

任意継続保険・傷病手当金の 申請のポイント

令和7年度
健康保険委員研修会

目次

1. 任意継続保険について

2. 任意継続保険の申請時の注意点

3. 傷病手当金について

4. 傷病手当金の申請時の注意点

目次

1. 任意継続保険について

2. 任意継続保険の申請時の注意点

3. 傷病手当金について

4. 傷病手当金の申請時の注意点

1. 任意継続保険について

退職

再就職しない

健康保険のある事業所へ
1日の空白もなく再就職

①

就職先の
健康保険の被保険者

加入
要件

詳しくは新しい勤務
先へご確認ください

手続き

就職先の事業主が
資格取得の手続きを
行います

保険料

事業主と折半負担

②

協会けんぽの
任意継続被保険者

- ・退職日(資格喪失日の前日)までに被保険者期間が継続して2ヵ月以上あること
- ・退職日の翌日(資格喪失日)から20日*以内に資格取得申出書を提出すること(必着)

*土日・祝日を含む

お住まいの都道府県の
協会けんぽ支部へ
資格取得申出書を提出

退職時の標準報酬月額をもとに
決定(全額自己負担)

③

国民健康保険の
被保険者

お住まいの市区町村役場
へご相談ください

お住まいの市区町村役場の
国民健康保険担当課で
手続き

前年の所得などにより
決定 *軽減制度があります

④

家族の健康保険の
被扶養者

被扶養者としての
認定基準を満たすこと

家族の勤務先の
事業所を通じて届出

被扶養者の負担は
なし

「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。

1. 任意継続保険について

保険料について

退職時点の標準報酬月額

×

お住まいの都道府県別健康保険料率

=

任意継続の保険料

事業主の届出によって登録された給与の月額上限は
32万円

40～64歳の方は
介護保険料が上乘せ

全額自己負担

※資格取得日の属する月から保険料がかかります(1ヵ月分)。

※令和8年4月分保険料から子ども子育て支援金が加算されます。

各標準報酬月額ごとの保険料額は、協会けんぽのホームページから確認いただけます。

協会けんぽ 保険料額表

検索



都道府県毎の
保険料額表はこちら

目次

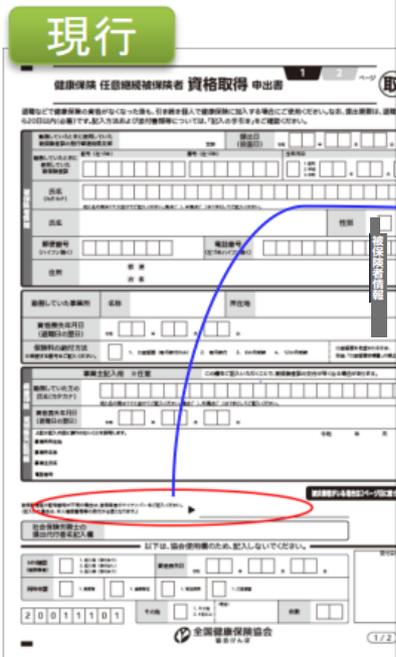
1. 任意継続保険について

2. 任意継続保険の申請時の注意点

3. 傷病手当金について

4. 傷病手当金の申請時の注意点

2. 任意継続保険の申請時の注意点



R8年1月～

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

1 2 ページ **取**

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。

勤務していたときのご所属市町村 兵庫 提出日(投函日) 年 08 月 01 日 22 日 生年月日 2 月 02 日 05 日 10 分

在職時の記号・番号 1 2 3 4 5 6 7 8 1

個人番号(マイナンバー)

氏名(カタカナ) 三ヨウカイ タロウ

氏名 協会 太郎 性別 1 1歳未満

郵便番号(ハイフン除く) 6510000 電話番号(長づのハイフン除く) 080****

住所 兵庫 神戸市〇〇区△△通1-1

勤務していた事業所 名称 株式会社〇〇 所在地 兵庫県神戸市〇区...

資格喪失年月日(退職日の翌日) 年 08 月 01 日 22 日

保険料の納付方法 1. 口座振替(毎月納付のみ) 2. 毎月納付 3. 6か月納付 4. 12か月納付

事業主記入用 ※任意 この欄をご記入いただくことで、資格の取得処理が早くなる場合があります。

勤務していた方の氏名(カタカナ)

資格喪失年月日(退職日の翌日) 年 月 日

事業所所在地 令和 年 月 日

事業所名称 事業主氏名 電話番号

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

記号・番号は在職時の資格情報のお知らせに記載されております。マイナ保険証をご利用の場合、マイナポータルからも確認ができます。

資格情報のお知らせ
記号 12345678 番号 1 枝番 00

氏名 協会 太郎
生年月日 平成02年05月10日
資格取得年月日 令和03年04月01日
保険者番号 999999999
保険者名称 協会けんぽ〇〇支部

注

被保険者のマイナンバーは書類不備の多い項目です！
被保険者のマイナンバーをご記入いただいた場合は、本人確認書類の添付が必要となります。

被保険者のマイナンバー記入あり、かつ添付書類なしの場合は書類をお返しすることになります。

勤務していた事業所より証明欄を記入していただくか、退職証明書等のコピーを添付していただければ、日本年金機構における資格喪失処理を待たずに手続きができます。

2. 任意継続保険の申請時の注意点

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。

注
1

被扶養者のマイナンバーは記入必須項目です！
未記入の場合は書類をお返すこととなります。

注
2

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を省略できる場合があります。
※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ります。

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書【被扶養者編】

被保険者氏名 **協会 太郎**

氏名 **協会 花子** キヨウカイ ハナコ

生年月日 **1** **40**年 **09**月 **18**日 性別 **2** 女性 続柄 **01** 配偶者 収入(年間) **1** 収入なし

1 2 3 4 6 7 8 9 1 1 1

生年月日 性別 続柄 収入(年間)

マイナンバー

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を省略できる場合があります。
※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ります。

お勤めになられていたときから引き続き扶養となる方の収入状況は、マイナンバーを利用した情報照会により確認を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。
【提出月が1月～7月の場合】前年1月1日時点の住民票住所の郵便番号 【提出月が8月～12月の場合】本年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

被扶養者郵便番号	1	6 5 1 0 0 0 0	被扶養者郵便番号	2		被扶養者郵便番号	3	
----------	---	----------------------	----------	---	--	----------	---	--

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、☑を入れてください。
希望しない場合は、必要な証明書類を添付してください。

2. 任意継続保険の申請時の注意点

	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	● 添付書類を省略できる場合あり（※）	● 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がありますので、お急ぎの場合は、添付書類をご提出いただくことをお勧めします。

よくある書類の不備

- ①マイナンバーによる情報照会の結果、情報を取得できない（例、収入0円の為未申告の場合、給与・年金収入以外の収入がある場合等）
- ②被保険者と別居されている場合で、「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」の添付がない
- ③添付書類に氏名が記載されていない

2. 任意継続保険の申請時の注意点

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	<ul style="list-style-type: none"> ● 市区町村が発行する直近の課税（非課税）証明等（収入額が記載されているもの） ※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 <ul style="list-style-type: none"> ● 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]
		会社を退職された方	次のいずれか <ul style="list-style-type: none"> ● 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・・・月額：3,612円未満] [60歳以上・・・月額：5,000円未満]
		自営業や農業従事者、不動産収入のある方	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 <ul style="list-style-type: none"> ● 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
	続柄	身分関係の確認	次のいずれか <ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 <ul style="list-style-type: none"> ● 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

2. 任意継続保険の申請時の注意点 (資格確認書)

マイナ保険証を利用しない場合、
資格確認書の申請が必要

任意継続保険加入時の資格確認書交付申請書を記入する際は、「記号・番号」および「個人番号（マイナンバー）」を記入しないでください。

注

健康保険 資格確認書 交付申請書

資格

※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、医療機関等においてマイナID資格確認を受けることができない場合に限り、ご使用ください。

記号・番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
			1. 昭和 40 年 05 月 10 日 2. 平成 3. 令和
個人番号 (マイナンバー)	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の添付が必要になります。)		
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ <small>姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字()、半角点(・)は1字としてご記入ください。</small>		
氏名	協会 太郎		
郵便番号 (ハイフン除く)	6510000	電話番号 (左づめハイフン除く)	080****
住所	兵庫 部 通 神戸市〇〇区△△通1-1 府 県		

対象者	3	1. 被保険者(本人)のみ.....「交付理由」をご記入ください。 2. 被扶養者(家族)のみ.....①欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分.....②欄に交付対象のご家族の情報および「交付理由」をご記入ください。	
① 被保険者	氏名(カタカナ) 同上	生年月日 同上	交付理由 ※該当する場合は☑を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/>
	(1) 氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字()、半角点(・)は1字としてご記入ください。 キョウカイ ハナコ	生年月日 1 1. 昭和 40 年 09 月 18 日 2. 平成 3. 令和	以下のケースに該当するようないマイナ保険証を利用できない状況にあるため。 (例) ・マイナンバーカードを所持していない ・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 ・その他事由による
② 被扶養者	氏名(カタカナ)	生年月日	
	(2) 氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字()、半角点(・)は1字としてご記入ください。	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和	
	氏名(カタカナ)	生年月日	
	(3) 氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。漢字()、半角点(・)は1字としてご記入ください。	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和	

注

「交付理由」にチェックを入れてください。

<p>上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。</p> <p>事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号</p> <p>社会保険労務士の 届出代行者名記入欄</p>	<p>任意継続被保険者の方は、 事業主欄の記入は不要です。</p> <p>受付日付印</p>
---	--

目次

1. 任意継続保険について

2. 任意継続保険の申請時の注意点

3. 傷病手当金について

4. 傷病手当金の申請時の注意点

3. 傷病手当金について



傷病手当金とは、被保険者が病気やケガで仕事を休み、その期間の給与を受けられないときに支給される給付金です

○傷病手当金の支給条件

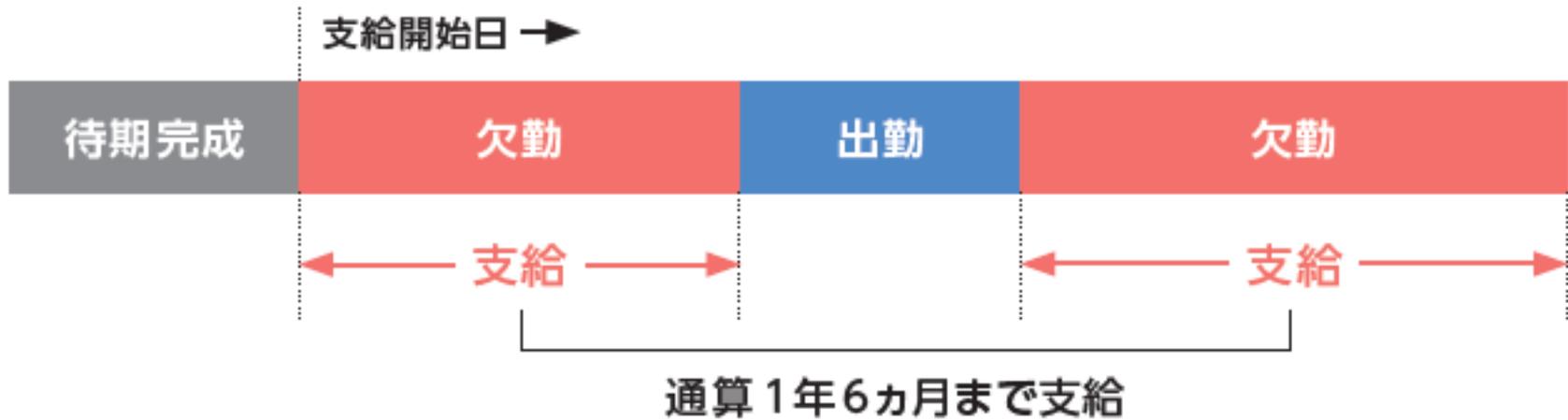
- ① 仕事とは関係ない病気やケガの療養のための休業であること
業務災害・通勤途上のケガについては、労災保険へご請求ください。
- ② それまで就いていた仕事に就くことができないこと
療養担当者(医師等)の意見等をもとに判断されます。
- ③ 4日以上仕事に就けなかったこと
(連続する3日間の休業を含む)
病気やケガの療養のために連続して3日間仕事を休んだ後(待期期間※右図参照)、4日目以降の仕事に就けなかった日に対して支給されます。待期期間には有給休暇、土日祝日等の公休日を含みます。
- ④ 休んだ期間について給与の支払いがないこと
(手当等、一部でも給与支給があれば減額されます)
給与が全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、給与の日額が傷病手当金の日額より少ないときは、その差額が支給されます。



待期期間は有給・公休(土・日・祝日)等も含みます。

3. 傷病手当金について

○傷病手当金の支給期間



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）を通算して1年6カ月の期間を限度として、支給されます。

3. 傷病手当金について

○被保険者資格を喪失（退職）した場合

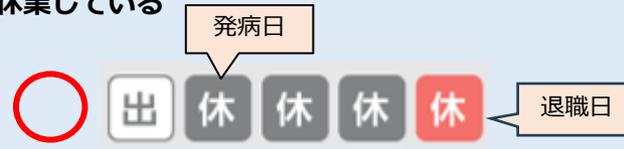
下記の①～⑤の要件をすべて満たす場合のみ、退職後も引き続き傷病手当金の支給を受けることができます。支給できる期間は支給期間を通算して1年6カ月です。ただし、下記⑤のとおり喪失後の支給期間は継続している必要があります。

- ① 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）
- ② 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
- ③ 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）
- ④ 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
- ⑤ 労務不能期間が継続していること（断続しての支給はできません）

ケース1：退職日の前日までに連続して3日以上休業していない



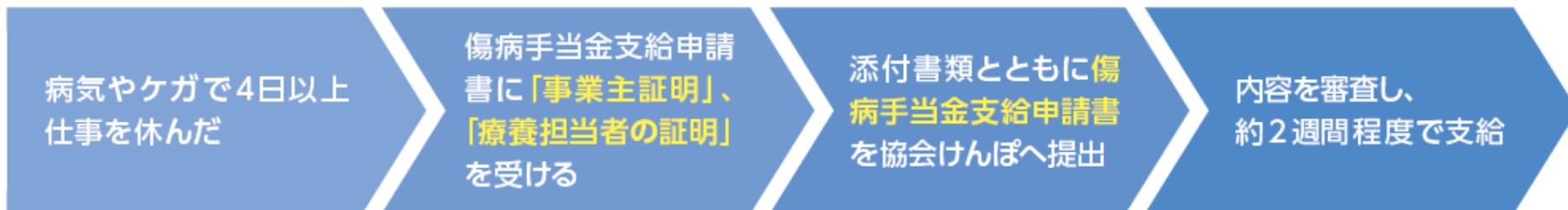
ケース2：退職日の前日までに連続して3日以上休業しており、退職日も休業している



※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。

3. 傷病手当金について

○傷病手当金申請の流れ



※不備や調査事項がある場合を除く

申請書に不備等がない場合は、支部に申請書が到着した日（受付日）から2週間程度で支給されます。

申請書に不備等があった場合は郵送で申請書をお返しすることになりますので、申請前には記入した内容に間違いや記入漏れ等が無いかに注意してください。

3. 傷病手当金について

○傷病手当金の支給金額の計算式

$$\text{支給総額} = \text{直近1年間の標準報酬月額} \div 30 \times \frac{2}{3} \times \text{支給日数}$$

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。

標準報酬月額：事業所が日本年金機構に届け出る被保険者の給与の等級。
健康保険料などはこの等級に保険率を乗じて計算される。

協会けんぽ全被保険者の標準報酬月額の平均額

- ・ 30万円（支給開始日が令和7年3月31日までの方）
- ・ 32万円（支給開始日が令和7年4月1日以降の方）

【具体例】

傷病手当金の支給開始日：令和8年2月10日（直近1年の標準報酬月額は令和7年3月～令和8年2月）

直近の標準報酬月額：令和7年3月～令和7年9月が26万円 令和7年10月～令和8年2月が30万円の場合



- ① $(26\text{万円} \times 7\text{か月}) + (30\text{万円} \times 5\text{か月}) \div 12\text{か月} = 276,666.666\dots\text{円}$ （直近1年間の標準報酬月額の平均額）
- ② $276,666.666\dots \div 30 = 9,222.22\dots$ （ここで10円未満を四捨五入） $\rightarrow 9,220\text{円}$
- ③ $9,220\text{円} \times \frac{2}{3} = 6,146.666\dots$ （ここで1円未満を四捨五入） $\rightarrow 6,147\text{円}$

支給日額

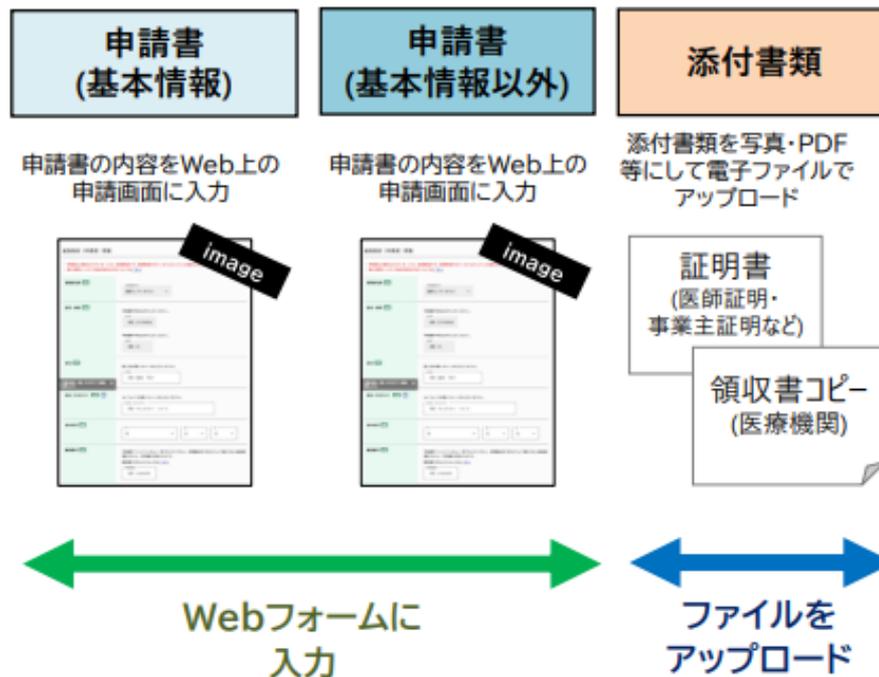
3. 傷病手当金について



令和8年1月13日から傷病手当金の「電子申請」が始まりました。

○傷病手当金の電子申請をする場合

基本情報を含む申請書情報は
全てWeb上で入力し、
添付書類は電子ファイルを
アップロードする



○サービス提供時間

サービス提供時間（利用可能時間）は平日8時～21時となります。
土日祝日や年末年始（12/29～1/3）は利用できません。

目次

1. 任意継続保険について

2. 任意継続保険の申請時の注意点

3. 傷病手当金について

4. 傷病手当金の申請時の注意点

4. 傷病手当金の申請時の注意点 (1ページ目)

R8年1月～

健康保険 傷病手当金 支給申請書 1 2 3 4 ページ 傷

被保険者が病気や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	番号 (左づめ)	生年月日	
借人番号 (マイナンバー)	<small>記号・番号をご記入、印捺。された場合は本人署名 (マイナンバー) のご記入は必要ありません。(記入、印捺) された場合は本人署名の記入が必要となります。)</small>		
氏名 (カタカナ)	<small>姓と名の順は1マスずつで記入ください。姓(漢字)は1字以上で記入ください。</small>		
氏名	<small>※申請書はお取寄せしている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになる場合は、関係人よりご記入ください。</small>		
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめ/ハイフン除く)		
住所	郵便	市 区	

公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。
公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、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 金融 信組 農協 漁協	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ) <input style="width: 100px;" type="text"/>

ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合、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。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用のため、記入しないでください。

M1被保険者	<input type="checkbox"/> 1.記入済 (関係あり) <input type="checkbox"/> 2.記入済 (関係なし) <input type="checkbox"/> 3.記入済 (関係あり)
職別	<input type="checkbox"/> 1.専任 <input type="checkbox"/> 2.非常勤
年令	<input type="checkbox"/> 1.満1 <input type="checkbox"/> 2.非常勤
労災	<input type="checkbox"/> 1.専任 <input type="checkbox"/> 2.非常勤
戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1.専任
口座振替	<input type="checkbox"/> 1.専任
その他	<input type="checkbox"/> 1.その他 (欄外)

6 0 1 1 1 1 0 3

全国健康保険協会 協会けんぽ (2026.11) 1/4

振込先指定口座欄

公金受取口座の利用について	<input style="border: 2px solid red;" type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。
公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、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 金融 信組 農協 漁協	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ) <input style="width: 100px;" type="text"/>

ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合、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。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

🔦 注意点

公金受取口座を利用して給付金等を受け取ることが可能となることから、申請書に利用希望有無の欄が**新たに追加**となりました。

公金受取口座とは？

給付金等の受取のため、金融機関にお持ちの預貯金口座を国(デジタル庁)に登録できる制度になります。

※参考資料 デジタル庁 公金受取口座登録制度

https://www.digital.go.jp/policies/account_registration

- 公金受取口座利用欄を「1.希望する」と記入した場合は、振込先情報のご記入は**不要**になります。
- 公金受取口座利用欄を「2.希望しない」と記入された場合、従来どおり振込口座欄の記入が**必要**です。

4. 傷病手当金の申請時の注意点 (2ページ目)

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 **兵庫 太郎**

① 申請期間 (療養のために休んだ期間)	1	令和 08 年 01 月 16 日 から 令和 08 年 02 月 15 日 まで
② 被保険者の仕事の内容 (退職後の場合は、退職前の仕事の内容)	2	経理担当事務
③ 傷病名	3	<input checked="" 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場合は、左記に記入してください。 別傷病による申請を行う場合は、別途その傷病に対する療養担当者の証明を受けてください。
④ 発病・負傷年月日	2	1.平成 08 年 01 月 10 日 2.令和
⑤-1 傷病の原因	4	1. 仕事以外(業務外)での傷病 2. 仕事(業務上)での傷病 } → ⑤-2へ 3. 通勤途中での傷病
⑤-2 労務災害、通勤災害の認定を受けていますか。		<input type="checkbox"/> はい 2. 請求中(____労務基準監督署) _____ 3. 未請求
⑥ 傷病の原因は第三者の行為(交通事故やケンカ等)によるものですか。	2	1. はい 2. いいえ 「1. はいの場合、別途「第三者行為による傷病」をご提出ください。
①-1 半額期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受け取ったか。	2	1. はい → ①-2へ 2. いいえ
①-2 ①-1を「はい」と答えた場合、受け取った報酬は事業主証明欄に記入されている内容のとおりですか。		<input type="checkbox"/> はい 2. いいえ → 事業主へご確認のうえ、正しい証明を受けてください。
②-1 障害年金、障害手当金について 今回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」を受給していますか。(同一の傷病で障害年金等を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	2	1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合 _____
②-2 老齢年金等について ※遺族等による健康保険資格喪失の原因について、傷病手当金を申請する場合はご記入ください。 老齢または遺族年金等を受給する予定ですか。(公的年金を受給している場合は、傷病手当金の額を調整します)	2	1. はい → ②-3へ 2. いいえ 「1. はい」の場合 _____
② 年金受給		基礎年金番号 _____ - _____ 年金コード _____ 支給開始年月日 1.平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2.令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年金額 _____ (円(千円))
②-3 ②-1または②-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。		
③ 別傷病	5	3 1. はい 2. 請求中(____労務基準監督署) _____ 3. いいえ 「1. はい」の場合 _____

「事業主記入用」は3ページ目に載せます。▶▶▶

6 0 1 2 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ 2 / 4

注意点①

療養のために休んだ期間を必ず記入してください。
(申請期間が経過した後)にご提出ください。

注意点②

仕事の内容は、**必ず記入**してください。
 (経理担当事務など具体的に記入をお願いします。退職後の場合は、退職前の仕事の内容を記入してください。)

注意点③

申請の傷病名が療養担当者記入欄に記入されている傷病名と同じ場合には、**忘れずに**☑してください。

注意点④

傷病の原因は、**必ず記入**してください。
 また、誤って「2. 仕事(業務上)での傷病」を記入される方が多いのでご注意ください。

- ・ 仕事とは関係のない傷病は「1」
- ・ 業務中での傷病(業務災害)は「2」
- ・ 通勤途中での傷病(通勤災害)は「3」となります。

「2. 仕事(業務上)での傷病」または「3. 通勤途中での傷病」については、原則労災保険給付の対象となり、健康保険給付の対象外となります。

注意点⑤

別傷病による労災保険からの休業補償給付の受給状況は、**必ず記入**してください。

4. 傷病手当金の申請時の注意点 (3ページ目)

被保険者氏名 (カタカナ) ヒョウコ タノウ

姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、平濁点(゜)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【○】で記入してください。「年」「月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

今年	08	年	01	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
今年	08	年	02	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
今年		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【○】で記入した日以外の日】に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
※有給休暇の場合の賞金、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)、家事・育児等事務支給しているもの等

例	今年	05	年	02	月	01	日	から	今年	05	年	02	月	28	日	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
①	今年		年		月		日	から	今年		年		月		日																					
②	今年		年		月		日	から	今年		年		月		日																					
③	今年		年		月		日	から	今年		年		月		日																					
④	今年		年		月		日	から	今年		年		月		日																					
⑤	今年		年		月		日	から	今年		年		月		日																					
⑥	今年		年		月		日	から	今年		年		月		日																					
⑦	今年		年		月		日	から	今年		年		月		日																					
⑧	今年		年		月		日	から	今年		年		月		日																					
⑨	今年		年		月		日	から	今年		年		月		日																					
⑩	今年		年		月		日	から	今年		年		月		日																					

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地 兵庫県神戸市〇〇〇5-5 今年 08 年 02 月 28 日

事業所名称 △△株式会社

事業主氏名 代表取締役 □□ □□

電話番号 078-000-0000

注意点①
申請期間中の勤務状況の**年月は、出勤日がなくても必ず記入**してください。

注意点②
申請期間中に**出勤日があれば、「○」を記入**してください。
待機期間1日目が早退の場合は「早」を記入してください。
旧様式で記入していただいていた、欠勤「/」、公休日「公」、有給休暇「△」の記入は**不要**です。

注意点③
申請期間中の出勤していない日に対して**報酬の支払いがない場合や次の場合には記入不要**です。
●基本給や諸手当をすべて欠勤控除している
●時間給や歩合給、時間外手当などの実働分や一時金のみ支給している

注意点④
事業所所在地、事業所名称、事業主氏名、電話番号、事業主証明年月日は**必ず記入**してください。
証明日は、**申請期間経過後の日付**を記入してください。

4. 傷病手当金の申請時の注意点 (3ページ目)

○3ページ目 (事業主証明) の記入例

申請期間が令和8年1月16日から令和8年2月15日で次の支給額がある場合

- ① 1/25有給 (1日あたり5,000円)
- ② 1/30・1/31 (連日) 有給 (1日あたり5,000円×2日=10,000円)
- ③ 固定の手当 (締日15日 支給額20,000円)
- ④ 通勤手当 (6か月定期 10/1-3/31 支給額100,000円)

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
 ※有給休暇の場合の賃金、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	3000000	円
①	08	年	01	月	25	日	から	08	年	01	月	25	日	5000	円
②		年		月		日	から		年		月		日		円
③		年		月		日	から		年		月		日		円
④		年		月		日	から		年		月		日		円
⑤		年		月		日	から		年		月		日		円
⑥		年		月		日	から		年		月		日		円

事業主が証明する内容

4. 傷病手当金の申請時の注意点 (3ページ目)

○3ページ目 (事業主証明) の記入例

申請期間が令和8年1月16日から令和8年2月15日で次の支給額がある場合

- ① 1/25有給 (1日あたり5,000円)
- ② 1/30・1/31 (連日) 有給 (1日あたり5,000円×2日=10,000円)
- ③ 固定の手当 (締日15日 支給額20,000円)
- ④ 通勤手当 (6か月定期 10/1-3/31 支給額100,000円)

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
 ※有給休暇の場合の賃金、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	3000000	円
①	08	年	01	月	25	日	から	08	年	01	月	25	日	5000	円
②	08	年	01	月	30	日	から	08	年	01	月	31	日	10000	円
③		年		月		日	から		年		月		日		円
④		年		月		日	から		年		月		日		円
⑤		年		月		日	から		年		月		日		円
⑥		年		月		日	から		年		月		日		円

事業主が証明する内容

②申請書記入時の注意点について（3ページ目）

○3ページ目（事業主証明）の記入例

申請期間が令和8年1月16日から令和8年2月15日で次の支給額がある場合

- ①1/25有給 (1日あたり5,000円)
- ②1/30・1/31 (連日) 有給 (1日あたり5,000円×2日 = 10,000円)
- ③**固定の手当** (締日15日 支給額20,000円)
- ④通勤手当 (6か月定期 10/1-3/31 支給額100,000円)

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
 ※有給休暇の場合の賞金、出勤等の有給に関わらず支給している手当(扶養手当・住宅手当等)、食事・住居等現物支給しているもの等

例	05	02	01	から	05	02	28	300000	円
①	08	01	25	から	08	01	25	5000	円
②	08	01	30	から	08	01	31	10000	円
③	08	01	16	から	08	02	15	20000	円
④				から					円

【傷病手当金との調整】
 20,000円÷31日間 = 645.16 (小数点以下切り上げ) →646円を減額調整

事業主が証明する内容

4. 傷病手当金の申請時の注意点 (3ページ目)

○3ページ目 (事業主証明) の記入例

申請期間が令和8年1月16日から令和8年2月15日で次の支給額がある場合

- ① 1/25有給 (1日あたり5,000円)
- ② 1/30・1/31 (連日) 有給 (1日あたり5,000円×2日=10,000円)
- ③ 固定の手当 (締日15日 支給額20,000円)
- ④ 通勤手当 (6か月定期 10/1-3/31 支給額100,000円)

2ページの申請期間のうち、出勤していない日(上記【○】で囲んだ日以外の日)に対して、報酬等(※)を支給した日がある場合は、支給した日と金額をご記入ください。
 ※有給休暇の場合の賃金、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	3000000	円
①	08	年	01	月	25	日	から	08	年	01	月	25	日	5000	円
②	08	年	01	月	30	日	から	08	年	01	月	31	日	10000	円
③	08	年	01	月	16	日	から	08	年	02	月	15	日	20000	円
④	07	年	10	月	01	日	から	08	年	03	月	31	日	100000	円
⑤		年		月		日	から		年		月		日		円
⑥		年		月		日	から		年		月		日		円

事業主が証明する内容

電子申請サービスも、ぜひご利用ください

全国健康保険協会 協会けんぽ 電子申請サービス

申請書種類選択

健康保険ご加入の方

船員保険ご加入の方

お手続きされる申請書種類を選択してください

給付に関する申請

病氣やケガで会社を休んだとき
傷病手当金

出産で会社を休んだとき
出産手当金

子どもが生まれたとき
出産育児一時金

ご本人・ご家族が亡くなったとき
埋葬料(費)

高額な医療費を支払ったとき
高額療養費

治療用器具等を医師の指示で作成・購入したとき
療養費(治療用器具)

立替で医療費を全額負担したとき
療養費(立替払等)

海外での急病で治療を受けたとき
海外療養費

医師の指示で一時的・緊急的の必要があり、移送されたとき
移送費

70歳以上の方の1年間に支払った外来診療の医療費が基準額を超えたとき
年間の高額療養費

医療保険と介護保険の自己負担額の合計が基準額を超えたとき
高額介護合算療養費

証交付に関する申請

資格確認書・高齢受給者証が必要とき

医療費が高額になりそうとき
限度額適用認定等

任意継続に関する申請

退職したとき
任意継続資格取得

任意継続被保険者向け手続き・申請

「健康保険ご加入の方」を押下すると、申請書選択のピクトグラムを表示します。



全国健康保険協会 兵庫支部
協会けんぽ