



協会けんぽ案内人。
健康保険の制度に
ついて、わかりやすく
ご案内します。

健康保険はこの1冊で

協会けんぽ まるわかりガイド



そぞっかしくてケガばかりしている営業マンと、夫の健康が気掛かりな妻。

総務部課長。
社員を陰から支える緑の下のカ持ち的ベテラン社員。

入社1年目。仕事に不慣れながらも愛嬌で乗り切る総務部のアイドル。

「社員は会社の宝」と考え、常に社員の健康を第一に考えている社長の姪。

仕事一筋の熱血営業マン。肥満と高血圧を放っておいた為に生活習慣病に。

総務部配属3年目。新人を優しく指導する頼れる先輩。



全国健康保険協会 愛知支部
協会けんぽ

I

協会けんぽとは

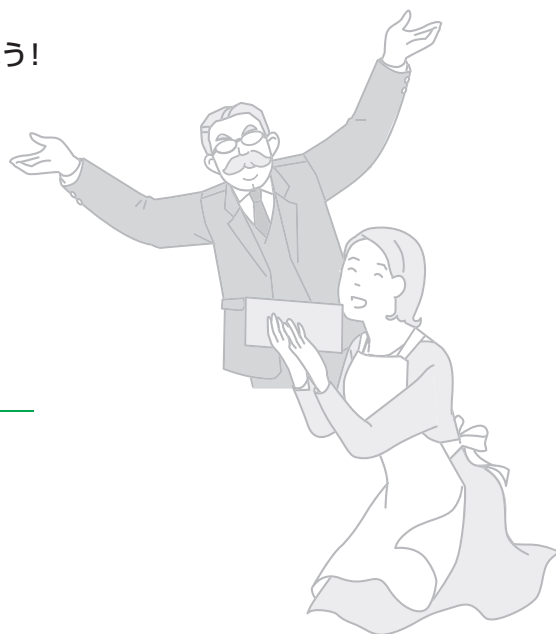
- P.1 健康保険制度と協会けんぽ
- P.2 保険料のしくみ



II

ずっと健康に暮らすための健康づくり

- P.4 年に一度は健診を 被保険者の生活習慣病予防健診
- P.6 健診は受けた後が肝心 健康サポート(特定保健指導)を利用しよう!
- P.7 従業員を支えるご家族の健康を守る 特定健診
- P.8 社員の健康を守る職場へ まずは「健康宣言」から始めましょう!



III

もしものときに頼りになる「健康保険」

- P.10 入社(資格取得)するとき — 保険証の交付
- P.12 病気やケガで医療機関等にかかるとき — 保険証の使用
- P.15 医療費や装具代金等を全額自己負担したとき — 療養費
- P.19 負傷(ケガ)がもとで申請するとき — 負傷原因届
- P.20 交通事故などがあったとき — 第三者行為による傷病届
- P.22 医療費が高額になったとき — 高額療養費・限度額適用認定証
- P.29 病気やケガで仕事を休んだとき — 傷病手当金
- P.35 出産したとき — 出産育児一時金
- P.38 出産のため仕事を休んだとき — 出産手当金
- P.42 亡くなったとき — 埋葬料(費)・家族埋葬料
- P.45 退職(資格喪失)するとき — 保険証の返却
- P.46 退職(資格喪失)後の健康保険
- P.48 申請書・届出書はホームページから
- P.49 さらに詳しく&お得に活用するには けんぽ委員に登録しよう!



協会けんぽは
日本最大の
保険者です。

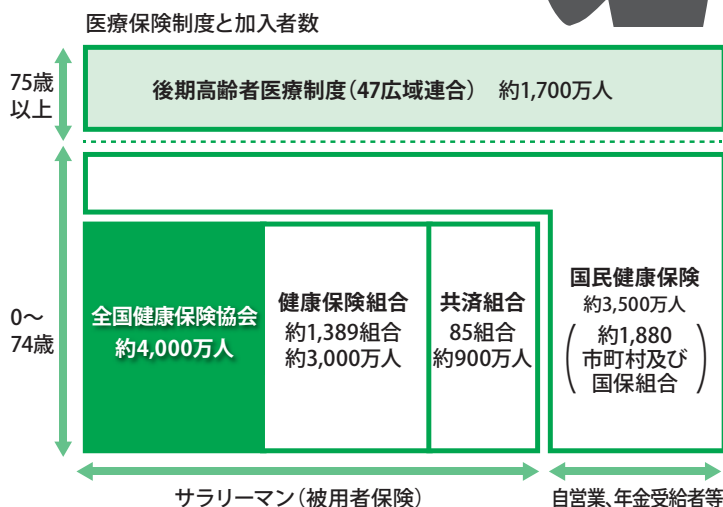


健康保険制度と協会けんぽ

日本の健康保険制度

日本では、国民全員が公的な健康保険に加入する「国民皆保険制度」となっていますが、年齢と職業や地域などにより加入先(保険者)が異なります。

協会けんぽは、主に中小企業にお勤めの方とご家族が加入する日本最大の保険者です。
協会けんぽでは、加入者の方の健康増進のための「保健事業」と、もしものときの「保険事業」を行い、加入事業所と加入者の皆様の利益の実現に取り組んでいます。



協会けんぽの加入者

事業所にお勤めされているご本人を「被保険者」といいます。

健康保険に加入している事業所(適用事業所)で、一定の条件のもとで勤務している場合、国籍・性別・年齢・賃金の額などに関係なく、「被保険者」となります。

※試用期間の方やパートタイマーであっても条件を満たしていれば、加入しなくてはなりません。なお、臨時に短い期間を定めて使用される方は一般の被保険者から除外されます。

被保険者に扶養されている家族を「被扶養者」といいます。

被保険者に生計を維持されている家族の場合、以下の3つの条件を満たすと「被扶養者」として健康保険に加入することができます。被扶養者になると、保険料を負担することなく、保険給付を受けることができます。

被扶養者の条件

- 主として被保険者の収入により生計を維持されている75歳未満の方(後期高齢者医療制度の被保険者とならない方)
- 対象となる家族範囲
3親等内の親族
※双方に戸籍上の配偶者が不在の内縁の配偶者およびその父母および子ども含まれます。
- 被扶養者となるための収入条件

同居の場合 (下記2つの条件を満たした場合)

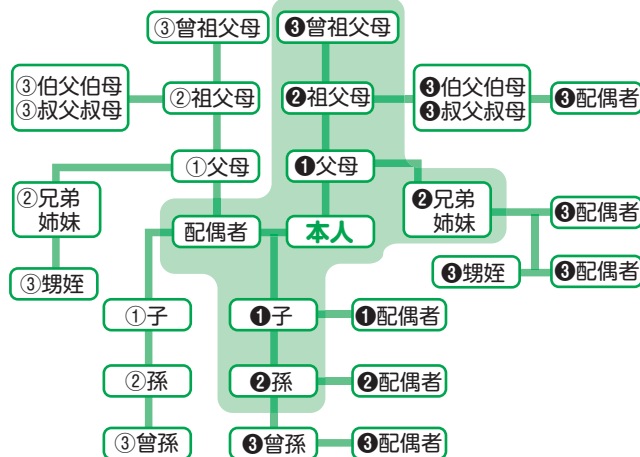
- 年間収入130万円未満(60歳以上の方または障害者の方は年間収入180万円未満)
- 被保険者の年間収入の2分の1未満であること

別居の場合 (下記2つの条件を満たした場合)

- 年間収入130万円未満(60歳以上の方または障害者の方は年間収入180万円未満)
- 被保険者からの仕送り額より少ないこと

被扶養者になれる人の範囲(3親等内の親族)

※数字は親等級を表します。 枠外の人は同居が条件となります。



事業主の皆さまへ

被扶養者資格の再確認を行っています

協会けんぽでは、年に一度、就職などで健康保険の被扶養者に該当しなくなった方の確認を行っています。皆さまのご理解とご協力をお願いします。

再確認については、毎年6月から順次「被扶養者状況リスト」を各事業所へお送りします。被扶養者に該当するかご確認いただき、提出期限までにご提出ください。

平成30年度 再確認の効果

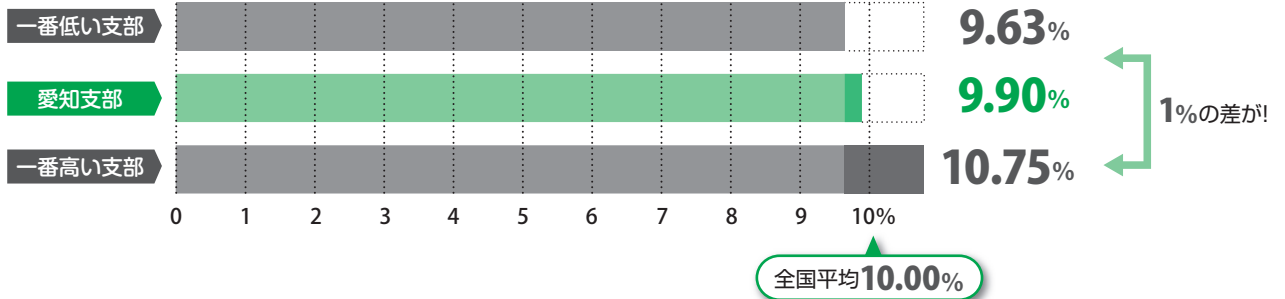
- 被扶養者から除かれた方・・・約7.1万人
- 効果額(高齢者医療制度への負担軽減額)・・・約17億円の見込み

保険料のしくみ

保険料率は都道府県支部単位

保険料率は、地域の医療費などを反映し都道府県支部毎に決められています。このため、疾病予防の努力などにより地域の加入者の医療費が下がれば、その分の保険料を下げる事が可能となるしくみです。

平成31年度の保険料率



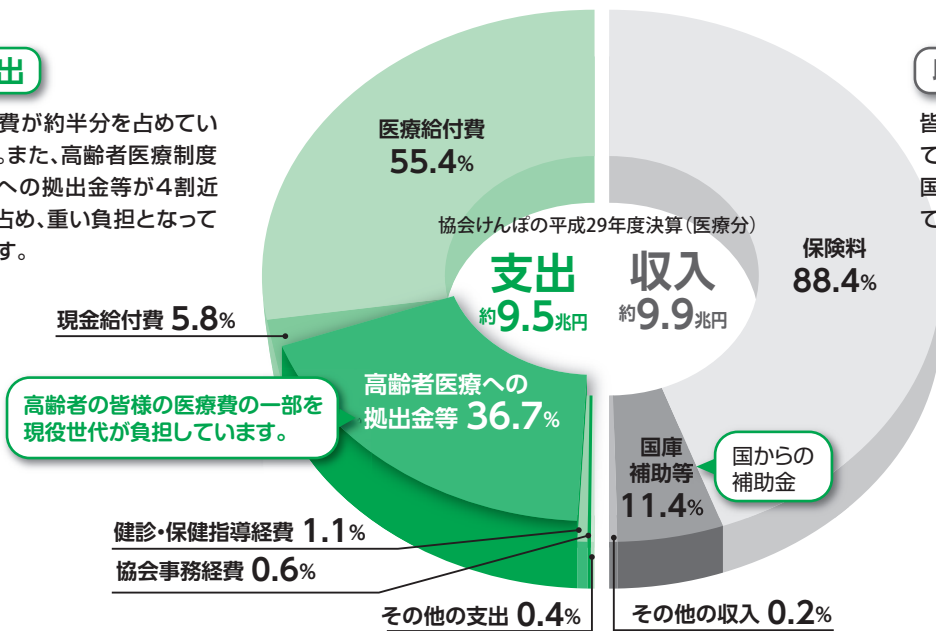
協会けんぽの財政

支出

医療費が約半分を占めています。また、高齢者医療制度などへの拠出金等が4割近くを占め、重い負担となっています。

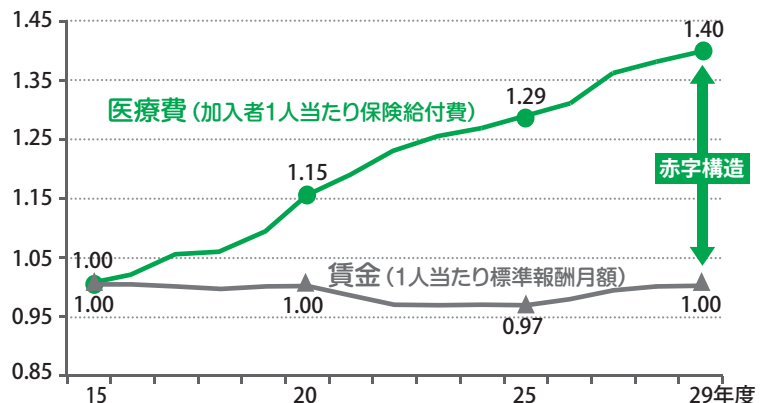
収入

皆様に納めていただいている保険料が約9割、国庫補助が約1割を占めています。



近年は、被保険者の増加等、一時的な要因により保険料収入等が増加し黒字が続いています。しかし、高齢化などによる医療費支出の伸びが賃金の伸びを上回り、協会けんぽの保険財政は赤字構造にあり、長期的に考えると厳しい見通しです。

医療費と報酬(賃金)の伸び(対平成15年度の指数)



新たな保険料率決定のしくみ

「インセンティブ制度」平成30年度より開始!

インセンティブ制度とは、5つの指標に基づき、全支部をランク付け。上位過半数の支部に該当すれば得点数に応じてインセンティブ(報奨金)が付与され、保険料率が引き下げられます。

※インセンティブの財源として、全支部の保険料率の中に0.01%が段階的に盛り込まれます。

5つの指標

- ① 特定健診等の受診率
- ② 特定保健指導の実施率
- ③ 特定保健指導対象者の減少率
- ④ 要治療者の医療機関受診率
- ⑤ ジェネリック医薬品の使用割合



会社が率先して、社員の「健康づくり」に取り組んでいくことが重要!

具体的に何に取り組めばいいの? まずは貴社の状態をチェック

Checkpoint

- ① 従業員が全員健診を受けている
 → 協会けんぽの健診を利用している、または定期健診結果データを提供している 詳しくは P.4~5
- ② 健診後の健康サポート(特定保健指導)を利用している
 → 協会けんぽの健康サポートが受けられるよう場所の提供や勤務時間の調整をしている 詳しくは P.6
- ③ 従業員が健康サポートの対象者にならないよう従業員の健康づくり(健康経営)に取り組んでいる 詳しくは P.8
- ④ 健診の結果が「要治療」の従業員に医療機関への受診を促している 詳しくは P.6
- ⑤ ジェネリック医薬品について従業員に周知している 詳しくは P.14



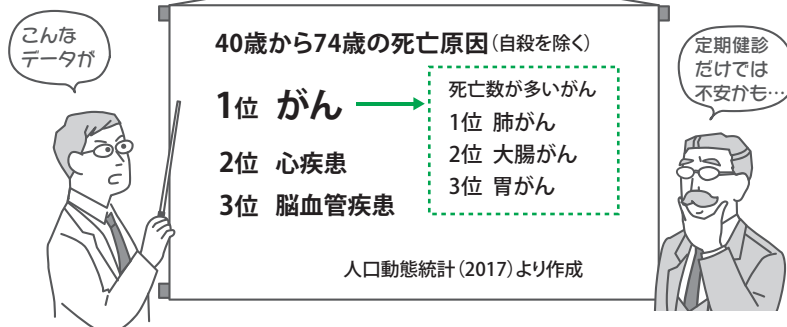
年に一度は健診を 被保険者の生活習慣病予防健診



**定期健診にも使える
お得&安心の「生活習慣病予防健診」をご利用ください。**

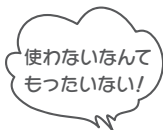
生活習慣病予防健診とは?

心疾患や脳血管疾患発症のリスクを高める生活習慣病(高血圧や糖尿病等)やがんを早期発見・早期治療するための健康診断です。労働安全衛生法の定期健診項目に加えて、胃がん検診や大腸がん検診が受けられます。



対象 35歳～74歳の被保険者
(その年の4月2日から翌年の4月1日の間に対象年齢になる人はその年の4月から受診できます。)

期間 通年 (その年の4月1日から翌年3月31日までの中で1回補助が受けられます。)



協会けんぽの健診なら、
**定期健診の代わりになる上に、
“3大がん検診”もカバー それなのに
費用は7,000円程度で受けられます!!**



※()内は消費税率10%に変更された場合の自己負担額の最高額です

健診の種類	主な検査項目	対象者	平成31年度の自己負担額
一般健診	診察等、身体計測、血圧測定、尿検査、便潜血反応検査、血液検査、心電図検査、胸部レントゲン検査、胃部レントゲン検査	35歳～74歳	最高7,038円 (7,169円)
	眼底検査 医師が必要と判断した場合のみ実施		最高78円 (79円)
子宮頸がん検診 (単独受診)	問診、細胞診 (子宮頸部の細胞を採取して調べます)	20歳～38歳の偶数年齢の女性	最高1,020円 (1,039円)

約18,000円の健診が補助で60%オフ

一般健診に追加して受診する健診 (下記内容を単独受診することはできません)

健診の種類	主な検査項目	対象者	平成31年度の自己負担額
付加健診	尿沈渣顕微鏡検査、血液学的検査、生化学的検査、眼底検査、肺機能検査、腹部超音波検査	一般健診を受診する40歳および50歳の方	最高4,714円 (4,802円)
乳がん検診	問診、乳房エックス線検査 視診・触診 (医師が必要と判断した場合のみ)	一般健診を受診する40歳～74歳の偶数年齢の女性	【50歳以上】 最高1,066円 (1,086円) 【40歳～48歳】 最高1,655円 (1,686円)
子宮頸がん検診	問診、細胞診 (子宮頸部の細胞を採取して調べます)	一般健診を受診する36歳～74歳の偶数年齢の女性	最高1,020円 (1,039円)
肝炎ウイルス検査	HCV抗体検査 HBs抗原検査	一般健診を受診する方のうち、過去にC型肝炎検査を受けたことがない方	最高612円 (624円)

健診の結果、生活習慣の改善が必要な方は、保健師等によるフォローを実施しています (詳細は P.6)

申し込み
手続きは簡単
2ステップ

手続き方法



ステップ1 健診機関に予約

- ・全国で受診OK
- ・バス検診で受診できる機関もあり!

健診機関および健診費用は、ホームページでご確認いただけます



ステップ2 協会けんぽに申し込み

手書き申込書

毎年、
3月末~4月
にお届け

おすすめ

or

インターネットサービスで申込み

インターネットサービスなら簡単&便利!

健診対象者一覧をデータでダウンロード!

&

健診申込みもインターネットでOK!

●手続き方法

ID/パスワード申請

約2週間後文書で届く

データをダウンロード

協会けんぽホームページ
右のパナーをクリック



健診機関に予約した後は、作成した
リストを使って、インターネットで
申し込み(アップロード)可能



パソコン上で
対象者の管理が
できる!

生活習慣病予防健診を利用できないときは

定期健診の結果データをご提供ください

法律で定められています

「労働安全衛生法」や「高齢者の医療の確保に関する法律」では、事業者に対し、労働者への「健康診断」に加え、「医療保険者(協会けんぽ)への健診結果記録の提供」を義務付けています。

※受診者本人の同意を得なくても、提供することができます。

健診結果を提供するメリット

- 健診後のサポートが受けられます (詳しくは P.6)
 - 保険料に反映されます (インセンティブ制度 (詳しくは P.3) の評価指標の一つです)
- 40歳以上の社員の健診受診率は最重要ポイントですが、協会けんぽの健診をご利用でない場合、定期健診を受けていてもデータをご提供いただかないと、健診受診率に正しく反映されません。

どのように提供するの?

「同意書」をご提出いただくだけ

健診結果の紙でのご提供はお手間をおかけするため、同意書に基づき協会けんぽから健診機関へ直接依頼します。 ※一部対応していない健診機関があります。



紙での提出不要



対象

40~75歳未満の方の健診結果データ
(協会けんぽの生活習慣病予防健診を受けている方は提出不要です)

定期健診(事業者健診)結果の提供に関する同意書

当社は全国健康保険協会愛知支部(以下「愛知支部」という)に対し、以下の①~③について同意します。

- 1 当社が労働安全衛生法第68条の規定に基づき実施した定期健診(事業者健診)のうち、40歳以上75歳未満の協会けんぽ加入者である社員(以下「対象者」という)の特定健診結果データ(以下「結果データ」という)を、高齢者の医療の確保に関する法律第27条第4項第2号の規定に基づき愛知支部に提供すること。
- 2 健診機関が対象者の結果データを作成するにあたり必要な各種「健康保険者の証明書」を、性別及び生年月日(期)を愛知支部が当該健診機関に提供すること。
- 3 愛知支部が当該健診機関から結果データを受領すること。

なお、当社から特定の申し出がない場合は、本同意書は法定年限も効力を有することとします。

貴事業所に関する事項

記入日	平成	年	月	日
所在地				
社名				
事業主氏名				
連絡先電話番号				
担当者氏名				
健康保険証の記号(健康保険カード)				
1				
2				
3				
4				
5				

【留意】 ● 欄にご記入いただいている場合、協会けんぽの保護でご利用されている場合はご提出不要です。
● 本紙に署名または印(ボールペン)をご記入ください。記入後、必ず押印をお願いします。
● 郵送でご提出ください。(印不可)

全国健康保険協会 愛知支部 <https://www.keiseikenpo.or.jp/aiichi/>
愛知けんぽ 愛知けんぽビル
TEL.052-856-1490 052-856-1491 FAX.052-856-1492
〒450-6363 名古屋市中村区名駅1-1-1 JPタワー名古屋23階
受付時間: 月~土 9:00~17:00 (日・祭日を除く)

同意書イメージ

健診は受けた後が肝心

健康サポート(特定保健指導)を利用しよう!

健診は受けて終わりではありません。健診結果から生活習慣を見直すことに意味があるんです。

ここで

協会けんぽの健康サポートをご活用ください。

健康サポートなら

- 費用は無料
- 保健師や管理栄養士等のプロがサポート
サポート内容は、メタボのリスク数に応じて2段階!
一人では挫折しがちな体重コントロール等も手紙や電話で支援します。
- ご都合に合わせて受けられます
対象者1名から事業所へお伺いします。

夜8時まで
OK

土曜日も
OK

健康サポートの流れ

対象となる方がいる場合、協会けんぽから事業所様へご案内いたします。

会社(ご担当者様)

対象者のリストが届いたら



面談時間と面談場所(個室)をセッティング

協会けんぽへFAXで返信



会社(社員)

保健師等が会社に伺い個別カウンセリング(30分程度)



3~6か月間、電話、メール等によるサポート



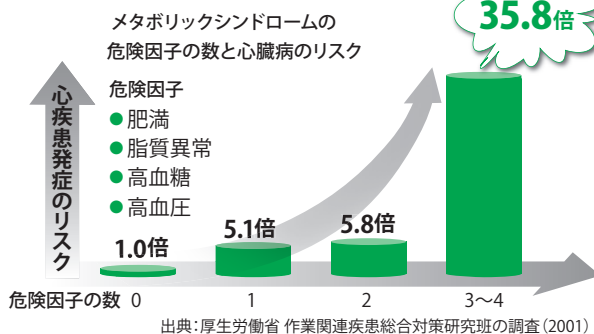
※事業所への訪問以外にも名古屋駅すぐ近くの協会けんぽ愛知支部でも受けられます。
また、健診機関でも健康サポートを受けることができます。

お願い

健診結果が「要精密検査」「要治療」の方に、お声かけをお願いします!

健診結果が「要精密検査」「要治療」の方の約半数が医療機関を受診せず、未治療のままになっています。自覚症状がないので放置しがちですが、症状が出たころには、重症化し治療も大変になり、最悪、亡くなってしまうことも。そうなる前に、ぜひお声掛けをお願いします。

なお、協会けんぽでは、健診後一定期間経っても病院を受診されていない方へ、お手紙やお電話でご案内を実施しています。ご本人の連絡先が分からない場合は事業所様にご連絡させていただくことができますので、ご理解ご協力のほどよろしくお願い致します。



メタボの4つのリスク、肥満、高血糖、高血圧、高脂質は脳血管・心疾患につながる恐れがあります。特に心筋梗塞については危険因子が多ければ多いほど、発症のリスクは5倍、35倍と跳ね上がります。生活習慣病になる前に生活習慣の改善でリスクを減らすことが重要です。

従業員を支えるご家族の健康を守る 特定健診



特定健診とは?

生活習慣病(高血圧や糖尿病等)を早期発見・早期治療するための健康診断です。

対象 40歳～74歳のご家族(被扶養者)
(その年の4月1日から翌年の3月31日の間に対象年齢になる人はその年の4月から受診できます)

期間 通年(その年の4月1日から翌年3月31日までの中で1回補助が受けられます)

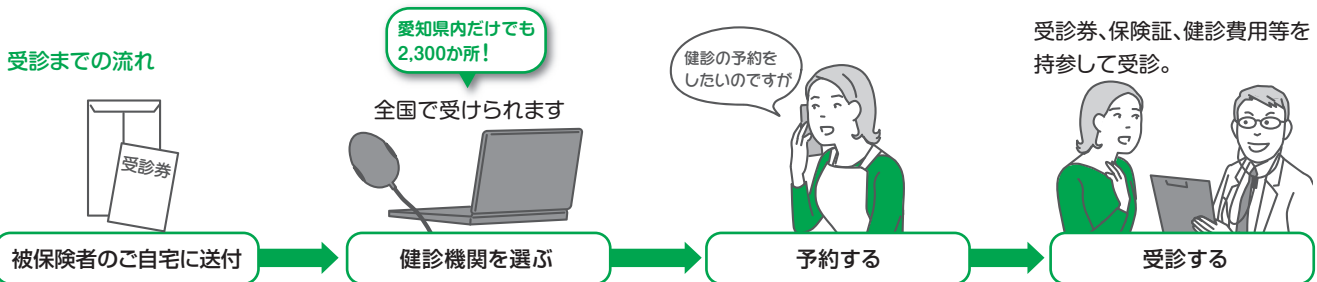
検査項目 **メタボに注目した健診** (診察等、問診、身体計測、血圧測定、血液検査(脂質・肝機能・血糖検査)、尿検査) **+** **医師の判断により詳細な検診も** (心電図検査、眼底検査、貧血検査、血清クレアチニン検査)

費用 愛知県内の健診機関の場合、500円または1,000円(消費税10%の場合)

※消費税8%の間は370円または870円で受けられます。
※健診機関ごとの費用はホームページに掲載しておりますので、ご確認ください。県外の健診機関の費用もご覧いただけます。
また、集団健診の会場によっては無料で受けられる場合もあります。

最大
6,650円オフ!

利用方法 協会けんぽより毎年4月に受診券をご家族へ直接お送りしています



ご家族も健診後のフォローが受けられます!

特定健診を受けられたご家族も生活習慣病のリスクに応じて健康サポート(特定保健指導)を無料で受けられます。対象となる方には、ご自宅へ「特定保健指導利用券」をお送りしています。

実施機関は、ホームページをご覧ください

ご家族を想う気持ちを手紙にこめて ご家族にも健診プロジェクト

上記にあるようにご家族は協会けんぽの補助で健診を受けていただけます。しかし、ご家族のわずか4人に1人しか利用されていないんです。このままでは気づかぬうちに重篤な病気になる恐れが…そこで大切なご家族に健診を受けていただくためのプロジェクトに参加しませんか?

ご家族にも健診プロジェクトとは?

貴社の事業主名で従業員のご家族に健診受診を勧める手紙を送る事業です。お手紙の「作成」も「発送」も協会けんぽが行うので、ご担当者様は、従業員の皆様へのお声掛けのみでOK。

参加事業所のご家族様の受診率は
10%以上UP!

夫の会社の社長!?
心配してくれているのね、健診つけなきゃ!



詳細は、ホームページをご覧ください

社員の健康を守る職場へ

まずは「健康宣言」から始めましょう！

社員の健康は重要な経営課題です

脳梗塞による休職日数
約7か月

出典：協会けんぽ
「H29現金給付受給者状況調査」



社員が病気になると、
社員だけではなく、
職場にとっても痛手に...

病気休職の後、
復職しているのは

2人に1人

出典：独立行政法人労働政策研究・研修機構
「メンタルヘルス、私傷病などの治療と職業生活の
両立支援に関する調査」



喫煙者と非喫煙者の
労働災害の発生率の差

1.49倍

出典：H27年度厚生労働省委託事業
「職場における受動喫煙防止対策ガイドブック」

業務上の
ケガのリスク
がUP!

社員の健康に配慮した対策が、
安全・安心の職場環境をつくる一歩

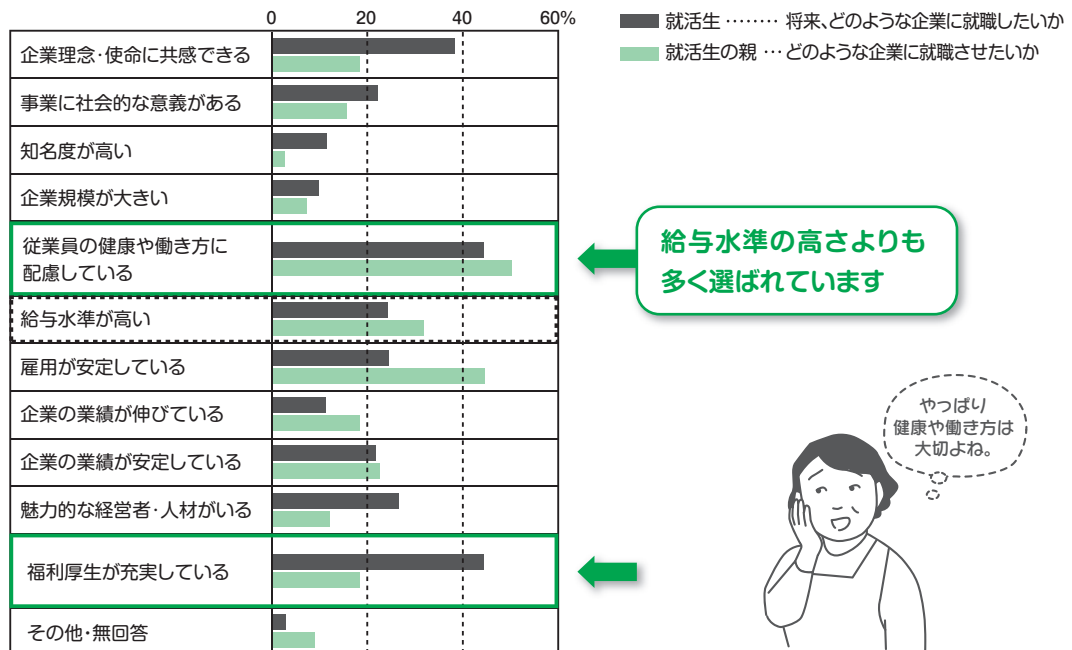


選ばれるのは「社員を大切にする会社」

こんな
データが

健康経営の労働市場におけるインパクト調査

就活生のN数1399、親のN数1000における複数回答数を就活生、親それぞれで百分率にして比較



給与水準の高さよりも
多く選ばれています

やっぱり
健康や働き方は
大切よね。



人材不足、社員の高齢化が進む今だからこそ社員の健康を会社が考え、取り組むとき！



とはいっても、会社で健康づくりってどうすれば???

とお困りの事業主様「健康宣言」からはじめましょう

「健康宣言」から始める健康づくり

「健康宣言」とは

職場の健康づくりを始めやすいように協会けんぽ愛知支部がご用意したフォーマット

 簡単に始められます

健診を受ける



職場にあった取り組みを
3つ選ぶ

だけで始められます。

取り組み内容は具体例を掲載しているので、
貴社にあった取り組みを選ぶことができます。

例えばこんな取り組み

● 適切な働き方の実現

- 例)・定時退社日の設定
- ・有給休暇取得目標の設定

● 食生活の改善

- 例)・ヘルシー弁当に変更
- ・カロリー表を食堂に掲示



参考に
他社の取り組み
満載!

- 他社の取り組みがわかる事例集
- 職場でできる運動DVD
などもご用意

 PRに使えます!

受付や玄関に掲示して、
社内外にアピール

宣言すると届きます

「健康宣言チャレンジ認定証」

優秀な事業所を表彰する制度

「健康宣言優良事業所表彰」

- ・新聞掲載
- ・愛知支部ホームページに社名紹介



その他に

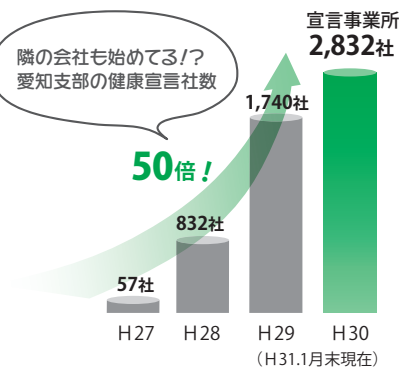
愛知銀行・中京銀行・名古屋銀行での金利優遇サービス!

愛知県信用保証協会での信用保証料優遇(特定社債保証(社会貢献応援型))!

※詳細は各機関へお尋ねください。

社員の健康づくりに取り組む「宣言事業所」は年々増えています。

貴社も今日から「健康宣言」!



詳細は、ホームページをご覧ください

健康宣言書・リーフレットがダウンロードできます

協会けんぽ愛知支部 健康宣言

お問い合わせ先: TEL.052-856-1479 (企画総務グループ)

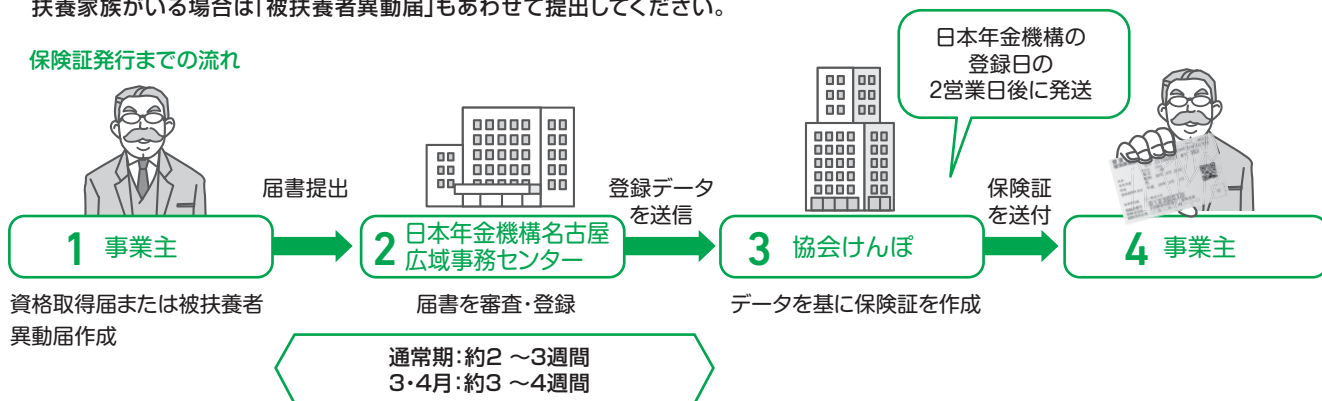
保険証の交付 入社(資格取得)するとき



入社(資格取得)したときの手続き

「資格取得届」を日本年金機構へ提出してください。
扶養家族がいる場合は「被扶養者異動届」もあわせて提出してください。

保険証発行までの流れ



保険証は一人に1枚

健康保険被保険者証(保険証)は、加入手続き後、被保険者およびその被扶養者に個人毎に交付されます。

Check! 70歳からは「高齢受給者証」をプラス

70歳の誕生月の中旬に会社に届き、翌月1日から保険証とともに使用します。
※ただし、1日生まれの方は、70歳の誕生月の前月中旬に届き、誕生日から使用します。

保険証(被保険者用)

健康保険被保険者証	本人(被保険者)	00123
		平成28年12月6日交付
	記号 21700023	番号 123
氏名	伊藤 一郎	
生年月日	昭和 59年 8月 25日	
性別	男	
資格取得年月日	平成 19年 4月 1日	
事業所名称	〇〇株式会社	
保険者番号	01230010	
保険者名称	全国健康保険協会 愛知支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇-〇	

従業員の方にお伝えください

- 1 受け取った際に、記載内容の確認をしてください
- 2 医療機関等で受診する際は必ず提示してください
- 3 保険証の貸し借りは法律で禁止されています
- 4 被扶養者に異動が生じたら保険証とともに、その都度届け出てください
- 5 紛失・破損したら、届け出て再交付を受けてください
手続きは会社を通じて行います
- 6 会社を退職するときは被保険者・被扶養者全員の保険証をお返しください

お問い合わせや給付金の申請には
こちらの記号・番号を使用します

こんなときは?

紛失・破損したときは → 「被保険者証再交付申請書」「高齢受給者証再交付申請書」を協会けんぽに提出します。(記載例はP.11)

生年月日、氏名等を訂正・変更するときは → 協会けんぽでは登録を行っていないので、日本年金機構(年金事務所)へお問い合わせください。

記載例

健康保険 被保険者証再交付申請書

健康保険 高齢受給者証再交付申請書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

△△△△ 協会
TEL ×××(×××)××××

健康保険 被保険者証 再交付申請書 (被保険者記入用) (証再)

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者証 再交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、箱書で特内に丁寧に記入してください。

記入例: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者証の 記号 (左づめ)	21700023	123	生年月日	年 月 日	性別	再交付の理由
氏名・印	キョウカイ 協会	イチロウ 一郎	昭和 59 年 08 月 25 日	男	<input checked="" type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他	
住所	〒000-0000	愛知	〇〇市〇〇町1-1			
電話番号	TEL. XXX-XXXX-XXXX		△△マンション101			

必要事項の記入欄

被保険者(本人)分	生年月日	性別	再交付の理由
協会 花子	昭和 61 年 11 月 12 日	女	<input checked="" type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日	男/女	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日	男/女	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日	男/女	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他

備考: 外出時に保険証の入った鞆を置き忘れ、行方が分からなくなった。

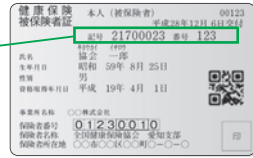
事業主情報

事業主所在地: 〒000-0000 〇〇市〇〇町1-1
事業主氏名: 〇〇商事株式会社
事業主印: 健保 二郎

社会保険労務士の提出代行署名記載欄

2111116 1 1 1 1 1 1 6

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。また、協会けんぽからお送りしております各種通知書等に記載しておりますのでそちらからも確認できます。

再交付を必要とする方が、被保険者の場合はをうってください。ご家族の場合は、氏名、生年月日等を記入してください。

き損の場合は、保険証を添付してください。

再交付の理由が「減失」や「その他」の場合は、理由を詳しく記入してください。

任意継続被保険者の方の再交付については記入は必要ありません。

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書 (被保険者記入用) (証再)

記入方法および添付書類等については、「健康保険 高齢受給者証 再交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、箱書で特内に丁寧に記入してください。

記入例: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者証の 記号 (左づめ)	21700023	123	生年月日	年 月 日	性別	再交付の理由
氏名・印	キョウカイ 協会	イチロウ 一郎	昭和 21 年 09 月 22 日	女	<input checked="" type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他	
住所	〒000-0000	愛知	〇〇市〇〇町1-1			
電話番号	TEL. XXX-XXXX-XXXX		△△マンション101			

必要事項の記入欄

被保険者(本人)分	生年月日	性別	再交付の理由
協会 美子	昭和 21 年 9 月 22 日	女	<input checked="" type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日	男/女	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	年 月 日	男/女	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他

備考: 外食した際、高齢受給者証の入った財布を置き忘れ、行方が分からなくなった。

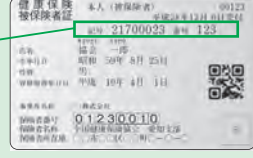
事業主情報

事業主所在地: 〒000-0000 〇〇市〇〇町1-1
事業主氏名: 〇〇商事株式会社
事業主印: 健保 二郎

社会保険労務士の提出代行署名記載欄

2141117 1 1 1 1 1 1 7

全国健康保険協会 協会けんぽ



保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

提出時期 保険証や高齢受給者証を紛失
又はき損したとき

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
協会けんぽ都道府
県支部

任意継続被保険者
およびその被扶養
者の場合 → 住所地を管轄する
協会けんぽ都道府
県支部

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を添付
してください。

再交付手続き後、紛失していた(なくしていた)保険証が見つかったときは、紛失していた方の保険証は協会けんぽにご返却ください。

保険証の使用

病気やケガで医療機関等にかかるとき

健康保険の被保険者や被扶養者が仕事とは関係のない事由により病気やケガをしたときは、保険医療機関(病院・診療所)に保険証を提示すると、一部負担金を支払うことで診察や投薬などを受けることができます。一部負担金は、年齢などによって負担割合が区分され、入院した場合には、食事代として標準負担額も負担します。



一部負担金の割合

義務教育就学前		2割負担
義務教育就学以後70歳未満		3割負担
70歳以上75歳未満 (後期高齢者医療の対象者を除く)	一般	2割負担
	現役並み所得者	3割負担

入院時の食事代の標準負担額

区分	1食当たり負担額	
一般	460円*	
低所得者世帯	90日までの入院	210円
	91日以降の入院	160円

*難病患者、小児慢性特定疾病患者は260円

現役並み所得者=標準報酬月額28万円以上の被保険者とその被扶養者。ただし、高齢受給者の被保険者・被扶養者の年収合計額が520万円(被扶養者がいない場合は383万円)未満のときは、申請により一般に区分。

健康保険が使えないとき

Check! 仕事が原因の場合は保険証は使えません

業務災害や通勤途上の災害などが原因の病気やケガについては、原則として労災保険の適用となり、健康保険は使用できません。
※ただし、被保険者が5人未満の法人役員であって、一般従業員が従事する業務と同一である業務を遂行している場合、その業務に起因する疾病、負傷などは、健康保険の給付対象となります。

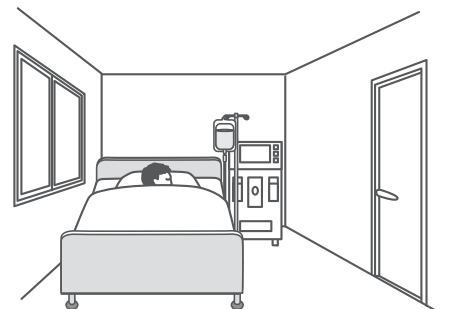
✕ 健康保険が使えないケース

- 美容を目的とする整形手術
- 近視の手術
- 歯の矯正 など
- 予防注射
- 健康診断、人間ドック
- 正常な妊娠・出産
- 経済的理由による人工妊娠中絶
- 保険適用が認められていない治療法や薬(先進医療等)
- 健康保険の目的からはずれるような病気やケガをしたとき

保険外併用療養費

健康保険では、保険が適用されない保険外診療があると保険が適用される診療も含めて、医療費の全額が自己負担となります。ただし、保険外療養を受ける場合でも、「評価療養」「患者申出療養」「選定療養」として認められている診療については、通常の治療と共通する部分(診察・検査・投薬・入院料など)は一般の保険診療と同様に扱われ、その部分の一部負担金を支払うことになり、残りの額は「保険外併用療養費」として健康保険から給付が行われます。

- ### 評価療養と選定療養の主なもの
- 先進医療
 - 200床以上の病院の未紹介患者の初診
 - 特別の療養環境の提供
 - 180日を超える入院
 - 予約診療・時間外診療
 - 前歯部の材料差額



接骨院・整骨院(柔道整復)で健康保険が使えるとき

健康保険の対象となる範囲が限られています。

● 骨折

● 捻挫

● 脱臼

● 打撲

● 挫傷(肉ばなれ等)

肩こり、疲労回復
目的のマッサージ
等は無効

接骨院等で保険証が使えるしくみ

鍼灸・マッサージや接骨院では、健康保険を使用する場合、一旦全額負担し、申請により給付を受けるのが原則ですが、登録した施術者が患者に代わり保険給付分を保険者に請求できる「受領委任制度」が認められています。そのため保険証を提示することで、医療機関等にかかったときと同じように、一部負担金のみの支払で施術を受けることができます。

鍼灸院やマッサージで健康保険が使えるとき

健康保険の対象となる範囲が限られており、医師の同意が必要です。

● 神経痛

● リウマチ

● 頸腕症候群

● 五十肩

● 腰痛症

● 頸椎捻挫後遺症

等の慢性的な疼痛を主症とする疾患

※医師の同意が必要

● 筋麻痺や関節拘縮等の症状があり、医療上必要と認められているとき

※医師の同意が必要

豆知識

医療機関の上手なかかり方

「かかりつけ医」を持ちましょう

病院に行くなら大きな病院の方がよいと思いませんか？

ベッド数200床以上の病院では、紹介状なしで受診すると、初診料に特別料金が上乗せされることになっています。家の近所に「かかりつけ医」を持ち、軽い症状で受診するかを迷ったときは、まずは近所の「かかりつけ医」を受診しましょう。

ハシゴ受診はやめましょう

転院を検討するならまず主治医に相談し、紹介状をもらいましょう。

安易な理由で次から次へとお医者さんを変えることを「ハシゴ受診」といいます。その都度同じ検査を行ったり、薬を処方されたりと、身体的にも経済的にも負担が大きくなります。

緊急時以外、夜間や休日の受診は避けましょう

夜間や休日などの診療時間外に受診すると、初診料や再診料に加算料金がかかります。夜間や休日は、緊急性の高い限られた検査や治療を受けるためのものです。急病の場合はやむを得ませんが、軽症の場合に安易に時間外受診することはやめましょう。

10,000円
かかることも！

紹介状を
書きましょう



お薬も賢く選ぶ(ジェネリック医薬品)

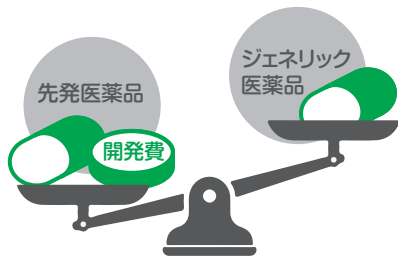
ジェネリック医薬品とは?

効き目や安全性が実証されているお薬と主成分が同一であることなどが審査され、国から製造・販売が承認された安価なお薬です。

Q. なぜ安いのですか?



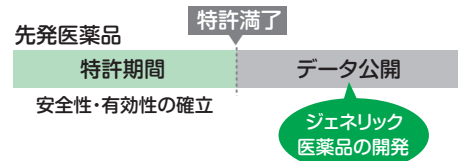
A. 先発医薬品の開発には多大なコストがかかりますが、ジェネリック医薬品は開発期間が短く、低コストなため、価格も安くなっています。



Q. 効き目と安全性は同じですか?



A. ジェネリック医薬品は先発医薬品と同じ成分を使い、効き目や安全性が先発医薬品と同等であると国から承認されたお薬です。ジェネリック医薬品の中には「オーソライズドジェネリック (AG)」という、主成分だけでなく添加物や製造方法まで完全に同一のものもあります。



● ジェネリック医薬品を希望される方は

まずは、かかりつけの医師または薬剤師に相談してみましょう。病院では医師の診察時、薬局では処方せんを薬剤師に渡すときに「ジェネリック医薬品に変更できますか?」と聞いてみてください。

※すべてのお薬にジェネリック医薬品があるわけではありません。薬局に在庫がないなどの理由によりジェネリック医薬品に変更することができない場合もあります。

「ジェネリック医薬品軽減額のお知らせ」 をお送りしています

協会けんぽでは、受診された方のうち一定の条件を満たす方に、現在使用されている薬をジェネリック医薬品に切り替えた場合の1か月の自己負担額の軽減額をお知らせする「ジェネリック医薬品軽減額のお知らせ」をお送りしています。

切り替えによる医療費軽減額
(平成29年度実績)

愛知支部 年間25.2億円
全国 年間435.7億円

年に1度はかかった医療費を確認! 「医療費のお知らせ」をお送りしています

加入者の皆さまに対し、健康についての関心を高め、家庭や職場内における健康づくりの意識の高揚を図っていただくため、年1回「医療費のお知らせ」として、受診された医療機関・整骨院・保険薬局名、診療年月、医療費の額などをお知らせします。

「医療費のお知らせ」は、加入者の世帯ごとにとりまとめ、各事業所へお送りします。世帯ごとの封筒に入っていますので、加入者へ開封せずにお渡しください。

平成29年分の確定申告から、医療費控除の手続きにおいて「医療費のお知らせ」が医療費の明細書として使用可能となりました。医療費控除申告手続きの詳細につきましては、税務署へお問い合わせください。

療養費

医療費や装具代金等を全額自己負担したとき

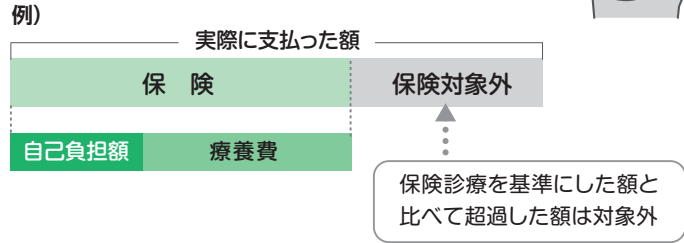
療養費とは？

「やむを得ない事情で保険証を提示できず、医療費の全額を支払った場合」や「治療のために装具を作成した場合」など、あとで申請することで、払い戻しを受けることができる制度です。



払い戻し金額

費用の全額が戻るのではなく、「保険診療を基準にした額」から自己負担額を差し引いた額が払い戻されます。健康保険で認められない費用は除外されます。



療養費が受けられる主なケース

やむを得ず医療費の全額を支払ったとき

立替払

- 例)
- 資格取得の手続き中で保険証がなく、自費で診療を受けた
 - やむを得ず保険医療機関ではない病院などで診療を受けた
 - 誤って他保険の保険証を資格喪失後に使用し、医療費を返納した

治療のために装具を作成したとき

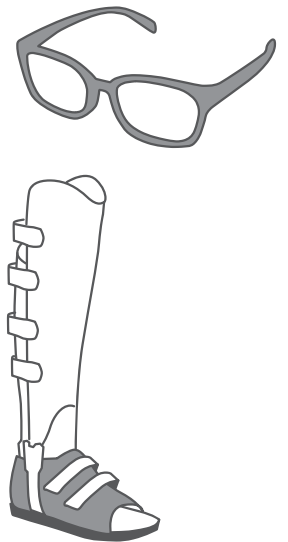
治療用装具

- 例)
- 医師の指示でコルセットなどの治療用装具を作成した時
 - 医師の指示で治療のため小児弱視等の治療用眼鏡を作成したとき(9歳未満)

やむを得ず海外の医療機関で診療を受けたとき

海外療養費

- 例)
- 海外旅行中に、急に熱がでて医療機関にかかった。
※治療目的の渡航は対象外



Check! 海外療養費の支給金額

日本国内の医療機関等と同じ傷病を治療した場合にかかる治療費を基準に計算した額(実際に海外で支払った額の方が低いときはその額)から、自己負担相当額(患者負担分)を差し引いた額を支給します。

※日本と海外での医療体制や治療方法等が異なるため、海外で支払った総額から自己負担相当額を差し引いた額よりも、支給金額が大幅に少なくなることがあります。



健康保険 被保険者・家族療養費支給申請書(立替払等)

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

△△△△△
TEL ×××(×××)×××××

健康保険 被保険者・家族療養費支給申請書(立替払等) 1 ページ

被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者・家族療養費支給申請書(立替払等) 記入の手引き」をご確認ください。申請書は、欄内で丁寧に丁寧にご記入ください。

記入欄名 0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウエ

被保険者証の(左)記号 211700023 123 生年月日 590825

氏名・印 キョウカイ イチロウ 協会 一郎

住所 (〒 000-0000) 愛知 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

金融機関名称 〇〇 〇〇〇

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 イチロウ

受取代理人の欄

被保険者 氏名・印 住所 「被保険者情報」の住所と同じ

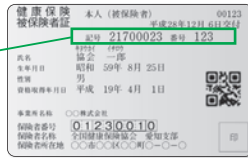
代理人(口座名義人) 住所 氏名・印

※ご記入ください 「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄

〒 6611119

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。

扶養家族の受診でも被保険者氏名をご記入ください。

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記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
※ 生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

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)・貯金種目・口座番号を記入してください。

健康保険 被保険者・家族療養費支給申請書(立替払等) 1 ページ

被保険者記入用

金融機関名称 ゆうちょ 〇〇〇

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 イチロウ

被保険者以外の方の口座を希望する場合は、受取代理人の欄を記入してください。

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 被保険者・家族療養費支給申請書(立替払等) 2 ページ

被保険者記入用

被保険者氏名 協会 一郎

1 受診者 2. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

①-① 家族の場合はその方の 氏名 協会 花子 生年月日 55年 6月 23日

2 傷病名 感冒 発病または負傷年月日 平成 31年 2月 5日

4 疾病の原因および経過 (詳しく) 1. 病状 咳がひどく、高熱が出たため、受診した。

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の

名称	所在地	診療した医師等の氏名
〇〇総合病院	〇〇市〇〇町1-4	保険 勘三郎
ΔΔ薬局	〇〇市〇〇町1-4	保険 愛子

6 診療を受けた期間 (平成) 年 月 日 から (平成) 年 月 日 まで 日数 1 日

7 診療に要した費用の額 5,500 円

8 診療の内容 点滴を受け、薬を処方された。

9 療養費の支給申請の理由 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため
2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため
3. 誤って他の被保険者の被保険者証を使用したため

〒 6611218

全国健康保険協会 協会けんぽ

ケガ(負傷)による申請の場合は「負傷原因届」を併せて提出してください。 (詳細は P.19)

自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日を記入してください。

領収書(領収明細書)に記載されている金額を記入してください。

申請期限 療養に要した費用を支払った日の翌日から2年以内
※ただし他保険に医療費を返納した場合は療養を受けた日から2年以内

- 添付書類**
- ① 診療(報酬)明細書(傷病名と診療内容の記載があるもの)
 - ② 領収書(診療に要した費用額が記載された領収書)
 - 負傷(ケガ)による場合 → 「負傷原因届」 (詳細は P.19)

健康保険 被保険者・家族療養費支給申請書(治療用装具)

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。
 TEL ×××(×××)×××××
 △△△△△ 協会

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 被保険者記入用

記入方法は添付書類等については、「健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 記入の手引き」をご確認ください。申請書は、欄番で丁寧に丁寧にご記入ください。 記入欄番 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者証の(左づめ) 記号 211700023 番号 1123 生年月日 590825

氏名・印 キョウカイ イチロウ 協会 一郎

住所 〒000-0000 愛知県 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

金融機関名称 〇〇 〇〇〇 〇〇〇

預金種別 1 1. 普通 2. 当座 3. 定期 4. 通知 口座番号 1234567

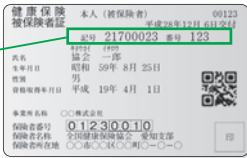
口座名義 キョウカイ イチロウ

被保険者の氏名・印 協会 一郎

代理人(口座名義人) 住所 TEL

社会保険労務士の届出代行番号 6611119

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。

扶養家族の受診でも被保険者氏名をご記入ください。

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記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
 ※ 生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

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)・貯金種目・口座番号を記入してください。

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

ケガ(負傷)による申請の場合は「負傷原因届」を併せて提出してください。 (詳細は P.19)

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 被保険者記入用

被保険者氏名 協会 一郎

申請内容

1 受診者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 氏名 生年月日 〇〇年 〇月 〇日

2 傷病名 右膝関節靭帯損傷 3 発病または負傷年月日 平成 31 年 3 月 20 日

4 傷病の原因および経過 (詳しく) 2. 1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5 診療を受けた医療機関等の名称 〇〇総合病院 〇〇市〇〇町1-4 保険 勘三郎

6 治療用装具を装着した日(診療を受けた期間) 平成 31 年 〇月 〇日 から 平成 31 年 〇月 〇日 まで 日数 1 日

7 装具等について指示を受けた日 平成 31 年 〇月 〇日

8 療養に要した費用の額 25,000 円

9 診療の内容 右膝用装具の装着

10 療養費の支給申請の理由 5. 治療用装具を作成したため

届出代行番号 66112118

全国健康保険協会 協会けんぽ

治療用装具を装着した日を記入してください。(例)「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」および「小児弱視等にかかる眼鏡等」の場合は記入の必要はありません。


装着の指示を受けた日を記入してください。

領収書(領収明細書)に記載されている金額を記入してください。

申請期限 装具の費用を支払った日の翌日から2年以内

- 添付書類**
- ① 医師の「意見および装具装着証明書」等
 - 弾性着衣等の場合は、付属している「弾性着衣等装着指示書」に医師から記入・証明を受けるか、別に医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」を添付してください。(支給対象となる病名の記載があるもの)
 - 小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」を添付してください。
 - 「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を添付してください。
 - ② 領収書(装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳の費用額が記載された受診者あての領収書)
 - ③ 写真(靴型装具を作成した場合のみ)
 - 靴型装具(現物)の全体像が確認できる写真を撮影して添付してください。
 - 負傷(ケガ)による場合 → 「負傷原因届」 (詳細は P.19)

健康保険 被保険者・家族 海外療養費支給申請書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。
△△△△△△
TEL ×××(×××)××××××


1 ページ 2 ページ
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。
添書(申請書)は、順番で特内に丁寧に記入してください。記入欄は01123456789アイウ

被保険者の証の(記号) 21700023 123 生年月日 年 月 日 59 08 25
氏名・印 キョウカイ イチロウ 協会 一郎
郵便物を受けとることができる住所 愛知 県 〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101
TEL ×××(×××)××××

金融機関 〇〇 〇〇〇 口座番号 1234567
口座名義 キョウカイ イチロウ

被保険者のマイナンバー(一桁欄) 6611119

全国健康保険協会 協会けんぽ

健康保険 被保険者証 本人(被保険者) 00123 平成28年12月6日交付
記号 21700023 番号 123
氏名 協会 一郎
生年月日 昭和 59年 8月 25日
性別 男
保険有効年月日 平成 19年 4月 1日
01230010
協会けんぽ 愛知支部
〒460-0001 愛知県名古屋市中区錦2-1-1
TEL 052-231-1111

記号・番号は保険証に記載されています。

扶養家族の受診でも被保険者氏名をご記入ください。

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記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
※ 生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

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)・貯金種目・口座番号を記入してください。

金融機関 ゆうちょ 〇〇〇 〇〇〇
口座番号 1234567
口座名義 キョウカイ イチロウ

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 被保険者証 本人(被保険者) 00123 平成28年12月6日交付
記号 21700023 番号 123
氏名 協会 一郎
生年月日 昭和 59年 8月 25日
性別 男
保険有効年月日 平成 19年 4月 1日
01230010
協会けんぽ 愛知支部
〒460-0001 愛知県名古屋市中区錦2-1-1
TEL 052-231-1111

保険者番号は、保険証に記載されています。

ケガ(負傷)による申請の場合は「負傷原因届」を併せて提出してください。(詳細は P.19)

自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日を記入してください。

領収書(領収明細書)に記載されている金額を記入してください。

1 ページ 2 ページ
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 一郎 保険者番号 01230010

1 受診者 2. 家族(被扶養者)
①-① 家族の場合はその方の 氏名 協会 翔太 生年月日 平成 18年 10月 26日
2 療病名 左足首ねん挫 発病または発症年月日 平成 30年 4月 2日
4 発病の原因および経過 2. 1. 病状 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。
5 診療を受けた医療機関等の情報 〇〇MEDICAL CLINIC 2010 SOUTH ARLINGTON 〇〇〇〇
アメリカ
6 診療を受けた期間 (平成) 年 月 日 から (平成) 年 月 日 まで 日数 2 日
7 療費に要した費用の額 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)
8 診療の内容 診察のうえ、湿布薬を処方された。
9 受診者の情報 受診者の海外滞航期間(平成 30年 4月 1日 ~ 平成 30年 4月 8日)
受診者は、現在、日本に帰国予定はありますか?または帰国されましたか?
1. はい 2. いいえ
渡航目的 海外滞航の理由 海外滞航の理由 海外滞航の理由
海外旅行

6612118

全国健康保険協会 協会けんぽ

- 申請期限** 海外で治療費の支払いをした翌日から2年以内
- 提出先** 全国健康保険協会神奈川支部 海外療養費グループ宛
〒240-8515 横浜市保土ヶ谷区神戸町134
横浜ビジネスパークイーストタワー 2階
※海外療養費は、協会けんぽ神奈川支部で審査を行いますので、郵便で送付してください。
- 添付書類**
- ① 診療内容明細書
 - ② 領収明細書
 - ③ 現地で支払った領収書の原本
 - ④ 翻訳文(翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記)
 - ⑤ 海外渡航期間がわかる書類(パスポートなど当該渡航期間がわかる部分のコピー等)
 - ⑥ 海外で診療等を担当した医療機関等に照会することの同意書
- 負傷(ケガ)による場合 → 「負傷原因届」(詳細は P.19)

負傷原因届

負傷(ケガ)がもとの申請するとき

負傷(ケガ)がもとの各種の給付の申請をする際には、「健康保険 負傷原因届」を添付してください。
 疾病・負傷(ケガ)が第三者の行為によるものであるときは、併せて「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。

以下の支給申請をするときに提出ください

- 療養費(立替払等)
- 療養費(治療用装具)
- 海外療養費
- 高額療養費
- 傷病手当金
- 埋葬料(費)・家族埋葬料

初回の申請時のみ
提出が必要です。

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、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 211700023	番号 123	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 590825 <input type="checkbox"/> 平成
氏名・印 (フリガナ)	キョウカイ 協会 イチロウ 一郎		
住所 (〒 000-0000)	愛知 豊 00市00町1-1 △△マンション101		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL. XXX (XXX) XXXX		

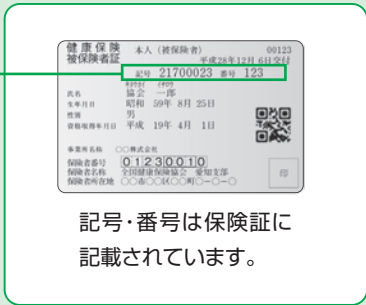
負傷した方 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択ください。	<input type="checkbox"/> 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 左膝関節靭帯損傷	負傷日時 平成 30年 5月 24日 □午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 2時頃
負傷した時間帯(状況) <input type="checkbox"/> 勤務時間中 □勤務日の休月中 □出張中 □私用中 □その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中 □出勤 □退勤 □寄り道等有り □寄り道等無し	負傷場所 <input type="checkbox"/> 会社内 □路上 □駅構内 □自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他(野球場)
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 □暴力(ケンカ) <input checked="" type="checkbox"/> スポーツ中(□職場行事 <input checked="" type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: □有 □無) <input type="checkbox"/> あてはまらない	相手: □有 □無 <input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input checked="" type="checkbox"/> あなたは加害者 ※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。 町内の野球大会の試合中に、捕球しようとした際に足をくじき 転倒し、負傷した。
治療経過 平成 30年 5月 31日現在 □治療 <input checked="" type="checkbox"/> 治療継続中 □中止	治療期間 平成 30年 5月 24日 から 平成 年 月 日まで

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
業務(通勤)災害 該当の確認 有・無 「無」の場合、その理由	事業内容
上記、本人の申し立てのとおり <input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害 に相違ないことを認めます。	
事業所所在地 〒 -	事業所名称 事業主氏名 電話番号 ()

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」(詳細は P.20・21)の提出が必要になります。

負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)記入してください。

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。

詳しくは労働基準監督署にお問い合わせください。

第三者行為による傷病届 交通事故などにあつたとき

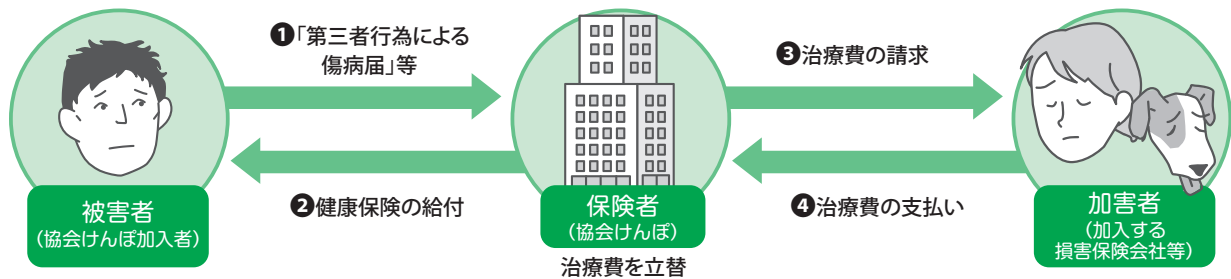
第三者行為による傷病届について

交通事故など第三者行為により負傷された場合の治療費は、本来加害者(第三者)が負担するのが原則です。ただし、業務災害や通勤途上の負傷でなければ、健康保険を使い治療を受けることもできます。この場合は、医療機関の窓口でケガの原因が交通事故などによるものであることを申し出るとともに、協会けんぽに「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。この届出に基づき、健康保険で立て替えて支払った本来加害者が支払うべき治療費を、協会けんぽは加害者側に請求することになります。

なお、届書をすぐに提出できないときは、協会けんぽ愛知支部まで事故等の状況をお電話などによりお知らせいただき、後日できるだけ早く提出してください。



第三者行為による場合の事務処理の流れ



事故発生状況報告書	
事故証明番号 第 Z999999 号	氏名 協会 太郎
自動車番号 名古屋500あ9999	氏名 健保 春子
天候 晴	道路状況 良好
道路状況 直進	速度 30 km/h
事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)	
平成30年9月6日午前11時15分頃、〇〇通りを自家用車で走行中、交差点の信号が赤になったため、スピードを落とし停車したところ、後方より加害者のワゴン車に追突された。	
別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。	
平成30年 9月30日	報告者 本人 健保 春子

「第三者行為による傷病届」の添付書類一例

ご注意ください 示談は慎重に

健康保険で治療を受けられた場合、協会けんぽが加害者に対して治療費の請求をするため、当事者だけで示談をされますと正当な請求ができなくなることがあります。示談する前に必ず、協会けんぽまでご連絡をお願いいたします。

第三者行為による傷病届

(交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届)

交通事故の場合

交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届

届出者 被保険者証 記号番号 12345678 被保険者 氏名 健保 一郎 職種 事務	事業所名 (勤め先) (株)〇〇食品 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇 TEL. (AAA-AAA-AAAA)
被加害者 氏名 健保 春子 男 32才 続柄 妻 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇-〇-〇 TEL. (AAA-AAA-AAAA)	事故内容 (交通事故) 夕事故・自損事故・歩行中・成り・刺傷・その他() 警察への届出有無 有() 無()
加害者 氏名 協会 太郎 女 26才 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇〇 TEL. (AAA-AAA-AAAA)	自動車 又は 自転車 〇〇工業(株) 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇〇 TEL. (AAA-AAA-AAAA)
加害者が不明の理由	事故発生 平成30年 9月 6日 〇時 〇分 〇分 発生場所 〇〇 〇〇 町 ××
交通事故 過失の割合 (百分) 被害者 1 〇 3・4・5・6・7・8・9・10 加害者 1・2・3・4・5・6・7 〇 3・10	交通事故の相手の自動車保険加入状況
自賠責 保険会社名 〇〇保険株式会社 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇〇 TEL. (AAA-AAA-AAAA)	被保険者 氏名 (若人) 協会 太郎 住所 (所在地) 〇〇市〇〇町〇〇〇〇 関係 本人 父
自動車 の種類 普通乗用 府県名 愛知 登録番号 名古屋 500 あ 9999 車台番号	自賠責 証明書番号 Z9999999 保険期間 平成29年 4月 1日 平成31年 3月 31日
自動車 の保有者 協会 太郎 住所 (所在地) 〇〇市 〇〇町〇〇〇〇 〇〇の 関係 父	保険会社名 〇〇〇〇 (代理店) 取扱い店 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇〇 TEL. (AAA-AAA-AAAA)
加入 する 保険 会社 保険会社名 協会 太郎 所在地 (所在地) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇〇	契約 証券 番号 Z-999-999999 保険期間 平成29年 4月 1日 平成30年 3月 31日
任意 加入 の 保険 期間 平成29年 4月 1日 ~ 平成30年 3月 31日	任意 加入 について ※注2 無
※注1 物損事故で 賠償した 場合 別途「人身事故証明書」の 提出を求める場合があります。	※注2 任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社も対応している場合です。
受付日付印	

治療 状況 ① 名称 △△病院 所在地 〇〇市〇〇町▽1-1 入院 年月日 30年9月6日から30年9月7日まで 通院 年月日 30年9月8日から30年11月16日まで	② 名称 〇〇病院 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番5-5 入院 年月日 30年11月17日から 年 月 日まで 通院 年月日 30年11月17日から 年 月 日まで	③ 名称 〇〇病院 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番5-5 入院 年月日 年 月 日まで 通院 年月日 年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険 自費・加害者負担・自賠責・社会保険 自費・加害者負担・自賠責・社会保険 自費・加害者負担・自賠責・社会保険
治療 終了 日 (治療終了日) 31年 2月 頃 (年 月 日 終了)		【注】治療費の支払状況を実際治療に施して〇で記入してください。 治療が終了しているときは、最終受診日をご記入ください。	
休業 補償 の 状況 休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける) ○ 加害者が負担 イ 職場から支給 ク 自賠責へ請求 エ 社会保険へ傷病手当金 オ その他 (加害者加入の人身傷害保険へ請求など) の請求予定			
損害 賠償 の 状況 示談又は和解(該当に○をつける) ※併記している場合は、併記の写しを添付すること した。・交渉中・しない(理由)			
支払 状況 の 状況 加害者や損害保険会社からの仮払金・治療費・付帯料などもあった場合や示談・話し合い の状況を具体的に記入すること。 【実領日・金額】 月 日 円 () 【受領したものの名目】 月 日 円 () 月 日 円 () 月 日 円 ()			
交通事故以外の被害行為(例大等の攻撃を含む)の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入して下さい。 ※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故発生状況報告書に記入ください。			
(事故発生状況)			

決まっている場合は記入してください。

事故証明書を参考にわかる範囲で記入してください。

不明な場合は記入不要です。

受取済みのものがあればご記入ください。

提出時期 すみやかに

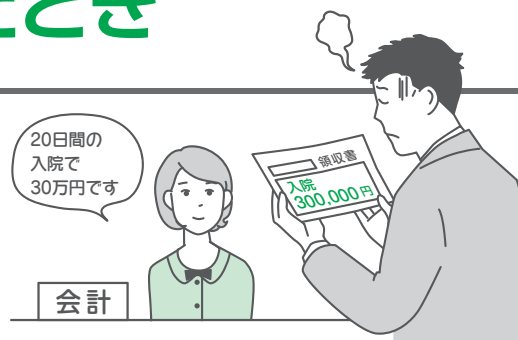
- 添付書類
- ① 負傷原因報告書
 - ② 事故発生状況報告書
 - ③ 同意書 (受診者が未成年の場合は親権者の署名・押印)
 - ④ 損害賠償金納付確約書・念書 (交通事故の相手方に記入してもらってください)
 - ⑤ 交通事故証明書 (自動車安全運転センターが交付するもの)
 - ⑥ 人身事故証明書入手不能理由書 (警察署への届出が「物損事故」扱いの場合や事故の届をされていない場合など人身事故扱いの事故証明が発行できないときに必要となります)

高額療養費・限度額適用認定証

医療費が高額になったとき

高額療養費とは？

同一月(1日から末日まで)にかかった医療費の自己負担額が高額になった場合に申請することで、一定の金額(自己負担限度額)を超えた分が払い戻される制度です。



自己負担限度額(払い戻しの基準額)

70歳未満の方

所得区分		自己負担限度額(上限額)	多数該当の自己負担限度額
標準報酬月額	ア: 83万円以上	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1%	140,100円
	イ: 53万~79万円	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1%	93,000円
	ウ: 28万~50万円	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1%	44,400円
	エ: 26万円以下	57,600円	44,400円
オ: 低所得者(住民税非課税者等)		35,400円	24,600円

70歳~74歳の方

~H29年7月			H29年8月~H30年7月			H30年8月~			
所得区分	個人ごと(通院)	世帯ごと(通院+入院)	所得区分	個人ごと(通院)	世帯ごと(通院+入院)	所得区分	個人ごと(通院)	世帯ごと(通院+入院)	
標準報酬月額 現役並み所得者(28万円以上)	44,400円	80,100円 + 1% ^{※2} (44,400円)	標準報酬月額 現役並み所得者(28万円以上)	57,600円	80,100円 + 1% ^{※2} (44,400円)	標準報酬月額	現役並み所得者Ⅲ(83万円以上)	252,600円 + 1% ^{※2} (140,100円)	
一般(26万円以下)	12,000円	44,400円	一般(26万円以下)	14,000円(年間上限14.4万円 ^{※3})	57,600円(44,400円)		現役並み所得者Ⅱ(53万~79万円)	167,400円 + 1% ^{※2} (93,000円)	
低所得者Ⅱ(住民税非課税者等)	8,000円	24,600円	低所得者Ⅱ(住民税非課税者等)	8,000円	24,600円		現役並み所得者Ⅰ(28万~50万円)	80,100円 + 1% ^{※2} (44,400円)	
低所得者Ⅰ(所得が一定基準以下)		15,000円	低所得者Ⅰ(所得が一定基準以下)		15,000円		一般(26万円以下)	18,000円(年間上限14.4万円 ^{※3})	57,600円(44,400円)
							低所得者Ⅱ(住民税非課税者等)	8,000円	24,600円
							低所得者Ⅰ(所得が一定基準以下)		15,000円

※1 < >は多数該当の場合

※2 「1%」は、「(総医療費-α円)×1%」で、70歳未満の方に同じ。

※3 年間上限について 計算期間は前年8月1日から7月31日までの期間です。

● 所得区分の考え方

所得区分は、被保険者について考えます。例えば低所得者かどうかを判断する場合、扶養家族の受診であっても被保険者の住民税が非課税かどうかで判断しますのでご注意ください。

なお、低所得者の場合、受診月によって証明を必要とする年度が異なります。

例) 平成29年8月~平成30年7月の診療 | 平成29年度の非課税証明

平成30年8月~2019年7月の診療 | 平成30年度の非課税証明

● 多数該当の場合は自己負担額が引き下げられます

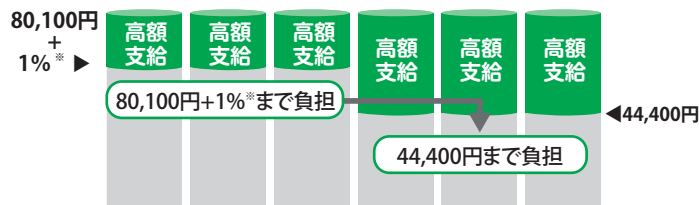
高額療養費として払い戻しを受けた月数が1年間(直近12か月間)で3か月以上あったときは、4回目からは自己負担限度額が引き下げられます。

※受診月は連続していなくてもかまいません。

※限度額証提示による自己負担限度額までの支払いについても、高額療養費の支給として数えます。(限度額証についてはP24を参照)

※70歳以上の個人ごと(通院)のみの高額療養費の支給回数は多数該当に含みません。

(例) 70歳未満で所得区分がウの場合



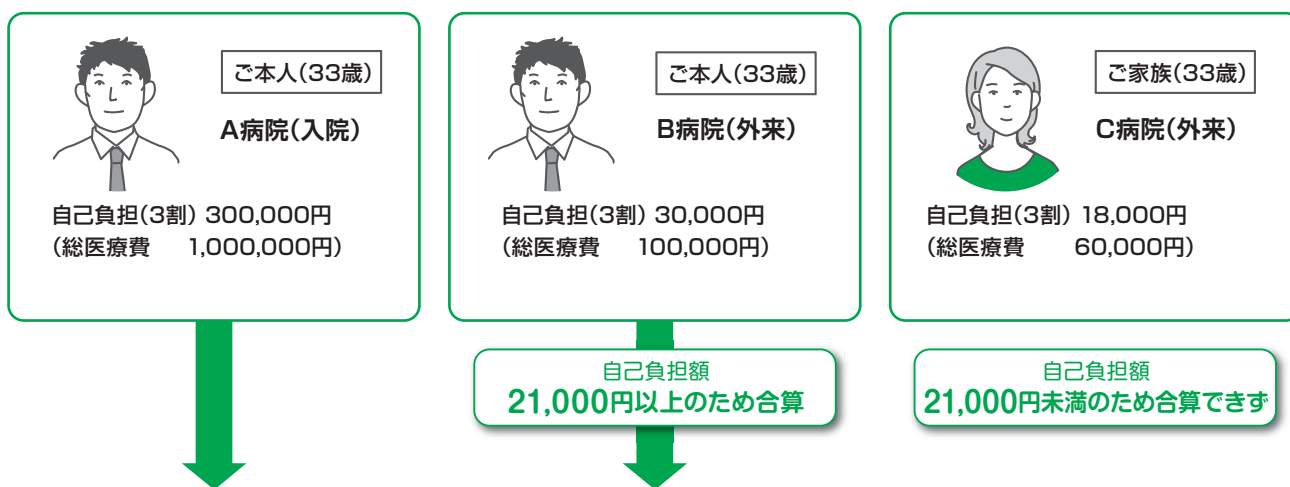
※「1%」は「(総医療費-α円)×1%」

自己負担額の計算方法

- 1か月単位(1日から末日)で計算
- 複数の医療機関を受診した場合や同一世帯の複数の家族(保険証の記号・番号が同じ)が高額な医療費を支払った場合は、以下の条件を満たした場合に合算できます。

合算の条件		
受診者ごと、 医療機関ごと、 医科・歯科ごと、 入院と通院ごとで ※院外処方分は通院分に合算	70歳未満の方	21,000円を越えた自己負担額 (保険適用分に限る)
	70歳以上の方	すべて(保険適用分に限る)

(例)70歳未満 所得区分「ウ」の場合



- 自己負担額合計(21,000円以上の自己負担額の合計を計算します。)
 $300,000円 + 30,000円 = 330,000円$
 - 自己負担限度額(21,000円以上の自己負担額に関する総医療費を合算して計算します。)
 $80,100円 + (1,000,000円 + 100,000円 - 267,000円) \times 1\% = 88,430円$
- 払い戻し額 ① 330,000円 - ② 88,430円) = 241,570円

払い戻しまでの流れ

- ① 医療機関等で自己負担額を払う
 - ② 高額療養費を申請
診療月から約4か月後
- ↓
- ③ 払い戻し(口座に入金)



申請すれば後で戻ってくるけど…
時間もかかるし、一時的とはいえ
負担がかかります。そこでおすすめ
なのが「限度額適用認定証」
詳しくは次のページへ

さらに安心! 窓口での負担を軽減できる「限度額適用認定証(限度額証)」

「高額療養費制度」により、高額な医療費がかかった場合でも、あとで自己負担限度額を超えた分が払い戻されます。しかし、一時的とはいえ、高額な医療費の支払いは負担になります。そこで、高額な医療費がかかると分かった時点で、「限度額証」を事前に申請することで、窓口での負担を軽減することができるようになっています。

例) 20日入院、総医療費100万円の場合 70歳未満 負担割合 3割 所得区分 ウ

自己負担限度額: $8万100円 + (100万円 - 26万7,000円) \times 1\% = 8万7,430円$

高額療養費だと…

- ① 医療機関で自己負担額を支払う

100万円×3割=30万円

- ② 高度療養費の申請

診療月から約4か月後

- ③ 高額療養費の払い戻し

30万円-8万7,430円=21万2,570円

最終的な負担額は
同じでもいったん
多額の支払いが発生!



限度額証があれば!

- ① 協会けんぽへ限度額証の申請 → 約1週間で発行

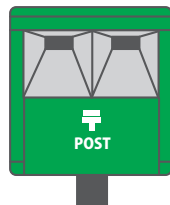
- ② 医療機関へ提示

- ③ 医療機関へ
自己負担限度額を
(8万7,430円)
支払うだけ

初めから限度額
までの支払いで済む
ので安心。



お手続きは
簡単!



- 1 申請書を協会けんぽ愛知支部へ
郵送するだけ!

受付から
約1週間で
お届け



- 2 届いたら医療機関の窓口へ
保険証と合わせて提示!

Check!

限度額証を申請するときの注意点

- 70歳以上の方で所得区分が「現役並みⅢ」「一般」の方は不要です。(「高齢受給者証」の提示により自己負担限度額までとなります)
- 所得区分が低所得者(住民税非課税等)の方は用紙が異なります。「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をご提出ください。
- 自己負担限度額の適用は、医療機関(入院・通院・歯科・薬局)ごとの取り扱いになります。そのため、複数の医療機関で受診される等世帯合算の対象となる場合や多数該当により再計算が必要な場合は追加で「高額療養費」の申請が必要です。

従業員やそのご家族が入院や通院で治療費が高額になりそうなときは、
「限度額証」をおすすめください。

透析をされている方や血友病の方などは「特定疾病療養受療証」

長期間にわたって高額な医療費がかかる病気の治療を受ける場合は、申請して交付される「特定疾病療養受療証」を窓口へ提出することで、1か月の自己負担額が、医療機関ごと(入院、通院、薬局ごと)に以下の自己負担限度額までとなります。「特定疾病療養受療証」の発効期日は、申請月の初日(健康保険の加入月に申請された場合は、資格取得日)となります。

対象となる病気	自己負担限度額
①人工透析治療を行っている慢性腎不全 ②血友病 ③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (血液凝固因子製剤の投与に起因する者に限る)	10,000円 (ただし、①については70歳未満で標準報酬月額53万円以上の方とその被扶養者は20,000円)

※院外薬局の分を合わせた場合に自己負担限度額を超える場合は、高額療養費として払戻しの手続きが必要です。

高額介護合算療養費(医療保険と介護保険の自己負担額が高額になったとき)

健康保険の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、1年間(8月1日～翌年7月31日まで)に負担した健康保険の一部負担金の額(高額療養費を除く)と介護保険の利用者負担額(高額介護サービス費を除く)を合算して、介護合算算定基準額を超えた分が払い戻されます。

支給額は、世帯での医療・介護の自己負担額の年間合計額が、下表の基準額を超える場合に、その超えた金額を両制度の自己負担額の比率に応じて按分し、支給されます。

介護合算算定基準額

被保険者の区分		70歳未満の方を含む世帯
標準報酬月額	83万円以上	212万円
	53万～79万円	141万円
	28万～50万円	67万円
	26万円以下	60万円
低所得者(住民税非課税)		34万円

被保険者の区分		70歳以上75歳未満の方を含む世帯	
		～平成30年7月	平成30年8月～
標準報酬月額	83万円以上	67万円	212万円
	53万～79万円		141万円
	28万～50万円	67万円	
	26万円以下	56万円	56万円
非住民税	低所得者Ⅱ	31万円	31万円
	低所得者Ⅰ	19万円	19万円

詳しくは、協会けんぽまでお問い合わせください

高額医療費貸付制度

高額療養費の払い戻しは、医療機関等から提出される診療報酬明細書(レセプト)の審査を経て行いますので、診療月から3か月以上かかります。払い戻しまで時間を要するため、医療費の支払いに充てる資金として、高額療養費支給見込額の8割相当額を無利子で貸付する「高額医療費貸付制度」があります。

詳しくは、協会けんぽまでお問い合わせください

健康保険 被保険者・被扶養者・世帯合算 高額療養費支給申請書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

△△△△ 協会
TEL ×××(×××)××××

健康保険 被保険者・被扶養者・世帯合算 高額療養費 支給申請書

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、縦書きで枠内に丁寧に記入してください。

記入見本 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | アイウ

被保険者情報

被保険者証の(左づめ) 記号 21700023 番号 123 生年月日 昭和 590825

氏名・印 (フリガナ) キョウカイ イチロウ 協会 一郎

住所 (〒 000-0000) 愛知 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

電話番号 (日中の連絡先) TEL ××× (×××) ××××

振込先指定口座

金融機関名称 〇〇 銀行 〇〇〇 〇〇〇 代理店 本店 支店

預金種別 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 口座番号 1234567

口座名義 キョウカイ イチロウ

口座名義の区分 1 1. 被保険者 2. 代理人

受取代理人の欄

被保険者 氏名・印 住所 「被保険者情報」の住所と同じ

代理人 (口座名義人) 住所 (フリガナ) 氏名・印

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

641111 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

複数月をまとめて申請される場合も、月ごとに分け、1ページ、2ページをそれぞれ別々に作成してください。



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記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

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)・貯金種目・口座番号を記入してください。

金融機関名称 ゆうちょ 〇〇〇 〇〇〇 代理店 本店 支店

預金種別 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 口座番号 1234567

口座名義 キョウカイ イチロウ

口座名義の区分 1 1. 被保険者 2. 代理人

被保険者の所得区分が低所得者となる場合にはご記入ください。また、記入した場合は本人確認書類(P27参照)を添付してください。

申請期限 診療月の翌月1日から2年以内

添付書類 ● 所得区分が低所得者となる方

所得区分	添付書類
低所得者	P.27 「所得区分が低所得となる方の添付書類について」をご覧ください。
低所得者II	
低所得者I	

※ 4月から7月診療分については前年度の証明、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要です。
例 平成29年8月～30年7月診療分→平成29年度(平成28年中収入)の証明書
平成30年8月～2019年7月診療分→平成30年度(平成29年中収入)の証明書

※ 低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方は「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」または「保護廃止決定通知書」(いずれもコピー可)を添付してください。

- 公的制度から医療費の助成を受け、窓口負担が減額されている方 ➡ 医療機関の領収書のコピー
- 被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合 ➡ 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等
- ケガ(負傷)の場合 ➡ 「負傷原因届」(詳細は P.19)

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

1 2 ページ 被保険者記入用

被保険者氏名 **協会 一郎**

1 診療月 平成 30 年 8 月 [左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院別等)にご記入ください。]

2 受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
氏名	協会 花子	協会 花子	協会 花子
生年月日	6 1 1 1 1 2	6 1 1 1 1 2	6 1 1 1 1 2
3 療養を受けた医療機関・薬局の名称	〇〇総合病院	〇〇総合病院	〇〇薬局
所在地	〇〇市〇〇区△△1-1	〇〇市〇〇区△△2-2	〇〇市〇〇区△△2-3
4 病名・ケガの別	1. 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷)	1. 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷)	1. 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷)
療養を受けた期間	3 0 0 8 0 1 から 3 1 まで	3 0 0 8 0 6 から 1 2 まで	3 0 0 8 0 6 から 1 2 まで
入院通院の別	1. 入院 2. 通院・その他	2 1. 入院 2. 通院・その他	2 1. 入院 2. 通院・その他
5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	145,820 円	24,000 円	5,800 円
自己負担額が不明の場合は支払った総額			
6 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	2 1. はい 2. いいえ	2 1. はい 2. いいえ	2 1. はい 2. いいえ
はいの場合 助成を受けた制度の名称			
自己負担額の助成の内容	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり*	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり*	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり*
7 限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無	1. 有 2. 無	2 1. 有 2. 無	2 1. 有 2. 無

8 診療月 1 平成 30 年 5 月 2 平成 30 年 6 月 3 平成 30 年 7 月

被保険者本人が市区町村長非課税者でマイナンバーを記入されない場合、被保険者本人が市区町村長非課税者で平成29年7月以前の診療月分の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。
(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)
他の申請において、今回の申請に必要な証明または「(非)課税証明書」をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

市区町村長が証明する欄 当該被保険者は平成 年度の 市区町村長名 市区町村長名
印
様式番号 6 4 1 2 1 0

全国健康保険協会 協会けんぽ 2 / 2

高額療養費の申請について、月(1日から末日)を単位に記入してください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けて記入してください。

2. 家族を選択された場合は、受診された方の氏名、生年月日をご記入ください。

ケガ(負傷)の場合は、「負傷原因届」(詳細は P.19)を併せて提出してください。

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)を記入してください。保険診療分の金額が不明なときは、医療機関等の窓口で支払った金額を下段に記入してください。

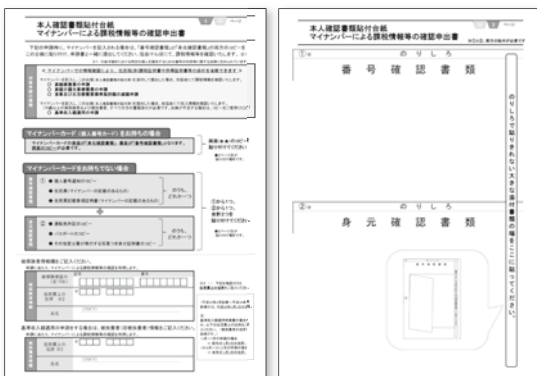
他の公的制度から自己負担相当額またはその一部の助成を受けている場合は記入の上、領収書(コピー)を添付してください。

所得区分が低所得者となる方の添付書類について

診療月が、平成29年8月以降の場合

申請書のマイナンバー記載欄に被保険者のマイナンバーを記入のうえ、本人確認書類を「本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書^{※1}」に貼付し、申請書に添付してください。※1協会けんぽホームページでダウンロードすることができます。

本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書



本人確認書類

- マイナンバーカード(個人番号カード)をお持ちの場合
 - A. 番号確認を行うための書類: マイナンバーカードの裏面コピー
 - B. 身元確認を行うための書類: マイナンバーカードの表面(写真のある面)のコピー
- マイナンバーカード(個人番号カード)をお持ちでない場合
 - C. 番号確認を行うための書類(いずれか1つ)
 - 個人番号通知のコピー
 - 被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書
 - D. 身元確認を行うための書類(いずれか1つ)
 - 運転免許証のコピー
 - パスポートのコピー
 - その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

診療月が、平成29年7月以前の場合
または、マイナンバーをお持ちでない方
及びマイナンバーを記入されない方

被保険者の住民税の(非)課税証明書を添付するか、申請書の市区町村長が証明する欄に証明を受けてください。

健康保険 限度額適用認定申請書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。
 TEL ×××(×××)×××××

健康保険 限度額適用認定 申請書 被保険者記入用 限

記入方法等については、「健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。
 申請書は、箱書で枠内に丁寧に記入してください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号 <input type="text" value="21700023"/> 番号 <input type="text" value="123"/>	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text" value="590825"/>	
	(フリガナ) キョウカイ イチロウ 氏名・印 協会 一郎	住所 (〒 000 - 0000) 愛知 〇〇市〇〇町1-1 電話番号 (日中の連絡先) TEL ××× (×××) ×××× 〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101	
認定対象者情報	療養を受ける方 被保険者の場合は記入の必要がありません。氏名 協会 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text" value="611112"/>	
	療養予定期間 (申請期間) 平成 30年 1月 ~ 平成 30年 12月	申請月の初日から最長で1年間となります。	
送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。		
	住所 (〒 000 - 0000) 愛知 〇〇市〇〇町△△1-2 電話番号 (日中の連絡先) TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇 宛名 株式会社 〇〇商事 〇〇 〇〇		
申請代行者情報	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。		
	氏名・印 電話番号 (日中の連絡先) TEL ()	被保険者との関係 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※限度額適用認定証の送付先または、申請書を返戻する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分ご注意ください。 ※申請書受付月より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。			
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マインナーを記入した場合は、必ず本人確認書を送付してください。			
社会保険労務士の提出代行者記載欄 株式会社番号 <input type="text" value="230117"/> 協会使用欄 <input type="text" value="1"/>			

全国健康保険協会 協会けんぽ 1 / 1

健康保険 本人(被保険者) 00123
 被保険者証 記号 21700023 番号 123
 氏名 協会 一郎
 生年月日 昭和 59年 8月 25日
 性別 男
 資格取得年月日 平成 19年 4月 1日
 事業所名称 〇〇株式会社
 保険者番号 〇1230010
 保険者名称 全国健康保険協会 本部本部
 保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇

記号・番号は保険証に記載されています。

扶養家族の受診でも被保険者氏名をご記入ください。

入院され自宅で認定証の受け取りができない場合などに記入してください。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。

! 被保険者の所得区分が低所得となる場合(市町村民税非課税など)は、用紙が異なります。「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をご提出ください。

申請時期 被保険者および被扶養者が保険医療機関・保険薬局等での窓口支払額を軽減したいとき
 ※有効期限は申請月の初日(健康保険加入月の場合は資格取得日)から最長1年間です。

添付書類 負傷(ケガ)がもとで申請される場合、「負傷原因届」を併せて提出してください。 詳細は P.19

傷病手当金

病気やケガで仕事を休んだとき



傷病手当金とは？

被保険者が病気やケガで仕事を休み、その間の給与を受けられないときの生活を保障する制度です。

傷病手当金が支給される条件

傷病手当金は、次の①～④の条件をすべて満たしたときに支給されます。

① 仕事とは関係ない病気やケガの療養による休業であること

業務災害・通勤途上のケガについては、労災保険へご請求ください。

※被保険者が5人未満の法人役員であって、一般従業員が従事する業務と同一である業務を遂行している場合、その業務に起因する疾病、負傷などについては、傷病手当金の支給対象となります。

② 仕事に就くことができないこと

担当医師の意見などをもとに仕事の内容を考慮して判断します。

③ 4日以上仕事に就けなかったこと(連続する3日間の休業を含む)

病気やケガで療養のために連続して3日間仕事を休んだ後(待期期間)、4日目以降の仕事に就けなかった日に対して支給されます。待期期間には有給休暇、公休日、祝日を含みます。



④ 休業した期間について給与の支払いがないこと(手当等、一部でも給与支払いがあれば減額)

給与や手当が支払われている場合は、支給額から減額され、支給額以上の給与や手当が支払われているときは、その間、不支給となります。

傷病手当金の支給額の計算方法

$$\left[\text{支給開始日以前の継続した12か月間の各月の標準報酬月額を平均した額の} \frac{1}{30} \right] \times \frac{2}{3} \times \text{支給日数} = \text{支給額}$$

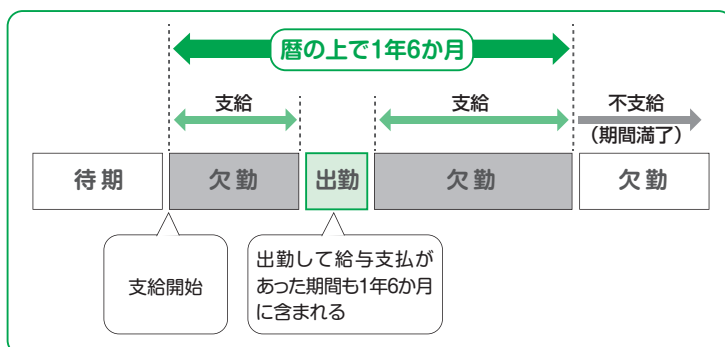
被保険者期間が1年に満たない場合は、入社後の標準報酬月額の平均額か、協会けんぽ全被保険者の標準報酬月額の平均額のいずれか低い額(平成31年度は30万円)の $\frac{1}{30}$

※支給開始日とは、一番最初に手当金が支給された日をいいます。

傷病手当金が支給される期間

傷病手当金を請求できるのは、支給開始日から最長1年6か月の間で支給要件を満たした期間についてです。

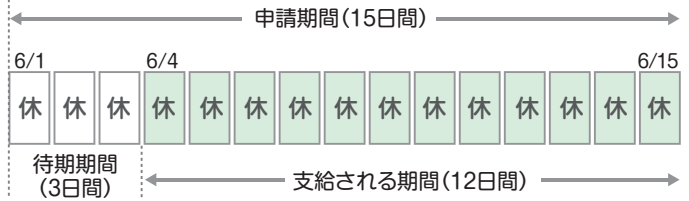
1年6か月分支給されるということではなく、その範囲内で傷病手当金に該当する日についてのみ支給されます。



支給例

case 1

- 平成30年6月1日から6月15日まで入院して休職
- 休んだ期間は欠勤扱いで無給
- 支給開始日以前12か月(平成29年7月～平成30年6月)の各標準報酬月額平均は28万円



労務不能と認められた期間	平成30年6月1日～平成30年6月15日
療養のために休んだ期間 (申請期間)	平成30年6月1日～平成30年6月15日
支給開始日以前12か月の各標準報酬月額平均	28万円 (平成29年7月～平成30年6月の標準報酬月額平均)
1日あたりの支給金額	$280,000 \div 30 = 9,333.33 \dots \rightarrow 9,330$ 円 (10円未満四捨五入) 1日あたりの支給金額は $9,330 \times \frac{2}{3} = 6,220$ 円 (1円未満四捨五入)
支給される期間	6/4～6/15の12日間 (6/1～6/3の3日間は待期間のため支給されない。)
支給金額 (支給日額×支給期間)	$6,220 \times 12 = 74,640$ 円 … 傷病手当金として支給される金額

case 2 1か月分の手当がでているとき

- 平成30年6月1日から6月15日まで入院して休職
- 休んだ期間は欠勤扱いで基本給は無給。扶養手当は月単位のため満額の15,000円支払った
- 支給開始日以前12か月(平成29年7月～平成30年6月)の各標準報酬月額平均は28万円

労務不能と認められた期間	平成30年6月1日～平成30年6月15日
療養のために休んだ期間 (申請期間)	平成30年6月1日～平成30年6月15日
支給開始日以前12か月の各標準報酬月額平均	28万円 (平成29年7月～平成30年6月の標準報酬月額平均)
1日あたりの支給金額	傷病手当金の1日あたりの支給金額 6,220円 扶養手当の1日あたりの支給金額 $15,000 \div 30 = 500$ 円 $6,220 - 500 = 5,720$ 円
支給される期間	6/4～6/15の12日間 (6/1～6/3の3日間は待期間のため支給されない。)
支給金額 (支給日額×支給期間)	$(6,220 - 500) \times 12 = 68,640$ 円 … 傷病手当金として支給される金額

Check!

以下の場合、傷病手当金の金額が調整されます

- ① 給与・手当が支給されている場合
- ② 傷病手当金と同じ傷病等で障害厚生年金または障害手当金が受けられる場合
- ③ 退職後に老齢退職年金が受けられる場合 (詳細は P.31)
- ④ 労災保険から休業補償給付を受けているときに、業務外の病気やケガで仕事に就けなくなった場合
- ⑤ 出産手当金の支給を受けている場合

①～⑤の給付等の1日あたりの金額が
傷病手当金の1日あたりの金額より低い場合

①～⑤の給付等の1日あたりの金額 < 傷病手当金の1日あたりの金額

➡ 1日あたりの金額の差額を計算して、傷病手当金が支給されます。

傷病手当金の1日あたりの金額より高い場合

①～⑤の給付等の1日あたりの金額 > 傷病手当金の1日あたりの金額

➡ その期間の傷病手当金は支給されません。

退職などで資格喪失した後の傷病手当金について

下記の①～⑤の要件を満たす場合のみ、退職後も引き続き傷病手当金の支給を受けることができます。ただし、受給できる期間は「支給開始日から1年6か月の範囲」です。

- ① 退職日(資格喪失日の前日)までに、1年以上(任意継続被保険者期間は除く)継続して被保険者であること
- ② 退職日の前日までに連続して3日以上休業し、退職日も休業している(出勤していない)こと
- ③ 失業給付を受けていないこと
- ④ 同一の傷病により、退職後も引き続き療養のために労務不能であること
- ⑤ 労務不能期間が継続していること(断続しての受給はできません)

ご注意ください

- 傷病手当金は働くことができない方に対する給付であり、失業給付は働くことができる方に対する給付のため、同時に受給はできません。
- 任意継続被保険者である期間中に発生した病気・ケガについては、傷病手当金は支給されません。

● 老齢(退職)年金の支給を受けている場合は調整されます

対象

退職後に継続給付として傷病手当金を受給している人のうち、老齢厚生年金等を受給している人

調整

傷病手当金は支給されません。ただし、老齢(退職)年金給付の額を360日で割った額(端数切捨)が傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が傷病手当金として支給されます。

傷病手当金の支給日額の方が高い場合

傷病手当金1日分の額 > 老齢(退職)年金給付÷360日

本来の傷病手当金(日額)

老齢(退職)年金給付(日額) 調整後の傷病手当金(日額)

← この部分を減額 (傷病手当金支給なし)

↑ この部分を傷病手当金として支給

老齢(退職)年金給付の支給日額の方が高い場合

傷病手当金1日分の額 < 老齢(退職)年金給付÷360日

本来の傷病手当金(日額)

老齢(退職)年金給付(日額)

老齢(退職)年金給付(日額)が高いため傷病手当金は支給されません。

よくあるご質問



支払いまで何日かかりますか？



協会けんぽでは、給付金のお支払いまでの所要期間を受付から10営業日と定め、迅速なお支払いに努めています。(高額療養費および療養費は除きます)
記載漏れや口座の記入誤り等の不備があると、お支払いまでお時間を要しますので、申請書ご提出の際は、記入漏れ等がないかご確認の上、ご提出いただきますようお願いいたします。



休んでいるときの社会保険料(健康保険・厚生年金・介護保険料)は
どうなるの？



休業中で給与の支払いがなくても社会保険料は必要ですので、ご本人より徴収することになります。



本人が負担する保険料を会社が負担した場合、賃金の支給とみなされ、傷病手当金が調整されます。

健康保険 傷病手当金支給申請書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くは、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。
 TEL ×××(×××)×××××

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 1 回) 被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
 申請書は、欄書で特内に丁寧に記入してください。

記入例: 記号 211700023 番号 123 生年月日 590825

被保険者証の(住所) キョウカイ イチロウ
 氏名・印 協会 一郎
 住所 (〒 000-0000) 愛知 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101
 電話番号 TEL ××× | ××× | ××××

金融機関 名称 〇〇 口座番号 1234567
 口座名義 キョウカイ イチロウ

受取人欄
 被保険者 協会 一郎
 代理人 (口座名義) 協会 一郎

社会保険事務士の
 提出代行書記載欄
 601115

全国健康保険協会 協会けんぽ

被保険者(申請者)記入用

健康保険 被保険者証
 本人(被保険者) 00123
 記号 21700023 番号 123
 氏名 協会 一郎
 生年月日 昭和 59年 8月 25日
 性別 男
 登録生年月日 平成 19年 4月 1日

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記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
 ※ 生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

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)・貯金種目・口座番号を記入してください。

金融機関 名称 ゆうちょ 口座番号 二三八
 口座名義 キョウカイ イチロウ

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 傷病手当金 支給申請書 被保険者記入用

被保険者氏名 協会 一郎

申請内容
 1 傷病名 1) 上腕骨骨折 2) 初診日 平成 30年 8月 5日
 3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。 2 1. 病気 (疾病時の状況)
 2. ケガ → 負傷原因届を併せて提出してください。
 4 療養のための休んだ期間(申請期間) 300806 から 300930 まで 56 日
 5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容) 営業

傷病手当金の受給状況
 1 1. はい 2. いいえ
 「はい」と答えた場合、その期間の額と、
 (1) その期間の額との別を記入してください。
 平成 30年 8月 1日 から 平成 30年 8月 31日 まで 額 00.000 円
 2 「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。 3 1. はい 2. 請求中 3. いいえ
 「はい」または「請求中」と答えた場合、
 受給の要となった(なる)傷病名
 (1) 「請求中」と答えた場合は、
 傷病名・基礎年金番号をご記入ください。
 傷病名 基礎年金番号
 3 「健康保険の資格を喪失した方はご記入ください。
 喪失または退職を事由とする公的年金を受給していますか。 1. はい 3. いいえ 2. 請求中
 「はい」または「請求中」と答えた場合、
 基礎年金番号等をご記入ください。
 (1) 「請求中」と答えた場合は、
 基礎年金番号のみをご記入ください。
 基礎年金番号
 4 今回の申請は労災保険から休業補償給付を受けている期間内ですか。 3 1. はい 2. 労災請求中 3. いいえ
 (1) 「はい」または「労災請求中」と答えた場合、
 支給元(請求元)の労働基準監督署をご記入ください。 労働基準監督署

6012114 全国健康保険協会 協会けんぽ

医師意見欄を参考に記入してください。

傷病がケガ(負傷)による場合は「負傷原因届」を併せて提出してください。
 (詳細は P.19)

仕事の具体的な内容(たとえば、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」など)を記入してください。
 ※退職後の申請の場合は、在職時の仕事の内容を記入してください。

「障害厚生年金」または「障害手当金」の受給状況について記入してください。
 ※受給していない場合も記入が必要です。

資格喪失後の請求の場合は、必ず記入してください。

事業主記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4
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賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名 協会 一郎		出勤 有給	
勤務状況 【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は/】でそれぞれ表示してください。	平成 30年 8月	計	3日 3日
	平成 30年 9月	計	0日 0日
	平成 年 月	計	日 日

上記の期間に対して、賃金を支払しました(します)か? はい いいえ

給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

賃金計算 締日 末日 支払日 当月 10日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

区分	単価	8月 1日 ~ 8月 31日分		9月 1日 ~ 9月 30日分		月 日 ~ 月 日分	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
		支給額	支給額	支給額	支給額		
基本給	264,000	72,000	0				基本給:欠勤控除あり 264,000円÷22日×16日 =192,000円
通勤手当	30,000	0	0				
扶養手当	20,000	20,000	0				
現物給与							扶養手当:欠勤控除なし
計	314,000	92,000	0				

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 30年 10月 10日 担当者氏名 ○○○○

事業所所在地 ○○市○○町○○1-1

事業所名称 ○○商事株式会社

事業主氏名 健保 二郎

(事業主印) 電話番号 ○○○(○○○)○○○○

記入例 【被保険者の方へ】お勤め先の事業所に証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

1 出勤 協会 太郎	2 上記の期間に対して、賃金を支払しました(します)か? <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	3 給与の種類 <input checked="" type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 時間給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 歩合給 <input type="checkbox"/> 日給月給 <input type="checkbox"/> その他	4 賃金計算 締日 15日 支払日 25日
------------	--	---	-----------------------

【事業主の方へ】

- 1 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は/で表示してください。
- 2 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- 3 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- 4 労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

※記入欄が不足する場合は、当ページをコピーしてご記入ください。
※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、事業主によるフルネームの署名または押印が必要です。

様式番号 601313

「療養担当者記入用」は4ページに続きます。>>>

全国健康保険協会 協会けんぽ 3/4

「労務に服することができなかった期間」(申請書2枚目④)を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は/で表示してください。

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況について記入してください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や端数処理を含めた欠勤控除計算方法等を記入してください。

賃金計算の締日以降に証明してください。

給与の種類について、該当する給与の種類を選んでを入れてください。

療養担当者(医師等)記入用

※提出前に正しく記載されているかご確認ください。

1 2 3 4

健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

患者氏名	協会 一郎			初診日 (療養の給付 開始年月日)	(1)平成 30年 8月 5日 (2)平成 年 月 日 (3)平成 年 月 日	
傷病名	(1) 上腕骨骨折 (2) (3)	発病または 負傷の年月日	平成 30年 8月 5日	発病または 負傷の原因	右肩部強打	
発病または 負傷の年月日	平成 30年 8月 5日	労務不能と 認められた期間	平成 30年 8月 6日から 平成 30年 9月 30日まで 56日間	療養費用の別	<input checked="" type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費() <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他	
うち入院期間	平成 30年 8月 6日から 平成 30年 8月 8日まで 3日間 入院	診療日及び 入院した日 (入院期間を含む)	12日	転帰	<input checked="" type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医	
診療日及び 入院した日 (入院期間を含む)	8月: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9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	上記の期間における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)	手術年月日	平成 30年 8月 7日	退院年月日	平成 30年 8月 8日
骨折部位の固定とその後のリハビリのため、今後も通院加療が必要なため、 労務不能と判断した。						
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき						
上記のとおり相違ありません。平成 30年 10月 3日						
医療機関の所在地 愛知県〇〇市〇〇町△△1-1 医療機関の名称 〇〇総合病院 医師の氏名 保険 丸次郎						

【被保険者の方へ】療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

1 傷病名

2 初診日

3 治療期間

4 症状および経過、労務不能と認められた医学的所見

【療養担当者の方へ】

1 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

2 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。

3 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とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

4 症状および経過、労務不能と認められた医学的所見を詳しくご記入ください。

※記入欄が不足する場合は、当ページをコピーしてご記入ください。
※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
二重線の近くに、療養担当者によるフルネームの署名または押印が必要です。

6014112

全国健康保険協会 協会けんぽ 4/4

複数の傷病名がある場合、(1)から主たる傷病名が順に記入されていますか。

左の傷病名について、その傷病の初診の日が記入されていますか。

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)とその日数が記入されていますか。

症状および経過、労務不能と認められた医学的所見が詳しく記入されていますか。

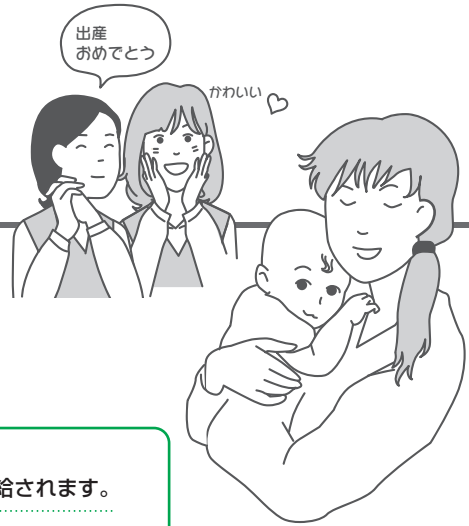
申請期限

労務不能であった日ごとにその翌日から2年以内

添付書類

- 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、所在地及び各事業所に使用されていた期間がわかる書類
 - 障害厚生年金を受けている方 ➡ 「障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー」および「年金額改定通知書等のコピー」
 - 資格喪失後に老齢退職年金の給付を受けている場合 ➡ 「老齢退職年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー」および「年金額改定通知書等のコピー」
 - 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」
 - ケガ(負傷)の場合 ➡ 「負傷原因届」(詳細は P.19)
 - 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、電話番号を明記)
- 被保険者本人が死亡したため、法定相続人(先順位者から)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書類)

出産育児一時金 出産したとき



出産育児一時金とは？

被保険者または被扶養者が出産したときに、出産費用などの補助として支給される制度です。

出産とは… 妊娠85日(4か月)以上の生産(早産)、死産(流産)、人工妊娠中絶をいいます。

1児出産につき 42万円 多児を出産した場合は、胎児数分だけ支給されます。

ただし下記の場合は**40万4千円**です。

- ①産科医療補償制度*に加入していない医療機関等での出産
- ②妊娠22週に満たない出産

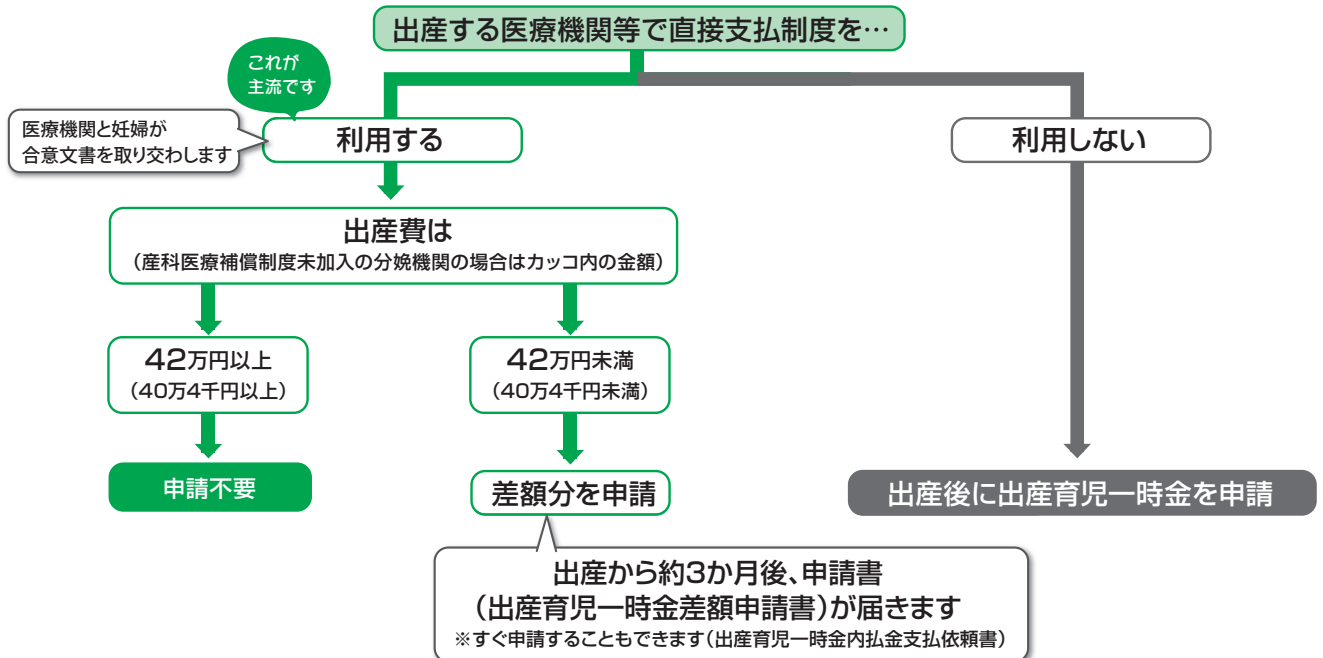
※産科医療補償制度とは

分娩時の何らかの理由により、赤ちゃんが重度の脳性麻痺となった場合、赤ちゃんをご家族の経済的負担を補償するために医療機関が加入する制度です。

出産育児一時金の支給方法

出産に掛かる費用に出産育児一時金を充てることができるよう、協会けんぽから出産育児一時金を医療機関等へ直接支払う仕組み(直接支払制度)となっています。

そのため、出産費用としてまとまった額を事前にご用意いただく必要はありません。なお、直接支払制度を希望しない場合は、出産後に申請いただくことで出産育児一時金を受け取ることもできます。



豆知識

帝王切開等の場合

原則、妊娠・出産には保険証を使えませんが、帝王切開等の場合は使用できます。その場合は、限度額証がご利用いただけます。 [詳細は P.24](#)

資格喪失した後の出産育児一時金について

退職日(資格喪失日の前日)までに1年以上被保険者期間があり、退職後6か月以内に出産した場合、退職前の健康保険で出産育児一時金を請求することができます。ただし、その場合は退職後加入した健康保険には請求できません。

健康保険 出産育児一時金 内払金支払依頼書／差額申請書

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書 (1/2)

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書差額申請書 記入の手引き」をご確認ください。
依頼書(申請書)は、順番で特内に丁寧に記入ください。 記入用紙: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイ

被保険者証の
記号: 21700023 123 出生年月日: 590825
氏名・印: キョウカイ イチロウ 協会 一郎
住所: 〒000-0000 愛知 県 ○○市○○町1-1 △△マンション101
TEL: XXX XXX XXXX

金融機関
名称: ○○ 口座番号: 1234567
口座名義: キョウカイ イチロウ
口座名義の区分: 1

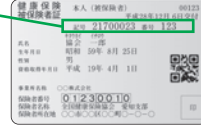
代理人 (口座名義人)
氏名・印: () TEL: ()

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄
様式番号: 621113

全国健康保険協会 協会けんぽ (1/2)

医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用し、差額の支給が生じる場合

内払金支払依頼書…支給決定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
差額申請書………支給決定通知書を受け取られた後に申請書を提出する場合



記号・番号は保険証に記載されています。

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)・貯金種目・口座番号を記入してください。

死産の場合は、死産児数とともに妊娠経過週数を記入してください。

多児出産の場合は、すべての出生児の氏名を記入してください。

【内払金支払依頼書として提出する場合は】
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・助産師に限り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「出産年月日」および「出生児数」もしくは、死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は必要ありません。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金支払依頼書 差額申請書 (2/2)

被保険者氏名: 協会 一郎

申請内容
1 出産した者: 2. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
① 家族の場合はその方の氏名: 協会 花子 出生年月日: 611112
2 出産した年月日: 平成 30年 06月 30日
3 産後または死産の別: 1. 産後 2. 死産 3. 産後・死産併在
① 産後の場合 出生児数: 1人 ② 死産の場合 死産児数: 0人 ③ ①・② 妊娠からの経過数及び日数: () 日
4 出生児の氏名: 協会 一哉
5 出生した医療機関等: 名称: ○○総合病院 所在地: ○○市○○町○○1-1
6 出生した方: ① 被保険者 → 産後6か月以内の出産ですか。 ② 家族 → 協会けんぽに加入後6か月以内の出産ですか。 2. はい 2. いいえ
「はい」の場合、「保険者名」と「記号・番号」をご記入ください。
① 被保険者 → 現在加入している保険者について 保険者名: 記号・番号: ()
② 家族 → 協会けんぽ加入前に加入していた保険者について ()
③ ①・② 同一の出産について ()
③ ①の保険者より出産育児一時金を () 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない

市区町村長による出生証明 (市区町村長記入用)
出生者氏名: 協会 花子 出生年月日: 平成 30年 06月 30日
出生児の数: 1人 産後または死産の別: 産後
出生した医療機関等の所在地: ○○市○○町1-1
医療機関の名称: ○○総合病院
医師・助産師の氏名: 保険 一之助

市区町村長による出生証明 (市区町村長記入用)
本籍: 出生者氏名: 出生年月日: 平成 年 月 日
市区町村長名: ()

様式番号: 621212

全国健康保険協会 協会けんぽ (2/2)

提出時期 出産日の翌日から2年以内

添付書類 ■差額申請書として提出される場合
➡添付いただく書類はありません。

●内払金依頼書として提出される場合

●必ず添付が必要なもの

① 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー(領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印(該当する場合のみ)されています)

② 医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー(代理契約に関する文書には「代理契約を医療機関等と締結している旨」および申請先となる「保険者名」が記載されています)

●医師・助産師または市区町村長の証明が受けられない場合に添付が必要なもの

- 出生が確認できる書類(戸籍簿(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(原本提示)、住民票など)
- 死産が確認できる書類(死産証書など)

※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、電話番号を明記)

※被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合

➡被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の原本

健康保険 出産育児一時金支給申請書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

△△△△ (協会)
TEL ×××(×××)××××

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。申請書は、積書で特内に丁寧に記入してください。

記入用紙 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者証の記号 21700023 123 生年月日 590825

氏名・印 協会 一郎

住所 〒000-0000 愛知 〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101

金融機関 名称 〇〇 〇〇〇 口座番号 1234567 口座名義 キョウカイ イチロウ

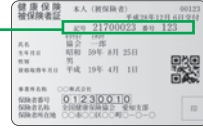
被保険者 協会 一郎

代理人 協会 一郎

6 2 1 1 1 3

全国健康保険協会 協会けんぽ

直接支払制度を利用しなかった場合



記号・番号は保険証に記載されています。

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)・貯金種目・口座番号を記入してください。

金融機関 名称 ゆうちょ 二三八 口座番号 1234567 口座名義 キョウカイ イチロウ

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書

申請内容

1 出産した者 2 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1-1 家族の場合はその方の氏名 協会 花子 生年月日 6 1 1 1 1 2

2 出産した年月日 平成 30 年 07 月 30 日

3 生産または死産の別 1 生産 2 死産 3 生産・死産存在

3-1 出産済 2 人 3-2 死産済 0 人

4 出生児の氏名 協会 一哉、一美

5 出産した医療機関等 名称 〇〇総合病院 所在地 〇〇市〇〇町〇〇1-1

6 出産した方 1 被保険者 2 家族(被扶養者) 3 協会の加入者

6-1 協会の加入者 〇〇健康保険組合 記号・番号 12345678-90

7 同一の出産について 2 1. 受けた/受ける予定 2. 受けない

出生届の氏名 協会 花子 出生年月日 平成 30 年 08 月 05 日

医師・助産師の氏名 〇〇市〇〇町1-1 〇〇総合病院 保険 一之助

6 2 1 2 1 2

全国健康保険協会 協会けんぽ

死産の場合は、死産児数とともに妊娠経過週数を記入してください。

多児出産の場合は、すべての出生児の氏名を記入してください。

「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。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。

申請期限 出産日の翌日から2年以内

添付書類

●必ず添付が必要なもの

- 医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類のコピー(領収・明細書に「直接支払制度を利用していない旨」が記載されている場合は、そのコピー)
- 産科医療補償制度の対象分娩である場合には、その旨を証する所定の押印のある領収・明細書のコピー

●医師・助産師または市区町村長の証明が受けられない場合に添付が必要なもの

- 出生が確認できる書類(戸籍簿(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(原本提示)、住民票など)
- 死産が確認できる書類(死産証書など)

※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、電話番号を明記)

※被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合

➡ 被保険者との続柄がわかる「戸籍簿本」等の原本

出産手当金

出産のため仕事を休んだとき



出産手当金とは？

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の生活を保障する制度です。

出産手当金が支給される条件

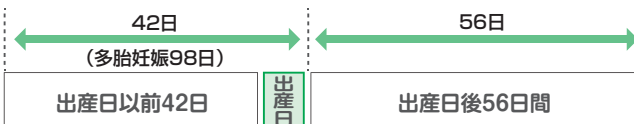
- ① 妊娠4か月(85日)以上の出産であること
- ② 出産のために以下の期間内に仕事を休んでいること
- ③ 休業した期間について給与の支払いがないこと

給与や手当が支払われている場合支給額から減額され、支給額以上の給与や手当が支払われているときは、その間不支給となります。

請求可能期間は、「出産日(出産が予定日後のときは出産予定日)以前42日(多胎妊娠の場合98日)」から「出産日後56日目」までの範囲内です。

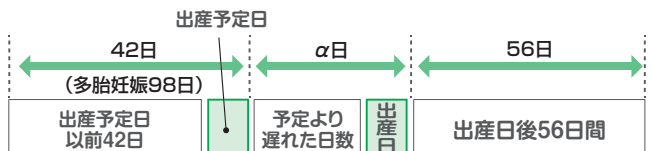
出産日は出産日以前の期間に含まれます。また、出産が予定日より遅れた場合、その遅れた期間についても出産手当金が支給されます。

出産予定日に産んだ場合 または出産予定日より早く産んだ場合



$$\text{請求可能期間} = \text{42日 (多胎妊娠98日)} + \text{56日}$$

出産予定日より遅れて産んだ場合



$$\text{請求可能期間} = \text{42日 (多胎妊娠98日)} + \alpha \text{日} + \text{56日}$$

出産手当金の支給額の計算方法

$$\left[\begin{array}{l} \text{支給開始日以前の継続した} \\ \text{12ヵ月間の各月の標準報酬月額} \\ \text{を平均した額の} \frac{1}{30} \end{array} \right] \times \frac{2}{3} \times \text{支給日数} = \text{支給額}$$

被保険者期間が1年に満たない場合は、入社後の平均額か、協会けんぽ全被保険者の平均額のいずれか低い額(平成31年度は30万円)の $\frac{1}{30}$

例)

直近1年間の標準報酬月額の平均:180,000円

支給日数:100日の場合

30分の1の額(10円未満は四捨五入)=180,000円÷30=6,000円

出産手当金の日額(1円未満は四捨五入)=6,000円× $\frac{2}{3}$ =4,000円

支給額(総計) 4,000円×100日=400,000円

傷病手当金を 受けられるとき

傷病手当金と出産手当金を同時に受けられるときは、出産手当金を優先して支給します。ただし、傷病手当金の額が出産手当金の額より多ければ差額を支給します。なお、すでに傷病手当金を受けているときは、その支給された分だけ出産手当金から減額して支給されます。

退職などで資格喪失した後の出産手当金について

下記の①～③の要件を満たす場合のみ、退職後も引き続き出産手当金の支給を受けることができます。

- ① 退職日(資格喪失日の前日)までに、1年以上(任意継続被保険者期間は除く)継続して被保険者であること
- ② 退職日に出勤していないこと
- ③ 出産手当金の請求可能期間中に退職していること

任意継続被保険者に対しては、資格喪失後の給付として支給される場合を除き出産手当金は支給されません。

産前産後期間一覧表

産前42日(多胎の場合は98日)産後56日・()内はうるう年												
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

一覧表の見方

予定日:11/18
出産日:11/20 の場合
(予定より遅れて出産)

1. 出産予定日と出産日と比較
2. 早いほうの日付けから産前開始日を探す(出産予定日11/18を基準として産前開始日を確認)
3. 次に出産日(11/20)を探して産後終了日を確認
4. 申請可能期間は、10/8~1/15

健康保険 出産手当金支給申請書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。
 TEL ×××(×××) ×××××

健康保険 出産手当金 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、「健康保険 出産手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
 申請書は、欄で枠内に丁寧に記入ください。

記入用紙 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者証の
 記号 2117000023 2113 生年月日 平成 6 11 11 12
 氏名・印 キョウカイ ハナコ 協会 花子
 住所 (〒000-0000) 愛知県 〇〇市〇〇町1-1
 電話番号 TEL XXX (XXX XXXX) △△マンション101

金融機関
 名称 〇〇 〇〇〇 口座番号 2345671
 口座名義 キョウカイ ハナコ

被保険者
 氏名・印 協会 花子
 住所 〇〇市〇〇町1-1
 代理人 (口原名義人) 〇〇 〇〇

社会保険労務士の
 提出代行者名義記載欄
 6 1 1 1 1 4

全国健康保険協会 協会けんぽ

被保険者記入用

健康保険 被保険者証

記号・番号は保険証に記載されています。

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)・貯金種目・口座番号を記入してください。

金融機関 名称 ゆうちょ 二三八
 口座番号 2345678

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 出産手当金 支給申請書 (被保険者・医師・助産師記入用)

被保険者氏名 協会 花子

申請内容
 1 今回のお産手当金の申請は、「出産前の申請」ですか、それとも「出産後の申請」ですか。 2 1. 出産前の申請 2. 出産後の申請
 2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。 出産予定日 平成 30年 8月 27日
 「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。 出産日 平成 30年 8月 29日
 3 出産のため休んだ期間(申請期間) 平成 30年 7月 17日 から 平成 30年 10月 24日 まで 100 日
 4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか、または今後受けられますか。 2 1. はい 2. いいえ
 5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間をご記入ください。 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

医師・助産師記入欄
 出産者氏名 協会 花子
 出産予定年月日 平成 30年 8月 27日 出産年月日 平成 30年 8月 29日
 出生児の数 〇 産() 死() 産または死産の別 〇 産() 死() 産()
 上記のとおり看護を行ったことを証明する。 平成 30年 9月 24日
 医師兼助産師の所在地 愛知県〇〇市〇〇町△△1-1
 医師兼助産師の名称 〇〇総合病院
 医師・助産師の氏名 保険 丸次郎

「事業主記入用」は3ページに続きます。

6 1 1 2 1 3

全国健康保険協会 協会けんぽ

出産前の申請か出産後の申請か記入してください。

出産前の申請の場合、出産予定日のみを記入してください。出産後の申請の場合、出産日と出産予定日の両方を記入してください。

出産のため労務に服さなかった期間とその日数(公休日を含む)を記入してください。

医師または助産師に記入いただいでください。
 ※2回以上に分けて請求する場合、1回目で「出産予定日」「出産日」とともに証明があれば、2回目以降は省略できます。

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
事業主記入用

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

事業主が証明する用印

被保険者氏名 **協会 花子**

勤務状況 【出勤は○で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。

平成30年7月	○○○公公○	計	12日	0日
平成30年8月	公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//	計	0日	0日
平成30年9月	//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//	計	0日	0日
平成30年10月	//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//公公//	計	0日	0日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か? はい いいえ

給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他

賃金計算 締日 末日 当月翌月 翌月 10日

期間	単価	7月1日 ~ 7月31日	8月1日 ~ 10月31日	月 日 ~ 月 日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) についてご記入ください。
基本給	1,000	支給額 96,000	支給額 0	支給額	基本給計算方法 @1,000円×8時間×12日 =96,000円 通勤手当欠勤控除なし
通勤手当	20,000	20,000	0		
手当					
手当					
手当					
現物給与					
計		116,000	0		

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成30年11月5日 担当者氏名 ○○○

事業所所在地 ○○市○○町△△1-2
事業所名称 (株)○○商事
事業主氏名 健保 二郎

事業主印 電話番号 ○○○ (○○○) ○○○○

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賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

給与の種類について、該当する給与の種類を選んで☑を入れてください。

賃金計算の締日および賃金の支払日を記入してください。

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況について記入してください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や端数処理を含めた欠勤控除計算方法等を記入してください。

支給なしでも記載が必要です。

賃金計算の締日以降に証明してください。

記入例 【被保険者の方へ】 お勧め先の事業所から証明を受けてください。資格喪失日以降の期間に関する申請については、空欄でご提出ください。

① 協会の花子

期間	単価	3月1日 ~ 3月31日	4月1日 ~ 4月30日	5月1日 ~ 5月31日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) についてご記入ください。
基本給	1,000	支給額 64,000	支給額 80,000	支給額	基本給計算方法 @1,000円×8時間×8日 =64,000円 通勤手当欠勤控除なし
通勤手当	20,000	20,000			
手当					
手当					
手当					
現物給与					
計		84,000	0	100,000	

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成30年6月16日 担当者氏名 ○○○

事業所所在地 東京都千代田区△△1-1
事業所名称 ○○株式会社
事業主氏名 健保 三郎

事業主印 電話番号 03 (○○○) ○○○○

【事業主の方へ】

- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。
- 給与の種類について、該当する給与の種類を選んでください。
- 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
- 労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

※記入欄が不足する場合は、当ページをコピーしてご記入ください。
※訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、事業主によるフルネームの署名または押印が必要です。

様式番号 **611312**

全国健康保険協会
協会けんぽ

3 / 3

申請期限 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

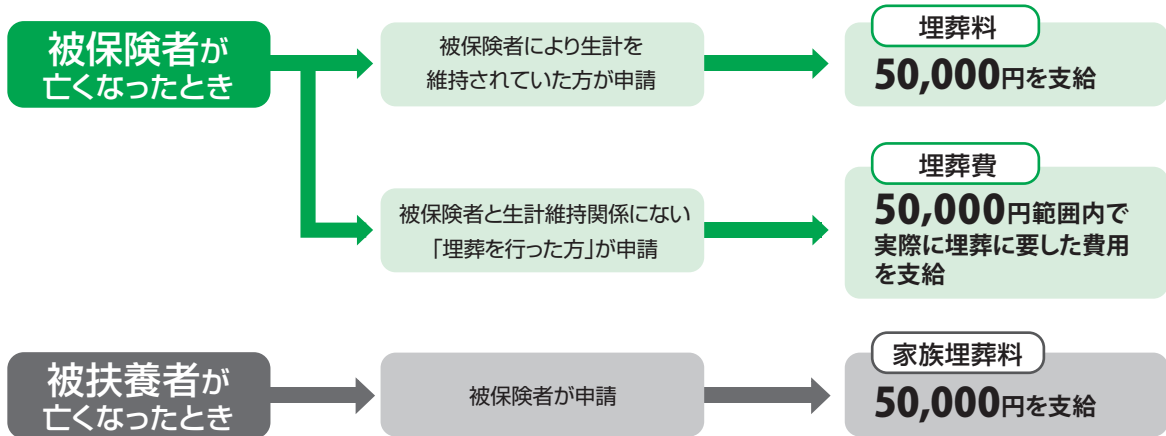
- 支給開始日以前の12か月以内に事業所に変更があった場合
 - ➡ 以前の各事業所の名称、所在地及び各事業所に使用されていた期間がわかる書類
- 証明書等が外国語で記載されている場合 ➡ 翻訳文(翻訳者の署名、住所及び連絡先を記入)

埋葬料(費)・家族埋葬料 亡くなったとき



「埋葬料(費)」とは?

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、埋葬費用などの補助のために支給される制度です。



生計を維持されていた方とは

被保険者によって生計費の一部でも維持されている方であればよく、民法上の親族や遺族であることは問われません。また、被保険者が世帯主であるか、同一世帯であるかも問われません。

実際に埋葬に要した費用とは

霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼等の実費額です。

資格喪失後の埋葬料(費)について

下記の①・②のいずれかに該当する場合は埋葬料または埋葬費が支給されます。

- ① 被保険者だった方が資格喪失後3か月以内に亡くなったとき
- ② 被保険者だった方が資格喪失後の傷病手当金または出産手当金の継続給付を受けている間に亡くなったとき、もしくは、当該継続給付を受けなくなってから3か月以内に亡くなったとき

Check!

保険証の返却と届出をお忘れなく

被保険者・被扶養者が亡くなったときは保険証を回収してください。
返却された保険証を添えて、[日本年金機構名古屋広域事務センター](#)へ届書(下記参照)をご提出ください。

事業主が日本年金機構名古屋広域事務センターへ提出するもの

被保険者が亡くなったとき	①保険証 (被保険者+被扶養者全員分) ②被保険者資格喪失届 (死亡日の翌日が喪失日)
被扶養者が亡くなったとき	①保険証 (亡くなった被扶養者分) ②被扶養者異動届 (死亡日の翌日が扶養解除日)

記載例

健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者が
亡くなった場合

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、申請者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

△△△△ (協会)
TEL ×××(×××) ××××

健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)支給申請書

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書 記入の手引き」もご確認ください。
申請書は、箱で封内に丁寧に記入してください。

記入欄例: 0123456789アイウ

被保険者証の記号: 211700023 123 生年月日: 590825

氏名・印: 協会 花子

住所: 〒000-0000 愛知 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

金融機関: 〇〇 〇〇〇

口座番号: 2345671

口座名義: キョウカイ ハナコ

代理人: 協会 花子

社会保険労務士の選出代行名記載欄: 6311112

全国健康保険協会 協会けんぽ

健康保険 被保険者証

記号・番号は保険証に記載されています。

申請される方の氏名・住所を記入してください。
※ 生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

- 申請者の口座を記入してください。
- 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)・貯金種目・口座番号を記入してください。

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

死亡原因がケガ(負傷)による場合は「負傷原因届」を併せて提出してください (詳細は P.19)

被扶養者または被扶養者以外で被保険者により生計維持された方が申請する場合は、記入の必要はありません。それ以外の方で実際に埋葬を行った方が申請する場合は、必ず記入してください。

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。

健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者氏名: 協会 一郎

申請内容

死亡年月日: 平成 30年 09月 10日 死亡原因: クモ膜下出血

● 家族(被扶養者)が死亡したためであるとき

● 被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者の氏名: 協会 一郎 申請者との身分関係: 妻 埋葬した年月日: 平成 30年 9月 24日

● 事業主に証明を受けてください

事業主所在地: 〇〇市〇〇町ΔΔ1-1 (株)〇〇商事 事業主氏名: 健保 二郎

全国健康保険協会 協会けんぽ

申請期限 死亡した日の翌日から2年以内または埋葬を行った日の翌日から2年以内

- 添付書類**
- 被扶養者以外で埋葬料を申請する場合
 - 住民票(亡くなった被保険者と申請者が記載されているもの ※市町村によっては除票が必要です)
 - 住居が別の場合 ➡ 定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金書留のコピーまたは亡くなった被保険者が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書など
 - 埋葬費を申請する場合
 - ① 領収書の原本(支払った方のフルネームおよび埋葬に要した費用額が記載されているもの)
 - ② 埋葬に要した費用の明細書

- 上記いずれの場合も事業主の証明が受けられない場合
 - ➡ 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
- 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、電話番号を明記)
- 死亡原因が負傷による場合
 - ➡ 「負傷原因届」 (詳細は P.19)

健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)支給申請書

被扶養者が
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

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、欄書で特記の丁寧にご記入ください。

記入例: 01123456789アイウ

被保険者証の記号: 211700023 123

生年月日: 590825

氏名: 協会 一郎

住所: 愛知 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

金融機関: 〇〇 〇〇〇

口座番号: 1234567

口座名義: キョウカイ イチロウ

代理人: 協会 一郎

社会保険事務士の現出代行者名記載欄: 6311112

健康保険 被保険者証

本人(被保険者) 00123

記号: 21700023 番号: 123

氏名: 協会 一郎

生年月日: 昭和 59年 8月 25日

性別: 男

登録年月日: 平成 19年 4月 1日

記号・番号は保険証に記載されています。

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)・貯金種目・口座番号を記入してください。

金融機関名称: ゆうちょ 二三八

口座番号: 1234567

口座名義: キョウカイ イチロウ

健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)支給申請書

被保険者氏名: 協会 一郎

死亡年月日: 平成 30年 08月 08日

死亡原因: 急性心不全

被扶養者の氏名: 協会 花子

生年月日: 61年 11月 12日

被扶養者との続柄: 妻

事業主住所: 〇〇市〇〇町ΔΔ1-1 (株)〇〇商事

事業主氏名: 健保 二郎

死亡原因がケガ(負傷)による場合は「負傷原因届」を併せて提出してください。(詳細は P.19)

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。

申請期限 死亡した日の翌日から2年以内

添付書類

- 事業主の証明が受けられない場合
 - ➡ 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査のコピー、亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本、住民票のいずれか
- 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、電話番号を明記)
- 死亡原因が負傷による場合
 - ➡ 「負傷原因届」 (詳細は P.19)

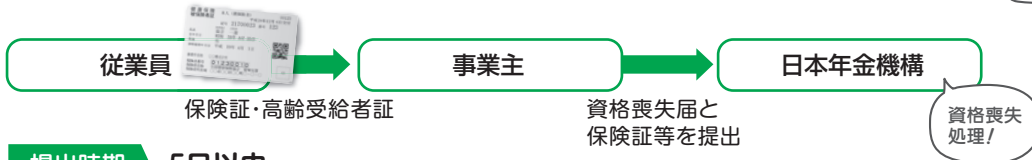
保険証の返却 退職(資格喪失)するとき



退職(資格喪失)したときの手続き

「資格喪失届」と「保険証」を日本年金機構へ提出します。
70歳以上の場合は「高齢受給者証」もあわせて返却してください。

退職時の保険証返却の流れ



提出時期 5日以内

送付先 〒460-8565 (住所不要) 日本年金機構名古屋広域事務センター

75歳以上になった方は、後期高齢者医療制度に移行します

後期高齢者医療制度とは、75歳以上の方*が加入する独立した医療制度です。75歳になると、加入している健康保険の資格を喪失し、「後期高齢者医療制度」の被保険者となり、個人で保険料を納めることになります。

※65歳から74歳で一定の障害があると認定された方も加入できます。

Check!

従業員が75歳になるときは「資格喪失届」の提出が必要です。
また、被保険者が75歳以上になった場合、75歳未満の被扶養者も健康保険の扶養から外れるため、国民健康保険などへの加入手続きが必要になります。

Q 保険証が使用できるのはいつまで?

※資格喪失日とは、被保険者でなくなる日。
退職の場合は、退職日の翌日が資格喪失日となります。

A 資格喪失日の前日まで

退職する場合、保険証が使用できるのは「退職日まで」です。
また、勤務日数等の減少により被保険者でなくなる場合は、「資格喪失日の前日まで」です。

ご注意ください 資格喪失後に誤って保険証を使うと?

保険負担分(総医療費の7~9割)を協会けんぽへお支払いいただくことになります。
従業員が誤って使用されないよう、
保険証はご家族分も含め必ず回収をお願いいたします。



Q 保険料はいつまでかかる?

A 資格喪失日の前月分まで

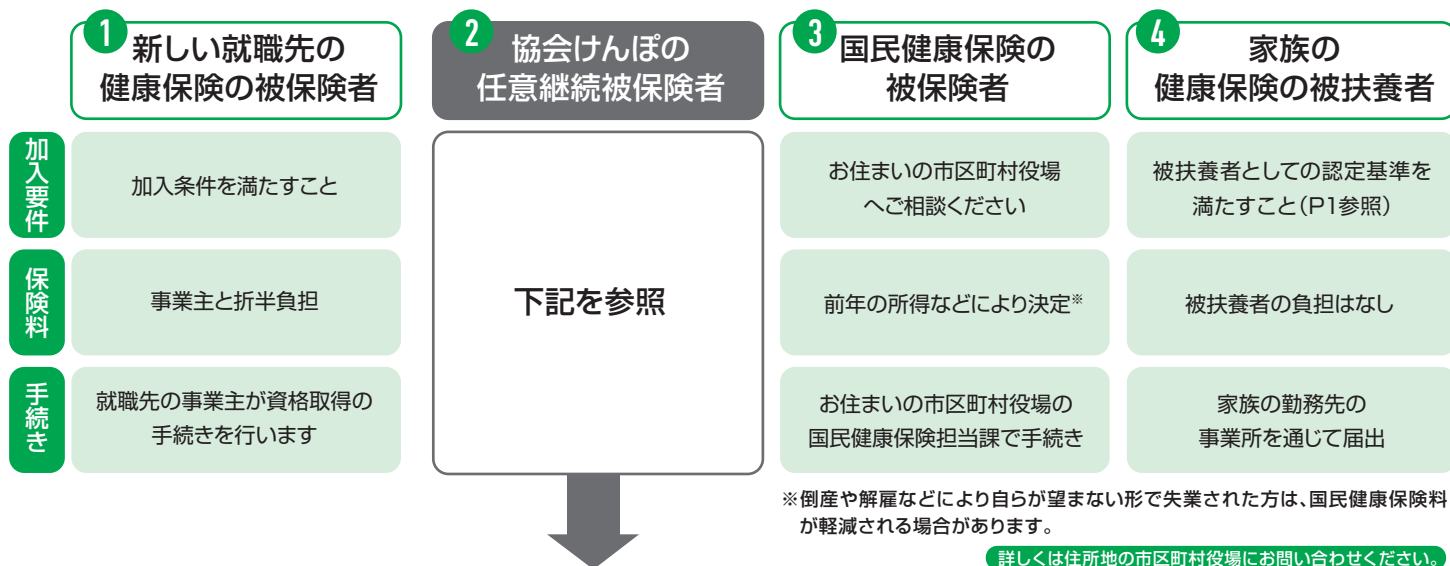
5月30日退職	5月31日喪失	保険料は4月分まで
5月31日退職	6月1日喪失	保険料は5月分まで

※ただし、同月内に資格取得・資格喪失した方はその月分までがかかります。

退職(資格喪失)後の健康保険

退職(資格喪失)したときは、ご自身の状況に応じて、下記のいずれかの健康保険のお手続きが必要です。

※後期高齢者医療制度に加入する場合は除きます



協会けんぽの任意継続被保険者となるときは(上の図の 2)

加入要件

- ① 資格喪失日の前日(退職日)までに、被保険者期間が継続して2ヵ月以上あること
- ② 資格喪失日(退職日の翌日)から20日以内に「任意継続被保険者資格取得申出書」を提出すること

保険料

$$\begin{array}{c}
 \text{退職時点の標準報酬月額} \\
 \text{上限あり(平成31年度は30万円)}
 \end{array}
 \times
 \begin{array}{c}
 \text{都道府県別健康保険料率} \\
 \text{40~64歳の方は介護保険料率が上乗せ}
 \end{array}
 =
 \begin{array}{c}
 \text{任意継続の保険料} \\
 \text{全額自己負担}
 \end{array}$$

※住所地の都道府県支部の健康保険料率が適用

加入期間

加入できるのは最長で2年間です。(退職日の翌日から加入)

資格喪失

右のいずれかに該当する場合にのみ、資格を喪失します。
「国民健康保険に加入する」「ご家族の健康保険の扶養に入る」という理由では資格喪失となりません。

任意継続被保険者の資格を喪失するとき

- ① 保険料を納付期限までに納めなかったとき
- ② 任意継続被保険者となった日から2年を経過したとき
- ③ 亡くなったとき
- ④ 就職等により健康保険・共済組合等の被保険者になったとき
- ⑤ 75歳になった等の理由により、後期高齢者医療制度の被保険者になったとき
(④、⑤の場合は、任意継続被保険者資格喪失申出書の提出が必要です)

手続き先

住所地の都道府県の協会けんぽ支部へ届出

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

△△△△ 協会
TEL ×××(×××)××××

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 申請者記入用 **取**

記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 記入の手引き」をご確認ください。
申出書は、指書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0123456789アイウ

申請者情報

勤務していた時に使用していた被保険者証の発行都道府県 支部

勤務していた時に使用していた被保険者証の(左づめ) 記号 番号

氏名・印 (フリガナ) キョウカイ イチロウ **協会 一郎** 性別 男 女

住所 (〒 000-0000) 愛知 都道府県 市 町 △△マンション101

電話番号 (日中の連絡先) TEL ×××(×××)××××

勤務していた事業所の名称 所在地

資格喪失年月日 (退職日の翌日) 平成 30年 3月 21日

保険料の納付方法 1. 口座振替(毎月納付のみ) 2. 毎月納付 3. 6か月前納 4. 12か月前納

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
(フリガナ) キョウカイ ハナコ (氏) 協会 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 58年 8月 4日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	主婦	0 万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
(フリガナ) キョウカイ ハルト (氏) 協会 大翔	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 23年 9月 10日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	子	なし	0 万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
(フリガナ) (氏) (フリガナ) (氏)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)

扶養に関する申立権 被扶養者 氏名

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

200110 1 全国健康保険協会 協会けんぽ

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か月
前納は「3」、12か月前納は「4」
を□の中に記入してください。

被扶養者がいる場合は、必要事項
を記入してください。
なお、添付書類については下記を
ご覧ください。

被扶養者のマイナンバーを忘れ
ずに記入してください。

保険証の記号番号を記入した
場合は記入不要です。

申出期限 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・通信関係のスト等)があると認められるときを除く。

提出先 ご自宅の住所地を管轄する協会けんぽ都道府県支部

- 添付書類**
- 扶養認定を受ける方が国内在住の場合
 - ① 続柄を証明する書類
戸籍謄(抄)本、または、世帯全員が記載されている住民票(同居している場合に限る)
 - ② 同居を証明する書類
世帯全員が記載されている住民票(同居の場合)
 - ③ 収入を証明する書類
(非)課税証明書、給与証明書、離職票の写し、直近の年金額改定(振込)通知の写し、確定申告書の写し
※16歳未満の場合は添付不要(学生でも16歳以上の方は添付が必要です)
 - ④ 仕送りの事実と仕送り額の確認できる書類
預金通帳の写し、または、現金書留控えの写し(別居の場合)
※16歳未満の方及び16歳以上の学生の場合は添付不要(16歳以上の学生の場合は職業欄に「学生」と記入)
 - 在職時より引き続き被扶養者となる場合は①②は不要。
 - 必要に応じて上記以外の書類をご提出いただくことがあります
 - 扶養認定を受ける方が海外在住の場合 → 協会けんぽまでお問い合わせください。

申請書・届出書は ホームページから



申請書はホームページからダウンロードできます

協会けんぽでは、加入者・事業主の皆さまにご記入いただく各種申請書等を、ホームページからダウンロードしてご利用いただけます。

ここから必要な申請書を選択してください。

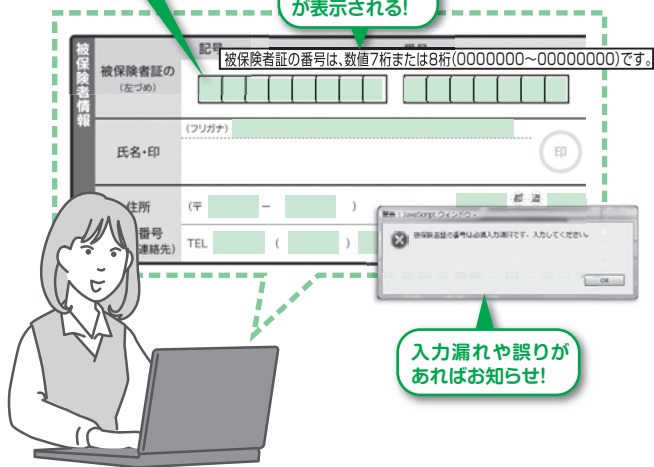


パソコンでも作成できます



入力が必要な項目はグレーで表示!

入力項目の説明が表示される!



Check! 申請書印刷時にご注意いただくこと

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で読み込むことで、審査業務の効率化を図っております。スキャナで正しく読み取るため、右の点にご注意のうえ、申請書を印刷していただきますようお願いいたします。

- ① 片面での印刷
- ② プリンターは「実際のサイズ」で設定
- ③ トナー、インクは通常設定(トナーセーブの解除)

プリントできないときは

協会けんぽ愛知支部までご連絡ください。
郵送でお送りいたします。
TEL.052-856-1490(代表)

お急ぎのときは

全国のコンビニエンスストアに設置してあるマルチコピー機で即時に印刷することができます(有料)。

さらに詳しく&お得に活用するには

けんぽ委員に登録しよう!

けんぽ委員なら
まるわかりガイド
(本紙)が
改訂する度届く!

けんぽ委員とは?

ご担当者様の健康保険事務や社内の健康づくりをサポートするための登録制度です。
年会費・登録料すべて無料。必ず出席いただくような会議等もありません。

わかりやすく強い味方ね!

担当者になりたての方にも

- 専用広報誌で手続きに詳しくなれる!
- レベルにあわせた研修会に参加できる!
(ベテラン向けの研修もあり)
- 人気のセミナーも先行予約できる!

これはいい!

社員の福利厚生を充実させたい方にも

- 3つのスポーツクラブで優待あり! (一例)
- アクトス なら ビジター料金 (1回利用) 4,000円(税別) → 1,500円(税別)
- ルネサンス なら 月会費 13,300円(税別) → 7,800円(税別)
- ジョイネス なら 月会費 → 2か月無料 (1年間在籍できる方)

社員はもちろんご家族もOK!

限定メールマガジン配信中!

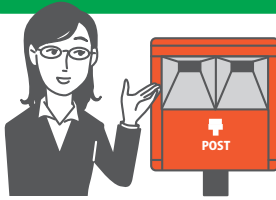
- 広報誌「けんぽ委員だより」
- セミナー資料
- セミナー申込
- スポーツクラブ優待
- 保険料改定
- など



ご登録用紙はホームページからダウンロードできます。

協会けんぽ愛知支部 [けんぽ委員](#) 検索

各種申請書の提出は郵送をご利用ください



協会けんぽでは、申請書の郵送による提出をお願いしております。
 必要な申請用紙は、協会けんぽのホームページからダウンロードしていただくか、
 お電話でご請求ください。

申請書・届出書の提出先はこちらです。書類によって手続き先が分かれています。

健康保険の給付(傷病手当金等)や
 任意継続(退職後の健康保険)
 に関するお届けはこちらです

ご提出はどちらも
 郵送でお願いいた
 します

ご在職中の方の健康保険・厚生年金
 に関するお届けはこちらです

ご提出先

〒450-6363
全国健康保険協会 愛知支部

名古屋市中村区名駅1-1-1
 JPタワー名古屋23階

個別郵便番号(450-6363)を記載することで、
 宛先所在地を省略できます。

- 被保険者証再交付申請書
- 高齢受給者証再交付申請書

- 限度額適用認定申請書
- 限度額適用・標準負担額減額認定申請書
- 傷病手当金支給申請書
- 療養費支給申請書
- 負傷原因届
- 高額療養費支給申請書
- 特定疾病療養受療証交付申請書
- 第三者等の行為による傷病届

- 出産手当金支給申請書
- 出産育児一時金支給申請書
(内払金支払依頼書・差額申請書)

- 生活習慣病予防健診申込書
- 特定健康診査受診券申請書

- 埋葬料(費)支給申請書

- 任意継続被保険者資格取得申出書
- 任意継続被保険者資格喪失申出書
- 任意継続被保険者被扶養者(異動)届

従業員の採用

被扶養者の
 追加・削除、
 届出事項の
 変更・訂正

被保険者の
 届出事項の
 変更・訂正

再交付

給与・賞与関係

病気・ケガ・
 入院など

出産・育児休業

健康診断

事業所関係

退職・死亡

退職後の
 健康保険
 (任意継続)

ご提出先

〒460-8565
**日本年金機構
 名古屋広域事務センター**

名古屋市中区錦1-18-22
 名古屋ATビル

- 被保険者資格取得届
- 70歳以上被用者該当・不該当届

- 健康保険被扶養者(異動)届
(国民年金第3号被保険者関係届書)
- 被扶養配偶者非該当届

- 被保険者住所変更届
- 被保険者氏名変更(訂正)届
- 被保険者生年月日訂正届

- 年金手帳再交付申請書

- 被保険者報酬月額算定基礎届
- 被保険者報酬月額変更届
- 被保険者賞与支払届
- 70歳以上被用者算定基礎、月額変更、賞与支払届


- 産前産後休業取得者申出書
- 育児休業等取得者申出書(新規・延長)
- 厚生年金保険養育期間標準報酬月額特例申出書
- 産前産後休業終了時報酬月額変更届
- 育児休業等終了時報酬月額変更届

- 適用事業所所在地・名称変更(訂正)届
- 事業所関係変更(訂正)届

- 被保険者資格喪失届
- 70歳以上被用者該当・不該当届
- 健康保険被保険者証回収不能・滅失届

ホームページ 

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

協会けんぽ 検索 

ホームページ 

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

日本年金機構 検索 