

保存版

* 全国健康保険協会 *

協会けんぽ
しおり

改訂6版



全国健康保険協会 大阪支部
協会けんぽ

本書の届書記載例等で使用している氏名・住所・事業所名等は、事例として用いているもので、実在の人物・事業所とは何ら関係ありません。

p.1 協会けんぽ大阪支部からのお知らせ

p.1 各種申請書の提出は郵送で!

p.2 協会けんぽの財政は厳しい状況にあります

p.3 被保険者が受ける生活習慣病予防健診

p.4 被扶養者が受ける特定健康診査

p.5 定期健診結果のご提供のお願い

p.6 特定保健指導を受けましょう

p.7 健康保険制度と医療費のしくみ

p.8 健康保険証は正しく使いましょう

健康保険被保険者証

p.9 健康保険証は退職日の翌日から使用できません

健康保険証の適正使用

p.10 健康保険証等をなくしたとき

健康保険被保険者証再交付申請

p.11 退職後も健康保険へ継続加入をしたいとき

任意継続被保険者

p.14 健康保険証を提示して治療を受けるとき

療養の給付

p.16 医療費の立替払い、治療用装具作成や海外で診療を受けたとき

療養費

p.20 医療費が高額になりそうなとき

限度額適用認定申請・特定疾病

p.23 高額な医療費を支払ったとき

高額療養費

p.27 医療保険と介護保険の自己負担額が高額になったとき

高額介護合算療養費

p.28 病気やケガで仕事を休んだとき

傷病手当金

p.33 出産で仕事を休んだとき

出産手当金

p.37 子供が生まれたとき

出産育児一時金

p.41 ご本人・ご家族が亡くなったとき

埋葬料(費)・家族埋葬料

p.44 整骨院・接骨院(柔道整復師)の正しいかかり方

p.44 ジェネリック医薬品ならお薬代を節約できます

p.45 協会けんぽ大阪支部のホームページをご活用ください

p.45 インターネットで健診の申込や医療費などの情報提供が受けられます

p.45 メールマガジン読者募集中です〈登録無料!〉

申請書・届出書は
『新様式』で

協会けんぽでは、申請書・届出書を「見やすく」「わかりやすく」「記入しやすく」するため、平成26年7月から様式を新しくしておりますが、旧様式でご提出いただけますと、事務処理が煩雑となり、給付金の支払が遅延するおそれがあります。

旧様式の申請書をお持ちの場合は廃棄いただき、新様式の申請書への切り替えにご協力をお願いいたします。申請書・届出書は、協会けんぽホームページからダウンロードしていただくことができます。印刷の際には、「申請書の印刷についてのお願い」にご留意ください。

協会けんぽ 大阪支部からのお知らせ

各種申請書の提出は郵送で!



健康保険に関する申請書は、種類によって提出先が分かれています。
 必要な申請用紙は、ホームページからダウンロード・印刷してご使用いただけます。
 協会けんぽで受付している申請書は、すべて郵送でご提出いただくことができます。
 郵送での提出にご協力をお願いいたします。

ご提出先

〒550-8510 全国健康保険協会
 大阪支部

※郵便番号は個別番号のため、所在地の記入は必要ありません
 [所在地]大阪市西区靱本町1-11-7
 信濃橋三井ビル6階



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

- 健康保険被保険者証再交付申請書
- 健康保険高齢受給者証再交付申請書

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

- 出産手当金支給申請書
- 出産育児一時金支給申請書

- 生活習慣病予防健診申込書
- 特定健康診査受診券申請書

- 埋葬料(費)支給申請書

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

ホームページURL

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

協会けんぽ 検索

ご提出先

日本年金機構(年金事務所)へ
 ご提出ください

在職中の方の健康保険・厚生年金に関するお届けはこちらです



従業員の採用

- 被保険者資格取得届

変更・訂正

- 健康保険被扶養者(異動)届
 (国民年金第3号被保険者関係届書)

再交付

- 被保険者住所変更届
- 被保険者氏名変更(訂正)届

給与・賞与

- 年金手帳再交付申請書

病気・ケガ・入院等

- 被保険者報酬月額算定基礎届
- 被保険者報酬月額変更届
- 被保険者賞与支払届

出産・育児休業

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

健康診断

- 被保険者資格喪失届
- 健康保険被保険者証回収不能・滅失届

退職・死亡

退職後の保険(任意継続)

- 適用事業所所在地・名称変更(訂正)届
- 事業所関係変更(訂正)届

事業所に 関するもの

ホームページURL

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

日本年金機構 検索

協会けんぽの財政は厳しい状況にあります

協会けんぽの保険財政は、医療費の伸びが賃金の伸びを上回る赤字構造にあります。また、高齢者医療にかかる拠出金については、増加の流れに一時的に歯止めがかかったものの、依然として重い財政負担になっています。協会けんぽの保険料率は医療費や拠出金などの財政状況により各支部ごとに定められ、大阪支部は10.17%（全国平均10%）となっています。

赤字構造に高齢者医療の拠出金が重い負担

増大する医療費と低迷する賃金

高齢化などによる医療費支出の伸びが賃金の伸びを上回り、協会けんぽの保険財政は赤字構造にあります。

●医療費と報酬（賃金）の伸び（対平成15年度の指数）

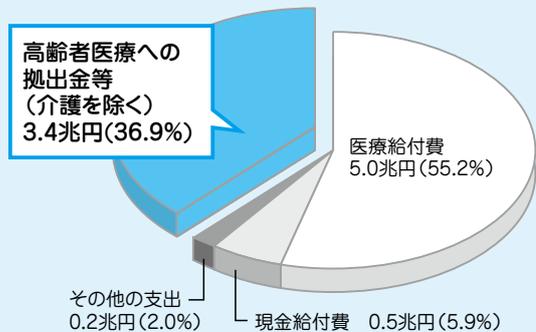


高齢者医療への拠出金が重い負担

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

●平成28年度協会けんぽの支出（決算見込み）

支出合計9.1兆円



協会けんぽでは保険料率の上昇抑制のためさまざまな取り組みを行っています

協会けんぽでは、皆さまの保険料負担をできるだけ軽減できるよう、次のような取り組みをすすめています。

ジェネリック医薬品の使用促進	お薬代の負担が少なくなるジェネリック医薬品の使用を促進しています
医療費適正化	医療機関から誤った保険請求がされていないか点検しています
健康診断・保健指導	生活習慣病の予防のための健康診断や保健指導の取り組みを行っています
不正受給の防止	審査の厳格化により不正受給の防止を図っています
被扶養者資格の再確認	高齢者医療制度への拠出金等の適正化のため、被扶養者資格の再確認をお願いしています

そのほか、加入者の疾病予防、医療の質の確保、医療費適正化対策などの取り組みをすすめ、保険者機能のさらなる強化を図ってまいります。

被扶養者資格の再確認を実施しています

協会けんぽでは、毎年度5月末から7月末までの間、健康保険の被扶養者となっている方が、現在もその状況にあるかの再確認をさせていただきます。この再確認は、保険料負担の軽減につながる大変重要な事務ですので、皆さまのご理解とご協力をお願いいたします。

事業主の皆さまには、順次「被扶養者状況リスト」をお送りします。リストにある被扶養者が、現在まで該当しているかどうかをご確認いただき、削除される場合には、同封の「被扶養者調書兼異動届(削除用)」に所定の事項を記入し、該当者の健康保険証を添付のうえ、リストと合わせて提出をお願いいたします。

参考 平成29年度再確認の結果

被扶養者から除かれた人	全国で約7.6万人(平成29年10月末現在)
減額効果(高齢者医療制度への負担)	約18億円見込み

被保険者が受ける 生活習慣病予防健診

健康保険 被保険者証	本人(被保険者)	00123
	成28年12月10日交付	
	記号 12345678 番号 123456	
氏名	健保 太郎	
生年月日	昭和 51年 8月 25日	
性別	男	
資格取得年月日	平成 28年12月 1日	
事業所名称	〇〇株式会社	
保険者番号	0:10:10:0:11	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	

本人(被保険者)と記載がある方

協会けんぽでは保険料率の上昇抑制のためさまざまな取り組みを行っています

生活習慣病予防健診とは、生活習慣病の予防を目的にがん検診・血液検査など、被保険者(加入者ご本人)が受けることのできる健康診断です。年度内1回に限り、対象者は健診費用の補助を受けることができますので、下表の自己負担額で受診できます。

● 健診対象者 ●

35歳～74歳の被保険者(加入者ご本人)の方

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

※当該年度における年齢を対象

健診の種類	検査の内容	対象者	自己負担額
一般健診	診察等、身体計測、血圧測定、尿検査、便潜血反応検査、血液検査、心電図検査、胸部レントゲン検査、胃部レントゲン検査	35歳～74歳 (75歳の誕生日の前日まで)の方	最高 7,038円
	眼底検査 医師が必要と判断した場合のみ		最高78円
子宮頸がん検診 (単独受診)	問診・細胞診	20歳～38歳の 偶数年齢の女性の方	最高1,020円

●一般健診に追加して受診する健診(セット受診のみで、単独受診はできません)

健診の種類	検査の内容	対象者	自己負担額
付加健診	尿沈渣顕微鏡検査、血液学的検査、生化学的検査、眼底検査、肺機能検査、腹部超音波検査	一般健診を受診する ①40歳の方 ②50歳の方	最高4,714円
乳がん検診	問診、(視診、触診※視診、触診は医師の判断により実施) 乳房エックス線検査	一般健診を受診する 40歳～74歳の偶数年齢の女性の方	【50歳以上】最高1,066円 【40歳～48歳】最高1,655円
子宮頸がん検診	問診、細胞診	一般健診を受診する 36歳～74歳の偶数年齢の女性の方 ※36歳、38歳の女性は子宮頸がん検診の単独受診も可	最高1,020円
肝炎 ウイルス検査	HCV抗体検査 HBs抗原検査	一般健診を受診する方のうち、過去にC型肝炎ウイルス検査を受けたことがない方	最高612円

※自己負担額は年度ごと、受診される健診機関により異なります。都道府県支部ホームページをご確認ください。

●健診を受けるまでの流れ



特定保健指導を受けましょう



特定保健指導とは、40歳から74歳までの方のメタボリックシンドローム改善と生活習慣病(糖尿病や脳卒中、心臓病など)の予防を目的とした国の定めた健康サポートの制度です。

特定保健指導の対象になった方には、国家資格をもった保健師・管理栄養士による生活習慣改善のための面接や、その後のサポートなどを無料で受けることができます。※詳細は6頁をご覧ください。

被扶養者が受ける 特定健康診査

健康保険被保険者証	家族(被扶養者)	00123
		平成28年7月10日交付
	記号 11010203 番号 123	
氏名	健保 花子	
生年月日	昭和 45年 8月 25日	
性別	女	
認定年月日	平成 28年 7月 1日	
被保険者氏名	健保太郎	
事業所名称	〇〇株式会社	
保険者番号	0:10:10:0:11	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	

家族(被扶養者)と記載がある方

特定健康診査(特定健診)とは？

糖尿病や脂質異常症などの生活習慣病の予防を目的としており、メタボリックシンドロームに着目して行われる被扶養者(加入者ご家族)が受けることのできる健康診断です。年度内1回に限り、対象者は健診費用の補助を受けることができますので、下表の自己負担額(上限)で受診できます。受診には受診券(セット券)が必要です。4月初旬にご自宅へお届けしています。

● 健診対象者 ●

40～74歳の被扶養者(加入者ご家族)の方

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

※当該年度における年齢を対象

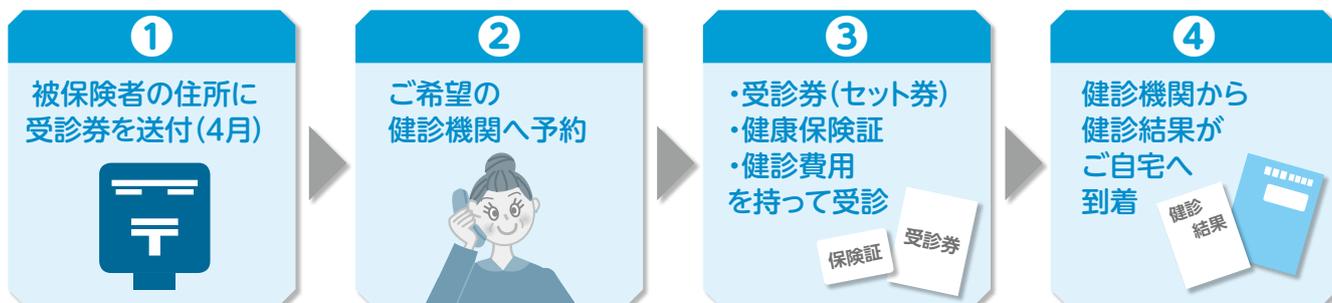
検査内容		対象者	自己負担額の上限(平成30年度額)
基本的な健診	診察等	40歳～74歳 (75歳の誕生日の前日までの方)	1,515円 (健診機関により異なります)
	問診		
	身体計測		
	血圧測定		
	血液検査		
	尿検査		
詳細な健診	心電図検査 眼底検査 貧血検査(※) 血清クレアチニン検査(※) (※)血液検査の内容に含まれます。		260円 (健診機関により異なります)

※特定健診には、がん検診が含まれておりませんので、お住まいの市区町村が実施する「がん検診」をご利用ください。

※年度途中で加入されたご家族の受診券(セット券)作成には、「受診券(セット券)申請書」が必要です。協会けんぽへ提出ください。受診券が届きましたら、健診機関にご予約のうえ、受診してください。

※受診される都道府県により、金額が異なります。受診される都道府県支部ホームページをご確認ください。

● 健診を受けるまでの流れ



健診後の健康サポートを行っています

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



定期健診結果のご提供のお願い

協会けんぽでは、国のメタボリックシンドローム対策に伴い、40歳以上(今年度40歳になる方を含みます)の被保険者の「定期健診」結果データの提供を事業主様をお願いしています。

事業主様が労働安全衛生法に基づいて実施する「定期健診」の検査項目には、協会けんぽに実施が義務付けられている特定健診の検査項目も含まれています。

そのため、「定期健診」の結果を協会けんぽにご提供いただくことで、特定健診の受診率を向上させることができます。

※「定期健診」とは、労働安全衛生法に基づいて実施する健診で、協会けんぽが実施している生活習慣病予防健診とは異なります。



定期健診結果ご提供のメリット

ご提供いただいた健診結果から、大阪府内の健診結果の傾向等の分析を行い、生活習慣病の予防や重症化対策に活用します。

また、ご提供いただいたデータをもとに、保健師・管理栄養士による特定保健指導(生活習慣改善のサポートや健康相談)を無料でご利用いただけます。



定期健診結果のご提供の方法

データ提供の対象者

40歳以上75歳未満で定期健診を受診された、協会けんぽの加入者(被保険者本人)

※40歳未満の方、協会けんぽの生活習慣病予防健診を受けた方は、ご提供いただく必要はありません。

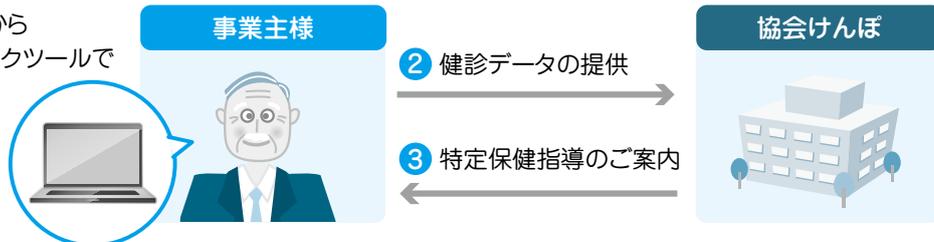
定期健診結果を実施された健診機関から協会けんぽにご提供いただく方法



※定期健診データ提供については、協会けんぽから健診機関にも一部業務委託をしています。そのため、健診実施機関から事業主様に「同意書」の提出をお願いする場合があります。

事業主様から直接ご提供いただく方法

- 1 協会けんぽのホームページから事業者健診結果データチェックツールで健診データを作成



健診結果(個人情報)のご提供について

定期健診結果データを協会けんぽへご提供いただくことは、「高齢者の医療の確保に関する法律(第27条)」により認められていますので、データ提供により事業主様が法的な責任を問われることはありません。

特定保健指導を受けましょう

40歳～74歳の被保険者(ご本人)へ

生活習慣病予防健診等の結果から、特定保健指導の対象となる方がいらっしゃる事業所様に「特定保健指導のご案内」をします。

事業所様のご都合に合わせて、協会けんぽの保健師・管理栄養士が職場にお伺いし、対象者の方に生活習慣改善のサポートを行います。費用は無料です。なお、大阪支部では保健指導の外部委託をしておりますので、保健指導委託機関から直接保健指導のご連絡をさせていただくこともあります。ぜひご活用ください。

健診の結果は、あてはまりますか？

健診の結果から①の腹囲測定やBMIの値によりAまたはBにあてはまり、さらに、②の1～4の検査結果が何個あてはまるかご確認ください。

1

A 腹囲：男性85cm以上
女性90cm以上

B 上記Aの腹囲には該当しないがBMIが25以上

2

- 1.血糖…… 空腹時または随時※血糖100mg/dl以上またはHbA1c5.6%以上
- 2.脂質…… 中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満
- 3.血圧…… 収縮期130mmHg以上または拡張期85mmHg以上
- 4.喫煙歴… 1.～3.までのリスクが1つでもある場合はこれも1つ追加

※空腹時…食後10時間以上
随 時…食後3.5時間以上10時間未満

3 保健指導は上記の結果により、**動機づけ支援**と**積極的支援**のいずれかに該当します。

1～4のリスク 個数の合計	A 腹囲 男性85cm、女性90cm以上		B 左記Aの腹囲には該当しないがBMIが25以上	
	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
1個	動機づけ支援	動機づけ支援	動機づけ支援	動機づけ支援
2個	積極的支援		積極的支援	
3個		積極的支援		
4個		積極的支援		

特定保健指導の対象になったら？

例 積極的支援が必要な方に対するサポート

メタボリックシンドロームを改善するため、協会けんぽの保健師・管理栄養士による生活習慣改善のための面談及びその後のサポートが3ヵ月以上受けられます。また、サポートは対象者様のライフスタイルにあわせて行われます。3ヵ月以降に目標が達成できたかどうかや、身体状況・生活習慣に変化が見られたかなどを振り返ります。

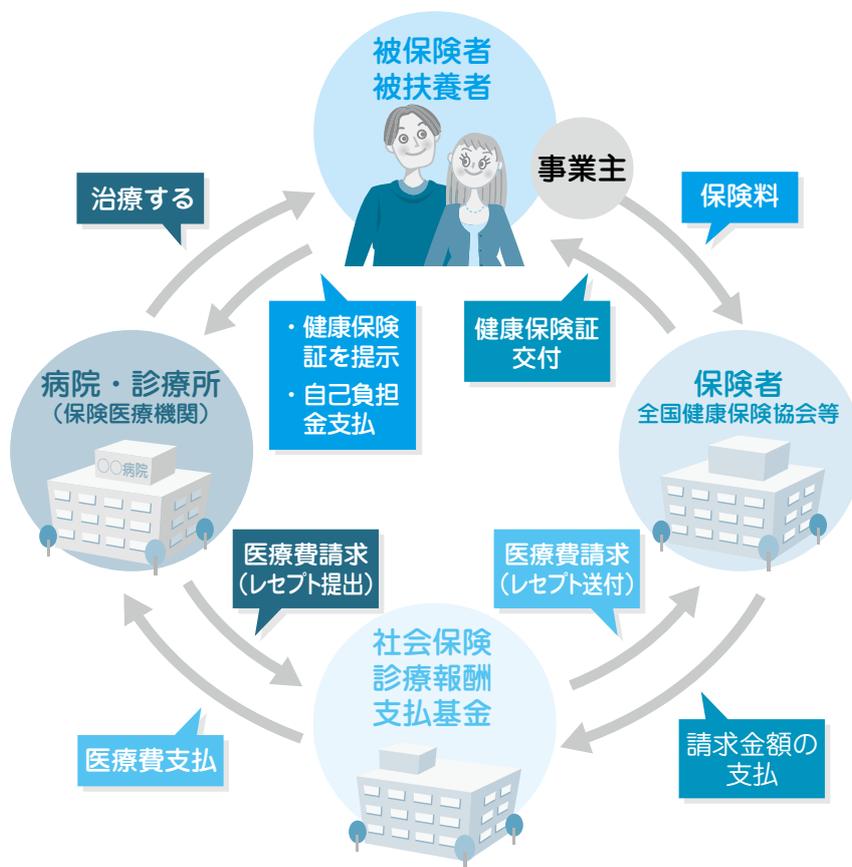
● 支援例



健康保険制度と 医療費のしくみ

健康保険に加入した方(被保険者)は、働いている事業所を通じて、毎月保険者*等に保険料を支払います。保険料を預かる保険者は、健康保険に加入している方が医療を受ける病院や診療所に、社会保険診療報酬支払基金を通して医療費を支払います。私たちが健康保険証を提示し治療費の一部を負担するだけで医療を受けることができるのは、このサイクルが相互にかかわり合いながら運営されているためです。

*「保険者」とは、健康保険の事業を運営する機関をいい、具体的には「全国健康保険協会(協会けんぽ)」や「健康保険組合」が担当します。



健康保険の保険給付

健康保険の保険給付には、以下のような種類があります。

療養の給付等、入院時食事療養費、入院時生活療養費、訪問看護療養費、療養費、家族療養費、保険外併用療養費、高額療養費、高額介護合算療養費、移送費、傷病手当金、出産育児一時金、家族出産育児一時金、出産手当金、埋葬料(費)、家族埋葬料

健康保険証は 正しく使いましょう

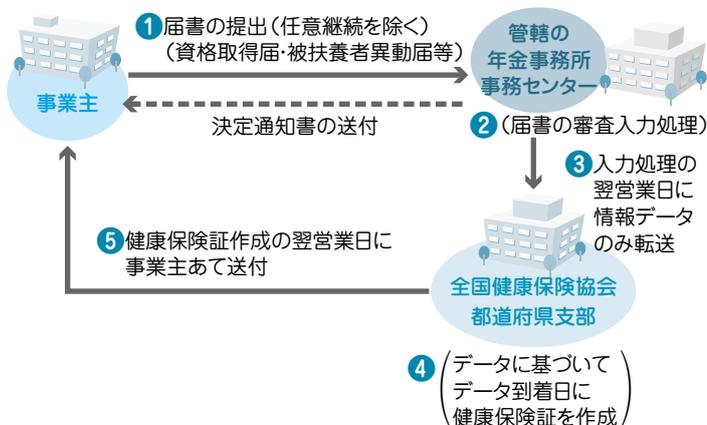


一人ひとりに交付される健康保険被保険者証

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

また、70~74歳の方には、健康保険証のほかに「高齢受給者証」が交付されます。

健康保険証の発行の流れ



健康保険被保険者証(被保険者用)

平成27年6月29日以降に発行の健康保険証

健康保険被保険者証	本人(被保険者)	00123
	平成28年 7月10日交付	
	記号 21700023	番号 123
氏名	キョウカイ 伊吹 協会 一郎	
生年月日	昭和 59年 8月 25日	
性別	男	
資格取得年月日	平成 28年 7月 1日	
事業所名称	<input type="radio"/> 株式会社	
被保険者番号	0:10:10:0:11	
被保険者名称	全国健康保険協会 <input type="radio"/> 支部	
被保険者所在地	<input type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 区 <input type="radio"/> 町 <input type="radio"/> 一 <input type="radio"/> 一 <input type="radio"/>	

QRコード

印

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

健康保険証は、大切に保管してください!

- 1 受け取った際に、記載内容の確認をしてください
- 2 受診する際は必ず提示してください
- 3 健康保険証の貸し借りは法律で禁止されています
- 4 被扶養者に変更が生じたら5日以内に届け出てください
- 5 紛失・破損したら、届け出て再交付を受けてください
- 6 会社を退職するときは被保険者・被扶養者すべての方の健康保険証を返却してください

業務災害によるケガは労災保険で

工作中(業務災害)や通勤途中の事故が原因となって起きた病気やケガについては原則、健康保険証は使えません。労災保険(労働者災害補償保険)の対象となるため、事業主に届け出てください。

資格喪失日(退職日の翌日)以降は、健康保険証を使用できません

健康保険証は、資格を喪失した日(退職日の翌日、扶養から外れた日)から使用することはできません。

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

(例)被保険者が3月20日で退職したとき



協会けんぽに加入していた期間

被保険者の資格喪失日

- 1 適用事業所に使用されなくなった日の翌日(退職日等の翌日)
- 2 75歳になった等の理由により、後期高齢者医療制度の被保険者になった日
- 3 死亡した日の翌日

(例)被扶養者が4月1日に就職したとき



被扶養者の資格喪失日

- 1 被保険者が資格喪失した場合はその同日
- 2 就職・婚姻等により扶養から外れた日
- 3 75歳になった等の理由により、後期高齢者医療制度の被保険者になった日
- 4 死亡した日の翌日

健康保険証は退職日の翌日から使用できません

退職される方、扶養家族から外れる方がいらっしゃる場合

- 被保険者の方が退職された場合は、ご本人・ご家族（被扶養者）すべての健康保険証・高齢受給者証をお勤め先に返却してください。
- 被扶養者の方が就職や結婚などで扶養から外れたときは、その方の健康保険証を被保険者のお勤め先に返却してください。
- 事業主の方は、健康保険証をすみやかに回収のうえ、資格喪失届・被扶養者異動届に添付して年金事務所（事務センター）へ提出してください。
- 資格喪失届・被扶養者異動届に添付できなかった健康保険証は、確実に回収のうえ、年金事務所（事務センター）または協会けんぽへ、すみやかに返却してください。

退職後のよくある誤解

- ・ 新しい健康保険証が届くまでの間は使えるだろう
- ・ 月の途中の退職だから月末までは使えるだろう
- ・ 会社から何も言われていないので使えるだろう



いずれの場合も
健康保険証は使用できません

お勤めされていた事業所を通じて健康保険証をご返却ください。

資格のなくなった健康保険証を使用した場合

資格喪失日以降、資格のない健康保険証を提示して保険医療機関にかかった場合、医療費は、全額自己負担となるため、保険使用分は返還していただくことになりますので、ご注意ください。

（例）Aさんが医療費10,000円（10割）を受診した場合〔Aさんは義務教育就学以後70歳未満〕

- ① **Aさん** ⇒ 医療機関で健康保険証を提示して保険診療を受けた場合、3,000円（3割）を一部負担金として支払。
- ② **医療機関** ⇒ 保険分として、7,000円を協会けんぽへ請求。
- ③ **協会けんぽ** ⇒ 健康保険証の提示確認が行われているため、医療機関に7,000円（7割）を支払。
- ④ **協会けんぽ** ⇒ 医療機関に支払った7,000円（本来支払う必要のなかった費用）をAさんに返還請求。

● 全国健康保険協会が負担する必要のない医療費が発生しています ●

退職などで健康保険の資格を失った方が、事業主に健康保険証を返却せずに医療機関を受診する場合があります。

本来、協会けんぽが負担する必要のない医療費を負担することとなり、健康保険料率に大きな影響を及ぼしかねません。

退職や扶養から外れた方の健康保険証の回収・ご返却をお願いいたします。

健康保険証等をなくしたとき

健康保険証紛失の場合は再交付

健康保険証や高齢受給者証をよごしたり、なくしたときは、「健康保険被保険者証再交付申請書」や「健康保険高齢受給者証再交付申請書」を提出し、新しく交付を受けます。提出の際、古い健康保険証があれば、それを添付してください。なお、外出時の紛失や盗難の場合は、警察署への届出もしてください。

記載例

健康保険 被保険者証再交付申請書 健康保険 高齢受給者証再交付申請書

健康保険 被保険者証 再交付申請書

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

記入例: 01123456789アイウ

被保険者証の(ご住所) 記号: 21700023 番号: 123 生年月日: 590825

氏名・印: 協会 一郎

住所: 〒000-0000 大阪 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

チェック項目	再交付が必要な方の氏名	生年月日	性別	再交付の理由
必要となる場合	協会 花子	昭和61年11月12日	男	減失
			女	き損
			男	その他
			女	

備考: 外出時に保険証の入った鞆を置き忘れ、行方が分からなくなった。

事業所所在地: 〒000-0000 〇〇市〇〇町1-3

事業所名称: 〇〇株式会社
事業主氏名: 健保 二郎

社会保険労務士の提出代行書記録欄: 211116

再交付が必要な方のみ
ご記入ください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。



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

再交付の理由が「減失」や「その他」の場合は、理由を詳しく記入してください。

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

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

記入例: 01123456789アイウ

被保険者証の(ご住所) 記号: 21700023 番号: 123 生年月日: 590825

氏名・印: 協会 一郎

住所: 〒000-0000 大阪 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

再交付が必要な方	氏名	生年月日	性別	再交付の理由
	協会 美子	昭和19年9月22日	女	減失
			男	き損
			女	その他
			男	

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

事業所所在地: 〒000-0000 〇〇市〇〇町1-1

事業所名称: 〇〇株式会社
事業主氏名: 健保 二郎

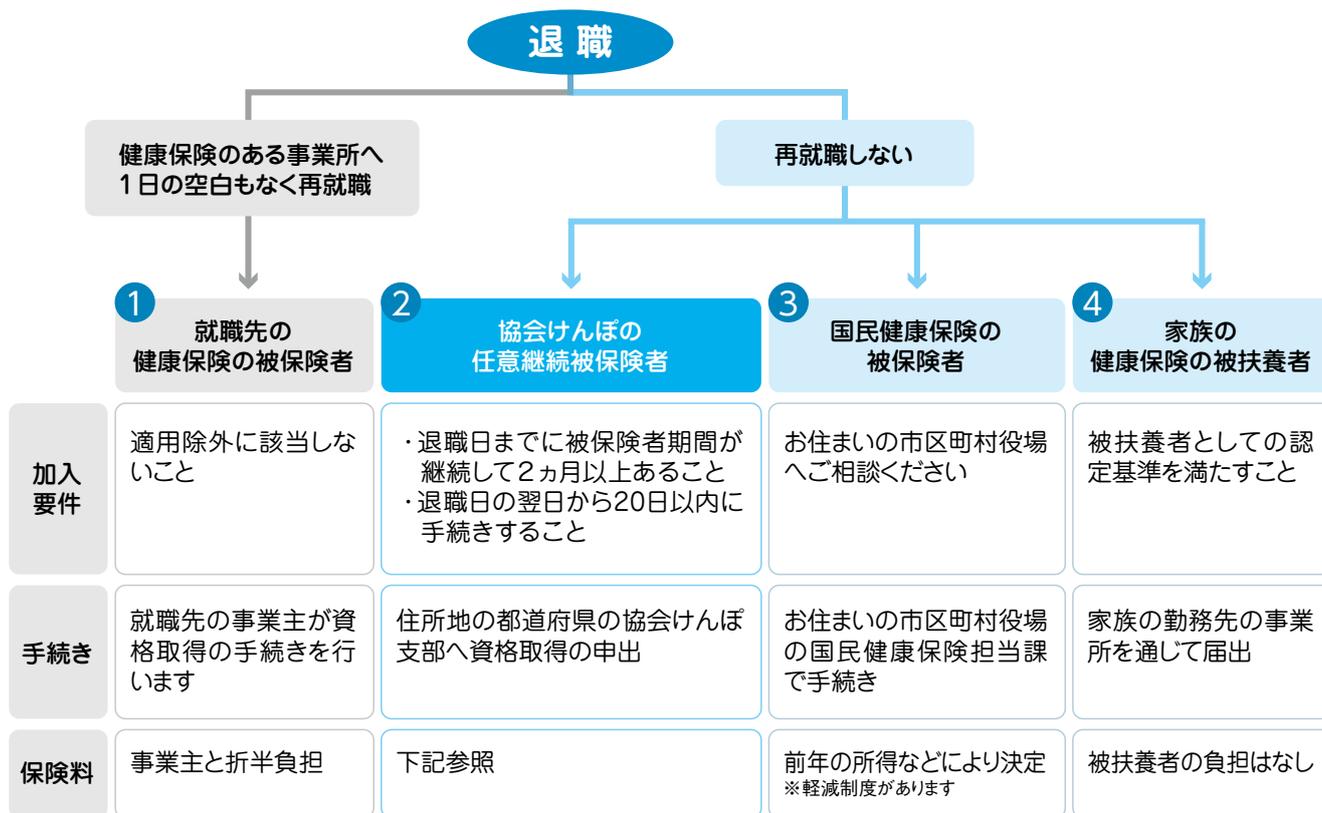
提出時期	健康保険証や高齢受給者証を紛失したとき
提出先	事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の場合→事業所を管轄する全国健康保険協会都道府県支部 任意継続被保険者およびその被扶養者の場合→住所所在地を管轄する全国健康保険協会都道府県支部
添付書類	「き損」による再交付を申請する場合は、「き損」した健康保険証や高齢受給者証を添付してください。

退職後も健康保険へ 継続加入をしたいとき

退職後の健康保険への加入

74歳までの被保険者が退職などでその資格を喪失した場合には、引き続き何らかの健康保険制度への加入が義務づけられています。

退職後はご自身の状況に応じて、下記の選択肢のいずれかに健康保険の加入手続きをする必要があります。



任意継続被保険者の1ヵ月の保険料

$$\text{退職時点の標準報酬月額} \times \text{お住まいの都道府県別健康保険料率} = \text{任意継続の保険料}$$

事業主の届出によって登録された給与の月額
上限は28万円(改正される場合あり)

40~64歳の方は介護保険料率が上乘せ

全額自己負担

※国民健康保険の保険料とは算定方法が異なります。詳細はお住まいの市区町村役場へご確認ください(場合によっては軽減されることもございます)。

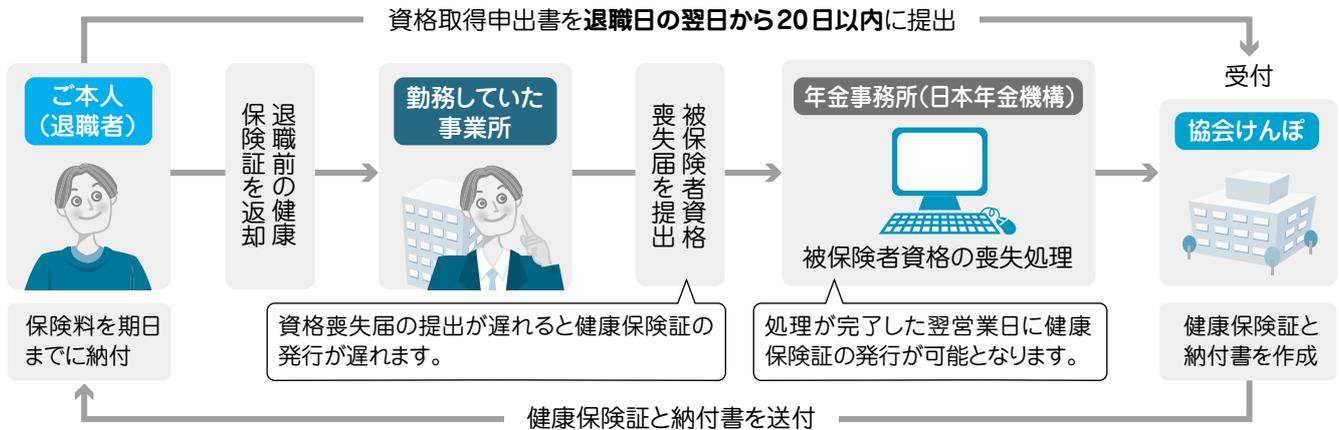
協会けんぽの任意継続被保険者となるためには

被保険者資格を喪失したときは、下記の条件を満たしている場合、協会けんぽの健康保険に引き続き加入(上図の②)することができます。

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

任意継続の申請から健康保険証発行までの流れ

退職した事業所の健康保険証を持っておられる方は、退職後は使用できませんので、すみやかに退職した事業所へご返却ください



加入と資格喪失

加入

加入できるのは最長で2年間です。(退職日の翌日から加入)

資格喪失

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

任意継続被保険者の資格を喪失するとき

- ① 保険料を納付期限までに納めなかったとき
- ② 任意継続被保険者となった日から2年を経過したとき
- ③ 任意継続被保険者が亡くなったとき
- ④ 就職等により健康保険・共済組合等の被保険者になったとき
- ⑤ 75歳になった等の理由により、後期高齢者医療制度の被保険者になったとき

(④、⑤の場合は、資格喪失申出書の提出が必要です)

任意継続加入中の健康保険給付について

任意継続被保険者になった場合、原則として、在職時と同様の保険給付(傷病手当金・出産手当金を除く)が受けられます。

※傷病手当金および出産手当金は、任意継続の加入と関係なく、在職時からの継続給付の要件を満たす必要があります。

任意継続手続きのセットをご利用ください

協会けんぽ大阪支部では、退職した方が任意継続を申出する際に必要な手続きセットを用意しました。事業所でお取り寄せいただき、退職後に任意継続被保険者の申込をされる方にお渡しいただければ、手続きがスムーズに行えます。

「協会けんぽ継続セット」専用の送付依頼書(FAX送信票)をホームページ上に用意しましたので、ダウンロードしてご利用ください。

TEL(ご相談用) 06-7711-4300
FAX送信先 06-7711-4610

記載例

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

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

TEL ×××(×××) △△△△ (協)

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書
本人(被保険者) 00123
手続28年7月10日交付
記号 21700023 番号 123
氏名 協会 一郎
生年月日 昭和 59年 8月 25日
性別 男
資格喪失年月日 平成 28年 7月 1日

記号・番号は、在職時の健康保険証に記載されています。

被扶養者がいる場合は、必要事項を記入してください。添付書類が必要になる場合があります(下記添付書類を参照)

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

申出者記入用 (取)

記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 記入の手引き」をご確認ください。
申出書は、指書で枠内に丁寧に記入してください。 記入用紙 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

勤務していた時に使用していた被保険者証の発行都道府県 ○○ 支部 ○○

勤務していた時に使用していた被保険者証の記号 (左づめ) 2 1 7 0 0 0 2 3 1 2 3

番号 1 2 3

生年月日 年 月 日
 昭和 5 9 0 8 2 5
 平成

氏名・印 (フリガナ) キョウカイ イチロウ
協会 一郎

住所 (〒000-0000) 大阪 都 道 府 県 ○○市○○町1-1
電話番号 (日中の連絡先) TEL ×××(×××)×××× △△マンション101

勤務していた事業所の名称 ○○株式会社 所在地 ○○市○○町○○1-3

資格喪失年月日 (退職日の翌日) 平成 29 年 3 月 21 日

保険料の納付方法 2 1. 口座振替(毎月納付のみ) 2. 毎月納付 3. 6か月前納 4. 12か月前納
「口座振替」を希望される方は、別途「口座振替依頼書」の提出が必要です。

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

必要添付書類については、「健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書 記入の手引き」をご確認ください。

被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
協会 花子	ハナコ	昭和 61 年 11 月 12 日	妻	主婦	0 万円	同居	別居
協会 大翔	ハルト	平成 23 年 9 月 10 日	子	なし	0 万円	同居	別居

マイナンバー: 1234567890123 (妻), 1234567890123 (子)

被保険者のマイナンバー(記載欄) (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マインナーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 株式会社 協会けんぽ

口座振替を希望する方は「1」、納付書による毎月納付を希望する方は「2」、納付書による6ヵ月前納は「3」、12ヵ月前納は「4」を□の中に記入してください。

被扶養者のマイナンバーを忘れずに記入してください

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

- 提出期限** 退職日の翌日(資格喪失日)から20日以内。郵送の場合は、20日以内に支部必着。
※やむを得ない正当な理由(天災地変、交通・通信関係のスト等)があると認められるときは、提出期限を過ぎても受理される場合があります。
- 提出先** ご自宅の住所地を管轄する協会けんぽ都道府県支部

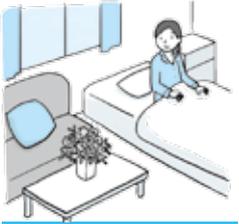
- #### 添付書類チェックリスト
- 引き続き被扶養者となる方
 - 添付書類は不要です。
退職時に被扶養者であった方が、引き続き被扶養者となる場合、被扶養者要件確認のための添付書類は不要です。
 - 新たに被扶養者となる方
 - 16歳以上の方は、収入要件を満たすことを確認できる書類(「所得証明書」「非課税証明書」など)
※高校生以上の学生の方は、職業欄に在学中の学校名および学年(××高校2年、○○大学3年)を記入することで、収入確認書類は不要となります。
※別居の場合は、仕送り額の確認できる書類が必要です。
 - 申出者と姓が異なる場合は、続柄を確認できる書類(「住民票」「戸籍抄本」など)
 - 申出者の配偶者、子、父母、祖父母、孫、兄弟姉妹以外の方を被扶養者として届け出る場合は、その方が申出者と同居していることを証明できる書類(「住民票」)



健康保険証を提示して 治療を受けるとき

病気やケガをしたとき(療養の給付)

健康保険の被保険者や被扶養者が業務災害・通勤災害以外の事由により病気やケガをしたときは、保険医療機関(病院・診療所)に健康保険証および高齢受給者証を提出し、一部負担金を支払うことで、診療・処置・投薬・入院などの治療を受けることができます。また、医師の処方せんを受けた場合は、保険薬局で薬剤の調剤をしてもらうことができます。

 <p>診察・検査</p> <p>身体に異常があれば、いつでも健康保険で医師の診察や治療に必要な検査が受けられます。</p>	 <p>薬・治療材料</p> <p>治療に必要な薬は、「薬価基準」に掲載されているものに限って支給されます。また、松葉杖や歩行補助器は治療に必要な期間、貸し出ししてもらえます。</p>	 <p>処置・手術</p> <p>注射や処置・手術はもちろん、放射線療法、療養指導なども受けられます。ただし、認められていない特殊な治療は健康保険で受けられません。</p>	 <p>入院・看護</p> <p>入院中の食事・生活療養については1食・1日につき、決められた額を負担します。特別室(個室など)を希望するときは差額室料の負担が必要です。</p>	 <p>在宅療養・訪問看護</p> <p>医師が必要と認めれば、在宅療法の指導が受けられます。また、訪問看護ステーションから派遣された看護師による訪問看護なども受けられます。</p>
--	--	--	--	---

一部負担金

保険医療機関で医療を受けたときや保険薬局で薬の調剤をしてもらったときは、保険医療機関等の窓口で一部負担金を支払います。医療費の負担割合は、本人・家族、入院・外来にかかわらず、年齢等によってその負担割合が区分されています。

また、入院した場合の食事代として、1食につき決められた標準負担額を負担しなければなりません。療養病床に入院する65歳以上の方は、食費と居住費を合わせて決められた標準負担額を負担することになります。なお、これらの標準負担額は、高額療養費(23頁参照)の対象とはなりません。

●一部負担金の割合

義務教育就学前	2割負担	
義務教育就学以後70歳未満	3割負担	
70歳以上75歳未満 (後期高齢者医療の対象者を除く)	一般 昭和19年4月1日以前生まれ	1割負担
	一般 昭和19年4月2日以降生まれ	2割負担*
	現役並み所得者	3割負担

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

●現役並み所得者とは

現役並み所得者とは、70歳以上75歳未満の高齢受給者のうち、標準報酬月額が28万円以上の被保険者とその被扶養者です(被保険者が70歳未満の場合は、その高齢受給者である被扶養者は、現役並み所得者とはなりません)。ただし、高齢受給者の被保険者・被扶養者の年収合計額*が520万円(高齢受給者である被扶養者がいない場合は383万円)未満であるときは、申請により、生年月日に応じて1割または2割負担となります。

*被扶養者が後期高齢者医療制度の被保険者となったときでも、被扶養者でなくなってから5年間は被扶養者であった方の年収と併せて計算できます。

●入院時の食事代の標準負担額

(平成30年4月～)

区 分		1食当たり負担額
一般		460円 ^{※1,2}
低所得者世帯	90日までの入院 ^{※3}	210円
	91日以降の入院	160円

※1 一般の標準負担額は、平成30年3月までは「360円」です。

※2 難病患者、小児慢性特定疾病患者については、負担額が「260円」に据え置かれています。

※3 入院日数は、他の保険者等の入院日数を合わせて計算できます。



健康保険で受けられない診療

健康保険の「療養の給付」は、病気やケガをしたときの治療を対象として行われます。このため、日常生活に何ら支障がないのに受ける診療（美容整形など）に健康保険は使えません。妊娠も病気とはみなされないため、正常な状態での妊娠・出産は健康保険の適用から除外されています。

業務災害や通勤災害によるケガ

業務災害(勤務先の仕事)の原因による病気やケガ、通勤途上に被った災害などが原因の病気やケガについては、原則健康保険の給付は行われません。

健康保険が 使えない ケース	例外的に健康保険が 使える ケース
●単なる疲労や倦怠	●疲労が続き病気が疑われるような場合
●美容を目的とする整形手術	●斜視等で労務に支障をきたす場合、生まれつきの口唇裂の手術、ケガの処置のための整形手術、他人に著しい不快感を与えるワキガの手術など
●シミ・アザなどの先天的な皮膚の病気	●治療が可能で治療を必要とする場合
●近視の手術など	●視力に変調があって医師の診察・検査を受ける場合、小児弱視等の治療に使用する眼鏡など
●研究中の先進医療	●大学病院などで厚生労働大臣の定める診療を受ける場合
●予防注射	●感染の危険があるハシカ、百日ぜき、破傷風、狂犬病の予防注射
●正常な妊娠・出産	●妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)などによる異常分娩の場合
●経済的理由による人工妊娠中絶	●母体に危険が迫った場合に母体を保護するための人工妊娠中絶

こんな場合は保険給付が制限されることがあります

次のような場合の病気やケガについては、健康保険制度の健全な運営を阻害することになりますので、給付が受けられなかったり、一部を制限されることがあります。

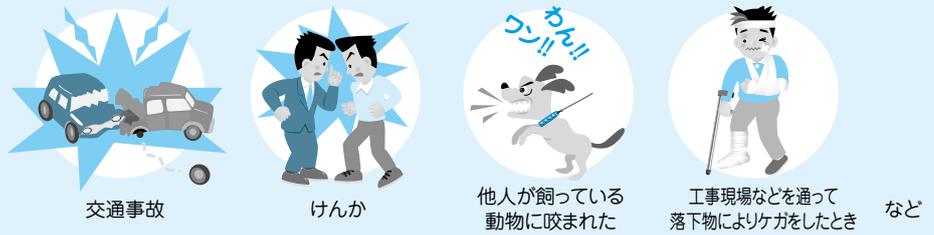
- 1** 犯罪行為や故意に事故(病気・ケガ・死亡など)を起こしたとき
- 2** けんか、酒酔いなどでケガや病気をしたとき
- 3** 正当な理由もないのに医師(病院)の指示に従わなかったとき
- 4** 詐欺、その他不正に保険給付を受けたり、受けようとしたとき
- 5** 協会けんぽ(保険者)の指示する質問や診断を拒んだとき
- 6** 刑事施設や少年院などにいるとき
(保険給付を行うことが事実上不可能なため、支給されません。ただし、埋葬料と被扶養者への支給は行われます)

● 第三者行為による傷病届について ●

私用中に発生した交通事故、けんか、他人のペットにかまれたなど、第三者(相手方)の行為によって負傷などをした際に、健康保険証を使用して治療を受ける場合は、必ず「第三者等の行為による傷病届」をご提出ください。

健康保険を使用して治療を受けた場合、本来、相手方が支払うべき治療費を協会けんぽが立て替えて支払うことになり、後に保険給付に要した費用を協会けんぽから相手方に請求することになるため、お届けをいただく必要があります。

●第三者行為とは
(業務災害や通勤途上のものを除きます)



※届書をすぐに提出できないときは、取り急ぎ事故等の状況をお電話等によりお知らせいただき、後日できるだけ早くご提出をお願いします。

<お問い合わせ> 全国健康保険協会都道府県支部



医療費の立替払い、治療用装具作成や海外で診療を受けたとき

立替払いや治療用装具を作成したとき(療養費)、海外で診療を受けたとき(海外療養費)

健康保険では、「やむを得ない事情で健康保険証を提示できず、医療費の全額(10割負担)を支払ったとき」や「治療のために装具を作成したとき」「海外旅行中などに急な病気やケガのため現地で診療を受けたとき」などの場合、あとで請求して療養費の払い戻しを受けることができます。

● 療養費が受けられる主なケース ●

- 1 やむを得ず保険医療機関でない病院などで診療を受けたとき
- 2 資格取得届の手續き中で被保険者資格を証明できず、自費で診療を受けたとき
- 3 コルセットなどの治療用装具を医師の指示で作成し、装着したとき
- 4 病院を通して生血を購入し輸血したとき
- 5 はり・きゅう・マッサージの治療を医師の同意を得て受けたとき
- 6 海外の医療機関で診療を受けたとき(業務災害によるケガなどは除きます。また、治療を目的に海外に向いた場合は対象外です)
- 7 柔道整復師(整骨院・接骨院)から施術を受けたとき

柔道整復師(整骨院・接骨院)で

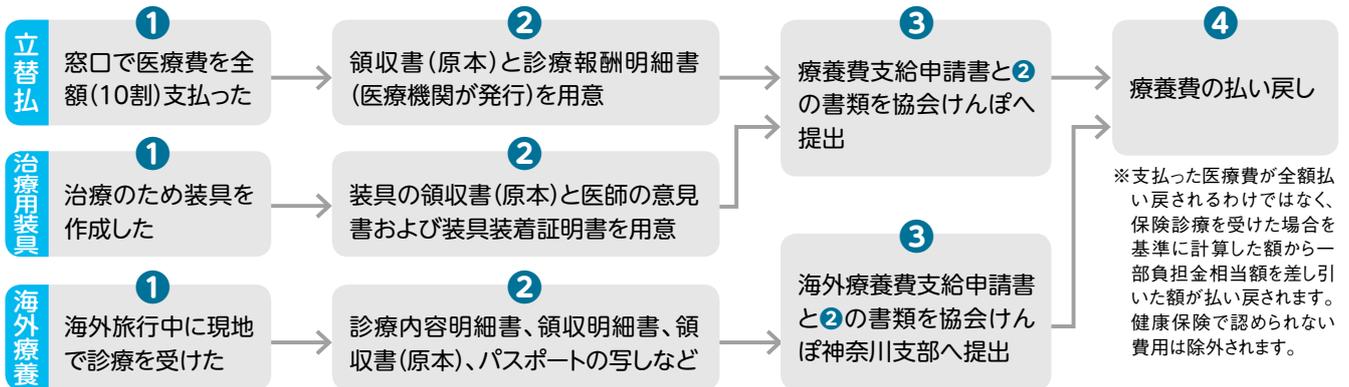
健康保険が**使える**場合

- 急性・亜急性の外傷性の骨折、脱臼、捻挫、打撲、肉離れなど(骨折や脱臼は応急手当を除き、医師の同意が必要です)

健康保険が**使えない**場合

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

● 療養費払い戻しの手順



差額を負担して医療を受けるとき(保険外併用療養費)

健康保険では、保険が適用されない保険外診療があると、保険が適用される診療も含めて、医療費の全額が自己負担となります。ただし、保険外診療を受ける場合でも、保険診療との差額を負担すれば健康保険が使える療養があります。これらを評価療養や選定療養及び患者申出療養といい、通常の治療と共通する部分(診察・検査・投薬・入院料など)については、一般の保険診療と同様に扱われ、その部分については一部負担金を支払うこととなり、残りの額を「保険外併用療養費」として健康保険から(現物で)給付が行われます。評価療養や選定療養及び患者申出療養の料金は、患者さんが自費で支払います。

※患者申出療養は、困難な病気と闘う患者さんが、国内未承認の新薬や医療機器による治療を望んだ場合に、保険外併用療養の仕組みとして平成28年4月1日から導入されたものです。

● 評価療養と選定療養の主なもの

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

健康保険 被保険者・家族療養費支給申請書(立替払等)

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

TEL XXX(XXX) △△△△ (押印)

立替払等の場合

健康保険 被保険者 家族療養費支給申請書(立替払等) 1 ページ

健康保険 被保険者証 本人(被保険者) 00123 平成28年7月10日交付
記号 21700023 番号 123

被保険者証の記号 21700023 番号 123

氏名・印 協会 一郎

住所 大阪 〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101

金融機関名称 〇〇 〇〇 〇〇

預金種別 1. 普通 2. 当座 3. 別荘 4. 通知 〇〇

口座番号 1234567

口座名義 キョウカイ イチロウ

被保険者 協会 一郎

代理人 〇〇

社会保険労務士の届出代行番号 661119

健康保険 被保険者証 本人(被保険者) 00123 平成28年7月10日交付
記号 21700023 番号 123

氏名 協会 一郎
生年月日 昭和 59年 8月 25日
性別 男
被保険者種別 平成 28年 7月 1日

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

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

金融機関名称 ゆうちょ 〇〇〇〇 〇〇〇〇

預金種別 1. 普通 2. 当座 3. 別荘 4. 通知 〇〇

口座番号 1234567

口座名義 キョウカイ イチロウ

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号を記入してください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

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

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

領収書(領収明細書)に記載されている金額を記入してください。

健康保険 被保険者 家族療養費支給申請書(立替払等) 2 ページ

被保険者氏名 協会 一郎

1. 受診者 2. 被保険者 3. 家族(被扶養者)

① 家族の場合はその方の氏名 協会 花子 生年月日 平成 61年 11月 12日

② 病名 感冒 発病または負傷年月日 平成 30年 2月 5日

③ 病状の経過(詳しく) 1. 病状 咳がひどく、高熱が出たため、受診した。

④ 診療を受けた医療機関等の名称 〇〇総合病院 〇〇市〇〇町1-4 診療した医師等の氏名 保険 勤三郎

⑤ 診療を受けた期間 (平成) 年 月 日 から (平成) 年 月 日 まで 日数 1 日

⑥ 診療に要した費用の額 5,500 円

⑦ 診療の内容 点滴を受け、薬を処方された。

⑧ 療養費の支給申請の理由 2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため

⑨ 療養費の支給申請の理由 3. 別々の被保険者の被保険者証を使用したため

6611218

全国健康保険協会 協会けんぽ



負傷原因届 負傷(ケガ)がもつて申請する場合

これらの支給申請をするときに必要です

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

初回の申請時のみ提出が必要です。



記号・番号は、健康保険証に記載されています。

負傷原因が、第三者によるものの場合、「第三者行為による傷病届」も提出が必要になります。詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。

負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)記入してください。

業務(通勤)災害に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定しますので、詳しくは労働基準監督署にお問い合わせください。

提出時期 療養に要した費用を支払った日の翌日から2年以内

添付書類チェックリスト

<input type="checkbox"/> 立替払い	<input type="checkbox"/> 病院からの診療報酬明細書(傷病名や診療内容の記載があるもの)の原本
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(10割の支払分、返納金の領収書 等)
<input type="checkbox"/> 装具	<input type="checkbox"/> 医師の意見および装具装着証明書の原本
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(内訳の記載があるもの)
	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> 靴型装具を作成された場合は当該装具の写真
	<input type="checkbox"/> 眼鏡等作成指示書(目の検査結果、傷病名※の記載がある医師の証明) ※傷病名…「小児の弱視、斜視および先天性白内障術後の屈折矯正」
	<input type="checkbox"/> 検査書(「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果のコピー)
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(内訳の記載があるもの)
<input type="checkbox"/> 弾性着衣等	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
	<input type="checkbox"/> 弾性着衣等装着指示書の原本
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(内訳の記載があるもの)
<input type="checkbox"/> 海外療養費	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
	<input type="checkbox"/> 海外の医師が作成した診療内容明細書の原本
	<input type="checkbox"/> 海外の領収明細書の原本
	<input type="checkbox"/> 日本語の翻訳文(翻訳者の署名、住所、及び連絡先を記入)
	<input type="checkbox"/> パスポートのコピー(海外渡航者の写真が確認できるページおよび出入国の確認ができるページ)
<input type="checkbox"/> 海外での診療等を担当した医療機関等に照会することの同意書	



医療費が高額になりそうなき

限度額適用認定証をご利用ください

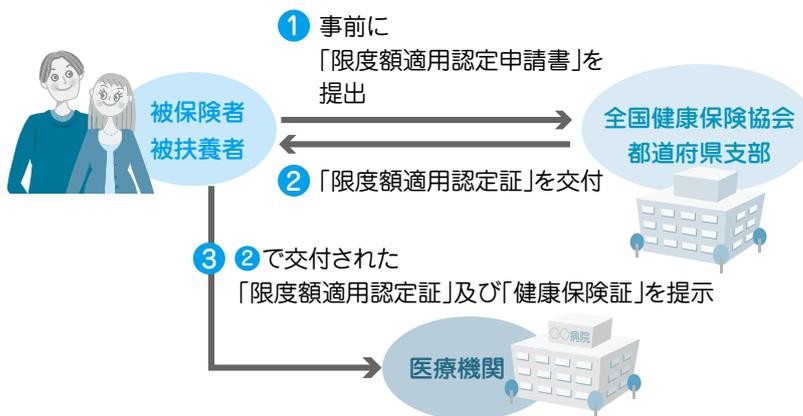
健康保険には、高額な医療費を支払った場合に、あとで自己負担限度額を超えた分について払い戻される「高額療養費制度」があります(23頁参照)。しかし、払い戻されるとはいえ、高額な医療費の支払いは、大きな負担になります。

そこで、70歳未満の方が高額な窓口負担が発生する場合には、事前に申請して交付された「**限度額適用認定証**」を医療機関窓口へ提示することで、医療機関ごと(1ヵ月単位)の窓口負担が法定の自己負担限度額までとなります。

70歳以上75歳未満の方の場合は、健康保険被保険者証と高齢受給者証を医療機関に提示することにより、窓口での支払いが自己負担限度額までとなります。

※平成30年8月以降は、70歳以上現役並み所得者の所得区分が3つに細分化され、現役並み所得者の一部の方は限度額適用認定証が必要となります。

限度額適用認定証申請から利用の流れ



有効期限

申請には、交付必要期間を記入いただき、受付した月の初日から最長1年間の範囲が有効期間となります。

なお、被保険者の市区町村民税が非課税の方が利用する「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」は、受付した月の初日から初めて到来する7月末日が有効期限となります。



- 1ヵ月に2ヵ所以上の医療機関に通院・入院した場合は、あとで高額療養費の支給申請が必要となる場合があります。
- 高額療養費の多数該当となり4ヵ月目から自己負担限度額が軽減される場合でも、当該認定証による負担は軽減前の自己負担限度額が適用される場合がありますので、この場合には高額療養費の申請をしてください。
- 被保険者の方の市区町村民税が非課税の場合は、限度額適用認定申請書ではなく、「**限度額適用・標準負担額減額認定申請書**」により申請してください。この場合は70歳以上75歳未満の方も必要です。

透析をされている方や血友病の方などは、特定疾病療養受療証をご利用ください

長期間にわたって高額な医療費がかかる病気にかかった場合は、申請して交付された「**特定疾病療養受療証**」を窓口へ提示することで、1ヵ月の自己負担額が、医療機関ごと(入院、通院、薬局ごと)に以下の自己負担限度額までとなります。

「特定疾病療養受療証」の発効期日は、**受付した月の初日**(健康保険の加入月に申請された場合は、資格取得日)となります。

対象となる病気	自己負担限度額
①人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ②血友病 ③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	10,000円 (ただし、①については70歳未満で標準報酬月額53万円以上の方とその被扶養者は、20,000円)

※人工透析を受ける慢性腎不全の方は、院外薬局の分を合わせた場合に自己負担限度額を超える場合は、高額療養費の申請を行い払戻しを受けることになります。

記載例

健康保険 限度額適用認定申請書 **1**の様式
健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書 **2**の様式

1 70歳未満の低所得者以外の方用

健康保険 限度額適用認定申請書 被保険者記入用 **限**

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

被保険者証の
記号 番号 生年月日 年 月 日
 昭和 平成

氏名-印  自署の場合は押印を省略できます。

住所 (〒 000-0000) 大阪 市 〇〇 町 1-1
△△マンション101
電話番号 (日中の連絡先) TEL XXX (XXX) XXXX

療養を受ける方
氏名 生年月日 昭和 平成 年 月 日
療養予定期間 平成 30 年 1 月 ~ 平成 30 年 12 月 申請月の前日から療養で1年間となります。
なお、申請月の前日より前日に療養はできません。

送付希望先
住所 (〒 000-0000) 大阪 市 〇〇 町 〇〇-〇〇
電話番号 (日中の連絡先) TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
宛名 〇〇商事 〇〇

申請代行書欄
氏名-印  被保険者との関係 被保険者本人が入居中ではないため、
 その他
申請代行の理由 ()

※療養認定申請書の送付先または、申請書を送る場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますので十分に注意ください。
上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。 平成 30 年 1 月 〇 日

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の
届出代行書名記載欄
届出番号 届出期間 月 日 日

 全国健康保険協会 協会けんぽ 1 / 1

健康保険 被保険者証 本人(被保険者) 00123
記号 21700023 番号 123
氏名 協会 一郎
生年月日 昭和 59年 8月 25日
性別 男
健康保険年月日 平成 28年 7月 1日
事業所名称 〇〇株式会社
保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
保険者所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

認定対象者が被保険者か被扶養者かにかかわらず被保険者の氏名を記入してください。

入院され自宅で認定証の受け取りができない場合などに記入してください。不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付します。

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 被保険者証 本人(被保険者) 00123
記号 21700023 番号 123
氏名 協会 一郎
生年月日 昭和 59年 8月 25日
性別 男
健康保険年月日 平成 28年 7月 1日
事業所名称 〇〇株式会社
保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
保険者所在地 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

2 特定疾病療養受療証交付申請用

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 被保険者記入用 **特**

記入方法および添付書類等については、「健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、箱書で特内に丁寧に記入してください。 記入用紙 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者証の
記号 番号 生年月日 年 月 日
 昭和 平成

氏名-印  自署の場合は押印を省略できます。

住所 (〒 000-0000) 大阪 市 〇〇 町 〇〇-〇〇
△△マンション101
電話番号 (日中の連絡先) TEL XXX (XXX) XXXX

療養を受ける方
氏名 生年月日 昭和 平成 年 月 日
疾病名 1 血液分画異常を呈している先天性血液腫瘍(白血病)または先天性血液腫瘍(白血病) (からの疾患)に該当する
2 人工弁を装着している慢性腎不全
3 骨髄移植を施行している慢性骨髄不全(移植後) (HIV陽性)を患い、厚生労働大臣の定める者に係るものに係る。

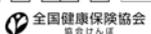
送付希望先
住所 (〒 000-0000) 大阪 市 〇〇 町 〇〇-〇〇
電話番号 (日中の連絡先) TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
宛名 〇〇健康商事

医師の意見書欄
下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。
上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成 30 年 4 月 1 日
医療機関の所在地 〇〇市 〇〇町 〇〇-1
医療機関の名称 〇〇クリニック
医師の氏名 東西 一之助
電 話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。 平成 30 年 4 月 〇 日

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の
届出代行書名記載欄
届出番号 届出期間 月 日 日

 全国健康保険協会 協会けんぽ 1 / 1

申請時期 70歳未満の被保険者および被扶養者が保険医療機関・保険薬局等での窓口支払額を軽減したいとき

- 添付書類チェックリスト**
- 負傷により治療を受ける場合は「負傷原因届」

- 特定疾病の該当する番号を□に記入してください。
- 入院され自宅で受療証の受け取りができない場合などに記入してください。不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付します。
- 医師の意見を受けてください。

申請時期 特定疾病の療養のため、高額に医療費がかかるとき

- 添付書類チェックリスト**
- 医師の証明
上記申請書内の「医師の意見欄」に医師の記入、証明を受けるか、特定疾病に関する意見書その他疾病にかかったことを証明する書類(診断書など)を添付してください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

3 市区町村民税非課税などの低所得者用

健康保険 被保険者証 本人(被保険者) 00123
 記号 21700023 番号 123
 氏名 協会 一郎
 生年月日 昭和 59年 8月 25日
 性別 男
 資格取得年月日 平成 28年 7月 1日

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

認定対象者が被保険者か被扶養者かにかかわらず被保険者の氏名を記入してください。

療養の方が申請を行った月以前1年間で長期入院(90日超)された場合は2ページ目を必ず記入してください。

入院され自宅で認定証の受け取りができない場合などに記入してください。不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

申請を行った月以前1年間の入院日数合計	91 日
1 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 29年 8月 6日 から 平成 29年 9月 25日 まで 51 日
入院した保険医療機関等	名称 ○○総合病院 所在地 ○○市○○区△△1-1
2 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 29年 11月 11日 から 平成 29年 12月 20日 まで 40 日
入院した保険医療機関等	名称 ○○総合病院 所在地 ○○市○○区△△1-1
3 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日
入院した保険医療機関等	名称 所在地
4 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日
入院した保険医療機関等	名称 所在地
5 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日
入院した保険医療機関等	名称 所在地

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村民税の証明を受けるか、別に(非)課税証明書の添付が必要です。
 当該被保険者(氏名 協会 一郎)は平成(29)年度の市区町村民税が課税されないことを証明する。
 市区町村民税 ○○市長 ○○ ○○ (市長)

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

本申請書に市区町村長の証明を受ける場合は、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。
 例 平成29年8月～30年7月診療分→平成29年度(平成28年中収入)の証明
 平成30年8月～31年7月診療分→平成30年度(平成29年中収入)の証明

申請時期 被保険者の市区町村民税が非課税の場合で、被保険者及び被扶養者が保険医療機関・保険薬局での窓口支払額を軽減したいとき

添付書類チェックリスト

低所得者	<input type="checkbox"/> 負傷により治療を受ける場合は「負傷原因届」
	被保険者の非課税証明書の原本など(※申請書の証明欄に記載を受けた場合は不要)
	<input type="checkbox"/> 4月～7月診療分の場合は、前年度の非課税証明書の原本
	<input type="checkbox"/> 8月～翌年3月診療分の場合は、当年度の非課税証明書の原本
直近1年以内に91日以上入院がある(長期入院)	<input type="checkbox"/> 入院期間が記載されている領収書のコピー

高額な医療費を支払ったとき

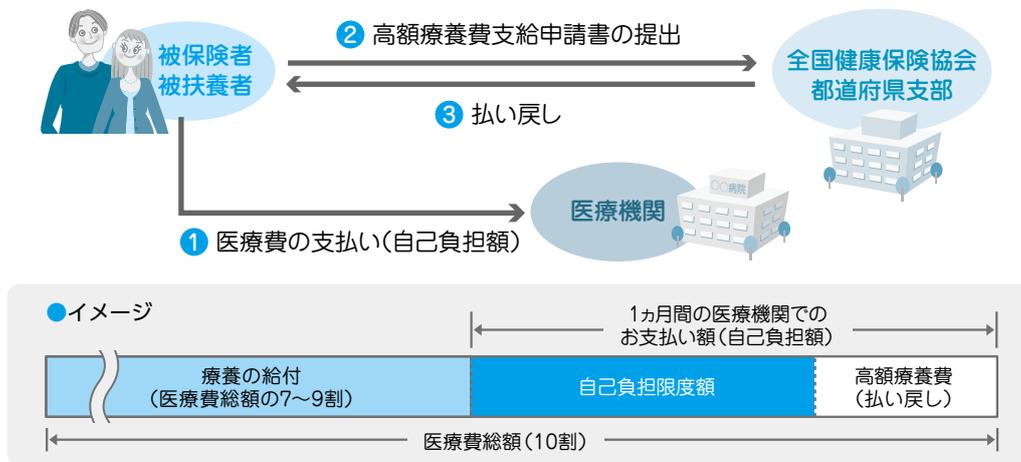
HPで高額療養費簡易試算

簡単な操作で70歳未満の方の「高額療養費の見込額」が試算できます。協会けんぽホームページをご参照ください。

高額療養費とは

同一月に保険医療機関で支払った一部負担（自己負担）額が高額になり、自己負担限度額を超えたときは、その超えた分があとで「高額療養費」として払い戻されます。

高額療養費の給付を受けるために提出するのが「健康保険 高額療養費支給申請書」です。70歳未満の方で、医療費が高額になることが事前にわかっている場合には、20頁の「限度額適用認定証」を提示する方法が便利です。



自己負担額の計算方法

- 1ヵ月単位（1日から末日）で計算
たとえば、1月10日から2月10日まで診療を受けた場合、1月10日～1月31日と2月1日～2月10日までの2件のレセプトとなり、それぞれのレセプトごとに計算します。
- 受診者ごとに計算
- 医療機関ごとに計算
- 医科・歯科別で計算
- 入院と通院は分けて計算
同じ医療機関でも入院と通院は分けて計算します。通院にかかる院外調剤分は通院分に合計します。
- 保険適用分が対象
食事代、差額ベッド代等は対象外です。
- 高額療養費の対象となる負担・対象とならない負担

複数の医療機関での診療分、同一世帯※の他の受診者分を合算する場合の計算

70歳未満の方

自己負担額が21,000円以上の分のみ合算できます。

70歳以上75歳未満の方

すべて合算できます。

※ここでいう世帯とは、協会けんぽに加入している被保険者およびその被扶養者のことです。

対象となる負担	対象とならない負担
<ul style="list-style-type: none"> 療養の給付の一部負担金 療養費の自己負担額相当額 保険外併用療養費の自己負担額相当額 訪問看護療養費の基本利用料 	<ul style="list-style-type: none"> 入院時食事療養費標準負担額 入院時生活療養費標準負担額 保険外併用療養費に係る自費負担分 訪問看護に係る保険外利用料



高額医療費貸付制度

払い戻しは、医療機関等から提出される診療報酬明細書（レセプト）の審査を経て行いますので、診療月から3ヵ月以上かかります。払い戻しまで時間を要するため、医療費の支払いに充てる資金として、高額療養費支給見込額の8割相当額を無利子で貸付する「高額医療費貸付制度」もあります。詳しくは全国健康保険協会都道府県支部までお問い合わせください。

自己負担限度額 (払い戻しの基準額)

1 年齢・被保険者の所得によって自己負担限度額が変わります

70歳未満の方の自己負担限度額の区分は、平成27年1月診療分より3区分から5区分に変更されました。

●70歳未満の方(表I)

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

●70歳以上75歳未満の方(表II)

29年8月~30年7月

区分	個人ごと (通院)	世帯ごと*1 (入院を含む)
現役並み所得者 (標準報酬月額28万円以上)	57,600円	80,100円+ (総医療費-267,000円)×1% (44,400円)
一般 (標準報酬月額26万円以下)	14,000円 (年間上限14.4万円)	57,600円 (44,400円)
低所得者Ⅱ (住民税非課税者等)	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ (所得が一定基準以下)		15,000円

30年8月~

区分	個人ごと (通院)	世帯ごと*1 (入院を含む)
標準報酬月額 現役並みⅢ 83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% (140,100円)	80,100円+ (総医療費-267,000円)×1% (44,400円)
現役並みⅡ 53万~79万円		
現役並みⅠ 28万~50万円		
一般 (標準報酬月額26万円以下)	18,000円 (年間上限14.4万円)	57,600円 (44,400円)
低所得者Ⅱ (住民税非課税者等)	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ (所得が一定基準以下)		15,000円

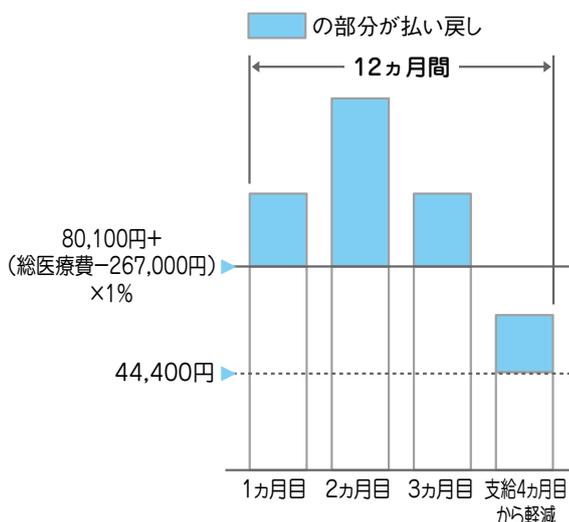
据置

*1 同じ世帯で同じ保険者に属する者
()内は多数該当

2 多数該当について

高額療養費の申請月以前の直近1年間に、3ヵ月以上高額療養費の支給を受けている場合、4ヵ月目からは自己負担額が軽減される措置です。

●70歳未満で所得区分ウの方の場合



3 受診者に「70歳未満の方」と「70歳以上75歳未満の方」がいる世帯の場合 (①、②、③を比べて支給額が一番高くなるもので支給します)

- 70歳以上75歳未満の加入者の通院自己負担額について、自己負担限度額を超えた分が払い戻されます(個人ごと。表IIで計算)。
- 70歳以上75歳未満の加入者について、通院と入院の自己負担額を合計し、世帯全体の自己負担限度額を超えた分が払い戻されます(表IIで計算)。
- 「70歳以上75歳未満の世帯全体の自己負担額」と「70歳未満の加入者の自己負担額」を合計し、「表Iの自己負担限度額」を超えた分が払い戻されます(表Iで計算)。

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

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

医療機関等で支払った額のうち、保険診療分の金額(差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などを除いた額)を記入してください。保険診療分の金額が明確でないときは、医療機関等の窓口で支払った金額を下段に記入してください。

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

他の公的制度から自己負担相当額またはその一部の助成を受けられる場合に記入してください。

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

1 2 ページ
被保険者記入用

被保険者氏名 **協会 一郎**

申請内容

1 診療月	平成 30 年 8 月		
2 受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	2. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	2. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
3 療養を受けた医療機関・薬局の名称	〇〇総合病院	〇〇総合病院	〇〇薬局
4 病気・ケガ(負傷)の場合は自傷原因を併せてご提出ください。	1. 病気(真実分擔含む) 2. ケガ(負傷)	1. 病気(真実分擔含む) 2. ケガ(負傷)	1. 病気(真実分擔含む) 2. ケガ(負傷)
療養を受けた期間	300801 から 31 まで	300806 から 12 まで	300806 から 12 まで
入院通院の別	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他
5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	145,820 円	24,000 円	5,800 円
6 自己負担額が不明の場合は支払った総額	2. はい 2. いいえ	2. はい 2. いいえ	2. はい 2. いいえ
7 他公的助成を受けていますか	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり
8 診療月	1 平成 30 年 5 月	2 平成 30 年 6 月	3 平成 30 年 7 月

市区町村長が証明する欄

市区町村長が証明する欄 当該被保険者は平成 年度の市区町村長税が課税されないことを証明する。 市区町村長名

印

641210

全国健康保険協会 協会けんぽ

2/2

申請期限 診療月の翌月1日から2年以内

添付書類チェックリスト

<input type="checkbox"/> 他の公的制度から助成を受けている方	<input type="checkbox"/> 領収書のコピー
<input type="checkbox"/> 低所得者	被保険者の非課税証明書の原本など(※申請書の証明欄に記載を受けた場合は不要) <input type="checkbox"/> 4月~7月診療分の場合は、前年度の非課税証明書の原本 <input type="checkbox"/> 8月~翌年3月診療分の場合は、当年度の非課税証明書の原本
<input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため、法定相続人(先順位者から)が申請する場合	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)



高額介護合算療養費(医療保険と介護保険の自己負担額が高額になったとき)

健康保険の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、1年間(8月1日～翌年7月31日まで)に負担した健康保険の一部負担金の額(高額療養費を除く)と介護保険の利用者負担額(高額介護サービス費を除く)を合算して、介護合算算定基準額を超えた分が払い戻されます。(※超えた金額が501円以上の場合に限る)

支給額は、世帯での医療・介護の自己負担額の年間合計額が、下表の基準額を超える場合に、その超えた金額を両制度の自己負担額の比率に応じて按分し、支給されます。詳細については、協会けんぽまでお問い合わせください。

●介護合算算定基準額

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

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

※標準報酬月額28万円以上の方については、平成30年8月から70歳未満の方と同様に、所得を細分化したうえで、限度額を引き上げる予定です。

記載例

高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

●支給申請の手順

介護保険者(市町村)に介護保険自己負担額証明書の交付を申請し、交付された自己負担額証明書を添付のうえ、申請者(被保険者)が7月31日(基準日)時点で加入されている医療保険者(全国健康保険協会都道府県支部)に申請します。

高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に協会けんぽに加入しており支給申請する場合)に①にチェックしてください

「対象となる計算期間」の欄の開始年月日が属する年度を記入してください

計算期間→平成〇〇年8月1日～翌年7月31日まで

「対象となる計算期間」内に別の医療保険、介護保険に加入していれば履歴を記入してください

申請者およびその被扶養者の協会けんぽ加入期間における受診歴(受診した年月)を記入してください

高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(申請者の方へ) 記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。 (保険者記入欄) 支給申請者整理番号

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。	申請対象年度	平成29年度	対象となる計算期間	29年8月1日から30年7月31日まで	1枚中	1枚目
------	--	--------	--------	-----------	---------------------	-----	-----

フリガナ	申請者氏名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
キョウカイ イチロウ	協会 一郎	年 月 日 から 年 月 日まで	添付省略
キョウカイ ハナコ	協会 花子	年 月 日 から 年 月 日まで	添付なし
キョウカイ サブロウ	協会 三郎	年 月 日 から 年 月 日まで	2012△△△

申請者 および その 被扶養者 の 協会けんぽ 加入期間 における 受診歴 (受診した年月) を 記入 してください

① 平成29年10月、平成30年6月 医院
花子: 平成29年12月、平成30年4～7月 総合病院

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
平成 年 月 日
申請者 住所 代理人の氏名と印

申請時期

基準日の翌日(通常は8月1日)から2年以内に申請(ただし、該当される方が亡くなられた場合は、死亡日の翌日から2年以内となります)

添付書類チェックリスト

- 自己負担額証明書
(介護保険者(市町村)および協会けんぽ以外の保険者(該当する場合)から交付された自己負担額証明書)
- 非課税証明書等
(申請者(被保険者)が申請対象年度の市区町村民税が非課税の場合に該当。例えば、平成29年8月～平成30年7月の申請は、平成29年度非課税証明書の添付となります)



病気やケガで仕事を休んだとき

傷病手当金とは

傷病手当金とは、被保険者が病気やケガで仕事を休み、その間の給与を受けられないときの生活の保障です。病気やケガで4日以上仕事に就けなかったときは、「傷病手当金支給申請書」に事業主と医師の証明を受け、協会けんぽに提出してください。

傷病手当金が支給される条件

傷病手当金は、次の①～④の条件をすべて満たしたときに支給されます。

①仕事とは関係ない病気やケガの療養のための休業であること

→業務災害・通勤途上のケガについては、労災保険へご請求ください。

②それまで就いていた仕事に就くことができないこと

→担当医師の意見等をもとに判断されます。

③4日以上仕事に就けなかったこと(連続する3日間の休業を含む)

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

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

→給与が全額支払われている場合は、傷病手当金は支給されません。ただし、給与の日額が傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が支給されます。



「待期3日間」の考え方

●待期が完成しないイメージ図



●待期が完成するイメージ図



待期完成

傷病手当金受給



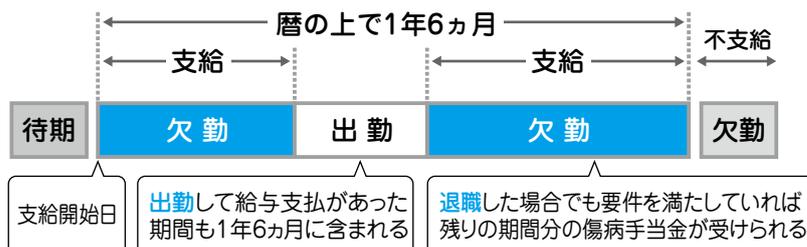
待期完成

傷病手当金受給

傷病手当金が支給される期間

傷病手当金が支給される期間は、支給開始日から最長1年6ヵ月の間で支給要件を満たした期間についてです。

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



傷病手当金の支給額の計算方法

傷病手当金は、日割で支給され、1日あたりの支給額は、「**傷病手当金の支給開始日の属する月以前の直近の継続した12月間の各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額**」の3分の2に相当する額です。給与や手当が支払われている場合は、支給額から差し引かれ、支給額以上の給与や手当が支払われているときは、その間、不支給となります。

※支給開始日とは、一番最初に給付が支給された日をいいます。

$$\text{支給総額} = \frac{\text{直近1年間の標準報酬月額の平均額の30分の1}}{\text{}} \times \text{3分の2} \times \text{支給日数}$$

被保険者期間が1年に満たない場合は、入社後の平均額か、協会けんぽ全被保険者の平均額のいずれか低い額が基礎となります。

傷病手当金の1日あたり支給額

- (例) ① 傷病手当金の支給開始日：平成31年2月15日
 ② 標準報酬月額：平成30年3月～8月まで16万円
 平成30年9月～平成31年2月まで18万円
 ③ ②の額を平均した額
 $(16\text{万円} \times 6 + 18\text{万円} \times 6) \div 12 = 17\text{万円}$
 ④ ③の額の30分の1に相当する額
 $17\text{万円} \div 30 \approx 5,670\text{円}$ (10円未満四捨五入)
 ⑤ 傷病手当金の1日あたり支給額
 $5,670\text{円} \times 3\text{分の2} = 3,780\text{円}$ (1円未満四捨五入)

● 傷病手当金は支給停止(または減額調整)される場合があります ●

傷病手当金と出産手当金が受けられるとき

傷病手当金と出産手当金を同時に受けられるときは、出産手当金を優先して支給し、その間傷病手当金は支給されません。ただし、出産手当金の額が傷病手当金の額より少ないときは、その差額が支給されます。なお、出産手当金を支給すべき場合において傷病手当金が支払われたときは、その支払われた額(差額として支払われたものを除く)は、出産手当金の内払とみなされます。

資格喪失後老齢年金が受けられるとき

資格喪失後に傷病手当金の継続給付を受けている方が老齢退職年金給付の支給を受けることができるときは、傷病手当金が支給されません。ただし、年金額の360分の1が傷病手当金の日額より低いときは、その差額が支給されます。

障害厚生年金または障害手当金が受けられるとき

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

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

労災保険の休業補償給付が受けられるとき

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

退職などで資格喪失した後の傷病手当金について

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



任意継続被保険者である期間中に発生した病気・ケガについては、傷病手当金は支給されません。

- ① 資格を喪失した日の前日(退職日等)までに、1年以上継続して被保険者であること
- ② 資格を喪失した日の前々日(退職日等の前日)までに連続して3日以上休業し、資格を喪失した日の前日(退職日等)も休業していること
- ③ 失業給付を受けていないこと(併給不可。失業給付は働くことができる方に対する給付です)
- ④ 同一の傷病により、資格喪失後も引き続き療養のために労務不能であること
- ⑤ 労務不能期間が継続していること(断続しての受給はできません)

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

TEL ×××(×××)△△△△(協)

被保険者(申請者)記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 1 回) 被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。申請書は、指書で特内にて記入ください。

記入用紙: 01123456789アイウ

被保険者証の(主)被保険者 記号 番号 生年月日 年 月 日

氏名・印 キョウカイ 協会 イチロウ 協会

住所 〒000-0000 大阪 〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101

金融機関名称 〇〇 〇〇

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

口座名義 キョウカイ イチロウ

受取代理人の欄

被保険者のマイナンバー(記載欄)

社会保険労務士の提出代行者記載欄



記号・番号は、健康保険証に記載されています。

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

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号を記入してください。

金融機関名称 ゆうちょ 二三八

預金種別 1 1. 普通 3. 貯蓄 2. 当座 4. 通知

口座番号 1234567

口座名義の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

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

申請期間について、「事業主の証明」と「療養担当者の意見」を受けてください。

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

健康保険 傷病手当金 支給申請書 被保険者記入用

被保険者氏名 協会 一郎

傷病内容

1 傷病名 1) 上腕骨骨折 2) 初診日 平成 30 年 7 月 5 日

3 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。 2 1. 病気 (疾病時の状況) 2. ケガ → 負傷原因届を併せて提出してください

4 療養のため休んだ期間(申請期間) (申請) 年 月 日 日数

3 0 0 7 0 5 から 3 0 0 8 3 1 まで 58 日

5 あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容) 営業

申請事項

1 上記の療養のため休んだ期間(申請期間)に報酬を受けましたか、または今後受けられますか。 1. はい 2. いいえ

2 1. 請求中 2. 請求済 3. 請求済 1. 療養厚生年金 2. 障害手当金

3 1. はい 2. 請求中 3. いいえ

4 1. はい 2. 請求中 3. いいえ

5 1. はい 2. 請求中 3. いいえ

6 1. はい 2. 請求中 3. いいえ

記載例

療養担当者(医師等)記入用

複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次記入してください。

左の傷病名について、その傷病の初診の日を記入してください。

治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数(証明日以前の期間)を記入してください。

症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しく記入してください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

患者氏名 協会 一郎

傷病名	(1) 上腕骨骨折	療養の給付開始年月日	(1)平成 30年 7月 5日
	(2)	(2)平成	年 月 日
	(3)	(3)平成	年 月 日

発病または負傷の年月日 平成 30年 7月 5日 発病 負傷

労務不能と認められた期間 平成 30年 7月 5日から 平成 30年 8月 31日まで 58日間

発病または負傷の原因 右肩部強打

うち入院期間 平成 30年 7月 5日から 4日間 入院

診療実日数(入院期間を含む) 12日

療養費用の別 健保 公費() 転帰 治癒 中止 自費 その他 療養 転送

診察日及び入院していただいた日を○で囲んでください。

7月: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

8月: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

上記の期間における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)

手術年月日 平成 30年 7月 6日

退院年月日 平成 30年 7月 8日

上腕骨骨折で7/5初診。骨折面が剥離していたため、手術。固定まで安静を要し、固定後リハビリを要する。

症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見

骨折部位の固定とその後のリハビリのため、今後も通院加療が必要のため、労務不能と判断した。

人工透析を実施または人工臓器を装着したとき 昭和 平成 年 月 日

人工臓器等の種類 人工虹膜 人工関節 人工骨髄 人工心臓 心臓ペースメーカー 人工透析 その他()

上記のとおり相違ありません。平成 30年 9月 3日

医療機関の所在地 大阪府〇〇市〇〇町△△1-1

医療機関の名称 〇〇総合病院

医師の氏名 保険 丸次郎

印

電話 △△△ (△△△) △△△△

記入例

1 傷病名 協会 一郎

2 療養の給付開始年月日 平成 30年 7月 5日

3 発病または負傷の年月日 平成 30年 7月 5日

4 労務不能と認められた期間 平成 30年 7月 5日から 平成 30年 8月 31日まで 58日間

5 療養費用の別 健保 公費() 転帰 治癒 中止 自費 その他 療養 転送

【被保険者の方へ】

1 療養担当者(医師等)の意見を受けてください。

【療養担当者の方へ】

2 複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次ご記入ください。

3 左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

4 治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数をご記入ください。また、証明日以前の期間をご記入ください。

5 症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

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

601412

全国健康保険協会 協会けんぽ

4/4

申請期限 労務不能であった日ごとにその翌日から2年以内

添付書類チェックリスト

- 支給開始日以前の12ヵ月以内で事業所に変更があった場合(定年再雇用等も含む) → 以前の各事業所の名称、所在地及び各事業所に使用されていた期間がわかる書類
- 証明書等が外国語で記載されている場合 → 翻訳文(翻訳者の署名、住所、電話番号を明記)
- 資格喪失後の継続給付を受けている場合で、老齢年金を受給している場合、年金受給額のわかる書類(年金証書、年金額改定通知書等)のコピー
- 資格喪失後の継続給付を受けている場合で、老齢年金を新たに受給し始めた場合、年金証書、年金額改定通知書等のコピー
- 資格喪失後の継続給付を受けている場合で、年金受給額に変更がある場合、受給額の変更がわかる書類のコピー
- 障害厚生年金を受けている方 → 「障害厚生年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー」および「年金額改定通知書等のコピー」
- 労災保険から休業補償給付を受けている方 → 「休業補償給付支給決定通知書のコピー」
- ケガ(負傷)の場合 → 「負傷原因届」(19頁参照)
- 第三者による傷病の場合 → 「第三者行為による傷病届」(詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください)
- 被保険者本人が死亡したため、法定相続人(先順位者から)が申請する場合 → 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できる書類)



出産で 仕事を休んだとき

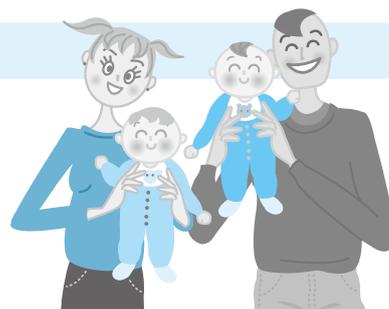
出産手当金とは

出産手当金とは、被保険者が出産のために仕事を休み、その間の給与を受けられないときの休業の保障です。「**出産手当金支給申請書**」に事業主と医師の証明を受け、協会けんぽに提出してください。

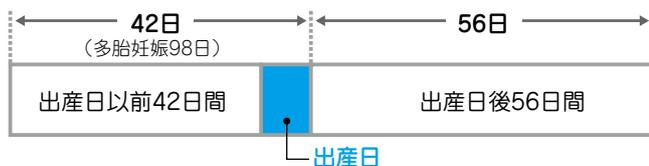
出産手当金の請求可能期間

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

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



- 出産予定日に出産した場合または出産予定日より早く出産した場合



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

- 出産予定日より遅れて出産した場合



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

出産手当金の支給額の計算方法

$$\text{支給総額} = \begin{matrix} \text{直近1年間の標準報酬月額} \\ \text{の平均額の30分の1} \end{matrix} \times \begin{matrix} 3\text{分の}2 \end{matrix} \times \text{支給日数}$$

被保険者期間が1年に満たない場合は、入社後の平均額か、協会けんぽ全被保険者の平均額のいずれか低い額が基礎となります。

計算事例は、傷病手当金の支給額(29頁)をご参照ください。



傷病手当金を 受けられるとき

平成28年3月までは出産手当金を支給する場合、その期間については傷病手当金を支給しないことになっていましたが、平成28年4月から、傷病手当金の額が出産手当金の額よりも多ければ、その差額を支給することになります。

退職などで資格喪失した後の出産手当金について

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

- ① 資格を喪失した日の前日(退職日等)までに、1年以上継続して被保険者であること
- ② 資格を喪失した日の前日(退職日等)に出勤していないこと
- ③ 資格を喪失した日の前日(退職日等)時点で出産手当金の請求可能期間中であること



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

● 産前産後期間一覧表 ●

産前42日(多胎の場合は98日)産後56日・()内はうるう年

出 産 日	1月出産		2月出産		3月出産		4月出産		5月出産		6月出産	
	産前 開始日	産後 終了日	産前 開始日	産後 終了日	産前 開始日	産後 終了日	産前 開始日	産後 終了日	産前 開始日	産後 終了日	産前 開始日	産後 終了日
1	11/21	2/26	12/22	3/29(3/28)	1/19(1/20)	4/26	2/19(2/20)	5/27	3/21	6/26	4/21	7/27
2	11/22	2/27	12/23	3/30(3/29)	1/20(1/21)	4/27	2/20(2/21)	5/28	3/22	6/27	4/22	7/28
3	11/23	2/28	12/24	3/31(3/30)	1/21(1/22)	4/28	2/21(2/22)	5/29	3/23	6/28	4/23	7/29
4	11/24	3/1(2/29)	12/25	4/1(3/31)	1/22(1/23)	4/29	2/22(2/23)	5/30	3/24	6/29	4/24	7/30
5	11/25	3/2(3/1)	12/26	4/2(4/1)	1/23(1/24)	4/30	2/23(2/24)	5/31	3/25	6/30	4/25	7/31
6	11/26	3/3(3/2)	12/27	4/3(4/2)	1/24(1/25)	5/1	2/24(2/25)	6/1	3/26	7/1	4/26	8/1
7	11/27	3/4(3/3)	12/28	4/4(4/3)	1/25(1/26)	5/2	2/25(2/26)	6/2	3/27	7/2	4/27	8/2
8	11/28	3/5(3/4)	12/29	4/5(4/4)	1/26(1/27)	5/3	2/26(2/27)	6/3	3/28	7/3	4/28	8/3
9	11/29	3/6(3/5)	12/30	4/6(4/5)	1/27(1/28)	5/4	2/27(2/28)	6/4	3/29	7/4	4/29	8/4
10	11/30	3/7(3/6)	12/31	4/7(4/6)	1/28(1/29)	5/5	2/28(2/29)	6/5	3/30	7/5	4/30	8/5
11	12/1	3/8(3/7)	1/1	4/8(4/7)	1/29(1/30)	5/6	3/1	6/6	3/31	7/6	5/1	8/6
12	12/2	3/9(3/8)	1/2	4/9(4/8)	1/30(1/31)	5/7	3/2	6/7	4/1	7/7	5/2	8/7
13	12/3	3/10(3/9)	1/3	4/10(4/9)	1/31(2/1)	5/8	3/3	6/8	4/2	7/8	5/3	8/8
14	12/4	3/11(3/10)	1/4	4/11(4/10)	2/1(2/2)	5/9	3/4	6/9	4/3	7/9	5/4	8/9
15	12/5	3/12(3/11)	1/5	4/12(4/11)	2/2(2/3)	5/10	3/5	6/10	4/4	7/10	5/5	8/10
16	12/6	3/13(3/12)	1/6	4/13(4/12)	2/3(2/4)	5/11	3/6	6/11	4/5	7/11	5/6	8/11
17	12/7	3/14(3/13)	1/7	4/14(4/13)	2/4(2/5)	5/12	3/7	6/12	4/6	7/12	5/7	8/12
18	12/8	3/15(3/14)	1/8	4/15(4/14)	2/5(2/6)	5/13	3/8	6/13	4/7	7/13	5/8	8/13
19	12/9	3/16(3/15)	1/9	4/16(4/15)	2/6(2/7)	5/14	3/9	6/14	4/8	7/14	5/9	8/14
20	12/10	3/17(3/16)	1/10	4/17(4/16)	2/7(2/8)	5/15	3/10	6/15	4/9	7/15	5/10	8/15
21	12/11	3/18(3/17)	1/11	4/18(4/17)	2/8(2/9)	5/16	3/11	6/16	4/10	7/16	5/11	8/16
22	12/12	3/19(3/18)	1/12	4/19(4/18)	2/9(2/10)	5/17	3/12	6/17	4/11	7/17	5/12	8/17
23	12/13	3/20(3/19)	1/13	4/20(4/19)	2/10(2/11)	5/18	3/13	6/18	4/12	7/18	5/13	8/18
24	12/14	3/21(3/20)	1/14	4/21(4/20)	2/11(2/12)	5/19	3/14	6/19	4/13	7/19	5/14	8/19
25	12/15	3/22(3/21)	1/15	4/22(4/21)	2/12(2/13)	5/20	3/15	6/20	4/14	7/20	5/15	8/20
26	12/16	3/23(3/22)	1/16	4/23(4/22)	2/13(2/14)	5/21	3/16	6/21	4/15	7/21	5/16	8/21
27	12/17	3/24(3/23)	1/17	4/24(4/23)	2/14(2/15)	5/22	3/17	6/22	4/16	7/22	5/17	8/22
28	12/18	3/25(3/24)	1/18	4/25(4/24)	2/15(2/16)	5/23	3/18	6/23	4/17	7/23	5/18	8/23
29	12/19	3/26(3/25)	1/19	(4/25)	2/16(2/17)	5/24	3/19	6/24	4/18	7/24	5/19	8/24
30	12/20	3/27(3/26)			2/17(2/18)	5/25	3/20	6/25	4/19	7/25	5/20	8/25
31	12/21	3/28(3/27)			2/18(2/19)	5/26			4/20	7/26		

出 産 日	7月出産		8月出産		9月出産		10月出産		11月出産		12月出産	
	産前 開始日	産後 終了日										
1	5/21	8/26	6/21	9/26	7/22	10/27	8/21	11/26	9/21	12/27	10/21	1/26
2	5/22	8/27	6/22	9/27	7/23	10/28	8/22	11/27	9/22	12/28	10/22	1/27
3	5/23	8/28	6/23	9/28	7/24	10/29	8/23	11/28	9/23	12/29	10/23	1/28
4	5/24	8/29	6/24	9/29	7/25	10/30	8/24	11/29	9/24	12/30	10/24	1/29
5	5/25	8/30	6/25	9/30	7/26	10/31	8/25	11/30	9/25	12/31	10/25	1/30
6	5/26	8/31	6/26	10/1	7/27	11/1	8/26	12/1	9/26	1/1	10/26	1/31
7	5/27	9/1	6/27	10/2	7/28	11/2	8/27	12/2	9/27	1/2	10/27	2/1
8	5/28	9/2	6/28	10/3	7/29	11/3	8/28	12/3	9/28	1/3	10/28	2/2
9	5/29	9/3	6/29	10/4	7/30	11/4	8/29	12/4	9/29	1/4	10/29	2/3
10	5/30	9/4	6/30	10/5	7/31	11/5	8/30	12/5	9/30	1/5	10/30	2/4
11	5/31	9/5	7/1	10/6	8/1	11/6	8/31	12/6	10/1	1/6	10/31	2/5
12	6/1	9/6	7/2	10/7	8/2	11/7	9/1	12/7	10/2	1/7	11/1	2/6
13	6/2	9/7	7/3	10/8	8/3	11/8	9/2	12/8	10/3	1/8	11/2	2/7
14	6/3	9/8	7/4	10/9	8/4	11/9	9/3	12/9	10/4	1/9	11/3	2/8
15	6/4	9/9	7/5	10/10	8/5	11/10	9/4	12/10	10/5	1/10	11/4	2/9
16	6/5	9/10	7/6	10/11	8/6	11/11	9/5	12/11	10/6	1/11	11/5	2/10
17	6/6	9/11	7/7	10/12	8/7	11/12	9/6	12/12	10/7	1/12	11/6	2/11
18	6/7	9/12	7/8	10/13	8/8	11/13	9/7	12/13	10/8	1/13	11/7	2/12
19	6/8	9/13	7/9	10/14	8/9	11/14	9/8	12/14	10/9	1/14	11/8	2/13
20	6/9	9/14	7/10	10/15	8/10	11/15	9/9	12/15	10/10	1/15	11/9	2/14
21	6/10	9/15	7/11	10/16	8/11	11/16	9/10	12/16	10/11	1/16	11/10	2/15
22	6/11	9/16	7/12	10/17	8/12	11/17	9/11	12/17	10/12	1/17	11/11	2/16
23	6/12	9/17	7/13	10/18	8/13	11/18	9/12	12/18	10/13	1/18	11/12	2/17
24	6/13	9/18	7/14	10/19	8/14	11/19	9/13	12/19	10/14	1/19	11/13	2/18
25	6/14	9/19	7/15	10/20	8/15	11/20	9/14	12/20	10/15	1/20	11/14	2/19
26	6/15	9/20	7/16	10/21	8/16	11/21	9/15	12/21	10/16	1/21	11/15	2/20
27	6/16	9/21	7/17	10/22	8/17	11/22	9/16	12/22	10/17	1/22	11/16	2/21
28	6/17	9/22	7/18	10/23	8/18	11/23	9/17	12/23	10/18	1/23	11/17	2/22
29	6/18	9/23	7/19	10/24	8/19	11/24	9/18	12/24	10/19	1/24	11/18	2/23
30	6/19	9/24	7/20	10/25	8/20	11/25	9/19	12/25	10/20	1/25	11/19	2/24
31	6/20	9/25	7/21	10/26			9/20	12/26			11/20	2/25



記載例

健康保険 出産手当金支給申請書

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

TEL XXX(XXX) △△△△ (印)

健康保険 出産手当金 支給申請書

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

被保険者証の記号 211700023 番号 2113 生年月日 平成 61 年 11 月 12 日

氏名-印 協会 花子

住所 大阪府 〇〇市 〇〇町 1-1 △△マンション101

口座番号 2345671

口座名義 キョウカイ ハナコ

被保険者 協会 花子

代理人 〇〇〇〇

社会保険労務士の提出代行者名義 〇〇〇〇

健康保険 本人(被保険者) 00123
被保険者証 本人 平成28年7月10日交付
記号 21700023 番号 213

氏名 協会 花子
生年月日 平成 61年11月 12日
性別 女
被保険者年月日 平成 28年 7月 1日

多事業所名 〇〇株式会社
保険者番号 〇〇1010000111
保険者名称 〇〇株式会社 〇〇支店
保険者所在地 〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

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

※ 生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号を記入してください。

金融機関名称 ゆうちょ

預金種別 1 普通 3 別当 2 当座 4 通知

口座番号 2345678

口座名義 キョウカイ ハナコ

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

出産前の申請か出産後の申請か記入してください。

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

出産のため労務に服さなかった期間とその日数を記入してください。

医師または助産師に記入いただいでください。記入漏れのないようお願いします。

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者氏名 協会 花子

1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。 2 1. 出産前の申請 2. 出産後の申請

2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日を記入してください。「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日を記入してください。

3 出産のため休んだ期間(申請期間) 平成 30 年 7 月 11 日から 平成 30 年 10 月 18 日まで 100 日

4 上記の出産のため休んだ期間(申請期間)の報酬を受けましたか、または今後受けられますか。 2 1. はい 2. いいえ

5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった(なる)期間を記入してください。 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで 円

6 出産者氏名 協会 花子

7 出産予定年月日 平成 30 年 8 月 21 日 出産年月日 平成 30 年 8 月 23 日

8 出生児の数 1 男 0 女 1 生または死産の別 1 産 0 死 0 産 0 死 0

9 上記のとおり記載しないことを証明する。 平成 30 年 9 月 24 日

10 医療機関の所在地 大阪府 〇〇市 〇〇町 1-1

11 医療機関の名称 〇〇総合病院

12 医師・助産師の氏名 保険 丸次郎

13 社会保険労務士の提出代行者名義 〇〇〇〇

記載例

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
事業主記入用

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

被保険者氏名 **協会 花子**

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

年	月	出勤	有給	公休	欠勤	計
平成30年	7月	○	△	公	/	計 6日 0日
平成30年	8月	○	△	公	/	計 0日 0日
平成30年	9月	○	△	公	/	計 0日 0日
平成30年	10月	○	△	公	/	計 0日 0日
平成30年	計	6日	0日	0日	0日	計 6日 0日

上記の期間に対して、賃金を支払しました(します)か? はい いいえ

給与の種類 月給 時間給 歩合給 日給月給 その他

賃金計算 締日 末日 支払日 当月 翌月 10日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

区分	単価	7月1日 ~7月31日	8月1日 ~10月31日	月日 ~月日	賃金計算方法(欠勤控除計算方法等) についてご記入ください。
基本給	1,000	48,000	0		基本給計算方法 @1,000円×8時間×6日 =48,000円 通勤手当欠勤控除なし
通勤手当	20,000	0	0		
住居手当					
扶養手当					
手当					
現物給与					
計		68,000	0		

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

事業所所在地 **〇〇市〇〇町△△1-2**

事業所名称 **〇〇株式会社**

事業主氏名 **健保 二郎** 電話 **〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇**

記入例

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

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

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

様式番号 **611312**

全国健康保険協会 協会けんぽ 3/3

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

給与の種類について、該当する給与の種類を選んでを入れてください。

賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入してください。

支給なしでも記載が必要です。

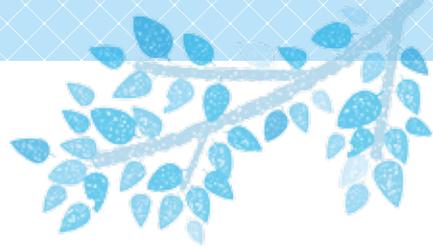
労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況について記入してください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を記入してください。

申請期限 出産のため労務に服さなかった日ごとにその翌日から2年以内

添付書類チェックリスト

- 支給開始日以前の12ヵ月以内で事業所に変更があった場合 → 以前の各事業所の名称、所在地及び各事業所に使用されていた期間がわかる書類
- 出産手当金支給申請書に、事業主の証明、医師または助産師の証明
- 証明書等が外国語で記載されている場合 → 翻訳文(翻訳者の署名、住所及び連絡先を記入)

※2回以上に分けて請求する場合、1回目で「出産予定日」「出産日」とともに医師または助産師の証明があれば、2回目以降は、医師または助産師の証明は省略できます。



子供が生まれたとき

出産育児一時金とは

被保険者が出産したときは「出産育児一時金」が、被扶養者が出産したときは「家族出産育児一時金」が支給されます。

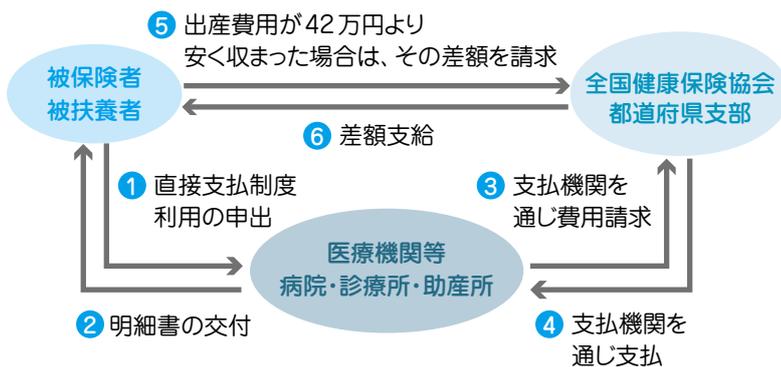
出産育児一時金の支給方法(直接支払制度・受取代理制度)

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、全国健康保険協会から出産育児一時金を医療機関等に直接支払う仕組み(直接支払制度)となっています。

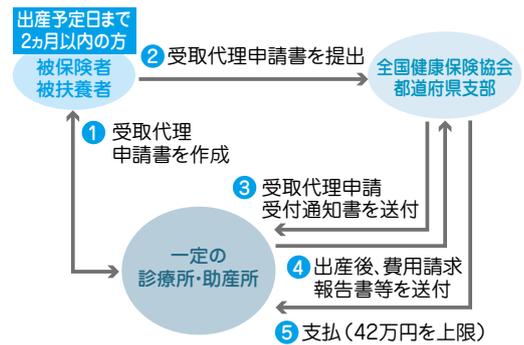
なお、直接、医療機関等に出産育児一時金が支払われることを希望しない方は、出産後に被保険者の方から全国健康保険協会都道府県支部に申請いただいた上で、出産育児一時金を支給する方法をご利用いただくことも可能です。

※直接支払制度では、事務的負担や資金繰りへの影響が大きいと考えられる施設で、厚生労働省へ届け出た診療所・助産所については、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金を受け取る「受取代理」制度を利用することができます。

直接支払制度の流れ



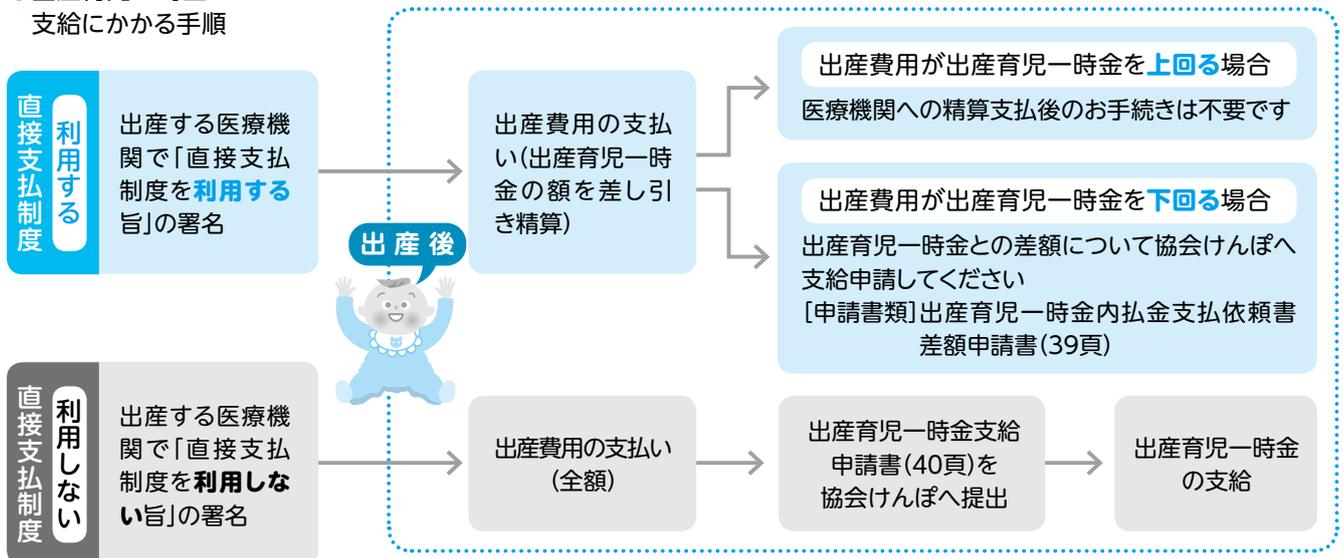
受取代理制度の流れ



※出産費用が42万円を超える場合、被保険者等ははその差額を診療所・助産所に支払います。

※出産費用が42万円未満の場合、協会けんぽは、その差額を被保険者等に支払います。

● 出産育児一時金の支給にかかる手順





出産育児一時金・家族出産育児一時金の額

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

多児を出産したときは、胎児数分だけ支給されます。



出産育児一時金・家族出産育児一時金の支給額

産科医療補償制度加入機関で在胎週数22週以降の出産	42万円
産科医療補償制度加入機関で在胎週数が22週に達しなかった出産	40.4万円
産科医療補償制度未加入の機関で出産	



出産とは

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



産科医療補償制度とは

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

●直接支払制度利用の場合の出産費用(産科医療補償制度加入機関において、22週以降に出産した場合)

出産費用が出産育児一時金を上回る場合

(例) 出産費用が50万円の場合

$$\begin{array}{r} \text{出産費用} \\ 50 \text{万円} \end{array} - \begin{array}{r} \text{出産育児一時金} \\ 42 \text{万円} \end{array} = \begin{array}{r} \text{医療機関へ支払う額} \\ 8 \text{万円} \end{array}$$

不足分を医療機関の窓口でお支払いいただきます

出産費用が出産育児一時金を下回る場合

(例) 出産費用が40万円の場合

$$\begin{array}{r} \text{出産育児一時金} \\ 42 \text{万円} \end{array} - \begin{array}{r} \text{出産費用} \\ 40 \text{万円} \end{array} = \begin{array}{r} \text{差額支給分} \\ 2 \text{万円} \end{array}$$

協会けんぽへ差額分の支給申請をしていただきます(記載例39頁参照)



帝王切開等(保険適用)による分娩の場合は、限度額適用認定証をご申請ください

帝王切開等による分娩の場合は、健康保険が適用されます。帝王切開など高額な保険診療が必要と分かった方は、協会けんぽへ「限度額適用認定証」を申請してください(20頁参照)。

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



退職などで資格喪失した後の出産育児一時金について

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

ただし、「資格喪失後に加入する健康保険」かどちらかでお手続きください。

- ①資格を喪失した日の前日(退職日等)までに、1年以上継続して被保険者であること
- ②資格喪失後6ヵ月以内の出産であること

記載例

医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用し、差額の支給が生じる場合

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

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

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号を記入してください。

死産の場合は、死産児数とともに妊娠経過週数を記入してください。

多児出産の場合は、すべての出生児の氏名を記入してください。

【内払金支払依頼書として提出する場合】
医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。
死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。
ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合もしくは死産の場合で「死産年月日」および「妊娠週数」が記載されている場合は必要ありません。
【差額申請書として提出する場合】
医師・助産師による出産証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。

提出時期

医療機関等への直接支払制度を利用する場合に、出産育児一時金と医療機関等に振り込まれる代理受取額との差額について支払いを希望するとき

添付書類チェックリスト

<input type="checkbox"/> 直接支払制度あり	<input type="checkbox"/> 内払金支払依頼書	<input type="checkbox"/> 出産育児一時金内払金支払依頼書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明 ※領収明細書に出生年月日および出生児数が記載されている場合、もしくは死産の場合で「死産年月日」及び「妊娠週数」が記載されている場合は必要ありません。
		<input type="checkbox"/> 領収明細書のコピー(「専用請求用紙の内容と相違ありません」の表示があるもの)
		<input type="checkbox"/> 直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー
<input type="checkbox"/> 差額申請書	<input type="checkbox"/> 出産育児一時金差額申請書 ※内払金支払依頼書での申請がなく、協会けんぽから申請の勧奨があった場合を差額申請といい、その場合に限っては添付書類はありません。	

●内払金支払依頼書と差額申請書との違いについて

医療機関等への直接支払制度を利用された場合に、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取額との差額が発生する場合は、医療機関等へ代理受取額の支払いを行うとともに、医療機関等へ代理受取額をお支払いした旨および差額分を申請いただく旨のご案内が記載された「出産育児一時金等支給決定通知書」(以下「通知書」といいます)が協会けんぽから加入者の方へ送付されます。
通知書を受け取られた後に申請書を提出する場合は「差額申請書」として提出いただき、医療機関等への代理受取額が支払われておらず、通知書を受け取る前に早期に差額分の受取りを希望される場合は「内払金支払依頼書」としてご提出ください。

記載例

医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用しなかった場合

記号・番号は、健康保険証に記載されています。



被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
※ 生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号を記入してください。



被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

死産の場合は、死産児数とともに妊娠経過週数を記入してください。

多児出産の場合は、すべての出生児の氏名を記入してください。

「医師・助産師による出産証明」または「市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明」を受けてください。証明を受けることができない場合は、「出生(死産)が確認できる書類」を添付してください。

申請期限 出産日の翌日から2年以内

添付書類チェックリスト

- 直接支払制度なし
 - 出産育児一時金支給申請書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明(死産の場合は、医師・助産師の証明)
 - 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳証明書
 - 領収書のコピー(ただし、海外での出産の場合は不要)
 - 直接支払制度を利用していないことを証明する文書のコピー(領収の明細書にその旨が記載されている場合、また海外での出産の場合は不要)
- 資格喪失後、半年以内に海外で出産し、出産育児一時金を申請する場合は申出書
- 資格喪失後に被扶養者になって半年以内に海外で出産し、出産育児一時金を申請する場合は申出書

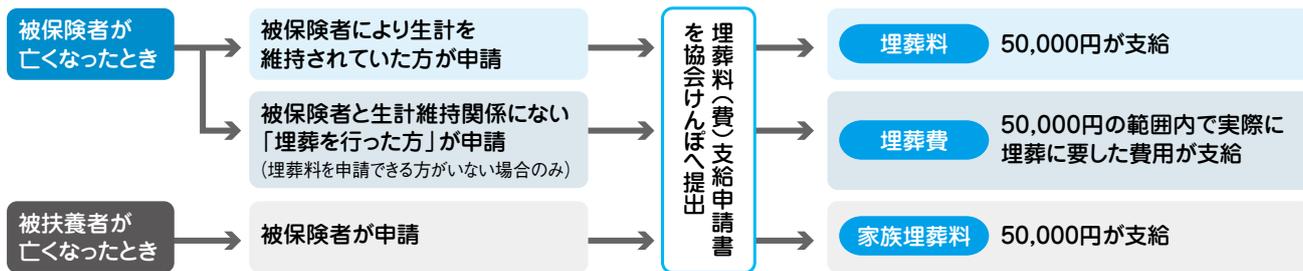


ご本人・ご家族が亡くなったとき



被保険者の死亡に「埋葬料(費)」、被扶養者の死亡に「家族埋葬料」

被保険者・被扶養者が業務外の事由により亡くなった場合、埋葬料(費)が支給されます。
「亡くなった方」「申請する方」によって、「埋葬料」「埋葬費」「家族埋葬料」に分かれます。



生計を維持されていた方とは

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



実際に埋葬に要した費用とは

霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼等の実費額です。



亡くなったときは、健康保険証の返却と届出を

被保険者・被扶養者が亡くなったときは事業主へ健康保険証をご返却ください。
事業主は返却された健康保険証を添えて、**管轄の年金事務所**へ届書(下記参照)をご提出ください。

●事業主が年金事務所へ提出するもの

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

※埋葬料(費)は、年金事務所での資格喪失・扶養解除の処理が完了してからの支給となります。



資格喪失後の埋葬料(費)

被保険者が資格喪失後に亡くなり、次のいずれかに該当する場合は、埋葬料または埋葬費が支給されます。

(※ただし、資格喪失後に加入した健康保険で埋葬料を請求しない場合)

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

①の場合は、亡くなった方の資格喪失前の被保険者期間の長さは問われません。

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

資格喪失



この間のいずれかで死亡した場合

埋葬料(費)を支給

健康保険 被保険者・家族 埋葬料(費)支給申請書

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

TEL XXX(XXX) △△△△ (捺)

被保険者が亡くなった場合

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。申請書は、箱書き枠内に丁寧に記入ください。

被保険者証の記号番号: 21700023 123

生年月日: 590825

氏名・印: キョウカイ ハナコ 協会 花子

住所: 〒000-0000 大阪 〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101

金融機関: ゆうちょ 〇〇支店

口座番号: 2345671

口座名義: キョウカイ ハナコ

代理人: 協会 〇〇

社会保険労務士の届出代行番号: 631112

健康保険 本人(被保険者) 00123
被保険者証 平成28年7月10日交付
記号 21700023 番号 123

氏名 協会 一郎
生年月日 昭和 59年 8月 25日
性別 男
被保険者種別 平成 28年 7月 1日

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

被保険者が亡くなられての申請の場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。
※被保険者証の記号番号と生年月日欄は「被保険者」の情報を記入してください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号を記入してください。

金融機関 名称 ゆうちょ 〇〇支店

預金種別 1. 普通 2. 当座 3. 定期 4. 通知

口座番号 2345678

口座名義 キョウカイ ハナコ

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

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

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

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者氏名 協会 一郎

死亡年月日 平成 30年 09月 10日

死亡原因 クモ膜下出血

被保険者の氏名 協会 一郎

被扶養者の氏名 協会 一郎

被扶養者の別 妻

埋葬料(費) 協会 一郎

事業主所在地 〇〇市〇〇町△△1-1

事業主氏名 健保 二郎

被扶養者が亡くなった場合



記号・番号は、健康保険証に記載されています。

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書 (被保険者記入用)

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

記入規則 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者証の記号 21700023 123 生年月日 590825

氏名(フリガナ) キョウカイ イチロウ

住所 〒000-0000 大阪 〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101

金融機関名称 〇〇 〇〇 〇〇

預金種別 1. 普通 3. 別荘 2. 当座 4. 通知

口座番号 1234567

口座名義 キョウカイ イチロウ

被保険者の氏名(フリガナ) 協会 一郎

住所 〇〇市〇〇町1-1

代理人(口座名義人) 氏名(フリガナ)

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号を記入してください。

金融機関名称 ゆうちょ 〇三ハ

預金種別 1. 普通 3. 別荘 2. 当座 4. 通知

口座番号 1234567

口座名義 キョウカイ イチロウ

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

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書 (被保険者・事業主記入用)

被保険者氏名 協会 一郎

申請内容

死亡した方の 平成 30 年 8 月 8 日 急性心不全

第三者の行為によるものですか? はい いいえ

●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき

ご家族の氏名 協会 花子 生年月日 61 年 11 月 12 日 被保険者との関係 妻

死亡した理由 ① 急性心不全、3か月以内で亡くなったとき
② 急性心不全、遺棄手当金受給手当金受給申請中に亡くなったとき
③ 急性心不全、2の受給終了後、3か月以内で亡くなったとき

●被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者の氏名 協会 花子 生年月日 61 年 11 月 12 日 被保険者からみた申請者との身分関係 妻

埋葬料を受けた月日 平成 30 年 8 月 17 日 埋葬料を受けた額は(調整減額) 〇円

死亡した方の 協会 花子 被保険者・被扶養者の別 被扶養者 平成 30 年 8 月 8 日 死亡

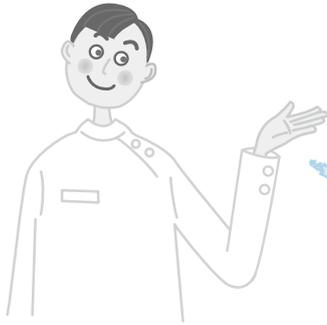
事業主の氏名 〇〇株式会社 代表取締役 健保 二郎

負傷原因が、第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」も提出が必要になります。詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。

申請期限 死亡した日の翌日または埋葬を行った日の翌日から2年以内

添付書類チェックリスト

被保険者死亡	埋葬料	<input type="checkbox"/> 申請者と被保険者の間に生計維持関係がある
		<input type="checkbox"/> 申請者は被扶養者である → 生計維持確認の添付書類不要 <input type="checkbox"/> 申請者は被扶養者でない → 生計維持確認の添付書類必要 <input type="checkbox"/> 被保険者の住民票除票の原本 <input type="checkbox"/> 申請者の住民票の原本 <input type="checkbox"/> 住居が別の場合 → 仕送りのわかる預貯金通帳等のコピーまたは亡くなった方が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書など <input type="checkbox"/> 事業主による死亡の証明または死亡診断書等のコピー
被扶養者死亡	埋葬費	<input type="checkbox"/> 申請者と被保険者の間に生計維持関係がない
		<input type="checkbox"/> 埋葬費用の領収書の原本(宛名がフルネームで記載されたもの) <input type="checkbox"/> 領収書の内訳が記載された書類の原本(明細書等) <input type="checkbox"/> 事業主による死亡の証明または死亡診断書等のコピー
その他		<input type="checkbox"/> 上記いずれの場合も事業主の証明が受けられないときまたは任意継続被保険者(被扶養者)が亡くなった場合は、埋葬許可証または火葬許可証のコピー、死亡診断書のコピー、死体検案書または検視調書のコピー、亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本、住民票のいずれかを添付



柔道整復師 整骨院・接骨院 の正しいかかり方

整骨院・接骨院での施術は、健康保険が「使える場合」と「使えない場合」があります。

健康保険が使えます

一部自己負担

急性または亜急性による外傷性の骨折・脱臼・打撲・ねんざ・ざしょう（肉ばなれなど）

※骨折・脱臼は、応急手当の場合を除き医師の同意が必要です

健康保険が使えません

全額自己負担

- × 日常生活での単なる肩こり、筋肉疲労、体調不良
- × 神経痛、リウマチ、ヘルニアなど慢性的の病気
- × 脳疾患の後遺症などの慢性病
- × スポーツなどの肉体疲労からの回復目的
- × 仕事中のケガ（労災保険等の適用）
- × 病院や診療所などで、同じ負傷を治療されている場合

治療を受ける時の
ご注意

①負傷の原因を正しくはっきりと伝えてください。

②療養費支給申請書には患者さんご自身で署名してください。

③領収証は必ず受取り、大切に保管してください。

④施術が長期にわたる場合は、内科的要因が考えられるため、医師の診断を受けてください。

●お願い

協会けんぽでは、整骨院・接骨院から提出された療養費支給申請書について、施術を受けた加入者さまに、負傷原因や施術内容について、文書または電話で確認させていただく場合があります。健康保険の適正な運営のため、ご協力をお願いします。



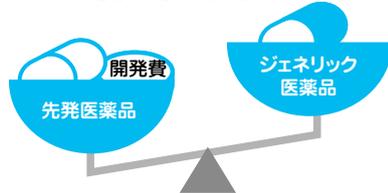
ジェネリック医薬品ならお薬代を節約できます

協会けんぽでは、加入者の皆さまのお薬代の負担軽減や健康保険財政の改善につながり、医療費や保険料率の伸びが抑えられることを目的に、「ジェネリック医薬品（後発医薬品）」の普及を推進しております。

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

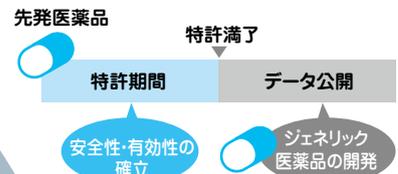
なぜ安いのですか？

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



効き目と安全性は同じですか？

ジェネリック医薬品は先発医薬品と同じ主成分を使い、効き目や安全性が先発医薬品と同等であると国から承認されたお薬です。



●「ジェネリック医薬品軽減額のお知らせ」の効果について ●

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

●平成28年度実施結果（全国計）

- 〈切り替えた割合〉 1回目の通知・・・約25.3%
- 2回目の通知・・・約25.3%
- 〈医療費軽減効果額〉 年間約270億円（単純推計）

協会けんぽ大阪支部の ホームページをご活用ください

<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/shibu/osaka>

全国健康保険協会（協会けんぽ）では、協会けんぽの本部および各支部ごとにホームページを開設しています。健康保険制度の内容、申請・届出手続きの記入例を始め、最新の情報を掲載してありますので、ぜひご活用ください。

ホームページは

協会けんぽ 大阪

検索

または

こちらの二次元コードから



インターネットで健診の申込や 医療費などの情報提供が受けられます

協会けんぽのインターネットサービスを利用し、健診申込や医療費情報の照会などの各種サービスを利用することができます。サービスを利用するためには、ユーザーID・パスワードの払い出しを受ける必要があります。詳しくは、協会けんぽホームページをご覧ください。

[事業所向けサービス]

健診の申込

健診申込は、ホームページから生活習慣病予防健診対象者データをダウンロードし、パソコン上で申込書を作成後、一括申込（アップロード）することができます。

[加入者向けサービス]

医療費情報の照会

医療費のお知らせは、年に1回2月頃に事業所を通じて加入者の方にお送りしていますが、インターネットを利用して毎月の医療費を確認することができます。

メールマガジン 読者募集中です

登録
無料

- 1 協会けんぽ大阪支部では健康保険のお役立ち情報をお送りするメールマガジンを配信しています。
- 2 事業主や健康保険事務のご担当者の皆さまはもちろん、加入者の皆さまにお勧めです。

どんな内容のメールマガジンなの？

- 制度改正や保険料率変更等の最新情報
- 専門家による健康づくりサポート情報
- 健康保険制度の紹介や手続きについてのアドバイス
- 季節の健康情報や健康レシピなどのプチ情報
- など

・毎月配信
・臨時号も配信

メールマガジンの登録方法は…

メールマガジンの登録は、協会けんぽホームページ内大阪支部のページをご覧ください。

協会けんぽ大阪メールマガジン

検索



- パソコン、スマートフォンのEメールアドレスをお持ちの方であれば、どなたでも無料で登録いただけます。携帯電話・PHSからはご利用いただけません。
- ご利用は無料です。(通信料は除きます)

登録は簡単

- step1 パソコンから配信登録
- step2 メールアドレス登録後完了メールが送信
- step3 登録したメールアドレスにメールマガジンが配信



スマートフォンでの
登録はこちらから



協会けんぽ 大阪支部のご案内

電話番号

06-7711-4300(代表)

おかけ間違いにご注意ください。
お問い合わせの内容別に自動音声によりご案内しております。

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

所在地

〒550-8510 大阪市西区^{うつぼほんまち}靱本町1-11-7^{しなのぼしみつ}信濃橋三井ビル6階

交通案内

- 地下鉄四つ橋線本町駅 28号出口よりすぐ
- 地下鉄中央線本町駅 四つ橋線駅構内をとおり、28号出口よりすぐ
- 地下鉄御堂筋線本町駅 4号出口より徒歩約5分

※お越しの際は公共の交通機関をご利用ください。(専用駐車場はございません。)



※ ■ の表示は地下鉄出入口の番号表示です。

ホームページもご覧ください

ホームページでは、大阪支部からのお知らせ・申請書の記入例・よくあるご質問のQ&Aなどを掲載しています。また、新様式となった申請書のダウンロードもできます。ぜひご覧ください。

協会けんぽ大阪

検索

<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/shibu/osaka>