

# 健康保険任意継続被保険者のしおり

## 1. 任意継続被保険者になるためには

- (1) 退職日(資格喪失日の前日)までに「**継続して2ヶ月以上の被保険者期間**」が必要です。
- (2) 退職日の翌日から20日以内(20日目が土日・祝日の場合は翌営業日)に**当健保組合に必着**となるよう「**健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書**」を郵送で提出することが必要です。

## 2. 被保険者期間について

### (1) 加入期間は最長2年間

任意継続の加入期間は、任意継続被保険者として加入した日から最長2年間です。

### (2) 次の場合は、資格を喪失します。(被保険者証等の返納が必要です。)

- ① 任意継続被保険者として加入した日から2年を経過した場合
- ② 保険料を納付期限までに納付しなかった場合(法定納付期限の翌日)
- ③ 就職等により健康保険等の被保険者となった場合
- ④ 後期高齢者医療制度に加入した場合
- ⑤ 亡くなられた場合
- ⑥ 任意による資格喪失を希望した場合

#### 【上記に該当した場合の手続き等について】

※ ①に該当した方

⇒ 被保険者期間満了日以降、健保組合から、期間満了による**資格喪失通知書及び証明書をご自宅宛てに郵送**します。

※ ②に該当した方

⇒ 健保組合において納付状況(未納であること)を確認のうえ、納付期限から1週間程度で、未納による**資格喪失通知書及び証明書をご自宅宛てに郵送**します。

※ ③・④・⑥に該当した方

⇒ 「**健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書**」を提出してください。

※ ⑤に該当した方

⇒ 健保組合宛てに連絡願います。

### 3. マイナ保険証への移行について

令和6年12月2日から健康保険証の新規発行が終了し、健康保険証を利用登録したマイナンバーカード(以下「マイナ保険証」という。)で医療機関等を受診していただく仕組みに移行します。

なお、令和6年12月1日に任意継続の資格取得をされた場合は、健康保険証を発行します。また、令和7年12月1日まで使用することができます。ただし、令和7年12月1日より前に、任意継続の資格を喪失した場合は、その時までとなります。

マイナンバーカードをお持ちでない等、マイナ保険証を利用することができない状況にある方については、「資格確認書」で医療機関等を受診することができます。

令和6年12月2日以降、資格確認書を必要とする場合は、「任意継続被保険者 資格確認書交付申請書」を提出してください。

### 4. 保険料について

#### (1) 退職時の標準報酬月額により決定

納付していただく保険料は、退職時の標準報酬月額(※)に保険料率を乗じた額となります。(※)30万円を超えていた場合は、標準報酬月額は30万円です。

#### (2) 保険料は全額自己負担

事業所に勤務されていたときの健康保険料等は、事業主と被保険者で折半していましたが、任意継続被保険者の保険料は、全額自己負担となります。

【参考】保険料額(月額)について

保険料区分	保険料率	標準報酬月額別の保険料額例		
		30万円	20万円	15万円
健康保険料(調整保険料含む)	98.0%	29,400円	19,600円	14,700円
介護保険料(40～64歳の方)	17.8%	5,340円	3,560円	2,670円
計	115.8%	34,740円	23,160円	17,370円

#### (3) 加入期間中に保険料が変動する場合

- ① 加入中に40歳になり介護保険第2号被保険者に該当した場合
- ② 加入中に65歳になり介護保険第2号被保険者に該当しなくなった場合
- ③ 健康保険料率や介護保険料率に変更された場合
- ④ 健康保険組合の平均標準報酬月額が変更となった場合(上限に該当する方のみ)

#### (4) 保険料の納付方法

##### ① 納付方法

ア) 毎月納付

イ) 6ヶ月分の前納(4月～9月分まで/10月～翌年3月分まで) ※

ウ) 12ヶ月分の前納(4月～翌年3月分まで) ※

※ 年度の途中で任意継続被保険者となった方の前納は、資格を取得した日の属する月の翌月分から9月分まで、または3月分までを納付することができます。

なお、「任意継続被保険者資格取得申出書」を提出された時期によっては、前納による納付ができない場合がありますので、予めご了承ください。

## ② 納付手続き等

「任意継続被保険者資格取得申出書」で選択されました納付方法(毎月納付または前納(半期、全期))に基づき、納付書及び振込依頼書を送付しますので、金融機関にて納付してください。

なお、振込依頼書を使用せずに、ATMやインターネットバンキングを利用して納付することもできます。

保険料の納付にかかる振込手数料は、加入者のご負担となりますが、当健保組合指定金融機関(三菱UFJ銀行)の本支店から振込まれる場合は、振込手数料は無料となります。

## (5) 保険料の納付期限

### ① 毎月納付の方

保険料は、その月の1日から10日(10日が土曜日、日曜日又は祝祭日の場合は翌営業日)までに納付してください。

正当な理由なく納付期日までに納付されなかった場合は、納付期日の翌日に資格を喪失しますので、十分注意してください。

### ② 前納の方

前納期間の始まる月の前月末日(末日が土曜日、日曜日又は祝祭日の場合は翌営業日)までに納付してください。

### ③ 資格取得された方の初回保険料について

初回保険料は、当健保組合の指定した日までに納付してください。

納付期限は納付書に記載しています。

前納を希望した場合でも、資格を取得した日の属する月の1ヶ月分の保険料は前納できませんので、当健保組合が指定する納付期日までに納付することになります。

## (6) 保険料の還付について

保険料を前納された後や月納した月に就職等により被保険者資格を喪失した場合は、保険料を還付します。

この場合には、就職等を事由とした「健康保険 任意継続被保険者資格喪失申出書」を提出いただき、当健保組合にて資格喪失処理をした後、「還付金請求書」を送付しますので、必要事項を記入のうえ、返送してください。還付金請求書の到着後、1週間から10日程度でご指定の金融機関口座に還付金を振込みます。

## (7) 保険料納付証明書の発行について

納付された保険料の証明書を、ご自宅宛てに郵送します。

### ① 加入中の方

12月に納付証明書を発行します。

### ② 11月初旬までに資格を喪失した方

原則、11月に納付証明書を発行します。

## 5. 保険給付について

保険給付は、一般被保険者と同様の給付を受けることができます。ただし、傷病手当金及び出産手当金は受給できません。（退職時に、傷病手当金及び出産手当金の継続給付の受給要件を満たしている場合は、資格喪失後の給付として受給することができます。）

区 分		給 付 の 種 類	
		被 保 険 者	被 扶 養 者
病 気 や け が を し た と き	保険証で治療を受けるとき	療養の給付 入院時食事療養費 入院時生活療養費 保険外併用療養費 訪問看護療養費	家族療養費 家族訪問看護療養費
	立替え払いのとき	療養費 高額療養費 高額介護合算療養費	家族療養費 高額療養費 高額介護合算療養費
	緊急時などに移送されたとき	移送費	家族移送費
出産したとき		出産育児一時金 ・付加金	家族出産育児一時金 ・付加金
死亡したとき		埋葬料(費)・付加金	家族埋葬料・付加金

### (参考)資格喪失後の継続給付等

#### ① 保険給付を受けている人が資格を喪失した場合(継続給付)

資格を喪失する日の前日までに継続して1年以上被保険者であった人は、受給要件を満たせば、資格を喪失した際に現に受けていた傷病手当金及び出産手当金を引き続き受給することができます。

#### ② 資格を喪失した後に保険給付を受ける事由が生じた場合

##### ・ 出産に関する給付

資格を喪失する日の前日までに継続して1年以上被保険者であった人が資格喪失の日後、6ヶ月以内に出産したときは、被保険者として受けられる出産育児一時金が支給されます。

##### ・ 死亡に関する給付(埋葬料(費))

資格を喪失した日後3ヶ月以内の死亡、または、資格喪失後傷病手当金・出産手当金を受給中若しくは受給終了後3ヶ月以内に死亡したときは、埋葬料(費)が支給されます。

※ 任意継続被保険者の保険給付に関する支給申請にかかる留意事項、申請書類等については、**別冊**「一 保険給付に関する支給申請について」を参照願います。

## 6. 諸手続きについて

各種申請書には、「記号番号のみ(枝番なし)」を記入してください。

### (1) 被保険者情報や被扶養者情報に変更等があったとき

- ① 被保険者・被扶養者の氏名や住所等に変更又は訂正があった場合

「健康保険 任意継続被保険者氏名 住所 生年月日 等 変更(訂正)届」を提出してください。

- ② 被扶養者の氏名等に変更又は訂正があった場合

「健康保険 任意継続被保険者被扶養者 氏名 生年月日 等変更(訂正)届」を提出してください。

※ 氏名、生年月日、性別の変更(訂正)の場合は、被保険者証または資格確認書(高齢受給者証、限度額適用認定証が交付されている場合は併せて)及び変更内容の確認できる書類(戸籍謄本等の写し)を添付してください。

### (2) 被扶養者に異動があったとき

- ① 被扶養者を追加する場合

新たに、ご家族を被扶養者として追加する場合は、「健康保険 任意継続被保険者被扶養者(異動)届」を提出してください。

※ 追加されるご家族の続柄、収入等の扶養状況を確認するため、添付書類(住民票(世帯全員)、所得証明書、離職票等)を提出いただきますので、必要書類について当健保組合にご確認ください。

- ② 被扶養者を削除する場合

被扶養者を削除する場合は、「被扶養者(異動)届」に被保険者証または資格確認書(高齢受給者証、限度額適用認定証が交付されている場合はそれも含む)を添付して提出してください。

なお、資格を喪失し、新たに健康保険に加入される際に、加入期間の証明が必要な場合は、「健康保険 被保険者資格喪失等証明書発行申請書」を、当健保組合にご提出ください。「被扶養者(異動届)」により扶養の削除が終了後に発行し、郵送いたします。

### (3) 資格確認書等の再交付の申請をされるとき

- ① 資格情報のお知らせの再交付の場合

「健康保険 任意継続被保険者 資格情報のお知らせ 再交付申請書」を提出してください。

- ② 資格確認書の再交付の場合

「健康保険 任意継続被保険者 資格確認書(再)交付申請書」を提出してください。

- ③ 高齢受給者証の再交付の場合

「健康保険 高齢受給者証 再交付申請書」を提出してください。

※①・②の申請時は本人確認のできる書類(運転免許証等の写し)を添付してください。

### (4) 資格喪失等の際に被保険者証等を返却できないとき

- ① 被保険者証・高齢受給者証を返却できない場合

「健康保険 任意継続被保険者被保険者証・資格確認書・高齢受給者証 滅失届」を提出してください。

② 限度額適用認定証等を紛失された場合

「健康保険 任意継続被保険者限度額適用認定証 滅失届」を提出してください。

(5) マイナンバーの届出について

資格取得時に退職前のマイナンバーの登録が引き継がれますので届出は不要です。但し、マイナンバーカードの紛失等により変更があった場合等は、「マイナンバー届出書」を提出してください。

## 7. 保健事業について

### 【健康診査及び特定保健指導】

当健保組合の加入者である30歳以上(年度末の年齢)の被保険者及び被扶養者の方に、健康診査を実施しています。

また、健診結果に基づく特定保健指導は、40歳以上(年度末の年齢)の方に実施しています。健康診査のご案内(青色の封筒)及び特定保健指導のご案内は、対象者の自宅宛てにお送りします。

詳細は、当健保組合のホームページ(<https://www.nenkinkikou-kenpo.or.jp/>)をご確認ください。

### ○健康診査等

メタボリックシンドロームに着目した健康診査を行います。医療機関にて治療中の方も受けることができます。年に一度は健康診査を受けて、体の状態を確認しましょう。

【実施時期】 6月から翌年3月末まで

5月中旬頃より、「健康診査のご案内」一式(青封筒)を発送いたします。

特定健診項目	基本的な項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>・質問票 服薬歴、喫煙歴等</li> <li>・身体計測 身長、体重、BMI、腹囲等</li> <li>・血圧測定</li> <li>・血中脂質検査 中性脂肪(空腹時、もしくは随時)、HDL コレステロール、LDL コレステロール</li> <li>・血糖検査 空腹時血糖またはHbA1c</li> <li>・肝機能検査 GOT、GPT、<math>\gamma</math>-GTP</li> <li>・尿検査 尿糖、尿蛋白</li> </ul>
	詳細な項目	<p>一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・貧血検査 ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数</li> <li>・心電図 12誘導</li> <li>・眼底検査 両眼</li> <li>・血清クレアチニン eGFR</li> </ul>

### 【実施方法】

➤ 健診代行機関「ウィーメックス株式会社」の健診を希望の方

(基本健診A+心電図 / 巡回レディース健診)

・「健康診査のご案内」の施設健診案内と健診機関名簿をご確認いただき、「申込ハガキ」もしくは「WEB」にて健診の申込みをしてください。

・健康ポータルサイト(Pep Up)を経由して、ウィーメックス株式会社の健診を申込後に受診された場合は、Pepポイントが1,000ポイント付与されます。

・ウィーメックス株式会社へのお申込みにより、上記の健診は無料で受診いただけます。

＜費用補助額＞ 基本健診A+心電図/巡回レディース健診 全額補助

オプション検査	乳がん検診(1項目のみ)	全年齢 (女性のみ)	全額補助
	子宮がん検診	20歳以上	上限 5,000 円
	肺がん・胃がん・大腸がん	40歳以上	
	前立腺がん	50歳以上	

## ▶集合契約による受診を希望の方

### (特定健診のみ)

・受診券(セット券)により、当健保組合から下記の通り費用を補助します。

＜費用補助額＞ 基本項目 全額補助 詳細項目 全額補助

・全国約 50,000 カ所の契約機関で受けることができます。

・詳しくは、受診券を交付する際に案内を同封しておりますので、そちらをご確認ください。

・退職前に今年度の事業主健診を受けている場合や、退職時期によっては、受診券の交付が行えない場合もありますので、ご不明な点は当健保組合までお問い合わせください。

## ○オプション検査(肺がん・胃がん・大腸がん・子宮がん・乳がん・前立腺がん)

「特定健康診査」、「基本健診 A+心電図」、「巡回レディース健診」受診時に、オプション検査を受診した場合、年齢・項目により上限 5,000 円までの費用を補助します。

オプション検査補助と人間ドック補助は、年度内にどちらか 1 回のみご利用いただけます。

## ○人間ドック健診、生活習慣病健診(ウィーメックス株式会社、または直接契約施設)

人間ドックを受診した場合、年齢により、当健保組合から下表の通り費用を補助します。

年齢(年度末における)	補助額	備考
40 歳以上	(上限)20,000 円	※人間ドック補助とオプション検査補助は、年度内にどちらか 1 回のみ
30 歳～39 歳	(上限)15,000 円	
30 歳未満	(上限)10,000 円	

・当健保組合の直接契約施設での人間ドック健診は、契約先ごとの一律料金にて受診できます。当健保組合では、各都道府県の委託契約先を拡充しておりますので、ホームページを随時ご確認ください。  
※当健保組合の直接契約施設であっても、ウィーメックス株式会社経由で申込した場合、料金等が異なることがありますのでご注意ください。

・「ウィーメックス株式会社」の契約施設で受診する場合は、「健康診断のご案内」の施設健診案内と健診機関名簿をご確認いただき、「申込ハガキ」もしくは「WEB(Pep Up 等)」にて申込みをしてください。

## 健診内容

健診コース	特定健診	基本健診 A+ 心電図	巡回レディース 健診	人間ドック健診 (生活習慣病健診含む)	
				ウィーメックス 株式会社	直接契約 施設
申込先	集合契約実施機関	ウィーメックス株式会社	ウィーメックス株式会社	ウィーメックス 株式会社	直接契約 施設
申込方法	電話予約	申込ハガキ WEB(Pep Up 等)	申込ハガキ WEB(Pep Up 等)	申込ハガキ WEB (Pep Up 等)	電話予約
申込期間	～翌年 3 月中旬頃	～翌年 1 月末日	～12 月 20 日	～翌年 1 月末日	～翌年 3 月中旬頃
受診期間	翌年 3 月末日	翌年 3 月末日	翌年 2 月末日	翌年 3 月末日	
受診方法	特定健診受診券(セット券)と 保険証を提示	健診予約券と保険証	健診予約券と保険証、 問診票	健診予約券 と保険証	受診時に 保険証を提示
健診 補助額	全額補助	全額補助	全額補助	年齢により 上限 20,000 円～10,000 円	
オプション 検査補助額	年齢・項目により 上限 5,000 円	年齢・項目により 上限 5,000 円	年齢・項目により 上限 5,000 円	—	
照会先	ウィーメックス株式会社 健康検診事業部		TEL 0120-507-066	(月～土)9 時～17 時 30 分	
	日本年金機構健康保険組合 保健事業課		TEL 03-5216-3222	(平日)8 時 30 分～17 時 30 分	



### （費用補助について）

「ウィーメックス株式会社」の契約施設、当健保組合の直接契約施設以外で健診を受診した場合、下記については補助を行います。

#### 【人間ドック健診・生活習慣病健診】

上記以外で申込み、全額自己負担した場合に年齢により上限 20,000 円まで補助します。

#### 【オプション検査】

人間ドック・生活習慣病健診以外の特定健診（集合契約やパート就労先の健康診断を含む）に加えて、オプション検査を受診し、全額自己負担した場合に年齢により上限 5,000 円までの補助をします。

#### ＜提出物＞ 質問票、健診結果（写し）、領収書（原本）、各種補助金申請書

※質問票、各種補助金申請書は、ホームページに掲載しております。ホームページが閲覧できない場合には、申請書等のご郵送をいたします。当健保組合までご連絡ください。

#### （パート就労先等による健診結果ご提出について）

健診結果をご提出いただいた方へ健康ポータルサイト(Pep Up)の Pep ポイントを 1,000 ポイント付与いたします。さらに、健診結果をご提出いただき経年で健康な方、健康改善した方に最大で 1,000 ポイント付与いたします。

### ○特定保健指導

特定健康診査の結果、生活習慣病のリスクのある方には、医師や保健師、管理栄養士が悪化を防ぐためのサポートを行います。目標を立てて、改善を目指しましょう。

種 類	対 象 と な る 方
動機付け支援	メタボリックシンドロームの初期症状が現れ始めた方
積極的支援	メタボリックシンドロームの症状が進行している方

#### 【実施時期】 11 月から支援終了まで

任意継続被保険者及び被扶養者の方を対象として、健保組合の全額負担により、委託業者による特定保健指導を実施します。

- ・ウィーメックスの健診では、施設により健診当日に特定保健指導を実施できる場合があります。該当した方は必ず受診いただくようお願いします。
- ・「特定健康診査受診券(セット券)」により健診を受診した場合、施設により健診当日に特定保健指導を実施できる場合があります。該当した方は必ず受診いただくようお願いします。
- ・上記以外の場合、特定保健指導委託業者より特定保健指導のご案内が届きます。申し込み後、特定保健指導対象者へ特定保健指導委託業者より初回面談のご連絡が入りますので、初回面談が実施可能な日時をお伝えください。対面による面談とスマートフォン等によるWeb面談も実施しておりますので、ご活用ください。

※健診当日に、特定保健指導の初回面談を実施した場合は、委託業者による特定保健指導は必要ありません。継続してご利用中の支援をご活用ください。

### 【重症化予防通知・糖尿病性腎症重症化予防通知】

健診結果により、病院への受診が必要である(要診断者・要治療者)にもかかわらず受診されていない方、及び継続治療(通院)を中断された方へご案内を送付します。

【対象者】 被保険者・被扶養者

【実施時期】 2月・8月頃

※糖尿病性腎症重症化予防通知は年1回実施予定

※パニック値は上記に加え5月・11月に実施

### 【健康ポータルサイト(Pep Up)による情報提供サービス】

健康情報をいつでもどこでも確認できる Web サービスを導入しています。ご退職前より Pep Up をご利用されていた方は、個人のアカウントが引き続きご利用いただけます。新たに参加者となる方のログインに必要となるID・PWのご案内は、ご自宅へお送りします。ご自身の健診結果、健康年齢、医療費通知、ジェネリック通知などが確認できます。

健康ポータルサイト(Pep Up)の各種イベントへ参加した方や健診結果が良好な方、健診結果が改善した方等には商品と交換可能なポイントが付与される制度がございますので、是非ご利用ください。

【対象者】 被保険者・(30歳以上の)被扶養者

### 【無料歯科健診】

全国 1,500 機関以上の歯科医院と提携している「株式会社歯科健診センター」と契約し、無料歯科健診を実施しています。当健保組合のホームページより、歯科健診センターを選択いただき、WEBから申込みを行います。電話でのお申込みは受け付けておりませんので、ご注意ください。

### 【広報誌】

当健保組合の財政状況や健康保険の仕組み、健康づくりに役立つ情報などを皆様のご自宅宛てに年2回お送りします。

### 【インフルエンザ予防接種費用補助】

インフルエンザ予防接種を受診された方に、上限 3,000 円の費用を補助します。対象期間内に2回接種した場合でも、補助は1回分のみとなります。1回目の補助額が 3,000 円未満となる場合でも、2回目に対する補助はありません。市区町村等の補助を受けた場合は、市区町村等の補助額を控除した額(自己負担額)が当健保組合からの補助対象額(上限 3,000 円)となります。

【実施期間】 <接種期間> 10月～翌年1月末日

<申請期間> 11月～翌年2月末日

### 【ジェネリック医薬品促進通知】

ジェネリック医薬品に切り替えた場合に、お薬代の負担軽減が一定額以上見込まれる方を対象として、通知書を送付します。

【対象者】 被保険者・被扶養者

【実施時期】 2月・8月頃

### 【法人会員優待契約の施設について】

当健保組合の加入者の方は、各施設の優待が受けられます。予約時に法人会員(または日本年金機構健康保険組合の加入者)であることをお伝えください。

また、ご利用の際は、施設フロントにて被保険者証(または写し)を提示ください。

詳細情報、予約、支払方法などは直接施設へお問い合わせください。

施設	料金・割引	予約方法	予約・問合せ先
東急ホテルズ (全国43カ所)	Web 限定優待料金 * 常時一般向けインター ネット料金より安価です	Web	Web: <a href="https://www.tokyuhotels.co.jp/ja/biz">https://www.tokyuhotels.co.jp/ja/biz</a> 法人会員番号 301503821 パスワード 301503821 Tel: 0120-21-5489(問い合わせのみ受付)
KKRホテルズ & リゾーツ(全 国43カ所)	優待料金	Webまたは 電話	Web: <a href="https://www.kkr.or.jp/hotel/">https://www.kkr.or.jp/hotel/</a> 施設を選択し、宿泊予約▶宿泊プラン▶お客様区 分「優待利用者(ない場合「KKR組合員等」)」を選 択。 Tel: 施設へ直接申し込みください。 連絡先・詳細情報はWebをご覧ください。
ニュー・グリー ンピア津南 (新潟県中魚 沼郡)	会員専用プラン	Webまたは 電話	Web: <a href="https://www.greenpia-center.co.jp">https://www.greenpia-center.co.jp</a> 法人会員ユーザー名 greenpia 法人会員パスワード center Tel: グリーンピアセンター 03-5688-4611 所在地: 新潟県中魚沼郡津南町秋成 12300
スパリゾートハ ワイアンズ  (福島県いわき 市)	(入場) 正規料金の10% 割引	電話	スパリゾートハワイアンズの入場は予約不要です。 ホテル宿泊は予約となります。 Web: <a href="https://www.hawaiians.co.jp">https://www.hawaiians.co.jp</a> Tel: 代表 0570-550-550 所在地: 福島県いわき市常盤藤原町蔵平 50
(宿泊) 正規料金の10% 割引			
(ゴルフ利用) 宿泊ゴルフパック 500円引き	電話		
プリンスホテル  ゴルフ場、スキ ー場及びアミュ ージメント施設 を含む	優待料金	Webまたは 電話	Web: <a href="https://www.princehotels.co.jp/keiyaku/">https://www.princehotels.co.jp/keiyaku/</a> Tel: 代表 0120-33-8686 (携帯電話からは 0570-02-8686) 施設によっては優待サービスを受ける際に予約や優 待クーポン(割引券)の持参が必要となる場合があり ます。詳細は、専用 Web サイトにてご確認ください。
船員保険会  (鳴子、箱根、 焼津)	優待料金	電話	直接宿泊施設へ電話してご予約ください。 鳴子やすらぎ荘 0229-87-2121 箱根嶺南荘 0460-82-2898 やいづマリンパレス 054-629-1011
スポーツクラブ ルネサンス	Monthly コーポレート会員 →月会費 8,700円(税 別) 1Day コーポレート会員 →クラブの利用1回につ き1,800円(税別)	各店舗	Web: <a href="https://www.s-re.jp/">https://www.s-re.jp/</a>  被保険者証を提示のうえ、会員登録を行ってくださ い。

※各契約施設の利用料金等は、年度内に一部変更になる場合があります。

### <福利厚生関係事業について>

以下の事業につきましては、日本年金機構共済会との共同実施事業となっています。  
申請方法、問い合わせにつきましては共済会からのご案内をご確認ください。

#### ○対象となる事業

1. ベネフィット・ステーション
2. 家庭用常備薬等の斡旋販売
3. レジャー施設利用補助(東京ディズニーリゾート®・コーポレートプログラム利用券)
4. 育児情報誌の送付(0歳～3歳)

#### 【日本年金機構共済会】

〒102-0075 東京都千代田区三番町22

電話 03-5216-3941 FAX 03-5216-3943

常務理事	事務長	業務課長	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者資格取得申出書

勤務していた時の記号番号等	記号		番号		フリガナ 氏名	
	性別	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月 日
申出者の住所等		〒				
		電話番号 ( )		携帯電話 ( )		
勤務していた事業所	所在地					
	名称			資格喪失時(退職月)の標準報酬月額	千円	
資格喪失年月日(退職日の翌日)				令和	年	月 日
初年度保険料の納付方法(該当個所に○印)	1	毎月払い	2	1年前納払い(年1回)	3	6ヶ月前納払い(年2回)
	※ 別途送付します「納付書」にて、ご確認ください。		・月ごとに払込み		・加入月の翌月～3月分迄を年1回払込み	
資格確認書の交付希望(該当個所に○印)		・交付を希望する(マイナ保険証を利用されている場合は「希望しない」に○をしてください)			・希望しない	

※ 振込み手数料は加入者負担となります。(当健保組合の指定金融機関(三菱UFJ銀行)の本支店から振り込む場合は、振込み手数料はかかりません。)

## 健康保険 被扶養者届

- 任意継続被保険者の資格取得と同時に、被扶養者となられる方について記入してください。
- 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」を提出してください。

被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の区分
(フリガナ)	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女			万円	同居・別居
(フリガナ)	昭和・平成・令和 年 月 日	男 女			万円	同居・別居
(フリガナ)	昭和・平成・令和 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事情がある場合、その理由を記入してください。	上記の事実と相違ありません。 資格取得申出者氏名 _____
---	--------------------------------

## 「健康保険任意継続被保険者資格取得申出書」を提出される方へ（加入手続きについて）

### 1. 任意継続被保険者になるためには

退職する日（資格喪失日の前日）までに継続して2ヶ月以上の被保険者期間が必要です。  
また、申出書については、郵送でのみ受付しております。退職の日の翌日から20日以内（20日目が土日・祝日の場合は翌営業日）に当健康保険組合に必着するよう郵送でご提出してください。

### 2. 加入期間

任意継続被保険者となってから2年間加入できます。ただし、以下の理由に該当する場合は2年を経過する前に、任意継続の資格を喪失します。

- (1) 毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった場合
- (2) 就職等により、健康保険等の被保険者となった場合
- (3) 亡くなった場合
- (4) 後期高齢者医療制度に加入した場合
- (5) 任意による資格喪失を希望した場合

### 3. 保険料

- (1) 保険料は、事業主負担がなくなり、全額自己負担となります。
- (2) 保険料計算の基礎となる標準報酬月額は、退職時の標準報酬月額と前年9月の全被保険者の標準報酬月額を平均した額（現在30万円）のいずれか低い方となります。
- (3) 保険料額  
保険料額は、標準報酬月額に保険料率を乗じた額となります。

区 分	保険料額（令和6年4月～）
健康保険料（調整保険料含む）	「標準報酬月額」× 98/1,000
介護保険料（40～64歳）	「標準報酬月額」× 17.8/1,000

#### (4) 保険料の納付方法

- ① 『毎月払い』の方  
納付書に記載されている「納付期限」までに納付してください。納付期限は原則として毎月10日です。（10日が土日・祝日の場合は翌営業日、また、初回の納付につきましては、納付期限を別途指定します。）
- ② 『前納払い』の方  
前納の納付期限は、資格取得年月日の属する月の末日（末日が土日・祝日の場合は翌営業日）となっていますので、納付書に記載されている「納付期限」までに納付してください。

前納払いを選択した場合、月払いの保険料に比べ割引になります。なお、前納となる払込月数により、保険料の割引率が異なりますので、詳しくは、当健康保険組合のホームページ（<https://www.nenkinkikou-kenpo.or.jp>）で、内容をご確認ください。

※資格取得申出書を提出された時期によっては、前納にて納付することができない場合があります。

※振込み手数料は加入者負担となります。（当健保組合の指定金融機関（三菱UFJ銀行）の本支店から振り込む場合は、振込み手数料はかかりません。）

### 4. 被扶養者届欄

資格取得時に被扶養者となられる方について記入してください。その方が被保険者によって生計を維持されていることを証明できる書類（住民票、課税（非課税）証明書、在学証明書又は学生証の写し等）が必要となります。退職前から引き続き被扶養者となられる場合は、添付書類は不要です。

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失申出書

被 保 険 者 欄	1	記 号 ・ 番 号	記号	番号				
	2	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成		年	月	日	
	3	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ)		(氏)		(名)	
	4	被 保 険 者 の 住 所	〒	-	電 話 ( )		都 道 府 県	

下記の事由に該当するため、次のとおり申出します。

令和 年 月 日申出

5	資格喪失年月日	令和	年	月	日	
	資格喪失の事由  ア～エのいずれかを「○」で囲み、再取得後の記号番号等を記入してください。	<b>ア 健康保険または船員保険の被保険者資格を取得したため</b>				
		(1) 再取得後の健康保険または船員保険の記号番号 記 号 ( ) 番 号 ( )				
		(2) 適用事業所または船舶所有者の名称および所在地 名 称 ( ) 所在地 ( )				
(3) 資格取得年月日 ( 令 和 年 月 日 )						
		<b>イ 後期高齢者医療制度(長寿医療制度)の被保険者となったため</b>				
		(1) 後期高齢者医療の被保険者番号 ( )				
		(2) 都道府県後期高齢者医療広域連合の名称 名 称 ( 後期高齢者医療広域連合 )				
		(3) 資格取得年月日 ( 令 和 年 月 日 )				
		<b>ウ 任意継続被保険者を任意に資格喪失することを希望するため</b>				
		資格喪失申出日 令和 年 月 日 ※資格喪失日は健康保険組合が申出書を受理した翌月1日となります				
		<b>エ 被保険者が死亡したため</b>				
		死亡年月日 : 令和 年 月 日 ※資格喪失日は死亡日の翌日となります				

**【添付書類について】**

受付日付印

- ※ 被保険者およびその被扶養者の方に交付されている全ての被保険者証または資格確認書を添付してください。 高齢受給者証または限度額適用認定証の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。
- ※ 資格喪失日の確認のため、再就職等で新たに取得された「資格情報のお知らせ」の写しを添付してください(本人のみで結構です)。
- ※ 任意継続被保険者を任意により資格喪失を希望される場合は、被保険者証等の添付は資格喪失日以降に健康保険組合に郵送してください。
- ※ 被保険者が死亡された場合は、死亡診断書等をこの申出書と合わせて添付してください。

**日本年金機構健康保険組合**

6.12





常務理事	事務長	業務課長	担当者

## 健康保険 任意継続被保険者 資格情報のお知らせ 再交付申請書

被 保 険 者 欄	1	記 号 ・ 番 号	記号	番号			
	2	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和・平成		年		月 日
	3	被 保 険 者 の 氏 名	(フリガナ)	(氏)	(名)		
	4	送 付 先	〒 -				

再 交 付 対 象 者 欄 ( 該 当 記 号 ア ・ イ に ○ )	ア	被保険者(本人)分						5	再交付の原因	
									滅失・毀損・その他	
	イ	被扶養者(家族)分 ※ 下記に再交付を希望する被扶養者について記入すること。								
		6	被扶養者の氏名		7	被扶養者の生年月日		8	性別	9
		(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	滅失・毀損・その他
		(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	滅失・毀損・その他
	10	再交付の理由 〔滅失の場合は、 そのときの状況〕								
<p>資格情報のお知らせについて、上記のとおり申請いたします。          今後は取扱いに十分注意いたします。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者の氏名 _____</p>										

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	

~~~~~  
受付日付印



|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|      |     |      |     |

## 健康保険 被保険者資格喪失等証明書発行申請書

|                 |               |                   |        |    |      |   |        |  |  |
|-----------------|---------------|-------------------|--------|----|------|---|--------|--|--|
| 申請者（被保険者であった者）欄 | 1             | 記号・番号             | 記号     | 番号 | 職員番号 |   |        |  |  |
|                 | 2             | 被保険者の生年月日         | 昭和・平成  | 年  | 月    | 日 |        |  |  |
|                 | 3             | 被保険者の氏名           | (フリガナ) |    |      |   |        |  |  |
|                 |               |                   | (氏)    |    |      |   | (名)    |  |  |
|                 | 4             | 被保険者の現住所（証明書の送付先） | 〒      |    |      |   | 電話 ( ) |  |  |
|                 |               | 都道府県              |        |    |      |   |        |  |  |
| 5               | 勤務（配属）していた事業所 | 名称                |        |    |      |   |        |  |  |
|                 |               | 所在地               |        |    |      |   |        |  |  |

下記のとおり証明書の発行を申請します。

令和 年 月 日申請

|                   |                |                   |                                                                                    |     |                |           |    |         |    |    |                          |   |   |
|-------------------|----------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------|-----------|----|---------|----|----|--------------------------|---|---|
| 証明対象者欄（該当記号ア・イに○） | ア              | 被保険者であった者(本人)分    |                                                                                    |     |                |           | 6  | 資格喪失年月日 |    |    |                          |   |   |
|                   |                |                   |                                                                                    |     |                |           | 令和 | 年       | 月  | 日  |                          |   |   |
|                   | 被扶養者であった者(家族)分 |                   |                                                                                    |     |                |           |    |         |    |    |                          |   |   |
|                   | イ              | 7                 | 被扶養者の氏名                                                                            |     | 8              | 被扶養者の生年月日 |    | 9       | 続柄 | 10 | 資格喪失年月日<br>(被扶養者でなくなった日) |   |   |
|                   |                |                   | (氏)                                                                                | (名) | 昭和<br>平成<br>令和 | 年         | 月  | 日       |    | 令和 | 年                        | 月 | 日 |
|                   |                |                   | (氏)                                                                                | (名) | 昭和<br>平成<br>令和 | 年         | 月  | 日       |    | 令和 | 年                        | 月 | 日 |
|                   |                |                   | (氏)                                                                                | (名) | 昭和<br>平成<br>令和 | 年         | 月  | 日       |    | 令和 | 年                        | 月 | 日 |
|                   |                |                   | (氏)                                                                                | (名) | 昭和<br>平成<br>令和 | 年         | 月  | 日       |    | 令和 | 年                        | 月 | 日 |
|                   |                |                   | (氏)                                                                                | (名) | 昭和<br>平成<br>令和 | 年         | 月  | 日       |    | 令和 | 年                        | 月 | 日 |
|                   | 10             | 使用目的<br>(該当する□に✓) | <input type="checkbox"/> 国民健康保険の加入手続きのため<br><input type="checkbox"/> その他 (使用目的 : ) |     |                |           |    |         |    |    |                          |   |   |

〰 受付日付印



|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|      |     |      |     |

## 健康保険 任意継続被保険者 氏名 住所等 変更(訂正)届 生年月日

|                       |   |                      |                        |    |              |   |  |  |
|-----------------------|---|----------------------|------------------------|----|--------------|---|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 1 | 記 号 ・ 番 号            | 記号                     | 番号 |              |   |  |  |
|                       | 2 | 被 保 険 者 の<br>生 年 月 日 | 昭和・平成                  | 年  | 月            | 日 |  |  |
|                       | 3 | 被 保 険 者 の 氏 名        | (フリガナ)<br>.....<br>(氏) |    | (名)<br>..... |   |  |  |
|                       | 4 | 被 保 険 者 の 住 所        | 〒                      | -  | 電話 ( )       |   |  |  |
|                       |   |                      | 都 道<br>府 県             |    |              |   |  |  |

下記のとおり変更(訂正)したので届出します。 令和 年 月 日届出

※ 変更となる項番を「○」で囲み、該当項目について「変更前」・「変更後」を記入してください。

| 変更となる項目 |         | 変 更 前                                             |              | 変 更 後                  |              |
|---------|---------|---------------------------------------------------|--------------|------------------------|--------------|
| 5       | 氏 名     | (フリガナ)<br>.....<br>(氏)                            | (名)<br>..... | (フリガナ)<br>.....<br>(氏) | (名)<br>..... |
| 6       | 生 年 月 日 | 昭和<br>平成                                          | 年 月 日        | 昭和<br>平成               | 年 月 日        |
| 7       | 性 別     | 男 ・ 女                                             |              | 男 ・ 女                  |              |
| 8       | 住 所     | 〒                                                 | -            | 〒                      | -            |
|         |         |                                                   |              | (フリガナ)<br>.....        |              |
|         |         |                                                   |              | (フリガナ)<br>.....        |              |
|         |         | <住所変更年月日>                                         |              | 令和 年 月 日               |              |
|         |         | ※ 住所変更の場合、被扶養者も同時に転居された時は、<br>右の場所にレ点をチェックしてください。 |              |                        |              |
| 9       | 電 話     | ( )                                               |              | ( )                    |              |

**【留意事項】**

受付日付印

※ 氏名、生年月日、性別を変更(訂正)される場合

- ・ 被保険者証または資格確認書の添付が必要です。また、高齢受給者証、限度額適用認定証の交付を受けている場合はそれらも併せて添付してください。
- ・ 変更内容が確認できる書類(戸籍謄本等の写し)を添付してください。



|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|      |     |      |     |

## 健康保険(任意継続) 被扶養者 氏名 生年月日 等 変更(訂正)届

|                       |   |               |               |     |        |   |  |  |
|-----------------------|---|---------------|---------------|-----|--------|---|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 1 | 記号・番号         | 記号            | 番号  |        |   |  |  |
|                       | 2 | 被保険者の<br>生年月日 | 昭和・平成         | 年   | 月      | 日 |  |  |
|                       | 3 | 被保険者の氏名       | (フリガナ)<br>(氏) | (名) |        |   |  |  |
|                       | 4 | 被保険者の住所       | 〒             | -   | 電話 ( ) |   |  |  |
|                       |   |               | 都道<br>府県      |     |        |   |  |  |

下記のとおり変更(訂正)したので届出します。 令和 年 月 日届出  
 ※ 変更となる項番を「○」で囲み、該当項目について「変更前」・「変更後」を記入してください。

|         |         |                   |                   |
|---------|---------|-------------------|-------------------|
| 対象被扶養者  |         | (氏)               | (名)               |
| 変更となる項目 |         | 変 更 前             | 変 更 後             |
| 5       | 氏 名     | (フリガナ)<br>(氏)     | (フリガナ)<br>(氏) (名) |
| 6       | 生 年 月 日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 7       | 性 別     | 男 ・ 女             | 男 ・ 女             |
| 8       | 続 柄     |                   |                   |

|         |         |                   |                   |
|---------|---------|-------------------|-------------------|
| 対象被扶養者  |         | (氏)               | (名)               |
| 変更となる項目 |         | 変 更 前             | 変 更 後             |
| 5       | 氏 名     | (フリガナ)<br>(氏)     | (フリガナ)<br>(氏) (名) |
| 6       | 生 年 月 日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 7       | 性 別     | 男 ・ 女             | 男 ・ 女             |
| 8       | 続 柄     |                   |                   |

**【留意事項】**

受付日付印

- ※ 氏名、生年月日、性別を変更(訂正)される場合  
 被保険者証または資格確認書の添付が必要です。また、高齢受給者証、  
 限度額適用認定証の交付を受けている場合はそちらも併せて添付してください。





|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|      |     |      |     |

## 健康保険 任意継続被保険者 被扶養者（異動）届

|                       |   |               |                   |    |    |     |
|-----------------------|---|---------------|-------------------|----|----|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 1 | 記号・番号         | 記号                | 番号 |    |     |
|                       | 2 | 被保険者の<br>生年月日 | 昭和・平成             | 年  | 月  | 日   |
|                       | 3 | 被保険者の氏名       | (フリガナ)<br>(氏) (名) |    |    |     |
|                       | 4 | 被保険者の住所       | 〒                 | -  | 電話 | ( ) |
|                       |   |               | 都道<br>府県          |    |    |     |

被扶養者に異動がありましたので、次のとおり届出します。 令和 年 月 日届出

|                       |                   |                                  |                                |             |    |     |               |          |    |    |
|-----------------------|-------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------|----|-----|---------------|----------|----|----|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄 | 5                 | 被扶養者の氏名                          | 6                              | 生年月日        | 7  | 性別  | 8             | 続柄       |    |    |
|                       |                   | (フリガナ)<br>(氏) (名)                | 昭和<br>平成<br>令和                 | 年<br>月<br>日 |    | 男・女 |               |          |    |    |
|                       | 9                 | 被扶養者になった日                        | 10                             | 被扶養者になった理由  | 11 | 職業  | 12            | 年間<br>収入 | 13 | 住居 |
|                       |                   | 令和<br>年<br>月<br>日                | 1 出生 2 婚姻 3 退職<br>4 その他<br>( ) |             |    | 万円  | 同居<br>・<br>別居 |          |    |    |
| ①                     | 14                | 資格確認書の交付希望                       | 希望する ・ 希望しない                   |             |    |     |               |          |    |    |
|                       | 15                | 被扶養者でなくなった日                      | 16                             | 被扶養者でなくなる理由 | 17 | 備考  |               |          |    |    |
|                       | 令和<br>年<br>月<br>日 | 1 就職 2 死亡 3 収入増加<br>4 その他<br>( ) |                                |             |    |     |               |          |    |    |

|                       |                   |                                  |                                |             |    |     |               |          |    |    |
|-----------------------|-------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------|----|-----|---------------|----------|----|----|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄 | 5                 | 被扶養者の氏名                          | 6                              | 生年月日        | 7  | 性別  | 8             | 続柄       |    |    |
|                       |                   | (フリガナ)<br>(氏) (名)                | 昭和<br>平成<br>令和                 | 年<br>月<br>日 |    | 男・女 |               |          |    |    |
|                       | 9                 | 被扶養者になった日                        | 10                             | 被扶養者になった理由  | 11 | 職業  | 12            | 年間<br>収入 | 13 | 住居 |
|                       |                   | 令和<br>年<br>月<br>日                | 1 出生 2 婚姻 3 退職<br>4 その他<br>( ) |             |    | 万円  | 同居<br>・<br>別居 |          |    |    |
| ②                     | 14                | 資格確認書の交付希望                       | 希望する ・ 希望しない                   |             |    |     |               |          |    |    |
|                       | 15                | 被扶養者でなくなった日                      | 16                             | 被扶養者でなくなる理由 | 17 | 備考  |               |          |    |    |
|                       | 令和<br>年<br>月<br>日 | 1 就職 2 死亡 3 収入増加<br>4 その他<br>( ) |                                |             |    |     |               |          |    |    |

受付日付印

|                       |    |             |           |              |             |                                  |   |    |     |    |    |               |          |    |
|-----------------------|----|-------------|-----------|--------------|-------------|----------------------------------|---|----|-----|----|----|---------------|----------|----|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄 | 5  | 被扶養者の氏名     |           | 6            | 生年月日        |                                  | 7 | 性別 |     | 8  | 続柄 |               |          |    |
|                       |    | (フリガナ)      |           | 昭<br>平       | 和<br>成      | 年                                | 月 | 日  | 男・女 |    |    |               |          |    |
|                       |    | (氏)         | (名)       | 令<br>和       | 和<br>成      |                                  |   |    |     |    |    |               |          |    |
|                       |    | 9           | 被扶養者になった日 |              | 10          | 被扶養者になった理由                       |   |    | 11  | 職業 |    | 12            | 年間<br>収入 | 13 |
|                       |    | 令<br>和      | 年         | 月            | 日           | 1 出生 2 婚姻 3 退職<br>4 その他<br>( )   |   |    |     |    | 万円 | 同居<br>・<br>別居 |          |    |
|                       | 14 | 資格確認書の交付希望  |           | 希望する ・ 希望しない |             |                                  |   |    |     |    |    |               |          |    |
| ③                     | 15 | 被扶養者でなくなった日 |           | 16           | 被扶養者でなくなる理由 |                                  |   | 17 | 備考  |    |    |               |          |    |
|                       |    | 令<br>和      | 年         | 月            | 日           | 1 就職 2 死亡 3 収入増加<br>4 その他<br>( ) |   |    |     |    |    |               |          |    |

|                       |    |             |           |              |             |                                  |   |    |     |    |    |               |          |    |
|-----------------------|----|-------------|-----------|--------------|-------------|----------------------------------|---|----|-----|----|----|---------------|----------|----|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄 | 5  | 被扶養者の氏名     |           | 6            | 生年月日        |                                  | 7 | 性別 |     | 8  | 続柄 |               |          |    |
|                       |    | (フリガナ)      |           | 昭<br>平       | 和<br>成      | 年                                | 月 | 日  | 男・女 |    |    |               |          |    |
|                       |    | (氏)         | (名)       | 令<br>和       | 和<br>成      |                                  |   |    |     |    |    |               |          |    |
|                       |    | 9           | 被扶養者になった日 |              | 10          | 被扶養者になった理由                       |   |    | 11  | 職業 |    | 12            | 年間<br>収入 | 13 |
|                       |    | 令<br>和      | 年         | 月            | 日           | 1 出生 2 婚姻 3 退職<br>4 その他<br>( )   |   |    |     |    | 万円 | 同居<br>・<br>別居 |          |    |
|                       | 14 | 資格確認書の交付希望  |           | 希望する ・ 希望しない |             |                                  |   |    |     |    |    |               |          |    |
| ④                     | 15 | 被扶養者でなくなった日 |           | 16           | 被扶養者でなくなる理由 |                                  |   | 17 | 備考  |    |    |               |          |    |
|                       |    | 令<br>和      | 年         | 月            | 日           | 1 就職 2 死亡 3 収入増加<br>4 その他<br>( ) |   |    |     |    |    |               |          |    |

|                       |    |             |           |              |             |                                  |   |    |     |    |    |               |          |    |
|-----------------------|----|-------------|-----------|--------------|-------------|----------------------------------|---|----|-----|----|----|---------------|----------|----|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄 | 5  | 被扶養者の氏名     |           | 6            | 生年月日        |                                  | 7 | 性別 |     | 8  | 続柄 |               |          |    |
|                       |    | (フリガナ)      |           | 昭<br>平       | 和<br>成      | 年                                | 月 | 日  | 男・女 |    |    |               |          |    |
|                       |    | (氏)         | (名)       | 令<br>和       | 和<br>成      |                                  |   |    |     |    |    |               |          |    |
|                       |    | 9           | 被扶養者になった日 |              | 10          | 被扶養者になった理由                       |   |    | 11  | 職業 |    | 12            | 年間<br>収入 | 13 |
|                       |    | 令<br>和      | 年         | 月            | 日           | 1 出生 2 婚姻 3 退職<br>4 その他<br>( )   |   |    |     |    | 万円 | 同居<br>・<br>別居 |          |    |
|                       | 14 | 資格確認書の交付希望  |           | 希望する ・ 希望しない |             |                                  |   |    |     |    |    |               |          |    |
| ⑤                     | 15 | 被扶養者でなくなった日 |           | 16           | 被扶養者でなくなる理由 |                                  |   | 17 | 備考  |    |    |               |          |    |
|                       |    | 令<br>和      | 年         | 月            | 日           | 1 就職 2 死亡 3 収入増加<br>4 その他<br>( ) |   |    |     |    |    |               |          |    |

|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|      |     |      |     |

## 健康保険 任意継続被保険者 資格確認書(再) 交付申請書

※マイナ保険証を利用されている場合、資格確認書の発行は不要です。

マイナ保険証の利用登録をしていない方は、ご自身の健康・医療に関するデータに基づいた適切な医療を受けられる等のメリットがありますので、速やかにマイナ保険証を取得いただきますようお願いいたします。

保険証の発行は、令和6年12月2日廃止ですが、発行済みの保険証をお持ちの方は、資格喪失にならない限り、令和7年12月1日まで使用できます。

|        |     |               |        |     |                                           |   |  |  |
|--------|-----|---------------|--------|-----|-------------------------------------------|---|--|--|
| 申請者記入欄 | 1   | 記号・番号         | 記号     | 番号  | ← 任意継続の記号番号が不明の場合は、<br>在職時の記号番号を記入してください。 |   |  |  |
|        | 2   | 被保険者の<br>生年月日 | 昭和・平成  | 年   | 月                                         | 日 |  |  |
|        | 3   | 被保険者の氏名       | (フリガナ) |     |                                           |   |  |  |
|        |     |               | (氏)    | (名) |                                           |   |  |  |
|        | 4   | 交付区分          | 新規・再交付 |     |                                           |   |  |  |
| 5      | 送付先 | 〒 -           |        |     |                                           |   |  |  |

下記のとおり資格確認書の発行を申請します。

令和 年 月 日申請

|                       |     |                |         |                |   |           |    |    |         |    |       |   |
|-----------------------|-----|----------------|---------|----------------|---|-----------|----|----|---------|----|-------|---|
| 発行対象者欄<br>(該当記号ア・イに○) | ア   | 被保険者(本人)分      |         |                |   |           |    | 6  | 資格取得年月日 |    |       |   |
|                       |     |                |         |                |   |           |    | 令和 | 年       | 月  | 日     |   |
|                       | イ   | 被扶養者(家族)分      |         |                |   |           |    |    |         |    |       |   |
|                       |     | 7              | 被扶養者の氏名 |                | 8 | 被扶養者の生年月日 |    | 9  | 続柄      | 10 | 認定年月日 |   |
|                       |     | (氏)            | (名)     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月         | 日  |    | 令和      | 年  | 月     | 日 |
|                       |     | (氏)            | (名)     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月         | 日  |    | 令和      | 年  | 月     | 日 |
|                       |     | (氏)            | (名)     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月         | 日  |    | 令和      | 年  | 月     | 日 |
| (氏)                   | (名) | 昭和<br>平成<br>令和 | 年       | 月              | 日 |           | 令和 | 年  | 月       | 日  |       |   |
| (氏)                   | (名) | 昭和<br>平成<br>令和 | 年       | 月              | 日 |           | 令和 | 年  | 月       | 日  |       |   |

受付日付印



|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|      |     |      |     |

## 健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

|                       |   |            |        |    |      |   |      |        |
|-----------------------|---|------------|--------|----|------|---|------|--------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 1 | 記号・番号      | 記号     | 番号 | 職員番号 |   |      |        |
|                       | 2 | 被保険者の生年月日  | 昭和・平成  | 年  | 月    | 日 |      |        |
|                       | 3 | 被保険者の氏名    | (フリガナ) |    | (氏名) |   |      |        |
|                       | 4 | 性別         | 男・女    |    |      |   |      |        |
|                       | 5 | 被保険者の住所    | 〒      |    | -    |   | 都道府県 | 電話 ( ) |
|                       | 6 | 勤務(配属)先事業所 | 名称     |    |      |   |      |        |
|                       |   | 所在地        |        |    |      |   |      |        |

|                                                                                        |        |                                               |    |           |   |           |           |           |    |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------|----|-----------|---|-----------|-----------|-----------|----|--------|
| 再<br>交<br>付<br>対<br>象<br>者<br>欄<br>(<br>該<br>当<br>記<br>号<br>ア<br>・<br>イ<br>に<br>○<br>) | ア      | 被保険者(本人)分                                     | 7  | 再交付の原因    |   |           |           |           |    |        |
|                                                                                        |        |                                               |    | 滅失・毀損・その他 |   |           |           |           |    |        |
|                                                                                        | イ      | 被扶養者(家族)分<br>※ 下記に高齢受給者証を再交付する被扶養者について記入すること。 | 8  | 被扶養者の氏名   | 9 | 被扶養者の生年月日 | 10        | 性別        | 11 | 再交付の原因 |
|                                                                                        |        | (氏)(名)                                        | 昭和 | 年         | 月 | 日         | 男・女       | 滅失・毀損・その他 |    |        |
|                                                                                        | (氏)(名) | 昭和                                            | 年  | 月         | 日 | 男・女       | 滅失・毀損・その他 |           |    |        |
|                                                                                        | 11     | 再交付の理由<br>〔滅失の場合は、<br>そのときの状況〕                |    |           |   |           |           |           |    |        |

高齢受給者証の再交付について、上記のとおり申請いたします。  
 今後は取扱いに十分注意いたします。  
 なお、滅失した高齢受給者証を発見したときは、直ちに返納いたします。  
 令和 年 月 日 被保険者の氏名 \_\_\_\_\_

|                  |                                    |  |
|------------------|------------------------------------|--|
| 事<br>業<br>主<br>欄 | 上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。 |  |
|                  | 事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名<br>電話     |  |

**【注意事項】**

- 任意継続被保険者の方は、6の勤務(配属)先事業所欄及び事業主欄の記入は不要です。  
**本人確認のできる書類(運転免許証等の写し)を添付してください。**
- 外出時に紛失されたり盗難にあった場合は、第三者に悪用される恐れがありますので警察に届け出てください。
- 毀損による再交付の場合は、毀損した高齢受給者証を併せて提出してください。

受付日付印



|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|      |     |      |     |

任意継続被保険者 健康保険 被保険者証・資格確認書・高齢受給者証 滅失届

|                       |   |                      |        |     |                             |     |        |  |
|-----------------------|---|----------------------|--------|-----|-----------------------------|-----|--------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 1 | 記 号 ・ 番 号            | 記号     | 番号  | ※ 記号・番号が不明の場合は<br>空白でかまいません |     |        |  |
|                       | 2 | 被 保 険 者 の<br>生 年 月 日 | 昭和・平成  | 年   | 月                           | 日   |        |  |
|                       | 3 | 被 保 険 者 の 氏 名        | (フリガナ) | (氏) |                             | (名) |        |  |
|                       | 4 | 性 別                  | 男 ・ 女  |     |                             |     |        |  |
|                       | 5 | 被 保 険 者 の 住 所        | 〒      | -   | 都 道<br>府 県                  |     | 電話 ( ) |  |

| 滅<br>失<br>し<br>た<br>被<br>保<br>険<br>者<br>証<br>等<br>の<br>対<br>象<br>者 | 6                | 氏 名 |     | 7              | 生年月日           |   |   | 8   | 性別  | 9 | 被保険者証を返納<br>できない理由 |
|--------------------------------------------------------------------|------------------|-----|-----|----------------|----------------|---|---|-----|-----|---|--------------------|
|                                                                    | 被<br>保<br>険<br>者 | (氏) | (名) |                | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日   | 男・女 |   |                    |
| 被<br>扶<br>養<br>者                                                   | (氏)              | (名) |     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年              | 月 | 日 | 男・女 |     |   |                    |
|                                                                    | (氏)              | (名) |     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年              | 月 | 日 | 男・女 |     |   |                    |
|                                                                    | (氏)              | (名) |     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年              | 月 | 日 | 男・女 |     |   |                    |
|                                                                    | (氏)              | (名) |     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年              | 月 | 日 | 男・女 |     |   |                    |
|                                                                    | (氏)              | (名) |     | 昭和<br>平成<br>令和 | 年              | 月 | 日 | 男・女 |     |   |                    |

※ 該当する証を○で囲んでください。

被保険者証・資格確認書・高齢受給者証 の滅失により返納できないため、上記のとおり届出いたします。

なお、滅失した 被保険者証・資格確認書・高齢受給者証 を発見したときは、直ちに返納いたします。

令和 年 月 日 被保険者の氏名 \_\_\_\_\_

受付日付印





|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|      |     |      |     |

- 健康保険 限度額適用認定証 滅失届  
 健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定証 滅失届  
 健康保険 特定疾病療養受療証 滅失届

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |    |                                                                                                                 |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 記号・番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 記号    | 番号 | 被保険者氏名                                                                                                          |                      |
| 対象者の氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |    | 対象者の<br>生年月日                                                                                                    | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日 |
| 対象者の性別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 男 ・ 女 |    | 対象者の続柄                                                                                                          |                      |
| 被保険者の勤務<br>する（していた）<br>事業所（注）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 名称    |    |                                                                                                                 |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 所在地   |    |                                                                                                                 |                      |
| 認定証等を滅失<br>したときの状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |    |                                                                                                                 |                      |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">           ※ 該当する証を○で囲んでください。         </div> <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">           令和 年 月 日 提出         </div> <div style="margin-left: 100px;">           ※ {             <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-right: 10px;">               限度額適用認定証<br/>               限度額適用・標準負担額減額認定証<br/>               特定疾病療養受領証             </div>           } を         </div> <p>           上の届書に記載したとおり、健康保険         </p> <p>           滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意します。         </p> <p>           ※<br/>           なお、当該 認定証 ・ 受療証 を発見したときは、ただちに返納いたします。         </p> <p style="text-align: center;">           被保険者（申請者）の住 所         </p> <p style="text-align: center;">           氏 名         </p> |       |    |                                                                                                                 |                      |
| 備<br>考                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |    | <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">             受付日付印           </div> |                      |

(注) 勤務先事業所欄については、任意継続被保険者となってから  
 発行された場合は、記入の必要はありません。



|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|      |     |      |     |

## マイナンバー届出書

届出いただいた個人番号（マイナンバー）については、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」（平成25年法律第27号）別表第1の2の項（第9条関係）に規定する「健康保険法による保険給付の支給、保健事業若しくは福祉事業の実施又は保険料等の徴収に関する事務」に利用します。

### ○被保険者

| 記号 | 番 号 | 職 員 番 号 | 氏 名   |   |   |   |
|----|-----|---------|-------|---|---|---|
|    |     |         | フリガナ  |   |   |   |
|    |     |         |       |   |   |   |
| 性別 | 男・女 | 生年月日    | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |

### ○対象者

|                  |  |        |    |                |   |        |
|------------------|--|--------|----|----------------|---|--------|
| フリガナ             |  | 性別     | 続柄 | 生 年 月 日        |   |        |
| 氏 名              |  | 男<br>女 |    | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月<br>日 |
| 個人番号<br>(マイナンバー) |  |        |    |                |   |        |
| フリガナ             |  | 性別     | 続柄 | 生 年 月 日        |   |        |
| 氏 名              |  | 男<br>女 |    | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月<br>日 |
| 個人番号<br>(マイナンバー) |  |        |    |                |   |        |
| フリガナ             |  | 性別     | 続柄 | 生 年 月 日        |   |        |
| 氏 名              |  | 男<br>女 |    | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月<br>日 |
| 個人番号<br>(マイナンバー) |  |        |    |                |   |        |
| フリガナ             |  | 性別     | 続柄 | 生 年 月 日        |   |        |
| 氏 名              |  | 男<br>女 |    | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月<br>日 |
| 個人番号<br>(マイナンバー) |  |        |    |                |   |        |

※個人番号（マイナンバー）は、市区町村長から発行された「個人番号通知カード」、  
または「個人番号カード」により正確に記載してください。

受付日付印



# — 保険給付に関する支給申請について —

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請書名  | 「健康保険 被保険者・被扶養者 療養費支給申請書」                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 支給内容等 | <p>やむを得ない事情により保険診療を受けることができず、自費等で診療を受けたときに、一定の基準により計算した額が療養費として支給されます。</p> <p>また、コルセットなどの治療用装具を作成したとき、生血を購入し輸血したときに、一定の基準により計算した額が療養費として支給されます。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 添付書類  | <ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>立替払いの場合(⑦自費(10割負担) ①前加入時の保険証を使用した場合)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ レセプト(写)</li> <li>・ 領収書原本(⑦医療機関等に10割支払した領収書 ①前保険者に支払した領収書)</li> </ul> </li> <li>□ <b>治療用装具の場合</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 「医師の意見及び装具装着証明書」等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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」</li> <li>・ 弾性着衣等の場合は、医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」</li> <li>・ 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」</li> </ul> </li> <li>② 領収書(原本) <ul style="list-style-type: none"> <li>装具や眼鏡等の名称、種類及びその内訳の費用が記載されたもの</li> </ul> </li> <li>③ 検査書 <ul style="list-style-type: none"> <li>小児弱視等の治療用眼鏡等の場合で「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とき</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>□ <b>生血の場合</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 輸血証明書 <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul> </li> <li>② 領収書(原本) <ul style="list-style-type: none"> <li>費用の内訳が記載されたもの</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |

| 申請書名  | 「健康保険 高額療養費支給申請書」                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                 |          |         |          |   |                  |                                 |         |   |          |         |         |   |                  |         |         |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|---------|----------|---|------------------|---------------------------------|---------|---|----------|---------|---------|---|------------------|---------|---------|
| 支給内容等 | <p>同一月に同一の医療機関等(外来・入院別)において、保険診療にかかる自己負担額(入院時食事療養・生活療養の標準負担額を除く。)が次の自己負担限度額を超えた場合に高額療養費として支給されます。</p> <p><u>※ 高額療養費に該当される方には、該当月の3ヶ月目以降に「高額療養費請求書」をご自宅へ送付します。</u></p> <p style="text-align: center;"><b>70歳未満の方の自己負担限度額</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">区分</th> <th style="width: 30%;">所得区分</th> <th style="width: 40%;">自己負担限度額</th> <th style="width: 20%;">多数該当(※1)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">ウ</td> <td>標準報酬月額 28万円～50万円</td> <td>80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%</td> <td style="text-align: center;">44,400円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">エ</td> <td>同 26万円以下</td> <td style="text-align: center;">57,600円</td> <td style="text-align: center;">44,400円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">オ</td> <td>低所得者(住民税非課税)(※2)</td> <td style="text-align: center;">35,400円</td> <td style="text-align: center;">24,600円</td> </tr> </tbody> </table> <p>(※1)多数該当は、直近12ヶ月以内に同一世帯で3回以上高額療養費の支給があった場合に4回目から適用されます。</p> <p>(※2) <u>被保険者の方が低所得者である場合、健保組合では低所得者であることの確認ができないため、請求書が送付されない場合がございます。お手数ですが、高額療養費に該当する場合は、別添様式2号に非課税証明書を添付し、健保組合宛て請求してください。</u></p> | 区分                              | 所得区分     | 自己負担限度額 | 多数該当(※1) | ウ | 標準報酬月額 28万円～50万円 | 80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% | 44,400円 | エ | 同 26万円以下 | 57,600円 | 44,400円 | オ | 低所得者(住民税非課税)(※2) | 35,400円 | 24,600円 |
| 区分    | 所得区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 自己負担限度額                         | 多数該当(※1) |         |          |   |                  |                                 |         |   |          |         |         |   |                  |         |         |
| ウ     | 標準報酬月額 28万円～50万円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% | 44,400円  |         |          |   |                  |                                 |         |   |          |         |         |   |                  |         |         |
| エ     | 同 26万円以下                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 57,600円                         | 44,400円  |         |          |   |                  |                                 |         |   |          |         |         |   |                  |         |         |
| オ     | 低所得者(住民税非課税)(※2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 35,400円                         | 24,600円  |         |          |   |                  |                                 |         |   |          |         |         |   |                  |         |         |

|      |                                                                                                                                                                                                                               |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請書名 | 「健康保険 限度額適用認定申請書」                                                                                                                                                                                                             |
| 申請事由 | 70歳未満の方、及び標準報酬月額が28万円以上の70歳以上の方が <b>高額療養費の現物給付を受けるとき</b> に申請してください。限度額適用認定証を交付しますので、医療機関等に提示してください。医療機関等でオンライン資格確認が利用できる場合は、申請の必要はありません。限度額適用認定申請書の申請には添付書類は不要です。<br>(被保険者が非課税対象者の場合は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を参照し、申請してください。) |
| 留意事項 | <u>70歳以上で標準報酬月額が26万円以下の方は、限度額適用認定証の申請は必要ありません。</u><br>※ <u>退職後も引き続き認定証を使用される場合は、任意継続被保険者として改めて申請する必要があります。</u>                                                                                                                |

|      |                                                                                                                                                                                                                      |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請書名 | 「健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書」                                                                                                                                                                                            |
| 申請事由 | <b>被保険者が非課税対象者の場合</b> に、高額療養費の現物給付を受けるときに申請してください。限度額適用・標準負担額減額認定証を交付しますので、医療機関等に提示してください。70歳以上の方も必要となります。<br>なお、医療機関等の窓口でオンライン資格確認が利用できる場合は、適用区分が確認できるため、認定証を持参する必要はありませんが、事前にシステムに登録を行う必要があるため、認定証の交付申請は必ず行ってください。 |
| 添付書類 | 申請書に <u>市区町村長から非課税の証明を受けるか、非課税証明書を添付してください。</u>                                                                                                                                                                      |
| 留意事項 | 退職後も引き続き認定証を使用される場合は、任意継続被保険者として改めて申請する必要があります。その場合は、非課税の証明や非課税証明書の添付は不要です。                                                                                                                                          |

|      |                                                                                                                             |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請書名 | 「健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書」                                                                                                       |
| 申請事由 | <b>血友病、人工透析を行う必要のある慢性腎不全等で治療を受けるとき</b> に申請してください。なお、申請書には「 <u>医師の意見欄</u> 」に証明を受けてください。<br>特定疾病療養受療証を交付しますので、医療機関等に提示してください。 |
| 留意事項 | 退職後も引き続き受療証を使用される場合は、任意継続被保険者として改めて申請する必要があります。その場合は、申請書の「 <u>医師の意見欄</u> 」に証明は不要です。                                         |

|       |                                                                                                                                                                                                              |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請書名  | 「健康保険 被保険者・被扶養者 移送承認申請書・移送届」<br>「健康保険 被保険者・被扶養者 移送費支給申請書」                                                                                                                                                    |
| 支給内容等 | 被保険者や被扶養者が歩行困難な状態であり、医師が転院や転地療養が必要と認めた場合などに、次のいずれにも該当する場合に移送に必要な費用(移送費)が支給されます。<br>・ 移送の目的である療養が保険診療として適切であること<br>・ 療養の原因である病気やケガにより移動困難であること<br>・ 緊急その他やむを得ないこと<br>支給額は、最も経済的な経路及び方法により移送されたときの費用を基準に算定します。 |

|      |                                                                                                                                                                                                                                     |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 手続き等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 移送費の支給を受けるには、事前(やむを得ないときは事後)に健保組合の承認が必要ですので、<b>申請前に健保組合にお問い合わせください。</b></li> <li>○ 事前に「移送承認申請書(移送届)」を申請<br/>移送を必要と判断した医師等の意見書が必要</li> <li>○ 事後に「移送費支給申請書」を申請<br/>移送費の領収書(原本)を添付</li> </ul> |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請書名  | <p><b>「健康保険 被保険者・被扶養者 出産育児一時金・出産育児付加金支給申請書」</b><br/>(医療機関の出産育児一時金等の直接支払制度を利用せず出産した場合の申請)</p>                                                                                                                                                                                                                                  |
| 支給内容等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被保険者または被扶養者が出産したとき、1児ごとに50万円+付加給付2万円が支給されます。(令和5年3月31日以前の出産は、1児ごとに42万円+付加給付2万円)</li> <li>○ 医療機関等が「産科医療補償制度」に未加入の場合、または在胎週22週未満の分娩の場合は、48万8千円となります。(令和5年3月31日以前の出産は、40万8千円)</li> </ul> <p>(注)出産とは、妊娠85日(4ヵ月)以後の生産(早産)、死産(流産)、人工中絶をいいます。</p>                                           |
| 添付書類  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 申請書に医師、助産師または市区町村長の証明が必要です。<br/>証明が受けられない場合は、出生が確認できる書類(母子健康手帳(写し)、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、住民票など)</li> <li>○ 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し及び直接支払制度に係る代理契約に関する文書(産科医療補償制度に加入している医療機関等が出産した場合は、制度対象分娩であることを証明する所定の印が押印されていることが必要です。)</li> </ul>                            |
| その他   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 直接支払制度<br/>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、健保組合から出産育児一時金を医療機関等に直接支払う仕組みとなっています。</li> <li>○ 産科医療補償制度<br/>医療機関等が加入する制度で、加入機関で制度対象となる出産をされ、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、新生児とご家族の経済的負担を補償するものです。<br/>なお、産科医療補償制度に加入する医療機関等において出産した場合は、出産育児一時金に産科医療補償制度にかかる費用(1万2千円)が加算して支払われます。</li> </ul> |

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請書名  | <p>「健康保険 被保険者・被扶養者 出産育児一時金・出産育児付加金内払金支払依頼書」<br/> 「健康保険 被保険者・被扶養者 出産育児一時金・出産育児付加金差額申請書」<br/> (医療機関の出産育児一時金等の直接支払制度を利用し出産した場合の申請)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 支給内容等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被保険者または被扶養者が出産したとき、1児ごとに50万円+付加給付2万円が支給されます。ただし、出産にかかる費用が50万円未満の場合は、その差額+付加給付2万円が支給されます。<br/> (令和5年3月31日以前の出産は、1児ごとに42万円+付加給付2万円)</li> <li>○ 医療機関等が「産科医療補償制度」に未加入の場合は、48万8千円+付加給付2万円となります。(令和5年3月31日以前の出産は、40万8千円+付加給付2万円)</li> <li>○ 直接支払制度を利用し、出産費用が一時金の支給額を下回り、一時金と医療機関等の代理受領額との差額が発生する場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関等への代理受領額を支払う前に差額(付加給付)を支給申請する場合<br/> ⇒ 「内払金依頼書」</li> <li>・ 医療機関等への代理受領額を支払った後に支給申請する場合(※)<br/> ⇒ 「差額申請書」</li> </ul> </li> </ul> <p>※ 該当者には健保組合より申請書を出産月の2～3ヶ月後に送付いたします。</p> |
| 添付書類  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 内払金支払依頼書として提出する場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 申請書に医師、助産師または市区長村長の証明が必要です。<br/> 証明が受けられない場合は、出生が確認できる書類(母子健康手帳(写し)、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、住民票など)</li> <li>・ 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書の写し(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及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(該当する場合のみ)押印されています。)</li> <li>・ 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写し(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」及び申請先となる「保険者名」が記載されています。)</li> </ul> </li> <li>○ 差額申請書として提出する場合<br/> 添付書類の必要はありません。</li> </ul>                           |



|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請書名  | <p>「健康保険 被保険者・被扶養者 出産育児一時金・出産育児付加金支給申請書(受取代理用)」(受取代理制度を導入する医療機関等で出産を予定している方が、<u>受取代理制度の利用を希望する場合の事前申請</u>となります。)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 支給内容等 | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 出産予定日まで2ヵ月以内の被保険者または被扶養者を有する者</li> <li>○ 被保険者または被扶養者が出産したとき、1児ごとに50万円+付加給付2万円が支給されますが、医療機関等が「産科医療補償制度」に未加入の場合は、48万8千円+付加給付2万円となります。<br/>(令和5年3月31日以前の出産は、1児ごとに40万8千円+付加給付2万円)</li> <li>○ 出産育児一時金等の支払いについて<br/>出産後、医療機関等からの出産費用請求額に応じて、次のいずれかの取扱いになります。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 請求額が出産育児一時金等の額を上回る場合<br/>出産育児一時金等の全額を健保組合から医療機関等へ支払います。上回った部分は、被保険者が医療機関等に支払うことになります。</li> <li>・ 請求額が出産育児一時金等の額を下回る場合<br/>請求額を健保組合から医療機関等へ支払います。出産育児一時金と当該請求額との差額が、健保組合から被保険者へ支払われます。</li> </ul> </li> </ul> |
| 手続き等  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 申請手続きについて<br/>受取代理用の出産育児一時金等支給申請書に所定事項を記入し、<u>医療機関等から「受取代理人の欄」に記入・押印を受けたうえで、健保組合に提出</u>してください。</li> <li>○ 受取代理申請の取り下げ<br/>予定していた医療機関等以外で出産することとなった場合など、受取代理申請を取り下げる場合においては、健保組合に連絡してください。</li> <li>○ 受取代理人の予定外の変更<br/>救急搬送などにより、予定していた医療機関等以外で出産することとなった場合であつて、新たな医療機関等において受取代理制度を利用する場合など、受取代理人の変更に伴う申請取下げ及び再申請の時間的余裕が無い場合には、受取代理人の変更手続きが必要となりますので、健保組合に連絡してください。</li> </ul>                                                                                                                                |
| 添付書類  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 母子健康手帳の「氏名が記載されているページ」及び「出産予定日が記載されているページ」の写し、または出産予定日まで2ヵ月以内であることの医療機関等の証明書</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| その他   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 受取代理制度<br/>出産育児一時金等の受取代理制度とは、被保険者または被扶養者が受取代理制度を導入する医療機関等を受取代理人として出産育児一時金等を事前に申請し、医療機関等が被保険者等に対して請求する出産費用の額(当該請求額が出産育児一時金を上回るときは当該支給される上限額)を限度として、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金等を受け取ることにより、被保険者が医療機関等の窓口において出産費用を支払う経済的負担を軽減することを目的としたものです。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                              |

|       |                                                                                                                                                                                                                 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請書名  | 「健康保険 被保険者・被扶養者 埋葬料(費)・埋葬料(費)付加金支給申請書」                                                                                                                                                                          |
| 支給内容等 | <p>被保険者が業務外の事由により死亡した場合は、死亡した被保険者により生計を維持されていた者に「埋葬料」として5万円+付加給付5万円が支給されます。</p> <p>なお、埋葬料を受けられる者がいない場合は、実際に埋葬を行った者に、埋葬料の範囲内で実際に埋葬に要した費用に相当する「埋葬費」が支給されます。また、被扶養者が死亡した場合は、被保険者に「家族埋葬料」として5万円+付加給付5万円が支給されます。</p> |
| 留意点   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「埋葬料」は、死亡の事実又はその確認があれば支給されるもので、埋葬を行ったことは要件とはされていません。</li> <li>○ 「埋葬費」は、実際に埋葬を行った方に支給されるため、埋葬を行った事実が必要であり、埋葬を行った後でなければ埋葬費を請求することはできません。</li> </ul>                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                        |     |        |                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 添付書類                                                                                                                                                                                                                                                   | 区 分 |        | 添 付 書 類                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                        | A   | いずれか1つ | <ul style="list-style-type: none"> <li>① 埋葬許可証又は火葬許可証の写し</li> <li>② 死亡診断書、死体検案書又は検視調書の写し</li> <li>③ 死亡者の戸籍(除籍)謄(抄)本又は住民票の写し</li> </ul>                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                        | B   | いずれか1つ | <ul style="list-style-type: none"> <li>① 住民票の写し(同居の場合) ※上記A③の住民票と兼用可</li> <li>② 定期的な送金の事実の確認できるもの</li> <li>③ 死亡した被保険者が申請者の公共料金を支払っていたことが確認できる領収書の写し 等</li> </ul> |
|                                                                                                                                                                                                                                                        | C   | すべて    | <ul style="list-style-type: none"> <li>① 死亡した被保険者との関係が確認できるもの(又は申立書)</li> <li>② 領収書の原本(支払った者の氏名及び埋葬に要した費用額が記載されているもの)</li> <li>③ 埋葬に要した費用の明細書(内訳書)</li> </ul>    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 被保険者が亡くなり、被扶養者が申請する場合や、被扶養者が亡くなった場合 ⇒ 「A」を添付してください。</li> <li>○ 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者が埋葬料を申請する場合 ⇒ 「A」及び「B」を添付してください。</li> <li>○ 被保険者が亡くなり、実際に埋葬を行った者が埋葬費を申請する場合 ⇒ 「A」及び「C」を添付してください。</li> </ul> |     |        |                                                                                                                                                                  |

|       |                                                                    |
|-------|--------------------------------------------------------------------|
| 届 書 名 | 「第三者行為にかかる傷病届」                                                     |
| 届出事由  | 交通事故等の第三者行為により負傷し給付を受けるときに届出いただく必要がありますので、 <b>健保組合にお問い合わせください。</b> |

0503





健康保険 被保険者 療養費支給申請書(第 回目)  
被扶養者 (立替払等、治療用装具、生血、食事差額)

|                                                          |                           |   |         |           |   |                            |                         |                   |                   |                |                               |   |                  |   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|---|---------|-----------|---|----------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|----------------|-------------------------------|---|------------------|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 記号・番号                     |   |         | ④ 生 年 月 日 |   |                            | 被扶養者<br>番 号             | 給付記録<br>番 号       | 受 取<br>代理人        | 受 付 年 月 日      |                               |   |                  |   |
|                                                          | ①                         | ② | ③       | 昭和        | 年 | 月                          | 日                       | *                 | *                 | 0 : 無<br>1 : 有 | *                             | 年 | 月                | 日 |
|                                                          | ⑤ 被保険者<br>(申請者)の<br>氏名    |   |         | (フリガナ)    |   |                            | ⑥ 勤務先<br>(配属先)<br>事業所の  |                   | (ア) 名 称           |                |                               |   |                  |   |
|                                                          |                           |   |         |           |   |                            |                         |                   | (イ) 所在地           | 〒              |                               |   |                  |   |
|                                                          | ⑦ 被保険者<br>(申請者)<br>の 住 所  |   |         | 郵便番号      |   |                            | (フリガナ)                  |                   |                   | (電話番号)         |                               |   |                  |   |
|                                                          |                           |   |         |           |   |                            |                         |                   |                   |                |                               |   |                  |   |
|                                                          | ⑧ 療養が被扶養者に関する<br>ときは、その方の |   |         | (ウ) 氏 名   |   |                            |                         | (エ) 生年<br>月 日     | 昭和<br>平成<br>令和    | 年              | 月                             | 日 | (オ) 被保険者<br>との続柄 |   |
|                                                          | ⑨ 傷 病 名                   |   |         |           |   |                            | ⑩ 発病または負傷年<br>月日(療養開始日) |                   | 平成<br>令和          | 年              | 月                             | 日 |                  |   |
|                                                          | ⑪ 発病または負傷の原因<br>およびその経過   |   |         |           |   |                            | ⑫ 第三者の行為による<br>ものですか    |                   | 0 : いいえ<br>1 : はい |                | ※「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を添付のこと |   |                  |   |
|                                                          | ⑬ 診療を受けた<br>病院等           |   |         | (カ) 名 称   |   |                            |                         | (ク) 診療した<br>医師の氏名 |                   |                |                               |   |                  |   |
|                                                          |                           |   | (キ) 所在地 |           |   |                            |                         |                   |                   |                |                               |   |                  |   |
| ⑭ 診療の期間<br>(支給期間)                                        |                           | 自 | 年       | 月         | 日 | ⑮ 日 数                      | ⑯ 入 院 ・<br>入院外の別        | (ケ) 入院の場合、左記の入院期間 |                   |                | (コ) 診療に要した費用の額                |   |                  |   |
|                                                          |                           | 至 | 年       | 月         | 日 | 日                          | 0 : 入院外<br>1 : 入 院      | 自 令和 年 月 日        | 日間                |                |                               |   |                  |   |
|                                                          |                           |   |         |           |   |                            |                         | 至 令和 年 月 日        |                   |                |                               |   |                  |   |
| ⑰ 診療の内容                                                  |                           |   |         |           |   | ⑱ 療養の給付を受けること<br>ができなかった理由 |                         |                   |                   |                |                               |   |                  |   |

|                            |      |                  |          |  |  |  |  |  |  |      |        |          |
|----------------------------|------|------------------|----------|--|--|--|--|--|--|------|--------|----------|
| 振<br>込<br>希<br>望<br>口<br>座 | 金融機関 | 銀行<br>金庫<br>信組   |          |  |  |  |  |  |  |      |        | 本店<br>支店 |
|                            | 預金種別 | 1. 普 通<br>2. 当 座 | 口座<br>番号 |  |  |  |  |  |  | 口座名義 | (フリガナ) |          |

|                                 |                              |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |          |
|---------------------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|----------|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>の<br>欄 | 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |  |  |  |  |  |  |                 |  |  | 令和 年 月 日 |
|                                 | 被保険者 住 所<br>(申請者) 氏 名        |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |          |
|                                 | 代理人の<br>氏名                   |  |  |  |  |  |  | 委任者と代理人<br>との関係 |  |  |          |
| 代理人の<br>住 所 等                   | 〒 -                          |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |          |



# 領収（診療）明細書（医師が記入するところ）

点数計算する為、診療内容を明記して下さい。下記に必ず証明印をお願いします。（装具申請の場合は記入不要）

|          |                                                  |   |                            |                      |                     |                |             |
|----------|--------------------------------------------------|---|----------------------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------|
| 患者名      |                                                  |   |                            | 傷病名                  |                     |                |             |
| 入院外      |                                                  |   |                            | 入院                   |                     |                |             |
| 初診       | 時間外・休日・深夜                                        |   |                            | 初診                   | 時間外・休日・深夜           |                |             |
| 再診       | 再診<br>外来管理加算                                     | × | 回数                         | 投薬                   | 内服<br>外用<br>調剤      | 単位<br>単位<br>単位 | 日<br>日<br>日 |
| 指導       |                                                  |   |                            | 注射                   | 皮下筋肉内<br>静脈内<br>その他 |                | 回<br>回<br>回 |
| 在宅       | 往診<br>深夜・緊急<br>在宅患者訪問診療<br>その他                   |   | 回数                         | 処置                   | 薬剤                  |                | 回<br>回      |
| 投薬       | 内服 { 薬剤<br>調剤 }<br>外用 { 薬剤<br>調剤 }<br>処方<br>麻毒調基 | × | 単位<br>回数<br>単位<br>回数<br>回数 | 手術<br>酔・             | 薬剤                  |                | 回<br>回      |
| 注射       | 皮下筋肉内<br>静脈内<br>その他                              |   | 回数<br>回数                   | 検査                   | 薬剤                  |                | 回<br>回      |
| 処置       | 薬剤                                               |   | 回数                         | 画像<br>診断             | 薬剤                  |                | 回<br>回      |
| 手術<br>酔・ | 薬剤                                               |   | 回数                         | その他                  | 薬剤                  |                | 回           |
| 検査       | 薬剤                                               |   | 回数                         | 入院年月日                |                     |                |             |
| 画像<br>診断 | 薬剤                                               |   | 回数                         | 病 診 衣      年 月 日     |                     |                |             |
| その他      | 処方せん<br>薬剤                                       | × | 回数                         | 入院料                  |                     |                |             |
| 合計       | 円                                                |   |                            | 入院時医学管理料             |                     |                |             |
|          |                                                  |   |                            | 特定入院料・その他            |                     |                |             |
|          |                                                  |   |                            | 基準                   |                     |                |             |
|          |                                                  |   |                            | 食事                   |                     |                |             |
|          |                                                  |   |                            | 円×<br>円×<br>円×<br>円× |                     |                |             |
|          |                                                  |   |                            | 日間<br>日間<br>日間<br>日間 |                     |                |             |
|          |                                                  |   |                            | 合計                   |                     |                |             |
|          |                                                  |   |                            | 円                    |                     |                |             |

上記のとおり領収（診療）いたしました。

令和      年      月      日

医療機関の所在地  
医療機関の名称  
医療機関の電話番号  
医師の氏名

(印)

（備考）すでに申請の対象となる費用については、「領収」の字句を消し、「診療明細書」として所定の事項を記入して下さい。

（添付書類についての注意）

- (1) 歯科診療に関する申請のときは、別の領収証書をつけて下さい。
  - (2) 輸血に関する申請のときは、「輸血を必要と認めた医療担当者の証明書」及び「血液代金の領収証書」をつけて下さい。
  - (3) コルセット・ギプス・義肢等に関する申請のときは、それらの「装着が傷病の治療のため必要と認められる医療担当者の証明書」及び「実費についての領収書」をつけて下さい。
  - (4) 海外における療養費の申請のときは、「診療内容明細書」及び「診療明細書」をつけて下さい。
- なお、証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。





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（第
回目）

|                                                        |                     |                                   |            |                             |                |                                                                                                                                    |                  |          |                |                                   |   |       |     |
|--------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------|------------|-----------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|----------------|-----------------------------------|---|-------|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>こ<br>ろ         | ① 記号・番号             |                                   | 記号         | 番号                          | ② 被保険者の生年月日    |                                                                                                                                    | 昭和<br>平成         | 年        | 月              | 日                                 |   |       |     |
|                                                        | ③ 被保険者(申請者)の氏名      |                                   |            |                             | (フリガナ)         |                                                                                                                                    | ④ 勤務先(配属先)事業所の名称 |          | 所在地            |                                   |   |       |     |
|                                                        | ⑤ 被保険者(申請者)の住所      |                                   |            |                             | 郵便番号           |                                                                                                                                    | (フリガナ)           |          | 都道府県           |                                   |   |       |     |
|                                                        |                     |                                   |            |                             | —              |                                                                                                                                    |                  |          | 電話番号( — — )    |                                   |   |       |     |
|                                                        | ⑥ 診療月               |                                   | 令和         | 年                           | 月              | ⑦ 70歳以上の方で過去1年間のうちに次に掲げる事項に該当された方は、番号を○で囲んでください。<br>1 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」を所持された方<br>2 一部負担金の割合について、「健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書」を提出された方 |                  |          |                |                                   |   |       |     |
|                                                        | 療養を受けた方の            |                                   | ⑧ 氏名       |                             | (フリガナ)         |                                                                                                                                    | (フリガナ)           |          | (フリガナ)         |                                   |   |       |     |
|                                                        |                     |                                   | ⑨ 生年月日     |                             | 昭和<br>平成<br>令和 | 年                                                                                                                                  | 月                | 日        | 昭和<br>平成<br>令和 | 年                                 | 月 | 日     |     |
|                                                        |                     |                                   | ⑩ 被保険者との続柄 |                             |                |                                                                                                                                    |                  |          |                |                                   |   |       |     |
|                                                        | ⑪ 傷病名               |                                   |            |                             |                |                                                                                                                                    |                  |          |                |                                   |   |       |     |
|                                                        | ⑫ 療養を受けた病院等の名称及び所在地 |                                   | 名称         |                             |                |                                                                                                                                    |                  |          |                |                                   |   |       |     |
| 所在地                                                    |                     |                                   |            |                             |                |                                                                                                                                    |                  |          |                |                                   |   |       |     |
| ⑬ ⑫の病院等で療養を受けた期間                                       |                     | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>( 日間)       |            | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>( 日間) |                | 年 月 日から<br>年 月 日まで<br>( 日間)                                                                                                        |                  |          |                |                                   |   |       |     |
| ⑭ ⑬の期間の療養に対する自己負担額                                     |                     | 円                                 |            | 円                           |                | 円                                                                                                                                  |                  |          |                |                                   |   |       |     |
| ⑮ 他の公的制度により自己負担相当額、又はその一部の支給を受けられるかどうか                 |                     | ・受けられる (制度名) (費用徴収の有無) (徴収費用の額) 円 |            | ・受けられない                     |                | ・受けられる (制度名) (費用徴収の有無) (徴収費用の額) 円                                                                                                  |                  | ・受けられない  |                | ・受けられる (制度名) (費用徴収の有無) (徴収費用の額) 円 |   |       |     |
|                                                        |                     |                                   |            |                             |                |                                                                                                                                    |                  |          |                |                                   |   |       |     |
| ⑯ 入院・その他の別                                             |                     | 入院 ・ その他                          |            | 入院 ・ その他                    |                | 入院 ・ その他                                                                                                                           |                  | 入院 ・ その他 |                |                                   |   |       |     |
| ⑰ 今回申請の診療月以前1年間に当健保組合から3回以上の高額療養費の支給を受けた場合、その直近3回分の診療月 |                     | 1 診療月                             |            | 令和                          | 年              | 月                                                                                                                                  | 診療分              | 2 診療月    |                | 令和                                | 年 | 月     | 診療分 |
|                                                        |                     | 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   |            | 有 ・ 無                       |                | 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                                                                                                    |                  | 有 ・ 無    |                | 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   |   | 有 ・ 無 |     |

|               |                                                           |
|---------------|-----------------------------------------------------------|
| ⑱ 市区町村長が証明する欄 | 当該被保険者は、<br>年度の市区町村民税が課されないことを証明する。<br>令和 年 月 日<br>市区町村長名 |
|---------------|-----------------------------------------------------------|

※ 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。

|          |      |                |          |          |
|----------|------|----------------|----------|----------|
| ⑲ 振込希望口座 | 預金種別 | 1. 普通<br>2. 当座 | 銀行・金庫・信組 | 本店<br>支店 |
|          | 口座番号 |                | 口座名義     | (フリガナ)   |

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する場合は、裏面の「⑳受取代理人の欄」に記入してください。

記入上の注意等について、裏面をご確認ください。

日本年金機構健康保険組合

|              |                              |          |                 |   |   |   |
|--------------|------------------------------|----------|-----------------|---|---|---|
| ⑫<br>受取代理人の欄 | 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 |          | 令和              | 年 | 月 | 日 |
|              | 被保険者<br>(申請者)                | 住所<br>氏名 |                 |   |   |   |
|              | 代理人の<br>氏名                   |          | 委任者と代理人<br>との関係 |   |   |   |
|              | 代理人の<br>住所等                  | 〒 -      |                 |   |   |   |

### 【記入上の注意】

- 申請書は、診療月ごとに作成してください。
- 高額療養費の自己負担限度額を超える方で、⑧～⑩欄は、
  - 70歳未満の被保険者、被扶養者に関して、同一月に医療機関別、入院・通院別に21,000円を超える自己負担が複数ある場合には、それぞれ記入してください。
  - 70歳以上の被保険者、被扶養者に関しては、同一月の医療機関別、入院・通院別に全ての自己負担額を記入してください。
- 申請に当たっては、上記2のそれぞれの**自己負担額を証明する領収書等の写しを添付**してください。
- ⑪欄は、他の公的制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうかについて、「受けられる」「受けられない」のいずれかを○で囲み、受けられる場合は、次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入してください。また、自己負担相当額の一部について費用徴収されたか否かについて、「有」「無」いずれかを○で囲んでください。費用徴収「有」の場合は、徴収費用の額を記入してください。
  - 「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による一般疾病医療費の支給
  - 「児童福祉法」による育成医療の給付等
  - 「予防接種法」による医療費の支給
  - 「障害者自立支援法」による自立支援医療の給付
  - 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」による医療の給付
  - 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」による医療の給付
  - 「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付
  - 「母子保健法」による養育医療の給付等
  - 「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」による医療費の支給
  - 「沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令」による医療費の支給
  - 「身体障害者福祉法」の指定医療機関における医療の給付
  - 「特定疾患治療研究事業」による医療の支給
  - 「毒ガス障害者救済対策事業」による医療費の支給
  - 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」による医療の給付
  - 「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給
  - 「石綿による健康被害の救済に関する法律」の医療費の支給
  - その他
- 上記の制度により自己負担相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費は支給されません。
- ⑫欄は、今回申請の診療月以前の12月以内に、高額療養費の支給を3月以上受けたことがある場合に、直近の3月分についてそれぞれ記入してください。

### 【その他の注意】

- この申請書には、市区町村民税が非課税または生活保護の場合、次のいずれかの証明書を添付してください。ただし、この申請書の⑫欄に証明された場合は、(1)の証明書の添付は必要ありません。
  - 療養のあった月の属する年度(4月から7月診療分については前年度)分の市区町村民税が課税されない方にあつては、市区町村長の課税に関する証明書
  - 療養のあった月において生活保護法による保護を受けている方にあつては、「保護開始決定通知書」若しくは「保護変更決定通知書」または、これらの写しに事業主、民生委員、福祉事務所長のいずれかの原本証明を受けたもの
- 同一年度(上記1の(1)に該当する方にあつては、8月から翌年7月までの間)内において、既に上記1の証明書等を提出されている場合は、同一年度内の療養に係る支給申請に際して上記1の証明書を添付する必要はありません。
- 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い方は、「限度額適用・標準負担額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」若しくは「保護廃止決定通知書」または、これらの写しに事業主、民生委員、福祉事務所長のいずれかの原本証明を受けたものを添付してください。
- 療養費払に係る高額療養費の支給申請は、その療養費の支給申請と併せて行ってください。
- ⑪欄の費用徴収の額と、当該療養のあった月と同一の月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額が21,000円以上(70歳以上の方については当該費用徴収以外の全ての自己負担額)のものとの合算額が80,100円(上記1に該当する場合は35,400円、標準報酬月額が53万円以上の場合は150,000円、また70歳以上の方については44,400円、上記1に該当する場合は24,600円、現役並所得者の場合は80,100円、ただし上記1に該当する70歳以上の方で、一定の基準(※)を満たす場合は15,000円)を超えていなければ高額療養費は支給されません。
 

(※)市区町村民税の基準所得(各所得毎に必要な経費、控除を差し引いたときの所得)がないこと。

|             |     |      |     |
|-------------|-----|------|-----|
| ※令和 年 月 日交付 |     |      |     |
| 常務理事        | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|             |     |      |     |

★マイナ保険証を利用すれば、自己負担限度額を超える支払いが免除されるため、限度額適用認定証の事前申請は不要となります。  
(医療機関にも確認をお願いします。)

## 健康保険限度額適用認定申請書

( 新規 ・ 再交付 ・ 更新 )

※再交付の場合は旧認定証にかかる滅失届を添付して下さい。

|                                |      |                                                       |       |                           |       |
|--------------------------------|------|-------------------------------------------------------|-------|---------------------------|-------|
| 記号・番号                          |      | 記号                                                    | 番 号   | 診療時の標準報酬月額<br>(※ 健保組合記入欄) | 千円    |
| 被保険者                           | フリガナ |                                                       |       | 名称                        |       |
|                                | 氏 名  |                                                       |       |                           |       |
|                                | 生年月日 | 昭和<br>平成                                              | 年 月 日 | 勤務先<br>(配属先)<br>事業所       | 所在地   |
| 適用対象者                          | フリガナ |                                                       |       | 被保険者との<br>続柄              |       |
|                                | 氏 名  |                                                       |       |                           |       |
|                                | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和                                        | 年 月 日 | 性 別                       | 男 ・ 女 |
| 療養 ( 予 定 ) 期 間                 |      | 令 和 年 月 ～ 令 和 年 月                                     |       |                           |       |
| 被 保 険 者 の 住 所                  |      | フリガナ<br>〒 -<br>電話 ( )                                 |       |                           |       |
| 限度額認定証の送付先<br><br>※ ○で囲んでください。 |      | 1. 被保険者の住所<br>2. 勤務先事業所<br>上記以外の場合は、健保組合へ電話にてご相談ください。 |       |                           |       |
| 備 考                            |      |                                                       |       |                           |       |

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。

### 【留意事項】

- ・ 日程に余裕をもってご提出ください。
- ・ 70歳以上の方は、[高齢受給者証]を医療機関へ提示することで同様の扱いとなることから、限度額適用認定申請書の発行申請は必要ありません。  
(標準報酬月額が28万円～79万円に該当する場合は申請が必要です。)
- ・ 限度額認定証の有効期限は、交付した月から初めて到来する8月31日までとなりますので、当該8月31日を超えて入院される場合には、更新の申請手続きをしてください。  
(なお、申請の際には、旧限度額適用認定証を添付してください。)



|             |     |      |     |
|-------------|-----|------|-----|
| ※令和 年 月 日交付 |     |      |     |
| 常務理事        | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|             |     |      |     |

## 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書 ( 新規・再交付・更新 )

※再交付の場合は旧認定証にかかる減失届を添付して下さい。

|                           |      |                                                       |       |                           |       |
|---------------------------|------|-------------------------------------------------------|-------|---------------------------|-------|
| 記号・番号                     |      | 記号                                                    | 番 号   | 診療時の標準報酬月額<br>(※ 健保組合記入欄) | 千円    |
|                           |      |                                                       |       |                           |       |
| 被保険者                      | フリガナ |                                                       |       | 勤務先<br>(配属先)<br>事業所       | 名称    |
|                           | 氏 名  |                                                       |       |                           |       |
|                           | 生年月日 | 昭和<br>平成                                              | 年 月 日 |                           |       |
| 減額対象者                     | フリガナ |                                                       |       | 被保険者との<br>続柄              | 男 ・ 女 |
|                           | 氏 名  |                                                       |       |                           |       |
|                           | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和                                        | 年 月 日 |                           |       |
| 療養 ( 予 定 ) 期 間            |      | 令和 年 月 ～ 令和 年 月                                       |       |                           |       |
| 被 保 険 者 の 住 所             |      | フリガナ                                                  |       |                           |       |
|                           |      | 〒 — 電話 ( )                                            |       |                           |       |
| 減額認定証の送付先<br>※ ○で囲んでください。 |      | 1. 被保険者の住所<br>2. 勤務先事業所<br>上記以外の場合は、健保組合へ電話にてご相談ください。 |       |                           |       |
| 備 考                       |      |                                                       |       |                           |       |

上記のとおり健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を申請します。

|                 |                                                                                      |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 市区町村長が<br>証明する欄 | 当該被保険者は 年度の市 ( 区 ) 町村民税は課されないことを証明する。<br>市区町村長名 <span style="float: right;">印</span> |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|

(注) 上欄に市区町村長からの非課税の証明を受けるか、または非課税証明書を添付のこと。  
(4月～7月診療分は前年度の課税証明、8月～翌3月診療分は当年度の課税証明)



|             |     |      |     |
|-------------|-----|------|-----|
| ※令和 年 月 日交付 |     |      |     |
| 常務理事        | 事務長 | 業務課長 | 担当者 |
|             |     |      |     |

## 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

（新規・再交付・更新）

※再交付の場合は旧受療証にかかる滅失届を添付してください。

|                           |      |                                                                                                                              |       |                           |       |
|---------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------|-------|
| 記号・番号                     |      | 記号                                                                                                                           | 番 号   | 診療時の標準報酬月額<br>(※ 健保組合記入欄) | 千円    |
| 被保険者                      | 刀ガナ  |                                                                                                                              |       | 勤務先<br>(配属先)<br>事業所       | 名 称   |
|                           | 氏 名  |                                                                                                                              |       |                           | 所在地   |
|                           | 生年月日 | 昭和<br>平成                                                                                                                     | 年 月 日 |                           |       |
| 認定対象者                     | 刀ガナ  |                                                                                                                              |       | 被保険者<br>との続柄              |       |
|                           | 氏 名  |                                                                                                                              |       |                           |       |
|                           | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和                                                                                                               | 年 月 日 | 性 別                       | 男 ・ 女 |
| 被保険者（認定対象者）<br>の住所        |      | 刀ガナ<br>〒 -<br><div style="text-align: right;">電話 ( )</div>                                                                   |       |                           |       |
| 疾 病 名<br>※ ○で囲んでください。     |      | 1. 血友病<br>2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群<br>(H I V感染を含み、血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症<br>に関する医療を受けている方に限る。) |       |                           |       |
| 療養受療証の送付先<br>※ ○で囲んでください。 |      | 1. 自宅（被保険者（認定対象者）の住所）<br>2. 勤務先事業所<br>3. その他<br>〒 -<br>住所：                                                                   |       |                           |       |
| 備 考                       |      |                                                                                                                              |       |                           |       |

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。

|        |                                                                                                                                                                                      |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師の意見欄 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。<br>令和 年 月 日<br><div style="text-align: right;">名 称</div> 医療機関の<br><div style="text-align: right;">所在地</div><br><div style="text-align: right;">医 師 名</div> |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|





健康保険

被保険者 [本人]  
被扶養者 [家族]

- 出産育児一時金・出産育児付加金 支給申請書
- 出産育児一時金・出産育児付加金 内払金支払依頼書
- 出産育児一時金・出産育児付加金 差額申請書

|                 |                                                                  |        |    |           |                |                                                          |                   |              |   |
|-----------------|------------------------------------------------------------------|--------|----|-----------|----------------|----------------------------------------------------------|-------------------|--------------|---|
| 被保険者が記入するところ    | 記号・番号                                                            | 記号     | 番号 | 被保険者の生年月日 | 昭和<br>平成       | 年                                                        | 月                 | 日            |   |
|                 | 被保険者(申請者)の氏名                                                     | (フリガナ) |    |           | 勤務先(配属先)事業所の名称 | 〒                                                        |                   |              |   |
|                 | 被保険者(申請者)の住所                                                     | 〒 都道府県 |    |           | 電話番号 ( - - )   |                                                          |                   |              |   |
|                 | 被扶養者が出産したための申請であるときは、その方の氏名                                      | (フリガナ) |    |           | 被扶養者の生年月日      | 昭和<br>平成                                                 | 年                 | 月            | 日 |
|                 | 出産した年月日                                                          | 令和     | 年  | 月         | 日              | 出生児数                                                     | 死産児数              | 死産のときは妊娠経過期間 |   |
|                 |                                                                  |        |    |           |                | 人                                                        | 人                 | 妊娠 ヶ月 週      |   |
|                 | 出生児の氏名                                                           | (フリガナ) |    |           | 被保険者との続柄       |                                                          | 出生児が被保険者の被扶養者であるか | ある ・ ない      |   |
| 被保険者[本人]が出産した場合 | ア. 今回の申請は、退職等により、日本年金機構健康保険組合の被保険者資格の喪失後6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか     |        |    |           |                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                   |              |   |
|                 | イ. 上記アで「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者になっていますか                          |        |    |           |                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                   |              |   |
|                 | ウ. 上記イで「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください |        |    |           |                | 保険者名                                                     |                   |              |   |
| 被扶養者[家族]が出産した場合 | エ. 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか                        |        |    |           |                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                   |              |   |
|                 | オ. 上記エで「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか |        |    |           |                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                   |              |   |
|                 | カ. 上記オで「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください      |        |    |           |                | 保険者名                                                     |                   |              |   |
|                 |                                                                  |        |    |           |                | 記号・番号                                                    |                   |              |   |

|                                               |                                  |       |    |   |       |   |          |         |          |           |
|-----------------------------------------------|----------------------------------|-------|----|---|-------|---|----------|---------|----------|-----------|
| 医師・助産師または市区町村長が証明                             | 出産者氏名                            | 出生年月日 | 令和 | 年 | 月     | 日 | 出生児の数    | 単胎多胎(児) | 生産又は死産の別 | 生産死産(妊娠週) |
|                                               | 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日      |       |    |   |       |   |          |         |          |           |
|                                               | 医療施設の所在地<br>医療施設の名称<br>医師・助産師の氏名 |       |    |   |       |   |          |         |          |           |
|                                               | 本籍                               | 筆頭者氏名 |    |   |       |   |          |         |          |           |
|                                               | 母の氏名                             | 出生児氏名 |    |   | 出生年月日 |   | 令和 年 月 日 |         |          |           |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日                   |                                  |       |    |   |       |   |          |         |          |           |
| 市区町村長名 <span style="float: right;">(印)</span> |                                  |       |    |   |       |   |          |         |          |           |

|        |      |                |      |      |  |  |        |          |
|--------|------|----------------|------|------|--|--|--------|----------|
| 振込希望口座 | 金融機関 | 銀行・金庫・信組       |      |      |  |  |        | 本店<br>支店 |
|        | 預金種別 | 1. 普通<br>2. 当座 | 口座番号 | 口座名義 |  |  | (フリガナ) |          |

|         |                                       |             |  |  |  |  |  |
|---------|---------------------------------------|-------------|--|--|--|--|--|
| 受取代理人の欄 | 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 |             |  |  |  |  |  |
|         | 被保険者(申請者)の住所氏名                        |             |  |  |  |  |  |
|         | 代理人の氏名                                | 委任者と代理人との関係 |  |  |  |  |  |
|         | 代理人の住所等                               | 〒 -         |  |  |  |  |  |

添付書類等については、裏面を参照してください。

日本年金機構健康保険組合

## 【添付書類等について】

### ■ 出産育児一時金支給申請書として提出する場合

#### 1. 医師・助産師または市区町村長が証明する欄について

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。

※ 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類（母子健康手帳(写)、謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明、出生届受理証明書、住民票など）を添付してください。

#### 2. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書(写)

産科医療補償制度に加入している医療機関等で出産した場合は、制度対象分娩であることを証明する所定の印が押印されていることが必要です。

#### 3. 医療機関等から交付される直接支払制度合意文書（写）

合意文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」の記載及び申請先となる「保険者名」が記載されています。

### ■ 出産育児一時金内払金支払依頼書として提出する場合

#### 1. 医師・助産師または市区町村長が証明する欄について

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。

※ 医師・助産師または市区町村長の証明を受けられない場合は、出生が確認できる書類（母子健康手帳(写)、謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明、出生届受理証明書、住民票など）を添付してください。

#### 2. 医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書（写）

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」の記載及び「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。

#### 3. 医療機関等から交付される直接支払制度合意文書（写）

合意文書には、「代理契約を医療機関等と締結している旨」の記載及び申請先となる「保険者名」が記載されています。

### ■ 出産育児一時金差額申請書として提出する場合

ご出産後、2～3ヶ月後に健保組合より被保険者様へ差額申請書をお送りいたしますので、お手元に届きましたらご記入いただき申請して下さい。なお、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。

日本年金機構健康保険組合 行

健康保険

被保険者 [本人]  
被扶養者 [家族]

出産育児一時金・出産育児付加金 支給申請書【受取代理用】

|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                         |                |          |                      |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|----------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ         | 記号・番号                                                                                                                                                                                                                           | 記号                                                           | 番号                      | 被保険者の<br>生年月日  |          |                      |                          | 昭<br>和<br>平<br>成         | 年                        | 月                        | 日                        |
|                                                                  | 被保険者<br>(申請者)の<br>氏名                                                                                                                                                                                                            | (フリガナ)                                                       |                         |                |          | 勤務先<br>(配属先)<br>事業所の | 名 称                      |                          |                          |                          |                          |
|                                                                  | 被保険者<br>(申請者)<br>の 住 所                                                                                                                                                                                                          | 〒 -                                                          |                         |                |          | 電話番号 ( - - )         |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                  | 出産予定年月日                                                                                                                                                                                                                         | 令 和                                                          | 年                       | 月              | 日        | 出産児の予定数              |                          | 単胎・多胎 ( 児 )              |                          |                          |                          |
|                                                                  | 被扶養者が出産<br>する場合は、<br>その方の氏名                                                                                                                                                                                                     | (フリガナ)                                                       |                         |                |          | 被扶養者の<br>生年月日        |                          | 昭<br>和<br>平<br>成         | 年                        | 月                        | 日                        |
|                                                                  | 出産予定<br>医療機関等                                                                                                                                                                                                                   | 名 称                                                          | (フリガナ)                  |                |          |                      |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                 | 所在地                                                          | 〒 -                     |                |          |                      | 電話番号 ( - - )             |                          |                          |                          |                          |
|                                                                  | 申請者に対する<br>支払金融機関                                                                                                                                                                                                               | 金融機関                                                         | 銀行・金庫・信組                |                |          |                      |                          |                          |                          | 本店<br>支店                 |                          |
|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                 | 預金種別                                                         | 1. 普通<br>2. 当座          | 口座<br>番号       |          |                      |                          |                          | 口座<br>名義                 | (フリガナ)                   |                          |
|                                                                  | 被保険者<br>[本人]<br>が出産<br>する場合                                                                                                                                                                                                     | ア. 今回の申請は、退職等により、日本年金機構健康保険組合の被保険者資格の喪失後6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか |                         |                |          |                      |                          |                          | <input type="checkbox"/> | はい                       | <input type="checkbox"/> |
| イ. 上記アで「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者になっていますか                          |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                         |                |          |                      | <input type="checkbox"/> | はい                       | <input type="checkbox"/> | いいえ                      |                          |
| ウ. 上記イで「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入している健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                         |                |          |                      | 保険者名                     |                          |                          |                          |                          |
| 被扶養者<br>[家族]<br>が出産<br>する場合                                      | エ. 今回の申請は、家族が被扶養者認定後、6ヵ月以内に出産したことによる申請ですか                                                                                                                                                                                       |                                                              |                         |                |          |                      |                          | <input type="checkbox"/> | はい                       | <input type="checkbox"/> | いいえ                      |
|                                                                  | オ. 上記エで「はい」と答えた場合、家族が被扶養者の認定を受けた要因は退職等により、健康保険の資格を喪失したことによるものですか                                                                                                                                                                |                                                              |                         |                |          |                      |                          | <input type="checkbox"/> | はい                       | <input type="checkbox"/> | いいえ                      |
|                                                                  | カ. 上記オで「はい」と答えた場合、家族が被扶養者認定前に加入していた健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください                                                                                                                                                                     |                                                              |                         |                |          |                      |                          | 保険者名                     |                          |                          |                          |
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>の<br>欄                                  | ※ 甲欄は被保険者、乙欄は代理人(医療機関等)が、それぞれ記入すること                                                                                                                                                                                             |                                                              |                         |                |          |                      |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                  | 申請者 ( ) (以下「甲」という。)は、医療機関等である ( ) (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。<br>甲が請求する出産育児一時金等のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額の受領に関すること。<br>令 和 年 月 日<br>・ 甲(被保険者)の住所<br>氏 名<br>・ 乙(代理人)の所在地<br>医療機関等の名称<br>氏 名 |                                                              |                         |                |          |                      |                          |                          |                          |                          |                          |
|                                                                  | 受取代理人に<br>対する<br>支払金融機関                                                                                                                                                                                                         | 金融<br>機関                                                     | 銀行・金庫・信組                |                |          |                      |                          |                          |                          | 本店<br>支店                 |                          |
|                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                 | 預金<br>種別                                                     | 1. 普通<br>2. 当座<br>3. 別段 | 4. 通知<br>5. 貯蓄 | 口座<br>番号 |                      |                          |                          |                          | 口座<br>名義                 | (フリガナ)                   |
| (備考欄)                                                            |                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                         |                |          |                      |                          |                          |                          |                          |                          |

留意事項について、裏面を参照してください。

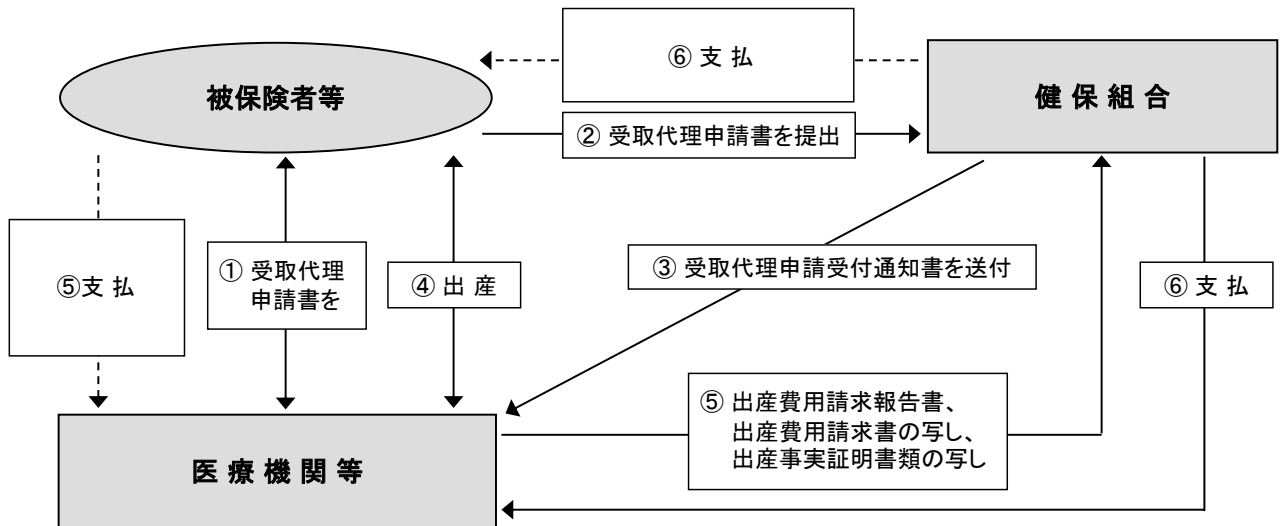
日本年金機構健康保険組合

## 【留意事項】

### ■ 添付書類等について

1. 出産予定日の2カ月前からの申請となります。
2. 母子健康手帳の「氏名が記載されているページ」及び「出産予定日が記載されているページ」の写し、または出産予定日まで2カ月以内であることの医療機関等の証明書

### ■ 受取代理制度の流れ



※ 対象医療機関等：年間分娩件数100件以下の診療所、助産所や正常分娩に係る収入の割合が50%以上の診療所、助産所を目安として、受取代理制度を導入する医療機関等は、厚生労働省に届け出ることとされています。

健康保険

被保険者  
被扶養者

埋葬料（費）・埋葬料（費）付加金支給申請書

|                                                                                                                                                                                                |                       |                    |          |                  |   |              |                         |               |                              |                     |                   |   |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------|----------|------------------|---|--------------|-------------------------|---------------|------------------------------|---------------------|-------------------|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>申<br>請<br>者<br>）<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ                                                                                                              | 記号・番号                 |                    |          | ④ 生 年 月 日        |   |              | 被扶養者<br>番 号             | 給付記録<br>番 号   | 受 取<br>代 理 人                 | 受 付 年 月 日           |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                | ①                     | ②                  | ③        | 5:昭<br>7:平       | 年 | 月            | 日                       | *             | *                            | *<br>0 : 無<br>1 : 有 | *                 | 年 | 月 | 日 |
|                                                                                                                                                                                                | ⑤ 被保険者<br>氏名          |                    |          | (フリガナ)           |   |              | ⑥ 勤務先<br>(配属先)<br>事業所の  | (ア) 名 称       |                              |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                       |                    |          |                  |   |              |                         | (イ) 所在地       |                              |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                | ⑦ 被保険者<br>の 住 所       |                    |          | 郵便番号             |   |              | (フリガナ)                  |               |                              | (電話番号)              |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                       |                    |          |                  |   |              |                         |               |                              |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                | ⑧ 死亡年月日               |                    |          | 令和               | 年 | 月            | 日                       | ⑨ 埋葬した年月日     |                              | ※ 令和 年 月 日          |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                       |                    |          |                  |   |              | ⑩ 埋葬に要した費用              |               | ※ 円                          |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                | ⑪ 死亡原因                |                    |          |                  |   |              |                         |               | ⑫ 第三者の行為による<br>ものですか         |                     | 0 : いいえ<br>1 : はい |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                | ● 被扶養者が死亡したための申請であるとき |                    |          |                  |   |              |                         |               |                              |                     |                   |   |   |   |
| ⑬ 被扶養者の                                                                                                                                                                                        |                       | (ウ) 氏名             |          |                  |   | (エ) 生年月日     | 昭和<br>平成<br>令和          | 年             | 月                            | 日                   | (オ) 被保険者<br>との続柄  |   |   |   |
| ● 被保険者が死亡したための申請であるとき                                                                                                                                                                          |                       |                    |          |                  |   |              |                         |               |                              |                     |                   |   |   |   |
| ⑭ 申請者<br>氏 名                                                                                                                                                                                   |                       |                    |          |                  |   |              | ⑮ 被保険者からみた申請者との<br>身分関係 |               |                              |                     |                   |   |   |   |
| ⑯ 申請者<br>の 住 所                                                                                                                                                                                 |                       |                    | 郵便番号     |                  |   | (フリガナ)       |                         |               | (電話番号)                       |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                       |                    |          |                  |   |              |                         |               |                              |                     |                   |   |   |   |
| ⑰ 亡くなられた方は、退職等により日本年金機構健康保険組合の被保険者資格の喪失後に<br>家族の被扶養者となった方で、今回の請求は次に該当することによる請求ですか。<br>(1) 資格喪失後、3ヵ月以内に亡くなられたとき<br>(2) 資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き受給中に亡くなられたとき<br>(3) 資格喪失後、(2)の受給終了後、3ヵ月以内に亡くなられたとき |                       |                    |          |                  |   |              | ・はい                     |               | → (1)に該当<br>(2)に該当<br>(3)に該当 |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                       |                    |          |                  |   |              | ・いいえ                    |               | (○で囲んでください。)                 |                     |                   |   |   |   |
| ⑱ 上記⑰で、「はい」と答えた場合、資格喪失後に家族の被扶養者として加入していた<br>健康保険の保険者名と記号・番号を記入してください。                                                                                                                          |                       |                    |          |                  |   |              | 保険者名                    |               |                              |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                       |                    |          |                  |   |              | 記号・番号                   |               | 記号<br>番号                     |                     |                   |   |   |   |
| ● 介護保険法のサービスを受けていたとき                                                                                                                                                                           |                       |                    |          |                  |   |              |                         |               |                              |                     |                   |   |   |   |
| 市町村番号                                                                                                                                                                                          |                       |                    |          | 受給者番号            |   |              |                         | 発行機関名         |                              |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                       |                    |          |                  |   |              |                         |               |                              |                     |                   |   |   |   |
| 振<br>込<br>希<br>望<br>口<br>座                                                                                                                                                                     | 金融機関                  | 銀行<br>金庫<br>信組     |          |                  |   |              |                         | 本店<br>支店      |                              |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                | 預金種別                  | 1. 普通<br>2. 当 座    | 口座<br>番号 |                  |   |              | 口座名義                    | (フリガナ)        |                              |                     |                   |   |   |   |
| 事業主が証明する欄                                                                                                                                                                                      |                       | 死亡した方<br>の 氏 名     |          | 死亡した方            |   | 被保険者<br>被扶養者 |                         | 死亡した<br>年 月 日 |                              | 令和 年 月 日死亡          |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                       | 上記のとおり相違ないことを証明する。 |          |                  |   |              |                         |               | 令和 年 月 日                     |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                       | 事業所所在地             |          | 東京都杉並区高井戸西3-5-24 |   |              |                         |               |                              |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                       | 事業所名称              |          | 日本年金機構           |   |              |                         |               |                              |                     |                   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                |                       | 事業主氏名              |          |                  |   |              |                         |               | 電話 03(5344)1100              |                     |                   |   |   |   |

(注) ⑨⑩欄は、埋葬費の申請の場合のみ記載してください。

日本年金機構健康保険組合





日 本 年 金 機 構 健 康 保 険 組 合

〒102-8548 東京都千代田区三番町22

保健事業課 TEL 03-5216-3222（保健事業に関すること）

業 務 課 TEL 03-5216-3223（その他に関すること）

※問い合わせ時間 平日 8時30分～17時30分

（12時～13時、および年末年始を除く）

ホームページ <https://www.nenkinkikou-kenpo.or.jp>