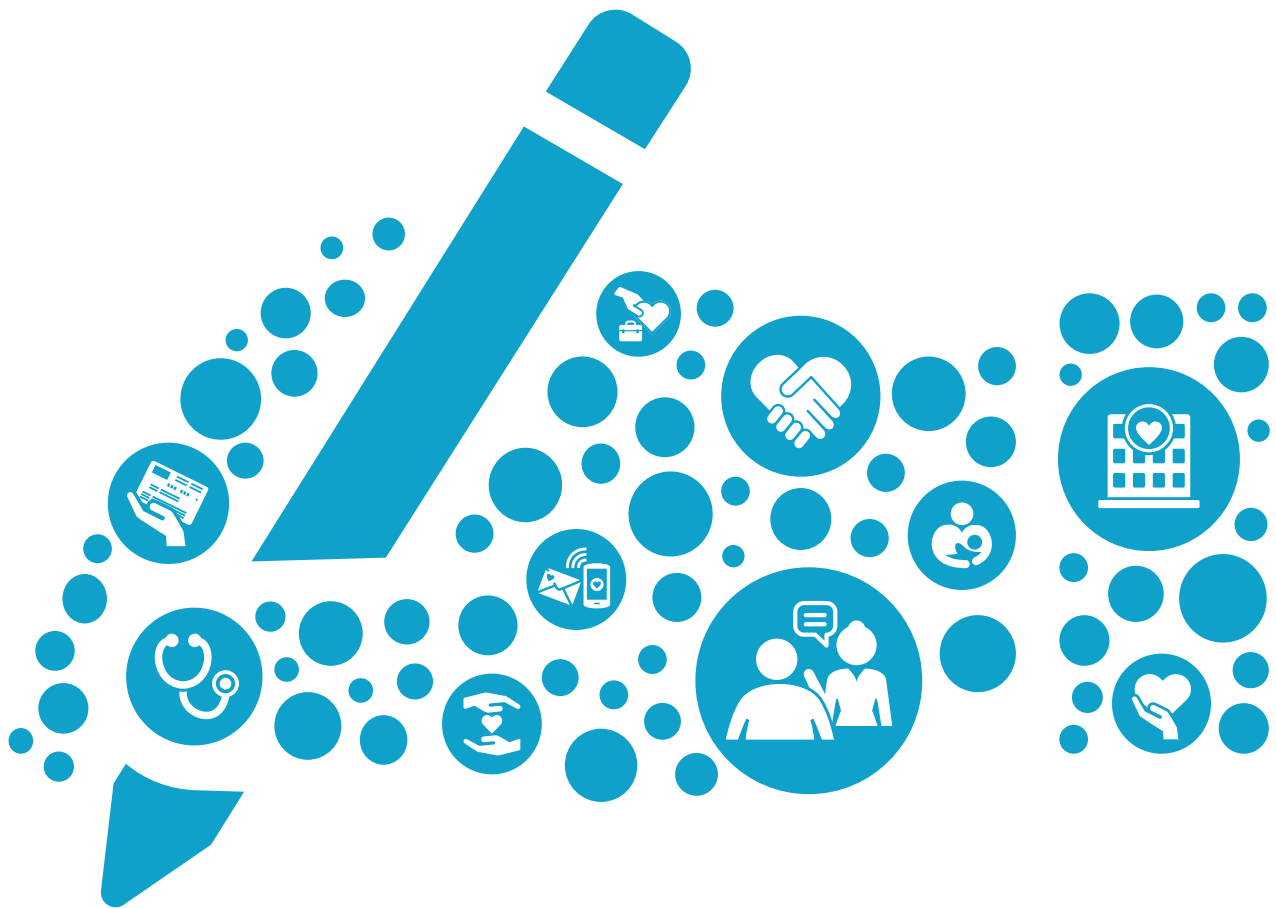


協会けんぽ GUIDE BOOK

健康保険制度・申請書の書き方



全国健康保険協会
協会けんぽ



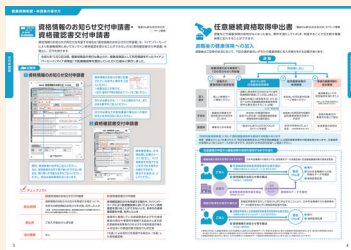
健康保険制度・申請書の書き方

P.2	はじめに 『健康保険制度・申請書の書き方』の活用について	
P.3	マイナ保険証を利用した受診ができないとき	交付申請書
		1 資格情報のお知らせ交付申請書 2 資格確認書交付申請書
P.4	退職後も健康保険へ継続加入したいとき	任意継続資格取得申出書
P.7	事故にあったとき(第三者等の行為による傷病届について)	第三者行為による傷病届
P.8	負傷(ケガ)がもとで給付の申請をするとき	負傷原因届
P.9	入院・通院・手術等で医療費が高額になりそうなとき	限度額適用認定申請書等
		1 限度額適用認定申請書 2 限度額適用・標準負担額減額認定申請書 3 特定疾病療養受療証交付申請書
P.12	医療費の立替払い、治療用装具作製や海外で診療を受けたとき	療養費支給申請書
		1 療養費支給申請書(立替払等) 2 療養費支給申請書(治療用装具) 3 海外療養費支給申請書
P.17	突然のケガや入院などで高額の医療費を支払ったとき	高額療養費支給申請書
		1 高額療養費支給申請書 2 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 3 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
P.21	病気やケガで4日以上仕事を休んだとき	傷病手当金支給申請書
P.24	出産で仕事を休んだとき	出産手当金支給申請書
P.27	出産をするとき	出産育児一時金支給申請書等
		1 出産育児一時金 内払金支払依頼書 2 出産育児一時金支給申請書
P.29	ご本人・ご家族が亡くなったとき	埋葬料(費)支給申請書
		1 埋葬料(費)支給申請書 被保険者が亡くなった場合 2 埋葬料(費)支給申請書 被扶養者が亡くなった場合
P.31	よくあるお問い合わせ	Q & A

はじめに

『健康保険制度・申請書の書き方』は、健康保険に関する申請書の記入方法をはじめ、手続きの流れ、必要な書類、提出期限などについてまとめたものです。申請していただく際に、ぜひご活用ください。

各制度の詳細につきましては『協会けんぽGUIDE BOOK』をご確認ください。

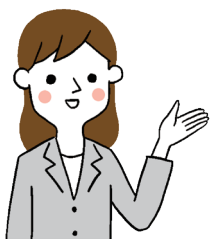


協会けんぽ GUIDE BOOK



全国健康保険協会
協会けんぽ

GUIDANCE



協会けんぽのホームページをご活用ください。

健康保険制度の内容、申請・届出手続きの記入例をはじめ、最新の情報を掲載していますので、ぜひご活用ください。

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp>

協会けんぽ 🔍 検索 または、こちらの二次元コードから



申請書はホームページからダウンロードできます。

各種申請書等はホームページからダウンロード・印刷してご利用いただけます。



こちらから必要な申請書
を選択してください。

申請書にはパソコンで
入力することもできます



入力項目の説明を表示

氏名	郵便番号
電話番号	申請代行の理由

入力が必要な項目はグレーで表示

入力漏れや誤りがあればお知らせ

住所（市区町村）は必須入力項目です。入力してください。

OK



こちらから
ダウンロード

申請書印刷時のお願い

協会けんぽでは、皆さまからご提出いただいた申請書等をスキャナーに読み込むことで、審査業務の効率化を図っております。スキャナーで正しく読み取るため、右記にご注意の上、申請書を印刷いただきますようお願いいたします。

- ① A4片面100%での印刷
- ② トナー、インクは、通常設定（トナーセーブの解除）



資格情報のお知らせ交付申請書・ 資格確認書交付申請書

『協会けんぽGUIDE BOOK』
47ページ参照

資格情報のお知らせの再交付を希望する場合は「資格情報のお知らせ交付申請書」を、マイナンバーカードにより医療機関等においてオンライン資格確認を受けることができない方は「資格確認書交付申請書」を提出し、交付を受けます。

2024年12月2日以降、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行しました。
※発行済みの保険証は最大一年間使用可能です。

交付申請書

記載例

1 資格情報のお知らせ交付申請書

健康保険 資格情報のお知らせ 交付申請書 (資格)

資格情報のお知らせの交付を希望する場合にご使用ください。

※記入が困難な場合は、記入欄の横線に記入してください。

記号・番号 21700023 番号 1 支店 00

氏名 (マイナンバー) 協会 太郎

氏名 協会 太郎

郵便番号 1050000 電話番号 090XXXXXX

住所 東京 港区〇〇1-1△△マンション101

対象者 2

氏名 協会 太郎

生年月日 40.09.18

社会保険労務士の
提出代行番号記入欄

以下、協会使用のため、記入しないでください。

27111102

全国健康保険協会
協会けんぽ

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。
※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

記号 21700023 番号 1 支店 00

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 令和 5年 1月 1日

保険者番号 99999999

保険者名称 全国健康保険協会 ○〇支部

交付が必要な方を、1～3から選択のうえ、あてはまる数字をご記入ください。

交付が必要な方が被扶養者の場合は①の欄の氏名と生年月日をご記入ください。

2 資格確認書交付申請書

健康保険 資格確認書 交付申請書 (資格)

この申請書は、医療機関においてオンライン資格確認を受けることができない場合に、ご提出ください。

記号・番号 21700023 番号 1 支店 00

氏名 (マイナンバー) 協会 太郎

氏名 協会 太郎

郵便番号 1050000 電話番号 090XXXXXX

住所 東京 港区〇〇1-1△△マンション101

対象者 2

氏名 協会 太郎

生年月日 40.09.18

社会保険労務士の
提出代行番号記入欄

以下、協会使用のため、記入しないでください。

27111102

全国健康保険協会
協会けんぽ

資格確認書は、交付理由欄に記載のケースに該当し、マイナ保険証を利用できない状況である場合のみ発行できます。
該当する場合は、☒してください。

原則、被保険者の住所をご記入ください。
なお、被保険者の住所で受け取りができない場合は、受け取りが可能な住所をご記入ください。
ただし、宛名は被保険者氏名になります。

チェックリスト

	1 資格情報のお知らせ交付申請書	2 資格確認書交付申請書
提出時期	資格情報のお知らせの交付を希望する場合(※)や、お持ちの資格情報のお知らせをき損、紛失したとき ※氏名・生年月日の変更の場合は、資格情報のお知らせは自動で送付されませんので必要な場合は申請してください。	資格確認書の交付を希望する場合や、お持ちの資格確認書をき損、紛失したとき、医療機関等においてマイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができないとき
提出先	ご加入の協会けんぽ支部	ご加入の協会けんぽ支部 (事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者は、事業主経由で申請してください。)
添付書類	なし	き損による再交付を希望する場合は、き損した資格確認書



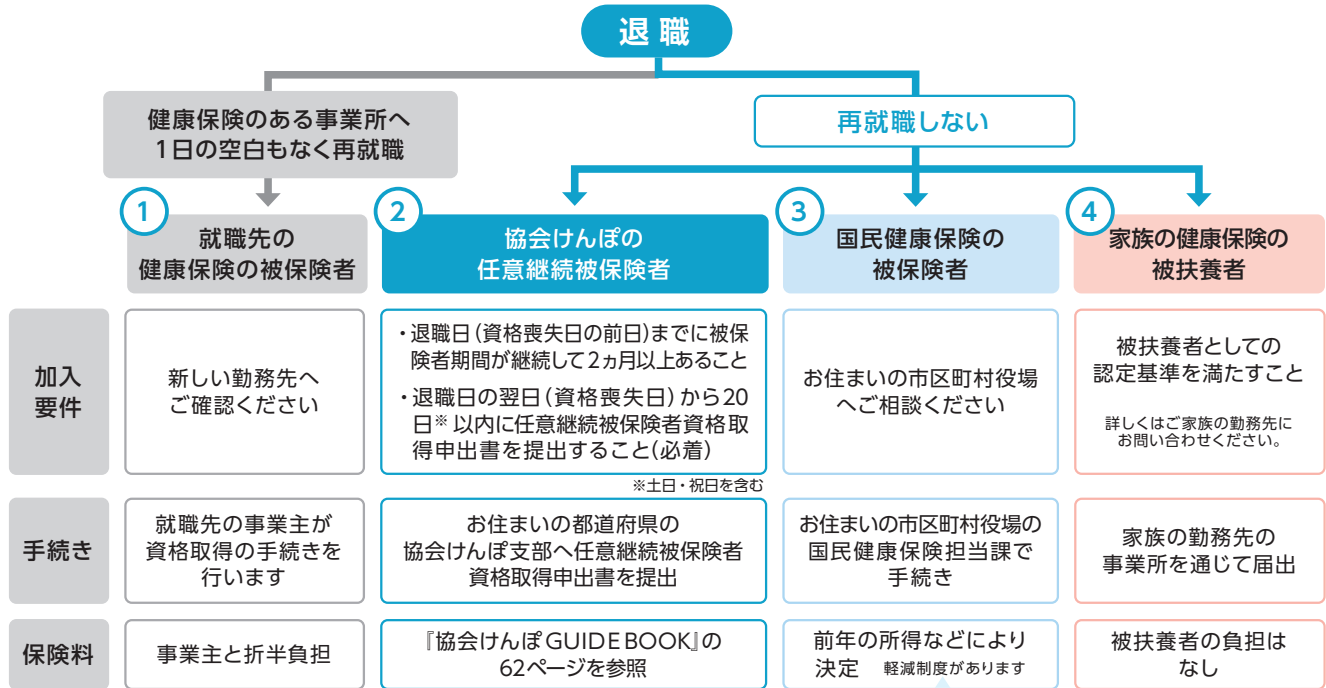
任意継続資格取得申出書

『協会けんぽGUIDEBOOK』61ページ参照

退職などで健康保険の資格がなくなった後も、要件を満たしていれば、申請することで引き続き健康保険に加入することができます。

退職後の健康保険への加入

退職後はご自身の状況に応じて、下記の選択肢のいずれかの健康保険に加入手続きをする必要があります。



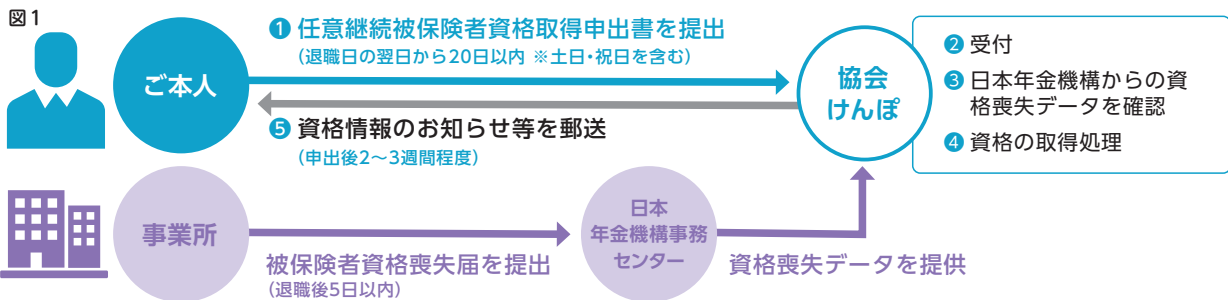
「特例対象被保険者」に対して国民健康保険料を軽減する制度があります

倒産・解雇などにより失業された方(特定受給資格者および特定理由離職者)には国民健康保険料の軽減制度があります。任意継続の保険料より安くなるケースがありますので、お住まいの市区町村役場へご確認ください。

任意継続の申請から健康保険の資格を取得するまでの流れ

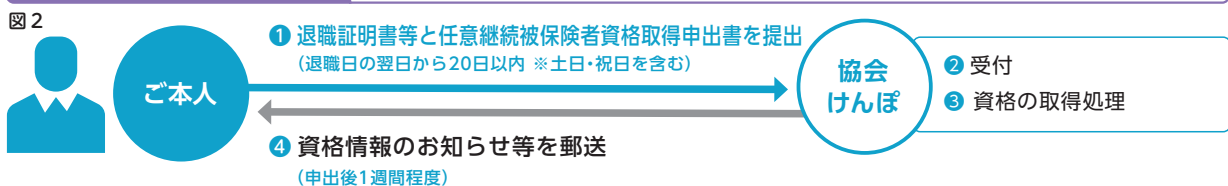
健康保険の資格を取得するまでの流れ

日本年金機構から提供される、資格喪失データを確認後に任意継続健康保険の資格を取得。



資格の取得をお急ぎの場合は

退職証明書等を添付して協会けんぽに申出することにより、日本年金機構からの資格喪失データの提供を待たずに資格取得処理が可能。



※事業主が作成した退職証明書等と日本年金機構から提供される資格喪失データに相違がある場合は、後日任意継続の資格記録を修正します。修正後の資格情報のお知らせは送付されません。変更された資格情報のお知らせの発行を希望する場合は、「資格情報のお知らせ交付申請書」をご提出ください。

※退職証明書等の提出がない場合は、日本年金機構からの資格喪失データ確認後の資格取得処理となります(【図1】と同様の流れとなります)。

記載例

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

1 2 ページ

退職などで健康保険の資格がなくなった後も、引き続き個人で健康保険に加入する場合にご使用ください。なお、提出期限は、退職日の翌日から20日以内(必着)です。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。

勤務していた事業所 東京 提出日(受取日) 07.01.01

在職時の記号・番号 217000231 2.01.05.10

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

性別 1 男

郵便番号(〒) 1050000 電話番号(区別) 090XXXXXX

住所 東京 港区〇〇1-1△△マンション101

勤務していた事業所 名称 株式会社 所在地 東京都渋谷区〇〇-2-1△△ビル

資格喪失年月日(退職日の翌日) 07.01.01

保険料の納付方法 3 1. 口座振替(毎月納付) 2. 毎月納付 3. 6ヵ月前納 4. 12ヵ月前納

事業主記入用 任意 この欄をご記入いただくことで、被保険者証の交付がなくなる場合があります。

勤務していた方の氏名(カタカナ) 協会 花子

資格喪失年月日(退職日の翌日) 07.01.01

事業主住所 東京都渋谷区〇〇-2-1△△ビル

事業主名称 株式会社

事業主代表者 代表取締役

事業主代表者 電話番号 03-XXXX-XXXX

被扶養者がいる場合は2ページ目に続きます。

社会保険労務士の提出用記入欄 以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

印鑑 1. 協会印(必須) 2. 協会印(必須) 3. 協会印(必須)

印鑑 1. 協会印(必須) 2. 協会印(必須) 3. 協会印(必須)

20012101

全国健康保険協会 協会けんぽ

在職時の資格情報のお知らせ等に記載されています。
※枝番は記入不要です。
※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

記号 21700023 番号 1 枝番 00

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 令和 5年 1月 1日

保険者番号 99999999

保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部

口座振替を希望する方は「1」、納付書による毎月納付を希望する方は「2」、納付書による6ヵ月前納は「3」、12ヵ月前納は「4」を□の中にご記入ください。

被扶養者がいる場合は、必要事項をご記入ください。添付書類が必要になる場合があります。(P.6参照)

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書【被扶養者用】

1 2 ページ

被保険者氏名 協会 太郎

被扶養者氏名 協会 花子

被扶養者のマイナンバーは必ずご記入ください。

被扶養者のマイナンバー 1234567890111

在職時より引き続き被扶養者となる方がいる場合にご記入ください。

マイナンバーを利用した情報照会を行う場合は、被扶養者となる方の収入を証明する書類の添付が省略できます。

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

20022101

全国健康保険協会 協会けんぽ

勤務していた事業所より証明欄を記入していただければ、資格喪失処理を待たずに資格取得処理ができます。

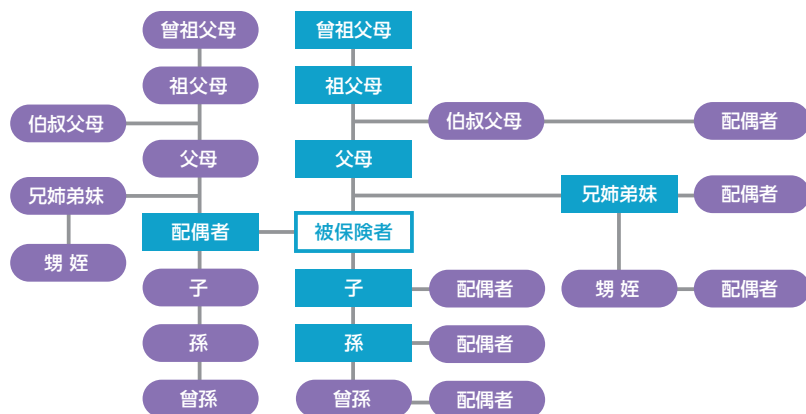
記号・番号が不明の場合のみ、被保険者のマイナンバーをご記入ください。なお、マイナンバーをご記入いただいた場合は、確認書類の添付が必要です。(P.31参照) 確認書類が添付されていない場合は、申出書をお返しいすることとなりますのでご注意ください。

●被扶養者の要件

- 主として被保険者の収入により生計を維持されており、国内に居住している75歳未満の方
- 対象となる家族範囲(3親等内の親族)
- 被扶養者となるための収入要件
 - 被保険者と同居している場合
年収が130万円未満※、かつ、被保険者の年収の1/2未満
 - 被保険者と同居していない場合
年収が130万円未満※、かつ、被保険者からの仕送り額より少ない

※60歳以上または障害厚生年金受給者等の場合は180万円未満

- 一時的な収入の増加がある場合には、人手不足による労働時間延長等に伴う一時的な収入増加である旨の事業主証明を添付することで、被扶養者となることが可能



被保険者と同居していなくてもよい人

被保険者と同居していることが要件の人

チェックリスト

● 申請期限

退職日の翌日(資格喪失日)から20日以内。郵送の場合は、20日以内に支部必着。

※やむを得ない正当な理由(天災地変、交通・通信関係のストライキ等)があると認められるときは、提出期限を過ぎてでも受理される場合があります。

● 提出先

お住まいの都道府県の協会けんぽ支部

● 添付書類チェックリスト

☐ 保険料の口座振替を希望される方 → 口座振替依頼書^{※1}

☐ **任意** 退職日の確認ができる書類(退職証明書のコピー、資格喪失届のコピー、もしくは資格取得申出書の資格喪失証明欄に記載)

☐ マイナ保険証を利用できない状況にある方^{※2} → 資格確認書交付申請書^{※1}

※1 ...協会けんぽホームページからダウンロードできます。

※2 ...マイナンバーカードを所持していない場合や、マイナ保険証の利用登録を行っていない場合等

● 被扶養者となる方がいる場合に必要添付書類

	在職時より引き続き被扶養者となる場合		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
	マイナンバーによる情報照会の実施を希望する場合	マイナンバーによる情報照会の実施を希望しない場合	
被保険者と同居	● 添付書類不要(※)	● 収入を証明する書類	● 続柄を証明する書類 ● 収入を証明する書類 ● 同居していることを証明する書類
被保険者と別居	● 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	● 収入を証明する書類 ● 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	● 続柄を証明する書類 ● 収入を証明する書類 ● 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

※協会けんぽがマイナンバーを未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類の提出が必要になる場合があります。

必要添付書類の例(コピーと指定していないものは原本が必要です。)	収入	無収入の方	● 市区町村が発行する直近の課税(非課税)証明等 ※収入が0円であっても、0円である証明が必要です。
		パート・アルバイト収入のある方	次のいずれか ● 市区町村が発行する直近の課税(非課税)証明等 ● 直近3ヵ月分の給与明細書(コピー) [60歳未満・月額:108,334円未満] [60歳以上・月額:150,000円未満] ● 人手不足による労働時間延長等に伴う一時的な収入変動に係る事業主の証明書 [※] ※ 人手不足による労働時間延長等に伴う一時的な収入増加がある場合に添付が必要です。(様式は協会けんぽホームページからダウンロードできます。)
		会社を退職された方	次のいずれか ● 離職票(コピー) ● 勤務先の発行した退職証明(コピー) ● 雇用保険受給資格者証(コピー) ● 雇用保険受給資格通知(コピー) [60歳未満・・・日額:3,612円未満] [60歳以上・・・日額:5,000円未満]
		自営業や農業従事者、不動産収入のある方	● 直近の確定申告書(コピー) ※ 税務署の受付印または電子申請の受付の表示のあるもの。 ※ 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
		年金収入のある方	● 直近の年金額改定通知書(コピー) または ● 直近の年金額振込通知書(コピー)
	仕送り	別居している場合	次のいずれか ● 銀行振込の控え ● 現金書留の控え ● 預金通帳(コピー)等 ※ 年間収入を上回る仕送りが確認できること ※ 振込者と受取者の名前・金額が確認できること
	同居	同居が要件となる方	● 住民票(提出日から90日以内に発行されたもの)(世帯全員の続柄が省略されていないもの)
	続柄	身分関係の確認	次のいずれか ● 戸籍謄(抄)本 ● 住民票(同居の場合) (提出日から90日以内に発行されたもの)(世帯全員の続柄が省略されていないもの)
		内縁関係の配偶者	● 夫婦両方の戸籍謄(抄)本および住民票[妻(未届)や夫(未届)等の続柄記載があるもの] (提出日から90日以内に発行されたもの)(世帯全員の続柄が省略されていないもの)
	海外在住	被扶養者が海外在住の方	国内在住で扶養認定を受ける場合の添付書類に追加して、以下の書類もご用意ください ● 海外特例要件に該当することを証明する書類 【海外留学をしている学生の場合】 査証(ビザ)、学生証、在学証明書、入学証明書(コピー)等 【ボランティア活動その他就労目的以外で海外渡航している方の場合】 査証(ビザ)、ボランティア派遣機関の証明、ボランティアの参加同意書(コピー)等



第三者行為による傷病届

交通事故等、第三者の行為が原因でケガをした場合※に健康保険を利用して診療を受けたときは「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

※ 仕事中（業務災害）や通勤途中の事故が原因の場合は除きます。

記載例

第三者行為による傷病届

第三者行為による傷病届

項目	内容
届出者	記号番号 (記号) 21700023 (番号) 1
氏名	協会 太郎
被傷者 (受診者)	氏名 / 性別 / 年齢 (氏名) 協会 花子 (性別) 男・女 (年齢) 38 歳
続柄 / 生年月日	(届出者との関係) 妻 (生年月日) 昭和61年 1 月 22 日
住所 / 電話番号	(住所) 〒105 - 0000 東京都港区1-0-0 (電話番号) 03 - XXXX - XXXX
加害者 (相手)	氏名 / 性別 / 年齢 (氏名) ケンボ イチロウ (性別) 男・女 (年齢) 27 歳
住所 / 電話番号	(住所) 〒156 - 0000 東京都世田谷区0-0-1 (電話番号) 03 - 0000 - 0000
事故発生状況	事故の内容 (あてはまるものに☑をつけてください) ☒ 交通事故 ☐ 暴力 (ケンカ) ☐ 動物による負傷 (☐ 飼主が加害者 ・ ☐ 飼主不明) ☐ その他 ()
事故発生日時	令和7年 5 月 3 日 (午前) 午後 11 時 15 分頃
事故発生場所	東京都千代田区00-1-1
自賠責保険	保険会社名 (加害者の自賠責保険会社名称) 〇〇保険会社
契約者氏名 / 続柄	(氏名) 健保 一郎 (加害者との関係) 本人
自賠責番号 / 登録番号	(自賠責証番号) ABCD12345-XYZ (登録番号) 品川 500 あ 〇〇〇〇
保険期間	(保険期間) 令和7年 5 月 1 日 ~ 令和8年 4 月 30 日
加害者の任意保険	保険会社名 (加害者の任意保険会社名称) □□火災海上会社
所在地 / 電話番号	(取扱い店所在地) 〒160 - 0000 東京都新宿区△2-2 (電話番号) 03 - △△△△ - △△△△
担当者 / 担当部署	(取扱い店担当者名) 損保 二郎 (取扱い店担当部署)
保険契約者氏名	(氏名) 健保 一郎
保険契約者住所	(住所) 〒156 - 0000 東京都世田谷区0-0-1
証書番号 / 任意一括 (注1)	(証書番号) X X X - 123456789-9 (任意一括の有無) (有) ・ 無
保険期間	(保険期間) 令和7年 5 月 1 日 ~ 令和8年 4 月 30 日
任意加入	保険会社名 (被害者の任意保険会社名称) △△損保会社
所在地 / 電話番号	(取扱い店所在地) 〒105 - 0000 東京都港区0-0-0 (電話番号) 03 - XXXX - 〇〇〇〇
担当者 / 担当部署	(取扱い店担当者名) 損保 一 (取扱い店担当部署)
治療状況等	診療機関① (診療機関名) 千代田〇〇病院 (診療開始) 令和7年 5 月 3 日 (診療終了 (見込)) 令和7年 6 月 9 日
診療機関名/治療期間	(所在地) 〒100 - 0000 東京都千代田区△△-△-△ (電話番号) 03 - △△△△ - △△△△
診療機関②	(診療機関名) 品川〇〇病院 (診療開始) 令和7年 6 月 10 日 (診療終了 (見込)) 年 月 日
診療機関名/治療期間	(所在地) 〒141 - 0000 東京都品川区××-×-× (電話番号) 03 - 〇〇〇〇 - XXXX
示談又は和解 (注2)	(あてはまるものに☑をつけてください) ☐ 示談・和解済 ☒ 交渉中 ☐ 示談・和解はしない

(注1) 「任意一括」とは、加害者の任意保険会社が自賠責保険も一括で対応することを指します。

(注2) 加害者と示談又は和解を行った場合は、示談内容または和解内容がわかるもの (示談書等) を添付してください。

5 1 4 1 1 1 全国健康保険協会 (協会けんぽ)

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。)

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※ 枝番は記入不要です。
※ 記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

記号 21700023 番号 1 枝番 〇〇

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 令和 5 年 1 月 1 日
保険者番号 99999999
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部

事故証明書等を参考にわかる範囲でご記入ください。

事故相手に任意保険の対応があるときはご記入ください。

治療状況欄は必ずご記入ください。

不明な場合は記入不要です。

チェックリスト

● 申請時期
すみやかに

● 添付書類チェックリスト

交通事故の場合

- ☐ 事故発生状況報告書 ☐ 同意書
- ☐ 交通事故証明書
- ☐ 人身事故証明書入手不能理由書 (物損事故扱いのとき等)

交通事故以外の場合

- ☐ 事故発生状況報告書 ☐ 同意書



負傷原因届

『協会けんぽ GUIDE BOOK』47ページ参照

負傷(ケガ)により各種給付の申請をするときは、添付書類として「負傷原因届」も提出します。疾病・負傷(ケガ)が第三者の行為によるものである場合は、併せて「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。

※仕事(業務災害)や通勤途中の事故が原因の場合は除きます。

記載例

健康保険 負傷原因届		被保険者・事業主記入用	負
記入方法および添付書類等については、「健康保険 負傷原因届 記入の手引き」をご確認ください。			
被保険者情報	記号・番号 (左づめ) 21700023 1	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 010510	
個人番号 (マイナンバー)	健康保険の記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)		
氏名	(フリガナ) キョウカイ タロウ		
住所	(〒 105-0000) 東京(都) 港区〇〇1-1		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03(××××)×××× △△マンション101		
負傷した方	☐ 被保険者・ ☒ 被扶養者(氏名 協会 花子)		
負傷した方の勤務形態	☐ 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト ☐ 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 ☒ 無職 ☐ その他()		
傷病名	ろっ骨骨折		
負傷日時	☐ 平成 ☒ 令和 6年5月8日 ☐ 午前 ☒ 午後 10時頃		
負傷した時間帯(状況)	☐ 勤務時間中 ☐ 勤務日の休憩中 ☐ 出張中 ☒ 私用中 ☐ その他() ☐ 通勤途中 ☐ 出勤 ☐ 退勤 ☐ 寄り道等有り ☐ 寄り道等無し		
負傷場所	☐ 会社内 ☐ 路上 ☐ 駅構内 ☒ 自宅 ☐ その他()		
負傷原因	☐ 交通事故 ☐ 暴力(ケンカ) ☐ スポーツ中() ☐ 職場行事 ☐ 職場行事以外 ☐ 動物による負傷(飼い主: ☐ 有 ☐ 無) ☒ あてはまらない		
上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: ☐ 有 ☒ 無 ☒ あなたは被害者 ☐ あなたは加害者 ※相手がいる負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。		
負傷した時の状況を具体的に ご記入ください。	自宅で掃除機をかけていた際、転んで胸を机の角にぶつけてしまった。		
治療経過	☐ 令和 6年5月30日 現在 ☐ 治癒 ☒ 治療継続中 ☐ 中止		
治療期間	☐ 平成 ☒ 令和 6年5月8日 から ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日まで		
事業主欄	業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入を受けてください。 事業所の労災適用 有・無 社員総数 名 事業内容 業務(通勤)災害 有・無 「無」の場合、その理由 事業所所在地 上記、本人の申し立てのとおり ☐ 業務災害 ☐ 通勤災害 に関連ないことを認めます。 (〒 -) 事業所名称 事業主氏名 電話番号 ()		
様式番号		協会使用欄	
☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐	
全国健康保険協会 協会けんぽ		1/1	

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。
※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ			
記号	21700023	番号	1
枝番	00		
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	令和 5年 1月 1日	保険番号	99999999
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部		

負傷原因が、第三者によるものの場合、「第三者行為による傷病届」(P.7参照)も提出が必要になります。詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。

負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)ご記入ください。

業務(通勤)災害に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定しますので、詳しくは労働基準監督署にお問い合わせください。

チェックリスト

●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、法人の役員が業務中(通勤途中)に負傷し、健康保険からの給付が行われる場合は、添付が必要となる場合がありますので、詳細は協会けんぽ都道府県支部へご相談ください。



限度額適用認定申請書等

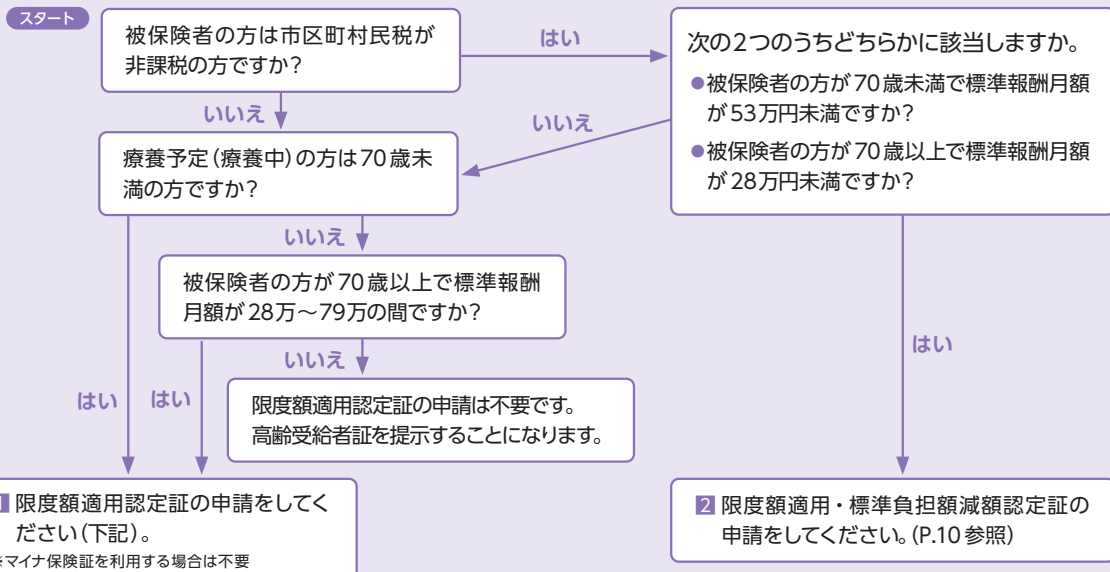
『協会けんぽGUIDEBOOK』49ページ参照

高額な医療費がかかることが想定される場合は、事前に「限度額適用認定証」の交付を受け、医療機関等の窓口で提示することで、窓口負担が法定の自己負担限度額までとなります。

※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提出は不要となります。
(被保険者の市区町村住民税が非課税の方の「限度額適用・標準負担額減額認定証」及び「特定疾病療養受療証」は申請が必要ですが、マイナ保険証を利用することで自己負担額までの支払いとなるため、医療機関等の窓口への提出は不要となります。)

※オンライン資格確認を導入していない医療機関等で受診される場合や、協会けんぽでマイナンバーの登録が行われていない場合は、限度額適用認定証等を医療機関等の窓口で提出していただく必要があります。

申請チェックフロー



記載例

1 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)

入院等での医療費が自己負担限度額を超えそうな場合に記入してください。なお、記入方法や交付手数料等については記入の手引(注)をご確認ください。

記号・番号: 217000231 2 01 05 10

氏名 (姓): キヨウカイ タロウ

氏名 (名): 協会 太郎

郵便番号 (〒): 1050000 電話番号 (TEL): 090XXXXXXX

住所: 東京 港区 〇〇1-1△△マンション101

氏名 (姓): キヨウカイ タロウ

生年月日: 2 01 05 10

郵便番号 (〒): 1020000 電話番号 (TEL): 090XXXXXXX

住所: 東京 千代田区△△1-1

氏名 (姓): 株式会社〇〇〇〇〇〇〇 総務課〇〇△△

氏名 (名):

電話番号 (TEL):

申請代行の機関 ()

備考

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

23011101 全国健康保険協会 協会けんぽ

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。

※校番は記入不要です。

※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

記号	21700023	番号	1	校番	00
氏名	協会 太郎				
生年月日	平成 5年 5月 10日				
資格取得年月日	令和 5年 1月 1日				
保険者番号	99999999				
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部				

認定対象者が家族(被扶養者)の場合でも被保険者の氏名等をご記入ください。

入院等、自宅で限度額適用認定証の受取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

記号・番号を記入した場合
は記入不要です。

チェックリスト

●申請時期

被保険者および被扶養者が医療機関等での窓口支払額を軽減したいとき

2 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

健康保険 標準負担額減額認定 申請書

1

2

ページ

低所得（注）世帯別所得）に該当される方が、入会費で低所得者自己負担額減額を超えそうな場合に使用ください。なお、記入方法および交付期限については、（記入の手引き）をご覧ください。

姓・名 氏名 (タテ書き)

キョウカイ タロウ

生年月日 (タテ書き)

2 1 7 0 0 0 2 3 1

氏名 (タテ書き)

協 会 太 郎

生年月日 (タテ書き)

2 0 1 . 0 5 月 1 0 日

健康保険番号
(マイナンバー)

1 0 5 0 0 0 0

電話番号
(定額引込み口座)

0 9 0 × × × × × × × × × ×

住所 (タテ書き)

東京 港区 東区 ○○1-1△△マンション101

住所 (タテ書き)

東京 千代田区 △△1-1

発行者 (タテ書き)

株式会社○○○ 総務部○○○

電話番号
(セブティナンバー)

0 9 0

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険番号
(マイナンバー)

1 0 5 0 0 0 0

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険番号
(マイナンバー)

1 0 5 0 0 0 0

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険番号
(マイナンバー)

1 0 5 0 0 0 0

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険番号
(マイナンバー)

1 0 5 0 0 0 0

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険番号
(マイナンバー)

1 0 5 0 0 0 0

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険番号
(マイナンバー)

1 0 5 0 0 0 0

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係
(タテ書き)

協 会 太 郎

健康保険者との関係

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。

※枝番は記入不要です。

※記号・番号が不明な場合はP.31 参照。

資格情報のお知らせ

記号	21700023	番号	1	校番	00
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	令和 5年 1月 1日				
保険者番号	99999999				
保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部				

認定対象者が家族（被扶養者）の場合でも被保険者の氏名等をご記入ください。

療養される方が申請を行った月以前1年間で長期入院（90日超）された場合は2頁目を必ずご記入ください。

記号・番号
を記入した
場合は記入
不要です。

マイナンバーを利用した情報照会を行う場合は、被保険者の住民税の非課税証明書の添付が省略できます。

マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、希望しないに☒を入れたうえで、必要な書類を添付してください。

入院等、自宅で限度額適用認定証の受取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

健康保険 限度額適用・ 標準負担額減額認定 申請書	
協会 太 郎 〒160-8555 東京都新宿区西新宿2-1-1 丸の内ビルディング 12F 健康保険課	
1 ページ目の認定対象者(認定対象者は、長期入院されましたか。)の質問に対し、(1.はい)と回答された方ののみご記入ください。	
申請書提出者	
申請書提出者の氏名	申請書提出者の氏名(漢字) 9 2 ※ 申請書提出者の氏名に記入した文字、申請書提出者とは、ご本人、または、申請書に定められた内容から申請をされた方と見なされます。
申請書提出者の生年月日(19)年(月)日	申請書提出者の生年月日(19)年(月)日 0 6 0 8 申請書提出者の生年月日(19)年(月)日 0 6 1 0 申請書提出者の生年月日(19)年(月)日 3 1 1 0
① 入院した医療機関等	〇〇総合病院
入院した医療機関等	東京都新宿区△△1-1
申請書提出者の氏名(20)年(月)日(19)年(月)日	申請書提出者の氏名(20)年(月)日(19)年(月)日 0 6 0 8 申請書提出者の氏名(20)年(月)日(19)年(月)日 0 6 1 0 申請書提出者の氏名(20)年(月)日(19)年(月)日 3 1 1 0
② 入院した医療機関等	
入院した医療機関等	
申請書提出者の氏名(21)年(月)日(20)年(月)日	申請書提出者の氏名(21)年(月)日(20)年(月)日 0 6 0 8 申請書提出者の氏名(21)年(月)日(20)年(月)日 0 6 1 0 申請書提出者の氏名(21)年(月)日(20)年(月)日 3 1 1 0
③ 入院した医療機関等	
入院した医療機関等	
申請書提出者の氏名(22)年(月)日(21)年(月)日	申請書提出者の氏名(22)年(月)日(21)年(月)日 0 6 0 8 申請書提出者の氏名(22)年(月)日(21)年(月)日 0 6 1 0 申請書提出者の氏名(22)年(月)日(21)年(月)日 3 1 1 0
④ 入院した医療機関等	
入院した医療機関等	
申請書提出者の氏名(23)年(月)日(22)年(月)日	申請書提出者の氏名(23)年(月)日(22)年(月)日 0 6 0 8 申請書提出者の氏名(23)年(月)日(22)年(月)日 0 6 1 0 申請書提出者の氏名(23)年(月)日(22)年(月)日 3 1 1 0
⑤ 入院した医療機関等	
入院した医療機関等	

2

3

0

2

2

0

1

全国健康保険協会

会 社 じ ゅ ん ぽ

2

2

チェックリスト

●申請時期

被保険者の市区町村民税
が非課税の場合で、被保
険者および被扶養者が医
療機関等での窓口支払額
を軽減したいとき

●添付書類チェックリスト

〈マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合〉

☐ 不要 ※協会けんぽでマイナンバーが未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、添付書類が必要となる場合があります。

〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉

☐ 被保険者の非課税証明書の原本

☐ 4月～7月診療分の場合は、前年度の非課税証明書の原本

☐ 8月～翌年3月診療分の場合は、当年度の非課税証明書の原本

☐ 直近1年以内に91日以上入院がある（長期入院）

☐ 入院期間が記載されている領収書のコピー等、入院期間を証明する書類
(保険者に低所得者として認められていた期間の入院に限ります。)

3 特定疾病療養受療証交付申請書

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

特定疾病にかかる自己負担の軽減を受け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。

記号・番号 (21700023 1) 生年月日 (2 01 05 10)

氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号 (ハイフン除く) 1050000 電話番号 (左詰めハイフン除く) 090xxxxxxx

住所 東京 港区 〇〇1-1△△マンション101

氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

生年月日 (2 01 05 10)

疾病名 (2)

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) 1600000 電話番号 (左詰めハイフン除く) 03xxxxxxx

住所 東京 新宿区 〇〇1-1

宛名 株式会社 〇〇〇〇〇〇〇〇 総務課 〇〇△△

下欄に医師の証明を受けるか、疾病にかかったことを証明する診断書を添付してください。

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。

医療機関の所在地 東京都品川区△△1-1

医療機関の名称 〇〇総合病院

医師の氏名 保険 五郎

電話番号 03-xxxxx-xxxxx

被保険者証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。)

社会保険労務士の提出代行名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MV確認 (被保険者) 1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)

添付書類 診断書 医療券 1. 添付 (診断書・更生医療の医療券など) 2. 不備

同時申請 1. 異時取得

その他 1. その他 (理由) 枚数

23011301

全国健康保険協会 協会けんぽ

受付日付印 (2024.12) 1/1

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。
※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

記号	21700023	番号	1	枝番	00
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	令和 5年 1月 1日
保険者番号	99999999	保険者名称	全国健康保険協会	〇〇支部	

認定対象者が家族(被扶養者)の場合でも被保険者の氏名等をご記入ください。

療養する方の氏名(カタカナ)、生年月日、疾病名をご記入ください。

入院等、自宅で受療証の受取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

医師の意見を受けてください。

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

チェックリスト

- 申請時期 特定疾病の療養のため、高額な医療費がかかるとき
- 医師の証明 (申請書の証明欄に証明を受けられない場合のみ) 特定疾病に関する意見書または特定疾病にかかったことを証明する書類(診断書等)
- 添付書類チェックリスト



療養費支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』53ページ参照

「やむを得ない事情で、マイナ保険証、資格確認書等を利用できずに医療機関等を受診した」「治療のために装具を作製した」「海外旅行中に急病になり現地で診療を受けた」等、医療費を全額自己負担した場合、療養費の払い戻しを受けることができます。

申請チェックフロー

スタート

自費で負担したものは次のどれですか？

- 1** 国内での保険診療分の医療費 **2** 医師に治療上必要とされた装具作製費 **3** 海外での診療費

1

自費で負担した理由は次のどれですか？

- ①** マイナ保険証、資格確認書等を医療機関等で利用できなかった
- ②** 誤って、以前に加入していた健康保険の資格で医療機関等を受診し、医療費を前保険者に返納した

2

次のものをご用意の上、**協会けんぽ**（ご加入の支部）にご提出ください。

- 療養費支給申請書（治療用装具）
▶ 記載例 P.14
- 装具の領収書（原本）
- 治療用装具製作指示装着証明書（原本）

3

次のものをご用意の上、**協会けんぽ神奈川支部**へご提出ください。

- 海外療養費支給申請書
▶ 記載例 P.15
- 診療内容明細書（原本・翻訳）
- 領収書（原本）
- 領収明細書（原本・翻訳）
- パスポートの写し
- 海外で受診した医療機関等への照会の同意書

①

次のものをご用意の上、**協会けんぽ**（ご加入の支部）にご提出ください。

- 療養費支給申請書（立替払等）
▶ 記載例 P.13
- 領収書（領収明細書）（原本）
- 診療明細書（診療内容を記載した証明書）

②

次のものをご用意の上、**協会けんぽ**（ご加入の支部）にご提出ください。

- 療養費支給申請書（立替払等）
▶ 記載例 P.13
- 市区町村等返納先が発行した領収書（原本）
- 市区町村等返納先から取り寄せた診療報酬明細書

療養費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、資格確認書等を利用できず、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作製し、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

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
- スポーツによる筋肉疲労など

1 療養費支給申請書(立替払等)
立替払等の場合

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2 ページ

医療機関窓口で医療費の全額を支払い、払い戻しを受ける場合等にご使用ください。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。

記号・番号 21700023 1 2 1 0 1 0 0 5 1 0

氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号 (ハイフンを除く) 1050000 電話番号 (左づつ) 090XXXXXX

住所 東京 港区 1-1 〇〇マンション101

金融機関名称 〇〇〇〇 (銀行) 支店名 〇〇〇〇 口座番号 1234567

預金種別 1 普通預金

ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

社会保険労務士の提出代行名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

66112101

全国健康保険協会 協会けんぽ

資格情報のお知らせに記載されている記号と番号をご記入ください。
※校番は記入不要です。
※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

記号 21700023 番号 1 校番 00

氏名 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇

生年月日 平成 25年 5月 18日

資格取得年月日 令和 5年 1月 1日

保険者番号 99999999

保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部

家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

金融機関名称 ゆうちょ (銀行) 支店名 二三八 口座番号 1234567

預金種別 1 普通預金

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

受診者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書を作成してください。

自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。

領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

他の手続きで領収書などが必要になる方は、申請書提出前にコピーの上、原本をご提出ください(申請書に添付いただいた書類はお返しできません)。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等)

1 2 ページ

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 受診者 2. 受診者(被扶養者)

①-2 受診者の氏名 (カタカナ) キョウカイ シ・ロウ

①-3 受診者の生年月日 2 18 年 10 月 26 日

② 傷病名 左足首ねん挫 ③ 発症年月日 2 1 年 06 月 02 日

④-1 傷病の原因 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事で発生した傷病 3. 通勤途中での傷病

④-2 労務災害、通勤災害の発生を受けているかどうか 1. はい 2. いいえ

④-3 労務災害、通勤災害の発生(交通事故や火災等)によるものかどうか 1. はい 2. いいえ

⑤-1 診療を受けた医療機関等の名称 〇〇総合病院

⑤-2 診療を受けた医療機関等の所在地 東京都〇〇区〇〇

⑤-3 診療した医師等の氏名 〇〇 〇〇

⑦ 診療を受けた期間 令和 06 年 04 月 02 日 から 令和 06 年 04 月 06 日

⑧ 療養に要した費用の額(円) 9600

⑨ 診療の内容 診察のうえ、湿布薬を処方された。

⑩ 療養費申請の理由 1. マスク等が不足し、医療費を全額自己負担したため 2. 他が療養費の資格で医療機関を受診し、医療費を超過したため 3. 入院や長期療養の療養費を申請するため 4. その他

661122101

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 療養費支給申請書(治療用装具) 治療用装具の場合

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 1 2 ページ

コルセットや弾性着衣、治療用眼鏡等を作成・購入し、費用の払い戻しを受け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。

記号・番号 21700023 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 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

氏名 (カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号 (ハイフン除く) 1050000 電話番号 (定づめハイフン除く) 090XXXXXX

住所 東京 港区〇〇1-1 △マンション101

金融機関名称 〇〇〇〇 (銀行) 支店名 〇〇〇〇 (支店) 口座番号 1234567

預金種別 1 普通預金

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の提出代行名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

申請内容

6 6 1 1 2 2 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。

※枝番は記入不要です。

※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

記号 21700023 番号 1 枝番 00

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 令和 3 年 1 月 1 日

保険者番号 99999999

保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部

家族(被扶養者)が治療用装具を製作・購入した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

金融機関名称 ゆうちょ (銀行) 支店名 二三八 (支店) 口座番号 1234567

預金種別 1 普通預金

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

装具製作対象者が複数いる場合は、受診者ごとに申請書を作成してください。

治療用装具等の装着について指示を受けた日をご記入ください。

- ・弾性着衣の場合：「弾性着衣等装着指示書」に記載されている装着指示があった日
- ・小児弱視等にかかる眼鏡等の場合：「眼鏡等作成指示書」に記載されている作成指示があった日

領収書(領収明細書)に記載されている日付と金額をご記入ください。

治療用装具を装着した日をご記入ください。

・「治療用装具製作指示装着証明書」に記載されている装具を装着した日

※「弾性着衣」「小児弱視用眼鏡等」の場合は記入不要です。

他の手続きで領収書などが必要になる方は、申請書提出前にコピーの上、原本をご提出ください(申請書に添付いただいた書類はお返しできません)。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(治療用装具) 1 2 ページ

被保険者氏名 協会 太郎

①-1 療養費支給対象者 1 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

①-2 療養費支給対象者の氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

①-3 生年月日 2 1 平成 01 年 05 月 10 日

② 傷病名 右膝関節靭帯損傷 ③ 発病または負傷年月日 2 1 平成 06 年 07 月 11 日

④-1 傷病の原因 1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事で発生した傷病 3. 通勤途中での傷病

④-2 傷病の状態 1. はい 2. いいえ

⑤ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やスポーツ等)によるものですか? 2 1. はい 2. いいえ

⑥-1 診療を受けた医療機関等の名称 〇〇総合病院

⑥-2 診療を受けた医療機関等の所在地 東京都〇〇区〇〇

⑥-3 診察した医師等の氏名 〇〇 〇〇

⑦ 装具等の装着指示日(医師による装着指示) 令和 06 年 07 月 12 日

⑧ 装具等購入日(領収書)および金額 令和 06 年 07 月 12 日 25000 円(右づ)

⑨ 装具等装着確認日(医師) 令和 06 年 07 月 12 日

⑩ 診療の内容 治療用装具の装着

⑪ 療養費申請の理由 5 治療用装具を製作したため

6 6 1 1 2 2 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

3 海外療養費支給申請書

海外療養費 支給申請書 (被保険者記入用)

記入方法および添付書類等については、「海外療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
届書(申請書)は、裏のボールペン等を使用し、欄書で特記に丁寧に記入してください。【記入用紙】01123456789アイウ

被保険者情報欄には、ご家族(被扶養者)の受診に関する申請であってもご本人(被保険者)の氏名等をご記入ください。

被保険者番号	999999999	保険者名称	全国健康保険協会	支部	〇〇支
記号・番号	21700023	1	〇	〇	〇
氏名	協会 太郎				
生年月日	〇	〇	〇	〇	〇
昭和	〇	〇	〇	〇	〇
平成	〇	〇	〇	〇	〇
令和	〇	〇	〇	〇	〇
住所	東京都港区〇〇1-1 △△マンション101				
TEL	090(××××) ××××				

金融機関情報欄

金融機関名称	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
預金種別	1. 普通	3. 別当	2. 当座	4. 通知
口座番号	1234567			
口座名義	キョウカイ タロウ			
口座名義の区分	1. 被保険者			

受取代理人の情報欄

被保険者	協会 太郎	住所	東京都港区〇〇1-1 △△マンション101
代理人(口座名義人)	協会 太郎	住所	東京都港区〇〇1-1 △△マンション101

【被保険者記入用】は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の提出代行名記載欄

661126 1 〇 〇 〇 〇

全国健康保険協会 協会けんぽ

1/2

資格情報のお知らせ等に記載されている保険者番号・保険者名称・記号・番号をご記入ください。

※校番は記入不要です。

※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

記号	21700023	番号	1	校番	00
氏名	協会 太郎				
生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日				
資格取得年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日				
保険者番号	999999999				
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部				

家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

金融機関名称	ゆうちょ	〇〇〇〇	〇〇〇〇	〇〇〇〇
預金種別	1. 普通	3. 別当	2. 当座	4. 通知
口座番号	1234567			
口座名義	キョウカイ タロウ			
口座名義の区分	1. 被保険者			

ご本人(被保険者)名義の口座以外へ振込希望の場合、受取代理人の欄へ記入(住所・氏名)が必要です。

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日をご記入ください。日数は診療を受けた日の数をご記入ください。

領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

業務上や通勤途中のケガの場合は、労働災害、通勤災害の可能性がありますので、労働基準監督署にご相談ください。

他の手続きで領収書などが必要になる方は、申請書提出前にコピーの上、原本をご提出ください(申請書に添付いただいた書類はお返しできません)。

海外療養費 支給申請書 (被保険者記入用)

被保険者氏名 協会 太郎

申請内容

① 受診者	2. 被保険者	1. 受診者	協会 花子	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日
② 療養名	左足首ねん挫	③ 発病または負傷年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	〇〇 年 〇 月 〇 日	〇〇 年 〇 月 〇 日
④ 発病の原因および経過(詳しく)	1. 病気 2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。				
⑤ 診療を受けた医療機関等の情報	医療機関名 〇〇MEDICAL CLINIC 所在地 2010 SOUTH ARLINGTON 国名 アメリカ				
⑥ 診療を受けた期間	1. 平成 〇 年 〇 月 〇 日から 〇 年 〇 月 〇 日まで 2. 令和 〇 年 〇 月 〇 日から 〇 年 〇 月 〇 日まで 日数 2 日				
⑦ 療養に要した費用の額	100 (アメリカドル) 通貨単位を記入してください。(※アメリカドル)				
⑧ 診療の内容	診療の上、湿布薬を処方された。				
⑨ 受診者の情報	(1) 受診者の海外滞留期間(〇 年 〇 月 〇 日から 〇 年 〇 月 〇 日まで) ※申請書に添付していただいた受診者の海外滞留期間が確認できる書類(パスポートのコピー、(3) 氏名、生年月日、有効期限が記載されたもの) (2) 診療を受けた期間における海外滞留(滞在)の理由について、該当箇所に記してください。 (3) 海外勤務(同行家族を含む) (4) 旅行 (5) 留学 (6) その他				

661225 全国健康保険協会 協会けんぽ 2/2

チェックリスト

● 申請時期

療養に要した費用を支払った日の翌日から2年以内

(以前に加入していた健康保険の資格で医療機関等を受診し、後日医療費の返還をしたケースの立替払いの場合は、療養を受けた日〔受診日〕の翌日から2年以内)

● 添付書類チェックリスト

☐ 立替払	自費で診療を受けたとき	☐ 領収書(領収明細書)の原本(診療に要した費用を証明した領収書の原本)
		☐ 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の原本
		☐ 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の原本	
	☐ 領収書の原本 (装具の名称、種類および内訳別の費用額・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)が記載されたもの)	
	☐ 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) ※傷病名・・・「小児の弱視、斜視および先天白内障術後の屈折矯正」	
	☐ 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)	
	☐ 領収書の原本(内訳の記載があるもの)	
	☐ 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の原本	
	☐ 領収書の原本(内訳の記載があるもの)	
	☐ 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の原本	
	☐ 海外の領収明細書の原本	
	☐ 領収書の原本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)	
	☐ 海外での診療等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で必要の際は、あらかじめコピーを保管してください。



高額療養費支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』50ページ参照

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、その超えた分が「高額療養費」として払い戻されます。

記載例

1 高額療養費支給申請書

被保険者
健康保険
被扶養者
世帯合算

高額療養費 支給申請書

1 2 ページ

高

医療機関に支払った1か月の自己負担額が高額になり、自己負担額を超えた額の払い戻し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。

記号・番号

217000231

2

01

05

10

氏名
(カタカナ)

キョウカイ タロウ

氏名

協会 太郎

郵便番号
(ハイフンを除く)

1050000

電話番号
(左のハイフンを除く)

03XXXXXX

住所

東京 港区〇〇1-1 △△マンション101

金融機関名称

〇〇〇〇 銀行 〇〇〇〇 支店

預金種別

1 普通預金

口座番号
(左のハイフンを除く)

1234567

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

MIN確認
(被保険者)

1. 記入有 (添付あり)
2. 記入有 (添付なし)
3. 記入無 (添付あり)

添付書類
所得証明 1. 添付 2. 不備

戸籍
(法定代理) 1. 添付 2. 不備

その他 1. その他 2. 不備

枚数

2

受付日付印

(2024.12)

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 2

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※校番は記入不要です。
※記号・番号が不明な場合は P.31 参照。

資格情報のお知らせ	
記号	21700023 家号 1 校番 00
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	令和 5年 1月 1日
保険者番号	99999999
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部

家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

金融機関名称	ゆうちょ	支店名	二三八
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左のハイフンを除く)	1234567

1つの医療機関等で高額な医療費がかかる場合

マイナ保険証等で受診し、オンライン資格確認により自己負担限度額までの支払いになっている方や、限度額適用認定証の利用により自己負担限度額までの支払いとなっている方は、高額療養費の申請が不要となります。

複数の医療機関等で高額な医療費がかかる場合

複数の医療機関等を受診し、それぞれの自己負担額を合算することで自己負担限度額を超える場合は、高額療養費を申請することで、自己負担限度額を超えた金額が払い戻されます。

健康保険 被保険者 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 協会 太郎

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、本年請求の支給(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 07 年 01 月

② 受診者氏名 協会 太郎 協会 太郎 協会 花子

③ 受診者生年月日 2 01 年 05 月 10 日 2 01 年 05 月 10 日 1 62 年 02 月 20 日

④ 医療機関(薬局)の名称 ○○病院 △△薬局 □□病院

⑤ 医療機関(薬局)の所在地 東京都新宿区四ツ谷 ○○ 東京都新宿区四ツ谷 △△ 東京都新宿区 □□

⑥ 病状・ケガの別 1 1 1

⑦ 療養を受けた期間 01 月 から 01 日 01 月 から 01 日 21 月 から 21 日

⑧ 支払額(右づめ) 1 0 0 0 0 0 円 5 0 0 0 円 5 0 0 0 円

⑨ 診療年月(1)以前(前年度)に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、⑩診療年月(1)以外の直近3か月分の診療年月をご記入ください。

⑩ 診療年月 1 06 年 05 月 2 06 年 08 月 3 06 年 11 月

⑪ 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定区分が「低所得者」となる場合(記入の手引きを参照)には、左記に「*」を入れてください。ただし、非課税であっても、(低所得者)にならない場合(記入の手引きを参照)は、「*」は不要です。

⑫ マイナンバー ☒ 非課税等(1)に「*」を入れた場合は、高額療養費算出のため、マイナンバーを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～11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)」をご覧ください。

⑬ 被保険者(マイナンバー) 1 0 5 0 0 0 0

⑭ 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。

6 4 1 2 2 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

(2 / 2)

高額療養費の申請について、月(1日から末日)を単位にご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。申請書は月ごとに一部ずつ作成してください。

受診者ごとに、医療機関・薬局に分けてご記入ください。
なお、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。(支給決定後に合算対象となる診療報酬明細書(レセプト)が確認できた場合は、追加で支給いたします)

「非課税等」に☒した場合、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、郵便番号をご記入ください。診療年月によって、ご記入いただく郵便番号が異なる場合があります。(マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合、記入は不要です)

(例)
・令和6年8月～令和7年7月診療分：
令和6年1月1日時点の住民票住所の郵便番号
・令和7年8月～令和8年7月診療分：
令和7年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

医療機関等で支払った額のうち、保険診療分の金額(差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などを除いた額)をご記入ください。

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、非課税証明書類を添付してください。診療年月によって、添付していただく非課税証明書の年度が異なります。

チェックリスト

- 申請時期 診療月の翌月1日から2年以内
- 添付書類チェックリスト

- ☐ 低所得者
- 〈マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合〉
☐ 不要 (※)照会の結果、情報を取得できない場合は、非課税証明書の提出が必要となる場合があります。
- 〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉
☐ 被保険者の非課税証明書(下記の例)の原本
- 審査に必要な非課税証明書の対象年度は、毎年8月に切り替わります。
例1. 診療月が令和6年8月～令和7年7月は、令和6年度の非課税証明書
例2. 診療月が令和7年8月～令和8年7月は、令和7年度の非課税証明書

- ☐ 他の公的制度から医療費の助成を受けている場合
☐ 領収書のコピー

記載例

2 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

支給申請の手順

介護保険者(市区町村)に介護保険自己負担額証明書の交付を申請し、交付された自己負担額証明書を添付の上、申請者(被保険者)が7月31日(基準日)時点で加入されている医療保険者に申請します。

高額介護合算療養費の支給申請を行う場合(計算期間の末日に協会けんぽに加入しており支給申請する場合)は①にチェック☑してください。自己負担額証明書の交付申請を行う場合は②にチェック☑してください。

「対象となる計算期間」の欄の開始年月日が属する年度を書いてください。

計算期間→令和●●年8月1日～翌年7月31日まで。

関係保険者に提出する場合、「計算期間の末日において加入する医療保険者の名称」の記載が必要です。

「対象となる計算期間」内の医療保険、介護保険の加入履歴をご記入ください。

申請者およびその被扶養者の協会けんぽ加入期間における受診歴(受診した年月)をご記入ください。

マイナンバーによる情報連携により、自己負担額証明書および(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください(記入した場合は添付書類が必要です)。

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

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面に詳しく記載されています。

(保険者記入用)

申請区分 ☒ ①高額介護合算療養費の支給を申請します。 ☐ ②自己負担額証明書の交付を申請します。

申請年度 令和 6 年度 対象となる計算期間 6 年 8 月 1 日から 7 年 7 月 31 日まで

申請者氏名 協会 太郎 申請者住所 〇〇市〇〇区〇〇町1-1-1 〇〇マンション101 電話番号 090-1234-5678

生年月日 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日生 性別 〇 男 〇 女 加入期間 5 年 2 月 1 日から 7 年 7 月 31 日まで

被扶養者氏名 協会 花子 生年月日 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日生 性別 〇 男 〇 女 加入期間 7 年 2 月 1 日から 7 年 7 月 31 日まで

被扶養者氏名 協会 次郎 生年月日 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日生 性別 〇 男 〇 女 加入期間 7 年 1 月 1 日から 7 年 7 月 31 日まで

本人確認書類貼付台紙(本人確認書類)

申請年月日 令和 6 年 8 月 1 日 受付年月日 令和 6 年 8 月 1 日

口座情報は申請区分にかかわらず必ずご記入ください。

チェックリスト

●申請時期

基準日の翌日(通常は8月1日)から2年以内に申請(ただし、該当する方が亡くなった場合は、死亡日の翌日から2年以内となります)

●添付書類チェックリスト

＜マイナンバーによる情報連携を希望しない場合＞

☐ 自己負担額証明書

介護保険者(市区町村)および協会けんぽ以外の保険者(該当する場合)から交付された自己負担額証明書

＜マイナンバーによる情報連携を希望しない場合＞

☐ 非課税証明書等(該当する場合)

申請者(被保険者)が申請対象年度の市区町村民税が非課税の場合に該当

例えば、令和6年8月～令和7年7月の申請は、令和6年度非課税証明書の添付が必要

＜マイナンバーを記入された場合＞

☐ 本人確認書類貼付台紙(本人確認書類)

3 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

支給申請の手順

申請者(被保険者)が7月31日(基準日)時点で加入されている医療保険者に申請します。

年間の高額療養費の支給申請のみを行う場合は①にチェック☑してください。
自己負担額証明書の交付申請を行う場合、②の□にチェック☑してください。

「対象となる計算期間」の欄の開始年月日が属する年度を書いてください。

計算期間→令和●●年8月1日～翌年7月31日まで。

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

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

申請区分 ①年間の高額療養費の支給 ②自己負担額証明書の交付	申請対象年度 令和6年度 対象となる計算期間 6年8月1日～7年7月31日	1/1枚目
フリガナ 協会 太郎	保険者名 〇〇健康保険組合	加入期間 6年8月1日から7年7月31日まで
申請者住所 〇〇市〇〇町〇〇-1-1 △△マンション101	保険者加入 〇〇健康保険組合	加入期間 7年2月1日から7年7月31日まで
生年月日 昭和61年10月22日	加入 〇〇支部	加入期間 7年7月31日まで
記号・番号 21700023-1	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2	
フリガナ 協会 三郎	保険者名 〇〇健康保険組合	加入期間 6年8月1日から7年7月31日まで
被扶養者氏名 協会 三郎	保険者加入 〇〇健康保険組合	加入期間 7年2月1日から7年7月31日まで
生年月日 昭和〇〇年〇月〇日	加入 〇〇支部	加入期間 7年7月31日まで
フリガナ 協会 三郎	保険者名 〇〇健康保険組合	加入期間 6年8月1日から7年7月31日まで
被扶養者氏名 協会 三郎	保険者加入 〇〇健康保険組合	加入期間 7年2月1日から7年7月31日まで
生年月日 昭和〇〇年〇月〇日	加入 〇〇支部	加入期間 7年7月31日まで
マイナンバー 12345678901234567890	受取代理人の氏名 協会 太郎	受取代理人の住所 〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇
社会保険労務士の提出代行者名記載欄 (05.01)	口座番号 12345678901234567890	口座名義人 協会 太郎

「対象となる計算期間」内の医療保険の加入履歴をご記入ください。

口座情報は申請区分にかかわらず必ずご記入ください。

マイナンバーによる情報連携により、自己負担額証明書および(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。(記入した場合は添付書類が必要です)

関係保険者に提出する場合、「計算期間の末日において加入する医療保険者の名称」の記載が必要です。

チェックリスト

●申請時期

基準日の翌日(通常は8月1日)から2年以内に申請(ただし、該当される方が亡くなられた場合は、死亡日の翌日から2年以内となります)

●添付書類チェックリスト

＜マイナンバーによる情報連携を希望しない場合＞

☐ 自己負担額証明書(該当する場合)

計算対象期間(前年8月～7月)の間で、加入している医療保険に変更があった場合に該当申請書を提出する協会けんぽ都道府県支部以外の保険者(国保、組合)から交付された自己負担額証明書

＜マイナンバーによる情報連携を希望しない場合＞

☐ 非課税証明書(該当する場合)

申請者(被保険者)が申請対象年度の市区町村民税が非課税の場合に該当例えば、令和6年8月～令和7年7月の申請は、令和6年度非課税証明書の添付が必要

＜マイナンバーを記入された場合＞

☐ 本人確認書類貼付台紙(本人確認書類)

被保険者が病気やケガで4日以上仕事に就けず(連続する3日の休業を含む)、その間の給与を受けられないときに支給されます。

傷病手当金支給申請書

健康保険 傷病手当金 支給申請書		1 2 3 4 ページ	(傷) 被保険者記入用
被保険者が傷病やケガのため仕事に就くことができず、給与を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することができます。なお、記入方法や交付時期等については「記入の手引き」を必ずご確認ください。			
印字欄 (記入不要)	記号・番号 2 1 7 0 0 0 2 3 1 2 0 1 + 0 5 + 1 0	生年月日 年 月 日 2 0 1 . 0 5 . 1 0	
氏名 (カタカナ)	ケウカイ タロウ		
姓との関係がない文字が入って記入した場合は、半角英数字は1桁以上で記入してください。			
氏名	協会 太郎		
※希望者は添付されている「した」被保険者です。 被保険者がなくなっている場合は、お断りください。			
郵便番号 (ハイフン除く)	1 0 5 0 0 0 0	電話番号 (区別番号1桁含む)	0 9 0 × × × × × × × × × ×
住所	東京 ◎ 港区 ○ ○ 1-1 △ マンション 101		
郵便局指定窓口は、上記申請書類と異なる記載内容の場合にご確認ください。			
金融機関名称	○ ○ ○	支店名	○ ○ ○
○は1桁の数字のみ記入します。支店名が不明の場合は、支店番号(支店コード)を記入してください。 ○はうち1桁の数字(支店番号)のみ記入してください。		◎は「生活」 代官庁、国庫、自治体、社会福祉 事務所、本部、支所	
預金種別	1	口座番号 (支店別)	1 2 3 4 5 6 7
○は1桁の数字のみ記入します。支店番号が不明の場合は、支店番号(支店コード)を記入してください。 ○はうち1桁の数字(支店番号)のみ記入してください。			
※申請書類とは異なる内容が印刷された場合は、申請書類をダウンロードして記入してください。 (記入しなかった場合は、本人確認書類の提示が必要となります。)			
2ページ目に続きます。▶▶▶			
社会保険労務士の提出代行番号記入欄			
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。			
MNコード (被保険者)	性別	年金	男次
☐ 1. 男性 (2桁以内) ☐ 2. 女性 (2桁以内)	☐ 1. 男性 ☐ 2. 女性	☐ 1. 年金 ☐ 2. 無年金	☐ 1. 男次 ☐ 2. 女次
決付意味 (決定済)	口振状況	その他	
☐ 1. 決定済 ☐ 2. 未決定	☐ 1. 口振済 ☐ 2. 口振未済	☐ 1. 年金 ☐ 2. 無年金	
6 0 1 1 4 1 0 1			
全国健康保険協会 協会けんぽ			
(2024.1.2)			

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

[illegible]

申請の傷病名が療養担当者記入欄(4頁目)に記入されている傷病名と同じ場合には、☒してください。相違する場合には、その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。

3 頁目：事業主記入用

1 2 3 4 ページ

健康保険 傷病手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服することができなかった期間（申請期間）の勤務状況および賃金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ)		キョウカイ タロウ																																	
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字・平仮名・カタカナは1字としてご記入ください。																																			
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	06	年	10	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	06	年	11	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	06	年	12	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
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。 ※有給休暇の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(通勤手当・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	05	年	02	月	01	日	から	05	年	02	月	28	日	300000 円																					
①	06	年	10	月	01	日	から	07	年	03	月	31	日	90000 円																					
②	06	年	11	月	01	日	から	06	年	11	月	30	日	10000 円																					
③	06	年	11	月	12	日	から	06	年	11	月	12	日	4000 円																					
④	06	年	12	月	29	日	から	06	年	12	月	30	日	16000 円																					
⑤																																			
⑥																																			
⑦																																			
⑧																																			
⑨																																			
⑩																																			

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 東京都千代田区△△1-1

事業所名称 ○○

事業主氏名 健保

電話番号 03

601241

被保険者氏名(カタカナ)をご記入ください。

勤務状況について、出勤した日付を「○」で表示してください。
なお、出勤した日付は、所定労働時間の一部労務に服した日も含まれます。
※有給休暇や公休日の記入は不要です。有給休暇は下段の①～⑩に支給した日と金額をご記入ください。

証明は、申請期間経過後の日付をご記入ください。

- ・出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合には、支給した日と金額をご記入ください。
 - ・出勤していない日に対して支給した報酬等は、有給休暇の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(通勤手当・扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等の現物支給しているものが該当します。
 - ・支給していない報酬については、支給期間や金額(0円)の記入は不要です。
 - ・残業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の記入は不要です。
 - ・令和5年10月より年収の壁に対する当面の対応として導入された社会保険適用促進手当等、傷病手当金の支給額算出の基礎となる標準報酬月額等の算定に考慮されない報酬については、傷病手当金等の調整対象となる報酬には含まれません。
- ※通勤手当等の報酬で、一定期間分を一括して支給する場合には、対象期間と金額をご記入ください。
- 例：10月1日～3月31日の6か月分通勤手当(90,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合⇒10月1日～3月31日 90,000円
- 例：11月1日～11月30日の扶養手当(10,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合⇒11月1日～11月30日 10,000円
- ※有給手当は、支給している額が同じで期間が継続している場合は、まとめてご記入ください。半日有給の場合は、対象期間と金額をご記入ください。
- 例：12月29日、30日に有給8,000円ずつ支給した場合
⇒12月29日～12月30日 16,000円
- 例：11月12日に半日有給を支給した場合⇒11月12日～11月12日 4,000円

4 頁目：療養担当者(医師等)記入用

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)

キョウカイ タロウ

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字(ワ)・半濁点(ン)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
(勤務先で労務不能の期間と異なることがない期間をいいます。)

初日 06 月 10 日 22 日 から 06 月 12 日 31 日 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)

鎖骨骨折

初診日
(療養の給付の開始年月日)

2 平成 06 年 10 月 21 日

発病または負傷の原因

自宅の庭で梯子から落下して受傷

発病または負傷の日

2 平成 06 年 10 月 21 日

労務不能と認められた期間
(労務不能と認められた期間をいいます。)

1 1. はい 2. いいえ

上記期間中における
主たる症状及び検査結果、療養指導等

鎖骨バンドで鎖骨を固定した。
骨折した部位が固定するまで安静が必要で、固定後もリハビリが必要のため、労務不能と判断した。

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 東京都品川区△△1-1

医療機関の名称 ○○総合病院

医師の氏名 保険 五郎

電話番号 03-××××-××××

6 0 1 2 4 1 0 1

全国健康保険協会
協会けんぽ

4 / 4

患者氏名(カタカナ)をご記入ください。

治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間(証明日以前の期間)をご記入ください。ただし、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ご記入ください。

左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

チェックリスト

●申請時期 就労不能であった日ごとにその翌日から2年以内

●添付書類チェックリスト	必要な書類	備考
☐ 支給開始日以前の12ヵ月以内で事業所に変更があった場合	以前の各事業所の名称、所在地および各事業所に使用されていた期間がわかる書類	協会けんぽのホームページから入手可能
☐ 障害厚生年金を受けている方	〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉 障害厚生年金給付の年金証書および年金額改定通知書(いずれもコピー可)	
☐ 障害手当金の給付を受けている方	〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉 障害手当金の支給を証明する書類のコピー	年金額が変更になったら、その都度年金額改定通知書が必要
☐ 資格喪失後に老齢退職年金の給付を受けている場合	〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉 老齢退職年金給付の年金証書および年金額改定通知書(いずれもコピー可)	
☐ 労災保険から休業補償給付を受けている方	休業補償給付支給決定通知書のコピー	
☐ 第三者による傷病の場合	第三者行為による傷病届(P.7参照)	協会けんぽのホームページから入手可能
☐ 証明書等が外国語で記載されている場合	翻訳文(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)	



出産手当金支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』57ページ参照

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ます。

記載例

申請書は1～3頁目をすべてそろえて提出をお願いします。

健康保険 出産手当金 支給申請書 1 2 3 ページ 被保険者記入用

被保険者本人が出産のため会社を休み、その間の給与の支払いを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ございます。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。

記号・番号	21700023 1	1	61	01	22
氏名 (カタカナ)	キョウカイ ハナコ				
氏名	協会 花子				
郵便番号	1050000	電話番号	090XXXXXX		
住所	東京 港区〇〇1-1 △△マンション101				

金融機関名称: 〇〇〇〇 (銀行) 支店名: 〇〇〇〇 代理店: 〇〇〇〇 (支店)

預金種別: 1 口座番号 (記号): 1234567

ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

金融機関名称: ゆうちょ (銀行) 支店名: 二三八 代理店: 〇〇〇〇 (支店)

預金種別: 1 口座番号 (記号): 1234567

社会保険労務士の提出代行名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

申請期間 (出産のために休んだ期間) 令和 06 年 03 月 11 日 から 令和 06 年 06 月 17 日

1. 出産前
2. 出産後

①-1 出産予定日 令和 06 年 04 月 21 日

①-2 出産年月日 令和 06 年 04 月 22 日

②-1 出生児数 1 人

②-2 死産児数 〇 人

③-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に医師または助産師の署名を記入してください。

③-2 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。

1. はい 2. いいえ

出生児の氏名 (カタカナ) キョウカイ ハナコ

出生予定日 令和 06 年 04 月 21 日

出生年月日 令和 06 年 04 月 22 日

出生児数 1 人

死産児数 〇 人

死産の場合の死産日 〇 月 〇 日

上記のとおり署名してください。

医療機関の所在地 東京都港区〇〇2-3-4

医療機関の名称 〇〇総合病院

医師・助産師の氏名 保険 太郎

電話番号 03-XXXX-XXXX

61114101

全国健康保険協会 協会けんぽ

資格情報のお知らせ等に
記載されている記号と番
号をご記入ください。

※校番は記入不要です。

退職等で資格喪失されて

いる方につきましては、在職時の記号・番号を
ご記入ください。

※記号・番号が不明な場合は P.31 参照。

資格情報のお知らせ

記号 21700023 番号 1 校番 00

氏名 協会 花子

生年月日 昭和 61 年 1 月 22 日

資格取得年月日 令和 5 年 1 月 1 日

資格番号 99999999

保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳
見開き部分に記載されている振込用の口座番号
等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご
記入ください。

金融機関名称: ゆうちょ (銀行) 支店名: 二三八 代理店: 〇〇〇〇 (支店)

預金種別: 1 口座番号 (記号): 1234567

記号・番号を記入した場合は
記入不要です。

申請期間は必ず漏れなくご記入ください。
未来日の申請をすることはできません。

出産前の申請が出産後の申請か
ご記入ください。

出産後の証明の場合は、すべての欄をもれなく
医師または助産師に記入してもらってください。

健康保険 出産手当金 支給申請書 1 2 3 ページ 被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名 協会 花子

① 申請期間 (出産のために休んだ期間) 令和 06 年 03 月 11 日 から 令和 06 年 06 月 17 日

② 今月の出産手当金の申請は、出産前
の申請ですか、出産後の申請ですか。 2. 出産後

③-1 出産予定日 令和 06 年 04 月 21 日

③-2 出産年月日 令和 06 年 04 月 22 日

④-1 出生児数 1 人

④-2 死産児数 〇 人

⑤-1 申請期間(出産のために休んだ期間)に医師または助産師の署名を記入してください。

⑤-2 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。

1. はい 2. いいえ

出生児の氏名 (カタカナ) キョウカイ ハナコ

出生予定日 令和 06 年 04 月 21 日

出生年月日 令和 06 年 04 月 22 日

出生児数 1 人

死産児数 〇 人

死産の場合の死産日 〇 月 〇 日

上記のとおり署名してください。

医療機関の所在地 東京都港区〇〇2-3-4

医療機関の名称 〇〇総合病院

医師・助産師の氏名 保険 太郎

電話番号 03-XXXX-XXXX

61114101

全国健康保険協会 協会けんぽ

記載例

出産手当金支給申請書

123ページ

健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主記入用

労務に服さなかった期間（申請期間）の勤務状況および資金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ)	キョウカイ ハナコ																																		
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字1、半漢字1は1字としてご記入ください。																																			
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	06	年	03	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	06	年	04	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	06	年	05	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	06	年	06	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
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。 ※有給休暇の給付、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・住居等の現物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	300000				円																
①	令和	05	年	10	月	01	日	から	令和	06	年	03	月	31	日	500000				円															
②	令和	06	年	03	月	01	日	から	令和	06	年	03	月	31	日	100000				円															
③	令和	06	年	03	月	14	日	から	令和	06	年	03	月	15	日	160000				円															
④	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日					円															
⑤	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日					円															
⑥	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日					円															
⑦	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日					円															
⑧	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日					円															
⑨	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日					円															
⑩	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日					円															
上記のとおり相違ないことを証明します。																																			
事業所所在地 東京都千代田区△△1-1													令和	06	年	07	月	10	日																
事業主氏名 〇〇株式会社																																			
電話番号 03-1234-5678																																			

被保険者氏名(カタカナ)をご記入ください。

勤務状況について、出勤した日付を「○」で表示してください。
なお、出勤した日付は、所定労働時間の一部労務に服した日も含みます。
※有給休暇や公休日の記入は不要です。有給休暇は下段の①～⑩に支給した日と金額をご記入ください。

証明は、申請期間経過後の日付をご記入ください。

- ・出勤していない日に対して、報酬等を支給した日がある場合には、支給した日と金額をご記入ください。
 - ・出勤していない日に対して支給した報酬等は、有給休暇の賃金、出勤等の有無に関わらず支給している手当(通勤手当・扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等の現物支給しているものが該当します。
 - ・支給していない報酬については、支給期間や金額(0円)の記入は不要です。
 - ・残業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の記入は不要です。
 - ・令和5年10月より年収の壁に対する当面の対応として導入された社会保険適用促進手当等、出産手当金の支給額算出の基礎となる標準報酬月額に算定に考慮されない報酬については、出産手当金等の調整対象となる報酬には含まれません。
- ※通勤手当等の報酬で、一定期間を一括して支給する場合には、対象期間と金額をご記入ください。
例：10月1日～3月31日の6か月分通勤手当(50,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合
⇒10月1日～3月31日 50,000円
例：3月1日～3月31日の扶養手当(10,000円)を出勤等の有無に関わらず支給している場合
⇒3月1日～3月31日 10,000円
※有給手当は、支給している額が同じで期間が継続している場合は、まとめてご記入ください。
例：3月14日、15日に有給8,000円ずつ支給した場合
⇒3月14日～3月15日 16,000円

チェックリスト

●申請時期

出産のため労務に服さなかった日ごとにその翌日から2年以内

●添付書類チェックリスト

- ☐ 支給開始日以前の12ヵ月以内で事業所に変更があった場合
→ 以前の各事業所の名称、所在地および各事業所に使用されていた期間がわかる書類
※協会けんぽホームページから入手可能
- ☐ 証明書等が外国語で記載されている場合
→ 翻訳文(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)

産前産後期間一覧表

※例 1月1日出産の場合、産前開始日11/21 産後終了日2/26

産前42日(多胎の場合は98日)産後56日・()はうるう年

出 産 日	1月出産		2月出産		3月出産		4月出産		5月出産		6月出産	
	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日
1	11/21	2/26	12/22	3/29 (3/28)	1/19 (1/20)	4/26	2/19 (2/20)	5/27	3/21	6/26	4/21	7/27
2	11/22	2/27	12/23	3/30 (3/29)	1/20 (1/21)	4/27	2/20 (2/21)	5/28	3/22	6/27	4/22	7/28
3	11/23	2/28	12/24	3/31 (3/30)	1/21 (1/22)	4/28	2/21 (2/22)	5/29	3/23	6/28	4/23	7/29
4	11/24	3/1 (2/29)	12/25	4/1 (3/31)	1/22 (1/23)	4/29	2/22 (2/23)	5/30	3/24	6/29	4/24	7/30
5	11/25	3/2 (3/1)	12/26	4/2 (4/1)	1/23 (1/24)	4/30	2/23 (2/24)	5/31	3/25	6/30	4/25	7/31
6	11/26	3/3 (3/2)	12/27	4/3 (4/2)	1/24 (1/25)	5/1	2/24 (2/25)	6/1	3/26	7/1	4/26	8/1
7	11/27	3/4 (3/3)	12/28	4/4 (4/3)	1/25 (1/26)	5/2	2/25 (2/26)	6/2	3/27	7/2	4/27	8/2
8	11/28	3/5 (3/4)	12/29	4/5 (4/4)	1/26 (1/27)	5/3	2/26 (2/27)	6/3	3/28	7/3	4/28	8/3
9	11/29	3/6 (3/5)	12/30	4/6 (4/5)	1/27 (1/28)	5/4	2/27 (2/28)	6/4	3/29	7/4	4/29	8/4
10	11/30	3/7 (3/6)	12/31	4/7 (4/6)	1/28 (1/29)	5/5	2/28 (2/29)	6/5	3/30	7/5	4/30	8/5
11	12/1	3/8 (3/7)	1/1	4/8 (4/7)	1/29 (1/30)	5/6	3/1	6/6	3/31	7/6	5/1	8/6
12	12/2	3/9 (3/8)	1/2	4/9 (4/8)	1/30 (1/31)	5/7	3/2	6/7	4/1	7/7	5/2	8/7
13	12/3	3/10 (3/9)	1/3	4/10 (4/9)	1/31 (2/1)	5/8	3/3	6/8	4/2	7/8	5/3	8/8
14	12/4	3/11 (3/10)	1/4	4/11 (4/10)	2/1 (2/2)	5/9	3/4	6/9	4/3	7/9	5/4	8/9
15	12/5	3/12 (3/11)	1/5	4/12 (4/11)	2/2 (2/3)	5/10	3/5	6/10	4/4	7/10	5/5	8/10
16	12/6	3/13 (3/12)	1/6	4/13 (4/12)	2/3 (2/4)	5/11	3/6	6/11	4/5	7/11	5/6	8/11
17	12/7	3/14 (3/13)	1/7	4/14 (4/13)	2/4 (2/5)	5/12	3/7	6/12	4/6	7/12	5/7	8/12
18	12/8	3/15 (3/14)	1/8	4/15 (4/14)	2/5 (2/6)	5/13	3/8	6/13	4/7	7/13	5/8	8/13
19	12/9	3/16 (3/15)	1/9	4/16 (4/15)	2/6 (2/7)	5/14	3/9	6/14	4/8	7/14	5/9	8/14
20	12/10	3/17 (3/16)	1/10	4/17 (4/16)	2/7 (2/8)	5/15	3/10	6/15	4/9	7/15	5/10	8/15
21	12/11	3/18 (3/17)	1/11	4/18 (4/17)	2/8 (2/9)	5/16	3/11	6/16	4/10	7/16	5/11	8/16
22	12/12	3/19 (3/18)	1/12	4/19 (4/18)	2/9 (2/10)	5/17	3/12	6/17	4/11	7/17	5/12	8/17
23	12/13	3/20 (3/19)	1/13	4/20 (4/19)	2/10 (2/11)	5/18	3/13	6/18	4/12	7/18	5/13	8/18
24	12/14	3/21 (3/20)	1/14	4/21 (4/20)	2/11 (2/12)	5/19	3/14	6/19	4/13	7/19	5/14	8/19
25	12/15	3/22 (3/21)	1/15	4/22 (4/21)	2/12 (2/13)	5/20	3/15	6/20	4/14	7/20	5/15	8/20
26	12/16	3/23 (3/22)	1/16	4/23 (4/22)	2/13 (2/14)	5/21	3/16	6/21	4/15	7/21	5/16	8/21
27	12/17	3/24 (3/23)	1/17	4/24 (4/23)	2/14 (2/15)	5/22	3/17	6/22	4/16	7/22	5/17	8/22
28	12/18	3/25 (3/24)	1/18	4/25 (4/24)	2/15 (2/16)	5/23	3/18	6/23	4/17	7/23	5/18	8/23
29	12/19	3/26 (3/25)	1/19	4/25	2/16 (2/17)	5/24	3/19	6/24	4/18	7/24	5/19	8/24
30	12/20	3/27 (3/26)	—	—	2/17 (2/18)	5/25	3/20	6/25	4/19	7/25	5/20	8/25
31	12/21	3/28 (3/27)	—	—	2/18 (2/19)	5/26	—	—	4/20	7/26	—	—

出 産 日	7月出産		8月出産		9月出産		10月出産		11月出産		12月出産	
	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日
1	5/21	8/26	6/21	9/26	7/22	10/27	8/21	11/26	9/21	12/27	10/21	1/26
2	5/22	8/27	6/22	9/27	7/23	10/28	8/22	11/27	9/22	12/28	10/22	1/27
3	5/23	8/28	6/23	9/28	7/24	10/29	8/23	11/28	9/23	12/29	10/23	1/28
4	5/24	8/29	6/24	9/29	7/25	10/30	8/24	11/29	9/24	12/30	10/24	1/29
5	5/25	8/30	6/25	9/30	7/26	10/31	8/25	11/30	9/25	12/31	10/25	1/30
6	5/26	8/31	6/26	10/1	7/27	11/1	8/26	12/1	9/26	1/1	10/26	1/31
7	5/27	9/1	6/27	10/2	7/28	11/2	8/27	12/2	9/27	1/2	10/27	2/1
8	5/28	9/2	6/28	10/3	7/29	11/3	8/28	12/3	9/28	1/3	10/28	2/2
9	5/29	9/3	6/29	10/4	7/30	11/4	8/29	12/4	9/29	1/4	10/29	2/3
10	5/30	9/4	6/30	10/5	7/31	11/5	8/30	12/5	9/30	1/5	10/30	2/4
11	5/31	9/5	7/1	10/6	8/1	11/6	8/31	12/6	10/1	1/6	10/31	2/5
12	6/1	9/6	7/2	10/7	8/2	11/7	9/1	12/7	10/2	1/7	11/1	2/6
13	6/2	9/7	7/3	10/8	8/3	11/8	9/2	12/8	10/3	1/8	11/2	2/7
14	6/3	9/8	7/4	10/9	8/4	11/9	9/3	12/9	10/4	1/9	11/3	2/8
15	6/4	9/9	7/5	10/10	8/5	11/10	9/4	12/10	10/5	1/10	11/4	2/9
16	6/5	9/10	7/6	10/11	8/6	11/11	9/5	12/11	10/6	1/11	11/5	2/10
17	6/6	9/11	7/7	10/12	8/7	11/12	9/6	12/12	10/7	1/12	11/6	2/11
18	6/7	9/12	7/8	10/13	8/8	11/13	9/7	12/13	10/8	1/13	11/7	2/12
19	6/8	9/13	7/9	10/14	8/9	11/14	9/8	12/14	10/9	1/14	11/8	2/13
20	6/9	9/14	7/10	10/15	8/10	11/15	9/9	12/15	10/10	1/15	11/9	2/14
21	6/10	9/15	7/11	10/16	8/11	11/16	9/10	12/16	10/11	1/16	11/10	2/15
22	6/11	9/16	7/12	10/17	8/12	11/17	9/11	12/17	10/12	1/17	11/11	2/16
23	6/12	9/17	7/13	10/18	8/13	11/18	9/12	12/18	10/13	1/18	11/12	2/17
24	6/13	9/18	7/14	10/19	8/14	11/19	9/13	12/19	10/14	1/19	11/13	2/18
25	6/14	9/19	7/15	10/20	8/15	11/20	9/14	12/20	10/15	1/20	11/14	2/19
26	6/15	9/20	7/16	10/21	8/16	11/21	9/15	12/21	10/16	1/21	11/15	2/20
27	6/16	9/21	7/17	10/22	8/17	11/22	9/16	12/22	10/17	1/22	11/16	2/21
28	6/17	9/22	7/18	10/23	8/18	11/23	9/17	12/23	10/18	1/23	11/17	2/22
29	6/18	9/23	7/19	10/24	8/19	11/24	9/18	12/24	10/19	1/24	11/18	2/23
30	6/19	9/24	7/20	10/25	8/20	11/25	9/19	12/25	10/20	1/25	11/19	2/24
31	6/20	9/25	7/21	10/26	—	—	9/20	12/26	—	—	11/20	2/25



出産育児一時金支給申請書等

『協会けんぽGUIDE BOOK』58ページ参照

被保険者が出産したときは「出産育児一時金」が、被扶養者が出産したときは「家族出産育児一時金」が支給されます。

記載例

1 医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用し、差額の支給が生じる場合 出産育児一時金 内払金支払依頼書

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金 支払依頼書 (被扶養者記入用)

加入者が出生し、医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用し、出生した費用の差額を受け取る場合に使用してください。なお、記入の注意および添付書類等については記入の注意書きを参照ください。

記号・番号 21700023 1 2 01.05.10

氏名 (姓) キウカイ ハナコ

氏名 協会 太郎

生年月日 1990.05.10

電話番号 (内線) 090-XXXX-XXXX

住所 東京 港区 〇〇1-1 △△マンション101

金融機関名 〇〇〇〇 支店名 〇〇〇〇

預金種別 1 口座番号 1234567

以下は、協会使用のため、記入しないでください。

社会保険手続士の記入用

62112201 全国健康保険協会 協会けんぽ

家族(被扶養者)が出産した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※校番は記入不要です。
※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ
記号 21700023 学年 1 校番 00
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 令和 2年 1月 1日
保険者番号 99999999
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

「医師・助産師による出産証明」、または「市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明」を受けてください。死産の場合は、医師・助産師に限り証明を受けてください。
ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に出生の場合は「生年月日」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは死産の場合は「死産年月日」および「妊娠日数(週数)」が記載されている場合は必要ありません。

健康保険 被保険者 家族 出産育児一時金 内払金 支払依頼書 (被扶養者・被保険者・市区町村長記入用)

被扶養者氏名 協会 太郎

①-1 出産者 2 出産者(被扶養者)
①-2 出産者(被扶養者)の氏名 キウカイ ハナコ
①-3 出産者の生年月日 1 56 03 09
②-1 出産者 1 ②-2 出産者 1
③ 出産者(被扶養者)の氏名 385000
④ 出産者(被扶養者)の生年月日 1 56 04 15
⑤ 出産者(被扶養者)の住所 東京都品川区△△1-1 〇〇〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
⑥ 出産者(被扶養者)の電話番号 03-XXXX-XXXX

⑦ 出産者(被扶養者)の氏名 〇〇〇〇
⑧ 出産者(被扶養者)の生年月日 〇〇 〇〇 〇〇
⑨ 出産者(被扶養者)の住所 〇〇 〇〇 〇〇
⑩ 出産者(被扶養者)の電話番号 〇〇-XXXX-XXXX

62112201 全国健康保険協会 協会けんぽ

チェックリスト

●申請時期

医療機関等への直接支払制度を利用する場合に、出産育児一時金と医療機関等に振り込まれる代理受領額との差額について支払いを希望するとき(出産日の翌日から2年以内)

●添付書類チェックリスト

☐ 直接支払制度あり

☐ 内払金支払依頼書

☐ 差額申請

☐ 出産育児一時金内払金支払依頼書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明
※領収・明細書に、出生の場合は「出生年月日」および「出生児数」が、死産の場合は「死産年月日」および「妊娠日数(週数)」が記載されていれば省略可

☐ 領収・明細書のコピー(「専用請求用紙の内容と相違ありません」の表示があるもの)

☐ 直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー

☐ 不要

※内払金支払依頼書での請求がなく、協会けんぽから申請の勧奨があった場合を差額申請といい、その場合に限っては添付書類はありません。

2 医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用しなかった場合 出産育児一時金支給申請書

[illegible]

記号・番号を記入した場合は記入不要です。

家族(被扶養者)が出席した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。
※校番は記入不要です。
※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

記号	21700023	番号	1	校番	00
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	令和 5年 1月 1日				
保険者番号	99999999				
保険者名称	全国健康保険協会 ○○支部				

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

[illegible]

「医師・助産師による出産証明」または「市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明」を受けてください。死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。証明を受けることができない場合は、「出生(死産)が確認できる書類」を添付してください。

【出生の場合】
戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳、住民票等の原本

【死産の場合】
死産証明書(死胎検案書)等のコピー

チェックリスト

- 申請時期 出産日の翌日から2年以内

●添付書類チェックリスト

直接支払 制度なし	☐ 出産育児一時金支給申請書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明（死産の場合は、医師・助産師の証明）
	☐ 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文（翻訳者の署名、住所および連絡先を記入）
	☐ 産科医療補償制度の対象分娩である場合） ☐ 「産科医療補償制度の対象分娩であること」が明記された領収明細書のコピー
	☐ 直接支払制度を利用していないことを証明する文書のコピー（領収・明細書にその旨が記載されている場合、また海外での出産の場合は不要）
海外で出産 した場合	・下記の3点を添付してください。（証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。） ☐ 出産を担当した海外の医療機関等の医師・助産師の証明書（※） ☐ 出産した日（期間）において、実際に海外に渡航していた事実が確認できる書類（パスポート、査証（ビザ）、航空チケット等のコピー） ☐ 海外出産の事実、内容について、協会けんぽが当該海外出産を担当した海外の医療機関等に照会することに関する当該海外出産をした者の同意書
	（※）証明書を添付できない場合は、下記のいずれかを添付 ① 出生したことを確認できる書類（戸籍謄（抄）本、戸籍記載事項証明書、出生届受理証明書 等）（死産の場合は、死産証書（死胎検案書）等のコピー） ② i 海外の公的機関が発行する戸籍や住民登録に関する書類、および、ii 「医師・助産師の証明の添付が困難である理由」と「出産した医療機関名・担当医等」を記載した書面

『協会けんぽGUIDE BOOK』60ページ参照

記載例

埋葬料（費）支給申請書

健康保険 被保険者 族 埋葬料(費) 支給申請書

1 2 ページ
被保険者・事業主記入用

被保険者氏名 **協 会 太 郎**

○1-
年連続分

1 被保険者 2 家族(被扶養者)

○2-2では「1」の被保険者または「2」の被扶養者を選択してください。
○2-3では「1」の被扶養者または「2」の被扶養者を選択してください。

○1
年連続分

1 被保険者 2 家族(被扶養者)

○2-2では「1」の被保険者または「2」の被扶養者を選択してください。
○2-3では「1」の被扶養者または「2」の被扶養者を選択してください。

○1
死亡した方の氏名
(フリガナ)

キョウカイ タロウ

死亡した方の氏名(フリガナ)を記入してください。フリガナはフリガナで記入してください。

○2
死亡した方の生年月日

2 1 年 2 平成 3 年 4 月 5 日 6 日

○3
死亡年月日

年 月 日

○4
死亡原因(病名)

妻

「被保険者が死亡した場合は、被保険者やその関係者の氏名を記入してください。
死亡した方の氏名(フリガナ)を記入してください。フリガナはフリガナで記入してください。

○1
死亡原因(病名)

1 仕事(労働) 2 日常生活 3 その他

○2-2では「1」の被保険者または「2」の被扶養者を選択してください。
○2-3では「1」の被扶養者または「2」の被扶養者を選択してください。

○2
死亡原因(病名)

2 1 年 2 平成 3 年 4 月 5 日 6 日

○3
死亡年月日

年 月 日

○4
死亡原因(病名)

2 1 年 2 平成 3 年 4 月 5 日 6 日

○5
死亡年月日

年 月 日

○6
死亡年月日

年 月 日

○7
死亡年月日

年 月 日

○8
死亡年月日

年 月 日

○9
死亡年月日

年 月 日

○10
死亡年月日

年 月 日

○11
死亡年月日

年 月 日

○12
死亡年月日

年 月 日

○13
死亡年月日

年 月 日

「被保険者が死亡した場合は、被保険者やその関係者の氏名を記入してください。
死亡した方の氏名(フリガナ)を記入してください。フリガナはフリガナで記入してください。

被保険者氏名

被保険者氏名

上記のとおりお読みください。お読み直しをお願いします。

事業主住所

東京都千代田区△△1-1

事業主氏名

〇〇株式会社

事業主生年

健康 3 部

被保険者

03-x-x-x-x-x-x-x-x

年 月 日

6 3 1 2 1 2 1 0 1

全国健康保険協会
会 会 会

272

2 埋葬料(費)支給申請書 被扶養者が亡くなった場合

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - / X Y Z

健康保険 被保険者 葬 埋葬料(費) 支給申請書

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - / X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - / X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - / X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - / X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - / X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - / X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - / X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - / X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - / X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - / X Y Z

1 2 3 4 5 6 7

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

個人決済口座は、上記申請書と名前と同じ欄の口座をご記入ください。

金融機関名称	ゆうちょ	支店名	二三八	本店 代務店 代理店 支店 営業所 本部 支所 支局
預金種別	1 普通預金	☐ 口座番号 (左2桁)	1 2 3 4 5 6 7	

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。

※枝番は記入不要です。

※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

21700023 番号 1 校番 00

氏名 協会 太郎

月日 平成 元年 5月 10日

取得年月日 令和 5年 1月 1日

者番号 99999999

者名称 全国健康保険協会 ○○支店

「2」とご記入
ください。

「3」とご記入
ください。

事業主に証明を受けてください。証明が受けられない場合、死亡したことのわかる書類の添付が必要です。

[illegible]

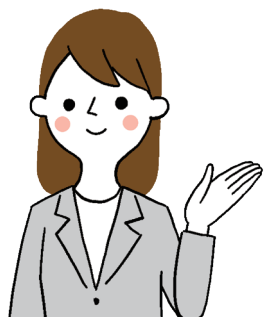
☒
☐

 チェックリスト

- **申請時期** 埋葬料・家族埋葬料：死亡した日の翌日から2年以内
埋葬費：埋葬を行った日の翌日から2年以内

●添付書類チェックリスト

被保険者死亡	埋葬料	☐ 申請者と被保険者の間に生計維持関係がある
		☐ 申請者は被扶養者である → 生計維持確認の添付書類不要
		☐ 申請者は被扶養者でない → 生計維持確認の添付書類必要(下記のいずれか)
		☐ 住居が同じ場合 → 被保険者の住民票除票の原本および申請者の住民票の原本 ☐ 住居が別の場合 → 仕送りのわかる預貯金通帳等のコピーまたは亡くなった方が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書等
		☐ 事業主による死亡の証明
被扶養者死亡	埋葬費	☐ 申請者と被保険者の間に生計維持関係がない
		☐ 埋葬費用の領収書の原本(宛名が申請者のフルネームで記載されたもの)
		☐ 領収書の内訳が記載された書類(明細書等)
		☐ 事業主による死亡の証明
		☐ 事業主による死亡の証明
その他		☐ 上記いずれの場合も事業主による死亡の証明が受けられないときまたは任意継続被保険者(被扶養者)が亡くなった場合は、埋葬許可証または火葬許可証のコピー、死亡診断書のコピー、死体検案書または検視調書のコピー、亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本、住民票のいずれかを添付 ☐ 死亡原因の負傷が第三者の行為による場合 → 「第三者行為による傷病届」(P.7参照)を提出



健康保険制度・申請書の書き方

Q & A



共通事項

Q₁ 記号・番号がわかりません。どうしたらいいですか？

A₁ マイナポータルの資格情報画面（スマートフォンをお持ちの方は、下記の二次元コードからマイナポータルにログインすることができます。）から確認することができます。マイナポータルをご利用いただけない等、記号・番号が不明の場合は、申請書のマイナンバー記入欄にマイナンバーを記入して申請してください。なお、その際は、下記の書類を添付してください。

【添付書類】

①身元確認を行うための書類（いずれか1点）

被保険者のマイナンバーカード（表面）のコピー、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付き身分証明書のコピー

②番号確認を行うための書類（いずれか1点）

被保険者のマイナンバーカード（裏面）のコピー、被保険者のマイナンバーが記載された住民票か住民票記載事項証明書

<https://myrna.go.jp> ▶
(マイナポータル HP)



Q₂ 被保険者が亡くなりました。 どのように申請書を記入すればいいですか？

A₂ 被保険者が亡くなられた場合、相続人の方が申請することができます。
「被保険者（申請者）情報」欄の氏名・郵便番号・住所・電話番号、「振込先指定口座」欄は、**相続人の方の情報**をご記入ください。

「被保険者（申請者）情報」欄の記号番号・生年月日は、**被保険者の方の情報**をご記入ください。
なお、被保険者と申請者の続柄を確認するため、**戸籍謄本の原本を添付してください。**

※埋葬料（費）については上記と異なるため、P.29、30 をご覧ください。



健康保険の任意継続

Q₁ 任意継続に加入するにあたり申請書の提出先はどこの支部となりますか？

A₁ お住まいの都道府県支部にご提出ください。

Q₂ 健康保険料はいくらになりますか？

A₂ 任意継続に加入した場合の保険料につきましては、**お住まいの都道府県支部にお問い合わせいただくか、協会けんぽホームページをご確認ください。**

Q₃ 国民健康保険に切り替えたいので手続き方法を教えてください。

A₃ 任意継続健康保険をやめることを希望する場合、**任意継続被保険者資格喪失申出書を提出することにより資格を喪失**することができます。
手続き終了後、協会けんぽが送付する資格喪失通知を添えて、お住まいの市区町村役場で、**国民健康保険の加入手続き**を行ってください。

Q₄ もうすぐ任意継続に加入して2年になるため資格喪失しますが、資格喪失通知書はいつ届きますか？

A₄ 資格喪失通知書は**資格喪失日の4営業日前に発送**いたします。

Q₅ 国民健康保険の保険料がいくらになるのか教えてください。

A₅ 国民健康保険の保険料につきましては、**お住まいの市区町村役場**にお問い合わせください。



第三者行為による傷病届



Q₁ 交通事故に遭ったのですが、保険会社に健康保険を使うように言われました。使ってもいいですか？

A₁ 第三者等の行為が原因でケガをした場合でも、仕事や通勤途中の事故でなければ、健康保険で診療を受けることができます。その場合は、**「第三者行為による傷病届」の提出が必要**です。

Q₂ 「第三者行為による傷病届」はいつ提出すればいいですか？

A₂ 第三者等の行為が原因でケガをした場合で健康保険で診療を受けるときは、**可能な限りすみやかに**加入している協会けんぽ都道府県支部に提出してください。

Q₃ 交通事故では加害者ですが、被害者名と加害者名どちらを書けばいいですか？

A₃ 過失割合に関係なく、**協会けんぽに加入している方を被害者欄に記入**してください。

Q₄ 保険会社に記入を手伝ってもらうことは可能ですか？

A₄ 基本的に被保険者が記入することになりますが、**損害保険会社等に依頼することも可能なため、損害保険会社等にご相談**ください。



限度額適用認定証



Q₁ 病院から限度額適用認定証の手続きをするように言われましたが、手続きが必要ですか？

A₁ 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、被保険者の市区町村民税が非課税である場合を除き、**手続きを行っていただく必要はありません。**
※マイナ保険証を利用できない状況にある方は、「限度額適用認定証」の申請が必要です。
※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。

Q₂ 有効期限が切れそうなので更新をしたいです。どうすればいいですか？

A₂ 新たに「**限度額適用認定申請書**」をご提出いただく必要がございます。

Q₃ 前月（またはそれ以上遡って）から有効な限度額適用認定証を発行してほしいです。どうすればいいですか？

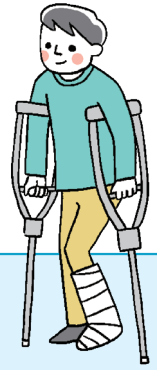
A₃ 限度額適用認定証は、**申請のあった月の初日から発行**することとされています。
なお、前月以前に自己負担額を超えて医療費の支払いをした場合、後日、高額療養費を申請することにより差額が支給されます。

Q₄ 申請してからどれくらいで届きますか？

A₄ **発行までおよそ1週間**要します。（申請書に不備等があった場合を除く）



高額療養費



Q₁ 申請して2ヵ月経過しましたが、まだ支給がありません。いつ頃支払われますか？

A₁ 医療機関等から提出される診療報酬明細書（レセプト）の確認が必要であることから、**支給決定まで診療を受けた月から3ヵ月以上**かかります。

Q₂ 月をまたがって入院した場合の申請書記入方法を教えてください。

A₂ 高額療養費は同一月（1日から末日まで）にかかった医療費をもとに計算するため、**月単位で申請書をご提出いただく必要**があります。

Q₃ 領収書の添付は必要ですか？

A₃ 領収書の**添付は不要**です。（他の公的制度から医療費の助成を受けている場合は領収書のコピーが必要です）

各種申請書の提出は郵送で！



書類により、提出先は2ヵ所に分かります

健康保険に関する申請書は、種類によって提出先が異なります。必要な申請用紙は、ホームページからダウンロード・印刷してご使用いただけます。郵送での提出にご協力お願いいたします。

協会けんぽに
ご提出いただく申請書

日本年金機構の事務センターに
ご提出いただく申請書 (電子申請がおすすめです)

各申請書の様式は変更する場合があります。最新の様式は、
協会けんぽもしくは日本年金機構のホームページからダウンロードしてください。

<https://www.kyoukaikenpo.or.jp>

協会けんぽ

検索

<https://www.nenkin.go.jp>

日本年金機構

検索

- 資格情報のお知らせ交付申請書
- 資格確認書交付申請書
- 高齢受給者証再交付申請書

- 傷病手当金支給申請書
- 療養費支給申請書
- 高額療養費支給申請書
- 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
- 第三者行為による傷病届

- 出産手当金支給申請書
- 出産育児一時金支給申請書

- 特定健康診査受診券(セット券)申請書

- 埋葬料(費)支給申請書

- 任意継続被保険者資格取得申出書
- 任意継続被保険者資格喪失申出書
- 任意継続被保険者被扶養者(異動)届

健康保険の資格取得等に関するもの
(従業員の採用)

変更・訂正

交付

給与・賞与

病気・ケガ・入院等

出産・育児休業

健康診断

退職・死亡

退職後の保険
(任意継続)

事業所に
関するもの

- 被保険者資格取得届

- 健康保険被扶養者(異動)届
(国民年金第3号被保険者関係届)

- 被保険者氏名変更(訂正)届
- 被保険者住所変更届

- 被保険者報酬月額算定基礎届
- 被保険者報酬月額変更届
- 被保険者賞与支払届

- 産前産後休業取得者申出書
- 育児休業等取得者申出書
- 産前産後休業終了時報酬月額変更届
- 厚生年金保険養育期間
標準報酬月額特例申出書
- 育児休業等終了時報酬月額変更届

- 被保険者資格喪失届

- 適用事業所名称・所在地変更(訂正)届
- 事業所関係変更(訂正)届

マイナンバーと
基礎年金番号が
結びついている
被保険者は原則
届出不要です。