

# 各種申請書の変更について

# 令和5年1月以降は、新様式の申請書のご使用をお願いします。

- 審査の自動化を進めるため、システムを変更します。
- より分かりやすくすること、より記入しやすくすること、より迅速に給付金をお支払いすること等を目的として、申請書の様式を変更します。
- 令和5年1月以降に旧様式でご提出された場合、事務処理に時間を要してしまうことがありますので、新様式のご使用をお願いします。
- 新様式の申請書等は、協会けんぽホームページからダウンロードできます。また、当協会へご連絡いただければ郵送いたします。

～令和4年12月 令和5年1月～

旧様式で提出

※ 新様式は使用しないでください

新様式で提出

※ 旧様式は使用しないでください

# 新様式に変更する主な申請書（届出書）

## 健康保険給付関係

傷病手当金支給申請書

療養費支給申請書(立替払等)

療養費支給申請書(治療用装具)

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

高額療養費支給申請書

出産手当金支給申請書

出産育児一時金支給申請書

出産育児一時金内払金支払依頼書

埋葬料(費)支給申請書

特定疾病療養受療証交付申請書

## 任意継続関係

任意継続被保険者 資格取得申出書

任意継続被保険者 被扶養者(異動)届

任意継続被保険者 資格喪失申出書

任意継続被保険者 氏名 生年月日 性別 住所 電話番号  
変更(訂正)届

## 被保険者証等再交付関係

被保険者証再交付申請書

高齢受給者証再交付申請書

新様式の申請書は協会けんぽホームページからダウンロードできます。



The screenshot shows the website header with the logo for 全国健康保険協会 協会けんぽ. Navigation links include 申請書, よくある質問, and 協会けんぽ. A search bar contains the text 'キーワードで探す' and a language selector is set to '日本語'. A red navigation bar lists categories such as 全国健康保険協会について, こんな時に健保, 健診・保健指導, 健康サポート, 医療費の節約, 広報・イベント, PICK UP, お知らせ, and 都道府県支部. The main content area features a family photo and a callout box with a blue circle around the '申請書ダウンロード' link and a blue arrow pointing to it with the text 'ここをクリック'. Below this is a 'よくある質問' link. A small inset graphic shows a person at a computer with the text 'インターネットサービス' and '生活習慣病予防健診の対象者データのダウンロード'.

特定健診  
のご案内

# 新様式変更の主なポイント

# 変更ポイント 1 自動審査化を進め、より迅速に事務処理

様式を簡素化し、文字の読み取り精度を高め、システムによる自動処理を進めます。

①-1 装具作成対象者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
①-2 ① 装具作成対象者の 氏名(カタカナ)	<input type="text"/>
①-3 生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
② 傷病名	③ 発病または 負傷年月日 <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
④-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病 } → ④-2へ
④-2 労働災害、通勤災害の 認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中 <input type="checkbox"/> 3. 未請求
⑤ 傷病の原因は第三者の 行為(交通事故やケンカ 等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病区」をご提出ください。
⑥-1 診療を受けた 医療機関等の名称	⑥-1 診療を受けた 医療機関等の所在地
⑥-2 診療を受けた 医療機関等の所在地	
⑥-3 診療した医師等 の氏名	
⑦ 装具等の装着指示日 (医師による装着指示日)	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
⑧ 装具等購入日(領収日) および金額	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="text"/> 円(右づめ)
⑨ 装具等装着確認日 (取明日)	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
⑩ 診療の内容	治療用装具の装着
⑪ 療養費申請の理由	<input type="checkbox"/> 5. 治療用装具を作成したため

## 1 マス目化した記入欄を増やしました

文字の読み取り精度を高め、より迅速に事務処理を行います。

## 2 記述式を減らし、選択式を増やしました

分かりやすい記入方法に変更しました。

## 変更ポイント 2 マイナンバーを活用して収入を確認

マイナンバーを活用して収入を確認するため、収入を証明する書類の添付は不要です。

対象申請書(届出書)	添付不要となる書類
任意継続被保険者 資格取得申出書	収入額(給与・公的年金・失業給付)を証明する書類
限度額適用・標準負担額減額認定申請書	(非)課税証明書
基準収入額適用申請書	
高額療養費支給申請書	
傷病手当金支給申請書	年金給付額(障害厚生年金・障害手当金・老齢退職年金)を証明する書類

※ 以下の場合は、収入を証明する書類の添付が必要です。

- 申請者がマイナンバーの活用を希望しない場合
- 協会けんぽにマイナンバーが収録されていない場合
- 協会けんぽがマイナンバーを活用して情報照会したが、収入を確認できない場合

# 変更ポイント 3 給付金の振込先は、原則、被保険者

「振込先指定口座」は、原則、被保険者（申請書）名義の口座にしてください。

【対象の給付申請書】 傷病手当金、高額療養費、療養費、出産手当金、出産育児一時金、埋葬料（費）

1 被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
	氏名	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。		
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
	住所	都 道 府 県		
2 振込先指定口座	振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)		

1 氏名をカタカナで記入  
 ※ 姓と名の間は1マス空けて記入してください。  
 濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入してください。

1 被保険者（申請者）氏名と同じ名義の  
 2 口座を記入してください。

※ 被保険者（申請者）名義以外の口座に振込みが必要な場合は、給付申請書の他に、「振込先指定口座（受取代理）」の用紙を添付してください。「振込先指定口座（受取代理）」の用紙は、協会けんぽホームページに掲載していません。必要な方は、お手数ですが当協会へご連絡ください。



# 各種新様式の注意点

# 1. 任意継続被保険者 資格取得申出書 (2ページ目)

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 (被扶養者届) 1 2 ページ **取**

被保険者氏名

氏名 (カタカナ:姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)

生年月日 性別 続柄 職業 収入(年間)

マイナンバー 同居・別居の別 仕送額(年間) 仕送回数(年間) 海外在住の場合はその理由

住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は氏名のみご記入ください。)

都 道 府 県 備考

氏名 (カタカナ:姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)

生年月日 性別 続柄 職業 収入(年間)

マイナンバー 同居・別居の別 仕送額(年間) 仕送回数(年間) 海外在住の場合はその理由

住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は氏名のみご記入ください。)

都 道 府 県 備考

氏名 (カタカナ:姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)

生年月日 性別 続柄 職業 収入(年間)

マイナンバー 同居・別居の別 仕送額(年間) 仕送回数(年間) 海外在住の場合はその理由

住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は氏名のみご記入ください。)

都 道 府 県 備考

お勤めになられたときから引き続き扶養となる方の収入状況は、マイナンバーを利用した情報照会により確認を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。  
【提出月が1月～7月の場合】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 【提出月が8月～12月の場合】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

被扶養者 郵便番号 1 被扶養者 2 被扶養者 3

希望しない  マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。  
希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。

## 1 被扶養者への仕送り

- 被保険者と別居の場合は、仕送額（年間）、仕送回数（年間）を記入
- 仕送りの事実と1回あたりの仕送り額が確認できる書類を添付（預金通帳のコピー、現金書留控えのコピー等）
- ※ 16歳未満及び16歳以上の学生の場合は添付不要

## 2 情報照会（マイナンバーを活用して収入を確認）

- 被扶養者の住民票住所の郵便番号を記載
  - ・提出月が1～7月の場合 前年1月1日時点
  - ・提出月が8～12月の場合 本年1月1日時点
- 在職時より引き続き被扶養者となる方が対象
- ※ 任意継続の資格取得と同時に新たに被扶養者となる場合は、**情報照会ができませんので、収入を証明する書類を添付してください。**

（所得証明書、（非）課税証明書、給与証明書、離職票のコピー、雇用保険受給資格者証または直近の受給資格通知のコピー、直近の年金額改定（振込）通知のコピー、確定申告書のコピー等）

## 3 情報照会を希望しない

- を入れる
- 被扶養者の収入を証明する書類を添付（所得証明書、（非）課税証明書、給与証明書、離職票のコピー、雇用保険受給資格者証または直近の受給資格通知のコピー、直近の年金額改定（振込）通知のコピー、確定申告書のコピー等）

# 2. 任意継続被保険者 被扶養者（異動）届

**健康保険 任意継続被保険者 被扶養者（異動）届** **扶**

結婚や出産等により被扶養者を追加する場合や、就職等により被扶養者でなくなる場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者証 記号 (左づめ) 5 0 0 0 0 0 番号 (左づめ) 生年月日		
氏名 (カタカナ)	氏名	
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)	住所
手続きの内容をご記入ください <input type="checkbox"/> 1. 扶養の追加 <input type="checkbox"/> 2. 扶養の解除		
氏名 (カタカナ)	氏名	
生年月日	性別	
扶養者になった日	扶養者になった理由	マイナンバー
住所 (被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)	海外在住の場合その理由	
被扶養者の枝番	扶養者でなくなった日	扶養者でなくなった理由

任意継続の方が新たに被扶養者を追加する場合は、マイナンバーを活用して収入の**確認ができません**ので、**収入を証明する書類の添付**が必要です。

(所得証明書、(非)課税証明書、給与証明書、離職票のコピー、雇用保険受給資格者証または直近の受給資格通知のコピー、直近の年金額改定(振込)通知のコピー、確定申告書のコピー 等)

## 1 被扶養者への仕送り (扶養の追加)

- 被保険者と別居の場合は、仕送額 (年間)、仕送回数 (年間) を記入
- 仕送りの事実と1回あたりの仕送り額が確認できる書類を添付 (預金通帳のコピー、現金書留控えのコピー 等)
- ※ 16歳未満及び16歳以上の学生の場合は添付不要

## 2 被扶養者の枝番 (扶養の解除)

- 被扶養者でなくなる方の保険証の枝番を記入
- ※ 枝番の記載がない場合は、空欄にしてください。(令和2年10月19日以降発行の被保険者証は枝番の記載あり)



枝番

# 3. 任意継続被保険者 資格喪失申出書

## 健康保険 任意継続被保険者 資格喪失 申出書

喪

再就職等により任意継続の加入者でなくなる場合、またはお申出により任意継続の加入をお辞めになる場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者証	記号 (左づめ) 5 0 0 0 0 0	番号 (左づめ)	生年月日 1.昭和 2.平成 3.令和
氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
氏名	被保険者がお亡くなりになっている場合は、ご遺族等よりお申し出ください。		
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
住所	都 道	府 県	

**1** 提出日  
(控割日)

令和 年 月 日

**資格喪失事由**  
(該当の数字をご記入ください)

1. 再就職等により健康保険の被保険者資格を取得したため

2. 再就職等により船員保険の被保険者資格を取得したため

3. 申出により任意継続保険の資格を喪失するため(国民健康保険への加入、被扶養者としての加入)

4. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(75歳到達)

5. 後期高齢者医療制度の被保険者となったため(障害認定)

6. 死亡したため

**2** 資格喪失年月日

令和 年 月 日

記入上の注意

- ・資格喪失事由が1-2の場合…再就職先等で新たに社会保険に加入した年月日(資格取得年月日)をご記入ください。
- ・資格喪失事由が3の場合…提出日の属する月の翌月1日をご記入ください。
- ・資格喪失事由が4の場合…後期高齢者医療制度に加入した年月日(75歳の誕生日)をご記入ください。
- ・資格喪失事由が5の場合…後期高齢者医療制度に加入した年月日(認定年月日)をご記入ください。
- ・資格喪失事由が6の場合…亡くなられた日の翌日をご記入ください。また、下記に亡くなられた被保険者の氏名をご記入ください。

**亡くなられた被保険者の氏名**

資格喪失事由「6.死亡したため」を選んだ場合のみご記入ください

氏名  
(カタカナ)

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。

氏名

### 1 資格喪失事由

- 被保険者が死亡の場合は、「6」を記入
- ※ 埋葬料(費)支給申請書も併せてご提出ください。

### 2 亡くなられた被保険者の氏名

- 被保険者が死亡したことによる申出の場合は、被保険者の氏名を記入

# 4. 基準収入額適用申請書 (新規判定用)

**健康保険  
高齢受給者 基準収入額適用 申請書**

新規判定用

この申請は、健康保険高齢受給者証(3割)の交付日より14日以内の申請が必要です。なお、記入方法および添付書類等については「基準収入額適用申請のお知らせ」をご確認ください。

被保険者証	記号 (左づめ) <input style="width: 100%;" type="text"/>	番号 (左づめ) <input style="width: 100%;" type="text"/>	生年月日 1. 昭和 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> 年 <input style="width: 10px;" type="text"/> 月 <input style="width: 10px;" type="text"/> 日 2. 平成 <input style="width: 10px;" type="text"/> 年 <input style="width: 10px;" type="text"/> 月 <input style="width: 10px;" type="text"/> 日 3. 令和 <input style="width: 10px;" type="text"/> 年 <input style="width: 10px;" type="text"/> 月 <input style="width: 10px;" type="text"/> 日
氏名 (カタカナ)	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
氏名	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
郵便番号 (ハイフン除く)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
住所	都 道 府 県 <input style="width: 100%;" type="text"/>		

70歳以上の被扶養者を扶養する旧被扶養者の収入	①被保険者欄 氏名 (カタカナ) 同上	②被扶養者 (旧被扶養者) 欄 <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>	③被扶養者 (旧被扶養者) 欄 <input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>
	生年月日 同上	1. 昭和 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> 年 <input style="width: 10px;" type="text"/> 月 <input style="width: 10px;" type="text"/> 日	1. 昭和 <input style="width: 10px;" type="text"/> <input style="width: 10px;" type="text"/> 年 <input style="width: 10px;" type="text"/> 月 <input style="width: 10px;" type="text"/> 日
	給与・賞与等収入の金額 (円) (収入等含む)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	公的年金収入の金額 (可搬養者年金、可搬養者年金、可搬養者年金、可搬養者年金)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	その他の収入の金額	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

給与・賞与等収入、④公的年金収入の確認は、マイナンバーを利用した情報照会によって行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。詳しくは「お知らせ」をご確認ください。  
【高齢受給者証の発効年月が1月～8月の場合】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 【高齢受給者証の発効年月が9月～12月の場合】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

①被保険者欄	②被扶養者 (旧被扶養者) 欄	③被扶養者 (旧被扶養者) 欄
郵便番号 (ハイフン除く)	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

希望しない  マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、☑を入れてください。希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。

- 1 情報照会 (マイナンバーを活用して収入 (給与・賞与等、公的年金) を確認)
  - 被保険者、被扶養者 (旧被扶養者) の住民票住所の郵便番号を記載
    - ・ 高齢受給者証の発行年月が1～8月の場合  
**前年**1月1日時点
    - ・ 高齢受給者証の発行年月が9～12月の場合  
**本年**1月1日時点
  - その他収入 (給与・賞与等、または公的年金収入以外) がある場合
    - ・ 確定申告書のコピーを添付 (申請するすべての方)  
(青色申告の場合は「青色申告決算書」、白色申告の場合は「収支内訳書」等、収入の内訳が確認できる書類)
- 2 情報照会を希望しない
  - を入れる
  - 被保険者、被扶養者 (旧被扶養者) の収入を証明する書類を添付
    - ・ (非) 課税証明書または所得 (課税) 証明書
    - ・ その他収入 (給与・賞与等、または公的年金収入以外) がある場合は、確定申告書のコピーも添付  
(青色申告の場合は「青色申告決算書」、白色申告の場合は「収支内訳書」等、収入の内訳が確認できる書類)

【旧被扶養者】  
後期高齢者医療制度の被保険者になったことにより、被扶養者でなくなった方。  
・ 被扶養者でなくなった後、5年を経過する月までの間に限ります。  
・ 65～74歳の方であって、後期高齢者医療制度の障害認定を受けたことにより被扶養者でなくなった方を含みます。

【令和4年9月～令和5年8月受診分】  
令和4年度 (令和3年中収入) の (非) 課税証明書

【令和5年9月～令和6年8月受診分】  
令和5年度 (令和4年中収入) の (非) 課税証明書

13

# 5. 限度額適用認定申請書

## 健康保険 限度額適用認定 申請書

**限**

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
	氏名			
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
	住所	都 道	府 県	

認定対象者情報	氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
	生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月 日

送付希望先情報	上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。			
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
	住所	都 道	府 県	
	宛名			

申請代行者情報	被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。	
	氏名	被保険者との関係
電話番号 (左づめハイフン除く)	申請代行の理由	1. 被保険者本人が入館中で外出できないため 2. その他 ( )

**1** 備考 令和〇年〇月から発効希望 ○〇 (医療機関名) に了承済み

限度額適用認定証の有効期間は申請月の初日 (健康保険加入月に申請された場合は資格取得日) から最長1年間

例) 令和5年1月10日に申請書受付の場合  
有効期間：令和5年1月1日～令和5年12月31日

※ 1年以内に資格喪失する場合は、資格喪失日の前日までが有効期間となります。

### 1 申請月より前に遡って限度額適用認定証の発効を希望

○ 受診する医療機関に了承を得て「備考」欄に記載

例) 令和4年12月から発効希望の場合 (令和5年1月に申請)  
「令和4年12月から発効希望 ○〇 (医療機関名) に了承済み」と記載

# 6. 限度額適用・標準負担額減額認定申請書 (1ページ目)

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書		1	2	ページ	減
<small>低所得(住民税非課税等)に該当される方が、入院等で医療費が自己負担限度額を超えそうな場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については、「記入の手引き」をご確認ください。</small>					
<small>この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。</small>					
被保険者証		記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	
氏名(カタカナ)		<small>姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。</small>			
氏名		<small>姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。</small>			
郵便番号(ハイフン除く)		電話番号(左づめハイフン除く)			
住所		<small>都 道 府 県</small>			
氏名(カタカナ)		<small>姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。</small>			
生年月日		<small>1. 令和 2. 平成 3. 令和</small>			
<small>認定対象者は、長期入院されましたか。</small>		<small>1. はい 2. いいえ</small>			
住所		<small>上記被保険者情報に記入した住所と別の住所に送付を希望する場合にご記入ください。</small>			
宛名		電話番号(左づめハイフン除く)			
氏名		被保険者との関係		申請代行の理由	
電話番号(づめハイフン除く)		<small>1. 被保険者本人が入院中で外出できないため 2. その他</small>			
被保険者郵便番号		<small>12月の場合[本年1月1日]12月の場合[本年1月1日]12月の場合[本年1月1日]12月の場合[本年1月1日]</small>			
備考		<small>令和〇年〇月から発効希望 ○〇(医療機関名)に了承済み</small>			

限度額適用・標準負担額減額認定証の有効期間は申請月の初日(健康保険加入月に申請された場合は資格取得日)から初めて到来する7月末日まで

- 例) 令和5年1月10日に申請書受付の場合  
有効期間: 令和5年1月1日～令和5年7月31日  
※ 7月末日前に資格喪失する場合は、資格喪失日の前日までが有効期間となります。

## 1 情報照会(マイナンバーを活用して収入を確認)

- 被保険者の住民票住所の郵便番号を記載
  - ・ 提出月が1～7月の場合 前年1月1日時点
  - ・ 提出月が8～12月の場合 本年1月1日時点

## 2 情報照会を希望しない

- を入れる
  - ・ 被保険者(低所得者I(70歳以上)は被扶養者も)の(非)課税証明書を添付

【令和4年8月～令和5年7月診療分】  
令和4年度(令和3年中収入)の(非)課税証明書

【令和5年8月～令和6年7月診療分】  
令和5年度(令和4年中収入)の(非)課税証明書

## 3 申請月より前に遡って限度額適用・標準負担額減額認定証の発効を希望

- 受診する医療機関に了承を得て「備考」欄に記載  
例) 令和4年12月から発効希望の場合(令和5年1月に申請)  
「令和4年12月から発効希望 ○〇(医療機関名)に了承済み」と記載

【低所得者I】  
被保険者と被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない方

# 7. 高額療養費支給申請書 (2ページ目)

1 2 ページ

**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**  
※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

---

被保険者氏名

医療機関等から協会へ請求のあった診療報酬明細書(レセプト)により確認できた、本申請の支給(合算)対象となる診療等の自己負担額を全て合算して、支給額を算出します。

① 診療年月 令和 年 月 ▶ 高額療養費は月単位でご申請ください。  
左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。

② 受診者氏名 <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
③ 受診者生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
④ 医療機関(薬局)の名称 <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
⑤ 医療機関(薬局)の所在地 <input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
⑥ 病名・ケガの別 <input type="checkbox"/> 1. 病名 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	<input type="checkbox"/> 1. 病名 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	<input type="checkbox"/> 1. 病名 <input type="checkbox"/> 2. ケガ
⑦ 療養を受けた期間 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
⑧ 支払額(右づめ) <input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円

---

「①診療年月」以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、「①診療年月」以外の直近3か月分の診療年月をご記入ください。

① 診療年月 1 令和 年 月 2 令和 年 月 3 令和 年 月

---

① 非課税等  被保険者が非課税である等、自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合(記入の手引き参照)には、左記に☑を入れてください。

「①非課税等」に☑された方は、高額療養費算出のため、マイナンバーも利用した情報照会を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。  
診療月が1月～7月の場合：前年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号  
診療月が8月～12月の場合：本年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号  
詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。

② 被保険者(マイナンバー)

---

③ 希望しない  マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、左記に☑を入れてください。  
希望しない場合には、非課税証明書等の必要な証明書類を添付してください。

## 1 申請内容

- 記載した医療機関(薬局)以外で合算対象となる診療が確認できた場合は、合算して支給額を算出(支給決定後に合算対象となる診療が確認できた場合は、後日追加で支給)

## 2 情報照会(マイナンバーを活用して収入を確認)

- を入れる  
(被保険者が非課税である等、自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合)
- 被保険者の住民票住所の郵便番号を記載
  - ・ 診療月が1～7月の場合 **前年**1月1日時点
  - ・ 診療月が8～12月の場合 **本年**1月1日時点

## 3 情報照会を希望しない

- を入れる
  - ・ 被保険者(低所得者I(70歳以上)は被扶養者も)の(非)課税証明書を添付

【令和4年8月～令和5年7月診療分】  
令和4年度(令和3年中収入)の(非)課税証明書

【令和5年8月～令和6年7月診療分】  
令和5年度(令和4年中収入)の(非)課税証明書



# 8. 傷病手当金支給申請書 (2ページ目：被保険者記入用)

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ

被保険者記入用

1	被保険者氏名	
2	申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 05 年 01 月 01 日 から 令和 05 年 01 月 31 日 まで
3	被保険者の仕事の内容 (退職後の申請の場合は、退職前の仕事の内容)	
4	傷病名	<input type="checkbox"/> 療養担当者記入欄(4ページ)に記入されている傷病による申請である場合は、左記に☑を入れてください。別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。
5	④ 発病・負傷年月日	1.平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 2.令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日
5	⑤-1 傷病の原因	<input type="checkbox"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事上(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病 } → ⑤-2へ
5	⑤-2 労働災害、通勤災害の認定を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中(労働基準監督署) <input type="checkbox"/> 3. 未請求
5	⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「第三者行為による傷病届」をご提出ください。
5	①-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい → ①-2へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ
5	①-2 「1. はい」と答えた場合、受け付報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。
5	②-1 障害年金、障害手当金について今回傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害厚生年金」または「障害手当金」を受給していますか。(同一の傷病で障害年金等を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ 「1. はい」の場合 →
5	②-2 老齢年金等について ※申請書による療養担当者からの喪失届の提出について、傷病手当金を申請する場合はご記入ください。老齢または退職を事由とする公的年金を受給していますか。(公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	<input type="checkbox"/> 1. はい → ②-3へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ 「1. はい」の場合 →
5	② 年金支給	基礎年金番号 [ ] - [ ] 年金コード [ ] 支給開始年月日 1.平成 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 2.令和 [ ] 年 [ ] 月 [ ] 日 年金額 [ ] 円(右付)
5	②-1 または②-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。	
5	③ 労災補償	今回の傷病手当金を申請する期間において、労災補償により、労災保険から休業補償給付を受給していますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 請求中(労働基準監督署) <input type="checkbox"/> 3. いいえ 「1. はい」の場合 → 「2. 請求中」

- 1 被保険者氏名
  - 被保険者の氏名を記入
- 2 申請期間 (療養のために休んだ期間)
  - 傷病のため労務に服することができなかった期間を記入
- 3 被保険者の仕事の内容
  - 仕事内容を具体的に記入 (経理担当事務、プログラマー、自動車組立、法人役員 等)
  - ※ 退職後の申請の場合は、在職時の仕事内容を記入してください。
- 4 傷病名
  - を入れる (申請の傷病名が療養担当者記入欄 (19ページ②) に記入されている傷病名と同じ場合)
  - ※ 相違する場合は、その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。
- 5 情報照会 (マイナンバーを活用して年金給付額 (障害厚生年金、障害手当金、老齢退職年金) を確認)
  - 情報照会を希望しない場合は、年金給付額等を証明する書類を添付
    - ・ 障害厚生年金、老齢退職年金 (「年金給付の年金証書またはこれに準ずる書類のコピー」と「年金の直近の額を証明する書類 (年金額改定通知書等) のコピー」)
    - ・ 障害手当金 (支給を証明する書類のコピー)

# 8. 傷病手当金支給申請書 (3ページ目：事業主記入用)

**健康保険 傷病手当金 支給申請書** 1 2 3 4 ページ  
事業主記入用

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

**1 被保険者氏名** (カタカナ)

**2 勤務状況** 2ページの中継期間のうち出勤した日付を【○】で囲んでください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

令和 05 年 01 月	早	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
令和 05 年 01 月		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和 05 年 01 月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
令和 05 年 01 月		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。  
※有給休暇の場合の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等別給支給しているもの等

令和 05 年 02 月 01 日	から	令和 05 年 02 月 28 日	金額	30000
A 令和 05 年 10 月 01 日	から	令和 05 年 03 月 31 日	金額	90000
B 令和 05 年 01 月 01 日	から	令和 05 年 01 月 31 日	金額	10000
C 令和 05 年 01 月 10 日	から	令和 05 年 01 月 10 日	金額	8000
D 令和 05 年 01 月 16 日	から	令和 05 年 01 月 17 日	金額	16000
E 令和 05 年 01 月 20 日	から	令和 05 年 01 月 20 日	金額	4000
令和 05 年 01 月 01 日	から	令和 05 年 01 月 01 日	金額	
令和 05 年 01 月 01 日	から	令和 05 年 01 月 01 日	金額	
令和 05 年 01 月 01 日	から	令和 05 年 01 月 01 日	金額	
令和 05 年 01 月 01 日	から	令和 05 年 01 月 01 日	金額	

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 令和 05 年 01 月 01 日

事業所名称

事業主氏名

電話番号

労務に服することができなかった期間(申請期間 17ページ②)を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支給状況等を記入してください。

- 1 被保険者氏名**
- 被保険者氏名(カタカナ)を記入
- 2 勤務状況**
- 申請期間(17ページ②)のうち**出勤した日付に○を囲む**(所定労働時間の一部労務に服した日も○で囲む)  
※ただし、待期期間(3日間連続して仕事を休み)の初日が早退の場合は「早」を記載(出勤後、傷病のためその後仕事を休んだ場合、その日(早退日)は待期期間の初日に算入できるため)
  - 有給休暇や公休日の記入は不要
  - 年月については出勤の有無に関わらず記入
- 3 賃金支給状況**
- 申請期間(17ページ②)のうち、**出勤していない日**(上記「○」「早」以外の日)に対して、**報酬等を支給した日**がある場合は、**支給した日と金額**を記入  
(有給休暇の賃金、通勤手当、扶養手当、住宅手当、資格手当、役付手当等)
  - 残業手当、休日出勤手当等の**出勤した日**に対して**支給した報酬**や、**見舞金等の一時的に支給したものは記入不要**
- 【記入例】**
- 通勤手当等で一定期間分を一括して支給している場合
    - A 10/1~3/31の6か月分の通勤手当を支給(90,000円)
    - B 1/1~1/31の扶養手当を支給(10,000円)
  - 有給手当を支給している場合
    - C 1/10に有給を支給(8,000円)
    - D 1/16、1/17に有給を支給(16,000円)
    - E 1/20に半日有給を支給(4,000円)

# 8. 傷病手当金支給申請書 (4ページ目: 療養担当者記入用)

1 2 3 4 ページ

## 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 (カタカナ)	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半角点(´)は1字としてご記入ください。															
1 労務不能と認めた期間 (勤務先での従前の労務に就することができない期間をいいます。)	令和	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	年	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	月	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	日	から	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	年	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	月	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	日	まで
2 傷病名 (労務不能と認めた傷病をご記入ください)	初診日 (療養の給付の開始年月日) <input type="checkbox"/> 1. 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日														
傷病または負傷の原因	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
傷病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 1. 平成 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日														
傷病不能と認めた期間に診療した日がありましたか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ														
上記期間における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等	<input style="width: 100%; height: 100px;" type="text"/>														
上記のとおり相違ないことを証明します。															
医療機関の所在地	令和 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日														
医療機関の名称	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
医師の氏名	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														
電話番号	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>														

### 1 労務不能と認めた期間

- 治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間の始期と終期を記入
- 期間のうち、労務不能と認められる期間が一部の場合は、右側の余白に労務不能と認められる日を記入

### 2 傷病名

- 労務不能と認めた傷病を記入

※ 記入漏れや誤りがある場合は、給付金のお支払いに時間を要してしまうことがあります。記入欄はすべて記入していただくよう、療養担当者へお伝えください。

# 9. 出産育児一時金支給申請書 (2ページ目)

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 支給申請書		1	2	ページ
被保険者氏名				
①-1 出産者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者 2. 家族(根拠費者)		
①-2 出産者の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>			
①-3 出産者の生年月日	<input type="checkbox"/>	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	年	月
② 出産年月日	令和	年	月	日
③ 出産した国	<input type="checkbox"/>	1. 日本 2. 海外 → 国名( )		
④-1 出生児数	<input type="text"/>	人	④-2 死産児数	<input type="text"/>
⑤ 同一の出産について、健康保険組合や国民健康保険等から出産育児一時金を受給していますか。	<input type="checkbox"/>	1. 受給した 2. 受給していない		
※医師・助産師、市区町村長のいずれかより証明を受けてください。				
出産者の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>			
出産年月日	令和	年	月	日
出生児数	<input type="text"/>	人	死産児数	<input type="text"/>
死産の場合の経産日数	<input type="text"/>			
上記のとおり相違ないことを証明します。	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				
電話番号				
本籍	筆頭者氏名			
母の氏名(カタカナ)	<input type="text"/>			
母の氏名				
出生児数	<input type="text"/>	人	出生年月日	令和
出生児氏名				
上記のとおり相違ないことを証明します。	令和	年	月	日
市区町村長名				

## 1 出産した国

- 番号を記入
  1. 日本
  2. 海外 (国名を記入)

※ 海外で出産した場合に添付いただく書類があります。詳しくは協会けんぽホームページをご覧ください。



その他、申請においてご留意いただきたいこと

## ① 各種申請書の記入方法は、「記入の手引き」をご覧ください。

記入漏れは、給付金等のお支払いに時間を要してしまいます。記入漏れのないようにお願いします。

The screenshot shows the website for the National Health Insurance Association (協会けんぽ). The main heading is "健康保険傷病手当金支給申請書" (Health Insurance Sick Leave Benefit Payment Application Form). On the left, there is a navigation menu with "申請書" (Application Form) selected, and a sub-menu for "健康保険給付の申請書" (Health Insurance Benefit Application Form). The main content area contains information about the application process, including a note about the new COVID-19 related sick leave benefit application form. A red button labeled "申請書様式・添付書類" (Application Form and Attachments) is prominent. Below it, there are two links: "申請書（現行様式）※令和4年12月27日以前に申請される場合" (Application Form (Current Form) ※ Applied before Dec 27, 2022) and "申請書（新様式）※令和4年12月28日以降に申請される場合" (Application Form (New Form) ※ Applied from Dec 28, 2022). A blue arrow points to a link labeled "（手書き用記入例）" (Handwritten Example) under the new form section, with a blue box and text "ここをクリック" (Click here) pointing to it.

The screenshot shows the "健康保険 傷病手当金 支給申請書 記入の手引き" (Health Insurance Sick Leave Benefit Payment Application Form Filing Guide). It states that the application is a 4-page form and must be filled out correctly. It provides a table of contents for the 4 pages: 1. Applicant Information, 2. Applicant Details, 3. Sick Leave Details, and 4. Payment Details. Below this, there is a table of "添付書類" (Attachments) with columns for the document name and the page it applies to. A blue arrow from the previous screenshot points to this section. At the bottom, there is a button "次ページに記入例があります。" (Examples are on the next page.)

添付書類	※1を指す
■ 支払開始日以降の12か月以内で事業所に変更があった方	● 以前の事業所の住所、所在地及び事業所に変更されている書類がわかる書類 (※3)
■ 障害年金の給付を受けている方	● 年金給付額等がかかる書類 (以下のすべての書類が必要です) (※4) ○ マイナンバーも利用した労働年金を有しない場合に限り必要です (※4) ○ 障害年金の給付の申請書または年金請求書または年金請求書の控え ○ 障害年金の給付の額を証明する書類 (年金請求決定通知書等)のコピー
■ 障害年金の給付を受けている方	● 年金給付額等がかかる書類 (以下のすべての書類が必要です) (※4) ○ マイナンバーも利用した労働年金を有しない場合に限り必要です (※4) ○ 年金請求書の控えまたは年金請求書の控え ○ 年金請求書の額を証明する書類 (年金請求決定通知書等)のコピー
■ 労災補償から休業補償給付を受けている方	● 労災補償決定通知書等のコピー
■ 労災補償の遺族が第三者の行為 (交通事故やげんか等) によるものである場合	● 第三者行為による関係書 (※3)
■ 健康保険者が亡くなった場合、相続人が請求する場合	● 健康保険者と被保険者がわかる戸籍謄本等

## ② 各種申請書のご提出は、すべて郵送で受付しています。

新型コロナウイルス感染リスク軽減のため、協会けんぽ福井支部の受付窓口には職員は常駐しておりませんので、**申請書のご提出は郵送**でお願いします。

福井支部窓口にお越しいただく場合は、入口入って正面に受付箱をご用意しておりますので、よろしければ**申請書は受付箱に投函**をお願いします。