令和 8 年度版
日本年金機構健康保険組合

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・⑤・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。

3. マイナ保険証への移行について

令和 7 年 12 月 2 日から、マイナ保険証の利用をお願いしております。
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（別途申請が必要です）。

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。（※）32 万円を超えていた場合は、標準報酬月額は 32 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		
		32 万円	20 万円	15 万円
健康保険料（調整保険料含む）	100.0‰	32,000 円	20,000 円	15,000 円
介護保険料（40～64 歳の方）	16.0‰	5,120 円	3,200 円	2,400 円
子ども子育て支援金	2.3‰	736 円	460 円	345円
計	118.3‰	37,856 円	23,660 円	17,745 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 健康保険料率等が変更された場合
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。

※次年度分の納付書は 3 月中旬に発送予定です。

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、**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」の提出が必要です。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**「－ 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、**資格確認書**、高齢受給者証、限度額適用認定証（交付されている場合）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**資格確認書**、高齢受給者証、限度額適用認定証（交付されている場合）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) 資格喪失等の際に資格確認書等を返却できないとき

① 資格確認書・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

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

健診代行機関「ウィーメックス」及び医療機関との集合契約により健康診査を行っています。
年に一度、受診してください。

【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)を発送します。

健診内容と補助額

健診コース	基本健診 A＋心電図 おすすめ！	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)		特定健診
申込先	ウィーメックス	ウィーメックス	ウィーメックス	健保組合直接契約施設	集合契約実施機関
申込方法	WEB(Pep Up 等)又はハガキ	WEB(Pep Up 等)又はハガキ	WEB(Pep Up 等)又はハガキ	電話予約	電話予約
申込期間	～翌年 1 月末日	～12 月 31 日	～翌年 1 月末日	～翌年 3 月中旬	～翌年 3 月中旬
受診期間	翌年 3 月末日	翌年 2 月末日	翌年 3 月末日		翌年 3 月末日
受診時提示	健診予約券とマイナ保険証(※)	健診予約券とマイナ保険証(※)、問診票	健診予約券とマイナ保険証(※)	マイナ保険証(※)	特定健診受診券(セット券)とマイナ保険証(※)
健診補助額	全額補助	全額補助	年齢により上限 20,000 円～10,000 円		全額補助
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 (月～金)8 時 30 分～17 時 15 分		

(※)健康保険の資格が確認できるもの

➢**基本健診 A+心電図 ／ 巡回レディース健診**
(健診代行機関「ウィーメックス」へ申込み)

Pep Up から申込 → 受診で → 今年度は 2,000pt 付与！

・「健康診査のご案内」の健診案内と健診機関名簿をご確認いただき、「WEB」もしくは「申込ハガキ」にて健診の申込みをしてください。
・Pep Up(健康ポータルサイト)を経由して、ウィーメックスの健診を申込み受診された場合は、Pep ポイントが 2,000pt付与されます。(Pep Up については 10 ページを参照してください。)

費用補助額	健診コース	基本健診A＋心電図	30 歳以上	全額補助
		巡回レディース健診	30 歳以上	全額補助
	オプション検査	乳がん検診(1 項目のみ)	全年齢	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	

➢特定健康診査
（集合契約）

40 歳以上の被保険者及び被扶養者の方を対象とした、メタボリックシンドロームに着目した健康診査です。

・全国約 44,000 ヵ所の契約機関で受けることができます。

・契約機関に予約し、受診券（セット券）を提示して受診してください。

＜費用補助額＞ 基本項目及び詳細項目を全額補助

特定健診項目	基本的な項目	・質問票	服薬歴、喫煙歴等
		・身体計測	身長、体重、BMI、腹囲等
		・血圧測定	
		・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
		・血糖検査	空腹時血糖または HbA1c
		・肝機能検査	GOT、GPT、γ-GTP
		・尿検査	尿糖、尿蛋白
	詳細な項目	一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施します。	
		・貧血検査	ヘマトクリット値、血色素量、赤血球数
		・心電図	12 誘導
		・眼底検査	両眼
		・血清クレアチニン	eGFR

※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。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）

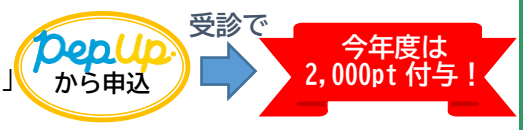
人間ドックを受診した場合、年齢により、当健保組合から下表の通り費用を補助します。

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	

・契約施設ごとに料金が異なります。ホームページをご確認ください。

※直接契約施設であっても、ウィーメックスを経由して申込まれた場合、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」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リストをご確認いただき、「WEB（Pep Up 等）」もしくは「申込ハガキ」にて申込みをしてください。



➢健保組合が契約していない健診施設の費用補助について

ウィーメックスの契約施設、当健保組合の直接契約施設以外で健診を受診した場合、下記について補助を行います。申請に必要な書類は次の通りです。

➢人間ドック・生活習慣病健診

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 円まで補助します。

＜提出書類＞①健康診査質問票、②各種補助金申請書、③健診結果（写し）、④領収書（原本）

※質問票、補助金申請書は、ホームページに掲載しております。用紙を印刷できない場合には、申請書等を郵送いたします。当健保組合までご連絡ください。

➢パート就労先等で受診した健診の結果をご提出いただく場合について

健診結果（特定健診項目を満たすもの）をご提出いただいた方へ Pep Up の Pep ポイントを 2,000pt付与します。さらに健康な方、前年度より健康改善した方に最大で 1,000pt付与します。

➢定期的に医療機関に通院され、検査を受けている場合について

人間ドックや特定健診などを受診しておらず、定期的に通院し、検査を受けている方にはご案内を送付します。次回の通院時にご案内を持参していただき、普段の検査結果を活用して、不足している項目（身長・体重など）のみを実施します。費用は健保組合が全額負担しますので、自己負担はありません。

※ご案内は、提携している医療機関に通院されている方（40 歳以上）に限られます。

〇特定保健指導

特定健康診査の結果をもとに、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

【実施方法】 委託

【費用】 健保組合が全額補助しますので、自己負担はありません。
該当した方は必ず受診いただくようお願いします。

・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。
・「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。
・上記以外の場合、委託業者より特定保健指導「カラダ改善プログラム」のご案内が届きます。
申し込み後、対象の方には委託業者より初回面談のご連絡がありますので、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
（※パニック値該当者への通知は年 4 回実施予定）

Pep Up（健康ポータルサイト）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。新たに加入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。

PepUp 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電子マネーや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、是非ご活用ください。

【対 象 者】　被保険者及び 30 歳以上の被扶養者

（注）イベントにより、獲得できるポイント数は異なります。

無料歯科健診

全国約 1,700 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で、歯科健診センターのバナーをクリックして、WEB から申込みを行います。電話での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(1 回限り)の費用を補助します。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。

詳細は実施時期にホームページにてお知らせします。

【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

処方されている薬をジェネリック医薬品に切り替えた場合に、薬代の負担軽減が一定額以上見込まれる方には、通知書を送付します。ジェネリック医薬品のご検討をお願いします。

【対 象 者】　被保険者･被扶養者
【実施時期】　2 月･8 月頃

セルフメディケーションのご案内～あなたの薬箱 処方薬から市販薬への置き換え提案～

セルフメディケーションの一環として、通年で薬の購入･オンライン相談ができる「あなたの薬箱」を提供しています。詳細はホームページをご覧ください。花粉症など服用中の処方薬を、医療用医薬品と同等の成分を含む市販薬(OTC 医薬品)へ置き換えると、自己負担も削減可能な場合があります。対象の方にはご案内を送付します。

ポリファーマシー通知

薬の種類が多い、または飲み合わせに注意が必要な可能性がある薬を処方されている方に、通知書を送付します。通知を受け取られた方は、お薬手帳を持って、かかりつけの医師･薬剤師にご相談ください。

オンライン禁煙外来プログラム

成功率 88.8%

喫煙によるご本人の健康被害や疾病予防と、ご家族や職場の皆様の受動喫煙防止及び喫煙率の低減を目的として「オンライン禁煙外来プログラム」を実施します。禁煙をしたいと考えている方、禁煙がうまくいかなかった方、特定保健指導の対象となった方(※)は、相談やアドバイス等のサポートを得ながら禁煙成功を目指す本プログラムをぜひご活用ください。

詳細はホームページでご案内します。

(※)禁煙により特定保健指導の支援レベルが積極的支援→動機付け支援に緩和されることが期待できます。

法人会員優待契約の施設のご案内

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。

･施設等詳細は、当健康保険組合のホームページをご確認ください。
･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。
･ご利用の際は、施設フロントにて健康保険の資格が確認できるもの(マイナ保険証等(写しも可))をご提示ください。
･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 64 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：https://www.tokyuhotels.co.jp/biz Tel：0120-21-5489(問い合わせのみ受付)
KKRホテルズ＆リゾーツ（全国 31 カ所）	優待料金	Webまたは電話	Web：https://www.kkr.or.jp/hotel/ 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（新潟県中魚沼郡津南町）	通常料金の 10%割引	Webまたは電話	Web：https://www.new-greenpia.com 申込み時、法人会員であることを伝えてください。 （web申込みは「備考欄に法人会員」と入力） Tel：025-765-4611 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		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：https://www.hawaiians.co.jp Tel：0570-550-550 所在地：福島県いわき市常盤藤原町蕨平 50
	（宿泊） 提携契約会員料金	電話	
	（ゴルフ利用） 提携企業プレー料金	電話	スパリゾートハワイアンズ　ゴルフコース Tel：0246-56-0113 所在地：福島県いわき市渡辺町上釜戸橋の上 216
プリンスホテル ゴルフ場、スキー場及びアミューズメント施設を含む	優待料金	Webまたは電話	Web：https://www.princehotels.co.jp/keiyaku/ Tel：0120-33-8686 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　10,450 円（税込） 1Day コーポレート会員→クラブの利用 1 回につき 1,980 円（税込）	各店舗	Web：https://www.s-re.jp/ 健康保険の資格が確認できるものを提示のうえ、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。

〇対象となる事業

1. ベネフィット・ステーション
   ・グルメ、レジャー、ショッピングに加え、学習、育児、介護など幅広いサービスを優待価格で利用できます。
   ・ユニバーサル・スタジオ・ジャパン®予約観光券を 1,000 円補助します。
   ・一部のレジャー施設について 1,000 円補助を実施します（令和 8 年度より）。
   ※詳細はベネフィット・ステーションにログインのうえご確認ください。
2. 家庭用常備薬等の斡旋販売
   購入額の 50%（上限 1,000 円）を補助します。
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
   パークチケットもしくはディズニーホテル宿泊費を 1,000 円補助します。
4. 育児情報誌の送付（0歳～3歳になるまで）
   子育て支援の一環として、育児情報誌を無料でご自宅に送付します。

【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、ご確認下さい。	・月ごとに払込み		・加入月の翌月～3月分迄を年1回払込み	・加入月の翌月～9月分迄と10月（又は加入月の翌月）～3月分迄を年2回払込み	
資格確認書の交付を希望される方のみ記入（申請理由に該当しない場合は、発行されません）			下記申請理由欄（※）より選択		

● 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時に引き続き、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	同居別居区分	資格確認書の交付を希望される方のみ記入（申請理由に該当しない場合は、発行されません）
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		昭和・平成・令和 年　月　日	男 女			万円	同居 別居	下記申請理由欄（※）より選択
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		昭和・平成・令和 年　月　日	男 女			万円	同居 別居	下記申請理由欄（※）より選択
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		昭和・平成・令和 年　月　日	男 女			万円	同居 別居	下記申請理由欄（※）より選択

※資格確認書の申請理由欄
1. マイナンバーカードを紛失したため
2. マイナンバーカードの更新手続き中のため
3. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
4. マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
5. マイナンバーカードを作っていないため
6. マイナンバーカードを返納したため
7. マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため

日本年金機構健康保険組合

「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。
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

任意継続被保険者の加入期間は 2 年間です。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。
②、③、④（75 歳到達者以外）、⑤については資格喪失申出書の提出が必要です。

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（申し出が受理された日の属する月の翌月１日が喪失日となります）

３．保　険　料

①保険料の負担割合は、事業主負担がなくなり、全額被保険者負担となります。
②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」のいずれか低い方の額となります。
③保険料額は、標準報酬月額に保険料率等を乗じた額となります

※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。
※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。）

詳しくは、当健康保険組合のホームページで、内容をご確認ください。

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)　(名)
	4	被保険者の住所	〒　－ 都道府県　電話　(　　)

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、再取得後の被保険者証の記号番号等を記入してください。	**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** (1) 再取得後の健康保険または船員保険の被保険者証の記号番号 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）
		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 (1) 後期高齢者医療の被保険者証の被保険者番号 （　　） (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）
		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 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
		エ 被保険者が死亡したため 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

※ 資格確認書、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、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、資格確認書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

8.03

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (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						10	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。							
		7 被扶養者の氏名		8 被扶養者の生年月日			9 性別	10	再交付の原因
		(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
	11	再交付の理由 （滅失の場合は、そのときの状況）							

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。

令和　　年　　月　　日　　被保険者の氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

日本年金機構健康保険組合

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)	
4	被保険者の現住所（証明書の送付先）	〒　－ 都道府県	電話　（　　）	
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			
イ	被扶養者であった者（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	資格喪失年月日（被扶養者でなくなった日）					
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日			令和	年	月	日			
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日			令和	年	月	日			
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日			令和	年	月	日			
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日			令和	年	月	日			
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日			令和	年	月	日			
10	使用目的（該当する□に✔）	□ 国民健康保険の加入手続きのため □ その他　（使用目的　：　　）														

受付日付印

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 氏名 住所 生年月日 等 変更(訂正)届

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)		
	4	被保険者の住所	〒 － 都道府県	電話 ( )		

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)
6	生年月日	昭和 平成　年　月　日		昭和 平成　年　月　日	
7	性別	男・女		男・女	
8	住所	〒 －		〒 － (ﾌﾘｶﾞﾅ)	
				(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
		〈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、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

・資格確認書、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、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。

日本年金機構健康保険組合

8.3

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)			
	4	被保険者の住所	〒　－ 都道府県	電話　（　　）			

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)
6	生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日		昭和・平成・令和 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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)
6	生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日		昭和・平成・令和 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
資格確認書、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、
併せて添付してください。

日本年金機構健康保険組合
8.3

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)				
4	被保険者の住所	〒 －	都道府県	電話　（　　）			

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

被扶養者欄①	5	被扶養者の氏名	6	生年月日	7	性別	8	続柄
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年　月　日	男・女			

被扶養者になる場合	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	年間収入	13	住居
	令和	年　月　日	1 出生　2 婚姻　3 退職 4 その他 （　　）				万円		同居・別居	
	14	資格確認書の交付希望	希望する　・　希望しない							

被扶養者でなくなる場合	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	年　月　日	1 就職　2 死亡　3 収入増加 4 その他 （　　）			

被扶養者欄②	5	被扶養者の氏名	6	生年月日	7	性別	8	続柄
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年　月　日	男・女			

被扶養者になる場合	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	年間収入	13	住居
	令和	年　月　日	1 出生　2 婚姻　3 退職 4 その他 （　　）				万円		同居・別居	
	14	資格確認書の交付希望	希望する　・　希望しない							

被扶養者でなくなる場合	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	年　月　日	1 就職　2 死亡　3 収入増加 4 その他 （　　）			

受付日付印

日本年金機構健康保険組合
6.12

被扶養者欄③	5 被扶養者の氏名		6 生年月日	7 性別	8 続柄
	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	

被扶養者になる場合	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 年間収入	13 住居
	令和 年 月 日	1 出生 2 婚姻 3 退職 4 その他 ( )		万円	同居・別居
	14 資格確認書の交付希望	希望する ・ 希望しない			

被扶養者でなくなる場合	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 年 月 日	1 就職 2 死亡 3 収入増加 4 その他 ( )	

被扶養者欄④	5 被扶養者の氏名		6 生年月日	7 性別	8 続柄
	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	

被扶養者になる場合	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 年間収入	13 住居
	令和 年 月 日	1 出生 2 婚姻 3 退職 4 その他 ( )		万円	同居・別居
	14 資格確認書の交付希望	希望する ・ 希望しない			

被扶養者でなくなる場合	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 年 月 日	1 就職 2 死亡 3 収入増加 4 その他 ( )	

被扶養者欄⑤	5 被扶養者の氏名		6 生年月日	7 性別	8 続柄
	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	

被扶養者になる場合	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 年間収入	13 住居
	令和 年 月 日	1 出生 2 婚姻 3 退職 4 その他 ( )		万円	同居・別居
	14 資格確認書の交付希望	希望する ・ 希望しない			

被扶養者でなくなる場合	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 年 月 日	1 就職 2 死亡 3 収入増加 4 その他 ( )	

健康保険　資格確認書（再）交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

被保険者情報			
記号・番号	記号（左づめ）	番号（左づめ）	職員番号（左づめ）
氏名	フリガナ		
生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日		
所属拠点			

対象者欄			
対象者	1 被保険者（本人）分のみ 2 被扶養者（家族）分のみ 3 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分		
被保険者	フリガナ 氏名 同上	生年月日 同上	申請理由 下記、理由欄より選択
被扶養者①	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より選択
被扶養者②	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より選択
被扶養者③	フリガナ 氏名	生年月日 1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	申請理由 下記、理由欄より選択

理由欄

1 ： マイナンバーカードを紛失したため
2 ： マイナンバーカードの更新手続き中のため
3 ： マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
4 ： マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
5 ： マイナンバーカードを作っていないため
6 ： マイナンバーカードを返納したため
7 ： マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため
8 ： 資格確認書を滅失・き損したため

事業主欄

上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

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

被保険者欄	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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (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				

再交付対象者欄(該当記号ア・イに○)	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 ※　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 (滅失の場合は、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	

【注意事項】

受付日付印

1. 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。
2. 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。
3. 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。

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

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

被保険者欄			
1	記号・番号	記号 番号	※ 記号･番号が不明の場合は空白でかまいません
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	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏) (名)	
4	性別	男・女	
5	被保険者の住所	〒 － 都道府県	電話 ( )

滅失した被保険者証等の対象者	6 氏名		7 生年月日				8 性別	9 被保険者証を返納できない理由
被保険者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
被扶養者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	
	(氏)	(名)	昭和 平成 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

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 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			対象者の生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
対象者の性別	男　・　女		対象者の続柄	
被保険者の勤務する（していた）事業所　（注）	名　称			
	所在地			
認定証等を滅失したときの状況				

※ 該当する証を○で囲んでください。

令　和　　年　　月　　日 提 出

上の届書に記載したとおり、健康保険 ※{ 限度額適用認定証 / 限度額適用・標準負担額減額認定証 / 特定疾病療養受領証 } を

滅失いたしましたが、今後は十分取扱いに注意します。

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。

被保険者（申請者）の住　所

氏　名

備考	

受付日付印

（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 ﾌﾘｶﾞﾅ
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 女		昭和 平成 令和　年　月　日
個人番号 （マイナンバー）				
フリガナ		性別	続柄	生　年　月　日
氏　名		男 女		昭和 平成 令和　年　月　日
個人番号 （マイナンバー）				
フリガナ		性別	続柄	生　年　月　日
氏　名		男 女		昭和 平成 令和　年　月　日
個人番号 （マイナンバー）				
フリガナ		性別	続柄	生　年　月　日
氏　名		男 女		昭和 平成 令和　年　月　日
個人番号 （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

日本年金機構健康保険組合

6.12

別 冊

― 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	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。 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。
添付書類	**▫ 立替払いの場合(㋐自費(10割負担) ㋑前加入時の保険証を使用した場合)** ・ レセプト(写) ・ 領収書原本(㋐医療機関等に10割支払した領収書 ㋑前保険者に支払した領収書) **▫ 治療用装具の場合** ① 「医師の意見及び装具装着証明書」等 ・ 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」 ・ 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」 ・ 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」 ② 領収書(原本) 装具や眼鏡等の名称、種類及びその内訳別の費用が記載されたもの ③ 検査書 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 **▫ 生血の場合** ① 輸血証明書 輸血を必要と認めた医師の証明書で輸血の回数が明記されているもの ② 領収書(原本) 費用の内訳が記載されたもの

申請書名	**「健康保険 高額療養費支給申請書」**
支給内容等	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。 ※ 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。 **70歳未満の方の自己負担限度額**

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

(※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。

(※2) 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。

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**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。 （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	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。 ※ 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。

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	**被保険者が非課税対象者の場合**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。 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。
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	**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**に申請してください。なお、申請書には「医師の意見欄」に証明を受けてください。 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「医師の意見欄」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」** **「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。 ・ 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 ・ 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 ・ 緊急その他やむを得ないこと 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	▫ 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、**申請前に健保組合にお問い合わせください。** ▫ 事前に「移送承認申請書（移送届）」を申請 移送を必要と判断した医師等の意見書が必要 ▫ 事後に「移送費支給申請書」を申請 移送費の領収書（原本）を添付

申請書名	**「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」** （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）
支給内容等	▫ 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） ▫ 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） （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。
添付書類	▫ 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。 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） ▫ 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。）
そ の 他	▫ 直接支払制度 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。 ▫ 産科医療補償制度 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。 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。

申請書名	**「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」** **「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」** （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）
支給内容等	▫ 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。 （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） ▫ 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） ▫ 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 ・ 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 ⇒ **「内払金依頼書」** ・ 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（※） ⇒ **「差額申請書」** ※ 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。
添付書類	▫ 内払金支払依頼書として提出する場合 ・ 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。 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） ・ 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。） ・ 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。） ▫ 差額申請書として提出する場合 添付書類の必要はありません。

申請書名	**「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、受取代理制度の利用を希望する場合の事前申請となります。）
支給内容等	▫ 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 ▫ 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。 （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） ▫ 出産育児一時金等の支払いについて 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。 ・ 請求額が出産育児一時金等の額を上回る場合 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。 ・ 請求額が出産育児一時金等の額を下回る場合 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。
手続き等	▫ 申請手続きについて 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、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、健保組合に提出してください。 ▫ 受取代理申請の取り下げ 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。 ▫ 受取代理人の予定外の変更 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って、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。
添付書類	▫ 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
そ の 他	▫ 受取代理制度 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。

<table>
<tr><td>申請書名</td><td>「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」</td></tr>
<tr><td>支給内容等</td><td>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。
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。</td></tr>
<tr><td>留 意 点</td><td>□ 「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。
□ 「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。</td></tr>
<tr><td>添付書類</td><td>
<table>
<tr><td colspan="2">区 分</td><td>添 付 書 類</td></tr>
<tr><td>A</td><td>いずれか1つ</td><td>① 埋葬許可証又は火葬許可証の写し
② 死亡診断書、死体検案書又は検視調書の写し
③ 死亡者の戸籍(除籍)謄(抄)本又は住民票の写し</td></tr>
<tr><td>B</td><td>いずれか1つ</td><td>① 住民票の写し(同居の場合) ※上記A③の住民票と兼用可
② 定期的な送金の事実の確認できるもの
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</td></tr>
<tr><td>C</td><td>すべて</td><td>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)
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)
③ 埋葬に要した費用の明細書(内訳書)</td></tr>
</table>
□ 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。
□ 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。
□ 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。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>届 書 名</td><td>「第三者行為にかかる傷病届」</td></tr>
<tr><td>届出事由</td><td>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、健保組合にお問い合わせください。</td></tr>
</table>

0503

健康保険　被保険者 被扶養者　療養費支給申請書（第　　回目）

（立替払等、治療用装具、生血、食事差額）

被保険者が記入するところ

記号・番号			④ 生年月日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
①	②	③	昭和 平成　年　月　日	＊	＊	0：無 1：有	＊　年　月　日

⑤ 被保険者（申請者）の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	⑥ 勤務先（配属先）事業所の	(ｱ) 名称
			(ｲ) 所在地　〒

⑦ 被保険者（申請者）の住所	郵便番号　―	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	（電話番号）

⑧ 療養が被扶養者に関するときは、その方の	(ｳ) 氏名		(ｴ) 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	(ｵ) 被保険者との続柄

⑨ 傷病名		⑩ 発病または負傷年月日（療養開始日）	平成 令和　年　月　日

⑪ 発病または負傷の原因およびその経過		⑫ 第三者の行為によるものですか	0：いいえ 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 診療を受けた病院等	(ｶ) 名称		(ｸ) 診療した医師の氏名	
	(ｷ) 所在地			

⑭ 診療の期間（支給期間）	自	年	月	日	⑮ 日数	⑯ 入院・入院外の別
	至	年	月	日	日	0：入院外 1：入院

(ｹ) 入院の場合、左記の入院期間	自 令和　年　月　日 至 令和　年　月　日　日間	(ｺ) 診療に要した費用の額

⑰ 診療の内容		⑱ 療養の給付を受けることができなかった理由	

振込希望口座					
金融機関	銀行 金庫 信組　　本店 支店				
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)

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）　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	〒　―		

日本年金機構健康保険組合

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

初診	時間外・休日・深夜		回
再診	再診	×	回
	外来管理加算	×	回
	時間外	×	回
	休日	×	回
	深夜	×	回
指導			
在宅	往診		回
	夜間		回
	深夜・緊急		回
	在宅患者訪問診療		回
	その他		
	薬剤		回
投薬	内服 薬剤		単位
	内服 調剤	×	回
	屯服 薬剤		単位
	外用 薬剤		単位
	外用 調剤	×	回
	処方	×	回
	麻毒		回
	調基		
注射	皮下筋肉内		回
	静脈内		回
	その他		回
処置	薬剤		回
			回
手術・麻酔	薬剤		回
			回
検査	薬剤		回
			回
画像診断	薬剤		回
			回
その他	処方せん	×	回
	薬剤		回
合計			円

入院

初診	時間外・休日・深夜	回
投薬	内服	単位
	屯服	単位
	外用	単位
	調剤	日
	麻毒	日
	調基	
注射	皮下筋肉内	回
	静脈内	回
	その他	回
処置		回
	薬剤	回
手術・麻酔		回
	薬剤	回
検査		回
	薬剤	回
画像診断		回
	薬剤	回
その他	薬剤	回

入院			
入院年月日		年 月 日	
病 診 衣	入院料	×	日間
		×	日間
		×	日間
	入院時医学管理料	×	日間
		×	日間
		×	日間
		×	日間
特定入院料・その他			

食事			
基準			
	円×		日間
	円×		日間
	円×		日間
	円×		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　　㊞

（備考）　すでに申請の対象となる費用について領収証明を発行しているときは、「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・ギブス・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）

被保険者が記入するところ

① 被保険者記号・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（申請者）の氏名と印	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ㊞			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 ―	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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。 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 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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
	⑨ 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	昭和 平成 令和　年　月　日	昭和 平成 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 年　月　日まで （　日間）	年　月　日から 年　月　日まで （　日間）	年　月　日から 年　月　日まで （　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　・受けられない （制度名　） （費用徴収の有無　有・無） （徴収費用の額　円）	・受けられる　・受けられない （制度名　） （費用徴収の有無　有・無） （徴収費用の額　円）	・受けられる　・受けられない （制度名　） （費用徴収の有無　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
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　年　月診療分	2 診療月　年　月診療分	3 診療月　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、令和　年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 令和　年　月　日 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 2. 当座	銀行・金庫・信組		本店 支店
	口座番号			口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)

※ 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

⑳ 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）　住 所 氏 名　㊞			
	代理人の氏名と印	㊞	委任者と代理人との関係	
	代理人の住 所 等	〒　－		

【記入上の注意】

1　申請書は、診療月ごとに作成してください。

2　高額療養費の自己負担限度額を超える方で、⑧～⑯欄は、

(1)　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。

(2)　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。

3　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。

4　⑮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。

ア.「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
イ.「児童福祉法」による育成医療の給付等
ウ.「予防接種法」による医療費の支給
エ.「障害者自立支援法」による自立支援医療の給付
オ.「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
カ.「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
キ.「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付
ク.「母子保健法」による養育医療の給付等
ケ.「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
コ.「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
サ.「身体障害者福祉法」の指定医療機関における医療の給付
シ.「特定疾患治療研究事業」による医療の支給
ス.「毒ガス障害者救済対対策事業」による医療費の支給
セ.「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
ソ.「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給
タ.「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
チ. その他

5　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。

6　⑰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】

1　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⑱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。

(1)　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っては、市区町村長の課税に関する証明書

(2)　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っては、「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

2　同一年度（上記1の(1)に該当する方にあっては、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。

3　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。

4　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。

※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（※ 健保組合記入欄）	千円

被保険者			勤務先（配属先）事業所		
	ﾌﾘｶﾞﾅ			名 称	
	氏　名				
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		所在地	〒

適用対象者				
	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄	
	氏　名			
	生年月日	昭和 平成 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	ﾌﾘｶﾞﾅ 〒　　－ 電話　　（　　）
限 度 額 認 定 証 の 送 付 先 ※ ○で囲んでください。	１．被保険者の住所 ２．勤務先事業所 ３．その他　（ 適用対象者、入院先等 ） 〒　　－ 住 所 ： 宛 名 ： 対象者との関係（　　） 電話　　（　　）
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。）

日本年金機構健康保険組合

※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（※ 健保組合記入欄）	千円
被保険者	ﾌﾘｶﾞﾅ		勤務先（配属先）事業所	名 称	
	氏　名				
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		所在地	〒
減額対象者	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄		
	氏　名				
	生年月日	昭和 平成 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	ﾌﾘｶﾞﾅ 〒　　－ 電話　　（　　）				
減 額 認 定 証 の 送 付 先 ※ ○で囲んでください。	１．被保険者の住所 ２．勤務先事業所 ３．その他　（ 減額対象者、入院先等 ） 〒　　－ 住 所 ： 宛 名 ： 対象者との関係（　　）電話　　（　　）				
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。 市区町村長名　　㊞

（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）

日本年金機構健康保険組合

※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（※ 健保組合記入欄）	千円

被保険者	ﾌﾘｶﾞﾅ		勤務先（配属先）事業所	名 称	
	氏　名				
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		所在地	〒

認定対象者	ﾌﾘｶﾞﾅ		被保険者との続柄	
	氏　名			
	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	性　別	男　・　女

被保険者（認定対象者）の住所	ﾌﾘｶﾞﾅ 〒　　－ 電話　　（　　）
疾　病　名 ※ ○で囲んでください。	１．血友病 ２．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ３．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （ＨＩＶ感染を含み、血液凝固因子製剤の投与に起因するＨＩＶ感染症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 ※ ○で囲んでください。	１．自宅 （被保険者（認定対象者）の住所） ２．勤務先事業所 ３．その他 〒　　－ 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。 令和　　年　　月　　日 医療機関の　名　称 所在地 医　師　名

日本年金機構健康保険組合

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 平 成	年　月　日
被保険者（申請者）の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		勤務先（配属先）事業所の	名 称	
				所在地	〒
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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		被扶養者の生年月日	昭 和 平 成	年　月　日
出産した年月日	令和　年　月　日	出生児数 人	死産児数 人	死産のときは妊娠経過期間 妊娠　ヶ月　週	
出生児の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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	□ はい	□ 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	□ はい	□ 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 記号・番号	
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	□ はい	□ 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	□ はい	□ 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するところ

出産者氏名		出産年月日	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
医療施設の名称
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　㊞

振込希望口座

金融機関	銀行 ・ 金庫 ・ 信組				本店 支店
預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)

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）　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 平 成　年　月　日
被保険者（申請者）の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			勤務先（配属先）事業所の	名 称
					所在地
被保険者（申請者）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）
被扶養者が出産する場合は、その方の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			被扶養者の生年月日	昭 和 平 成　年　月　日
出産予定医療機関等	名 称	(ﾌﾘｶﾞﾅ)			
	所在地	〒　－		電話番号（　－　－　）	
申請者に対する支払金融機関	金融機関	銀行 ・ 金庫 ・ 信組			本店 支店
	預金種別	1. 普 通 2. 当 座	口座番号		口座名義 (ﾌﾘｶﾞﾅ)

被保険者［本人］が出産する場合	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	□ はい　□ 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	□ はい　□ 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 記号・番号
被扶養者［家族］が出産する場合	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	□ はい　□ 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	□ はい　□ 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

受取代理人の欄

※ 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。

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。

令 和　年　月　日

・甲（被保険者）の住所

氏 名

・乙（代理人）の所在地

医療機関等の名称

氏 名

受取代理人に対する支払金融機関	金融機関	銀行 ・ 金庫 ・ 信組			本店 支店
		金融機関ｺｰﾄﾞ	店番ｺｰﾄﾞ		
	預金種別	1. 普通 4. 通知 2. 当座 5. 貯蓄 3. 別段	口座番号		口座名義 (ﾌﾘｶﾞﾅ)

（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

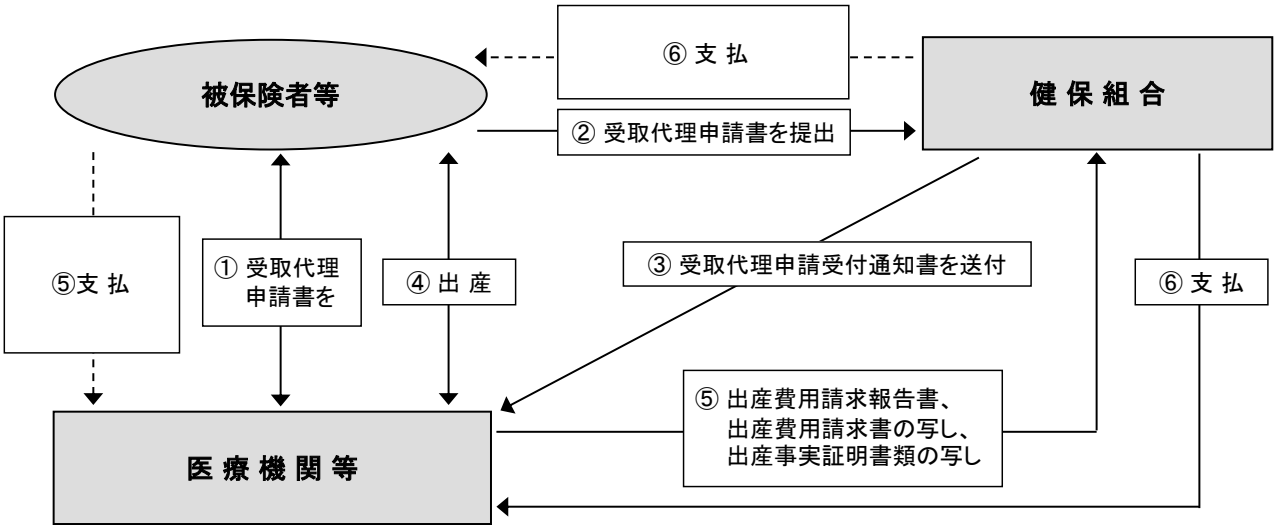
【留意事項】

■ 添付書類等について

１．出産予定日の２ヵ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ヵ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

被保険者（申請者）が記入するところ

記号・番号			④ 生年月日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
①	②	③	5:昭 7:平 年 月 日	＊	＊	＊ 0：無 1：有	＊ 年 月 日

⑤ 被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	⑥ 勤務先(配属先)事業所の	(ｱ) 名称
			(ｲ) 所在地

⑦ 被保険者の住所	郵便番号 －	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(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ものですか	0：いいえ 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 平成 令和 年 月 日	(ｵ) 被保険者との続柄	

● 被保険者が死亡したための申請であるとき

⑭ 申請者氏名		⑮ 被保険者からみた申請者との身分関係	

⑯ 申請者の住所	郵便番号 －	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	(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。
(1) 資格喪失後、3ヵ月以内になくなられたとき
(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
(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 (2)に該当 (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 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

振込希望口座	金融機関	銀行 金庫 信組				本店 支店
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		口座名義	(ﾌﾘｶﾞﾅ)

事業主が証明する欄

死亡した方の氏名	死亡した方	被保険者・被扶養者	死亡した年月日	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 15 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