

●健康保険のイロハが分かる●

健康保険委員向け健康保険事務ガイド

②協会けんぽの給付金の申請

目次

・健康保険の給付金	1
・申請書記入の際のご注意	2
・療養費	5
・高額療養費	7
・傷病手当金	13
・出産に伴う健康保険の手続き	16
・出産手当金	17
・出産育児一時金	19
・埋葬料	22
・退職後の給付金	24

健康保険の給付金

病気・ケガ・出産・死亡等の保険事故に対して、給付金を請求できます。

※業務上・通勤災害
は健康保険の対象外
労働基準監督署へ

病気・ケガ

出産

死亡

給付金の種類	給付の内容	事業主欄
療養費	保険証を使用できず、治療費を全額負担した場合の払戻し	無
高額療養費	一か月の医療費が上限額を超えた場合の払戻し	無
限度額証 <small>(限度額適用・標準負担額減額認定証)</small>	医療機関等窓口での負担額を予め上限額までに軽減	無
傷病手当金	被保険者の傷病による休業の生活保障	有
出産手当金	被保険者の出産時の休業の生活保障	有
出産育児一時金	本人・家族の出産の一時金	無
埋葬料(費)	本人・家族の死亡時の一時金	有

- 給付金の支払は、申請書に記入されたお口座への振込となります。
- 申請書に記入された住所に支給額等をお知らせする支給決定通知書が送付されます。
受取代理人を指定される場合は受取代理人にも通知書が送付されます。
- 給付金を受け取る権利の時効は2年です。

・請求の際は、それぞれの「申請書」をご提出ください。



・ケガの場合「負傷原因届」の添付が必要です。



被保険者(保険に加入し保険料を支払っているご本人)からのご請求が基本ですが、一部にお勤め先の事業主証明が必要な申請書があります。

申請書記入のポイント 共通 I

◎被保険者情報欄の記入について

本人(被保険者)用

健康保険被保険者証 本人(被保険者) 00111
平成26年6月25日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 太郎
生年月日 平成 元年 5月 10日

資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 株式会社
保険者番号 01230010
保険者名称 全国健康保険協会 支部
保険者所在地 市 区 町 ー ー

①「記号 番号」を記入

保険者番号の ~~01230010~~ を
記入する間違いが多数あり

被保険者(本人)死亡の場合も
被保険者の生年月日を記入

被保険者情報※	記号	番号	生年月日
	被保険者証の (左づめ)	21700023 21	年 月 日 2 011001 1.昭和 2.平成 3.令和
	氏名・印 (フリガナ)	キョウカイ タロウ 協会 太郎	自署の場合は押印を省略できます。
住所	〒 4500000	愛知 名古屋市 中村区 ー ー ー	
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL 09000000000		

家族(被扶養者)用

健康保険被保険者証 家族(被扶養者) 01111
平成26年6月25日交付

記号 21700023 番号 21

氏名 協会 花子
生年月日 平成 元年 10月 1日
性別 女

被保険者氏名 協会 太郎

事業所名称 株式会社
保険者番号 01230010
保険者名称 全国健康保険協会 支部
保険者所在地 市 区 町 ー ー

②扶養家族の分を請求する場合でも
被保険者(本人)について記入

※被保険者が死亡した場合は、
申請する相続人の氏名・住所等を記入

誤って扶養家族の氏名を
記入する間違いが多数あり

お手元の保険証で
「記号」「番号」と
「被保険者氏名」を
ご確認ください。



申請書記入のポイント 共通Ⅱ

◎振込先指定口座欄

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本店営業部 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所																			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> 左づめでご記入ください。																			
	口座名義	▼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。) <table border="1"> <tr> <td>キ</td><td>ヨ</td><td>ウ</td><td>カ</td><td>イ</td><td>タ</td><td>ロ</td><td>ウ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		キ	ヨ	ウ	カ	イ	タ	ロ	ウ											
キ	ヨ	ウ	カ	イ	タ	ロ	ウ															

ゆうちょ銀行指定の場合は漢数字三桁の振込用支店名を記入

③支店名・口座番号は通帳で確認

家族など別の方に振込む場合のみ「受取代理人の欄」を記入

④原則「被保険者」へ振込



受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 氏名・印 申請者以外に	年 月 日 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	代理人 (口座名義人)	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TEL(ハイフン除く) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	住所 振込む場合のみ記入 住所 「被保険者情報」の住所と同じ
	被保険者との関係	1. 平成 2. 令和	

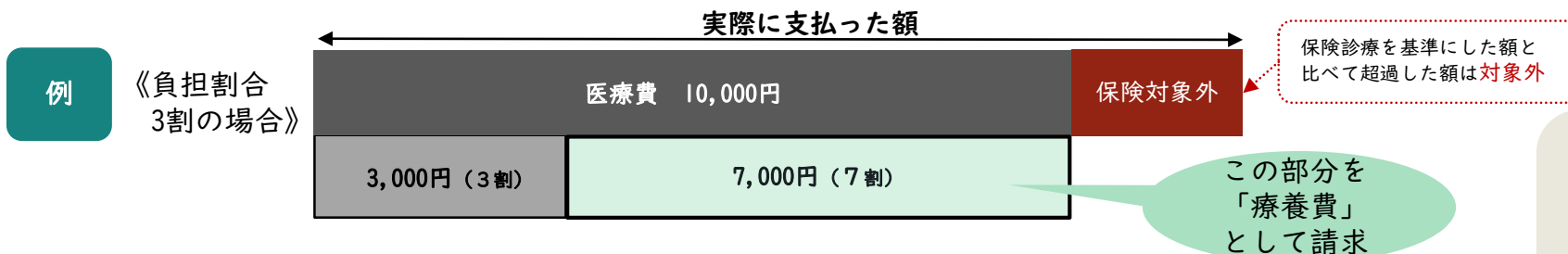
「2」選択でなければ、受取代理人の欄は不要

支店名・口座番号等に**不備がある**と、**振込不能**となります。
通帳をよく確認のうえで
ご記入ください。



療養費とは

やむを得ない事情で保険証を使用できなかったとき、負担した治療費の保険相当分を請求



「療養費」は、左の①～③の費用の保険相当分を請求する制度です。申請書・添付書類は①～③それぞれで異なりますので、申請の際はご注意ください。

① 立替払

- 保険証の提示なしに自費で診療を受けた
採用直後で手続き中などのため、保険証なしで受診
- 誤って以前の保険証で診療を受けた
誤って以前の健康保険証を使用
誤使用した分の医療費を前の保険(市役所など)に返納した

② 治療用装具

- コルセット等の治療用装具
治療のため医師の指示により装具業者等で装具を作った
- 小児弱視等の治療用眼鏡
9歳未満の家族が医師の指示により弱視等治療用の眼鏡を作った

③ その他

- 海外療養費
海外の医療機関で診療を受けた
※治療目的の渡航は対象外
他：はり・きゅう・マッサージ柔道整復師(整骨院・接骨院)等の施術を受けた場合など
- 移送費
病気やけがで移動が著しく困難で、緊急やむを得ず移送された



療養費の申請方法

・添付書類は「原本」でお願いします。
 領収書の返却が必要な方は申請時にお申し出ください。 ※その旨メモ等を添付ください。



①立替払い <small>やむを得ない事情で保険証を使えなかったとき</small>		②治療用装具 <small>医師の指示で治療用の装具を作ったとき</small>		
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)		
	①保険証未提示により 自費で診察を受けたとき	②以前の保険証で 診察を受けてしまったとき	③コルセット等の 治療用装具を作ったとき	④小児弱視等の 治療用眼鏡を作ったとき
添付書類	●領収書 <small>※医療機関等で10割支払ったもの</small>	●領収書 <small>※前の保険に医療費を返納したもの</small>	●領収書 <small>※装具の名称・種類・内訳等の記載があるもの</small>	●領収書
	●診療明細書 または 診療報酬明細書(レセプト) <small>※医療機関等の窓口で交付されます。</small>	●診療報酬明細書(レセプト) <small>※レセプト交付の方法は保険者により異なるため、以前の保険者にご確認ください。</small>	●医師の意見および 装着証明書 ●靴型装具は写真も必要	●医師の眼鏡等作成指示書 <small>※写しても可</small> ●検査結果 <small>※眼鏡等作成指示書に記載があれば可</small>
	まず、以前の保険者(市役所(国保)や健康保険組合等)へ医療費を返納	領収書は受診者本人宛であることが必要		

高額療養費とは

同一月にかかる医療費が高額になった場合、自己負担する額を「上限」までに抑制



例

《負担割合
3割の場合》

医療費 1,000,000円	
700,000円 (保険負担分：7割)	300,000円 (3割)
限度額	高額療養費

この部分を
「高額療養費」
として請求

自己負担の上限＝限度額

※「標準報酬月額」は事業所から年金事務所に届出済の報酬（賃金等）の額

70
歳未
満の
方

所得区分		自己負担限度額（上限）	多数該当の場合
標準報酬月額	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（住民税非課税者等）		35,400円	24,600円

70
～
74
歳
の
方

所得区分		個人ごと（通院）	世帯ごと（通院+入院）
標準報酬月額	現役並み所得者Ⅲ（83万円以上）	252,600円+1%	<140,100円>
	現役並み所得者Ⅱ（53万～79万円）	167,400円+1%	<93,000円>
	現役並み所得者Ⅰ（28万～50万円）	80,100円+1%	<44,400円>
	一般（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		8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ			15,000円

※「1%」は「（総医療費-α円）×1%」で70歳未満の方に同じ

※< >は多数該当（申請月以前12か月に3回以上高額療養費を受けている場合の4回目以降）

高額療養費の対象は

- ① 1ヵ月単位の
同じ月の1日～末日
- ② 保険診療です。
食事代、差額ベッド
代等は対象外



自己負担の上限は
受診者の年齢や
被保険者の収入等
で決まります。

高額療養費の申請方法

医療機関等窓口での

支払前に準備する

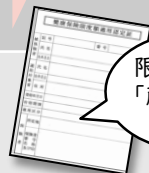
申請書

限度額適用
認定申請書

被保険者が
住民税が
非課税の
場合のみ

限度額適用・
標準負担額
減額認定
申請書

医療機関等の窓口で
限度額証を提示して精算



限度額証で
「所得区分」
を確認

添付書類

添付書類なし

①②のどちらかを添付
※申請書内に証明があれば不要

- ①非課税証明書
- ②「マイナンバーによる課税情報等の確認申出書」
※添付書類は10ページをご参照ください。

70～74歳で自己負担割合が
2割の方は、高齢受給者証
で確認できるため

申請不要

高額療養費の精算方法は、
二通りあります。

①医療機関等での支払の前に
「**限度額適用認定証**
(限度額証)」の交付を受けて
医療機関の窓口で提示すれば、
支払う額を上限(限度額)まで
に抑えられます。

②全額支払った後に「**高額
療養費**支給申請書」を提出
して高額な負担のうち上限を
超えた部分の金額の払戻しを
うけることもできます。



後日払戻し

高額療養費
支給申請書

ケガの場合は負傷原因届も

高額の自己負担(2～3割)を支払い、
後日、上限を超過した部分を請求

被保険者が**住民税非課税**の場合
のみ ①②のどちらかを添付
※申請書内に証明があれば不要

- ①非課税証明書
- ②「マイナンバーによる課税情報等の確認申出書」
※添付書類は10ページをご参照ください。

医療費の助成を受けている
場合のみ添付

●領収書の写し

限度額証と高額療養費申請の違い

限度額証(限度額適用認定証)と高額療養費では、申請と精算終了の時期が異なります。

例 総医療費 40万円の場合

負担割合 3割

所得区分 「エ」

限度額証は手続きが
早く簡単に終わります。



限度額証(限度額適用認定証)使用

① 限度額証の申請

愛知支部での受付
より

約1週間

でご自宅へ

② 医療機関への提示

最長で
1年有効



③ その場で自己負担**限度額**を支払う

57,600円



初めから、限度額まで
しか請求されない。

高額療養費支給申請

① 医療機関で自己負担額

40万円 × 3割 = **12万円** を支払う。

② 高額療養費の申請

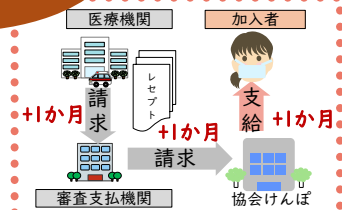
受診月
毎に申請



診療月から
3~4か月後

③ 高額療養費の払い戻し

12万円 - 57,600円 = 62,400円



最終的に支払う負担額は同じでも、
いったん多額の負担が発生。

非課税の場合の注意事項

「被保険者」の住民税が非課税等の場合、自己負担の限度額は「低所得」の区分になります。

70歳未満

所得区分	自己負担限度額（上限）	多数該当の場合
才：低所得者（住民税非課税者等）	35,400円	24,600円

70～74歳

所得区分	個人ごと（通院）	世帯ごと（通院+入院）
低所得者Ⅱ	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ		15,000円

※「低所得者Ⅰ」は、被保険者が非課税、且つ世帯全体の所得が一定基準以下であることが必要です。



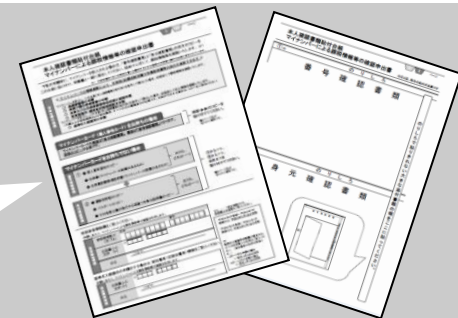
区分：低所得の基準は、**被保険者の住民税が非課税**であることです。（家族ではありません）申請の際は①または②の書類が必要です。

① 「非課税証明書」

を添付する場合は、申請をする受診月によって必要な**証明書の年度**が異なりますのでご注意ください。

② 「マイナンバーによる課税情報等の確認申出書」

を添付すれば、非課税証明書の添付は省略できます。



添付書類

令和2年8月～令和3年7月の診療

➔ 令和2年度証明

令和3年8月～令和4年7月の診療

➔ 令和3年度証明

マイナンバーカード有りの場合

●マイナンバーカード(個人番号カード)の両面のコピー

マイナンバーカード無し場合 ➔ ①から一つ+②から一つ

① 番号確認書類
(以下のうち、いずれか一つ)

- 個人番号通知のコピー
(記載情報と現況に相違のないもの)
- 住民票
(マイナンバーの記載あるもの)
- 住民票記載事項証明書
(マイナンバーの記載あるもの)

② 身元確認書類
(以下のうち、いずれか一つ)

- 運転免許証のコピー
- パスポートのコピー
- その他官公署が発行する写真つき身分証明書のコピー

高額療養費の申請が必要になる場合

限度額証を使用した後、①合算②多数該当の精算で高額療養費の申請が必要な場合があります。

高額療養費の精算は、同じ月に

① 一人の人が

② 一つの医療機関(入院・通院は別)で

③ 高額な医療を受けた前提で行われます。



① 限度額以下でも 一定以上の額を負担した場合や

複数の医療機関(または人)でそれぞれ高額な負担がある場合、

合算して計算しなおすために、高額療養費の申請が必要です。

② 多数該当(1年で3回以上高額療養費を受けた場合の4回目)が

転院により通算できなかった場合も高額療養費の申請が必要です。

① 合算対象

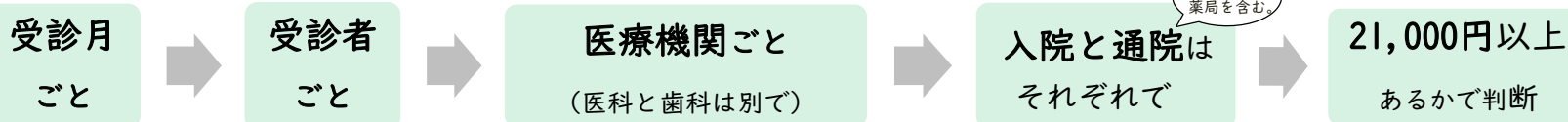
● 同一月に21,000円以上の負担が複数ある場合は合算できます。 ※70歳以上の方は全て合算対象

- ・ 複数の医療機関で21,000円以上の診療
- ・ 同一世帯の他の受診者の21,000円以上の診療



記号・番号が同じ方は同一世帯です。

院外調剤の薬局を含む。

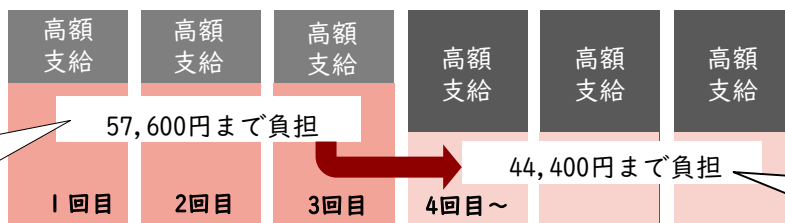


② 多数該当

● 申請月以前12か月に3回以上高額療養費を受けていれば、限度額が4回目から引下げられます。

例 所得区分「エ」の場合

1~3回
限度額：57,600円



4回目~
限度額：44,400円

特定疾病療養受療証

特定の疾病の治療に関しては、通常の高額療養費よりも上限額が低くなります。

対象となる疾病

人工透析治療

- ① **人工腎臓**を実施している慢性腎不全
- ② 血漿分画製剤を投与している**先天性血液凝固第Ⅷ(またはⅨ)因子障害**
- ③ 抗ウイルス剤を投与している**後天性免疫不全症候群**
(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)

いわゆる
血友病



「特定疾病療養受療証交付申請書」
をご提出ください。

医師の意見欄
に証明が必要



添付書類

医師の意見欄がない場合

- 特定疾病に関する意見書
もしくは
特定疾病にかかったことを
証明する書類 (診断書等)

発効は愛知支部での
受付月の初日から

加入月の場合は資格取得日から有効

すみやかに
ご申請ください。

愛知支部での
受付から
約1週間で
お手元に

厚生労働大臣が定めた**長期にわたり高額な医療費が必要となる治療**については、

「特定疾病療養受療証」を提示することにより、同一医療機関(入院・通院は別、通院と調剤は合算可能)での1カ月の負担の**上限額**が**1万円**(70歳未満の慢性腎不全患者のうち所得区分イ以上の方は**2万円**)になります。



受療証提示
← 負担が上限額まで



傷病手当金とは

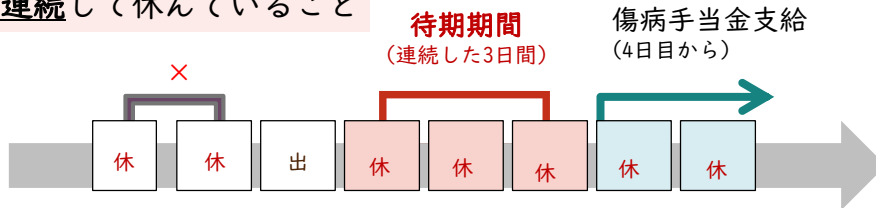
10営業日でお支払い

被保険者が、業務外の病気やけがで働けない期間の生活費の保障として請求

給付の条件

- ① 業務外の病気やケガで療養中
- ② 仕事に就けない（労務不能）
- ③ 4日以上仕事を休んでいる
- ④ 一部または全部の給料が支払われない

※初めの3日間(待期期間)は連続して休んでいること



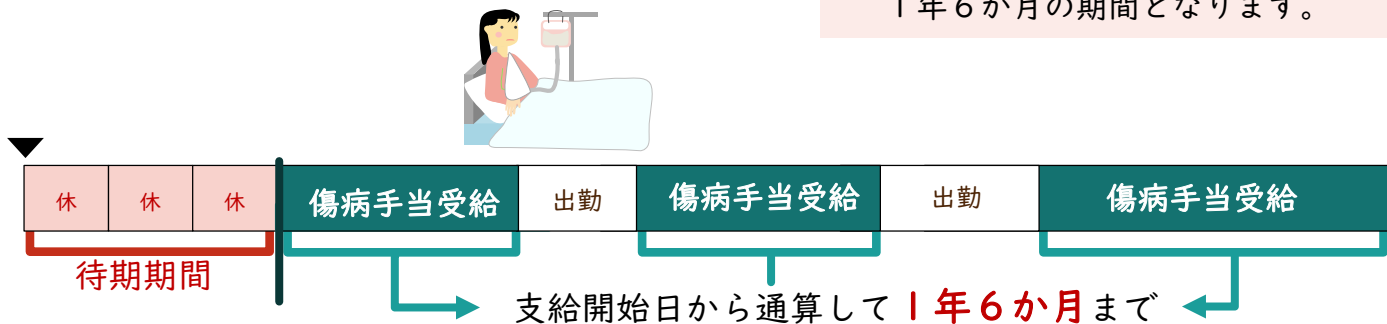
傷病手当金は、被保険者が、
①療養のため、
②労務に就けず
③4日以上休み、
④報酬を得られなかった場合に、療養中の生活費の保障として給付されます。



支給期間

- 同一疾病や関連傷病で最長「1年6か月」まで

支給を開始した日から通算して1年6か月の期間となります。



期間は支給開始から通算して1年6か月です。

傷病手当金の支給額

休業1日につき、報酬のおおむね3分の2が支給されます。

支給日額（1日あたりの金額）算出方法

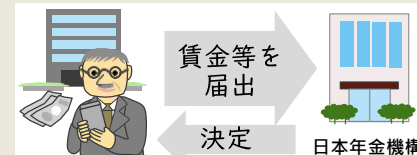
$$\frac{\text{支給開始日以前の継続した12か月間の各月の標準報酬月額を平均した額}}{(10円未満四捨五入)} \div 30 \times \frac{2}{3} = \text{支給日額} \quad (1円未満四捨五入)$$

例 令和3年6月支給開始の場合 → R2.7月～R3.6月の12か月間各月の標準報酬月額を平均

(※) 支給開始日以前の期間が12か月に満たない場合は A・Bの低い金額

A : 資格取得月から支給開始月までの各月の標準報酬月額を平均した額
B : 30万円（前年度9月30日における全被保険者の標準報酬月額を平均した額）

傷病手当金の支給額は、事前に被保険者のお勤め先（事業所）から年金事務所に届出済の「標準報酬月額」



を使って計算します。

◎傷病手当金の支給額を計算してみましょう。

労務不能の期間	令和3年4月1日～4月15日	請求期間	令和3年4月1日～4月15日
支給される期間	4/4～4/15の12日間（4/1～4/3の3日間は待期間のため支給されない）		
標準報酬月額の平均	28万円（令和2年5月～令和3年4月の標準報酬月額の平均）		



以下の場合には、支給額が調整されます。

- ① 一部でも報酬が支払われた
- ② 同じ傷病で障害厚生年金または障害手当金を受給
- ③ 退職後の請求で、老齢年金を受給
- ④ 出産手当金が支給された
- ⑤ 別の傷病で労災保険から休業補償を受給

傷病手当金の申請方法

1~4頁を合わせて申請

1~2頁（被保険者記入用）

3頁（事業主記入用）

4頁（療養担当者記入用）

申請書

傷病手当金 支給申請書

ケガの場合は
負傷原因届も

振込先・
請求期間
等を記入



勤務状況・
賃金支給状況
等を記入



傷病名・
労務不能期
間等を証明



添付書類

障害年金を受給している方

退職後の請求で老齢年金を受給している方

●年金証書のコピーおよび年金額改定通知書のコピー

※必要に応じて上記以外の書類をご提出いただく場合がございます。

※添付書類はA4（片面印刷）での提出にご協力をお願いします。

支給開始日以前の12か月以内で事業所・保険者に変更があった方

●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



・申請書は被保険者記入欄の他に、報酬の支払状況等について**事業主の証明**をうける頁、**医師等の証明**をうける頁があります。

・申請は**給与の締め単位（給与締め日後）**でお願いします。

出産に伴う健康保険の手続き

出産に関わる手続きは、協会けんぽだけではなく、多岐にわたります。

出産したら



- 協会** 出産育児一時金支給申請書
(直接支払が主流)
- 年金** 被扶養者(異動)届*
(生まれた子の保険証)



1ヶ月健診で、保険証・子ども医療証の提示を求められることがあります。お子さんのお名前が決まったら、すぐ日本年金機構に「被扶養者(異動)届」をご提出ください。



協会 傷病手当金支給申請書*
(切迫流産・切迫早産など)

協会 限度額証申請
(帝王切開など。間に合わなければ高額療養費)

協会 出産手当金支給申請書*
(産休中の休業補償)

「*」は会社も関わる手続き



年金 産前産後休業取得者申出書*
(産休中の保険料免除)

年金 育児休業等取得者申出書*
(育休中の保険料免除)

年金 育児休業等取得者終了届*
(予定より前に育休終了)

年金 産前産後休業終了時報酬月額変更届*
(産休後3か月の平均)

年金 育児休業等終了時報酬月額変更届*
(育休後3か月の平均)

年金 養育期間標準報酬月額特例申出書*
(年金額を従前の標準報酬月額で計算)

年金 産前産後休業取得者変更(終了)届*
(産休期間の変更)

市区町村

出生届
児童手当認定申請
子ども医療証交付申請

職業安定所

育児休業受給資格確認票*
(初回のみ：給付金受給の資格確認・賃金登録)
育児休業給付金支給申請書*
(育休中の休業補償)
etc.


健康保険以外にも

出産手当金とは

10営業日でお支払い

被保険者の産前42日～産後56日の生活費の保障として、報酬のおおむね3分の2を支給

給付の条件

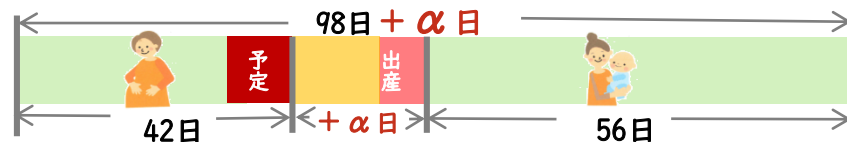
- ① 妊娠4か月（85日）以降の分娩 
- ② 仕事を休んでいる
- ③ 一部または全部の給料が支払われない

支給期間

産前42日から産後56日まで（※多胎妊娠は98日） ※多胎：双子、三つ子など

- 予定日以前に出産した場合 → 出産日以前42日から出産日後56日までの98日間
- 予定日より後に出産した場合 → 出産予定日以前42日から出産日後56日までの期間

遅れた期間
(+α日間)
も支給



出産手当金は、**被保険者**が、妊娠4か月以降の分娩で仕事を休み、報酬を得られなかった場合に産前産後の休業期間の生活費の保障として給付されます。



◎出産手当金の支給額を計算してみましょう。

予定日	令和3年2月18日	出産日	令和3年2月20日
開始日	令和3年1月8日（出産予定日以前42日）	終了日	令和3年4月17日
支給される期間	令和3年1月8日～令和3年4月17日（98日+2日=100日間）		
標準報酬月額	30万円（令和2年2月～令和3年1月の標準報酬月額の平均）		

支給日額
を計算

標準報酬月額を30日で割る

$$30\text{万円} \div 30\text{日} = 1\text{万円} \quad (\text{10円未満四捨五入})$$

3分の2をかけて日額を計算

$$1\text{万円} \times \frac{2}{3} = 6,667\text{円} \quad (\text{1円未満四捨五入})$$

支給額

支給日数をかける

$$6,667\text{円} \times 100\text{日} = 666,700\text{円}$$

支給額の計算方法は傷病手当金とほぼ同じですが、支給額の調整は以下の場合に行われます。

- ① 一部でも**報酬が支払われた**
- ② **傷病手当金**が支給された

出産手当金の申請方法

1~3頁を合わせて申請

1~2頁（被保険者記入用）

2頁（医師・助産師記入欄）

3頁（事業主記入欄）

申請書

出産手当金
支給申請書

振込先・
請求期間
等を記入



出産日等
を証明



勤務状況・
賃金支給状況
等を記入



添付書類

支給開始日以前の12か月以内で事業所・保険者に変更があった方

- 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



- ・申請書は被保険者記入欄の他に、報酬の支払状況等について**事業主の証明**をうける頁と、**医師等の証明**をうける欄があります。
- ・産後56日経過後に一括でご申請いただく方がほとんどですが、分割も可能です。
- いずれの場合も**申請期間にかかる給与が確定(給与締め日)後**に申請をお願いします。

出産育児一時金とは

10営業日でお支払い

被保険者本人または家族(被扶養者)が出産したときの費用補助

給付の条件

妊娠4か月(85日)以降の出産(死産(流産)・人工妊娠中絶を含む)

ポイント 死産でも妊娠4か月以降なら出産とされます。



支給金額

1児出産につき **42万円**

***産科医療補償制度**の対象でない場合 → **40万8千円**

(令和3年12月31日までの出産については40万4千円)



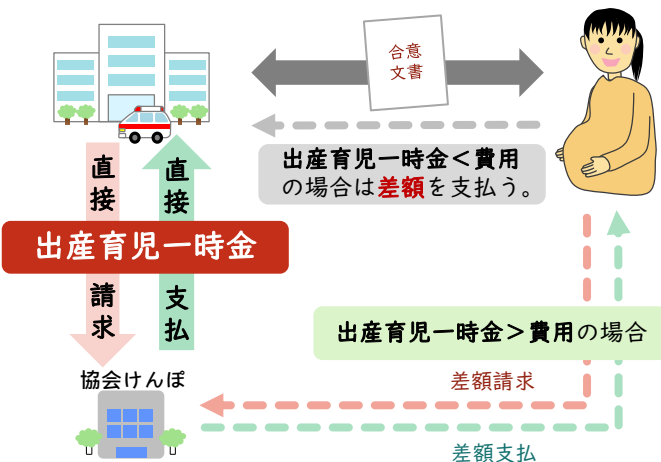
- ①制度に加入していない医療機関等での出産
- ②妊娠22週に満たない出産

***産科医療補償制度**とは
分娩時に新生児が重度脳性麻痺となった場合の補償をする制度

Key Word

直接支払制度

協会けんぽから**医療機関**に、出産育児一時金を直接支払うことにより、退院の際に現金で医療機関等へ支払う出産費用を減額できる仕組みです。

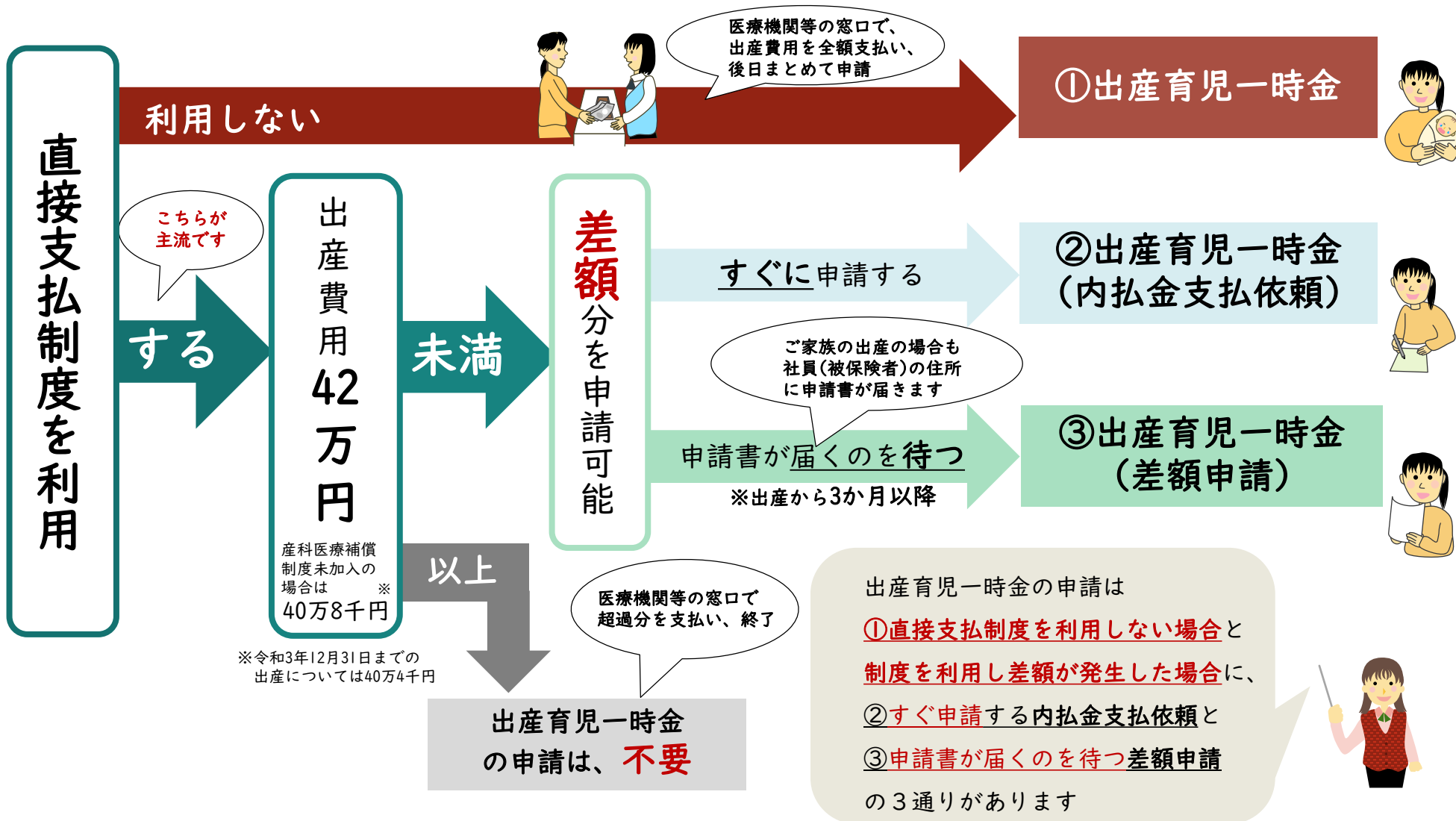


「**直接支払制度**」のご利用で、医療機関等窓口での負担を減らす方法が一般的ですが、費用を全額負担した後にご本人から申請していただくこともできます。

出産育児一時金は、健康保険に加入した**本人または家族**が、**妊娠4か月以降の出産**した場合の費用の補助として支給されます。
※正常な出産は保険証を使う「療養の給付」の対象でないため

出産育児一時金の申請

フローチャートでどんな申請が必要か確認してみましょう。



出産育児一時金の申請方法

① 出産育児一時金

② 出産育児一時金 (内払金支払依頼)

③ 出産育児一時金 (差額申請)

申請書

出産育児一時金
支給申請書

※「医師・助産師または市区町村長の証明」欄が必要

直接支払制度を利用し、
出産費用 < 出産育児一時金 の場合のみ必要

出産育児一時金
内払金支払依頼書・差額申請書

※直接支払制度を利用しない場合の申請書とは書式が異なります



協会けんぽへ
直接支払制度を
利用しないで申請



直接支払制度を利用
出産後 **すぐに** 申請



協会けんぽから
申請書が
届いてから 申請

● 直接支払制度を利用していない
ことが確認できる書類の写し

● 直接支払制度にかかる
医療機関等との合意文書の写し

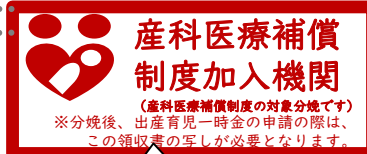
添付書類なし

※申請書の「医師・助産師または
市区町村長の証明」も不要

添付書類

● 産科医療補償制度の対象分娩
であることが確認できる書類
(領収・明細書)の写し

● 出産費用の領収・明細書の写し



※領収・明細書に
「出産年月日」と「出産児数」
もしくは「死産年月日」と「妊娠週数」
の記載がない場合

申請書に「医師・助産師または
市区町村長の証明」も必要

※産科医療補償制度に加入して
いる医療機関では、このスタン
プが出産費用の明細書等に押印
されます。

申請書に「医師・助産師または市区
町村長の証明」を受けられない場合

● 出生が確認できる書類 (戸籍謄本など)
もしくは 死産が確認できる書類
(妊娠週数が分かる死産証書など)

①～③はそれぞれ
申請書や申請時期
が異なります。
ご注意ください。



③(差額申請)は
添付書類は不要、
直接支払の際に
確認済のため、
必要事項がほぼ
印字された用紙
が届きます。
(※振込口座、出生
時の氏名、人数の記
入が必要)

埋葬料(埋葬料・埋葬費・家族埋葬料)とは

10営業日でお支払い

被保険者本人または家族(被扶養者)が死亡したときの埋葬費用の補助

給付の条件

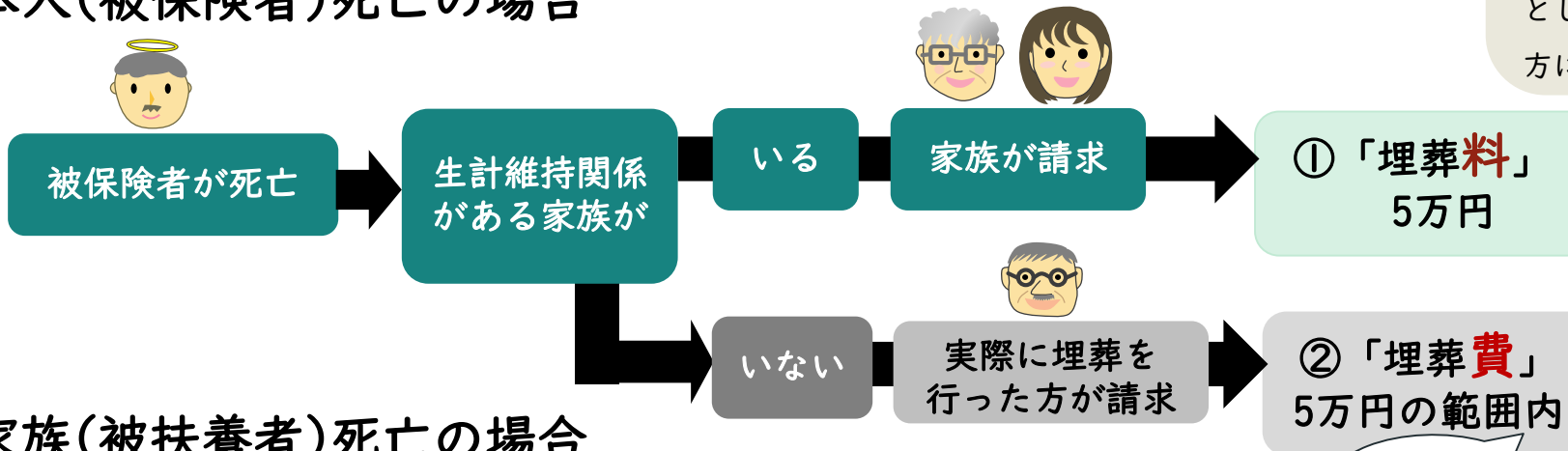
本人または家族の死亡

支給金額

5万円 ※埋葬費は5万円の範囲内で実際に埋葬に要した費用

①埋葬料は本人死亡の際生計維持関係があるご家族への給付です。該当者がいない場合は、②埋葬費として埋葬を行った方にお支払いします。

本人(被保険者)死亡の場合



家族(被扶養者)死亡の場合




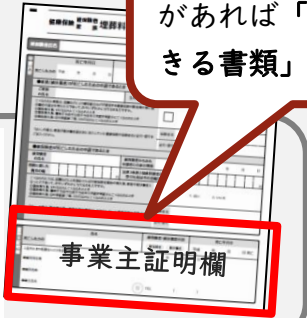


家族(被扶養者)死亡の場合は、③家族埋葬料をご請求ください。

埋葬料の申請方法



①～③のいずれでも死亡を確認できる書類（または事業主証明）が必要です。

	①埋葬料	②埋葬費	③家族埋葬料
申請書	本人(被保険者)が死亡		家族(被扶養者)が死亡
	埋葬料(費) 支給申請書		
	本人(被保険者)と <u>生計維持関係のある</u> ご家族が申請	本人(被保険者)と <u>生計維持関係のない</u> <u>埋葬を行った方</u> が申請	ケガの場合は 負傷原因届も 家族(被扶養者)の 死亡の場合は 被保険者が申請
			
添付書類	<p>被扶養者以外が申請する場合のみ</p> <ul style="list-style-type: none"> 同居 ●被保険者の住民票除票および申請者の住民票 別居 ●生計維持関係を確認できる書類(定期的な仕送りの事実がわかるものなど) 		<p>●埋葬に要した費用の領収書の原本と明細書</p>
	<p>死亡が確認できる書類</p> <ul style="list-style-type: none"> ○死亡診断書、死体検案書または検視調書の写し ○亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本 ○亡くなった方の住民票(除票) ○埋葬許可証または火葬許可証の写し 		
			<p>申請書に事業主の証明があれば「死亡が確認できる書類」は不要</p> 

退職後の給付金

条件を満たす場合には、被保険者としての資格を喪失した後の給付を受けることができます。

傷病手当金

①～③をすべて満たしている場合

- ①退職日までに被保険者資格が継続して
1年以上あること（※1）。（任意継続加入期間は除く）
- ②退職日に傷病手当金の支給を受けている、
または、支給される条件を満たしていること。
- ③退職日に傷病手当金の支給を受けていた傷病
で引き続き**労務不能**であること。
（退職日に出勤しておらず、退職後も引き続き労務不能で療養していること）

老齢厚生年金などが受けられる場合は、調整が行われます。

出産育児一時金

①～③をすべて満たしている場合

- ①退職日までに被保険者資格が継続して
1年以上あること（※1）。（任意継続加入期間は除く）
- ②資格喪失後**6か月以内**に被保険者だった方が
出産していること。（被扶養者が出産した場合は支給されません）
- ③資格喪失後に加入している健康保険から
出産育児一時金が支給されていないこと。



健康保険の給付は、原則として加入期間のみです。ただし、上記の条件を満たした場合については、退職後(加入期間の後)でも給付を受けることができます。

出産手当金

①～②をすべて満たしている場合

- ①退職日までに被保険者資格が継続して
1年以上あること（※1）。（任意継続加入期間は除く）
- ②退職日に出産手当金の支給を受けている、
または支給される条件を満たしていること。
（出産以前42日目まで在職し、退職日に出勤していないこと）

埋葬料(費)

①～②どちらかの場合

- ①資格喪失後**3か月以内**に、被保険者が死亡
した場合。（被扶養者が死亡した場合は支給されません）
- ②傷病手当金、出産手当金の退職後の給付を
受けている間または受けなくなって**3か月
以内**に死亡した場合。

※1 健康保険組合の加入期間は、協会けんぽの加入期間と1日も空きがなく連続していれば通算することができます。