



整骨院・接骨院等にかかるとき



医療機関等以外で健康保険は使えますか？

健康保険の対象となる範囲は限られますが、柔道整復師が施術を行う整骨院・接骨院や、はり・きゅう・マッサージ等で使用できる場合があります。これらの施設で健康保険を使用する場合、一旦全額を自己負担し、申請により給付を受けるのが原則ですが、登録した施術者が患者に代わり保険給付分を保険者に請求できる「受領委任制度」が認められています。そのため健康保険を使用することで、医療機関等にかかったときと同じように、一部負担金のみの支払いで施術を受けることができます。

整骨院・接骨院で健康保険が使えるケース

※肩こり、疲労回復が目的のマッサージ等には使えません。
※骨折・脱臼については医師の同意が必要です。(応急処置を除く)

負傷原因がはっきりしていて慢性に至っていないケガのうち次のもの

- 骨折、脱臼
- 打撲
- 捻挫
- 挫傷（肉離れ等）

鍼灸院やマッサージで健康保険が使えるケース

※医師の同意が必要です。

はり・きゅうの場合

主として

- 神経痛
- リウマチ
- 頸腕症候群
- 五十肩

- 腰痛症
- 頸椎捻挫後遺症

※神経痛・リウマチなどと同一範疇と認められる慢性的な疼痛についても認められる場合があります。

マッサージの場合

筋麻痺や関節拘縮等の症状があり、医療上必要と認められているとき



Check

Q & A

Q₁

加入して間もなく、医療機関等で医療費を全額自己負担しましたがどうすればいいですか？

A₁

医療費を全額自己負担した場合は療養費の請求を行うことにより、後日医療機関等に支払った金額のうち**自己負担分以外の額が支給**されます。

※保険適用部分に限ります。

Q₂

マイナンバーカードでの受診はどうすればいいですか？

A₂

マイナポータル等よりマイナンバーカードの**保険証利用の登録**を行い、オンライン資格確認対応の医療機関等窓口でマイナンバーカードを利用してください。



資格情報のお知らせ、資格確認書の交付申請

マイナ保険証を利用した受診ができないとき

マイナ保険証を利用できない場合は？

マイナンバーカードを保有していない、マイナ保険証の利用登録をしていない、家族や介助者等が同行して資格確認を補助する必要がある場合は、「資格確認書交付申請書」を提出し、交付を受けます。



資格情報のお知らせの再交付が必要なとき

資格情報のお知らせの再交付が必要な場合は？

健康保険の資格の取得時に交付を受けた資格情報のお知らせをなくした（破損した）場合や、氏名変更等で新たな資格情報のお知らせが必要な場合は、「資格情報のお知らせ交付申請書」を提出し、交付を受けます。

保 扶 事



負傷原因届

負傷（ケガ）がもとで給付の申請をするとき

負傷（ケガ）したときに給付を受けるには？

負傷（ケガ）により各種給付の申請をする際には、「負傷原因届」を提出します。疾病・負傷（ケガ）が第三者の行為によるものであるときは、併せて「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。（P.50参照）

※仕事中（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、健康保険の給付対象となりません。



負傷（ケガ）により、次の支給申請をするときに、「負傷原因届」が必要です。

- 移送費
- 海外療養費

※ただし、上記以外の申請であっても、法人の役員が仕事中（または通勤途中）に負傷し、健康保険からの給付が行われる際は添付が必要となる場合がありますので、詳細は協会けんぽへご相談ください。



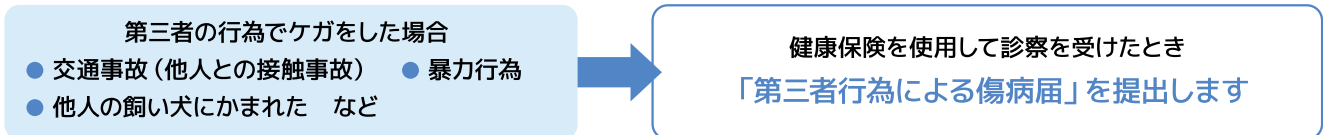
第三者行為による傷病届

交通事故等によりケガをしたとき



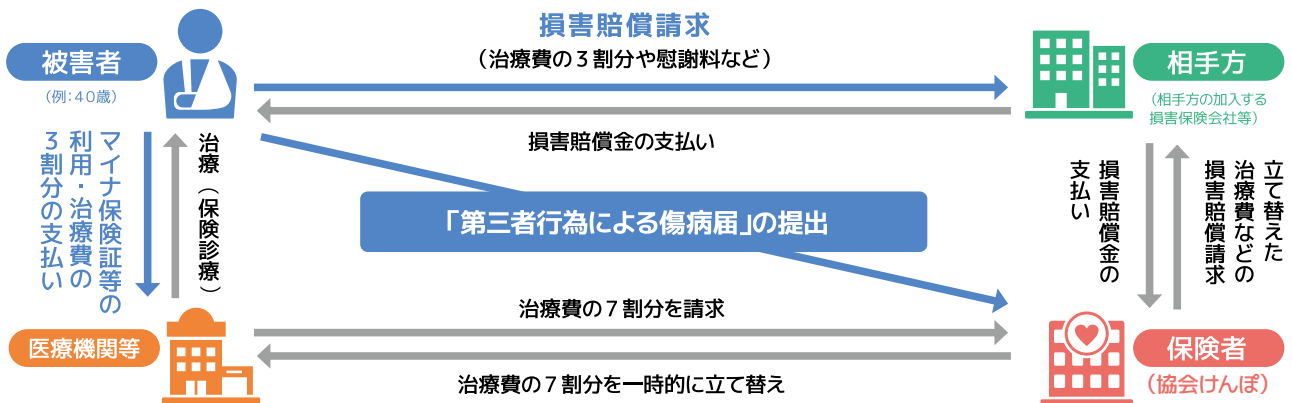
交通事故等でケガをした場合はどうなるの？

交通事故等、第三者の行為が原因でケガをした場合でも、工作中（業務災害）や通勤途中の事故が原因でなければ、健康保険で診療を受けることができます。ただし、この場合には「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。



健康保険給付の流れは？

協会けんぽ（健康保険）は、本来、相手方（加害者）が支払うべき治療費を一時的に立て替えて支払い、その後相手方（加害者）に損害賠償請求します。そのため、「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。



第三者行為による傷病届

Check

交通事故等の場合に必要な書類

「第三者行為による傷病届」をはじめとした、以下の書類が必要になります。

①「第三者行為による傷病届」

基本的に被保険者等が記入することとなりますが、相手方（損害保険会社等）に依頼できる場合は、相手方による記入も可能です。交通事故証明書を参考に記入してください。

②「事故発生状況報告書」

交通事故の場合、事故の状況や過失割合を判断する上で、重要な書類となりますので、できるだけ詳しく記入してください。

③「同意書」

協会けんぽが相手方の損害保険会社等へ損害賠償請求をする際、治療費の内訳（診療報酬明細書の写し等）を添付します。相手方へ個人情報を提供することとなるため、ご本人の同意が必要となります。併せて、協会けんぽが損害賠償請求権を取得することの明確化と今後の示談進捗状況の報告をお願いする書類です。

④その他の提出書類

交通事故の場合、「交通事故証明書」（自動車安全運転センターが発行）を必ず添付してください。

※物損事故等の場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」も必要となります。

- 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



限度額適用認定証

入院等で医療費が高額になりそうなとき

限度額適用認定証とは？

健康保険には、高額な医療費を支払った場合に、後日、自己負担限度額（P.53参照）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。（P.52参照）しかし、払い戻されるとはいえ、高額な医療費の支払いは、大きな負担となります。そこで、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」を医療機関等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、標準報酬月額が28万円から79万円まで、高齢受給者証の負担割合が3割の方は、**限度額適用認定証の交付対象となっております。**なお、マイナ保険証をご利用いただくことで、自己負担限度額までの支払いとなるため、**原則限度額適用認定申請書の申請は不要となります。**（被保険者の市区町村民税が非課税の方等は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請が必要です。）

マイナ保険証をご利用いただくことで、自己負担限度額までの支払いとなるため、限度額適用認定申請書の申請は不要となります。（被保険者の市区町村民税が非課税の方等は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」の申請が必要です。）

限度額適用認定証申請から利用の流れ

- 1 事前に「限度額適用認定申請書」を提出
- 2 「限度額適用認定証」が交付される
- 3 2で交付された「限度額適用認定証」および「資格確認書等」を医療機関等に提示



●有効期限

申請月（受付した月）の初日（健康保険に加入した月に受付した場合は資格取得日）から最長1年間となります。途中で70歳に到達される方、任意継続保険が期間満了される方はその期間までとなります。なお、被保険者の市区町村民税が非課税の方等が利用する「限度額適用・標準負担額減額認定証」は、申請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。

高額療養費支給申請書も必要なケース

以下の場合には限度額適用認定証を提示しても、高額療養費支給申請書が必要です。（提示分も合わせてご記入ください）

- 1 1ヵ月に2ヵ所以上の医療機関等に通院・入院して高額負担となった場合
- 2 高額療養費の多数回該当となり4ヵ月目から自己負担限度額が軽減される場合でも、当該認定証の提示で、軽減前の自己負担限度額が適用された場合

※被保険者の市区町村民税が非課税の方等は「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を申請してください。この場合は70歳以上75歳未満の方も必要です。

Check

長期間にわたる治療の場合は「特定疾病療養受療証」

透析や血友病など、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、医療機関等ごと（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、申請月の初日（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。月を遡って発効ができないため、早めのお手続きをお願いします。

対象となる病気	自己負担限度額
<ol style="list-style-type: none"> 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）

※本申請により、協会けんぽから特定疾病療養受療証の交付を受けていれば、マイナ保険証を利用することで医療機関等窓口での特定疾病療養受療証の提示が不要となり、認定を受けた疾病による保険診療の窓口負担が一定の自己負担限度額までとなります。

- 高額療養費支給申請書
- 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
- 年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書



高額療養費

突然のケガや入院等で高額な医療費を支払ったとき

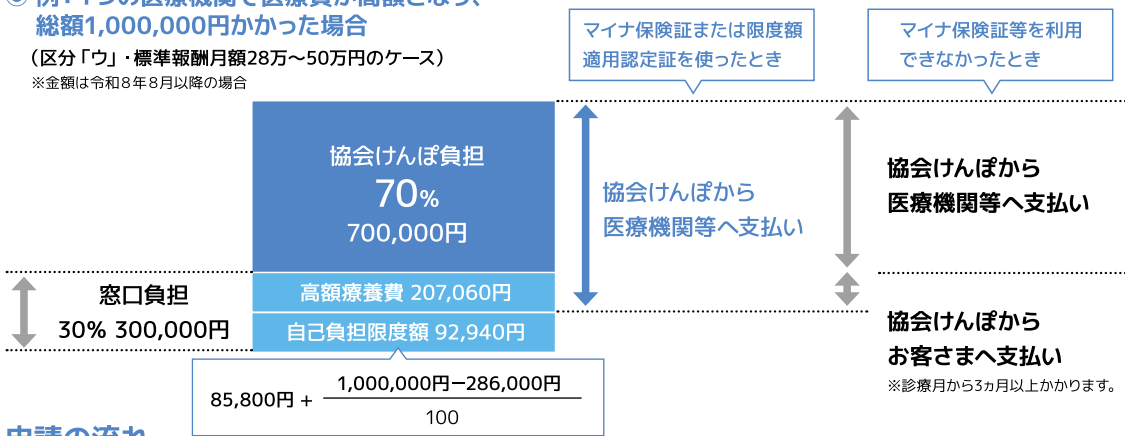
高額療養費とは？

同一の月に医療機関等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、申請することで、その超えた分が後日「高額療養費」として払い戻されます。

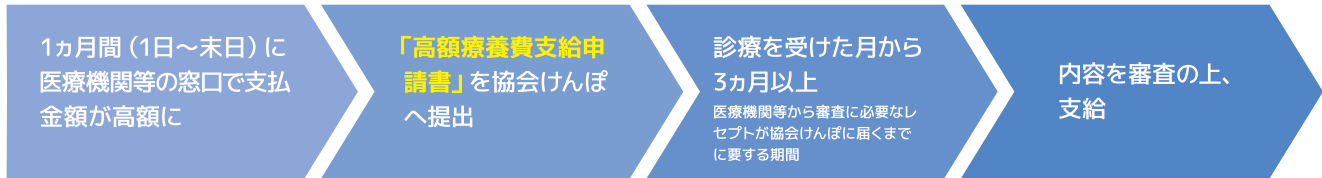
医療費が高額になることが事前にわかっている場合には、マイナ保険証をご利用いただくか、限度額適用認定証（P.51参照）を医療機関等に提示する方法が便利です。

● 例：1つの医療機関で医療費が高額となり、総額1,000,000円だった場合

（区分「ウ」・標準報酬月額28万～50万円のケース）
※金額は令和8年8月以降の場合



申請の流れ



※月をまたいだ場合は月ごとに申請書が必要
例：1/15～2/15入院→1月と2月それぞれ申請が必要



自己負担額を計算する際の注意点は？

- 1か月単位（1日から末日）で計算
例えば、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日まででレセプトが2件となり、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。医療機関受診日と薬局での調剤日の月が異なる場合は分けて計算します。
- 保険適用分が対象
食事代、差額ベッド代等は対象外です。

複数の医療機関等での診療分、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。

高額療養費の対象となる負担・対象とならない負担

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 	<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
<ul style="list-style-type: none"> ● 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"> ● 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

Check

自己負担限度額（払い戻しの基準額）について

① 年齢・被保険者の所得区分によって自己負担限度額は変わります

● 70歳未満の方（表I）

（）内は多数回該当の場合

被保険者の所得区分		自己負担限度額
ア	83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% (140,100円)
イ	53万~79万円	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% (93,000円)
ウ	28万~50万円	80,100円+(総医療費-267,000円)×1% (44,400円)
エ	26万円以下	57,600円 (44,400円)
オ	低所得者*	35,400円 (24,600円)

※被保険者が住民税の非課税者で、かつ、区分ア、イに該当しない方

令和8年8月以降の場合

（）内は多数回該当の場合

被保険者の所得区分		自己負担限度額
ア	83万円以上	270,300円+(総医療費-901,000円)×1% (140,100円)
イ	53万~79万円	179,100円+(総医療費-597,000円)×1% (93,000円)
ウ	28万~50万円	85,800円+(総医療費-286,000円)×1% (44,400円)
エ	26万円以下	61,500円 (44,400円)
オ	低所得者*	36,900円 (24,600円)

● 70歳以上75歳未満の方（表II）

（）内は多数回該当の場合

被保険者の所得区分	自己負担限度額	
	個人ごと（通院）	世帯ごと（入院を含む）
現役並み所得者 標準報酬月額	83万円以上	252,600円+(総医療費-842,000円)×1% (140,100円)
	53万~79万円	167,400円+(総医療費-558,000円)×1% (93,000円)
	28万~50万円	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）	18,000円 （年間上限14.4万円）	57,600円 （44,400円）
低所得者II ^{※1}	8,000円	24,600円
低所得者I ^{※2}		15,000円

※1 被保険者が住民税の非課税者で、かつ、現役並み所得者に該当しない方

※2 被保険者とその扶養家族すべての方の収入から必要経費・控除額を除いた後の所得がなく、かつ、現役並み所得者に該当しない方

令和8年8月以降の場合

（）内は多数回該当の場合

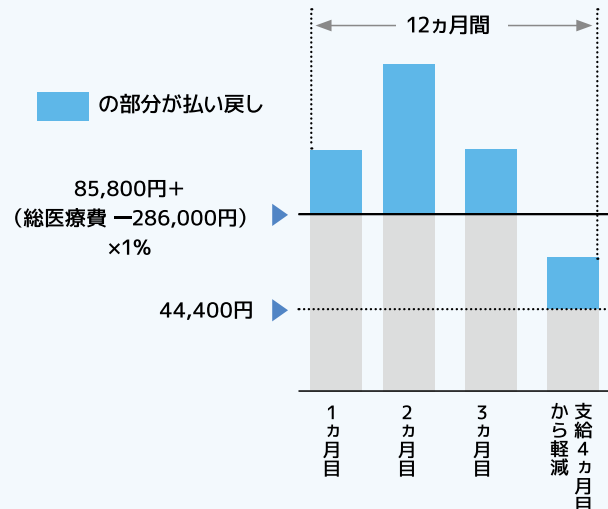
被保険者の所得区分	自己負担限度額	
	個人ごと（通院）	世帯ごと（入院を含む）
現役並み所得者 標準報酬月額	83万円以上	270,300円+(総医療費-901,000円)×1% (140,100円)
	53万~79万円	179,100円+(総医療費-597,000円)×1% (93,000円)
	28万~50万円	85,800円+(総医療費-286,000円)×1% (44,400円)
一般（標準報酬月額26万円以下）	22,000円 （年間上限21.6万円）	61,500円 （44,400円）
低所得者II ^{※1}	11,000円 （年間上限9.6万円）	25,700円 （24,600円）
低所得者I ^{※2}	8,000円	15,700円

② 「多数回該当」の場合は自己負担限度額が軽減

高額療養費の申請月以前の直近1年間に、同一世帯で高額療養費の支給を受けた月数の合計が3ヵ月以上ある場合、4ヵ月目からは自己負担限度額が軽減されます。

〈標準報酬月額28万~50万円の場合〉

※金額は令和8年8月以降の場合



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

（以下の1、2、3を比べて支給額が一番高くなる金額で支給します）

- 70歳以上75歳未満の加入者の個人ごとの通院自己負担額について、表IIの自己負担限度額を超えた分が払い戻されます。
- 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、表IIの世帯ごとの自己負担限度額を超えた分が払い戻されます。
- 「2」の計算後なお残る70歳以上75歳未満の世帯ごとの自己負担額」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。

※自己負担額が、21,000円以上の分のみ

「高額介護合算療養費」とは？

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（前年8月1日～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る制度です。ただし、超えた金額が501円以上の場合に限りです。

支給額は、世帯で医療・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。

介護合算算定基準額

●70歳未満の方

被保険者の所得区分		基準額
ア	標準報酬月額	83万円以上
イ		53万～79万円
ウ		28万～50万円
エ		26万円以下
オ		低所得者（住民税非課税）
		34万円

●70歳から75歳未満の方

被保険者の所得区分		基準額
標準報酬月額	83万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割（現役並みⅢ）	212万円
	53万～79万円で高齢受給者証の負担割合が3割（現役並みⅡ）	141万円
	28万～50万円で高齢受給者証の負担割合が3割（現役並みⅠ）	67万円
	26万円以下（一般所得者）	56万円
非住民税	低所得者Ⅱ	31万円
	低所得者Ⅰ	19万円

「年間の高額療養費」とは？

70歳以上75歳未満の加入者の方で、所得区分が一般（2割負担）や低所得の方については、1年間（前年8月1日～7月31日）の通院の自己負担額の合計額に上限が設けられています。

基準日（毎年7月31日）時点の所得区分が一般または低所得に該当する場合は、計算期間（前年8月1日～7月31日）のうち、一般または低所得区分であった月の通院療養の自己負担額について上限を超えた額が「年間の高額療養費」として払い戻されます。

なお、年間の高額療養費は個人ごとに通院療養の自己負担額が年間上限を超えた分が支給されます。被保険者と被扶養者の自己負担額は合算されません。

また、70歳未満の方についても、令和8年8月診療分より、基準日（毎年7月31日）時点の所得区分に応じて、1年間（前年8月1日～7月31日）に負担した自己負担額の合計額に上限が設けられます。

※申請は令和9年8月以降の予定です。





電子申請対象

- 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）
- 海外療養費支給申請書



療養費・海外療養費

医療費、治療用装具製作費を全額自己負担したとき

療養費とは？

健康保険では、「やむを得ない事情で健康保険が使用できず、医療費の保険診療分を全額自己負担したとき（立替払）」や「治療のために装具を製作したとき」「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、あとで申請して療養費・海外療養費の払い戻しを受けることができます。



柔道整復師（整骨院・接骨院）で

健康保険が使える場合

負傷原因がはっきりしていて慢性に至っていない骨折、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

療養費の払い戻しが受けられる主なケース

- ① やむを得ない事情でマイナ保険証等を利用できず、医療費の保険診療分を全額自己負担したとき
- ② 前に加入していた保険者の資格で医療機関等を受診し、後日医療費の返還をしたとき
- ③ コルセットなどの治療用装具を医師の指示で製作し、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 海外の医療機関等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出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



療養費払い戻しの手順は？

支払った医療費が全額払い戻されるわけではなく、保険診療を受けた場合を基準に計算した額から一部負担金相当額を差し引いた額が払い戻されます。健康保険で認められない費用は除外されます。

立替払

- 1 窓口で医療費を全額自己負担した場合
- 2 領収書（原本）と診療明細書（診療内容を記載した証明書）を用意
- 3 療養費支給申請書と2の書類を協会けんぽへ提出
- 4 療養費の払い戻し

- 1 協会けんぽ加入期間中に誤って別の保険者の資格で医療機関等を受診した場合
- 2 返納先が発行した領収書（原本）と返納先から取り寄せた診療報酬明細書を用意
- 3 療養費支給申請書と2の書類を協会けんぽへ提出
- 4 療養費の払い戻し

治療用装具

- 1 治療のため装具を製作した場合
- 2 装具の領収書（原本）と治療用装具製作指示装着証明書（原本）を用意
- 3 療養費支給申請書と2の書類を協会けんぽへ提出
- 4 療養費の払い戻し

海外療養

- 1 海外旅行中に現地で診療を受けた場合
- 2 診療内容明細書、領収明細書、領収書（原本）、パスポートのコピー等を用意
- 3 海外療養費支給申請書と2の書類を協会けんぽ神奈川支部へ提出
- 4 療養費の払い戻し

●申請に必要な添付書類(コピーと指定していないものは原本が必要です)

立替払	自費で診療を受けたとき	領収書(領収明細書)(診療に要した費用を証明した領収書)
		医療機関等が発行する診療明細書(診療内容を記載した証明書)
	国民健康保険などの他の保険者の資格で医療機関等を受診し医療費を返納したとき	市区町村など返納先が発行した領収書
		市区町村など返納先から取り寄せた診療報酬明細書(レセプト)(封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください)
装具	治療用装具製作指示装着証明書	
	領収書(装具の名称、種類および内訳の費用額、義肢装具士の氏名(押印でも可)・オーダーメイドまたは既製品の別(既製品の場合は製品名・メーカー名)が記載された領収書)	
	領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)	
	靴型装具の現物写真(靴型装具の支給申請を行う場合)	
小児弱視等治療用眼鏡	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)のコピー <small>※傷病名・「小児の弱視、斜視または先天白内障術後の屈折矯正」</small>	
	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)	
	領収書(眼鏡等の名称、種類等の費用額が記載された領収書)	
	領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)	
弾性着衣等	弾性着衣等装着指示書	
	領収書(弾性着衣等の名称、種類および単位・購入枚数が記載された領収書)	
	領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)	
海外療養費	海外の医師が作成した診療内容明細書	
	海外の領収明細書	
	領収書およびその日本語訳	
	外国語で記載されている書類の日本語訳(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)	
	パスポートのコピー(海外渡航者の氏名・顔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)	
	海外での診療を担当した医療機関等に照会することの同意書	

添付していただいた書類の原本はお返しできません。

※市区町村への手続きなど他の手続きが必要な際は、あらかじめコピーを保管してください。



傷病手当金

病気やケガで4日以上仕事を休んだとき

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に支給される給付金です。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」に事業主と療養担当者（医師等）の証明を受け、協会けんぽに提出してください。



申請の流れ



傷病手当金が支給される条件は？

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・通勤途中のケガについては、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
療養担当者（医師等）の意見等をもとに判断されます。
- ③ 4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）
病気やケガの療養のために連続して3日間仕事を休んだ後（待期待期間 ※右図参照）、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。待期待期間には有給休暇、土・日・祝日等の公休日を含みます。
- ④ 休んだ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されます）
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、給与の金額が傷病手当金の金額より少ないときは、その差額が支給されます。

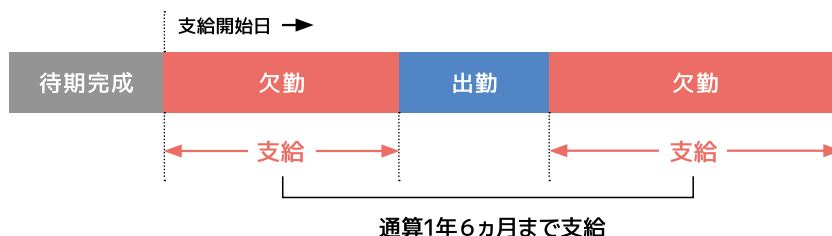


待期待期間は有給・公休（土・日・祝日）等も含みます。



傷病手当金が支給される期間は？

傷病手当金は支給が始まった日（支給開始日）から支給期間（実際に支給された期間）を遡算して1年6カ月の期間を限度として、支給されます。





傷病手当金の支給額は？

傷病手当金の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協会けんぽの被保険者期間（任意継続の期間を含む）で継続した12ヵ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。

※支給開始日は、最初に傷病手当金が支給された日をいいます。

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

被保険者期間が1年に満たない場合は、資格取得後の平均額か、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

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



退職などで資格を喪失した場合はどうなりますか？

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。受給できる期間は支給期間を通算して1年6ヵ月です。ただし、下記⑤のとおり喪失後の支給期間は継続している必要があります。

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。

- 資格を喪失した日の前日（退職日等）までに、1年以上の継続した健康保険の被保険者期間（任意継続の期間を除く）があること（協会けんぽや健康保険組合の加入期間を含み、国民健康保険等は含みません）
- 資格を喪失した日の前々日（退職日の前日）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
- 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）
- 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
- 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）

Check

傷病手当金の金額が調整されるケース

以下の場合、傷病手当金の金額が調整されます。

- 給与・手当が支給されている場合
- 傷病手当金と同じ傷病等で障害厚生年金または障害手当金が受けられる場合
- 退職後に老齢退職年金が受けられる場合
- 労災保険から休業補償給付を受けているときに、業務外の病気やケガで仕事に就けなくなった場合
- 出産手当金の支給を受けている場合

①～⑤の給付等の1日あたりの金額が

傷病手当金の1日あたりの金額より低い場合

①～⑤の給付等の1日あたりの金額 < 傷病手当金の1日あたりの金額

1日あたりの金額の差額を計算して、傷病手当金が支給されます。

傷病手当金の1日あたりの金額より高い場合

①～⑤の給付等の1日あたりの金額 > 傷病手当金の1日あたりの金額

その期間の傷病手当金は支給されません。



出産手当金

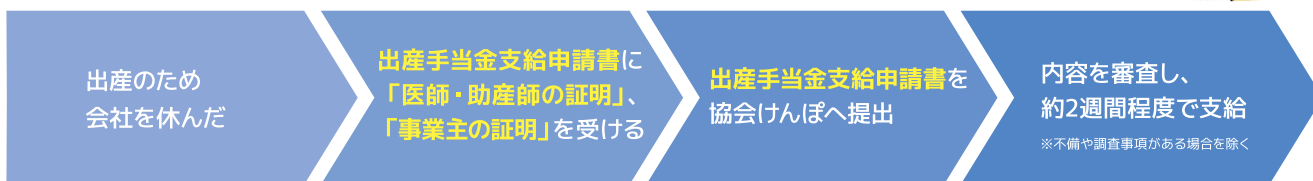
出産で仕事を休んだとき

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に支給される給付金です。「出産手当金支給申請書」に事業主と医師等の証明を受け、協会けんぽに提出してください。



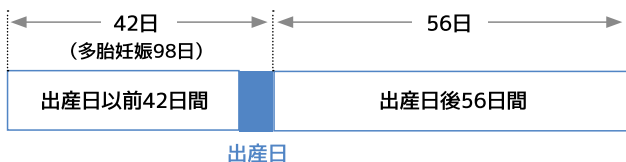
申請の流れ



請求できる期間は？

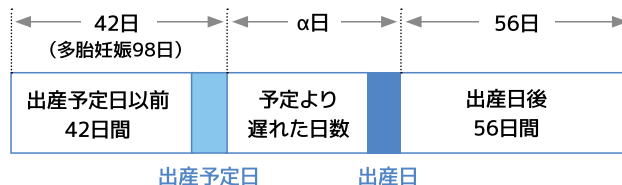
請求可能期間は、「出産日（出産が予定日後のときは出産予定日）以前42日（多胎妊娠の場合98日）」から「出産日後56日目」までの範囲内です。出産日は出産日以前の期間に含まれます。また、出産が予定日より遅れた場合、その遅れた期間についても出産手当金が支給されます。

● 出産予定日に産んだ場合または出産予定日より早く産んだ場合



申請可能期間 = 42日(多胎妊娠98日) + 56日

● 出産予定日より遅れて産んだ場合



申請可能期間 = 42日(多胎妊娠98日) + α日 + 56日

出産手当金の支給額の計算方法

支給総額 = 直近1年間の標準報酬月額
平均額の30分の1 × 3分の2 × 支給日数

被保険者期間が1年に満たない場合は、資格取得後の平均額か、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。

傷病手当金を受けられるとき

傷病手当金の額が出産手当金の額よりも多ければ、その差額の支給を受けることができます。



退職などで資格を喪失した後も受け取れますか？

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（任意継続被保険者※期間は除く）継続して被保険者であること（協会けんぽや健康保険組合の加入期間を含み、国民健康保険等は含みません。）
- 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）が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。