったのですが、保険証を使用してもいいですか？

A1 第三者等の行為が原因でケガをした場合でも、仕事や通勤途中の事故でなければ、健康保険で診療を受けることができます。その場合は、**「第三者行為による傷病届」の提出が必要**です。

Q2 保険会社に保険証を使うように言われました。使ってもいいですか？

A2 第三者等の行為が原因でケガをした場合でも、仕事や通勤途中の事故が原因でなければ、健康保険で診療を受けることができます。その場合は、**「第三者行為による傷病届」の提出が必要**です。

Q3 「第三者行為による傷病届」はいつ提出すればいいですか？

A3 第三者等の行為が原因でケガをした場合で健康保険で診療を受けるときは、**可能な限りすみやかに**加入している協会けんぽ都道府県支部に提出してください。

Q4 交通事故では加害者ですが、被害者名と加害者名どちらを書けばいいですか？

A4 過失割合に関係なく、**協会けんぽに加入している方を被害者欄に記入**をしてください。

Q5 保険会社に記入を手伝ってもらうことは可能ですか？

A5 基本的に被保険者が記入することになりますが、**損害保険会社等に依頼することも可能なため、損害保険会社等にご相談**ください。



限度額適用認定証



Q1 70歳以上(2割負担)で病院から限度額適用認定証の手続きをするように言われましたが、手続きが必要ですか？

A1 70歳以上で一般所得者(2割負担)の方は、被保険者の市区町村民税が非課税である場合を除き、**手続きを行っていただく必要はございません。**

Q2 有効期限が切れそうなので更新をしたいです。どうすればいいですか？

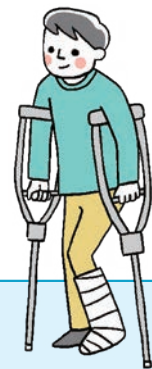
A2 新たに「**限度額適用認定申請書**」をご提出いただく必要がございます。

Q3 前月(またはそれ以上遡って)から有効な限度額適用認定証を発行してほしいです。どうすればいいですか？

A3 限度額適用認定証は、**申請のあった月の初日から発行**することとされています。
なお、前月以前に自己負担額を超えて医療費の支払いをした場合、後日、高額療養費を申請することにより差額が支給されます。

Q4 申請してからどれくらいで届きますか？

A4 **発行までおおよそ1週間要**します(申請書に不備等があった場合を除く)。



高額療養費

Q₁ 申請して2ヵ月経過しましたが、まだ支給がありません。いつ頃支払われますか？

A₁ 医療機関等から提出される診療報酬明細書の確認が必要であることから、**支給決定まで診療月後3ヵ月以上**かかります。

Q₂ 月をまたがって入院した場合の申請書記入方法を教えてください。

A₂ 高額療養費は1ヵ月にかかった医療費をもとに計算するため、**1ヵ月毎に1枚申請書をご提出いただく必要**があります。

Q₃ 領収書の添付は必要ですか？

A₃ 領収書の**添付は不要**です(他の公的制度から医療費の助成を受けている場合は領収書のコピーが必要です)。



埋葬料(費)・家族埋葬料



Q 被保険者死亡後に申請をする場合、被保険者情報の記載方法について教えてください。

A **記号・番号・生年月日は亡くなった被保険者の情報を、氏名・住所・電話番号は申請する方の情報**をご記入ください。

各種申請書の提出は郵送で！



書類により、提出先は2カ所に分かります

健康保険に関する申請書は、種類によって提出先が異なります。必要な申請用紙は、ホームページからダウンロード・印刷してご使用いただけます。郵送での提出にご協力お願いいたします。

協会けんぽに
ご提出いただく申請書

日本年金機構 (年金事務所)に
ご提出いただく申請書 (電子申請がおすすめです)

各申請書の様式は変更する場合があります。最新の様式は、
協会けんぽもしくは日本年金機構のホームページからダウンロードしてください。

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp>

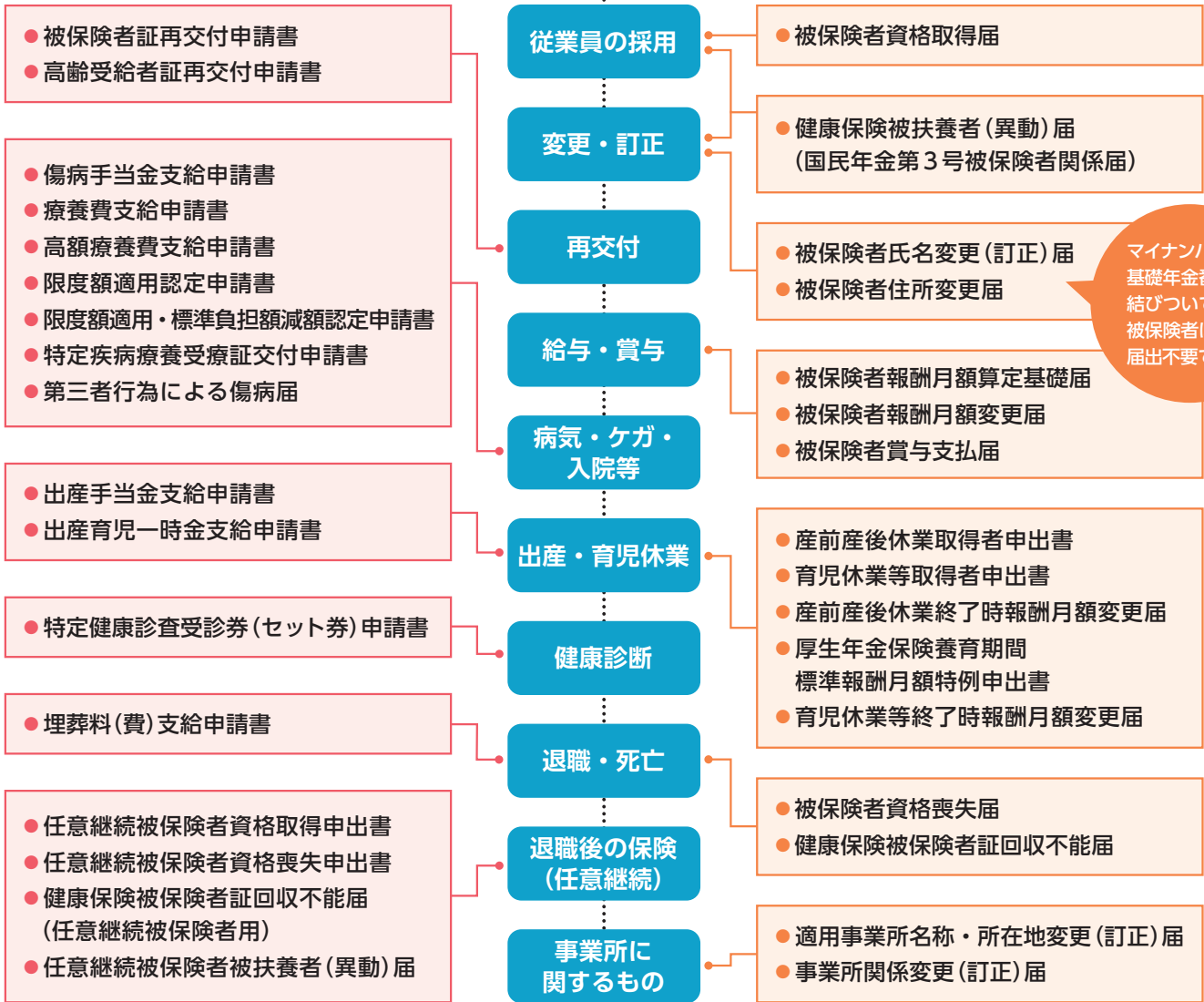
協会けんぽ

検索

<https://www.nenkin.go.jp>

日本年金機構

検索



マイナンバーと基礎年金番号が結びついている被保険者は原則届出不要です。