協会けんぽのしおり

全国健康保険協会 愛知支部
協会けんぽ

協会けんぽのしおり

CONTENTS

1 健康保険のしくみ
1 病気やケガのとき医療費の一部を負担します
2 健康保険の加入者（被保険者と被扶養者）

3 協会けんぽ愛知支部からのお知らせ
3 保険料率は都道府県支部単位
4 保険料率上昇を抑制するための取り組み
4 保険証の回収にご協力ください
4 年に一度は健康診断を
5 ジェネリック医薬品ならお薬代を節約できます
6 接骨院・整骨院の正しいかかり方
6 医療費のお知らせをお送りします
6 医療機関のかかり方で上手に節約
7 被扶養者資格の再確認を行います
7 メールマガジン会員募集中です
8 各種申請書の提出は郵送をご利用ください
9 協会けんぽの申請書・届出書について
10 協会けんぽの主な申請書類一覧

11 療養の給付
病気やケガをしたとき

12 健康保険被保険者証
保険証は大切に使いましょう
13 記載例：被保険者証 再交付申請書
13 記載例：高齢受給者証 再交付申請書

14 任意継続被保険者
退職後も健康保険へ継続加入をしたいとき
15 記載例：任意継続被保険者 資格取得申出書

16 療養費
医療費の立替払い、治療用装具を作成したときなど
17 記載例：療養費支給申請書（立替払等の場合）
17 記載例：療養費支給申請書（治療用装具の場合）

19 負傷原因届
負傷（ケガ）がもとで申請するとき
19 記載例：負傷原因届

20 第三者行為と健康保険
交通事故などにあったとき
21 記載例：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

22 限度額適用認定申請・特定疾病
高額な医療費の窓口負担を軽減したいとき
23 記載例：限度額適用認定申請書
24 記載例：限度額適用・標準負担額減額認定申請書
25 記載例：特定疾病療養受療証交付申請書

26 高額療養費
医療費の一部負担が高額になったとき
28 記載例：高額療養費支給申請書

30 傷病手当金
病気やケガで仕事を休んだとき
32 記載例：傷病手当金支給申請書

35 埋葬料（費）・家族埋葬料
被保険者や被扶養者が亡くなったとき
36 記載例：埋葬料（費）支給申請書（被保険者が亡くなった場合）
37 記載例：埋葬料（費）支給申請書（被扶養者が亡くなった場合）

38 出産手当金
出産のため仕事を休んだとき
40 記載例：出産手当金支給申請書

42 出産育児一時金
出産したとき
44 記載例：出産育児一時金内払金支払依頼書・差額申請書

46 資格喪失後の保険給付
被保険者でなくなった後に給付を受けるとき

47 生活習慣病予防健診
被保険者が受ける生活習慣病予防健診

48 特定健康診査
被扶養者が受ける特定健康診査

49 特定保健指導を実施しています

健康保険のしくみ

病気やケガのとき医療費の一部を負担します

皆さまが病気になったり、ケガをしたとき、保険証を持って病院に行くと、治療費の一部を負担するだけで、診察から治療、投薬、手術まで受けることができます。それは、安心して医療を受けられるよう、会社で働く方が収入に応じて保険料を出し合い、事業主や国も負担し支えている「健康保険」という制度があるからです。

また、病気やケガのため会社を休み給与が受けられないとき、出産したとき、不幸にして亡くなったときにも、健康保険から給付が行われます。

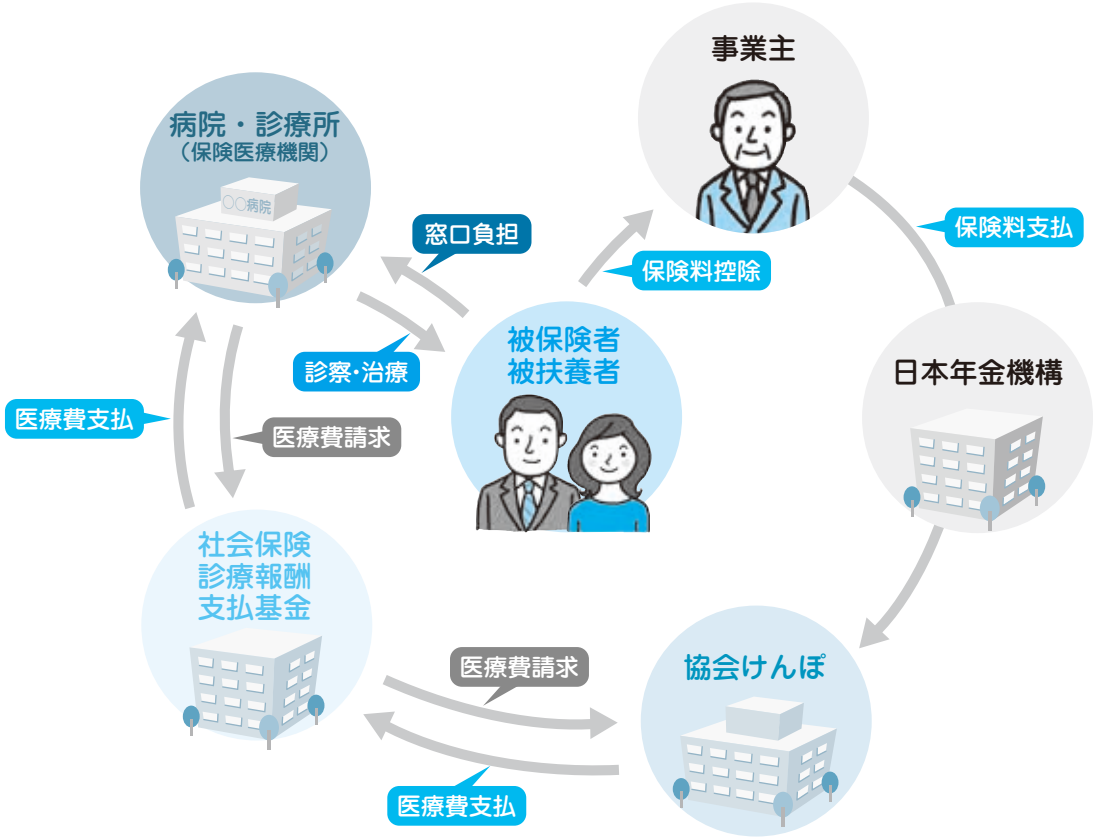
保険料の流れと医療費支払いのしくみ

健康保険に加入した方（被保険者）は、毎月働いている事業所を通じて保険者*等に保険料を支払います。保険料を預かる保険者は、健康保険に加入している方が医療を受ける病院や診療所に医療費を支払います。健康保険では、このサイクルが相互に関わり合いながら運営されています。

*「保険者」とは、健康保険の事業を実際に運営する機関をいい、具体的には「全国健康保険協会（協会けんぽ）」や健康保険組合等が該当します。

健康保険に加入している方が病院等にかかると、病院等はその医療費を1ヵ月ごとにまとめて社会保険診療報酬支払基金に請求します。社会保険診療報酬支払基金は、病院等から回ってきた請求明細書（レセプトといいます）をチェックし、保険者に請求します。保険者は社会保険診療報酬支払基金を通して全国の各病院や診療所に医療費を支払うことになります。

私たちが保険証を提示し治療費の一部を負担するだけで医療を受けることができるのは、下記の機能がしっかりと働いているためです。



健康保険の加入者（被保険者と被扶養者）

被保険者・被扶養者の資格に関する届出は、**日本年金機構愛知事務センターへ提出**してください（8頁参照）

健康保険に加入する人（「被保険者」といいます）

健康保険に加入している事業所（適用事業所といいます）に使用される方は、国籍や給与の額などに関係なく、健康保険の「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、その事業所で一定の条件のもとで働き報酬を受けていれば、原則として被保険者として加入しなければなりません。

なお、臨時に使用される方や短い期間を定めて使用される方などは、一般の被保険者から除外されます。

健康保険に加入する家族（「被扶養者」といいます）

健康保険には、被保険者（本人）だけでなく、被保険者に扶養されている家族も加入できます。この家族を「被扶養者」といい、被扶養者と認定されれば、保険料を負担しなくても保険給付を受けることができます。ただし、被扶養者になるためには、以下のような条件があります。

● 被扶養者の条件 ●

1 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）

2 対象となる家族範囲（3親等内の親族表における範囲）

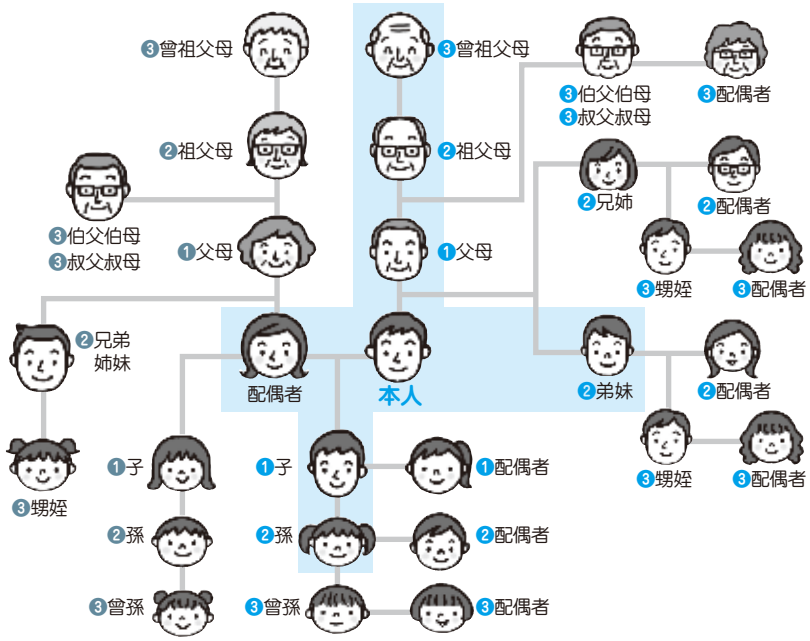
被保険者と同居でも別居でもよい人	被保険者と同居が条件の人
①配偶者（双方に戸籍上の配偶者がない内縁関係も含む） ②子（養子を含む）、孫 ③弟、妹（兄、姉は同居が必要） ④父母など直系尊属	①左枠以外の３親等内の親族 ②内縁の配偶者の父母及び子

3 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。

※ 平成28年10月から、兄姉の要件が生計維持のみになる予定です。

協会けんぽ 愛知支部からのお知らせ

保険料率は都道府県支部単位

協会けんぽの保険料は、地域の医療費などを反映した都道府県単位保険料率を基本としています。このため、疾病の予防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ことが可能となるしくみです。

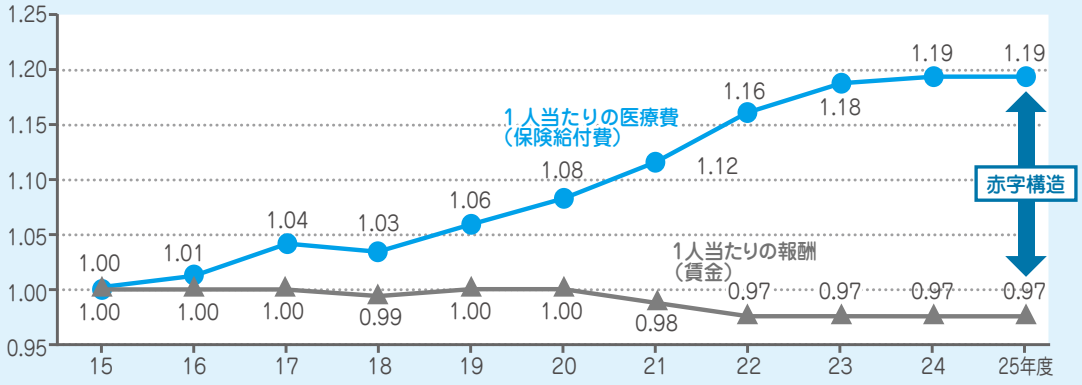
協会けんぽの財政は、厳しい状況にあります

協会けんぽの財政は、医療費の伸びが賃金の伸びを上回る赤字構造にあり、さらに高齢者医療への拠出金は毎年増加の状況にあります。国により保険料負担軽減のための特例措置が行われていますが、現行のままでは、保険料率の引上げが今後も避けられない状況です。

増大する医療費と低迷する賃金

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ます。

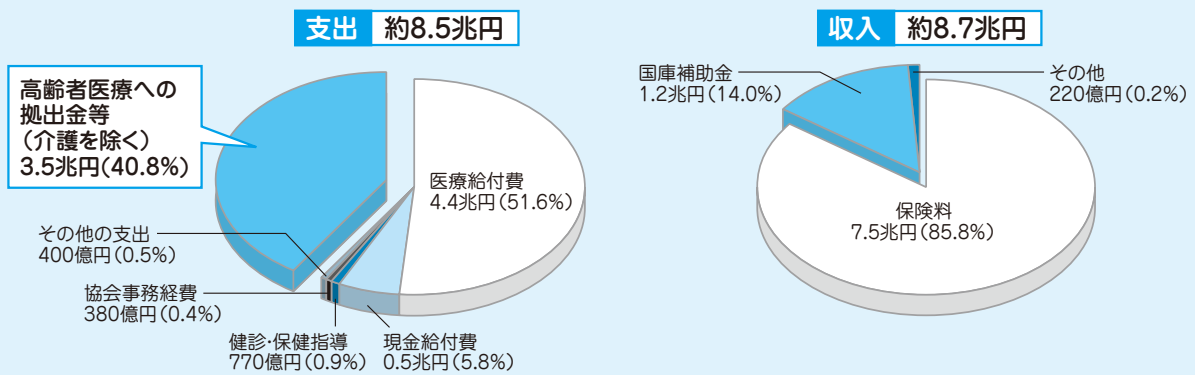
●医療費と報酬(賃金)の伸び(対平成15年度の指数)



高齢者医療への拠出金が重い負担

協会けんぽの支出の４割超は高齢者医療制度などへの拠出金等で、保険料率引上げの最大の要因となっています。

●協会けんぽの平成25年度決算(医療分)



保険料率上昇を抑制するための取り組み

協会けんぽでは、保険料の上昇を抑制するため、さまざまな取り組みを行っています。

健診・保健指導で健康管理	生活習慣病予防や病気の早期発見のための健康診断、保健指導を実施しています。
ジェネリック医薬品の使用促進	薬代の負担が少なくなるジェネリック医薬品の使用を促進しています。 また、服用する薬をジェネリック医薬品に切り替えた場合の自己負担軽減額を通知しています。
健康保険の正しい利用の促進	審査の厳格化により、不正受給の防止を図っています。
医療費適正化（レセプト点検）	医療機関から誤った保険請求がされていないか審査しています。
被扶養者の資格確認	年に一度、被扶養者解除の届出がもれていないか、被扶養者要件の再確認を行っています。

事業主の皆さまへ

保険証の回収にご協力ください

健康保険の資格喪失後、保険証を返却されずに医療機関等で使用され、協会けんぽから返還請求を行っているケースが発生しています。誤使用を防ぐためにも、事業主の皆さまには、保険証の回収にご協力をお願いします。

ご本人の退職時やご家族の扶養を解除するとき

「資格喪失届」または**「被扶養者異動届」**に**保険証**を必ず添付し、日本年金機構愛知事務センターにご提出ください。

年に一度は健康診断を

高血圧や糖尿病をはじめとする生活習慣病やがんを早期発見・早期治療するために、年に一度は健診を受けて、体の健康チェックを行いましょう。 詳しくは、47頁～

なお、受診できる健診機関や申込手続きなどは、毎年3月下旬から4月上旬にお届けする健康診断のご案内や、協会けんぽのホームページでもご確認いただけます。

「すまあと相談」のご案内 無料 要予約

「健診結果でちょっと気になることについて相談してみたい」、そんな方を対象に、「すまあと相談」を協会けんぽ愛知支部及び一部の健診実施機関で行っています。

ご希望の方は、愛知支部または実施機関にお電話でご予約ください。

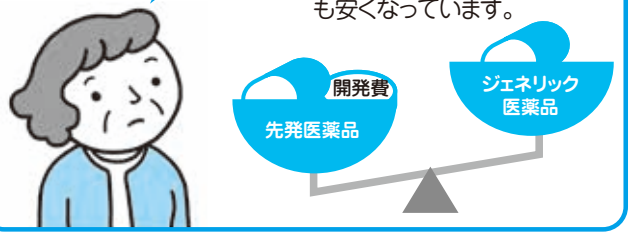
ジェネリック医薬品ならお薬代を節約できます

ジェネリック医薬品はこんなお薬です

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。

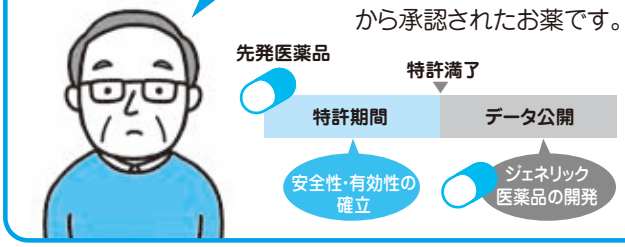
なぜ安いのですか？

先発医薬品の開発には多額の費用がかかりますが、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。



効き目と安全性は同じですか？

ジェネリック医薬品は先発医薬品と同じ主成分を使い、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を希望される方は

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。

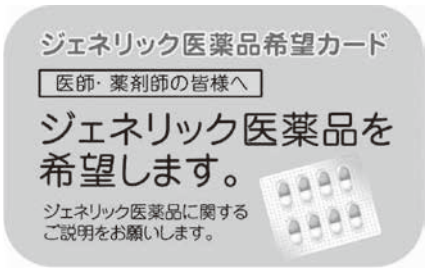
まずは、かかりつけの医師または薬剤師に相談してみましょう。病院では医師の診察時、薬局では処方せんを薬剤師に渡すときに「ジェネリック医薬品に変更できますか?」と聞いてみてください。

協会けんぽでは、ジェネリック医薬品の希望を医師や薬剤師にお伝えしやすくするため、「ジェネリック医薬品希望カード・シール」をご用意しています。ご希望の方は、愛知支部に電話にてご連絡ください（郵送での配布）。また、同カードは、協会けんぽのホームページから印刷してご利用いただくこともできます。

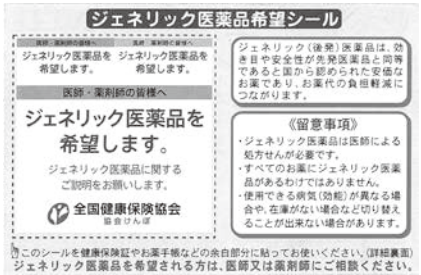
http://www.kyoukaikenpo.or.jp/

ジェネリック医薬品希望カード・シール（例）

ジェネリック医薬品希望カード
（保険証や診察券などと一緒に窓口に提示します。）



ジェネリック医薬品希望シール
（保険証などに貼って使います。）



●「ジェネリック医薬品軽減額のお知らせ」の効果について●

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ヵ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25年度実績

愛知支部	年間5億円
全国	年間83億円

接骨院・整骨院の正しいかかり方

接骨院・整骨院での施術は、医療機関での診療とは異なります。そのため、健康保険の対象となる範囲は限られています。

健康保険の対象となる場合

急性などの外傷性
- ○ 骨折
- ○ 脱臼
- ○ 打撲
- ○ 捻挫
- ○ 挫傷(肉離れ)

※骨折・脱臼については応急処置の場合を除き、医師の同意が必要です。

健康保険の対象とならない場合

- × 日常生活における単なる疲労、肩こり、筋肉疲労
- × 病気(神経痛、リウマチ、五十肩、関節痛、ヘルニア等)が原因で起こる痛みやコリ
- × 脳疾患後遺症等の慢性病
- × あんま・マッサージがわりの利用

ご注意ください	①負傷の原因を正しく伝えてください。	②療養費支給申請書は必ずご自身で署名してください。	③領収証は大切に保管してください。	④治療が長期になり内科的要因が考えられる場合は、医師へご相談ください。

医療費のお知らせをお送りします

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。

なお、「医療費のお知らせ」は、医療機関の領収書とは異なり、**確定申告時の医療費控除証明書として使用することはできません。**

医療機関のかかり方で上手に節約

❶「かかりつけ医」を持ちましょう

ベッド数200床以上の病院では、紹介状なしで受診すると、初診料に特別料金を上乗せしてもよいことになっています。

家の近所に「かかりつけ医」を持ち、普段は健康な方がカゼなどをひいたときは、まずは近所の「かかりつけ医」を受診しましょう。

❷ハシゴ受診はやめましょう

紹介状がなく同じ症状で次から次へとお医者さんを変えるのは「ハシゴ受診」と呼ばれ、身体に負担がかかり、医療費もかさむことになります。

❸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。

事業主の皆さまへ

被扶養者資格の再確認を行います

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。この再確認は、保険料を決めるうえで大変重要な確認ですので、皆さまのご理解とご協力をお願いいたします。

再確認については、毎年5月末から順次「被扶養者状況リスト」を各事業所へお送りしますので、被扶養者に該当するかご確認いただき、7月末までに提出していただきます。

平成26年度　再確認の効果

- 被扶養者から除かれた方・・・**約6万9千人**
- 効果額（高齢者医療制度への負担）・・・**34億円見込み**

●被扶養者資格再確認の流れ

❶ 「被扶養者状況リスト」を事業所宛てに送付

送付期間
毎年5月末～6月下旬

→

❷ **該当の方を確認**
↓
「被扶養者状況リスト」に必要事項を記入

→

❸ 「被扶養者状況リスト」を協会けんぽへ返送

〈扶養解除となる方がいる場合〉
「被扶養者調書兼異動届」と「保険証」を提出

提出期限 **毎年7月末日**

メールマガジン会員募集中です　登録無料

どんな内容のメルマガなの？

- 保険料率の改定についての最新情報
- 健康保険に関するお役立ち情報
- 制度改正等の最新情報
- 健康に役立つ情報　　など

毎月2回無料で配信！

どうやって登録するの？

登録は簡単！

協会けんぽ　愛知　検索

パソコンから協会けんぽ愛知支部のホームページにアクセスし、登録フォームに入力します

または
こちらの二次元コードから▶

だれでも登録できるの？

パソコンやスマートフォンのEメールアドレスをお持ちであれば、どなたでもご利用できます！

※携帯電話からは登録できません。

STEP 1 パソコンやスマートフォンからアクセス 会員情報の登録

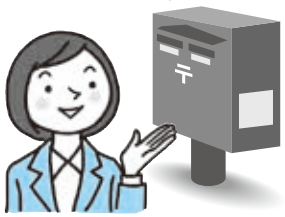
→

STEP 2 登録完了後、確認メールが届きます

→

STEP 3 登録されたメールアドレスにメールマガジンが届きます

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、窓口の混雑緩和のため、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。

ご提出先

〒461-8515　全国健康保険協会 愛知支部

［所在地］名古屋市東区葵1-13-8 アーバンネット布池ビル2階

個別郵便番号（461-8515）を記載することで、宛先所在地を省略できます。

ご提出はどちらも郵送でお願いいたします

ご提出先

〒460-8565　日本年金機構 愛知事務センター

［所在地］名古屋市中区錦1-18-22 名古屋ATビル

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

	健康保険・任意継続	厚生年金
従業員の採用		●被保険者**資格取得届** ●健康保険被保険者**資格証明書**交付申請書
変更・訂正		●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）
再交付	●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	●被保険者**住所変更届** ●被保険者**氏名変更（訂正）届**
給与・賞与		●年金手帳再交付申請書
病気・ケガ・入院等	●**傷病手当金**支給申請書 ●**療養費**支給申請書 ●**高額療養費**支給申請書 ●**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 ●**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	●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**
出産・育児休業	●**出産手当金**支給申請書 ●**出産育児一時金**支給申請書	●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） ●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 ●厚生年金保険養育期間標準報酬月額特例申出書
健康診断	●生活習慣病予防健診申込書 ●特定健康診査受診券申請書	
退職・死亡	●**埋葬料（費）**支給申請書	●被保険者**資格喪失届** ●健康保険被保険者証回収不能・滅失届
退職後の保険（任意継続）	●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	
事業所に関するもの		●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

ホームページURL
http://www.kyoukaikenpo.or.jp/
協会けんぽ　検索

ホームページURL
http://www.nenkin.go.jp/
日本年金機構　検索

協会けんぽの申請書・届出書について

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、「見やすく」「わかりやすく」「記入しやすく」するため、平成26年7月から様式を一新しました。

新様式は
ホームページからダウンロードできます

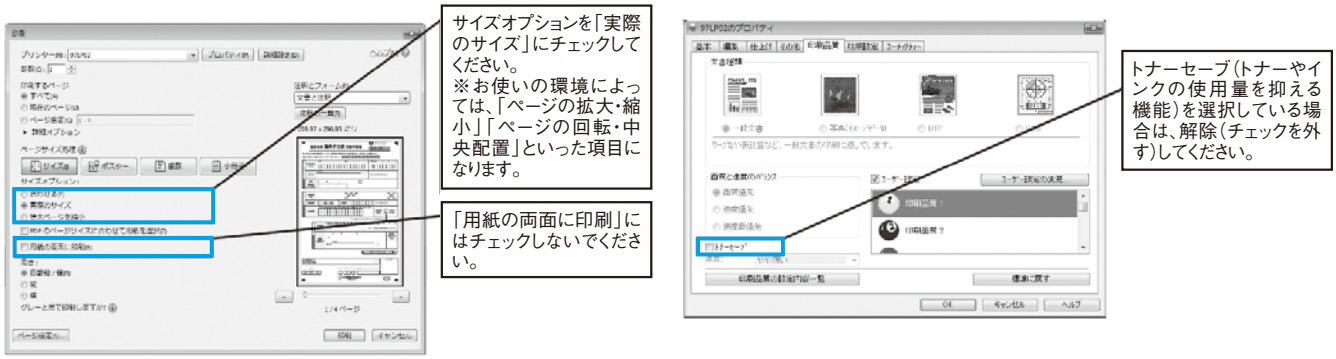
http://www.kyoukaikenpo.or.jp　協会けんぽ　検索

◎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、次の点にご注意のうえ、申請書を印刷してくださいますようお願いいたします。

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

●印刷時のプリンター設定（一例）



※お使いのパソコン、プリンター、ソフトウエア等の状況によっては、上記と異なる画面の場合があります。
※かすれによる不鮮明を防ぐため、ダウンロードして印刷した申請書等は、コピー機による複写をしないようにしてください。

プリントできない方　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。
052-979-5190（代表）

お急ぎの場合　セブンーイレブン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）。

協会けんぽの主な申請書類一覧

	種類	内容（どんなとき）	解説の頁	記入例の頁
病気・ケガをしたとき	療養の給付 （本人・家族）	・被保険者・被扶養者が業務災害・通勤災害以外で病気やケガになり、医療機関等にかかるとき	11頁	
	療養費 （本人・家族）	・被保険者証が手元になかったため医療費を全額支払ったとき ・コルセットなどを作成したとき　など	16頁	17～18頁
	負傷原因届	・負傷（ケガ）がもとで給付の申請をするとき	19頁	19頁
	第三者行為傷病届	・交通事故などにあったとき	20頁	21頁
	高額療養費 （本人・家族）	・高額な医療費の窓口負担を軽減したいとき〔限度額適用認定証等〕 ・医療費の自己負担額が高額になったとき	限度額認定等 22頁 高額療養費 26・27頁	限度額認定等 23～25頁 高額療養費 28・29頁
	高額介護合算療養費 （本人・家族）	・医療保険と介護保険の自己負担額が高額になったとき	27頁	ホームページをご参照いただくか、協会けんぽまでお問い合わせください。
	傷病手当金 （本人）	・被保険者（任意継続の方を除く本人）が病気やケガで仕事を休み、かつ給与が支払われないとき	30・31頁	32～34頁
	その他	入院時食事（生活）療養費（本人・家族）／訪問看護療養費・家族訪問看護療養費（本人・家族）／保険外併用療養費（本人・家族）／移送費・家族移送費	ホームページをご参照いただくか、協会けんぽまでお問い合わせください。	
死亡したとき	埋葬料〔埋葬費〕 （本人）	・被保険者が亡くなったとき	35頁	36頁
	家族埋葬料 （家族）	・被扶養者が亡くなったとき	35頁	37頁
出産したとき	出産手当金 （本人）	・被保険者（任意継続の方を除く本人）が出産のため仕事を休み、給与が支払われないとき	38・39頁	40・41頁
	出産育児一時金 （本人）	・被保険者・被扶養者が出産したとき	42・43頁	44・45頁 直接支払制度を利用しない場合など詳しくは協会けんぽまでお問い合わせください。
	家族出産育児一時金 （家族）			
退職後	退職後の給付	傷病手当金・出産手当金の継続支給／資格喪失後6ヵ月以内の出産の支給／資格喪失後の死亡の支給	46頁	
保険証関係	保険証の再交付	・保険証を紛失したとき	12頁	13頁
	高齢受給者証の再交付	・高齢受給者証を紛失したとき	12頁	13頁
	健康保険の任意継続	・退職した後も、健康保険を任意で続けたいとき	14頁	15頁
健診関係	生活習慣病予防健診 （本人）	・被保険者の方の健康診断	47頁	ホームページをご参照いただくか、協会けんぽまでお問い合わせください。
	特定健康診査 （家族）	・被扶養者の方の健康診査	48頁	
	特定保健指導 （本人・家族）	・被保険者、被扶養者の方の特定保健指導	49頁	

※このしおりには協会けんぽによくお問い合わせをいただくものを収録しております。内容につきましても一般的なものとなっておりますので、ご不明な点はホームページをご参照いただくか、協会けんぽまでお問い合わせください。

病気やケガをしたとき

病気やケガをしたとき（療養の給付について）

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）に保険証および高齢受給者証を提示し、一部負担金を支払うことで以下のような療養の給付を受けることができます。また、医師の処方せんを受けた場合は、保険薬局で薬剤の調剤をしてもらうことができます。

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。

診 察

身体に異常があれば、いつでも健康保険で医師の診察や治療に必要な検査が受けられます。

投 薬

治療に必要な薬は、「薬価基準」に掲載されているものに限り支給されます。

処置・手術

注射や処置・手術はもちろん、放射線療法、療養指導なども受けられます。ただし、認められていない特殊な治療は健康保険で受けることはできません。

入院・看護

入院中の食事・生活療養については1食・1日につき、決められた額を負担いただきます。特別室（個室など）を希望するときは差額室料の負担が必要です。

在宅療養・訪問看護

医師が必要と認めれば、在宅療法の指導が受けられます。また、訪問看護ステーションから派遣された看護師による訪問看護なども受けられます。

●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	昭和19年4月1日以前生まれ	1割負担
		昭和19年4月2日以降生まれ	2割負担※
	現役並み所得者		3割負担

※70歳以上75歳未満の一般は、平成20年度以降、軽減特例措置によって1割負担に据え置かれてきましたが、平成26年4月以降に70歳となられる方から順次2割負担となります。

現役並み所得者＝標準報酬月額28万円以上の被保険者と被扶養者
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（被扶養者がない場合は383万円）未満のときは、申請により一般に区分。

●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		260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

健康保険で受けられない診療

日常生活に何ら支障がないのに受ける診療（美容整形など）に健康保険は使えません。妊娠も病気とはみなされないため、正常な状態での妊娠・出産は健康保険の適用から除外されています。また、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は給付が制限されることがあります。

業務災害や通勤災害によるケガは?

業務災害による病気やケガ、通勤途上に被った災害などが原因の病気やケガについては、健康保険給付は行われず、原則として労災保険の適用となります。

健康保険が使えないケース

- 美容を目的とする整形手術
- 近視の手術など
- 研究中の先進医療
- 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

保険証は大切に使いましょう

一人ひとりに交付される保険証

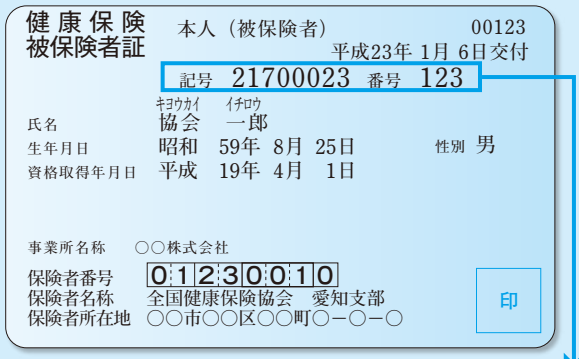
健康保険被保険者証（保険証）は、加入手続き後、被保険者およびその被扶養者に個人単位で交付されます。

また、70～74歳の方には、保険証のほかに「高齢受給者証」が交付されます。

紛失したときは再交付の申請を

保険証や高齢受給者証をなくしたり、破損したときは、それぞれ再交付申請をし、新しく交付を受けてください。

健康保険被保険者証（被保険者用）

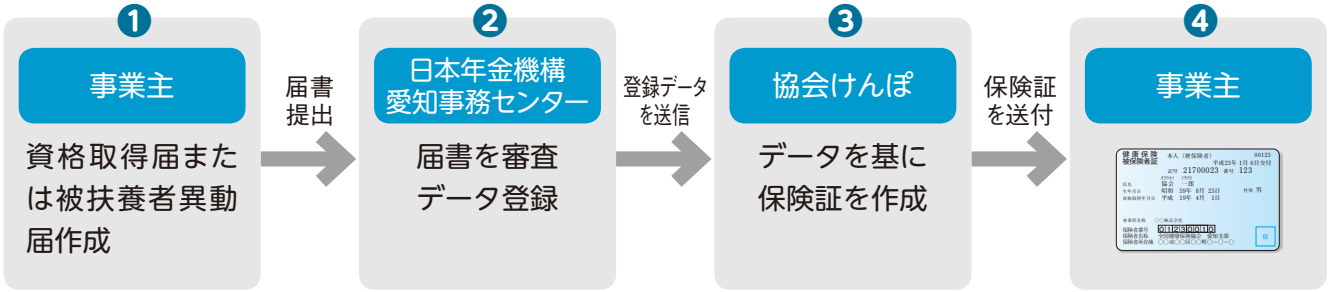


お手元の保険証に記載されている記号・番号を各申請書の「保険証の記号および番号」欄にご記入ください

保険証は、大切に保管してください！

1. 受け取った際に、記載内容の確認をしてください
2. 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
6. 会社を退職するときは被保険者・被扶養者両方の保険証とともに、5日以内に届け出てください

●保険証発行までの流れ



保険証送付までの目安　　通常期：約2週間　　繁忙期：約3週間

資格喪失日（退職日の翌日）以降は、保険証を使用できません

被保険者が保険証を使用できるのは「**退職日まで（資格喪失日の前日）**」です。また、パートの方などで、勤務時間や日数が減少し被保険者の資格を喪失する場合、「**資格喪失日**」以降、保険証は使用できません。

（例）　被保険者（加入者ご本人）が3月20日で退職したとき

協会けんぽに加入していた期間

※被保険者の資格喪失日以降に保険証を使って受診された場合は、医療費（総医療費の7～9割）をご返還いただくことになりますのでご注意ください。

退職したときはすみやかにお手続きください

事業主　日本年金機構愛知事務センターへ「資格喪失届」と「保険証（家族分含む）」をご郵送ください（8頁参照）

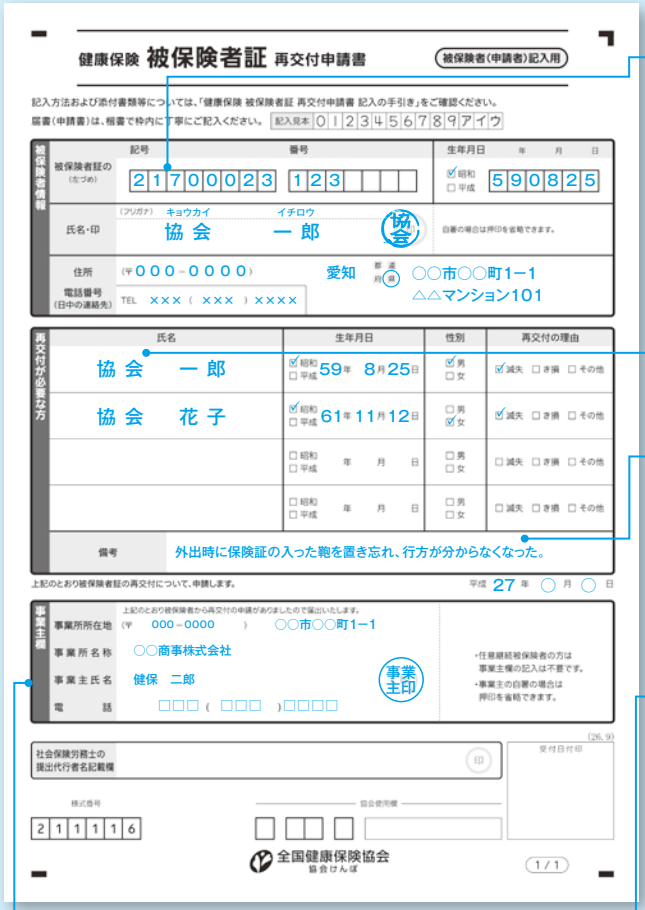
退職者　保険証を事業主に返納のうえ、次の健康保険への加入手続きをしてください（14頁参照）

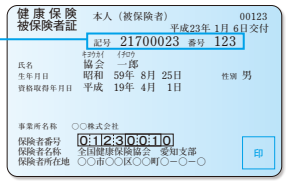
記載例

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。

TEL ×××(×××)~~××××~~△△△△ 協会



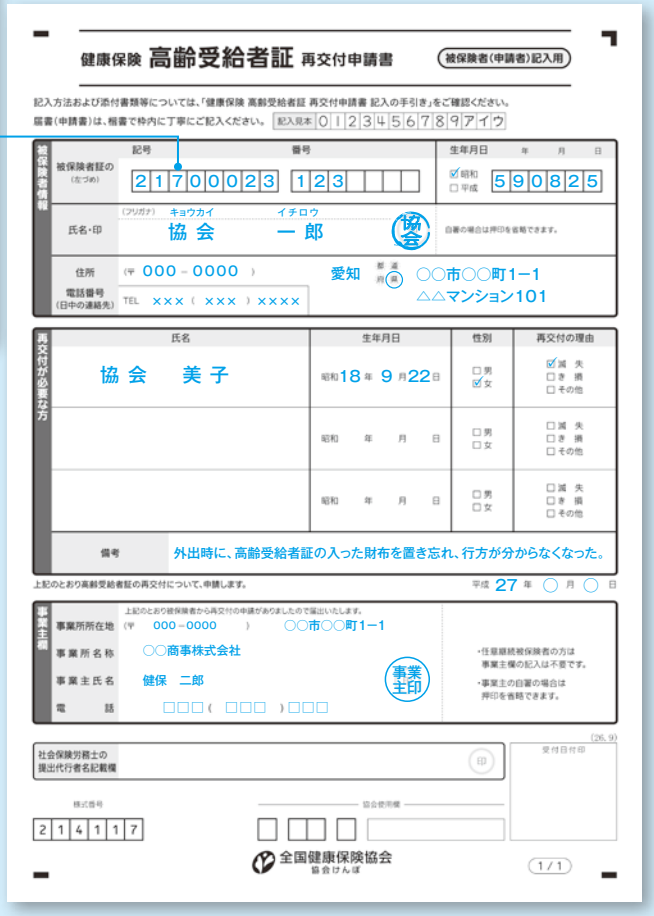


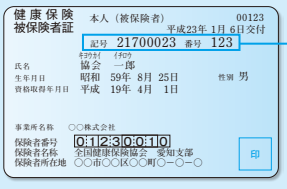
記号・番号は保険証に記載されています。また、協会けんぽ都道府県支部からお送りしております各種通知書等に記載しておりますのでそちらからも確認できます。

再交付が必要な方のみご記入ください。

再交付の理由が「滅失」や「その他」の場合は、理由を詳しく記入してください。

事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の方の再交付は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の再交付については記入は必要ありません。



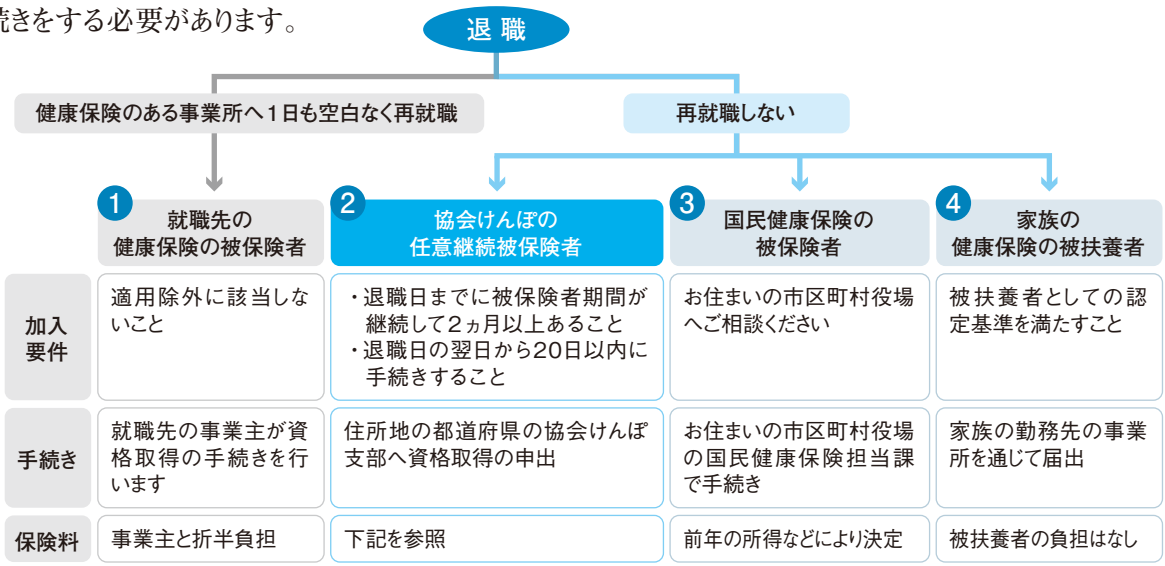


提出時期	保険証や高齢受給者証を紛失したとき
提出先	事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の場合→事業所を管轄する協会けんぽ都道府県支部 任意継続被保険者およびその被扶養者の場合→住所地を管轄する協会けんぽ都道府県支部
添付書類	「き損」による再交付を申請する場合は、「き損」した保険証や高齢受給者証を添付してください。

退職後も健康保険へ継続加入をしたいとき

退職後の健康保険への加入

74歳までの被保険者が退職などで健康保険の資格を喪失した場合には、引き続き何らかの健康保険制度への加入が義務づけられています。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に健康保険の加入手続きをする必要があります。



	❶ 就職先の健康保険の被保険者	❷ 協会けんぽの任意継続被保険者	❸ 国民健康保険の被保険者	❹ 家族の健康保険の被扶養者
加入要件	適用除外に該当しないこと	・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 ・退職日の翌日から20日以内に手続きすること	お住まいの市区町村役場へご相談ください	被扶養者としての認定基準を満たすこと
手続き	就職先の事業主が資格取得の手続きを行います	住所地の都道府県の協会けんぽ支部へ資格取得の申出	お住まいの市区町村役場の国民健康保険担当課で手続き	家族の勤務先の事業所を通じて届出
保険料	事業主と折半負担	下記を参照	前年の所得などにより決定	被扶養者の負担はなし

協会けんぽの任意継続被保険者となるためには（上の図の❷）

退職などにより協会けんぽの被保険者資格を喪失したときは、下記の①、②の要件を満たしている場合、協会けんぽの健康保険に引き続き加入することができます。

※倒産や解雇などにより自らが望まない形で失業された方は、国民健康保険料が軽減される場合があり、任意継続の保険料よりも安くなるケースがあります。詳しくはお住まいの市区町村役場にお問い合わせください。

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

●加入期間と資格喪失

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

任意継続被保険者は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

❶保険料を納付期限までに納めなかったとき
❷任意継続被保険者となった日から2年を経過したとき
❸任意継続被保険者が亡くなったとき
❹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
❺75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
（❹、❺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）

●任意継続被保険者の１ヵ月の保険料

退職時点の標準報酬月額 × **都道府県別健康保険料率** ＝ **任意継続の保険料**

- 退職時点の標準報酬月額：事業主の届出によって登録された給与の月額 上限は28万円（改定される場合あり）
- 都道府県別健康保険料率：40～64歳の方は介護保険料率が上乗せ
- 任意継続の保険料：全額自己負担

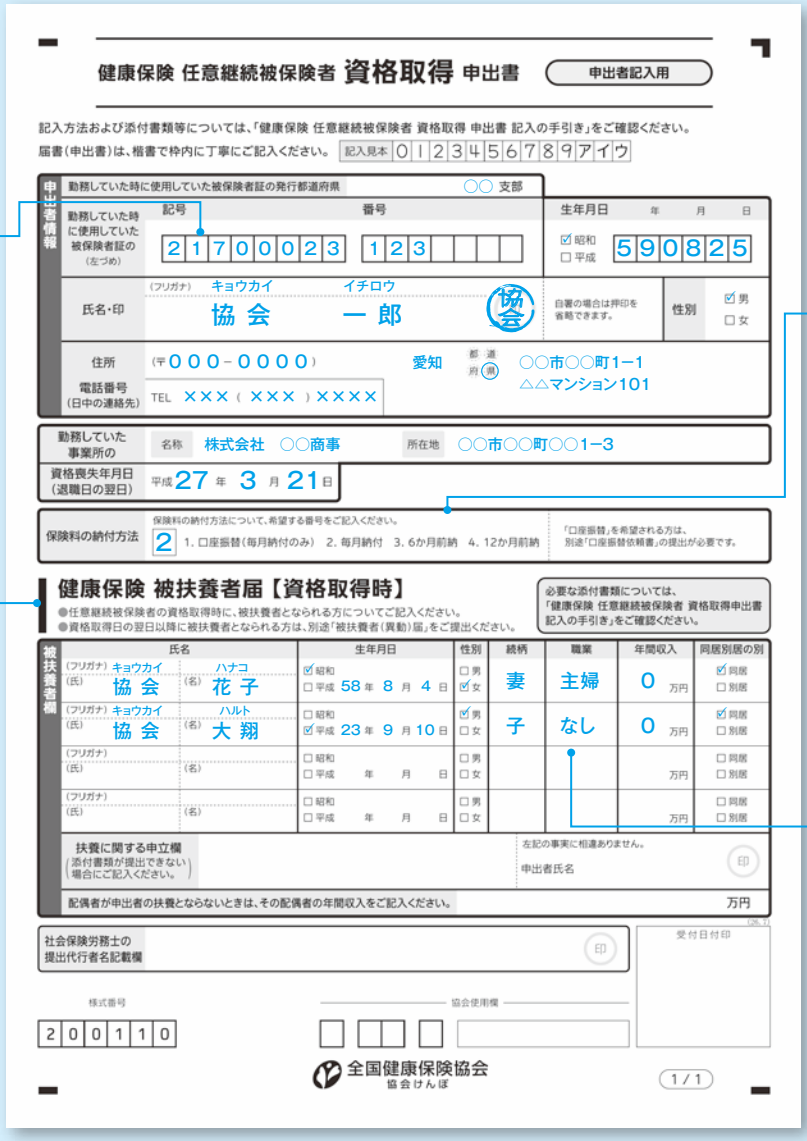
※住所地の都道府県の都道府県別健康保険料率となります。

記載例 健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

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

記号・番号は、在職時の保険証に記載されています。



健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書　申出者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 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。
届書（申出書）は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

申出者情報

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（左づめ）：記号 2170002 3　番号 123
生年月日：☑昭和 59年 8月 25日
氏名・印：（フリガナ）キョウカイ イチロウ　協 会 一 郎　自署の場合は押印を省略できます。
性別：☑男 □女
住所：（〒000−0000）愛知 都道府県 ○○市○○町1−1 △△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：株式会社 ○○商事　所在地：○○市○○町○○1−3
資格喪失年月日（退職日の翌日）：平成 27 年 3 月 21 日
保険料の納付方法：保険料の納付方法について、希望する番号をご記入ください。 2　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
「口座振替」を希望される方は、別途「口座振替依頼書」の提出が必要です。

健康保険 被扶養者届【資格取得時】
●任意継続被保険者の資格取得時に、被扶養者となられる方についてご記入ください。
●資格取得日の翌日以降に被扶養者となられる方は、別途「被扶養者（異動）届」をご提出ください。
必要な添付書類については、「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。

被扶養者欄

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 協 会 / ハナコ 花 子	☑昭和 58年 8月 4日	□男 ☑女	妻	主婦	0 万円	☑同居 □別居
（フリガナ）キョウカイ 協 会 / ハルト 大 翔	□昭和 ☑平成 23年 9月 10日	☑男 □女	子	なし	0 万円	☑同居 □別居
（フリガナ） （氏） / （名）	□昭和 □平成 年 月 日	□男 □女			万円	□同居 □別居
（フリガナ） （氏） / （名）	□昭和 □平成 年 月 日	□男 □女			万円	□同居 □別居

扶養に関する申立欄（添付書類が提出できない場合にご記入ください。）：左記の事実に相違ありません。 申出者氏名 印
配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。 万円

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印
受付日付印
様式番号 2 0 0 1 1 0
協会使用欄
全国健康保険協会 協会けんぽ
1 / 1

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。添付書類が必要になる場合があります（下記添付書類を参照）

高校生以上の学生の方は、職業欄に在学中の学校名および学年（××高校2年、○○大学3年）を記入してください

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は、提出期限を過ぎても受領される場合があります。
提出先	ご自宅の住所地を管轄する協会けんぽ各都道府県支部
添付書類	•16歳以上の被扶養者を届け出る場合（学生および未就学児を除く）は、収入要件を満たすことを確認できる以下の書類 ①「所得証明書」「非課税証明書」「給与証明」「源泉徴収票」「直近の確定申告の写し」など ②離職等により収入に変動があった場合→「退職証明書」「離職票の写し」「雇用保険受給資格者証の写し」など ③年金収入がある方の場合→「年金振込通知書の写し」「年金額改定通知書の写し」など
	•苗字が届出者と異なる場合は、続柄の確認できる書類（「住民票」「戸籍抄本」など） •申出者の配偶者、子、父母、祖父母、孫、弟妹以外の方を被扶養者として届け出る場合は、その方が申出者と同居していることを証明できる書類（「住民票」など） •保険料の口座振替を希望される方→口座振替依頼書

医療費の立替払い、治療用装具を作成したときなど

立替払いや治療用装具を作成したとき（療養費）

健康保険では、「やむを得ない事情で保険証を提示できず、医療費の全額（10割負担）を支払ったとき」や「治療のために装具を作成したとき」などの場合に、あとで請求して療養費として、払い戻しを受けることができます。

● 療養費が受けられる主なケース ●

1. 資格取得届の手続き中で被保険者資格を証明できず、自費で診療を受けたとき
2. 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とき
3. コルセットなどの治療用装具を医師の指示で作成し、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（業務上の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

健康保険の 対象となる 場合

- 急性の外傷性の骨折、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）

健康保険の 対象とならない 場合

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

●療養費払い戻しの手順

立替払

❶ 窓口で医療費を全額（10割）支払った → ❷ 領収書（原本）と診療明細書（傷病名・診療内容の明細が記入されたもの）を用意

治療用装具

❶ 治療のため装具を作成した → ❷ 装具の領収書（原本）と医師の意見書等を用意

❸ 療養費支給申請書と❷の書類を協会けんぽへ提出 → ❹ 療養費の払い戻し

※支払った医療費が全額払い戻されるわけではなく、保険診療を受けた場合を基準に計算した額から一部負担金相当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。

差額を負担して医療を受けるとき（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、保険外診療を受ける場合でも、保険診療との差額を負担すれば健康保険が使える療養があります。これらは評価療養や選定療養といい、通常の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料など）については、一般の保険診療と同様に扱われ、その部分については一部負担金を支払うこととなり、残りの額を「保険外併用療養費」として健康保険から（現物で）給付が行われます。評価療養や選定療養の料金は、自費で支払います。

●評価療養と選定療養の主なもの

先進医療	特別の療養環境の提供	予約診療・時間外診療	200床以上の病院の未紹介患者の初診	180日を超える入院	前歯部の材料差額

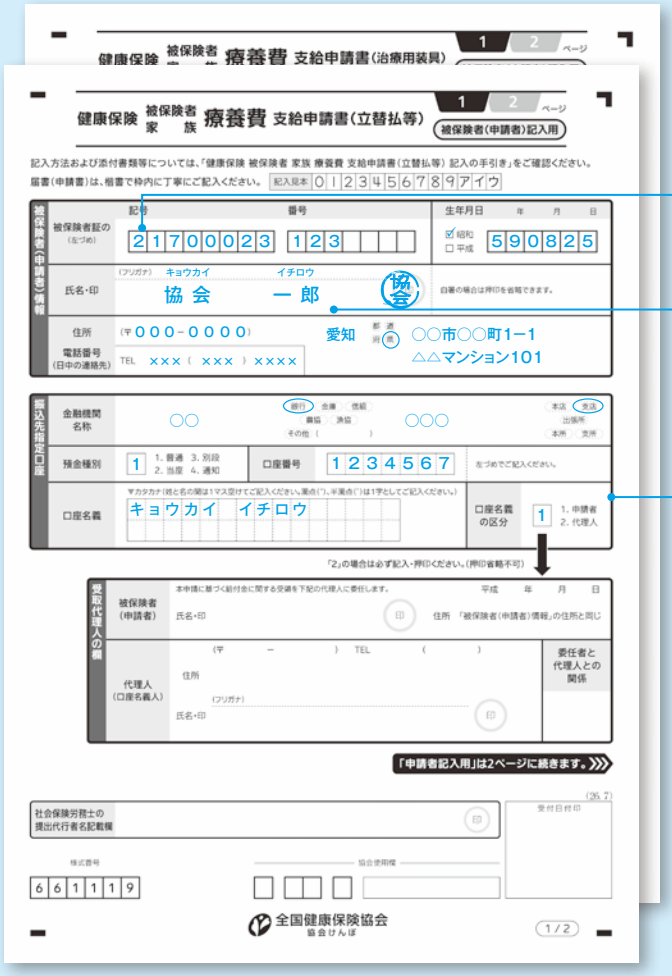
記載例

健康保険 被保険者・家族 療養費支給申請書（立替払等・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

立替払等・治療用装具



記号・番号は、保険証に記載されています。

申請書は被保険者ご自身がご記入ください。
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。

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
添付書類	**●立替払いの場合** ①診療明細書（医療機関等で発行されたもので傷病名や診療内容の記載があるもの） ②領収（明細）書（診療に要した費用額が記載された領収（明細）書） 【海外】①診療内容明細書および領収明細書 （外国語で記載の場合は、翻訳者の署名、住所、電話番号が明記された翻訳文を添付） ②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） **●生血の場合** ①輸血証明書（輸血を必要と認めた医師の証明書で輸血の回数が明記されているものを添付） ②領収書（費用の内訳が記載された領収書） **●治療用装具の場合** ①医師の「意見および装具装着証明書」等 ・付属している「意見および装具装着証明書」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「医師の意見書（同意書・証明書）及び装具装着証明書」を添付してください。 ・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。 ・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。 ②領収書（装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳別の費用額が記載された受診者あての領収書） ③検査書（小児弱視等の治療用眼鏡等の場合） 「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。

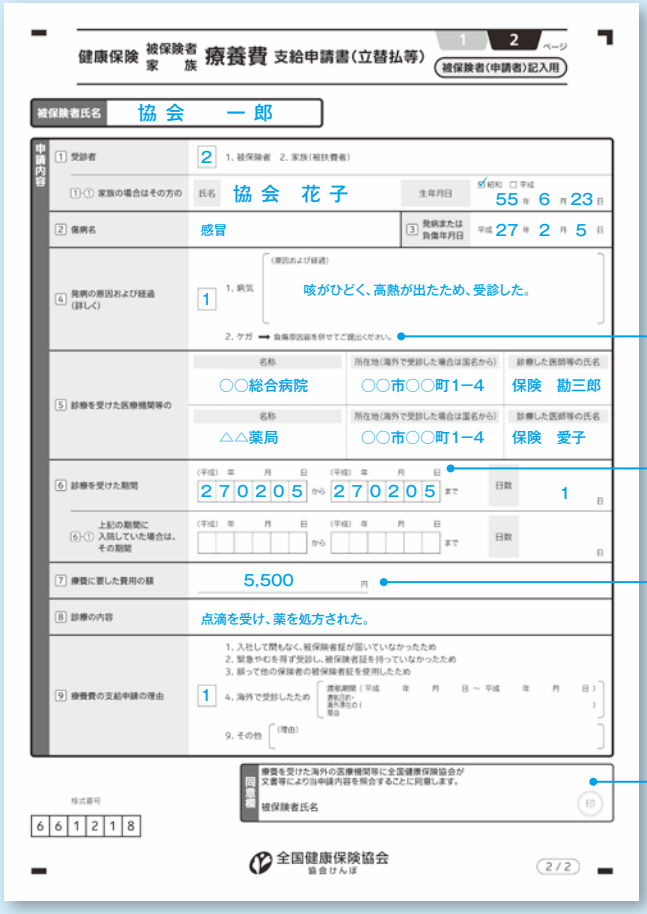
記載例

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）

立替払等の場合


健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（立替払等） 1 2 ページ
被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名 協会 一郎

申請内容
① 受診者：2（1. 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：☑昭和 □平成 55年6月23日
② 傷病名：感冒 ③ 発病または負傷年月日：平成27年2月5日
④ 発病の原因および経過（詳しく）：1（1. 病気）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：○○総合病院 所在地（海外で受診した場合は国名から）：○○市○○町1−4 診療した医師等の氏名：保険 勘三郎
名称：△△薬局 所在地（海外で受診した場合は国名から）：○○市○○町1−4 診療した医師等の氏名：保険 愛子
⑥ 診療を受けた期間：（平成）年 月 日 270205 から 270205 まで 日数 1日
⑥-① 上記の期間に入院していた場合は、その期間：（平成）年 月 日 から まで 日数 日
⑦ 療養に要した費用の額：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（4. 海外で受診したため 渡航期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）渡航目的、海外滞在の（ ）理由）
9. その他（理由）

同意欄：療養を受けた海外の医療機関等に全国健康保険協会が文書等により当申請内容を照会することに同意します。
被保険者氏名 印

様式番号 612118

全国健康保険協会 協会けんぽ

2/2

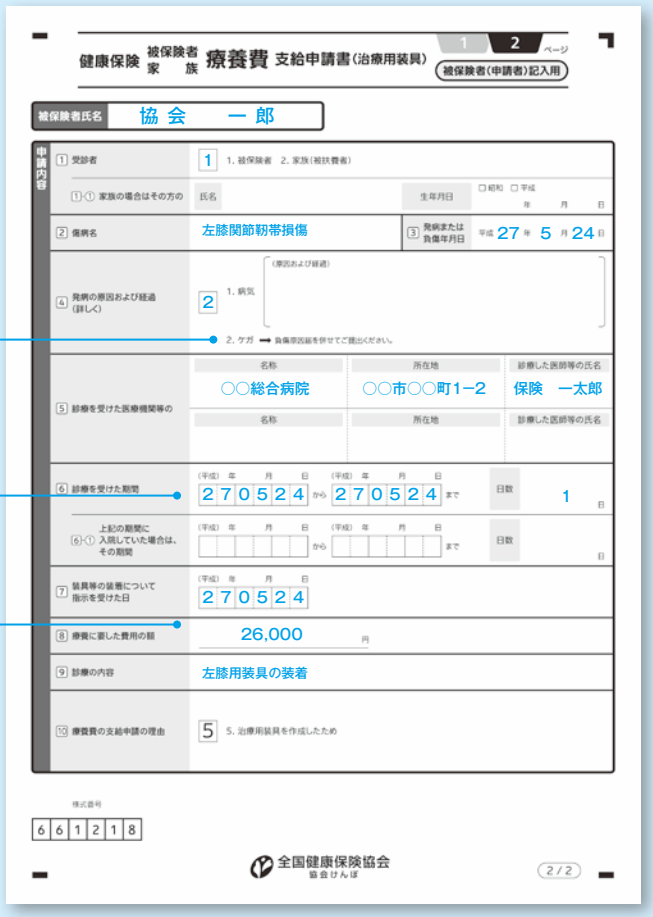
ケガ（負傷）による申請の場合は「負傷原因届」（19頁参照）を併せて提出してください。

自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日を記入してください。
日数は診療を受けた日の数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。

海外で診療を受けた際の支給申請の場合は、医療機関等への照会に係る同意欄への記入・押印をお願いします。

治療用装具の場合


健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書（治療用装具） 1 2 ページ
被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名 協会 一郎

申請内容
① 受診者：1（1. 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： 生年月日：□昭和 □平成 年 月 日
② 傷病名：左膝関節靭帯損傷 ③ 発病または負傷年月日：平成27年5月24日
④ 発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：○○総合病院 所在地：○○市○○町1−2 診療した医師等の氏名：保険 一太郎
名称： 所在地： 診療した医師等の氏名：
⑥ 診療を受けた期間：（平成）年 月 日 270524 から 270524 まで 日数 1日
⑥-① 上記の期間に入院していた場合は、その期間：（平成）年 月 日 から まで 日数 日
⑦ 装具等の装着について指示を受けた日：（平成）年 月 日 270524
⑧ 療養に要した費用の額：26,000 円
⑨ 診療の内容：左膝用装具の装着
⑩ 療養費の支給申請の理由：5（5. 治療用装具を作成したため）

様式番号 612118

全国健康保険協会 協会けんぽ

2/2

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

治療用装具を装着した日を記入してください。

領収書に記載されている金額を記入してください。

負傷（ケガ）がもとで申請するとき

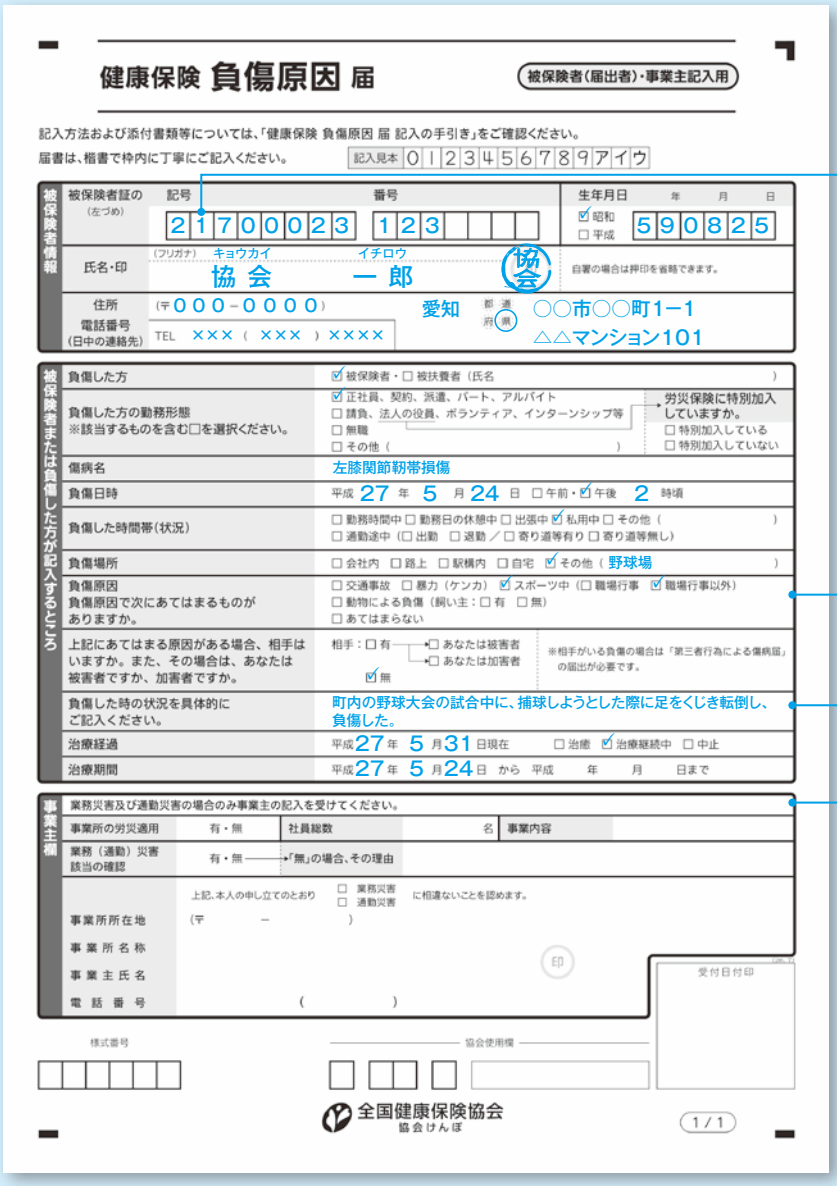
負傷（ケガ）がもとで各種の給付の申請をする際には、「健康保険　負傷原因届」で負傷の原因を届け出ます。疾病・負傷（ケガ）が第三者の行為によるものであるときは、併せて「第三者による傷病届」の届出が必要です。

以下の支給申請をするときに必要です

- ○ 療養費（治療用装具）
- ○ 療養費（立替払等）
- ○ 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（届出者）・事業主記入用）

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ご記入ください。　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 2 1 7 0 0 0 2 3　番号 1 2 3　生年月日 ☑昭和 5 9 0 8 2 5
- 氏名・印　（フリガナ）キョウカイ　イチロウ　協会　一郎　（協会）　自署の場合は押印を省略できます。
- 住所　（〒000－0000）　愛知 都道府県（県）　○○市○○町1－1　△△マンション101
- 電話番号（日中の連絡先）　TEL ××× （ ××× ） ××××

被保険者または負傷した方が記入するところ
- 負傷した方　☑被保険者・□被扶養者（氏名　）
- 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。　☑正社員、契約、派遣、パート、アルバイト　□議員、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等　□無職　□その他（　）　→労災保険に特別加入していますか。　□特別加入している　□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 27 年 5 月 24 日 □午前・☑午後 2 時頃
- 負傷した時間帯（状況）　□勤務時間中 □勤務日の休憩中 □出張中 ☑私用中 □その他（　）　□通勤途中（□出勤 □退勤／□寄り道等有り □寄り道等無し）
- 負傷場所　□会社内 □路上 □駅構内 □自宅 ☑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。　□交通事故 □暴力（ケンカ） ☑スポーツ中（□職場行事 ☑職場行事以外）　□動物による負傷（飼い主：□有 □無）　□あてはまらない
- 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。　相手：□有 →□あなたは被害者 →□あなたは加害者　☑無　※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。
- 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27年 5 月31日現在　□治癒 ☑治療継続中 □中止
- 治療期間　平成27年 5 月24日 から 平成　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）災害該当の確認　有・無 →「無」の場合、その理由
- 上記、本人の申し立てのとおり　□業務災害 □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　印
- 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、第三者によるものの場合、「第三者行為による傷病届」（20、21頁参照）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）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ので、詳しくは労働基準監督署にお問い合わせください。

交通事故などにあったとき

第三者の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**「第三者等の行為による傷病届」**の提出が必要となります。

この届出により、本来加害者が支払うべき治療費を健康保険が立て替えて支払うこととなり、協会けんぽがあとで給付した額を相手側に請求することになります。

第三者行為とは　（業務災害や通勤途上のものを除きます）

交通事故

けんか

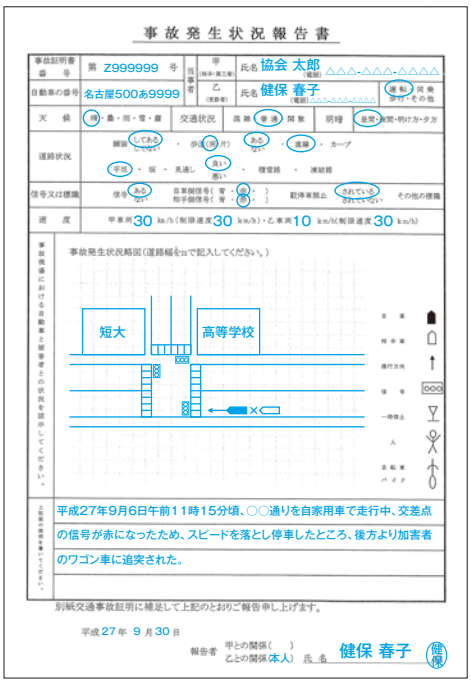
他人が飼っている動物に咬まれた

散歩中に工事現場の落下物によりケガをしたとき

など

●第三者行為による場合の処理の流れ

●「第三者（他人）等の行為による傷病（事故）届」の添付書類一例



事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 Z999999 号	当事者	甲（相手・第三者）	氏名	協会 太郎（電話）△△△-△△△-△△△△
自動車の番号	名古屋500あ9999		乙（支部者）	氏名	健保 春子（電話）△△△-△△△-△△△△
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	高速・普通・開放	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装 してある・してない ・ 歩道（両・片） ある・ない ・ 直線・カーブ 平坦・坂・見通し 良い・悪い ・ 積雪路・凍結路				
信号又は標識	信号 ある・ない 自車側信号（青・赤・）相手側信号（青・赤・） 駐停車禁止 されている・されていない その他の標識				
速度	甲車両30 km/h（制限速度30 km/h）・乙車両10 km/h（制限速度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。）

短大　高等学校

平成27年9月6日午前11時15分頃、○○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27年 9月30日

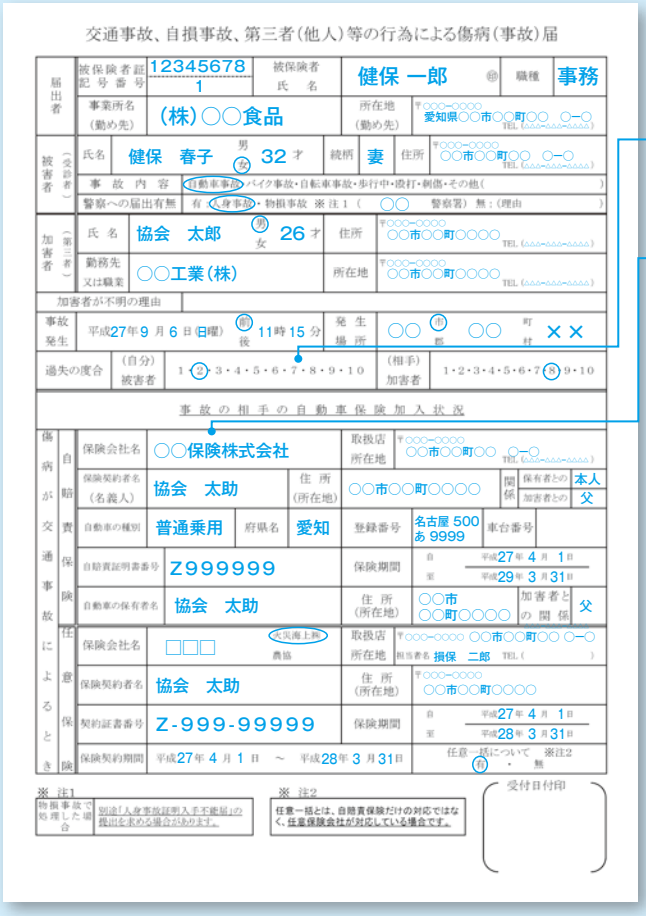
報告者　甲との関係（　）　乙との関係（本人）　氏名　健保 春子

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。

記載例 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 1	被保険者氏名	健保 一郎 ㊞	職種 事務
	事業所名（勤め先）	（株）○○食品	所在地（勤め先）	〒○○○−○○○○ 愛知県○○市○○町○○ ○−○ TEL（△△△−△△△−△△△△）	
被害者（受診者）	氏名	健保 春子 男 女 32才	続柄	妻	住所 〒○○○−○○○○ ○○市○○町○○ ○−○ TEL（△△△−△△△−△△△△）
	事故内容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・転倒・衝突・刺傷・その他（ ）			
	警察への届出有無	有（人身事故・物損事故 ※注1（ ○○ 警察署）） 無：（理由 ）			
加害者（第三者）	氏名	協会 太郎 男 女 26才	住所	〒○○○−○○○○ ○○市○○町○○○○ TEL（△△△−△△△−△△△△）	
	勤務先又は職業	○○工業（株）	所在地	〒○○○−○○○○ ○○市○○町○○○○ TEL（△△△−△△△−△△△△）	
	加害者が不明の理由				
事故発生	平成27年9月6日（日曜） 午前 後 11時15分		発生場所	○○ 市 ○○ 町村 ××	
過失の度合	（自分）被害者	1・②・3・4・5・6・7・8・9・10	（相手）加害者	1・2・3・4・5・6・7・⑧・9・10	

事故の相手の自動車保険加入状況

傷病が交通事故によるとき 自賠責保険	保険会社名	○○保険株式会社	取扱店所在地	〒○○○−○○○○ ○○市○○町○○ ○−○ TEL（△△△−△△△−△△△△）	
	保険契約者名（名義人）	協会 太助	住所（所在地）	○○市○○町○○○○	続柄 保有者との関係 本人 / 加害者との 父
	自動車の種別	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	Z999999	保険期間	自 平成27年4月1日 至 平成29年3月31日	
	自動車の保有者名	協会 太助	住所（所在地）	○○市○○町○○○○	加害者との関係 父
任意保険	保険会社名	□□□ 共済・海上・農協	取扱店所在地	〒○○○−○○○○ ○○市○○町○○ ○−○ 担当者名 損保 二郎 TEL（ ）	
	保険契約者名	協会 太助	住所（所在地）	〒○○○−○○○○ ○○市○○町○○○○	
	契約証書番号	Z-999-99999	保険期間	自 平成27年4月1日 至 平成28年3月31日	
	保険契約期間	平成27年4月1日 ～ 平成28年3月31日		任意一括について ㊒・無 ※注2	

※注1 物損事故で処理した場合 別途「人身事故証明入手不能届」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、任意保険会社が対応している場合です。

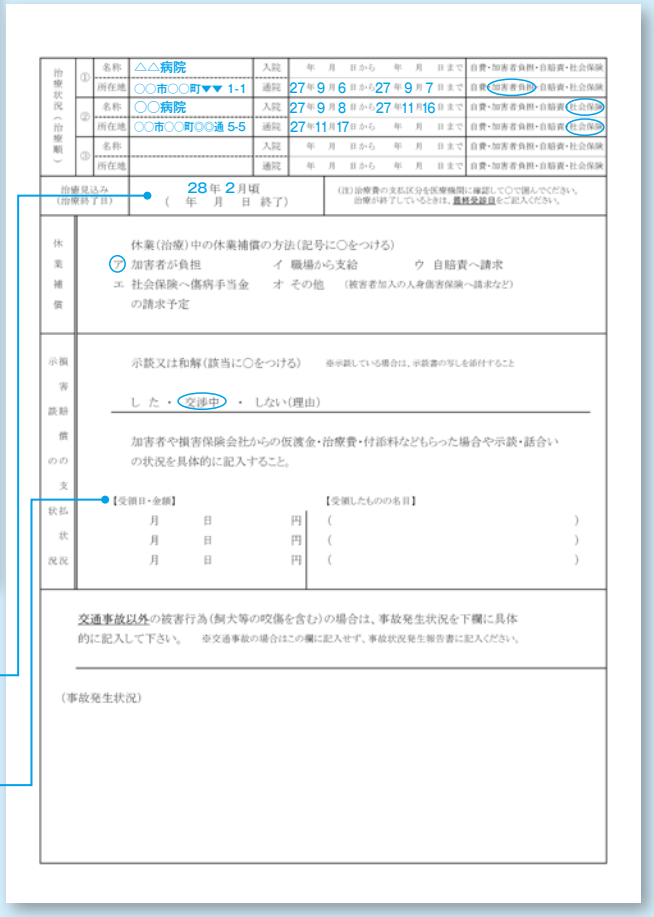
受付日付印

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。



治療状況（治療期間）

①	名称 △△病院	入院	年 月 日から 年 月 日まで
	所在地 ○○市○○町▼▼ 1-1	通院	27年9月6日から27年9月7日まで 自費・加害者負担・自賠責・社会保険
②	名称 ○○病院	入院	27年9月8日から27年11月16日まで 自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	所在地 ○○市○○町○○通 5-5	通院	27年11月17日から 年 月 日まで 自費・加害者負担・自賠責・社会保険
③	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで 自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで 自費・加害者負担・自賠責・社会保険

治療見込み（治療終了日） 28年2月頃（ 年 月 日終了）

（注）治療費の支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください。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

休業（治療）中の休業補償の方法（記号に○をつける）

ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠責へ請求

エ 社会保険へ傷病手当金 オ その他 （被害者加入の人身傷害保険へ請求など）

の請求予定

示談損害賠償の支払状況

示談又は和解（該当に○をつける） ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること

した・交渉中・しない（理由）

加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話合いの状況を具体的に記入すること。

【受領日・金額】 【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（飼犬等の咬傷を含む）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、事故状況発生報告書に記入ください。

（事故発生状況）

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念書（被保険者と協会けんぽとの確認書になります） 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同意書 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） ⑦交通事故証明書

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をお願いします。

高額な医療費の窓口負担を軽減したいとき

「限度額適用認定証」で窓口支払いが軽減されます

健康保険には、高額な医療費を支払った場合に、あとで自己負担限度額を超えた分について払い戻される「高額療養費制度」（26頁参照）があります。しかし払い戻されるとはいえ、高額な医療費の支払いは、一時的に大きな負担になります。

そこで、病気やケガで入院したり通院治療で高額な医療費がかかってしまうとき、**「限度額適用認定証」**を利用することで窓口での負担を軽減することができます。

なお70歳以上75歳未満の方の場合は、保険証と高齢受給者証を医療機関の窓口に提示することで、支払いが自己負担限度額までになります（市町村民税非課税などの方は24頁を参照）。

窓口負担軽減の例

窓口負担30万円（自己負担3割）の場合　所得区分ウ（27頁参照）、多数該当なしの方

■限度額適用認定証を利用しない場合　300,000円の支払い（後で高額療養費の申請）

■限度額適用認定証を利用した場合　87,430円の支払い

差額　212,570円

窓口負担支払い時には、212,570円が軽減されます。

●限度額適用認定証の申請から利用の流れ

❶ 申請書と保険証のコピーを協会けんぽへ郵送
※医療機関によっては、窓口に申請書用紙を設置している場合もあります。

❷ ご自宅へ「限度額適用認定証」が届く

❸ 医療機関の窓口に保険証といっしょに提示

ご注意事項

○自己負担限度額の適用は、医療機関（入院・通院・歯科・薬局別）ごとの取扱いになります。
○所得区分が低所得者（住民税非課税等）の方は、限度額適用認定証ではなく、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請が必要です。
○多数該当や世帯合算などで再度計算が必要な場合は、「高額療養費」の申請が必要です。

■有効期限　申請には、交付必要期間を記入いただき、申請月の初日から最長1年間の範囲が有効期間となります。なお、住民税非課税の方の「限度額適用・標準負担額減額認定証」は、申請月の初日から初めて到来する7月末日が有効期限となります。

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をご利用ください

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」**を窓口に提出することで、1ヵ月の自己負担額が、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）

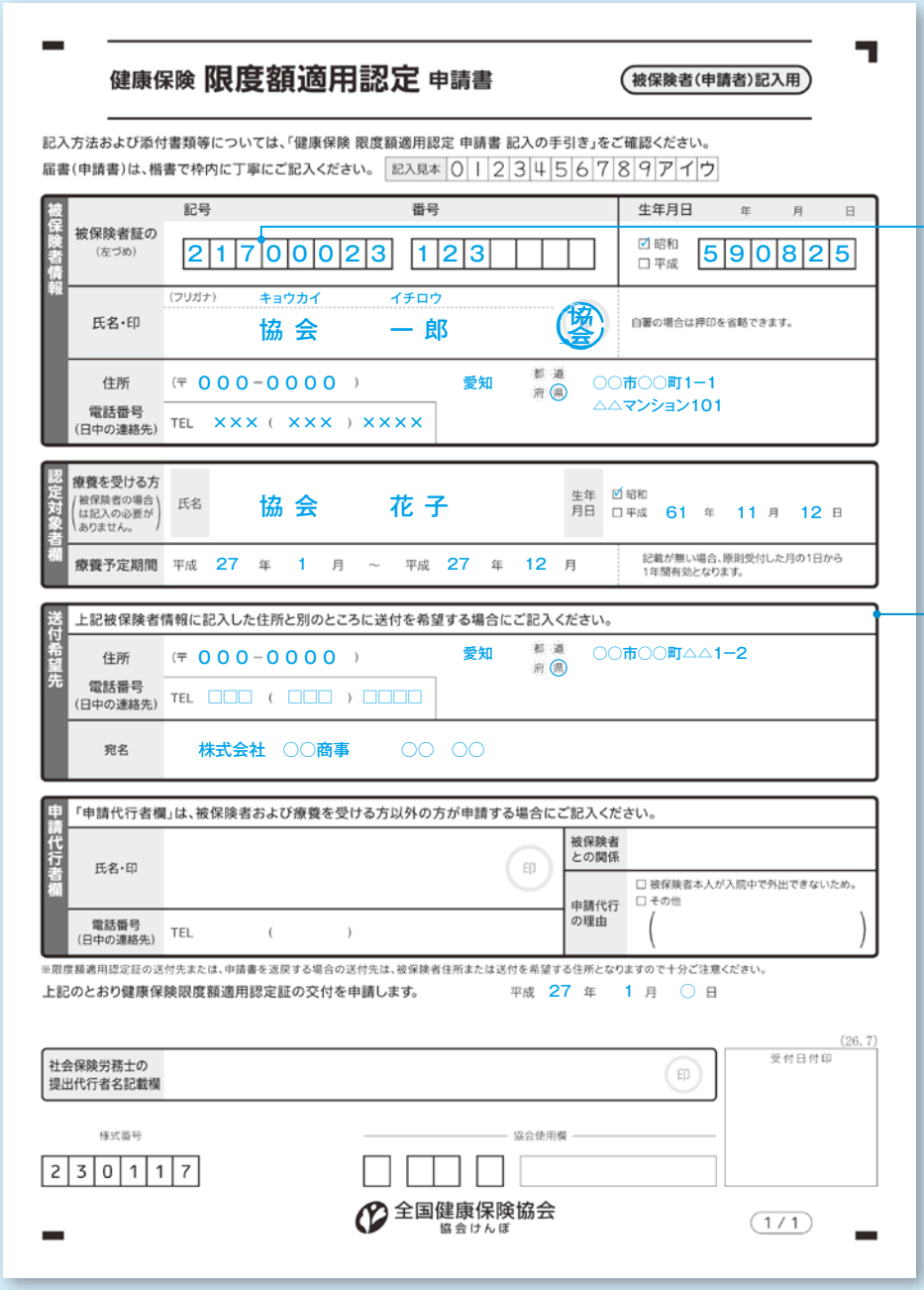
※院外薬局の分を合わせた場合に自己負担限度額を超える場合は、高額療養費として払戻しを受けることになります。

記載例 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 ×××(×××)~~××××~~△△△△ 協会

70歳未満の方用



健康保険 限度額適用認定 申請書　被保険者(申請者)記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。
届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。 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	番号	生年月日
被保険者証の(左づめ)	2 1 7 0 0 0 2 3	1 2 3	☑昭和 ☐平成 5 9 0 8 2 5

氏名・印	(フリガナ) キョウカイ イチロウ 協 会 一 郎 協会	自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒 0 0 0 − 0 0 0 0) 愛知 都道府県 ○○市○○町1−1 △△マンション101	
電話番号(日中の連絡先)	TEL ××× (×××) ××××	

認定対象者欄

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 ☑昭和 ☐平成 61 年 11 月 12 日
療養予定期間	平成 27 年 1 月 ～ 平成 27 年 12 月	記載が無い場合、原則受付した月の1日から1年間有効となります。

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	(〒 0 0 0 − 0 0 0 0) 愛知 都道府県 ○○市○○町△△1−2	
電話番号(日中の連絡先)	TEL □□□ (□□□) □□□□	
宛名	株式会社 ○○商事 ○○ ○○	

申請代行者欄

「申請代行者欄」は、被保険者および療養を受ける方以外の方が申請する場合にご記入ください。

氏名・印	印	被保険者との関係	
電話番号(日中の連絡先)	TEL ( )	申請代行の理由	☐被保険者本人が入院中で外出できないため。 ☐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。

上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。 平成 27 年 1 月 ○ 日

(26.7)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印　受付日付印

様式番号 2 3 0 1 1 7

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。

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。

・認定されると「限度額適用認定証」が交付されます。これを保険医療機関の窓口に保険証とともに提示します。認定証には有効期限の記載があります。
・負傷(ケガ)がもとで申請される場合、「負傷原因届」(19頁参照)を併せて提出してください。
・市町村民税非課税などの低所得者の方は、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」(24頁参照)となります。

申請時期	70歳未満の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
添付書類	療養される方の保険証のコピー

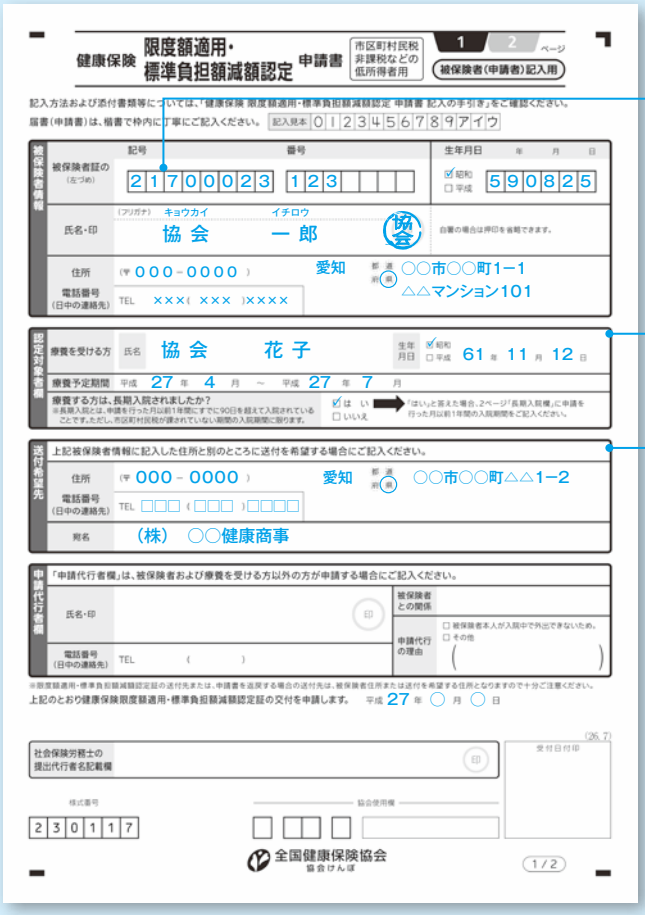
記載例

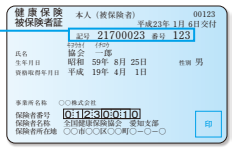
健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

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 ×××(×××)~~××××~~△△△△ 協会

市町村民税非課税などの低所得者用





記号・番号は、保険証に記載されています。

療養す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ページ目を必ず記入してください。

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。

本申請書に市区町村長の証明を受ける場合は、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。

例　平成26年8月～27年7月診療分→平成26年度（平成25年中収入）の証明書
　　平成27年8月～28年7月診療分→平成27年度（平成26年中収入）の証明書

申請時期	市(区)町村民税が非課税の方などが保険医療機関・保険薬局での窓口支払額を軽減したいとき
添付書類	**●住民税非課税の方** 被保険者の住民税の（非）課税証明書（原本） 申請書の証明欄の記載を受けた場合は不要 **●収入から経費・控除額を引いた後収入のない方** 被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類（所得証明書など） ※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26年8月～27年7月診療分→平成26年度(平成25年中収入)の証明書 　　平成27年8月～28年7月診療分→平成27年度(平成26年中収入)の証明書 **●上記認定の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** 「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」 **●長期入院(申請月以前1年間で90日を超える入院)をされる方** 入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収書など)

記載例 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

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。

TEL ×××(×××)~~××××~~△△△△ (協会)

特定疾病療養受療証交付申請用

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 (被保険者(申請者)記入用)

記入方法および添付書類等については、「健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。
届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。 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	番号	生年月日
被保険者証の(左づめ)	2 1 7 0 0 0 2 3	1 2 3	☑昭和 ☐平成 5 9 0 8 2 5
氏名・印	(フリガナ) キョウカイ イチロウ / 協 会 一 郎 (協会)		自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒 0 0 0-0 0 0 0) 愛知(県)		○○市○○町1−1 △△マンション101
電話番号(日中の連絡先)	TEL ××× (×××) ××××		

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名 協 会 花 子	生年月日 ☑昭和 ☐平成 61 年 11 月 12 日
疾病名(1から3の疾病に該当する番号をご記入ください。)	2	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(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	(〒 0 0 0-0 0 0 0) 愛知(県)	○○市○○町○−○−○
電話番号(日中の連絡先)	TEL □□□ (□□□) □□□□	
宛名	(株) ○○健康商事	

医師の意見欄

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成 27 年 4 月 1 日

医療機関の所在地	○○市○○町△△1−1
医療機関の名称	○○クリニック
医師の氏名	東西 一之助 (東西)
電話	△△△ (△△△) △△△△

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。 平成 27 年 4 月 2 日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 (印)

受付日付印

(26. 7)

様式番号 2 3 0 1 1 7

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。

対象特定疾病1 ～ 3の該当する番号を□の中に記入してください。

入院され自宅で受療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。

医師の意見を受けてください。

「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。

申請時期	特定疾病の療養のため、医療費が高額になるとき
添付書類	医師の証明 上記申請書内の「医師の意見欄」に医師の記入、証明を受けてください。証明を受けられない場合は、特定疾病に関する意見書もしくは特定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。

医療費の一部負担が高額になったとき

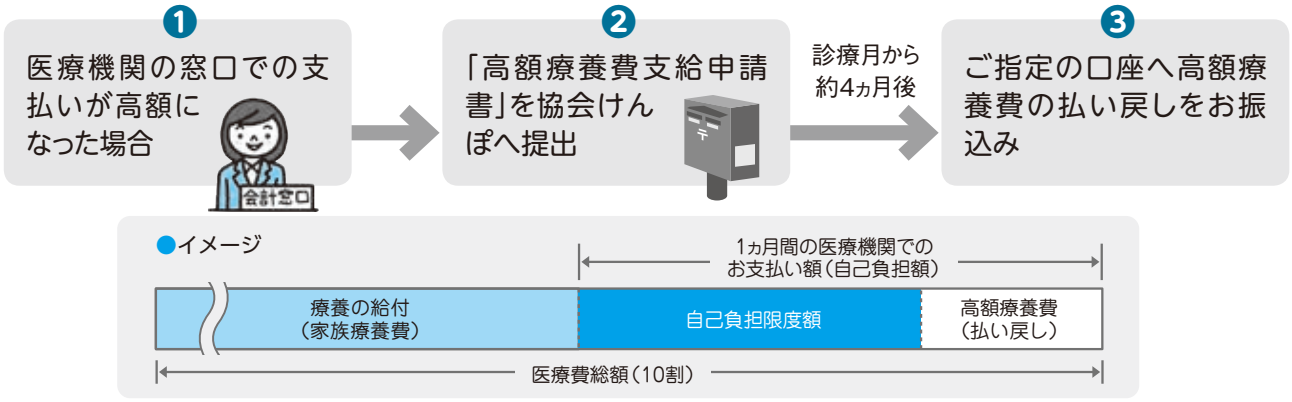
高額療養費とは

被保険者や被扶養者の同一月の保険医療機関に支払った一部負担（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、その超えた分があとで「**高額療養費**」として払い戻されます。

高額療養費の給付を受けるために提出するのが「**健康保険　高額療養費支給申請書**」です。

70歳未満の方で、入院や高額な外来医療費が見込まれる場合には、22頁の「**限度額適用認定証**」**を提示する方法が便利**です。

●高額療養費申請の流れ



自己負担額の計算方法

計算方法	注意事項
月の1日から末日までを各月ごとに計算	月をまたいでいる場合は、それぞれの月に分ける
70歳未満の場合は、加入者・医療機関ごとに分けて計算	入院・外来・歯科を別々に計算し、窓口負担が21,000円以上となるものが対象
	外来で院外処方を受けた場合は、外来分に合計
保険適用外のものは支給対象外	入院時の食事代や差額ベッドなど下表参照

●高額療養費の対象となる負担・対象とならない負担

対象となる負担	対象とならない負担
療養の給付の一部負担金 家族療養費の自己負担額 療養費の自己負担額相当額 保険外併用療養費の自己負担額相当額 訪問看護療養費の基本利用料	入院時食事療養費標準負担額 入院時生活療養費標準負担額 保険外併用療養費に係る自費負担分 訪問看護に係る保険外利用料

世帯合算できる場合

同一月内に複数の医療機関で受診した場合や、同一世帯内で複数の家族が医療費を支払った場合は、自己負担額を合算して限度額を超えた額の払い戻しを受けることができます。

70歳未満の方

21,000円を超えた自己負担額のみを合算できます。

70歳以上75歳未満の方

すべて合算できます。

高額医療費貸付制度

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ヵ月以上かかります。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」もあります。詳しくは協会けんぽ都道府県支部までお問い合わせください。

自己負担限度額（払い戻しの基準額）

年齢・被保険者の所得によって自己負担限度額は変わります。

●70歳未満の方

（平成27年1月受診分から）

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

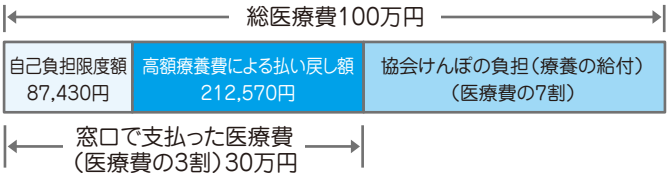
●70歳以上75歳未満の方

（平成26年12月以前までと変更ありません）

被保険者の所得区分	個人ごと（通院のみを計算）	70歳以上75歳未満の方について世帯ごと（入院分を含めて計算）
現役並み所得者（標準報酬月額28万円以上等）	44,400円	80,100円 ＋（総医療費－267,000円）× 1％〈多数該当44,400円〉
一　般	12,000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

高額療養費払い戻し額の例

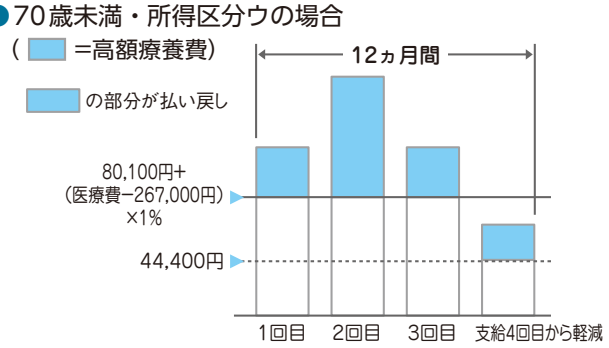
70歳未満で標準報酬月額30万円の例（上記ウ該当の方）
保険適用の総医療費　100万円
窓口負担　30万円



多数該当の場合は自己負担限度額が軽減

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ヵ月間）で3月以上あったときは、4月目から一部負担の限度額が引き下げられます。なお、70歳以上75歳未満の高齢受給者が通院のみによる高額療養費を受けた回数は考慮しません。

●70歳未満・所得区分ウの場合



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。詳細については、協会けんぽまでお問い合わせください。

●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	
		平成26年8月～平成27年7月	平成27年8月～
標準報酬月額	83万円以上	176万円	212万円
	53万～79万円	135万円	141万円
	28万～50万円	67万円	67万円
	26万円以下	63万円	60万円
低所得者（住民税非課税）		34万円	34万円

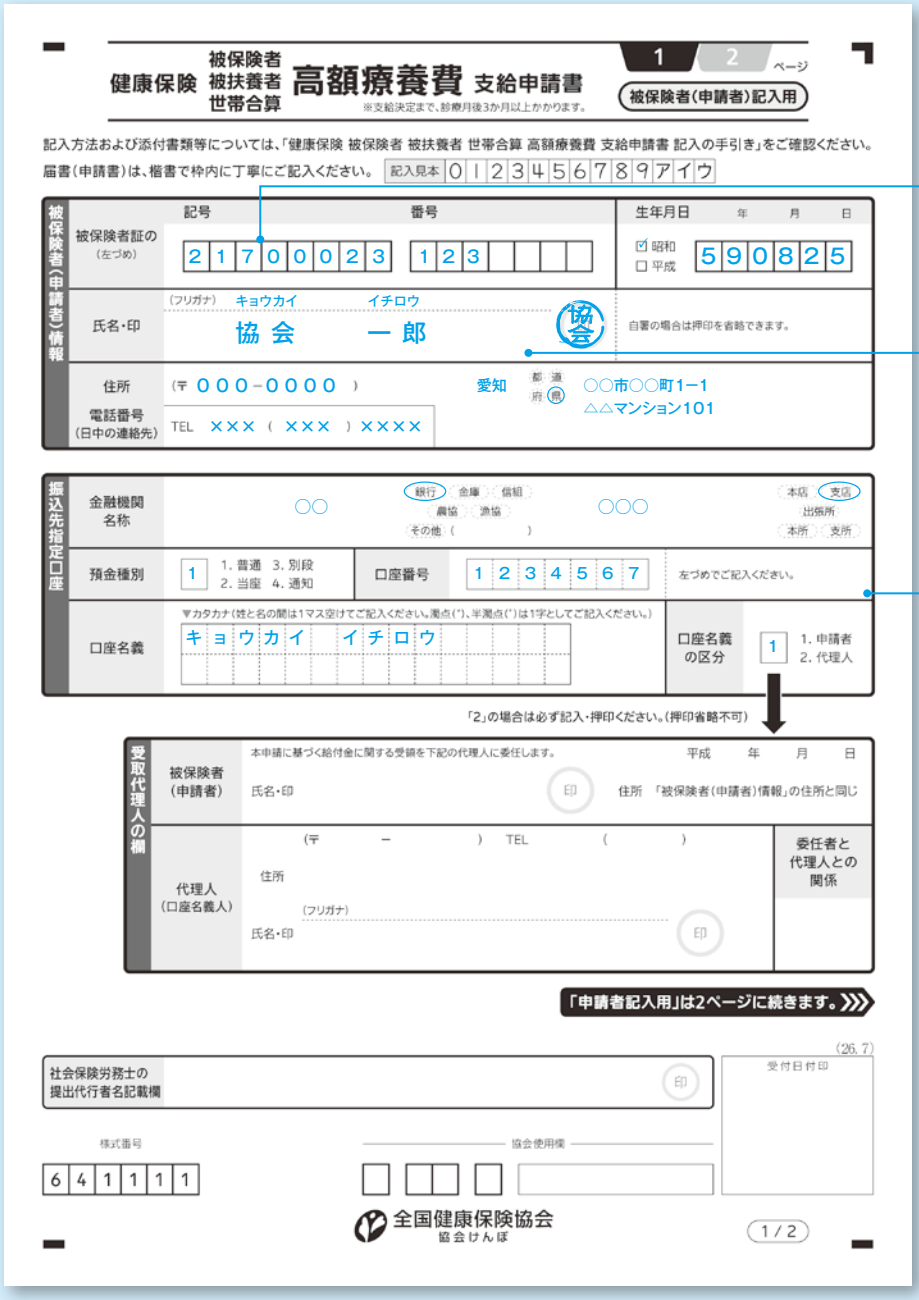
区　分		70歳以上75歳未満の方を含む世帯
標準報酬月額	28万円以上	67万円
	26万円以下	56万円
住民税非課税者	低所得者Ⅱ	31万円
	低所得者Ⅰ	19万円

記載例

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。

TEL ×××(×××)△△△△ ~~××××~~ 協会



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(申請者)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 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。

届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者(申請者)情報

被保険者証の(左づめ)	記号 2 1 7 0 0 0 2 3 / 番号 1 2 3	生年月日 年 月 日 ☑ 昭和 □ 平成 5 9 0 8 2 5
氏名・印	(フリガナ) キョウカイ イチロウ 協会 一郎	自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒 0 0 0 − 0 0 0 0) 愛知 都道府県 ○○市○○町1−1 △△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	○○ 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他( ) ○○○	本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ(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。) キョウカイ イチロウ	口座名義の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄

被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 平成 年 月 日 氏名・印 印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
代理人(口座名義人)	(〒 −) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名・印 印	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。

(26. 7)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印

受付日付印

様式番号 6 4 1 1 1 1

協会使用欄

全国健康保険協会 協会けんぽ

1 / 2

記号・番号は、保険証に記載されています。

申請書は被保険者ご自身がご記入ください。
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。

ご利用ください

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」を保険証と併せて医療機関等の窓口に提示すると、同一月において医療機関ごとの窓口での1ヵ月の自己負担の支払いが初めから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。詳しくは22頁をご参照ください。

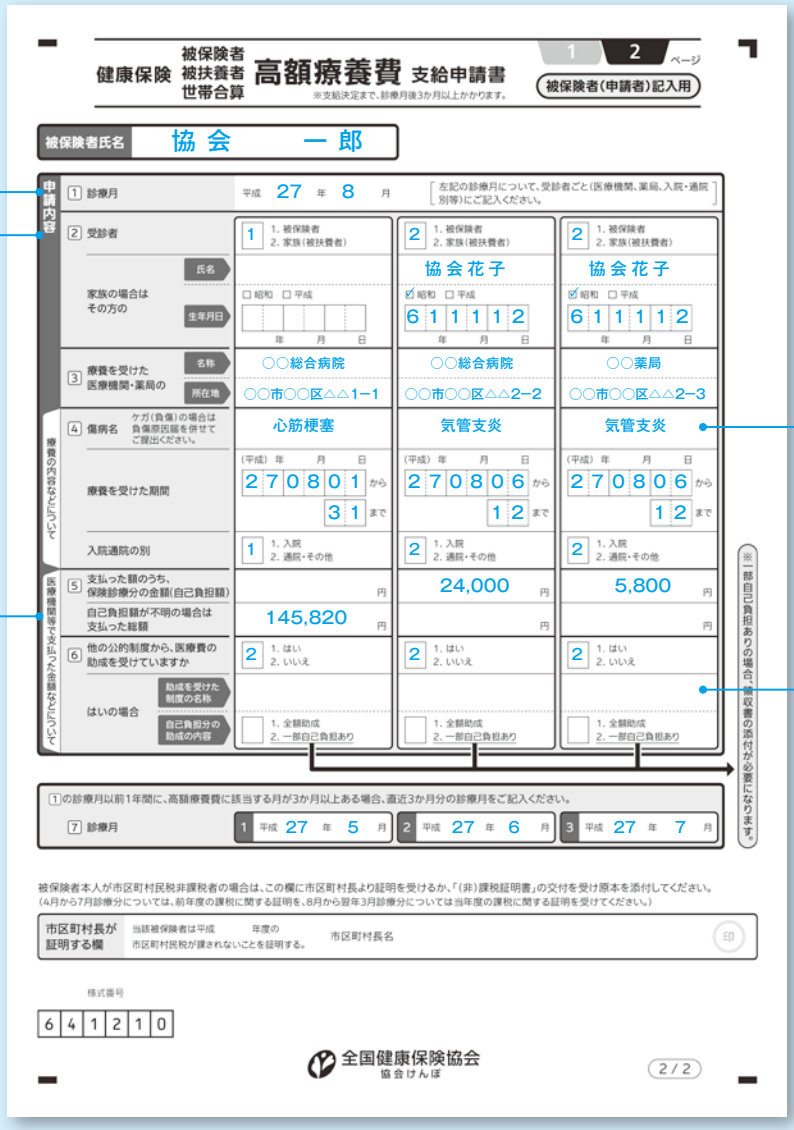
高額医療費貸付制度

高額療養費の支給は、診療月から3ヵ月以上かかります。その間の家計負担の軽減を目的として、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各都道府県支部までお問い合わせください。

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。

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明確でないときは、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。


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(申請者)記入用
被保険者氏名 協会 一郎
申請内容
1 診療月 平成 27 年 8 月
2 受診者
家族の場合はその方の 氏名 生年月日
1 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
昭和 平成 年 月 日
協会花子 ☑昭和 平成 6 1 1 1 1 2 年 月 日
協会花子 ☑昭和 平成 6 1 1 1 1 2 年 月 日
3 療養を受けた医療機関・薬局の 名称 所在地
○○総合病院 ○○市○○区△△1−1
○○総合病院 ○○市○○区△△2−2
○○薬局 ○○市○○区△△2−3
4 傷病名 ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。
療養を受けた期間 入院通院の別
心筋梗塞 (平成) 年 月 日 2 7 0 8 0 1 から 3 1 まで 1 1. 入院 2. 通院・その他
気管支炎 (平成) 年 月 日 2 7 0 8 0 6 から 1 2 まで 2 1. 入院 2. 通院・その他
気管支炎 (平成) 年 月 日 2 7 0 8 0 6 から 1 2 まで 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) 自己負担額が不明の場合は支払った総額
円 145,820 円
24,000 円 円
5,800 円 円
6 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか はいの場合 助成を受けた制度の名称 自己負担分の助成の内容
2 1. はい 2. いいえ 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり
※一部自己負担ありの場合、領収書の添付が必要になります。
1の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。
7 診療月 1 平成 27 年 5 月 2 平成 27 年 6 月 3 平成 27 年 7 月
被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、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。)
市区町村長が証明する欄 当該被保険者は平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 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

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

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に記入してください。

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	被保険者の住民税の(非)課税証明書 ※申請書の証明欄に証明を受けた場合は不要
低所得者Ⅱ	
低所得者Ⅰ	被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類(所得証明書など)

※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26年8月〜27年7月診療分→平成26年度(平成25年中収入)の証明書
　　平成27年8月〜28年7月診療分→平成27年度(平成26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→「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」

●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
●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
●療養が負傷による場合→「負傷原因届」(19頁参照)
●療養が第三者による場合→「第三者行為による傷病届」(20頁参照)

病気やケガで仕事を休んだとき

傷病手当金とは

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の保障です。

病気やケガで4日以上仕事に就けなかったときは、**「傷病手当金支給申請書」**に事業主と医師の証明を受け、協会けんぽに提出してください。

●傷病手当金支給申請の流れ

❶ 病気やケガで4日以上仕事に就けなかった

→

❷ 傷病手当金支給申請書に「事業主証明」と「療養担当者の証明」を受ける

→

❸ 傷病手当金支給申請書を協会けんぽへ提出

→

❹ 内容審査後、ご指定の口座へお振込み

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のための休業であること

→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。

※平成25年10月より、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。

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判断されます。

③4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、一部でも給与支給があれば減額）

→給与が全額支払われている場合は、傷病手当金は支給されません。また、一部でも支払われている場合は、減額調整されます。

「待期3日間」の考え方

●待期が完成しないイメージ図

休	出	休	休	出	出	休	休	出	休

●待期が完成するイメージ図

休	休	休	出	休	休	休	休	休	休

待期完成　傷病手当金支給

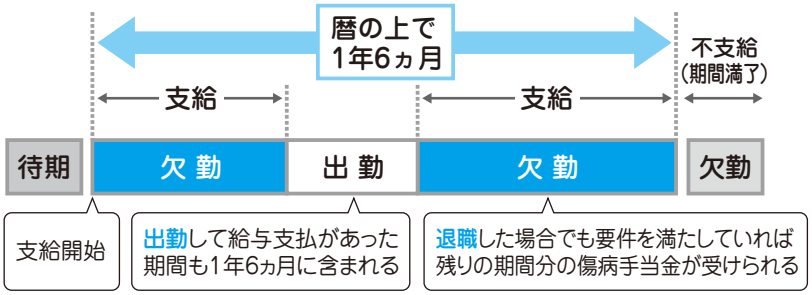
休	休	出	休	休	休	休	休	休	休

待期完成　傷病手当金支給

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、**支給開始した日から最長1年6ヵ月**の間で支給要件を満たした期間についてです。

1年6ヵ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。



傷病手当金の支給額の計算方法

傷病手当金は、1日につき被保険者の標準報酬日額の3分の2に相当する額（1円未満四捨五入）が支給されます。標準報酬日額は、標準報酬月額の30分の1に相当する額（10円未満四捨五入）です。給与の支払があって、その給与が傷病手当金の額より少ない場合は、傷病手当金と給与の差額が支給されます。

支給額（総計） ＝ **標準報酬日額** × **3分の2** × **支給日数**

（標準報酬日額：標準報酬月額を30で割った額）

（例）　標準報酬月額：180,000円　支給日数：20日の場合
標準報酬日額（10円未満は四捨五入）＝180,000円÷30＝6,000円
傷病手当金の日額（1円未満は四捨五入）＝6,000円×2/3＝4,000円
支給額（総計） **80,000円**＝4,000円×20日

傷病手当金は支給停止（または減額調整）される場合があります

傷病手当金と出産手当金が受けられるとき

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、その間傷病手当金は支給されません。ただし、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差し引いて支給されます。

資格喪失後老齢年金が受けられるとき

資格喪失後に傷病手当金の継続給付を受けている方が老齢厚生年金等の老齢退職年金の受給者になったときは、傷病手当金が支給されません。ただし、年金額の360分の1（日額）が傷病手当金の日額より低いときは、差額が支給されます。

障害厚生年金または障害手当金が受けられるとき

傷病手当金を受ける期間が残っていたとしても、同じ病気やケガで障害厚生年金を受けることになったときは、傷病手当金は支給されません。ただし、障害厚生年金の額（同時に障害基礎年金を受けられるときはその合計額）の360分の1（日額）が傷病手当金の日額より低いときは、その差額が支給されます。

また、厚生年金保険の障害手当金が受けられる場合、傷病手当金の額の合計が、障害手当金の額に達する日まで傷病手当金は支給されません。

労災保険の休業補償給付が受けられるとき

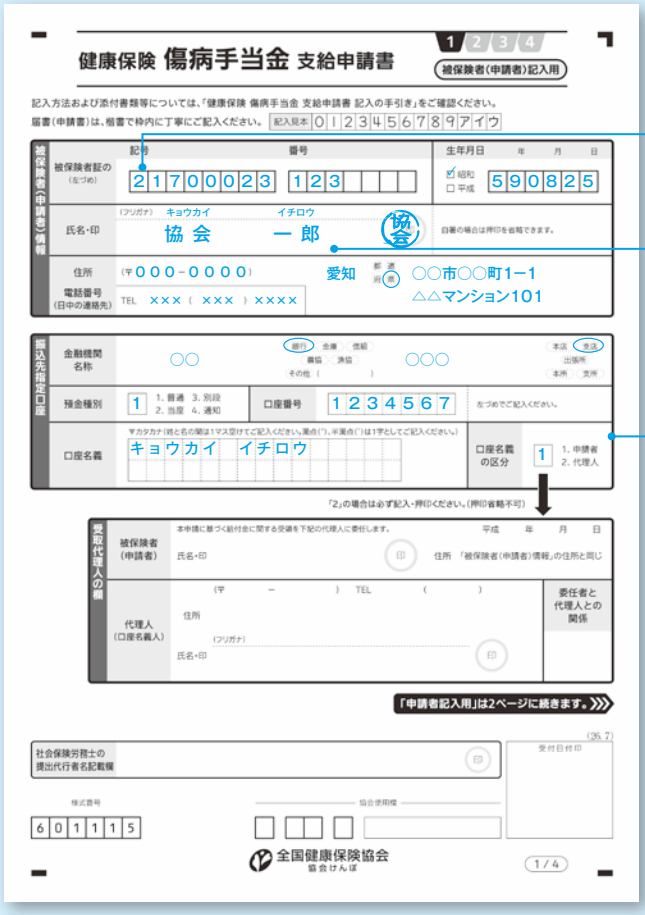
労災保険から休業補償給付を受けているときに、業務外の病気やケガで仕事に就けなくなった場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低いときは、その差額が支給されます。

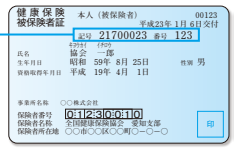
記載例 健康保険 傷病手当金支給申請書

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。二重線の近くに、被保険者（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。

TEL ×××（×××）△△△△ ~~××××~~ 協会

被保険者（申請者）記入用

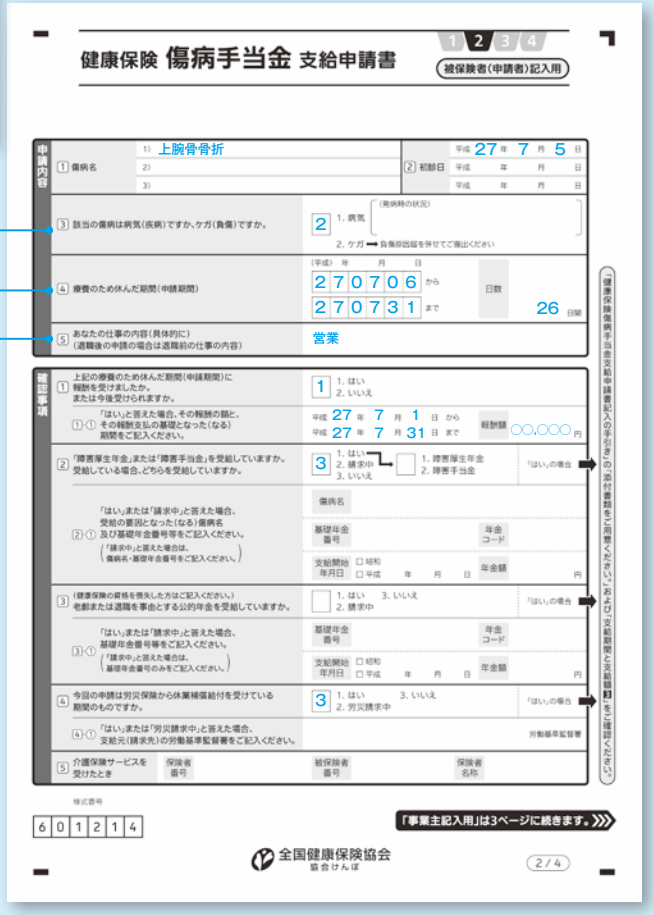




記号・番号は、保険証に記載されています。

申請書は被保険者ご自身がご記入ください。
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）・貯金種別・口座番号を記入してください。



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（19頁参照）。

申請期間について、「事業主の証明」と「療養担当者の意見」を受けてください。

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。

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。

事業主が証明するところ

被保険者氏名 協会 一郎

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。

		出勤	有給
平成 27 年 7 月		3 日	3 日
平成 年 月		日	日
平成 年 月		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 ☑ 翌月 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。

支給したする賃金内訳

区分	単価	7月1日～7月31日分 支給額	月 日～月 日分 支給額	月 日～月 日分 支給額
基本給	264,000	72,000		
通勤手当	15,000	15,000		
住居手当				
扶養手当	20,000	20,000		
手当				
手当				
現物給与				
計	299,000	107,000		

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:欠勤控除あり
264,000円÷22日×16日
=192,000円
通勤手当:欠勤控除なし
扶養手当:欠勤控除なし

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 27 年 8 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 □□□ (□□□) □□□□

「初回申請分」には、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とその期間前1か月分の出勤簿(タイムカード)と賃金台帳のコピーを添付してください。役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議議事録のコピーを添付してください。

記入例

【被保険者の方へ】

❶ 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。

【事業主の方へ】

❷ 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。

❸ 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。

❹ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

❺ 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。

※3か月を超えて証明する場合は、当ページをコピーして超えている部分をご記入ください。

様式番号 6 0 1 3 1 3

「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。

初回申請時の事業主証明と添付書類(タイムカードと賃金台帳)

上記の例 給与締日:末日
傷病手当金支給期間:7/6 ～ 7/31

	6月	7月
申請期間		7/6～7/31
事業主証明		7/1～7/31
添付書類	6/1～6/30	7/1～7/31

記載例

療養担当者（医師等）記入用

複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次記入してください。

左の傷病名について、その傷病の初診の日を記入してください。

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とその日数（証明日以前の期間）を記入してください。

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記入してください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4

療養担当者記入用

療養担当者が意見を記入するところ

患者氏名	協会　一郎
傷病名	(1) 上腕骨骨折 / (2) / (3)
療養の給付開始年月日（初診日）	(1)平成 27 年 7 月 5 日 / (2)平成 年 月 日 / (3)平成 年 月 日
発病または負傷の年月日	平成 27 年 7月 5 日　☐発病 ☑負傷
発病または負傷の原因	右肩部強打
労務不能と認めた期間	平成 27 年 7月 6 日から 平成 27 年 7月 31 日まで　26 日間
うち入院期間	平成 27 年 7月 6 日から 平成 27 年 7月 8 日まで　3 日間入院
療養費用の別	☑健保 ☐公費（　） ☐自費 ☐その他
転帰	☐治癒 ☐中止 ☑継続 ☐転医
診療実日数	8 日（診療日を○で囲んでください。7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 / 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 / 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）
上記の期間中における「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）	上腕骨骨折で7/5初診。骨折面が剥離していたため、手術。固定まで安静を要し、固定後リハビリを要する。
手術年月日	平成 27 年 7 月 7 日
退院年月日	平成 27 年 7 月 8 日
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見	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	人工透析の実施または人工臓器を装着した日：☐昭和 ☐平成 年 月 日 / 人工臓器等の種類：☐人工肛門 ☐人工関節 ☐人工骨頭 ☐心臓ペースメーカー ☐人工透析 ☐その他（　）
上記のとおり相違ありません。	平成 27 年 8 月 3 日
医療機関の所在地	愛知県○○市○○町△△1−1
医療機関の名称	○○総合病院
医師の氏名	保険　丸次郎　保険　電話 △△△（△△△）△△△△

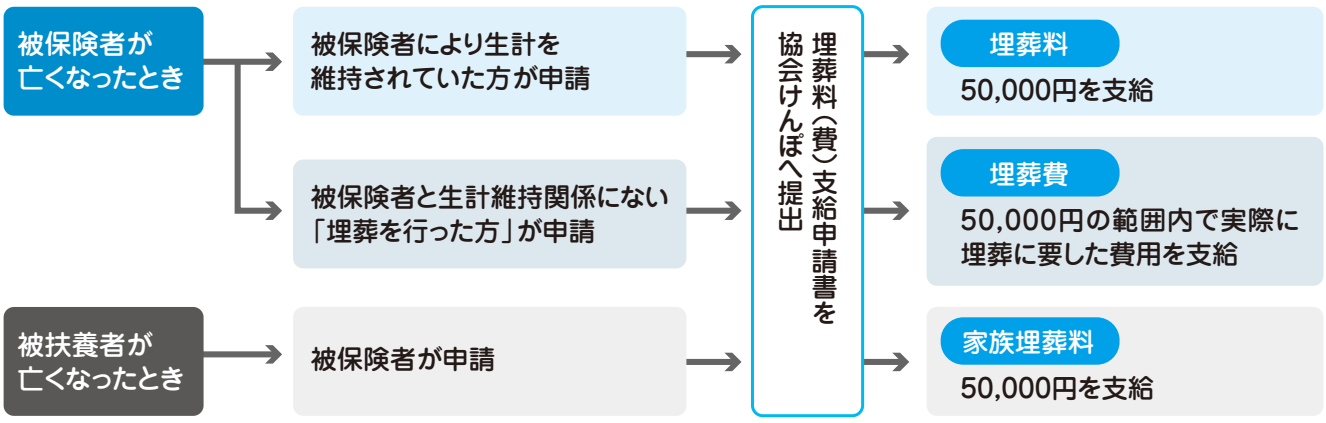
記入例

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	●初回申請時に添付が必要なもの ①出勤簿（タイムカード）のコピー（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とその期間前1ヵ月分） ②賃金台帳のコピー（同上） ③役員等で出勤簿・賃金台帳がない場合→役員報酬を支給しないこととする役員会議事録のコピー ④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） ●当てはまる場合に添付が必要なもの ①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」 ②退職後に申請する場合で老齢退職年金を受けている方→「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」 ③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」 ④ケガ（負傷）の場合→「負傷原因届」（19頁参照） ⑤第三者による傷病の場合→「第三者行為による傷病届」（20頁参照）（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。） ⑥被保険者が亡くなり相続人が請求する場合→被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等 ※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、電話番号を明記）を添付してください。

被保険者や被扶養者が亡くなったとき

被保険者の死亡に「埋葬料(費)」、被扶養者の死亡に「家族埋葬料」

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」によって、「埋葬料」「埋葬費」「家族埋葬料」に分かれます。



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。

亡くなったときは、保険証の返却と届出を

被保険者・被扶養者が亡くなったときは事業主へ保険証をご返却ください。
事業主は返却された保険証を添えて、日本年金機構愛知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愛知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)

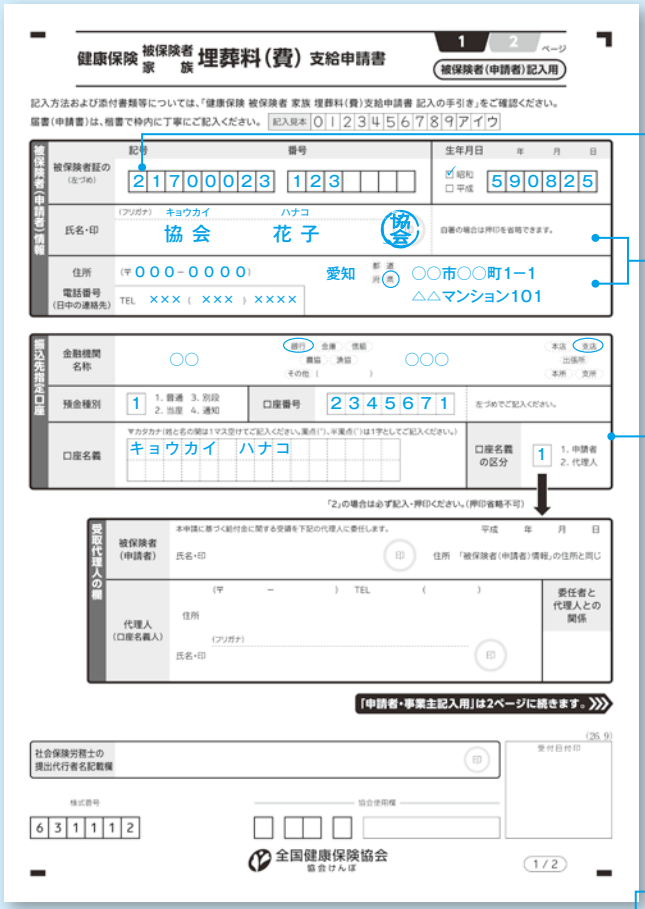
記載例

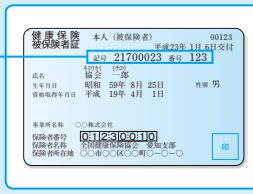
健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)支給申請書

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(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。

TEL ×××(×××)~~××××~~ △△△△ 協会

被保険者が亡くなった場合



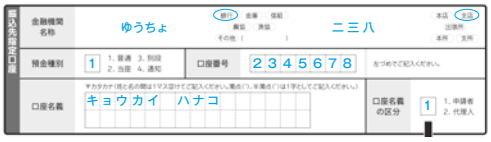


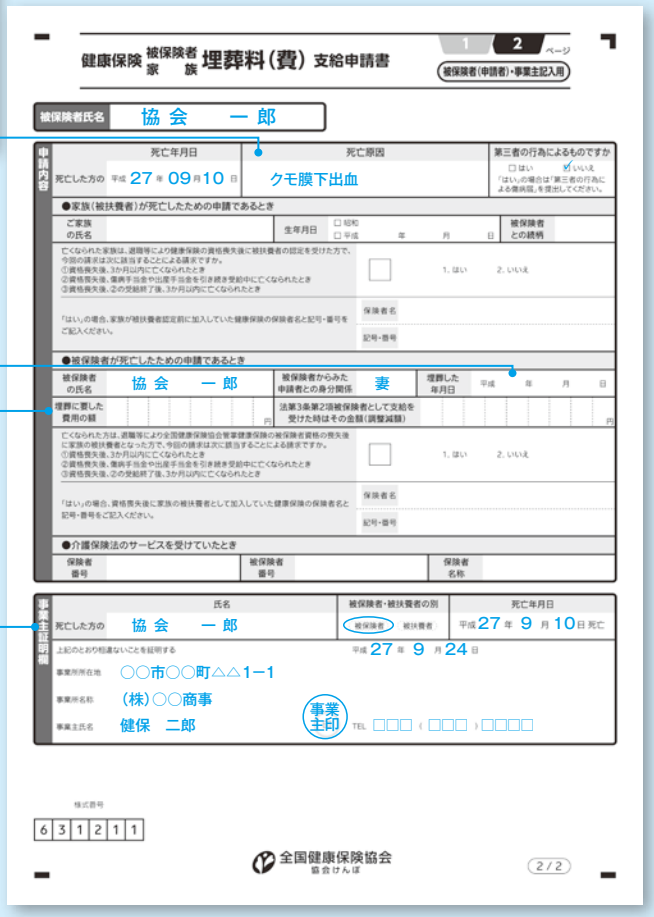
記号・番号は、保険証に記載されています。

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)。

※ 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。





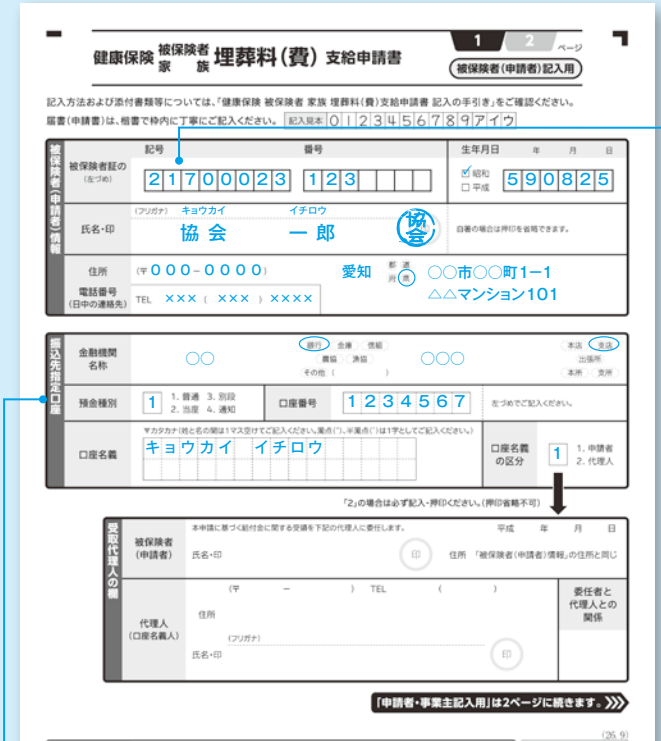
死亡原因がケガ(負傷)による場合は、「負傷原因届」(19頁参照)を併せて提出してください。

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。

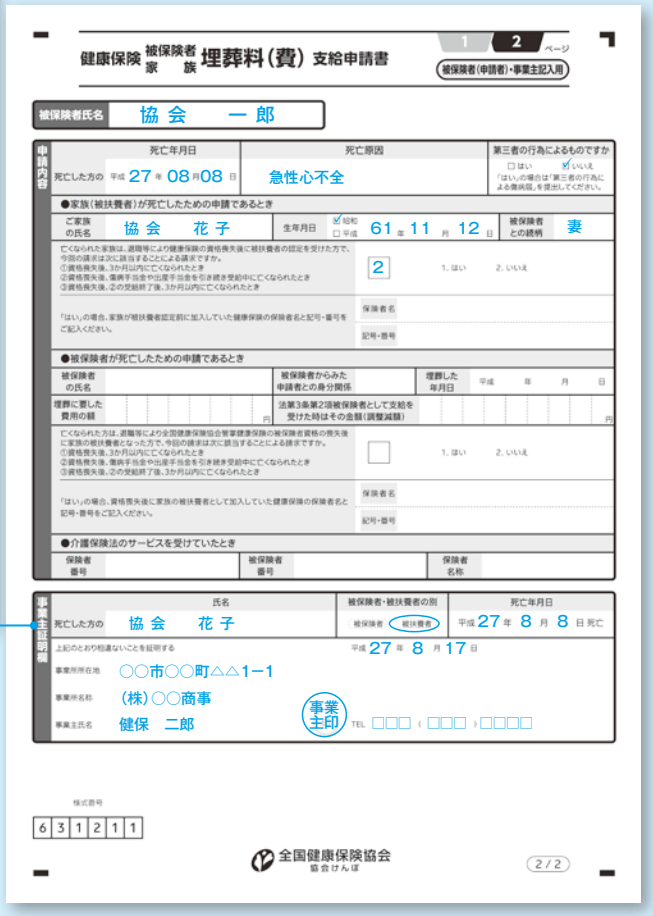
事業主に証明を受けてください。証明が受けられない場合、死亡したことのわかる書類の添付が必要です。

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。



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。



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	死亡した日の翌日または埋葬を行った日の翌日から2年以内
添付書類	**埋葬料** ●被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者により生計を維持されていた方が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）） ・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 ●被保険者が亡くなり、実際に埋葬を行った方が埋葬費を申請する場合 ・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） ・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ときまた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 ●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、電話番号を明記）を添付 ●死亡原因が負傷による場合→「負傷原因届」を提出（19頁参照） ●死亡原因の負傷が第三者による場合→「第三者行為による傷病届」を提出（20頁参照）

出産のため仕事を休んだとき

出産手当金とは

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の保障です。
「出産手当金支給申請書」に事業主と医師の証明を受け、協会けんぽに提出してください。

●出産手当金支給申請の流れ

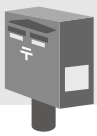
❶ 出産のため仕事を休んだ

→

❷ 出産手当金支給申請書に「医師・助産師の証明」と「事業主の証明」を受ける

→

❸ 出産手当金支給申請書を協会けんぽへ提出



→

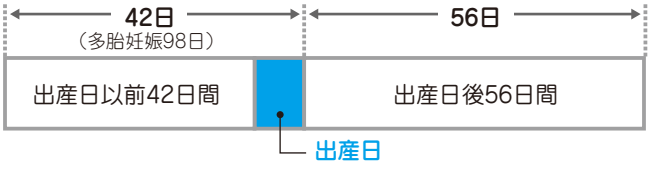
❹ 内容審査後、ご指定の口座へお振込み

出産手当金の請求可能期間

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。

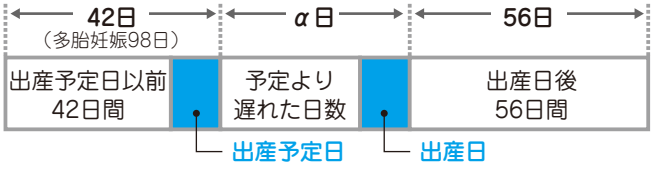
また、出産が予定日より遅れた場合、その遅れた期間についても出産手当金が支給されます。

●出産予定日に出産した場合または出産予定日より早く出産した場合



請求可能期間 ＝ 42日（多胎妊娠98日） ＋ 56日

●出産予定日より遅れて出産した場合



請求可能期間 ＝ 42日（多胎妊娠98日） ＋ α日 ＋ 56日

出産手当金の支給額の計算方法

支給額（総計） ＝ 標準報酬日額 × 3分の2 × 支給日数

標準報酬日額：標準報酬月額を30で割った額

（例） 標準報酬月額：180,000円　支給日数：100日の場合
標準報酬日額（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×2/3＝4,000円
支給額（総計） **400,000円**＝4,000円×100日

傷病手当金を受けられるとき

出産手当金の支給期間中に傷病手当金も受けられる場合は、出産手当金の支給を優先し、その間傷病手当金は支給されません。この場合に、傷病手当金が支給されたときは、その額分だけ出産手当金が支給調整されます。

● 産前産後期間一覧表 ●

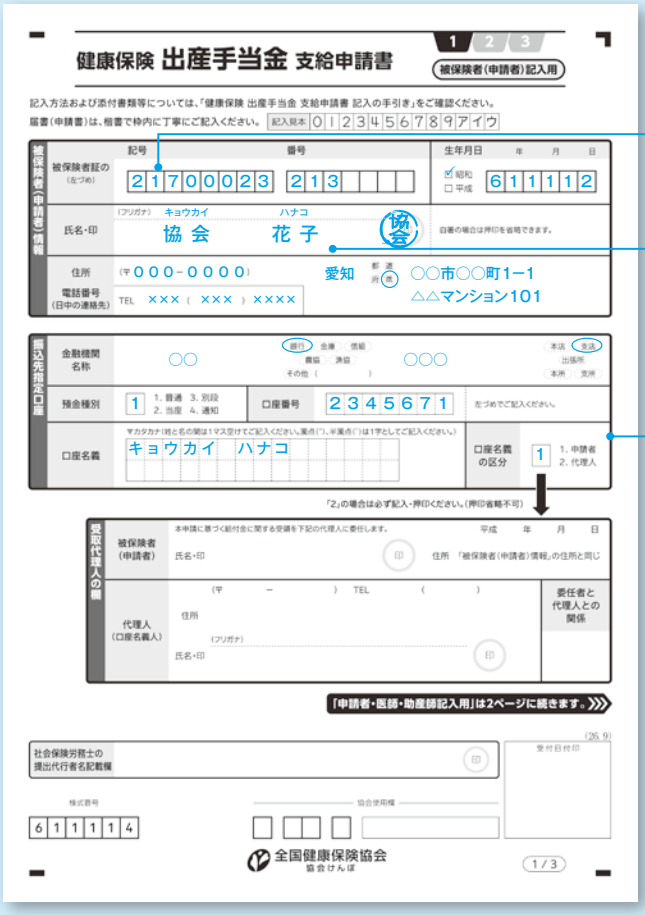
産前42日（多胎の場合は98日）産後56日・（　）内はうるう年												
出産日	1月出産		2月出産		3月出産		4月出産		5月出産		6月出産	
	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日
1	11/21	2/26	12/22	3/29(3/28)	1/19(1/20)	4/26	2/19(2/20)	5/27	3/21	6/26	4/21	7/27
2	11/22	2/27	12/23	3/30(3/29)	1/20(1/21)	4/27	2/20(2/21)	5/28	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

記載例 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（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。

TEL ×××（×××）~~××××~~ △△△△ 協会

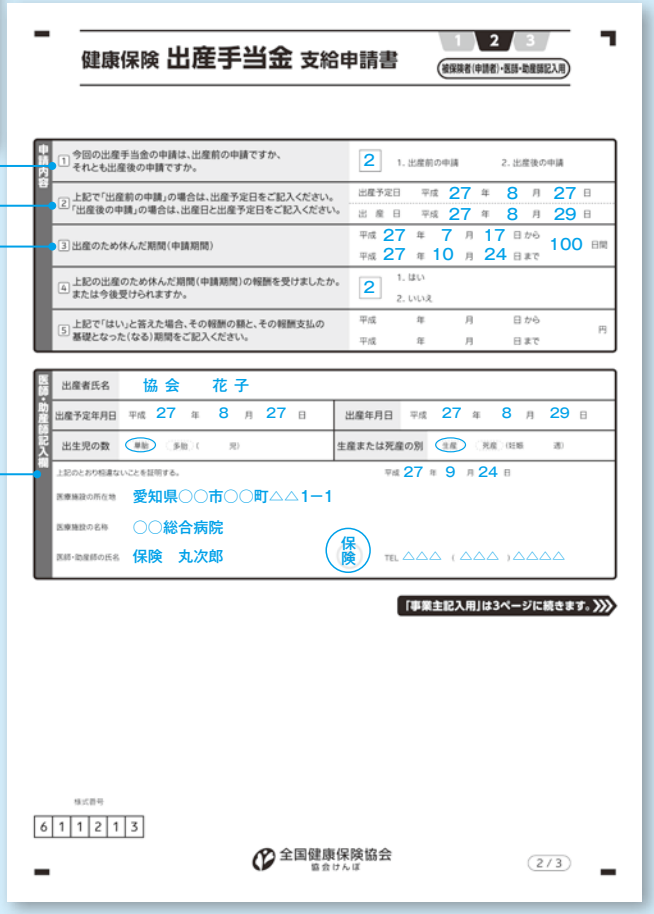


記号・番号は、保険証に記載されています。

申請書は被保険者ご自身がご記入ください。
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）・貯金種別・口座番号を記入してください。

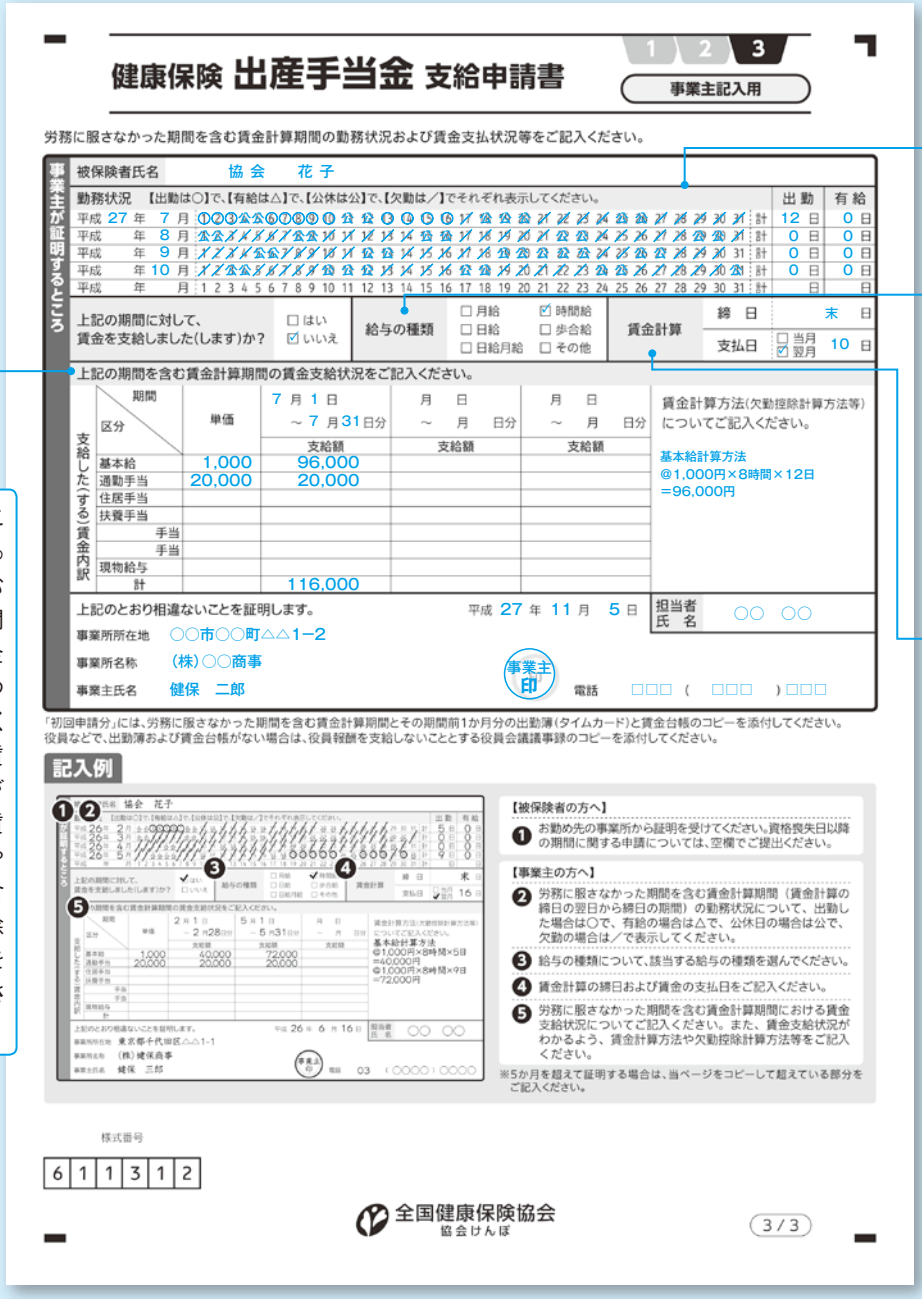


出産前の申請か出産後の申請か記入してください。

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てください。記入漏れのないようにお願いします。



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。

事業主が証明するところ

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。

			出勤	有給
平成 27 年	7 月	計	12 日	0 日
平成 年	8 月	計	0 日	0 日
平成 年	9 月	計	0 日	0 日
平成 年	10 月	計	0 日	0 日
平成 年	月	計	日	日

上記の期間に対して、賃金を支給しました(します)か？　□はい ☑いいえ

給与の種類　□月給 □日給 □日給月給 ☑時間給 □歩合給 □その他

賃金計算　締日　末日

支払日　□当月 ☑翌月 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。

支給した(する)賃金内訳 区分＼期間	単価	7月1日～7月31日分 支給額	月日～月日分 支給額	月日～月日分 支給額
基本給	1,000	96,000		
通勤手当	20,000	20,000		
住居手当				
扶養手当				
手当				
手当				
現物給与				
計		116,000		

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。

基本給計算方法
@1,000円×8時間×12日
=96,000円

上記のとおり相違ないことを証明します。　平成 27 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　□□□(□□□)□□□

「初回申請分」には、労務に服さなかった期間を含む賃金計算期間とその期間前1か月分の出勤簿(タイムカード)と賃金台帳のコピーを添付してください。
役員などで、出勤簿および賃金台帳がない場合は、役員報酬を支給しないこととする役員会議事録のコピーを添付してください。

記入例

【被保険者の方へ】
❶ お勤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。

【事業主の方へ】
❷ 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。
❸ 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。
❹ 賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。
❺ 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。

※5か月を超えて証明する場合は、当ページをコピーして超えている部分をご記入ください。

様式番号 6 1 1 3 1 2

全国健康保険協会 協会けんぽ

3/3

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。

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	●初回申請時に添付が必要なもの ①出勤簿(タイムカード)のコピー(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とその期間前1ヵ月分) ②賃金台帳のコピー(同上) ③役員等で出勤簿・賃金台帳がない場合→役員報酬を支給しないこととする役員会議事録のコピー ④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)

出産したとき

出産育児一時金とは

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。

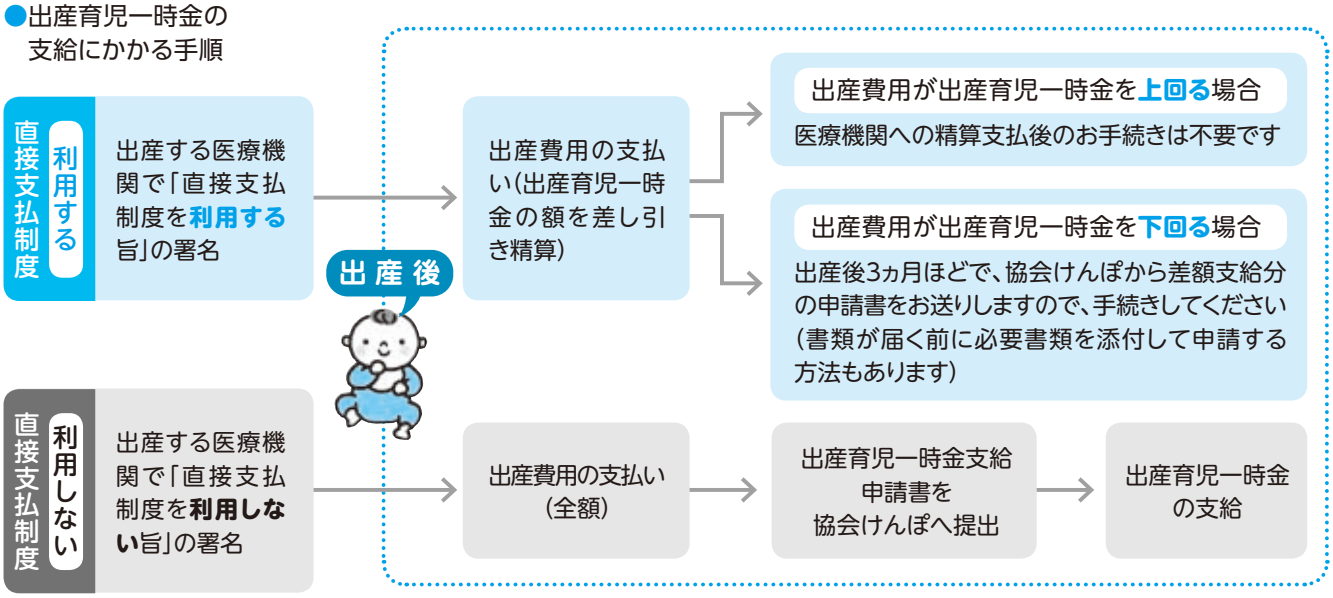
出産育児一時金の支給方法

出産にかかる費用に出産育児一時金を充てることができるよう、全国健康保険協会から出産育児一時金を医療機関等に直接支払う仕組み（直接支払制度）となっていますので、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。

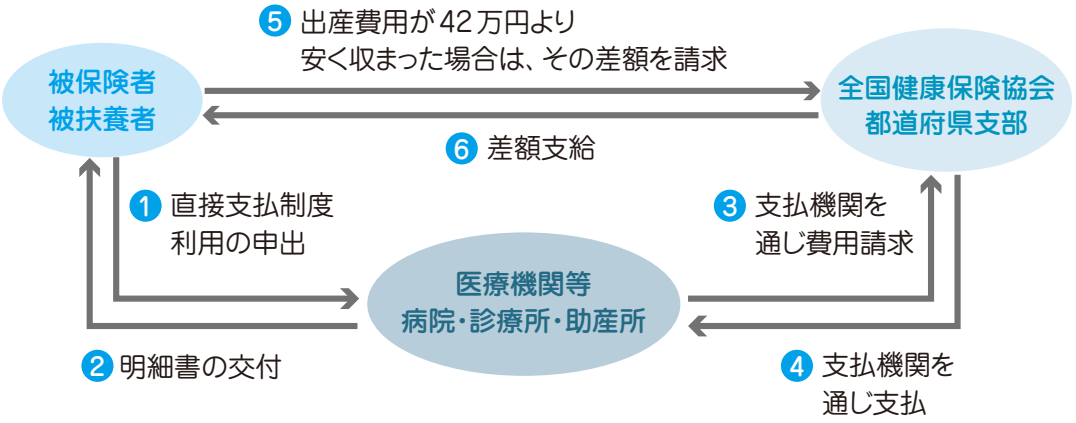
なお、直接、医療機関等に出産育児一時金が支払われることを希望しない方は、出産後に被保険者の方から全国健康保険協会都道府県支部に申請いただいたうえで、出産育児一時金を支給する方法をご利用いただくことも可能です。

※直接支払制度の実施による事務的負担や資金繰りへの影響が大きいと考えられる施設で、厚生労働省へ届け出た診療所・助産所については、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金を受け取る「受取代理」制度を利用することができます。詳しくは協会けんぽまでお問い合わせください。

●出産育児一時金の支給にかかる手順



直接支払制度の流れ



出産育児一時金・家族出産育児一時金の額

被保険者およびその被扶養者が出産したときの出産育児一時金および家族出産育児一時金の額は、一児につき42万円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合または在胎週数22週未満の分娩の場合は40.4万円）となります。

多児を出産したときは、胎児数分だけ支給されます。

	出産育児一時金・家族出産育児一時金の支給額
産科医療補償制度加入機関で在胎週数22週以降の出産	42万円
産科医療補償制度加入機関で在胎週数が22週に達しなかった出産	40.4万円※
産科医療補償制度未加入の機関で出産	

※産科医療補償制度の掛金が引下げられることに伴い、同制度の対象外出産にかかる出産育児一時金の支給額が、「39万円」（平成26年12月31日までの出産に適用）から「40.4万円」（平成27年1月1日以降の出産に適用）に改正されました。なお、同制度の対象出産にかかる出産育児一時金の支給額は「42万円」が維持されます。

出産とは

妊娠85日（4ヵ月）以後の生産（早産）、死産（流産）、人工妊娠中絶をいいます。

産科医療補償制度とは

医療機関が加入する制度で、加入機関で出産され、万一、分娩時の何らかの理由により重度の脳性まひとなった場合、赤ちゃんとご家族の経済的負担を補償するものです。

●直接支払制度利用の場合の出産費用（産科医療補償制度加入機関で出産した場合）

出産費用が出産育児一時金の額を上回る場合

（例）　出産費用が50万円の場合

出産費用	−	出産育児一時金	＝	医療機関へ支払う額
50万円		42万円		8万円

→ 不足分を医療機関の窓口でお支払いいただきます

出産費用が出産育児一時金を下回る場合

（例）　出産費用が40万円の場合

出産育児一時金	−	出産費用	＝	差額支給分
42万円		40万円		2万円

→ 協会けんぽへ差額分の支給申請をしていただきます（記載例44頁参照）

出産から3ヵ月ほど後に、差額支給分の申請書を協会けんぽからお送りします。届いた差額申請書で手続きをされる場合、添付書類や証明は不要です。書類が届く前に手続きをされる場合は、添付書類が必要です。

帝王切開等（保険適用）による分娩の場合は、限度額適用認定証をご申請ください

帝王切開等が必要な分娩の場合は、健康保険が適用されます。事前に高額な保険診療が必要と分かった方は、協会けんぽへ「限度額適用認定証」をご申請ください（22頁参照）。

限度額適用認定証を利用すると、自己負担額を限度額までのお支払いでとどめられます。

記載例

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

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

直接支払制度を利用し、出産費用が出産育児一時金を下回る場合

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 ページ

被保険者(申請者)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 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。

届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者(申請者)情報

	記号	番号	生年月日
被保険者証の(左づめ)	2 1 7 0 0 0 2 3	1 2 3	☑昭和 ☐平成 5 9 0 8 2 5

氏名・印	(フリガナ) キョウカイ イチロウ　協 会　一 郎　協会　自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒 0 0 0−0 0 0 0) 愛知 都道府県 ○○市○○町1−1 △△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	○○ (銀行) 金庫 信組 農協 漁協 その他( )	○○○	本店 (支店) 出張所 本所 支所
預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ(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。) キ ョ ウ カ イ　イ チ ロ ウ	口座名義の区分	1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄

被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 平成 年 月 日 / 氏名・印 印 / 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
代理人(口座名義人)	(〒 −) TEL ( ) / 住所 / (フリガナ) / 氏名・印 印	委任者と代理人との関係

「申請者・医師・市区町村長記入用」は2ページに続きます。

(26. 7)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印

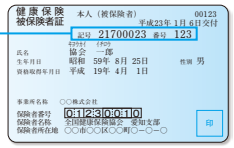
受付日付印

様式番号 6 2 1 1 1 3

協会使用欄

全国健康保険協会 協会けんぽ

1 / 2



記号・番号は、保険証に記載されています。

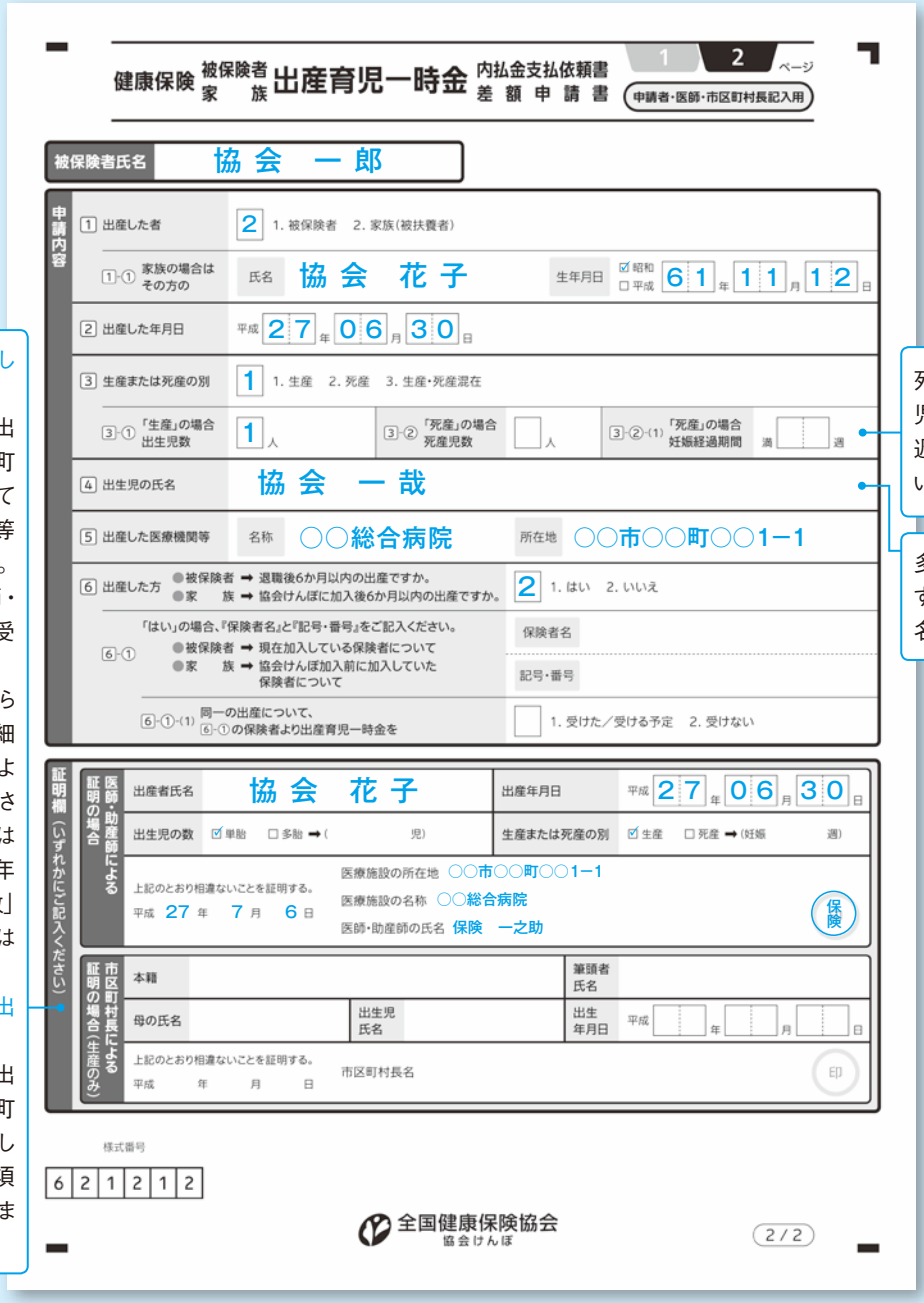
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)

※ 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)・貯金種別・口座番号を記入してください。

ご注意ください

- 申請書は、家族(被扶養者)の出産育児一時金支給申請であっても、被保険者ご自身が記入してください。被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者として記入してください。
- 直接支払制度を利用される場合は、出産費貸付制度は利用できません。



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　1 2 ページ
申請者・医師・市区町村長記入用

被保険者氏名：協会　一郎

申請内容

1 出産した者	2　1. 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：☑昭和 □平成 61年 11月 12日
2 出産した年月日	平成 27年 06月 30日	
3 生産または死産の別	1　1. 生産　2. 死産　3. 生産・死産混在	
3-① 「生産」の場合 出生児数	1 人	3-② 「死産」の場合 死産児数：　人 / 3-②-(1) 「死産」の場合 妊娠経過期間：満　週
4 出生児の氏名	協会　一哉	
5 出産した医療機関等	名称：○○総合病院	所在地：○○市○○町○○1−1
6 出産した方	●被保険者 → 退職後6か月以内の出産ですか。 ●家族 → 協会けんぽに加入後6か月以内の出産ですか。	2　1. はい　2. いいえ
6-①	「はい」の場合、『保険者名』と『記号・番号』をご記入ください。 ●被保険者 → 現在加入している保険者について ●家族 → 協会けんぽ加入前に加入していた保険者について	保険者名： 記号・番号：
6-①-(1)	同一の出産について、6-①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

証明欄（いずれかにご記入ください）

医師・助産師による証明の場合

出産者氏名	協会　花子	出産年月日	平成 27年 06月 30日
出生児の数	☑単胎 □多胎 →（　児）	生産または死産の別	☑生産 □死産 →（妊娠　週）

上記のとおり相違ないことを証明する。
平成 27 年 7 月 6 日
医療施設の所在地：○○市○○町○○1−1
医療施設の名称：○○総合病院
医師・助産師の氏名：保険　一之助　保険

市区町村長による証明の場合（生産のみ）

本籍		筆頭者氏名	
母の氏名		出生児氏名	出生年月日：平成　年　月　日

上記のとおり相違ないことを証明する。
平成　年　月　日
市区町村長名　印

様式番号 6 2 1 2 1 2

全国健康保険協会 協会けんぽ

2/2

【内払金支払依頼書として提出する場合】
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。
【差額申請書として提出する場合】
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は必要ありません。

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。

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	●差額申請書として提出する場合は、添付書類は必要ありません。 ●内払金支払依頼書として提出する場合 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） ③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→出生が確認できる書類（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（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は、翻訳文（翻訳者の署名、住所、電話番号を明記）を添付してください。

被保険者でなくなった後に給付を受けるとき

保険給付を受けている方が資格を喪失したとき

●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ヵ月の範囲」です。

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。

①退職日までに、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（併給不可。失業給付は働くことができる方に対する給付です）
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）

●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。

資格を喪失した後に保険給付を受ける事由が生じたとき

●退職などで資格喪失した後の出産育児一時金について

下記の①、②の要件を満たす場合のみ、被保険者が資格喪失した後の出産（被扶養者の出産については対象となりません）であっても、出産育児一時金のお手続きをすることができます。

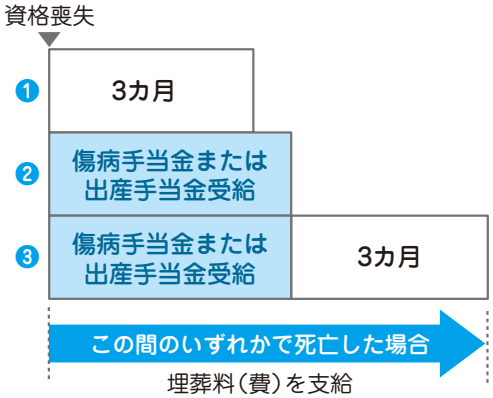
ただし、**「資格喪失後に加入する健康保険」かどちらかでお手続きください。**

①退職日までに、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資格喪失後６ヵ月以内の出産であること

●資格喪失後の埋葬料（費）

被保険者がその資格喪失後に亡くなり、次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ヵ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
③被保険者だった方が②の継続給付を受けなくなってから３ヵ月以内に亡くなったとき



①の場合は、亡くなった方の資格喪失前の被保険者期間の長さは問われません。

なお、被保険者の資格喪失後に被扶養者だったご家族が亡くなっても、家族埋葬料は支給されません。

このページでいう退職日とは、資格喪失日の前日を指しています。勤務形態の変更などで資格喪失された方は、資格喪失日の前日として考えてください。

被保険者が受ける 生活習慣病予防健診

本人（被保険者）と記載がある方

生活習慣病予防健診とは？

生活習慣病予防健診は、高血圧や糖尿病をはじめとする生活習慣病やがんを早期発見・早期治療するために、被保険者（加入者ご本人）が受けることのできる健康診断です。

● 健診対象者 ●

被保険者（加入者ご本人）の方

※その年の4月2日から翌年の4月1日の間に対象年齢を迎える方は、その年の4月から受診できます。

当該年度における年齢を対象

健診の種類	主な検査項目		対象者	自己負担額（平成26年度額）
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（75歳の誕生日の前日まで）の方	最高 7,038円
	眼底検査	医師が必要と判断した場合のみ		最高78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）		20歳～38歳の偶数年齢の女性	最高875円

●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	自己負担額（平成26年度額）
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
乳がん検診	問診、視診、触診 乳房エックス線検査	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 【40歳～48歳】最高1,655円
子宮頸がん検診	問診、細胞診 （子宮頸部の細胞を採取）	一般健診を受診する36歳～74歳の偶数年齢の女性	最高 875 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

●お申し込みから受診までの流れ

事業所ご担当 → 加入者ご本人

① 健診のご案内が事業所宛届く

② 希望する健診機関に受診日を予約

※集団検診（バス検診）も実施しています。

③ 健診申込書を協会けんぽへ郵送

※肝炎ウイルス検査は、受診者ご本人が直接健診機関に申し込みます。

④ 健診機関から問診票などが届く

⑤ 健診機関から送付された案内にそって受診

愛知県内の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

被扶養者が受ける特定健康診査

家族（被扶養者）と記載がある方

特定健康診査（特定健診）とは？

特定健康診査は、被扶養者（加入者ご家族）の生活習慣病などを早期に発見・改善するために実施している健康診断です。ご家族に特定健康診査を受診するよう勧めてください。

● 健診対象者 ●

40～74歳の被扶養者（加入者ご家族）の方

※その年の4月1日から翌年の3月31日の間に40歳の誕生日を迎える方は、その年の4月から受診できます。

当該年度における年齢を対象

検査内容			対象者	ご本人負担の上限（平成26年度額）
基本的な健診	診察・問診	現在の健康状態や生活習慣について（服薬、飲酒、喫煙の習慣など）を伺います	40歳～74歳（75歳の誕生日の前日までの方）	500円または1,000円（健診機関により異なります） ※健診機関の一覧は、ホームページでご確認ください。
	身体計測	身長・体重、腹囲を測ります		
	血圧測定	血圧を測り、循環器系などの状態を調べます		
	血液検査	血糖、血中脂質、肝機能を検査します		
	尿検査	尿中の糖・たんぱくを検査します		
詳細な健診	貧血検査 心電図検査 眼底検査	昨年度の健診結果等に基づいて、医師の判断により実施します ※前年度の健診結果通知をお持ちの方は健診日に持参してください。		

※特定健診には、がん検診が含まれておりませんので、お住まいの市区町村が実施する「がん検診」をご利用ください。特定健診とがん検診の両方を取り扱っている健診機関もあります。

●受診までの流れ

① 4月中に被保険者のご自宅に受診券を送付

② ご希望の健診機関へ予約

③
- 受診券
- 保険証
- 健診費用を持って受診

健診後の健康サポートを行っています

特定健康診査を受診された被扶養者（ご家族）で保健指導が必要な方には、「特定保健指導利用券」をご自宅へ送付します。この利用券と保険証、健診結果通知を持参して特定保健指導実施機関で特定保健指導を受けることができます。

事業主・加入者の皆さまへ

特定保健指導を実施しています

健康診断の結果はいかがでしたでしょうか?協会けんぽでは、健診結果をもとに、生活習慣病のリスクに応じて、保健師・管理栄養士が6ヵ月にわたって無料で食事管理・体重コントロールのサポートを行う特定保健指導を実施しています。

●特定保健指導を受けるまでの流れ

① 健診結果をもとに特定保健指導の対象の方へ事業所を通じてご案内

② 無料 日程調整後、訪問または来所で、保健師等と初回面接を実施

※ご家族で対象となる方には、「特定保健指導利用券」をご自宅にお送りします。最寄りの実施機関で受けてください。費用は実施機関により異なります。

サポートのレベルはメタボのリスクに応じて2段階

健診結果により支援レベルを2段階に分け、動機付け支援・積極的支援のいずれかに該当した方に対し、保健師、管理栄養士が6ヵ月にわたって食事管理、コントロールのサポートを行います。

動機付け支援

メタボのリスクが出始めた方

ふだんの生活を振り返り、サポートを受けて生活習慣改善のための目標をつくります。

積極的支援

メタボのリスクが重なっている方

生活習慣を改善するための目標を設定し、初回面接後も電話や文書などで6ヵ月間継続的にサポートします。

事業者健診を実施している事業主の方へ

定期健康診断結果の提供にご協力ください

協会けんぽでは、生活習慣病を予防するため、40歳以上の従業員の定期健康診断(事業者健診)の結果をご提供いただくことで、生活改善の必要な方へ無料で特定保健指導を実施しています。

従業員が健康で働き続けるためにも、提供のご協力をお願いします。

●事業者健診結果の提供から特定保健指導案内までの流れ

事業主の方
提供に関する同意書・名簿一覧に記入のうえ、協会けんぽに提出

事業主の方
(もしくは健診機関から)
事業者健診の健診結果データを協会けんぽへ提供

協会けんぽ
健診結果をもとに病気リスクの高い方を抽出

協会けんぽ
事業主の方へ協会けんぽからご連絡

個人情報について	事業主の方が、協会けんぽに健診結果を提供いただくことは、「高齢者の医療の確保に関する法律」で認められており、事業主の方が法的に責任を問われることはありません。 提供いただいた個人情報も「全国健康保険協会個人情報管理規程」に基づき適切に取り扱います。

協会けんぽ 愛知支部のご案内

電 話 番 号 ・ Ｆ Ａ Ｘ 番 号

●電話番号　**052-979-5190**（代表）

●FAX番号　**052-979-5217**

●業務時間　午前8時30分から午後5時15分まで
【土日祝日及び年末年始（12月29日から1月3日）を除く】

所　在　地

〒461-8515　名古屋市東区葵1-13-8　アーバンネット布池ビル2階

※個別郵便番号［461-8515］を記載していただいた場合は、郵便の宛先所在地をすべて省略することができます。

ホームページもご覧ください

ホームページでは、申請書の記入例・よくあるご質問のQ&Aなどを掲載しています。また、申請書のダウンロードもできます。愛知支部の最新の情報は、下記ホームページ内「愛知支部のページ」をご覧ください。

http://www.kyoukaikenpo.or.jp/　協会けんぽ　検索