



協会けんぽ 埼玉だより



職場内で閲覧をお願いいたします。

埼玉支部公式
LINE始めました!
ぜひ登録ください



特定保健指導および健康づくり業務の外部委託について

1

ソシオフューチャー

SocioFuture 株式会社 電話番号 0120-537-143

特定保健指導に該当される方がいる場合は、事業所宛にご案内をお送りしますので、日程調整等ご協力をお願いいたします。

2

株式会社 エム・エイチ・アイ 電話番号 0120-055-397

健診結果について情報提供が必要と思われる方へ連絡を行っております。事業所を通じて被保険者(ご本人)様へ連絡しますので、お取次ぎいただきますようご理解とご協力をお願いいたします。



委託事業者より、事業所へお電話させていただくがございます。
従業員様の健康のため、ご理解とご協力をお願いいたします。

切り替えをご検討ください!!

ジェネリックはどんな薬??

飲みやすく工夫されている
製品もあります

苦味をコーティング



マスキング技術で
飲みやすく。

小型化



成分は同じで。

水なしでも飲める



OD錠(口腔内崩壊錠)に。

ザラつき感を抑える



粒子を小さく。

先発品と効果・安全性は同じ



先発品より安価

ジェネリック医薬品は、先発品に比べて研究開発費を大幅に抑えることができるため価格を安く設定することができます。



*現在一部のジェネリック医薬品におきまして、供給不足や欠品が生じており、切り替えをご希望されても難しい場合があります。
切り替えをご希望される方は、医療機関や薬局にご相談ください。

傷病手当金 記入上の注意点

傷病手当金の申請書について、不備が多い点や記入上の注意点ををご紹介します。
申請書の記入漏れは、申請のご返却や支払いの遅れにつながる場合がありますので、
申請前に再度ご確認をお願いいたします。

2ページ目 申請内容・確認事項

② 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)	経理担当事務(休職前の具体的な仕事内容)
③ 傷病名	<input checked="" type="checkbox"/> 傷病手当金の申請(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。
④ 発病・負傷年月日	2. 令和 <input type="text" value="07"/> 年 <input type="text" value="01"/> 月 <input type="text" value="01"/> 日
⑤-1 傷病の原因	<input type="text" value="1"/> 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事(業務上)での傷病 3. 通勤途中での傷病 } → ⑤-2へ
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 2. いいえ } → ⑤-1へ

傷病名が4ページ目の療養担当者が記入した傷病名と同一であることを確認して
チェックをしてください。

傷病の原因が「慢性的な腰痛」など**労働災害に該当しない場合は、⑤-1に「1」を記入**してください。※その場合は、⑤-2の記入は不要です。

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="text" value="1"/> 1. はい → ①-2へ 2. いいえ
①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受けた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="text" value="1"/> 1. はい 2. いいえ → 事業主へ確認のうえ、正しい証明を受けてください。

確認事項①-1、①-2**申請期間の報酬の有無**を記入してください。記入内容が「**申請書の3ページ目、事業主が証明するところ**」と相違している場合は申請書を返却する場合がございます。

3ページ目 事業主が証明するところ

被保険者氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ
出勤状況 2ページの申請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 <input type="text" value="07"/> 年 <input type="text" value="01"/> 月

「年」「月」を記入後、**申請期間のうち出勤日があれば、「○」で囲んでください。**
※欠勤や有給など、「○(出勤)」以外は記入しないようお願いいたします。
※1か月全日欠勤している場合でも「年」「月」は必ず記入してください。

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。 ※有給休暇の場合の基金、出勤等の有期に問わず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等現物支給しているもの等	例 令和 <input type="text" value="05"/> 年 <input type="text" value="02"/> 月 <input type="text" value="01"/> 日から <input type="text" value="05"/> 年 <input type="text" value="02"/> 月 <input type="text" value="28"/> 日 <input type="text" value="3000000"/> 円
①	令和 <input type="text" value="06"/> 年 <input type="text" value="10"/> 月 <input type="text" value="01"/> 日から <input type="text" value="07"/> 年 <input type="text" value="03"/> 月 <input type="text" value="31"/> 日 <input type="text" value="1000000"/> 円 A
②	令和 <input type="text" value="06"/> 年 <input type="text" value="12"/> 月 <input type="text" value="16"/> 日から <input type="text" value="07"/> 年 <input type="text" value="01"/> 月 <input type="text" value="15"/> 日 <input type="text" value="1000000"/> 円 B
③	令和 <input type="text" value="07"/> 年 <input type="text" value="01"/> 月 <input type="text" value="03"/> 日から <input type="text" value="07"/> 年 <input type="text" value="01"/> 月 <input type="text" value="04"/> 日 <input type="text" value="2600000"/> 円 C

出勤していない日(欠勤した日)に対して報酬等を支給した場合は、支給した日と金額を記入してください。
傷病手当金の支給額が調整されます。
※欠勤した場合に支払われない手当や、見舞金など、**一時的に支給したものは記入しない**ようお願いいたします。

記入例

A 通勤手当
(6ヶ月定期)

B 欠勤控除のない手当
(1ヶ月分)
※給与締日が15日の場合

C 有給休暇
※有給休暇はその期間ごとに期間と**支給額(単価×日数)**をご記入ください。
記入例:有給休暇を2日間取得した場合。



申請書の書き方動画を「YouTube」にて配信しております。
右記の二次元コードよりアクセスいただき、ぜひご覧ください。



全国健康保険協会 埼玉支部
協会けんぽ

〒330-8686 埼玉県さいたま市大宮区錦町682-2
大宮情報文化センター(JACK大宮)16階
電話 **048-658-5919** (代表)

メールマガジン
「彩メール」

健康保険や健康づくりに関する
タイムリーな情報をお届け

お役立ち情報が満載!
メルマガ会員 募集中

お役立ち情報をいち早くお届け!
毎月初旬(10日ごろ)に配信
利用料は無料(送料別)

メールアドレスをお持ちの方は、
どなたでもご登録いただけます。

ご登録はこちらから

