

1. 情報提供・電子申請システムをクリックするとトップ画面が表示されます

全国健康保険協会 情報提供サービス

医療費照会・健診申込を利用する方はこちら

はじめてご利用される方 (ID・パスワード申請)

被保険者の方
被扶養者の方

事業主の方

ID・パスワードをお持ちの方 (自分の医療費を見る)

被保険者の方
(ログイン)

パスワード
変更

ID・パスワードをお持ちの方 (健診申込をする)

一般被扶養者の方
任継被保険者の方
(ログイン)

パスワード
変更

事業主の方
(ログイン)

パスワード
変更

各種申請を電子申請で行う方はこちら

電子申請

手続検索

電子申請

電子申請を行うには申請様式が必要です。手続の案内を確認し、申請様式をダウンロードして下さい。
電子申請を行う場合は、ID・パスワード申請は不要です。

Copyright (C) 2008 全国健康保険協会システム All Rights Reserved.

インターネット | 保護モード: 有効

【操作概要等】

「被保険者の方」、「被扶養者の方」のボタンを押下することで、
利用申請（入力）画面に遷移します。

2. 利用申請（入力）画面が表示されます。

全国健康保険協会 情報提供サービス

情報提供サービストップ > 利用申請（入力）

利用申請（入力）

必須の項目を全て入力してください。

注 1

注 2

注 3

被保険者の方は必須となります。

申請 戻る

入力終了後、「申請」ボタンを押下してください。

<必須> 1. 被保険者証の記号・番号(半角数字)	記号: _____ 番号: _____ (例:12123456 1234567)
<必須> 記号の1文字目、7文字目(半角数字)	1文字目: _____ 7文字目: _____
<必須> 2. 被保険者証の保険者番号(半角数字)	番号: _____ (例:12345678)
<必須> 保険者番号の3文字目(半角数字)	_____
<必須> 3. あなたの氏名(全角) (氏名(カナ)はあわせて24文字以内、氏名(漢字)はあわせて25文字以内)	(カナ) 氏: _____ 名: _____ (例:ケンポ イチロウ) (漢字) 氏: _____ 名: _____ (例:健保 一郎)
<必須> 4. あなたと被保険者の方との関係(続柄)	続柄 お選び下さい
<任意> 5. 医療費の照会範囲(被保険者の方は必須)	範囲 お選び下さい
<必須> 6. あなたの性別	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
<必須> 7. あなたの生年月日(年月日は半角数字)	お選び下さい 年 月 日 (例:昭和40年 8月 10日)
<必須> 8. 住所(被保険者の方がお住まいの住所) (郵便番号は半角数字で、住所は全角90文字以内で入力して下さい。)	〒 _____ 住所: _____ (例:001-1111)
<任意> 9. 住所(ID・パスワードをお送りする住所) ※日と異なる場合のみ(郵便番号は半角数字で、住所は全角90文字以内で入力して下さい。)	〒 _____ 住所: _____
<必須> 10. お客様設定パスワード(8~10桁の半角英数字混在) お客様設定パスワードは別途送付されるユーザID・パスワードと共に、サービスご利用時に本人確認のため必要となります。お客様設定パスワードは大切に保管してください。	お客様設定パスワード: _____ (再入力) _____
<任意> 11. メールアドレス(半角英数記号)	_____ (例:kenpo@bbb.ne.jp)
<任意> 12. 電話番号(半角数字)	_____ (例:03-1111-1111)

【操作概要等】

機械的に大量不正申請を防ぐことを目的に、被保険者証の記号番号のうち、サーバーからランダムに指定する2つの数字の入力を必須としています。システムが入力値をチェックし、不正な値が入力された場合にはエラーとなります。

と同様にサーバーからランダムに指定する1つの数字を入力します。

お客様自身でパスワードを決めて入力してください。

3. 申請をクリックすると利用申請（確認）画面が表示されます。

全国健康保険協会 情報提供サービス 利用申請(確認) - Microsoft Internet Explorer

全国健康保険協会 情報提供サービス
情報提供サービストップ > 利用申請 (確認)

利用申請 (確認)

下記の入力内容に間違いがなければ、[OK]ボタンを押して下さい。

項目	入力内容
被保険者証の記号・番号	28XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
保険者番号	99999999
氏名(カナ)	2 5XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
氏名	2 6XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
続柄	XXXX
医療費照会範囲	1 1XXXXXXXXXXXX
性別	XX
生年月日	XX29年29月29日
被保険者郵便番号	999-9999
被保険者住所	160XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XX
送付先郵便番号	999-9999
送付先住所	160XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX XX
お客様設定パスワード	*****
メールアドレス	80XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX
電話番号	14XXXXXXXXXXXX

OK キャンセル

入力内容に間違いがないか確認してください。

入力内容に間違いがなければ「OK」ボタンを押下してください。

Copyright (C) 2008 全国健康保険協会システム All Rights Reserved.

【操作概要等】

利用申請（入力）画面で入力した内容に間違いがないことを確認します。

入力内容に誤りがある場合は、「キャンセル」ボタンを押下し、利用申請（入力）画面に戻って修正を行います。

4. OKをクリックすると利用申請（完了）画面が表示されます。



【操作概要等】

申請受付番号は、利用申請が終了するとシステムから自動払い出しされます。
申請受付番号は、問い合わせをする際に必要となるので、保管して下さい。
情報提供サービストップ画面に戻ります。