

健康保険 傷病手当金支給申請書

記載例



健康保険 傷病手当金 支給申請書

労働に服することができなかった期間を含む賃金計算期間の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

被保険者氏名 協会 一郎

勤務状況 【出勤は○で、【有給休暇は△で、【公休日は/】でそれぞれ表示してください。

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	
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

給与の種類 月給 日給 歩合給 有給給 日給月給 その他

賃金計算 締日 31日 支払日 21.1.当月 10日

区分	種類	期間	支給額	支払日
基本給	基本給	07月01日～07月31日	264,000円	07月01日
	通勤手当	07月01日～07月31日	1,500円	07月01日
	扶養手当	07月01日～07月31日	2,000円	07月01日
	手当	07月01日～07月31日		
	手当	07月01日～07月31日		
計			1,190,000円	

基本給: 欠勤控除あり 264,000円÷22日×15日=180,000円
通勤手当: 欠勤控除なし 扶養手当: 欠勤控除なし

全国健康保険協会 協会けんぽ

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間(賃金計算の締日の翌日から締日の期間)の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は/で表示してください。

給与の種類について、該当する給与の種類を選んでを入れてください。

賃金計算の締日および賃金の支払日を記入してください。

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況について記入してください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を記入してください。支給額が0円の場合、0円と記入してください。

証明日は給与締日以降の日付で記入してください。

複数の傷病名がある場合、(1)から主たる病名を順次記入していただいでください。

左の傷病名について、その傷病の初診の日を記入していただいでください。

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とその日数を記入していただいでください。

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記入していただいでください。

記入年月日は「労務不能と認められた期間」の最終日以降の日付で記入していただいでください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書

患者氏名 協会 一郎

(1) 上肢骨折

初診日 21.1.03月07日05

発病または負傷の年月日 21.1.03月07日05

労務不能と認められた期間 21.1.03月07日05から21.1.03月07日31日まで

発病または負傷の原因 右肩強打

治療費の別 療養 公費 自費 その他

診断 骨折部位が7/5初診。骨折面が剥離していたため、手術。固定まで安静を要し、固定後リハビリを要する。

骨折部位の固定とその後のリハビリのため、今後も通院加療が必要ため、労務不能と判断した。

人工透析を実施または人工透析を開始したとき 1.1.03月07日05 2.1.03月07日08

全国健康保険協会 協会けんぽ

申請期限 労務不能であった日ごとにその翌日から2年以内

●当てはまる場合や変更があった場合に添付が必要なもの

- ①支給開始日より前12ヵ月以内で事業所に変更があった方→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 ※全国健康保険協会に加入している事業所に限ります。
- ②障害厚生年金または障害手当金を受給しているとき→障害厚生年金(障害基礎年金)の年金証書と年金額改定通知書等(障害厚生年金の額と支給開始年月、障害厚生年金の直近の額がわかるもの)の写し
- ③老齢または退職を事由とする公的年金を受給しているとき→年金証書と年金額改定通知書等(老齢退職年金の額と支給開始年月、老齢退職年金の直近の額がわかるもの)の写し
- ④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」
- ⑤ケガ(負傷)の場合→「負傷原因届」
- ⑥第三者による傷病の場合→「第三者行為による傷病届」(詳しくは協会けんぽにお問い合わせください。)
- ⑦被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合→被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等(相続人であることが確認できる書類)

※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、捺印、住所、電話番号を明記)を添付してください。
※審査の結果、協会けんぽにて、その他の添付書類の提出をご依頼させていただく場合もございます。

添付書類

出産手当金

出産のため仕事を休んだとき

出産手当金とは

出産手当金とは、被保険者が出産のために仕事を休み、その間の給与を受けられないときの休業の保障です。「**出産手当金支給申請書**」に事業主と医師または助産師の証明を受け、協会けんぽに提出してください。

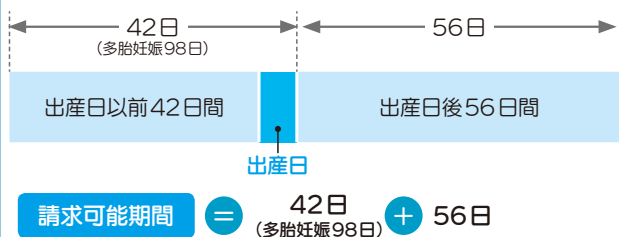
出産手当金の請求可能期間

請求可能期間は、「**出産日** (出産が予定日後のときは**出産予定日**)」以前42日 (多胎妊娠の場合98日) から「**出産日後56日目**」までの範囲内です。出産日は**出産日**以前の期間に含まれます。

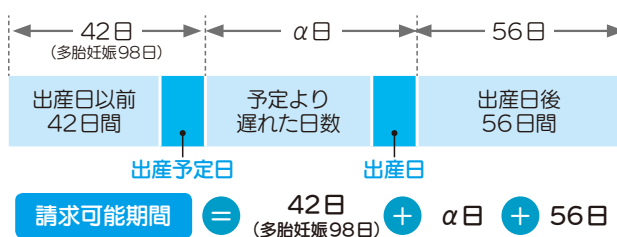
また、出産が予定日より遅れた場合、その遅れた期間についても**出産手当金**が支給されます。



出産予定日に出産した場合または出産予定日より早く出産した場合



出産予定日より遅れて出産した場合



出産手当金の支給額の計算方法

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

の平均額の30分の1

被保険者期間が1年に満たない場合は、入社後の平均額か、協会けんぽ全被保険者の平均額 (令和3年度は30万円) のいずれか低い額を使用して計算します

計算事例は、傷病手当金の支給額 (35頁) をご参照ください。

傷病手当金を受けられるとき

平成28年3月までは出産手当金を支給する場合、その期間については傷病手当金を支給していませんでしたが、平成28年4月から、傷病手当金の額が出産手当金の額よりも多ければ、その差額を支給することになりました。

退職などで資格喪失した後の出産手当金について

下記の①～③の要件を満たす場合のみ、退職後も引き続き**出産手当金**の支給を受けることができます。

- ①退職日までに、1年以上継続して被保険者であること
- ②退職日出勤していないこと
- ③**出産手当金**の請求可能期間中に退職していること

任意継続被保険者に対しては、資格喪失後の給付として支給される場合を除き**出産手当金**は支給されません。

● 産前産後期間一覧表(単胎の場合) ●

産前42日(多胎の場合は98日)産後56日・()内はうるう年

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

健康保険 出産手当金支給申請書

記載例



出産のため仕事を休んだとき

健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3
被保険者記入用 手

記入方法および添付書類等については、「健康保険 出産手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	2 1 7 0 0 0 2 3	番号	2	生年月日	年 月 日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	5 2 0 8 0 2
	氏名・印	(フリガナ) ケン ボ	ヤス コ	印	自署の場合は押印を省略できます。			
	住所	〒 0 0 0 0 0 0 0	茨城 都 道 府 県	〇〇市〇〇町3-2				

振込先指定口座	金融機関名称	〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	2 3 4 5 6 7 1
	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。)		口座名義の区分

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の情報	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。	年 月 日	1. 平成 2. 令和
	代理人 (口座名義人)	住所	被保険者との関係	
	氏名・印	(フリガナ)	印	

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。

記入した場合は、本人確認書類及び給付台帳の添付が必須となります。(詳細は「記入の手引き」をご覧ください)

「被保険者・医師・助産師記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

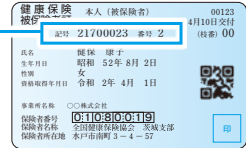
様式番号

6 1 1 1 6 9



1 / 3

記号・番号は、保険証に記載されています。



被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。
記入した場合は6頁「マイナンバーの取り扱いについて」をご覧ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・貯金種目・口座番号を記入してください。

金融機関名称	ゆうちょ	郵便 番号: 〇三三	本店 支店
預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	2 3 4 5 6 7 1
口座名義	ケンボ ヤスコ		口座名義の区分

健康保険 出産手当金支給申請書

記載例



出産前の申請か出産後の申請か記入してください。

出産前の申請の場合、出産予定日のみを記入してください。
 出産後の申請の場合、出産日と出産予定日の両方を記入してください。

出産のため労務に服さなかった期間とその日数（公休日を
 含む）を記入してください。

医師または助産師に記入していただけてください。記入
 漏れのないようにお願いします。

健康保険 出産手当金 支給申請書

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名 **健保 康子**

1 今回の出産手当金の申請は、出産前の申請ですか、それとも出産後の申請ですか。 **2** 1. 出産前の申請 2. 出産後の申請

2 上記で「出産前の申請」の場合は、出産予定日をご記入ください。
 「出産後の申請」の場合は、出産日と出産予定日をご記入ください。

出産予定日 **2** 1. 平成 2. 令和 **030821**

出産日 **2** 1. 平成 2. 令和 **030823**

3 出産のため休んだ期間（申請期間）

2 1. 平成 2. 令和 **030711** から **100** 日
2 1. 平成 2. 令和 **031018** まで

4 上記の出産のため休んだ期間（申請期間）の報酬を受けましたか、または今後受けられますか。

2 1. はい 2. いいえ

5 上記で「はい」と答えた場合、その報酬の額と、その報酬支払の基礎となった（なる）期間をご記入ください。

1. 平成 2. 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで

円

医師・助産師記入用

出産者氏名 **健保 康子**

出産予定年月日 **2** 1. 平成 2. 令和 **030821** 出産年月日 **2** 1. 平成 2. 令和 **030823**

出生児の数 **1** 1. 単胎 2. 多胎 () 児) 生産または死産の別 1. 生産 2. 死産 () 胎) () 産)

上記のとおり相違ないことを証明する。

医療機関の所在地 **茨城県〇〇市〇〇町△△1-1** **2** 1. 平成 2. 令和 **030924**

医療機関の名称 **〇〇総合病院**

医師・助産師の氏名 **保険 丸次郎** 電話番号 **〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇**

「事業主記入用」は3ページに続きます。▶▶▶

様式番号 **611268**

全国健康保険協会 協会けんぽ **2/3**

出産のため休んだ期間（申請期間）を含む賃金計算期間（賃金計算の締日の翌日から締日の期間）の勤務状況について、出勤した場合は○で、有給の場合は△で、公休日の場合は公で、欠勤の場合は／で表示してください。

給与の種類について、該当する給与の種類を選んで☑を入れてください。

出産のため休んだ期間（申請期間）を含む賃金計算期間における賃金支給状況について記入してください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等を記入してください。支給額が0円の場合、0円と記入してください。

賃金計算の締日および賃金の支払日を記入してください。

健康保険 出産手当金 支給申請書

事業主記入用

被保険者氏名 **健保 康子**

勤務状況 【出勤は○で、有給休暇は△で、【公休日は公で、【欠勤は/でそれぞれ表示してください。】

出勤	有給
2 0307 計 6 日 0 日	
2 0308 計 0 日 0 日	
2 0309 計 0 日 0 日	
2 0310 計 0 日 0 日	
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 計	

上記の期間に対して、 はい いいえ 給与の種類 月給 時間給 日給 歩合給 日給月給 その他 賃金計算 締日 未 支払日 **2** 1. 当月 2. 翌月 **10** 日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

区分	標準	07月01日～08月01日	08月01日～
基本給	1000	48000	0
通勤手当	20000	20000	0
手当			
手当			
手当			
手当			
預め給付			
合計	68000	0	

賃金計算方法（欠勤控除計算方法等）についてご記入ください。
 基本給計算方法@1,000円×8時間×6日=48,000円 担当者氏名 **〇〇〇**
 通勤手当・欠勤控除なし

上記のとおり相違ないことを証明します。事業所所在地 **〇〇市〇〇町△△1-2** **2** 1. 平成 2. 令和 **031105**
 事業所名称 **〇〇株式会社** 事業主氏名 **健保 二郎** 電話番号 **〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇**

様式番号 **611367**

全国健康保険協会

！ 申請期限 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 支給開始日以前12ヵ月以内で事業所に変更があった方→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 ※全国健康保険協会に加入している事業所に限ります。
 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、捺印、住所、電話番号を明記）
 ※審査の結果、協会けんぽにて、その他の添付書類の提出をご依頼させていただきます。

出産育児一時金

出産したとき

出産育児一時金とは

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。

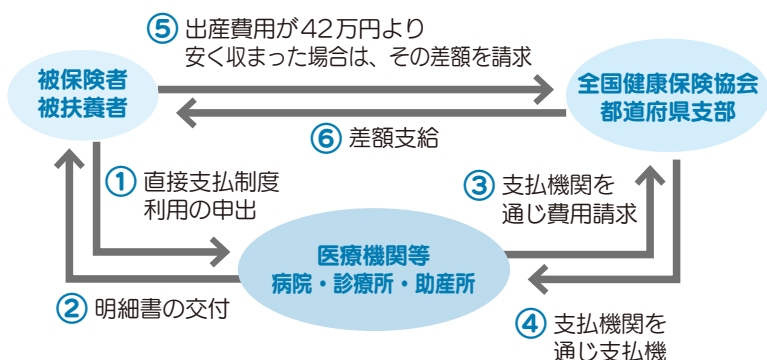
出産育児一時金の支給方法（直接支払制度・受取代理制度）

出産にかかる費用に出産育児一時金を充てることができるよう、全国健康保険協会から出産育児一時金を医療機関等に直接支払う仕組み（直接支払制度）となっていますので、出産費用としてまとまった額を事前にご用意いただく必要はありません。

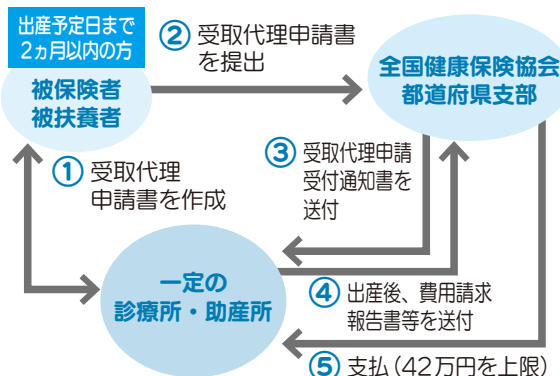
なお、直接、医療機関等に出産育児一時金が支払われることを希望しない方は、出産後に被保険者の方から全国健康保険協会都道府県支部に申請いただいた上で、出産育児一時金を支給する方法をご利用いただくことも可能です。

※直接支払制度では、事務的負担や資金繰りへの影響が大きいと考えられる施設で、厚生労働省へ届け出た診療所・助産所については、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金を受け取る「受取代理」制度を利用することができます。

直接支払制度の流れ

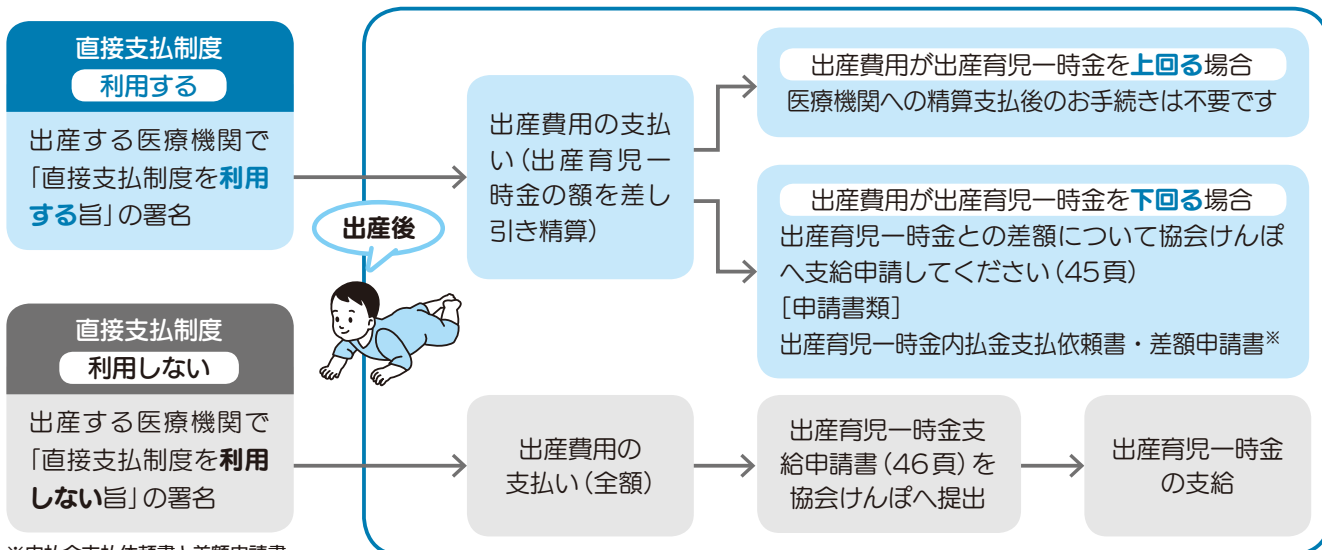


受取代理制度の流れ



※出産費用が42万円を超える場合、被保険者等はその差額を診療所・助産所に支払います。
 ※出産費用が42万円未満の場合、協会けんぽは、その差額を被保険者等に支払います。

☑ 出産育児一時金の支給にかかる手順



※内払金支払依頼書と差額申請書

直接支払制度を利用された場合に、出産費用が出産育児一時金の支給額を下回り差額が発生する場合は、協会けんぽから被保険者の方へ医療機関等に代理受取額をお支払いした旨をお知らせするのにあわせて、差額分を申請いただく旨のご案内に記載された「支給決定通知書」(以下「通知書」といいます)が送付されます。通知書を受け取る前に早期に差額分の受取りを希望される場合は「内払金支払依頼書」としてご提出ください。通知書を受け取られた後に申請書を提出する場合は「差額申請書」としてご提出ください。

出産育児一時金・家族出産育児一時金の額

被保険者およびその被扶養者が出産したときの出産育児一時金および家族出産育児一時金の額は、一児につき42万円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合または在胎週数22週未満の分娩の場合は40.4万円）となります。

多児を出産したときは、胎児数分だけ支給されます。



出産育児一時金・家族出産育児一時金の支給額

産科医療補償制度加入機関で在胎週数22週以降の出産

42万円

産科医療補償制度加入機関で在胎週数が22週に達しなかった出産

40.4万円

産科医療補償制度未加入の機関で出産



出産とは

妊娠85日(4ヵ月)以後の生産(早産)、死産(流産)、人工妊娠中絶をいいます。

産科医療補償制度とは

医療機関が加入する制度で、加入機関で出産され、万一、分娩時の何らかの理由により重度の脳性まひとなった場合、赤ちゃんのご家族の経済的負担を補償するものです。

☑ 直接支払制度利用の場合の出産費用(産科医療補償制度加入機関で出産した場合)

出産費用が出産育児一時金を上回る場合

(例) 出産費用が50万円の場合

$$\begin{array}{c} \text{出産費用} \\ 50\text{万円} \end{array} - \begin{array}{c} \text{出産育児一時金} \\ 42\text{万円} \end{array} = \begin{array}{c} \text{医療機関へ支払う額} \\ 8\text{万円} \end{array}$$

不足分を医療機関の窓口でお支払いいただきます

出産費用が出産育児一時金を下回る場合

(例) 出産費用が40万円の場合

$$\begin{array}{c} \text{出産育児一時金} \\ 42\text{万円} \end{array} - \begin{array}{c} \text{出産費用} \\ 40\text{万円} \end{array} = \begin{array}{c} \text{差額支給分} \\ 2\text{万円} \end{array}$$

協会けんぽへ差額分の支給申請をしていただきます
(記載例45頁参照)

帝王切開等(保険適用)による分娩の場合は、限度額適用認定証をご申請ください

帝王切開等による分娩の場合は、健康保険が適用されます。帝王切開など高額な保険診療が必要と分かった方は、協会けんぽへ「限度額適用認定証」をご申請ください(32頁参照)。

限度額適用認定証を利用すると、自己負担額を限度額までのお支払いでとどめられます。

退職などで資格喪失した後の出産育児一時金について

下記の①、②の要件を満たす場合のみ、被保険者が資格喪失した後の出産(被扶養者の出産については対象となりません)であっても、出産育児一時金のお手続きをすることができます。

ただし、「資格喪失後に加入する健康保険」かどちらかでお手続きください。

①退職日までに、1年以上継続して被保険者であること

②資格喪失後6ヵ月以内の出産であること

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・差額申請書

記載例



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

記号・番号は、保険証に記載されています。

被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。) ※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・貯金種目・口座番号を記入してください。

死産の場合は、死産児数とともに妊娠経過週数を記入してください。

多児出産の場合は、すべての出生児の氏名を記入してください。

【内払金支払依頼書として提出する場合】
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。ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に「出産年月日」および「出生児数」が記載されている場合は必要ありません。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。

【差額申請書として提出する場合】
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は必要ありません。

扶養認定後6カ月以内の出産の場合は、必ず記入してください。

提出時期

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取額との差額について支払いを希望するとき

添付書類

- 差額申請書として提出する場合は、添付書類は、必要ありません。
 - 内払金支払依頼書として提出する場合
 - ①医療機関等から交付される出産費用の領収・明細書のコピー(領収・明細書には、医療機関等が支払機関へ提出する「専用請求書の内容と相違ない旨」の記載および「産科医療補償制度の対象分娩であることを証明する所定の印」が押印(該当する場合のみ)されています)
 - ②医療機関等から交付される直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー(代理契約に関する文書には「代理契約を医療機関等と締結している旨」および申請先となる「保険者名」が記載されています)
 - ③医師・助産師または市区町村長の証明が受けられない場合→出生が確認できる書類(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(原本提示)、住民票など)。死産が確認できる書類(死産証書など)
- ※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、捺印、住所、電話番号を明記)を添付してください。
- その他
被保険者が亡くなられ、相続の方が請求する場合→被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等(相続人であることが確認できる書類)

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金 支給申請書

記載例



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

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金 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、健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金 支給申請書 記入の手引きをご覧ください。申請書は、裏のホルダー等を使用し、書で特にと丁寧に記入ください。

記入票番号: 01|2|3|4|5|6|7|8|9|アイ|ウ

被保険者証の記号: 217000231

生年月日: 010510

氏名・印: 協会 一郎

住所: 茨城県 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

金融機関名: 〇〇 口座番号: 1234567

口座名義: キョウカイイチロウ

被保険者 (代理人): 協会 花子

社会保険労務士の提出代行者名: 621168

記号・番号は、保険証に記載されています。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・貯金種目・口座番号を記入してください。

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。記入した場合は6頁「マイナンバーの取り扱いについて」をご覧ください。

死産の場合は、死産児数とともに妊娠経過週数を記入してください。

多児出産の場合は、すべての出生児の氏名を記入してください。

「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。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。

扶養認定後6ヵ月以内の出産の場合は必ず記入してください。

健康保険 被保険者・家族 出産育児一時金 支給申請書 (被保険者・市区町村長記入用)

被保険者氏名: 協会 一郎

1 出生した者: 2 被保険者 2 家族(被扶養者)

1 出生した者 氏名: 協会 花子 生年月日: 021112

2 出生した年月日: 030730

3 出産または死産の別: 1 出産 2 死産 3 生産・死産併在

4 出生児の氏名: 協会 一郎、一美

5 出生した医療機関等: 〇〇総合病院 所在地: 〇〇市〇〇町〇〇1-1

6 出生した方: 1 はい 2 いいえ

7 保険者名: ΔΔ健康保険組合 記号・番号: 12345678-90

8 出生者氏名: 協会 花子 出生年月日: 030730

9 出生児の数: 2 単胎 2 胎 10 生産または死産の別: 1 生産 2 死産

11 本籍: 〇〇市〇〇町〇〇1-1 医療機関の名前: 〇〇総合病院 医師・助産師の氏名: 協会 一之助

12 母の氏名: 出生年月日: 市区町村長名

13 市区町村長名: 621267

！ 申請期限

出産日の翌日から2年以内

！ 添付書類

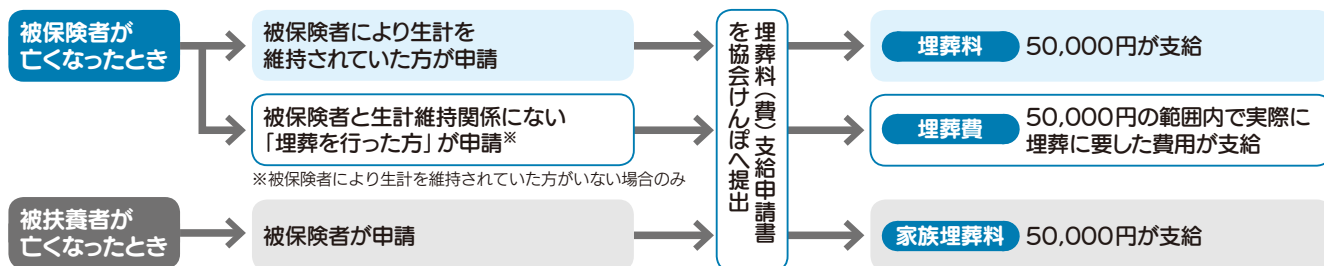
- 必ず添付が必要なもの
医療機関等から交付される直接支払制度を利用していないことを証明する書類のコピー(領収・明細書に「直接支払制度を利用していない旨」が記載されている場合を除く)
※産科医療補償制度の対象分娩である場合には、その旨を証する所定の押印のある領収・明細書が必要です。
- 医師・助産師または市区町村長の証明が受けられない場合に添付が必要なもの
・出生が確認できる書類(戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳(原本提示)、住民票など)
・死産が確認できる書類(死産証書(死胎検案書)など)
※証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文(翻訳者の署名、捺印、住所、電話番号を明記)を添付してください。
- その他
被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合→被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等(相続人であることが確認できる書類)

埋葬料(費)・家族埋葬料

被保険者や被扶養者が亡くなったとき

被保険者の死亡に「埋葬料(費)」、被扶養者の死亡に「家族埋葬料」

被保険者・被扶養者が業務外の事由により亡くなった場合、埋葬料(費)が支給されます。「亡くなった方」「申請する方」によって、「埋葬料」「埋葬費」「家族埋葬料」に分かれます。

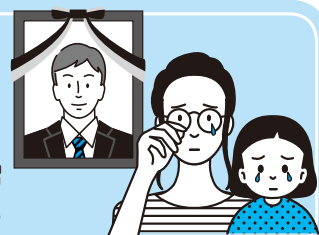


生計を維持されていた方とは

被保険者によって生計費の一部でも維持されている方であればよく、民法上の親族や遺族であることは問われません。また、被保険者が世帯主であるか、同一世帯であるかも問われません。

実際に埋葬に要した費用とは

霊柩車代、霊柩運搬代、霊前供物代、火葬料、僧侶の謝礼等の実費額です。



亡くなったときは、保険証の返却と届出を

被保険者・被扶養者が亡くなったときは事業主へ保険証をご返却ください。

事業主は返却された保険証を添えて、**日本年金機構埼玉広域事務センター**へ届書(下記参照)をご提出ください。(任意継続保険のご加入者は、協会けんぽへ埋葬料(費)支給申請書と併せて保険証を返却してください)

☑ 事業主が日本年金機構埼玉広域事務センターへ提出するもの

被保険者が亡くなったとき	①保険証(被保険者+被扶養者全員分) ②被保険者資格喪失届(死亡日の翌日が喪失日)
被扶養者が亡くなったとき	①保険証(亡くなった被扶養者分) ②被扶養者異動届(死亡日の翌日が扶養解除日)

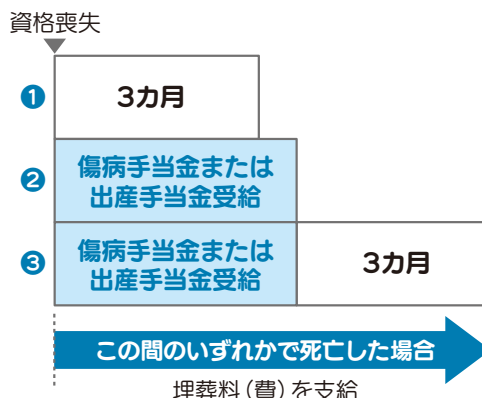
資格喪失後の埋葬料(費)

被保険者がその資格喪失後に亡くなり、次のいずれかに該当する場合は、埋葬料または埋葬費が支給されます。

- ①被保険者だった方が資格喪失後3ヵ月以内に亡くなったとき
- ②被保険者だった方が資格喪失後の傷病手当金または出産手当金の継続給付を受けている間に亡くなったとき
- ③被保険者だった方が②の継続給付を受けなくなってから3ヵ月以内に亡くなったとき

①の場合は、亡くなった方の資格喪失前の被保険者期間の長さは問われません。

なお、被保険者の資格喪失後に被扶養者だったご家族が亡くなっても、家族埋葬料は支給されません。



健康保険 被保険者・ 家族埋葬料(費)支給申請書

記載例



被保険者が亡くなった場合

健康保険 被保険者 家族埋葬料(費)支給申請書

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族埋葬料(費)支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、裏のホルダー等を使用

被保険者情報

健康保険証の(左側の) 記号 211700023 番号 1 生年月日 年 月 日 1.平成 2.令和 3.昭和 010510

氏名・印 (フリガナ) キョウカイ ハナコ 協会 花子

住所 〒 0000000 茨城 県 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

金融機関 〇〇 〇〇 口座番号 2345671

口座名義 キョウカイ ハナコ

代理人 (申請者) 協会 花子

代理人 (口座名義人) 協会 花子

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

6 3 1 1 6 7

全国健康保険協会
協会けんぽ

健康保険 本人(被保険者) 00487
4月10日交付 (住所) 00
記号 21700023 番号 1

氏名 協会 一郎
生年月日 平成 元年 5月 10日
性別 男
有効期限年月日 令和 3年 4月 1日

健康保険証

記号・番号は、保険証
に記載されています。

被保険者が亡くなられての申請の場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・貯金種目・口座番号を記入してください。

金融機関 名称 ゆうちょ 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
支店(漢数字3文字) 〇〇〇
口座番号 2345671

口座名義 キョウカイ ハナコ

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。
記入した場合は6頁「マイナンバーの取り扱いについて」をご覧ください。

被扶養者または被扶養者以外で被保険者により生計維持された方が申請する場合は、記入の必要はありません。それ以外の方で実際に埋葬を行った方が申請する場合は、必ず記入してください。

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。

健康保険 被保険者 家族埋葬料(費)支給申請書

被保険者氏名 協会 一郎

死亡年月日 年 月 日 死亡原因 脳膜下出血

申請内容

死亡した方の 2.平成 3.昭和 030910

●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき

ご家族の氏名 生年月日 1.平成 2.令和 3.昭和

●被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者の氏名 協会 一郎 被保険者からみた申請者との身分関係 妻 埋葬した年月日 1.平成 2.令和

埋葬に要した費用の額 円 法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整減額) 円

事業主情報

事業主所在地 〇〇市〇〇町1-1 2.平成 3.昭和 030924

事業主名称 〇〇株式会社

事業主氏名 健保 二郎

6 3 1 1 6 6 6

全国健康保険協会
協会けんぽ

健康保険 被保険者・ 家族埋葬料(費)支給申請書

記載例



被扶養者が亡くなった場合

健康保険 被保険者・家族埋葬料(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「健康保険 被保険者・家族埋葬料(費)支給申請書 記入の手引き」をご覧ください。
申請書は、黒のボールペン等を使用し、指番号で特になりに丁寧に記入ください。 (記入用紙 01123456789アイウ)

被保険者証の(定) 記号 21700023 番号 1 生年月日 年 月 日 010510

氏名・印 (フリガナ) キョウ カイ イチ ロウ 協会 一郎

住所 〒 0000000 茨城 県 00市00町1-1 ΔΔマンション101

金融機関 名称 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 イチロウ

被保険者(申請者) 氏名・印 住所 被保険者(申請者)との関係

代理人(口座名義人) 氏名・印

社会保険労務士の提出代行書記職欄

健康保険 本人(被保険者) 00487
被扶養者 記号 21700023 番号 1 4月10日交付 (住所) 00

氏名 協会 一郎
生年月日 平成 元年 5月 10日
性別 男
資格取得年月日 令和 3年 4月 1日

事業主名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
被扶養者番号 9999999999999999
保険者名称 不同団体の健康保険 茨城支部
保険者所在地 水戸市南阿 3-4-57

記号・番号は、保険証に記載されています。

健康保険 被保険者・家族埋葬料(費)支給申請書 (被保険者・事業主記入用)

被保険者氏名 協会 一郎

死亡年月日 年 月 日 死亡原因 急性心不全

死亡した方の 記号 2 番号 030808

●家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき

ご家族の 氏名 協会 花子 生年月日 2 021112 被保険者との続柄 妻

死亡した方は、遺族などにより健康保険などが継続する健康保険の資格喪失後、被扶養者の認定を受けた方であり、次のいずれかに当てはまる方です。
①資格喪失後、3か月以内に亡くなったとき
②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなったとき
③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなったとき

●被保険者が死亡したための申請であるとき

被保険者の 氏名 協会 花子 被保険者からした申請費との関係 埋葬した 年月日 2 030815

埋葬に要した費用の額 円 法第3条第2項被保険者として支給を受けた時はその金額(調整補償) 円

死亡した方は、遺族などにより傷病手当金の資格喪失後、家族の被扶養者となつた方であり、次のいずれかに当てはまる方です。
①資格喪失後、3か月以内に亡くなったとき
②資格喪失後、傷病手当金や出産手当金を引き続き支給中に亡くなったとき
③資格喪失後、②の支給終了後、3か月以内に亡くなったとき

死亡した方の 氏名 協会 花子 被保険者・被扶養者の別 被扶養者 死亡年月日 年 月 日 2 030815

事業主所在地 00市00町1-1 2 030815

事業主名称 〇〇株式会社
事業主氏名 健保 二郎

保険証の記号番号を記入した場合は記入不要です。記入した場合は6頁「マイナンバーの取り扱いについて」をご覧ください。

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・貯金種目・口座番号を記入してください。

金融機関 名称 ゆうちょ 〇三ハ

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 イチロウ

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。

申請期限

死亡した日の翌日または埋葬を行った日の翌日から2年以内

添付書類

- 埋葬料**
- 被保険者が亡くなり、被扶養者以外で被保険者により生計を維持されていた方が埋葬料を申請する場合
 - ・亡くなった被保険者の住民票の除票と、申請者の住民票(住所が同一であった場合のみ)
 - ・住居が別の場合→定期的な仕送りの事実のわかる預貯金通帳や現金書留のコピーまたは亡くなった被保険者が申請者の公共料金等を支払ったことがわかる領収書など
- 埋葬費**
- 被保険者が亡くなり、実際に埋葬を行った方が埋葬費を申請する場合(埋葬料を申請可能な方がいない場合)
 - ・領収書の原本(支払った方および故人のフルネームが記載され、埋葬等に要した費用額が記載されているもの)
 - ・埋葬等に要した費用の明細書
 - 上記いずれの場合も事業主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査のコピー、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
 - 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、捺印、住所、電話番号を明記)を添付
 - 死亡原因が負傷による場合→「負傷原因届」を提出
 - 死亡原因の負傷が第三者による場合→「第三者行為による傷病届」を提出



協会けんぽ茨城支部の 健康づくり推進事業所認定制度

協会けんぽ茨城支部において健康経営に取り組む事業所さまを「健康づくり推進事業所」として認定し、企業の健康づくりをサポートいたします！

認定までのステップ

ステップ
1

「健康づくり推進事業所」の宣言（事業所さまから協会けんぽへ）

- 協会けんぽ茨城支部へ「健康づくり推進事業所」の宣言書（申請）をご提出ください。52頁の宣言書をご利用ください。
- 宣言書は郵送またはFAXで受付します。



ステップ
2

ヒアリング（協会けんぽから事業所さまへ）

- 宣言到着後、「健康経営取組みチェックシート」を事業所さまへFAXいたします。ご記入の上、ご提出ください。
- ご提出いただいたチェックシートについて協会けんぽ職員がヒアリングを行います。



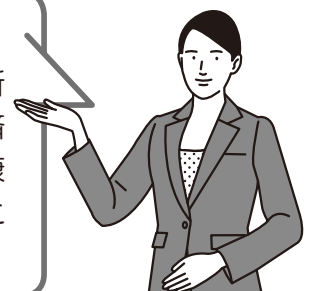
ステップ
3

評価結果のフィードバック・カルテの交付*（協会けんぽから事業所さまへ）

- 「健康経営取組みチェックシート」に基づき、評価結果を送付します。
（高い順にS～Dの5段階）
※10人以上の健診結果データがある事業所さまには「事業所健康度診断カルテ」も併せてお送りします
- 健康経営の取り組みが優れている事業所さま（評価がS、A、B）には、認定証を発行します。

さらなる取組みで健康経営優良法人に！

協会けんぽ茨城支部の実施する健康宣言事業に参加し、健康づくり推進事業所として認定を受けると、茨城県のいばらき健康経営推進事業所認定制度や経済産業省の健康経営優良法人認定制度（中小規模法人部門）に申請できます。健康経営に取り組む優良な法人としてより広くアピールできます！ぜひこの機会にあなたの会社でも健康づくり推進事業所宣言をしてみませんか？



「健康づくり推進事業所」の特典

※詳しくは協会けんぽ茨城支部ホームページをご確認ください。

①. 取り組み状況チェックシートの作成

自社の健康経営への取り組み状況が一目でわかります。

②. 事業所健康度診断カルテ

※加入者数が少ないなど、内容から個人が特定される可能性がある場合は、提供できないことがあります。

③. 健康づくり推進事業所認定証の発行

認定証を事業所内やお客様の目のつくところに置き、会社のPRにお役立てください。

④. 金融機関(筑波銀行・常陽銀行)の金利優遇

評価結果に応じて筑波銀行・常陽銀行の金利優遇が受けられます。

※別途審査があります。

⑤. スモールステップステッカー

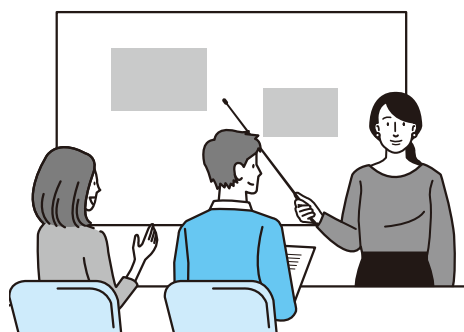
従業員の皆様や関係機関の方へ健康経営の取り組みをアピールできるステッカーです。

⑥. 健康測定機器の無料レンタル

血管年齢測定器や骨健康度測定器、肌年齢測定器、ストレス測定器を無料で貸し出します(先着200社)

⑦. 出前健康講座

「健康セミナー」「お口の健口教室」「お薬と健康教室」「メンタルヘルスケア研修会」「治療と仕事の両立支援」など、各種出前講座を無料で実施しています。

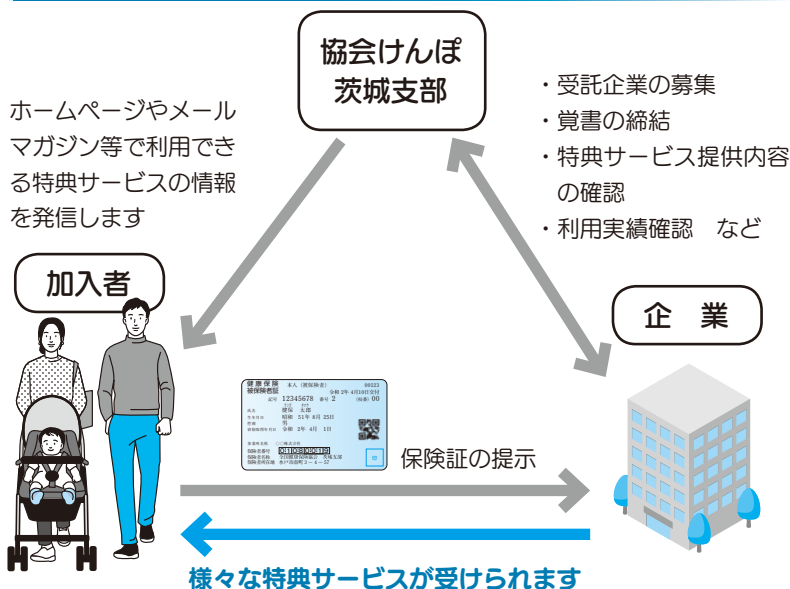


「いばらきヘルスアップサービス」のご案内

協会けんぽ茨城支部では、加入者の皆様の健康づくりの推進や、利益の実現のため、「いばらきヘルスアップサービス」を開始しました。

対象となる施設を利用する際に協会けんぽの健康保険証を提示することで、参加企業より健康づくりや健康増進に関する様々なサービスが受けられます。

利用イメージ



●加入者様・特典サービス●

(参加企業) 株式会社ルネサンス

[対象]

全国のスポーツクラブルネサンス全店(106店舗)

[サービス内容]

サービス内容は協会けんぽ茨城支部ホームページをご確認ください。

[お問い合わせ先]

03-5600-5399

※平日 10:00 ~ 17:30

健康づくり推進宣言書

全国健康保険協会茨城支部長 様

当社は、社員が心身とも元気に働ける会社を目指し、下記の項目について取り組んでいくことを宣言します。



健康診断の受診や 保健指導の利用を 推進します

例

従業員全員が健診を受けるようにする、勤務時間中に健診や再検査を受けられるようにする、再検査が必要な従業員に受診を促す、協会けんぽの特定保健指導を導入する、など



健康づくりに関する情報を 発信します

例

掲示板や社内報・回覧などを通じて従業員へ健康づくりの大切さを発信する、健康づくりに関する冊子や協会けんぽのメールマガジンなどを活用する、など



健康づくりを 促す職場の環境 整備に努めます

例

就業時間中禁煙の社内制度化、メンタルヘルス相談窓口の設置、ノー残業デーを定めるなど長時間労働の対策を行う、など

任意項目(該当の場合は)



“我が社の健康づくり”を 実施します

例

○階までは階段を利用する、自動販売機のジュースをお茶に変える、社員食堂にヘルシーメニューを導入する、など

具体策についてご記入ください

なお、金融機関に融資を申し込む場合、急ぎの際には、金融機関に対して評価結果をFAX等で開示することに同意いたします。

令和 年 月 日

事業所住所

事業所名

事業主氏名



電話番号

※健康づくり推進事業所として宣言したことについて協会けんぽ茨城支部のホームページに公表することに

同意します 同意しません

協会けんぽ茨城支部との窓口になっていただける方(事業主様または労務管理ご担当者様)をご登録願います

下記の者は協会けんぽ茨城支部との窓口(健康保険委員)として登録し、協会けんぽ茨城支部からの情報を受け取り、他の社員に情報提供いたします

ご担当者様	保険証の記号・番号 (保険証のお名前の上)	記号	番号
	所属・役職名		
	担当者名(健康保険委員名)		
	連絡先(電話番号)	電話	- (内線)
	メールアドレス ※月1回メールマガジンを 配信します		@

お申込みは郵送または **FAX 029-303-2100** で受付しております。

※コピーまたは切り取ってご使用ください。

協会けんぽ 茨城支部のご案内

電話番号・FAX番号

029-303-1500(代表)

- 健康保険の給付、保険証・限度額適用認定証等の発行、任意継続について
業務グループ **029-303-1582**
- 生活習慣病予防健診、特定健診、特定保健指導、健康づくり事業について
保健グループ **029-303-1584**
- 第三者行為等、医療費通知、診療報酬明細書の点検について
レセプトグループ **029-303-1583**
- 評議会の運営、広報、保険料率の算定等について
企画総務グループ **029-303-1580**
- FAX番号
029-303-2100

所在地

〒310-8502 茨城県水戸市南町3-4-57 水戸セントラルビル1階

交通案内

- 徒歩** JR水戸駅北口より「南町二丁目」の信号を右折し、最初の交差点信号を左折すぐ
- 車** 「南町二丁目」の信号を入り(一方通行)、最初の交差点信号を左折すぐ(地下駐車場5台有り)



ホームページもご覧ください

ホームページでは、申請書の記入例・よくあるご質問などを掲載しています。
また、申請書のダウンロードもできます。ぜひご覧ください。

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

協会けんぽ 茨城

検索

