

令和4年度
健康保険委員研修会

令和5年3月14日

- 目次 -

- 協会けんぽ広島支部の保険料率について
- 傷病手当金について
 - ・申請書の変更について
 - ・新型コロナウイルスによる申請について
- 退職後の保険証の返却について
- 健康づくりの好循環について

令和5年度協会けんぽ広島支部保険料率について

令和5年2月分(3月納付分)まで

令和5年3月分(4月納付分)から

健康保険料率
(広島支部)

10.09%

-0.17%

9.92%

介護保険料率
(全国一律)

1.64%

+0.18%

1.82%

《保険料納付額への影響について》

例1

介護保険第2号被保険者に該当しない場合 (-0.17%の影響)

標準報酬月額 300,000円 × 0.17% = 510円減↓ (労使折半で255円減↓)

例2

介護保険第2号被保険者に該当する場合 (-0.17%+0.18%=+0.01%の影響)

標準報酬月額 300,000円 × 0.01% = 30円増↑ (労使折半で15円増↑)

※介護保険第2号被保険者：40歳から64歳までの方であり、健康保険料率に介護保険料率が加わります。

【参考】全国の健康保険料率について

- ・ 全国平均は10.00%であり、最高は佐賀県の10.51%、最低は新潟県の9.33%です。
- ・ 全国平均 10.00%を上回る支部は**21支部**、平均未満の支部は**26支部**でした。
- ・ 広島支部は、全国平均10.0%を下回る26支部に入っています。

都道府県	保険料率	都道府県	保険料率	都道府県	保険料率
北海道	10.29%	石川県	9.66%	岡山県	10.07%
青森県	9.79%	福井県	9.91%	広島県	9.92%
岩手県	9.77%	山梨県	9.67%	山口県	9.96%
宮城県	10.05%	長野県	9.49%	徳島県	10.25%
秋田県	9.86%	岐阜県	9.80%	香川県	10.23%
山形県	9.98%	静岡県	9.75%	愛媛県	10.01%
福島県	9.53%	愛知県	10.01%	高知県	10.10%
茨城県	9.73%	三重県	9.81%	福岡県	10.36%
栃木県	9.96%	滋賀県	9.73%	佐賀県	10.51%
群馬県	9.76%	京都府	10.09%	長崎県	10.21%
埼玉県	9.82%	大阪府	10.29%	熊本県	10.32%
千葉県	9.87%	兵庫県	10.17%	大分県	10.20%
東京都	10.00%	奈良県	10.14%	宮崎県	9.76%
神奈川県	10.02%	和歌山県	9.94%	鹿児島県	10.26%
新潟県	9.33%	鳥取県	9.82%	沖縄県	9.89%
富山県	9.57%	島根県	10.26%	全国平均 10.00%	

最も高い

最も低い

傷病手当金について

(1) 傷病手当金の支給要件

- ① **業務とは関係のない**病気やケガのため療養中であること
- ② 仕事につけないこと **(医師が労務不能と認めた場合)**
- ③ **3日間連続して**仕事を休み、4日目以降にも休んだ日があること
 - ▶ 3日間連続して休んだことを『待期期間』と言い4日目から支給されます。
 - ▶ 年次有給休暇や公休日も待期期間に算入できます。
- ④ 会社から**報酬(給与)の支給がない**こと
 - ▶ 給与の支払いがあっても傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額が支給されます。

(2) 傷病手当金の支給期間

傷病手当金の
支給期間

法改正後
(令和4年1月施行)

同じ原因の傷病について
支給開始日から「通算して」1年6か月

支給期間中に途中で就労するなど、傷病手当金が支給されない期間がある場合には、支給開始日から起算して1年6か月を超えても、支給の対象になります。

傷病手当金について

(3) 傷病手当金の支給日額

1日あたりの金額 = $\frac{\text{支給開始日以前12か月間の各標準報酬月額を平均した額}}{30日} \times (2/3)$

支給開始日以前の期間が12か月に満たない場合

▶ ㊶ ㊷ のいずれか低い額を算定の基礎とする。

㊶ 支給開始日の属する月以前の継続した各月の標準報酬月額の**平均額**

㊷ **30万円** (当該年度の前年度9月30日における全被保険者の標準報酬月額の平均)

(4) 申請期限

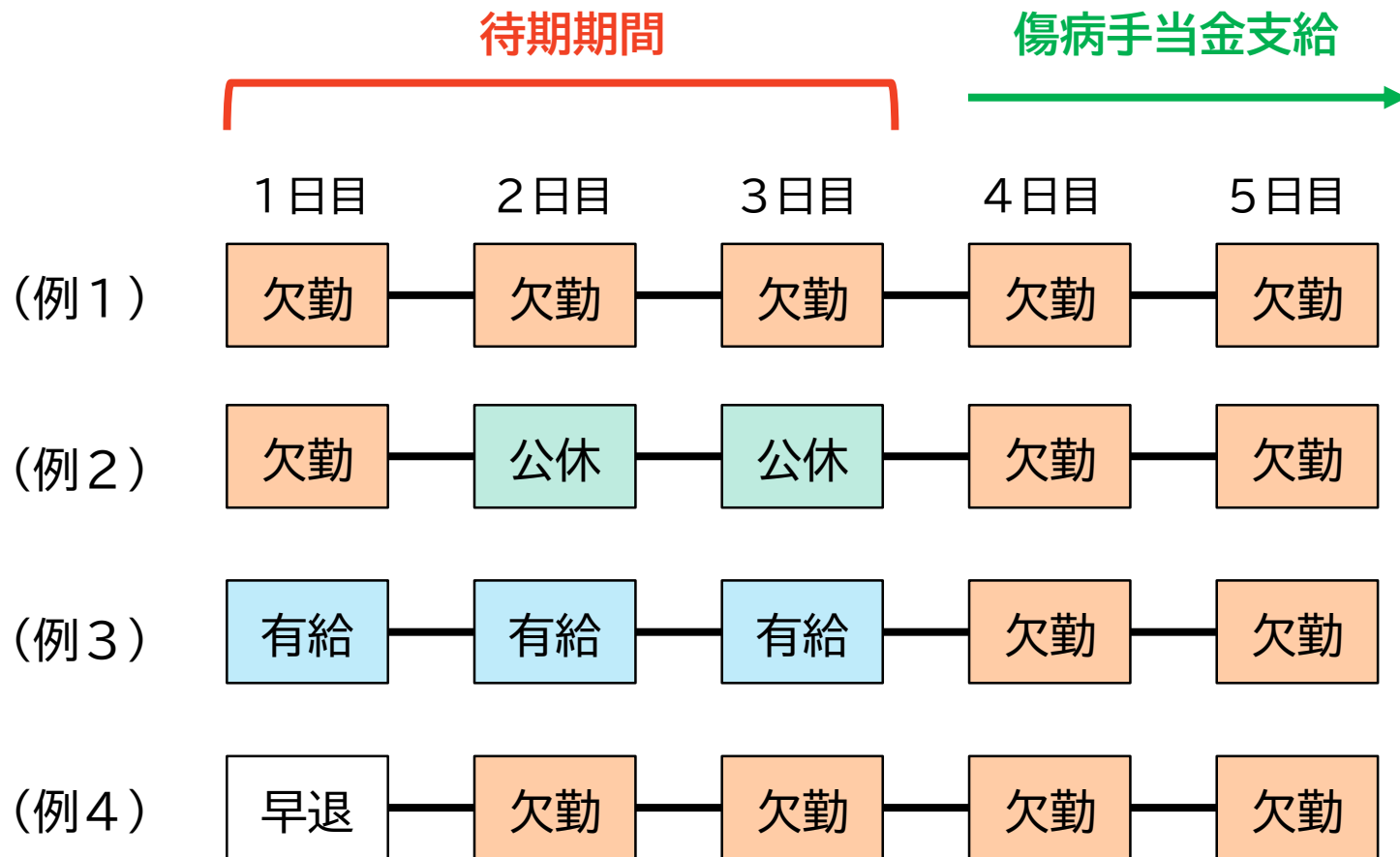
労務不能であった日ごとにその翌日から **2年**

傷病手当金の待期期間について

Q. 有給休暇や公休日は待期期間とすることができますか。

A. 有給休暇や公休日も待期期間とすることができます。 ※ 医師による労務不能の意見が必要

● 例1～例4はすべて待期期間として認められます



傷病手当金支給申請書の構成について

加入者（被保険者）様にご記入いただく欄・事業主様に証明いただく欄・療養担当者（医師）の意見を記入いただく欄で構成されています。（全4ページ）

令和5年1月からの申請は、**新様式**をご利用ください。

1 ページ、2 ページ
被保険者
記入欄

3 ページ
事業主
証明欄

4 ページ
療養担当者
(医師)
意見記入欄

1 ページ (被保険者記入欄)

「ご注意くださいポイント」

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入欄

被保険者が病気がケガのため仕事に就くことができず、給与が受けられない場合の生活保障として、給付金を受ける場合に使用ください。
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。

被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>		
氏名	<input type="text"/>		
郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>		
電話番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>		
住所	都 道 府 県		

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記入ください。

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 協同 その他 ()	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店支機庫 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>

※お申し込みの口座へお振り込みが確認される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
※お申し込みの口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

被保険者の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

マイナンバー

社会保険労務士の提出代行署名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者) 1. 記入 (強制あり)
2. 記入 (強制なし)
3. 記入 (強制あり)

障害種類

職種	<input type="checkbox"/> 1. 第1 <input type="checkbox"/> 2. 第2	年令	<input type="checkbox"/> 1. 第1 <input type="checkbox"/> 2. 第2	労災	<input type="checkbox"/> 1. 第1 <input type="checkbox"/> 2. 第2
戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1. 第1	口座証明	<input type="checkbox"/> 1. 第1	理由	<input type="text"/>

6 0 1 1 1 1 0 0 1

その他 1. その他

枚数

(2022.1.2)



①②被保険者証の「記号・番号」の記入誤りにご注意ください。

※退職等で資格を喪失した後も申請する場合は、退職日までの「記号・番号」をご記入ください。

③被保険者の「氏名」と「氏名 (カタカナ)」両方、必ずご記入ください。

④『振込先指定口座』は、被保険者 (申請者) と同じ名義の口座をご記入ください。

※被保険者 (申請者) と異なる名義の口座を記入した場合、振り込みができず、別途再振り込みの手続きが必要となるためご注意ください。

⑤マイナンバーは①記号と②番号を記入していない場合のみご記入ください。

※マイナンバーを記入した場合は、追加で本人確認のための添付書類が必要です。

2ページ (被保険者記入欄)

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

被保険者氏名

1	申請期間 (療養のために休んだ期間)	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 まで
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)	
3	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、空欄に記入してください。別傷病による申請を行う場合は、別証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・発症年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 <input type="checkbox"/> 2.令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
5	5-1 傷病の原因 5-2 労務災害、通勤災害の認定を受けていますか。	5-1 <input type="checkbox"/> 1. 仕事中以外(業務外)での傷病 <input type="checkbox"/> 2. 仕事中(業務上)での傷病 <input type="checkbox"/> 3. 通勤途中での傷病 ⇒ 5-2へ 5-2 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 審査中 <input type="checkbox"/> 3. 審査済
6	傷病の原因は労務災害(労働基準法第206条第1項)によるものですか。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ F1. はいの場合、別添「第三者行為による傷病届」をご提出ください。
7	7-1 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。 7-2 「1」を「はい」と答えた場合、受け付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。	7-1 <input type="checkbox"/> 1. はい ⇒ 2へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ 7-2 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ⇒ 事業主へ報酬のうえ、正しい証明を受けてください。
8	8-1 障害年金、障害手当金について 今般傷病手当金を申請するものと同一の傷病で「障害年金」または「障害手当金」を申請していますか。(同一の傷病で傷病手当金を申請している場合は、傷病手当金の額を調整します) 8-2 労務災害による労務災害発生後の期間について、傷病手当金を申請する場合は記入ください。労務災害による労務災害発生後の期間を証明していますか。(労務災害を発生している場合は、傷病手当金の額を調整します)	8-1 <input type="checkbox"/> 1. はい ⇒ 3へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ F1. はいの場合 8-2 <input type="checkbox"/> 1. はい ⇒ 3へ <input type="checkbox"/> 2. いいえ F1. はいの場合
9	9-1 または9-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。	基礎年金 番号 年金 コード 支給開始 年月日 1.平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 2.令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 年金額 月(円)
10	10-1 または10-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. 審査中 <input type="checkbox"/> 3. 審査済 F1. はい F2. 審査中

「事業主記入用」は3ページ目に続きます。 >>>

6 0 1 2 1 1 0 1

《ご注意いただきたいポイント》

①医師が労務不能と認めた期間(4ページ)内で、申請する期間をご記入ください。

※最初の申請時には、待期期間の3日間も含めて申請してください。
※医師が労務不能と認めた場合でも、就労している場合は傷病手当金の支給対象にはなりません。

②申請する傷病が業務外の事由によるものかご確認ください。

※仕事中以外(業務外)での傷病の場合、「1」と記入ください。

※傷病の原因が「2 仕事中(業務上)での傷病」または「3 通勤途中での傷病」の場合、原則、労災保険給付の対象となるため傷病手当金の支給対象外となります。労働基準監督署にご相談ください。

③申請期間に報酬を受けたかご確認ください。また、3ページの事業主証明の賃金支給状況と同じかどうか、ご確認ください。

※3ページの事業主証明で賃金の支払いがある場合で、③の報酬を受けましたかを「いいえ」にされている場合は、確認のため、申請書をお返しすることになります。

● 3ページ (事業主記入欄)

《被保険者氏名》 被保険者氏名は **カタカナ** で記入

被保険者氏名
(カタカナ)

ケンホ° タロウ

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。

《勤務状況》

勤務状況 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	0	5	年	0	1	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	早	13	14	15	
							16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
令和	0	5	年	0	2	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
令和			年			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

労務に服することができなかった期間、**申請期間の勤務状況**についてご記入ください。

・出勤日を「○」で囲ってください。

(早退した日については、該当日に「早」と記載してください)

※「欠勤日」「公休日」「有給取得日」については、記入する必要がなくなりました。

『出勤簿』や『賃金台帳』などは**添付せず**、当該ページに記入してください。

《賃金支給状況について》

申請期間中の 出勤していない日 に対して

給与支給なし
※欠勤控除済み



記入は不要

下記に当てはまる場合、記入は不要です

- 基本給や各種手当をすべて欠勤控除している
- 出勤に対する給与（日給や時間給など）、残業手当

給与支給あり
※有給、各種手当などの
欠勤控除なし



記入が必要

《賃金支給状況（記入例）》

- ◆ 出勤していない日に対する報酬等（基本給及び各種手当等）がある場合は、支給した日（期間）と金額を記入して下さい。（残業手当などの出勤した日に対する報酬や、見舞金などの一時的に支給したものは記載不要です。）

例1：令和5年1月1日～令和5年1月31日：家族手当10,000円（出勤等の有無にかかわらず支給している場合）

① 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

例2：令和4年10月1日～令和5年3月31日通勤手当（6か月定期券）72,000円（出勤等の有無にかかわらず支給している場合）

① 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

- ◆ 有給手当について、申請期間を含む賃金計算期間の支給状況を記入して下さい。

例3：令和5年3月1日～令和5年3月3日に有給（有給単価が1日あたり8,000円の場合）

① 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

例4：令和5年3月10日に半日有給（有給単価が1日あたり8,000円の場合）

① 令和 年 月 日 から 年 月 日 円

新型コロナウイルスによる傷病手当金の対象となる方

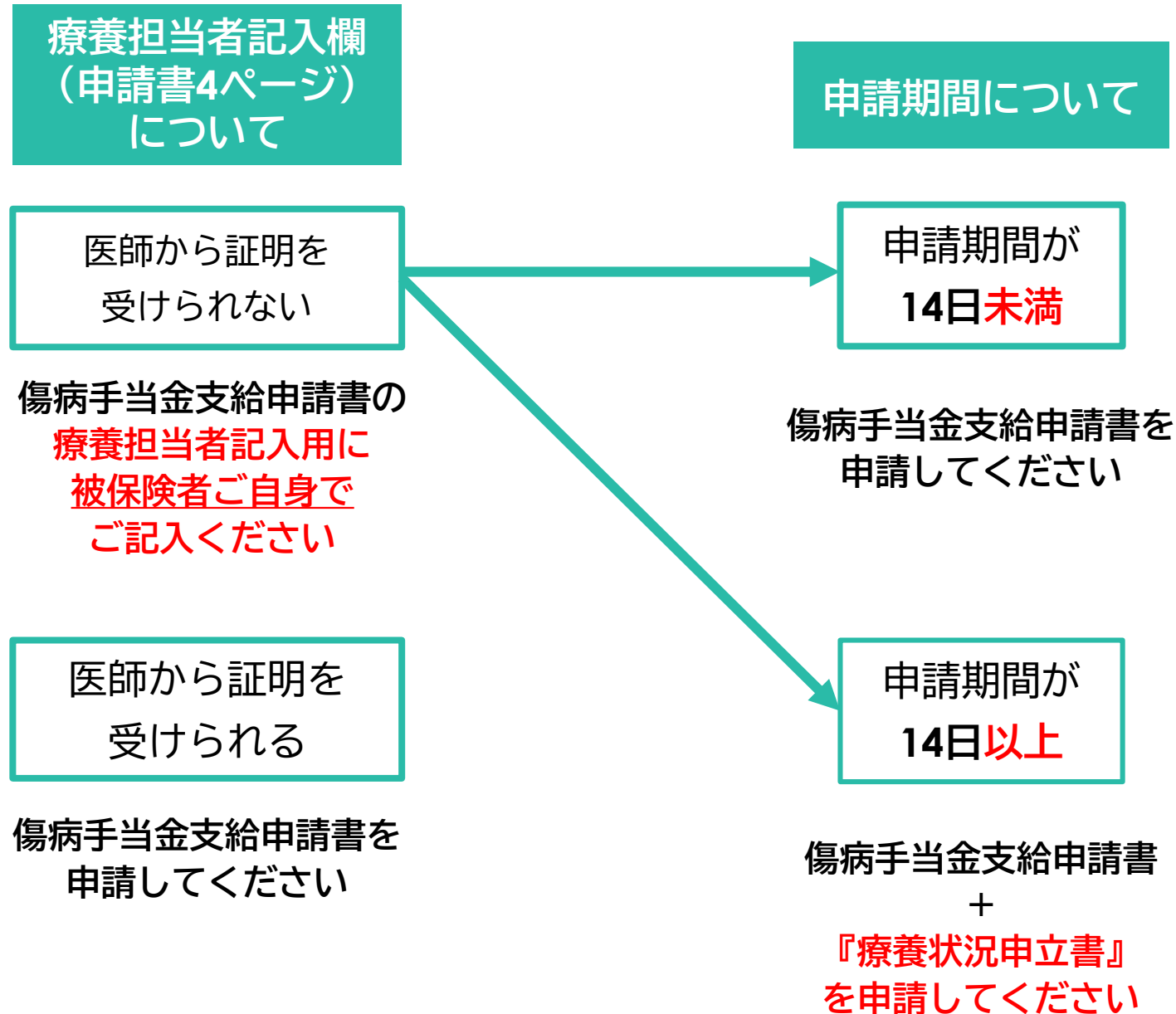
- ・ 新型コロナウイルス「陽性」の方
- ・ 新型コロナウイルス感染が疑われ、発熱等の症状がある方

※自覚症状の例：38.0℃の発熱、のどの痛み、せきの症状があった など

対象とならない方

- ・ 発熱等の自覚症状がない方
(濃厚接触者でも、自覚症状がない場合は対象になりません)

新型コロナウイルス感染症における傷病手当金の申請について



新型コロナウイルス感染症における傷病手当金の申請について

4 ページ

医師から「療養担当者記入用」の証明を受けることができない場合

健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4 ページ
療養担当者記入用

患者氏名 (カタカナ)	① ケンポ° タロウ	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。
労務不能と認められた期間 (勤務先での復原の予定に 基づくことができない 期間をいいます。)	② 05 01 04 から 05 01 09 まで	
傷病名 (労務不能と認められた傷 病をご記入ください)	③ 新型コロナウイルス感染症	初診日 (療養の給付の開始 年月日) 1. 平成 [] 年 [] 月 [] 日 2. 令和 [] 年 [] 月 [] 日
発病または負傷の原因		
発病または負傷の 年月日		1. 平成 [] 年 [] 月 [] 日 2. 令和 [] 年 [] 月 [] 日
労務不能と認められた期間 に影響した日がありましたか。	④ 2	1. はい 2. いいえ
上記期間中における 「主たる症状及び経過」「治療内容、検査 結果、療養指導」等	⑤ 38.0℃の発熱、のどの痛み、せきの症状があった	
上記のとおり相違ないことを証明します。	⑥	⑦ 05 01 15
医療機関の所在地	医療機関への受診ができず、医師から証明を受けることが困難であったため、被保険者自身で記入しました	
医療機関の名称	健保 太郎	
医師の氏名		
電話番号		

ご自身で記入する際に
ご注意いただきたいポイント

- ①被保険者の氏名をカタカナでご記入ください。
- ②申請書2ページ目「被保険者記入用」に記入した申請期間と同じ日付をご記入ください。
- ③次の(1)か(2)のいずれかをご記入ください。
 - (1) 新型コロナウイルス感染症「陽性」の場合
→ 『新型コロナウイルス感染症』
 - (2) 「陰性」または検査未実施だが、発熱等の自覚症状がある場合
→ 『新型コロナウイルス感染症の疑い』
- ④『2』をご記入ください。
- ⑤発病時の症状をご記入ください。
- ⑥『医師の証明を受けることができず被保険者自身が記入した』などの旨を記入し、署名をしてください。
- ⑦申請書4ページ目「療養担当者記入用」を記入した日をご記入ください。

新型コロナウイルス感染症における傷病手当金の申請について

申請書4ページの「療養担当者記入用」の記載を医師から受けることが困難であり、かつ申請期間が**14日以上**となる場合は、「療養状況申立書」の添付が必要です。

全国健康保険協会 健康保険傷病手当金支給申請書 新型コロナウイルス感染症 提出用

療養状況申立書

新型コロナウイルス感染症に関連し、傷病手当金を申請する際に医師の意見を受けられない期間がある場合、こちらの申立書を添付してください。

被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者の 氏名	フリガナ
	番号		生年月日
		昭和・平成 年 月 日	

以下の欄を具体的に記載し、該当箇所○をしてください。

PCR検査・抗原検査についてお伺いします

検査を受けましたか	受けた	受けていない
-----------	-----	--------

検査を受けた方は、以下の内容に回答してください

検査を受けた日	令和 年 月 日	検査結果	陽性	陰性
検査を受けるに至った経緯	濃厚接触者・自覚症状あり・その他 ()			

具体的な経緯:

保健所等の対応についてお伺いします

保健所等の療養指示	有	無	※「有」の場合、下の欄に保健所等の指示内容を記載してください。
-----------	---	---	---------------------------------

具体的な指示内容:

お勤めの事業所の対応についてお伺いします

事業所の指示	有	無	※「有」の場合、下の欄に事業所の指示内容を記載してください。
--------	---	---	--------------------------------

具体的な指示内容:

次ページも記載してください

事業所に出勤・就労しなかった**すべての日**について、以下の欄へ自覚症状を記載してください。

療養を行った年月日	主な自覚症状について、該当項目に○をつけてください
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()
令和 年 月 日	発熱 (°C) ・ 咳・喉の痛み・頭痛・倦怠感・無症状・その他 ()

※ 用紙が不足する場合はこちらのページを複数枚ご用意ください。(コピー可)

前ページも記載してください

(R4.10)

退職後の保険証の返却について

- 在職中の保険証を使用できるのは、**退職日当日**までです。

(例) 被保険者（加入者ご本人）が**3月20日付け**で退職したとき



誤って無効となった保険証を使用された場合、後日**保険者負担分の返納請求**が被保険者に届きます

- 資格喪失時には、保険証を必ず返却してください。

● 資格喪失手続き書類に保険証を添付しなかった場合



保険証の回収が確認できない場合、**本人へ保険証返納の催促文書を送付**します。

電子申請の場合も、保険証の返却が必要です。

電子申請の到達番号がわかる画面を印刷の上、保険証と併せて年金機構へご郵送ください。

「健康づくりの好循環」をさらに 定着・拡大させましょう!



加入者皆様の健康増進につながる行動の連鎖を、協会けんぽ広島支部では

「健康づくりの好循環」

と呼び、定着・拡大を目指しています。

《キーワード》

健康診断受診率100%へ
次に
健康診断改善率100%へ
そして
健康寿命の延伸へ

ご清聴ありがとうございました