

退職後も健康保険へ 継続加入をしたいとき

退職後の健康保険への加入

74歳までの被保険者が退職などで健康保険の資格を喪失した場合には、引き続き何らかの健康保険制度への加入が義務づけられています。退職後の健康保険には、「協会けんぽの任意継続」、「国民健康保険」、「ご家族の健康保険（被扶養者）」の3つの方法があります。毎月納める保険料などを比較のうえ、いずれかの健康保険にお手続きください。

加入先	協会けんぽの任意継続	国民健康保険	家族の健康保険（被扶養者）
手続き先	お住まいの都道府県の 協会けんぽ支部	お住まいの市区町村の 国民健康保険担当課	ご家族の勤務先
加入条件	- 退職日までに被保険者期間が継続して2ヵ月以上あること - 退職日の翌日から20日以内に手続きすること	お住まいの市区町村の国民健康保険担当課にお問い合わせください	- ご家族が加入している健康保険の扶養の条件を満たす必要があります - ご家族の勤務先にお問い合わせください
保険料	- 保険料は、退職前に控除されていた保険料を2倍した額になります ※保険料には上限があります。 ※お住まいの都道府県と退職前に加入していた協会けんぽの都道府県が異なる場合等、2倍した額とならない場合があります。	- 保険料は、加入する世帯の人数や、前年の所得などによって決まります - 保険料の軽減制度があります - お住まいの市区町村により保険料額が異なります	- 被扶養者の個人負担はありません - ご家族の勤務先にお問い合わせください

協会けんぽの任意継続被保険者となるためには

退職などにより協会けんぽの被保険者資格を喪失したときは、下記の①、②の要件を満たしている場合、協会けんぽの健康保険に引き続き加入することができます。

※倒産や解雇などにより自らが望まない形で失業された方は、国民健康保険料が軽減される場合があります、任意継続の保険料よりも安くなるケースがあります。詳しくはお住まいの市区町村役場にお問い合わせください。

- ① 資格喪失日の前日（退職日）までに、被保険者期間が継続して2ヵ月以上あること
- ② 資格喪失日（退職日の翌日）から20日以内に「任意継続被保険者資格取得申出書」を提出すること

加入期間と資格喪失

加入期間

加入できるのは最長で2年間です。（退職日の翌日から加入）

資格喪失

任意継続被保険者は右のいずれかに該当する場合にのみ、資格を喪失します。「国民健康保険に加入する」「ご家族の健康保険の扶養に入る」という理由では資格喪失となりません。

任意継続被保険者の資格を喪失するとき

- ① 保険料を納付期限までに納めなかったとき
 - ② 任意継続被保険者となった日から2年を経過したとき
 - ③ 任意継続被保険者が亡くなったとき
 - ④ 就職等により健康保険・共済組合等の被保険者になったとき
 - ⑤ 75歳になった等の理由により、後期高齢者医療制度の被保険者になったとき
- （④、⑤の場合は、任意継続被保険者資格喪失申出書の提出が必要です）

任意継続被保険者の1ヵ月の保険料

退職時点の標準報酬月額

事業主の届出によって登録された給与の月額上限は30万円（改定される場合あり）



都道府県別健康保険料率

40～64歳の方は介護保険料率が上乗せ

※住所地の都道府県の都道府県別健康保険料率となります。

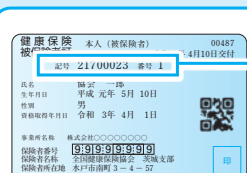


任意継続の保険料

全額自己負担

健康保険 任意継続被保険者 資格取得申出書

記載例



記号・番号は、在職時の保険証に記載されています。

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 記入の手引き」をご確認ください。
申出書は、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。

記入用紙 0123456789アイウエオ

勤務していた時に使用していた被保険者証の発行都道府県 ☐ 支部

勤務していた時に使用していた被保険者証の記号 21700023 番号 1

生年月日 年 月 日
☐ 昭和 ☒ 平成 0105110

氏名 姓 協 会 名 義 一 郎 姓 別 ☒ 男 ☐ 女

住所 〒000-0000 茨城 県 〇〇市〇〇町1-1
電話番号 (日中の連絡先) TEL XXX (XXX) XXXX 〇〇市〇〇町1-1
△△マンション101

勤務していた事業所の名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 所在地 〇〇市〇〇町1-1

資格喪失年月日 (退職日の翌日) 令和 3 年 7 月 21 日

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

健康保険 資格喪失証明欄【事業主記入用】※任意

在職時に使用していた被保険者証の記号・番号

被保険者氏名 協 会 名 義 一 郎

資格喪失年月日 年 月 日 備考欄

上記の記載内容に誤りのないことを証明します。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号

健康保険資格喪失証明欄 (事業主記入用) の記載は任意です。
※任意継続資格取得申出書の提出は、退職日の翌日から20日以内です。証明の準備に時間がかかる場合は、証明欄の記載がなくてもお手続きできます。(被保険者証は、日本年金機構での資格喪失処理が完了からの交付となります。)

被扶養者となられる方がいる場合は裏面の被扶養者届の記載をお願いします。

被扶養者のマイナンバー記載欄
被扶養者の記号番号が不明の場合は記入してください。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

社会保険労務士の提出代行名記載欄

200110 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

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。

！ 申出期限

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・通信関係のスト等)があると認められるときは、提出期限を過ぎても受領される場合があります。

！ 提出先

ご自宅の住所地を管轄する協会けんぽ各都道府県支部

！ 添付書類①

●扶養認定を受ける方の年間収入が確認できる書類等、下表の書類を添付ください。(必須)

- ・「収入を証明する書類」は、16歳未満の場合、添付を省略できます。(学生でも16歳以上の方は添付が必要です)
- ・「仕送り額の確認できる書類」は、16歳未満または16歳以上の学生の場合、添付を省略できます。

	在職時より引き続き扶養家族となる場合	新たに扶養家族となる場合
被保険者(本人)と同居している	①収入を証明する書類 所得証明書、非課税証明書※ など	①身分関係(続柄)を証明する書類 戸籍謄(抄)本または続柄の記載された世帯全員の住民票 ②収入を証明する書類 所得証明書、非課税証明書※ など ③同居していることを証明する書類 世帯全員が記載されている住民票
被保険者(本人)と別居している	①収入を証明する書類 所得証明書、非課税証明書※ など ②仕送り額の確認できる書類 振込の場合：預金通帳等の写し 送金の場合：現金書留の控え(写し)	①身分関係(続柄)を証明する書類 戸籍謄(抄)本 ②収入を証明する書類 所得証明書、非課税証明書※ など ③仕送り額の確認できる書類 振込の場合：預金通帳等の写し 送金の場合：現金書留の控え(写し) など

※収入金額の記載されているもの

●退職日の確認できる書類(任意) ①または②のいずれか

※早めに保険証の交付を希望される方は添付してください。

- ①退職証明書の写し、雇用保険被保険者離職票の写し、健康保険被保険者資格喪失届の写し等、資格喪失の事実が確認できる事業主または公的機関の証明印が押された書類
- ②本申出書の健康保険資格喪失証明欄(事業主記入用)への記載

記載例



被扶養者がいる場合は、必要事項を記入してください。添付書類が必要になる場合があります(下記添付書類を参照)

扶養の認定については認定を受ける方の年間収入が130万円未満(60歳以上または障害年金受給者等の場合は180万円未満)の場合に限ります。

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

1 2 **取**

申出者記入用

健康保険 被扶養者届【資格取得時】 ※資格取得日の前日以前に被扶養者となる方は、別途「被扶養者(異動)届」をご提出ください。

氏名 (フリガナ) キョウ カイ (氏) 協会 花子	生年月日 昭和 2年 11月 12日 平成 令和	性別 男 女	続柄 妻	職業 主婦	年間収入 0 万円	同僚別居の別 別居(国内在住) 別居(海外特例)
住所(同僚の場合は記載不要です。海外在住の方は署名のみ記載してください。)	マイナンバー 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	海外特例に該当する場合は記入してください。 ※各要件の詳細については記入の手引きの3ページ目を参照してください。 ☐ 留学 ☐ 同行家族 ☐ 特定活動 ☐ 海外帰国等 ☐ その他()				
氏名 (フリガナ) キョウ カイ (氏) 協会 大翔	生年月日 昭和 28年 9月 10日 平成 令和	性別 男 女	続柄 子	職業 なし	年間収入 0 万円	同僚別居の別 別居(国内在住) 別居(海外特例)
住所(同僚の場合は記載不要です。海外在住の方は署名のみ記載してください。)	マイナンバー 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	海外特例に該当する場合は記入してください。 ※各要件の詳細については記入の手引きの3ページ目を参照してください。 ☐ 留学 ☐ 同行家族 ☐ 特定活動 ☐ 海外帰国等 ☐ その他()				
氏名 (フリガナ) (氏)	生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和	性別 男 女	続柄	職業	年間収入 万円	同僚別居の別 別居(国内在住) 別居(海外特例)
住所(同僚の場合は記載不要です。海外在住の方は署名のみ記載してください。)	マイナンバー	海外特例に該当する場合は記入してください。 ※各要件の詳細については記入の手引きの3ページ目を参照してください。 ☐ 留学 ☐ 同行家族 ☐ 特定活動 ☐ 海外帰国等 ☐ その他()				
氏名 (フリガナ) (氏)	生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和	性別 男 女	続柄	職業	年間収入 万円	同僚別居の別 別居(国内在住) 別居(海外特例)
住所(同僚の場合は記載不要です。海外在住の方は署名のみ記載してください。)	マイナンバー	海外特例に該当する場合は記入してください。 ※各要件の詳細については記入の手引きの3ページ目を参照してください。 ☐ 留学 ☐ 同行家族 ☐ 特定活動 ☐ 海外帰国等 ☐ その他()				
氏名 (フリガナ) (氏)	生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和	性別 男 女	続柄	職業	年間収入 万円	同僚別居の別 別居(国内在住) 別居(海外特例)
住所(同僚の場合は記載不要です。海外在住の方は署名のみ記載してください。)	マイナンバー	海外特例に該当する場合は記入してください。 ※各要件の詳細については記入の手引きの3ページ目を参照してください。 ☐ 留学 ☐ 同行家族 ☐ 特定活動 ☐ 海外帰国等 ☐ その他()				
申立欄						

2 0 0 1 1 1

被扶養者のマイナンバーは忘れずに記入してください。

高校生以上の学生の方は、職業欄に在学中の学校名および学年(××高校2年、〇〇大学3年)を記入してください。

●扶養認定を受ける方が国内在住の場合

- ①続柄を証明する書類：戸籍謄(抄)本、または、世帯全員が記載されている住民票(被保険者と同居している場合に限る)
- ②収入を証明する書類：所得証明書、(非)課税証明書、給与証明書、離職票の写し、直近の年金額改定(振込)通知の写し、確定申告書の写し等 ※16歳未満の場合は添付不要(学生でも16歳以上の方は添付が必要)
- ③同居を証明する書類：同居が確認できる、世帯全員が記載されている住民票(被保険者と同居している場合)
- ④仕送りの事実と仕送り額の確認できる書類：預金通帳の写し、現金書留控の写し(被保険者と同居している場合)
※16歳未満及び16歳以上の学生の場合は添付不要(16歳以上の学生の場合は職業欄に「学生」と記入)
※在職時より引き続き被扶養者となる場合は、①③は添付不要

●海外在住の方で扶養認定を受ける場合(海外特例)

<海外特例要件・必要な証明書類 ※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必要です>

海外特例要件	追加で提出が必要な書類
① 外国において留学をする学生…(留学)	査証(ビザ)、学生証、在学証明書、入学証明書等の写し
② 外国に赴任する被保険者に同行する家族…(同行家族)	査証(ビザ)、海外赴任辞令、海外の公的機関が発行する居住証明書の写し
③ 観光、保養またはボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する家族…(特定活動)	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等の写し
④ 被保険者が海外に赴任する間に当該被保険者との身分関係が生じた家族(海外赴任中に生まれた被保険者の子供、海外赴任中に結婚した被保険者の配偶者など)…(海外婚姻等)	出生や婚姻等を証明する書類等の写し
⑤ ①～④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる家族…(その他)	個別に判断いたします。 任意継続加入支部へお問い合わせください。

※証明書類が外国語で作成されている場合は、翻訳者の署名がされた翻訳文が必要です。

！ 添付書類②

療養の給付

病気やケガをしたとき

病気やケガをしたとき（療養の給付について）

健康保険の被保険者や被扶養者が仕事とは関係のない事由により病気やケガをしたときは、保険医療機関（病院・診療所）に保険証および高齢受給者証（70歳以上75歳未満）を提示し、一部負担金を支払うことで以下のような療養の給付を受けることができます。また、医師の処方せんを受けた場合は、保険薬局で調剤をしてもらうことができます。

一部負担金は、年齢などによって負担割合が区分され、入院した場合には、食事代として標準負担額も負担します。

 診察 身体に異常があれば、いつでも健康保険で医師の診察や治療に必要な検査が受けられます。	 投薬 治療に必要な薬は、「薬価基準」に掲載されているものに限り支給されます。	 処置・手術 注射や処置・手術はもちろん、放射線療法、療養指導なども受けられます。ただし、認められていない特殊な治療は健康保険で受けることはできません。	 入院・看護 入院中の食事・生活療養については1食・1日につき、決められた額を負担いただきます。特別室（個室など）を希望するときは差額室料の負担が必要です。	 在宅療養・訪問看護 医師が必要と認めれば、在宅療法の指導が受けられます。また、訪問看護ステーションから派遣された看護師による訪問看護なども受けられます。
---	---	--	---	---

☑ 一部負担金の割合

義務教育就学前	2割負担
義務教育就学以後70歳未満	3割負担
70歳以上75歳未満（後期高齢者医療の対象者を除く）	一般 2割負担
	現役並み所得者 3割負担

現役並み所得者＝標準報酬月額28万円以上の被保険者と被扶養者
ただし、高齢受給者の被保険者・被扶養者の年収合計額が520万円（70歳以上の被扶養者がいない場合は383万円）未満のときは、申請により一般区分。

☑ 入院時の食事代の標準負担額

区 分	1食当たり負担額
一般	460円※1
低所得者世帯	90日までの入院※2 210円
	91日以降の入院 160円

※1 難病患者、小児慢性特定疾病患者は260円。

※2 入院日数は、他の保険者等の入院日数を合わせて計算できます。

差額を負担して医療を受けるとき（保険外併用療養費）

健康保険では、保険が適用されない保険外診療があると、保険が適用される診療も含めて、医療費の全額が自己負担となります。ただし、保険外診療を受ける場合でも、保険診療との差額を負担すれば健康保険が使える療養があります。これらは評価療養や選定療養といい、通常の治療と共通する部分（診察・検査・投薬・入院料など）については、一般の保険診療と同様に扱われ、その部分については一部負担金を支払うこととなり、残りの額を「保険外併用療養費」として健康保険から（現物で）給付が行われます。評価療養や選定療養の料金は、自費で支払います。

☑ 評価療養と選定療養の主なもの

先進医療 	特別の療養環境の提供 	予約診療・時間外診療 	200床以上の病院の未紹介患者の初診 	180日を超える入院 	前歯部の材料差額 
--	--	--	--	--	--

健康保険で受けられない診療

健康保険の「療養の給付」は、病気やケガをしたときの治療を対象として行われます。このため、日常生活に何ら支障がないのに受ける診療（美容整形など）に健康保険は使えません。妊娠も病気とはみなされないため、正常な状態での妊娠・出産は健康保険の適用から除外されています。また、健康保険の目的から外れるような病気やケガをしたときは給付が制限されることがあります。



業務上や通勤災害によるケガ

業務上（勤務先の仕事）の原因による病気やケガ、通勤途上に被った災害などが原因の病気やケガについては、健康保険給付は行われず、原則として労災保険の適用となります。

健康保険が使えないケース

- 単なる疲労や倦怠
- 近視の手術など
- 正常な妊娠・出産
- 歯の矯正
- 美容を目的とする整形手術
- 研究中の先進医療
- 経済的理由による人工妊娠中絶
- インプラント
- シミ・アザなどの先天的な皮膚の病気
- 予防注射

こんな場合は保険給付が制限されます

次のような場合の病気やケガについては、健康保険制度の健全な運営を阻害することになりますので、給付が受けられなかったり、一部を制限されることがあります。

- 1 犯罪行為や故意に事故（病気・ケガ・死亡など）を起こしたとき
- 2 けんか、酒酔いなどで病気やケガをしたとき
- 3 正当な理由もないのに医師（病院）の指示に従わなかったとき
- 4 詐欺、その他不正に保険給付を受けたり、受けようとしたとき
- 5 保険者の指示する質問や診断を拒んだとき
- 6 少年院や刑事施設などにいるとき
（保険給付を行うことが事実上不可能なため、支給されません。ただし、埋葬料と被扶養者への支給は行われます）

柔道整復師・整骨院・接骨院の正しいかかり方

整骨院・接骨院での施術は、健康保険が「使える場合」と「使えない場合」があります。

健康保険が使えます

骨折・脱臼・打撲・捻挫・挫傷（肉離れなど）

※骨折・脱臼は、応急手当の場合を除き医師の同意が必要です

一部
自己負担

健康保険が使えません

- × 日常生活での単なる肩こり、筋肉疲労、体調不良
- × 神経痛、リウマチ、ヘルニアなど慢性的な病気
- × 脳疾患の後遺症などの慢性病
- × スポーツなどの肉体的疲労からの回復目的
- × 仕事でのケガ（労災保険等の適用）
- × 病院や診療所などで、同じ負傷を治療されている場合

全額
自己負担

治療を受ける ときのご注意

- ① 負傷の原因を正しくはつきりと伝えてください。
- ② 療養費支給申請書には患者さんご自身で署名してください。
- ③ 領収証は必ず受取り、大切に保管してください。
- ④ 施術が長期にわたる場合は、内科的要因が考えられるため、医師の診断を受けてください。

お願い

協会けんぽでは、整骨院・接骨院から提出された療養費支給申請書について、施術を受けた加入者さまに、負傷原因や施術内容について、文書または電話で確認させていただく場合があります。健康保険の適正な運営のため、ご協力をお願いします。

はり・きゅう、あん摩・マッサージの正しいかかり方

はり・きゅう、あん摩・マッサージの施術は健康保険の対象となる条件が決められています。次のような傷病・症状や条件に該当した場合のみ、健康保険を使うことができます。

はり きゅう

- 神経痛
- 五十肩
- 頸腕症候群
- リウマチ
- 腰痛症
- 頸椎捻挫後遺症

神経痛やリウマチなど同一の範囲とされる慢性的な疼痛についても、認められる場合があります。

条件 医師による適当な治療手段がなく、医師がはり・きゅうの施術を受けることに同意した場合

あん摩 マッサージ

- 筋麻痺
 - 関節拘縮
- 診断名によることなく、上記の症状がみられる場合を含みます。

条件 症状の改善を目的として、医師があん摩・マッサージの施術が必要と同意した場合

※初回申請時に医師の同意書を添付してください。定期的に医師の同意が必要です。 ※はり・きゅうは医療機関との併用での施術は認められません。

交通事故などにあつたとき ～第三者行為～

交通事故などで保険証を使うときは

「第三者行為による傷病届」をご提出ください

業務外の事由による交通事故など、他人（第三者）の行為によって病気やけがをしたときに健康保険で治療を受ける場合は、「第三者行為による傷病届」等の提出が必要となります。

第三者行為による傷病とは？

交通事故



不当な暴力によるケガ



他人の飼い犬にかまれた



「第三者行為による傷病届」を提出

第三者行為によって負傷し、健康保険で治療を受ける場合、本来、加害者側が支払うべき治療費などを協会けんぽが立て替えて支払うことになるため、後日、協会けんぽが相手方に請求することになります。

このため、「第三者行為による傷病届」一式のご提出をお願いします。

※「第三者行為による傷病届」は、協会けんぽホームページからダウンロードいただくか、レセプトグループへ連絡いただければご郵送いたします。



！示談は慎重に

健康保険で治療中に示談が成立した場合、損害賠償請求権を放棄したことになり、

健康保険で治療を受けることができなくなる可能性があります。

示談をするときは、**事前に**協会けんぽ茨城支部までご相談ください。

上手な医療のかかり方

医療費はちょっとした心がけで負担を減らすことができます。上手な医療機関のかかり方を知り、医療費の無駄を減らしましょう。

① かかりつけ医を持ちましょう！

紹介状なしで大きな病院に受診すると、特別料金（全額患者負担）がかかります。気になる症状があれば、まずはかかりつけ医に相談してみましょう。

② はしご受診は負担が大きい！

同じ傷病で同時に複数の医療機関を受診する「はしご受診」は身体的にも経済的にも大きな負担につながります。

③ 夜間・休日診療は割増料金に！

医療機関に受診するべきか判断に迷う場合は救急電話相談をご利用ください。

☎こども救急電話相談：#8000

☎おとな救急電話相談：#7119

④ ジェネリック医薬品で医療費節約！

先発医薬品より安価で安全性や品質が同等であるジェネリック医薬品に切り替えることで、医療費を節約できます。まずは医師や薬剤師に相談しましょう。

医療費の立替払い、 治療用装具を作成したときなど

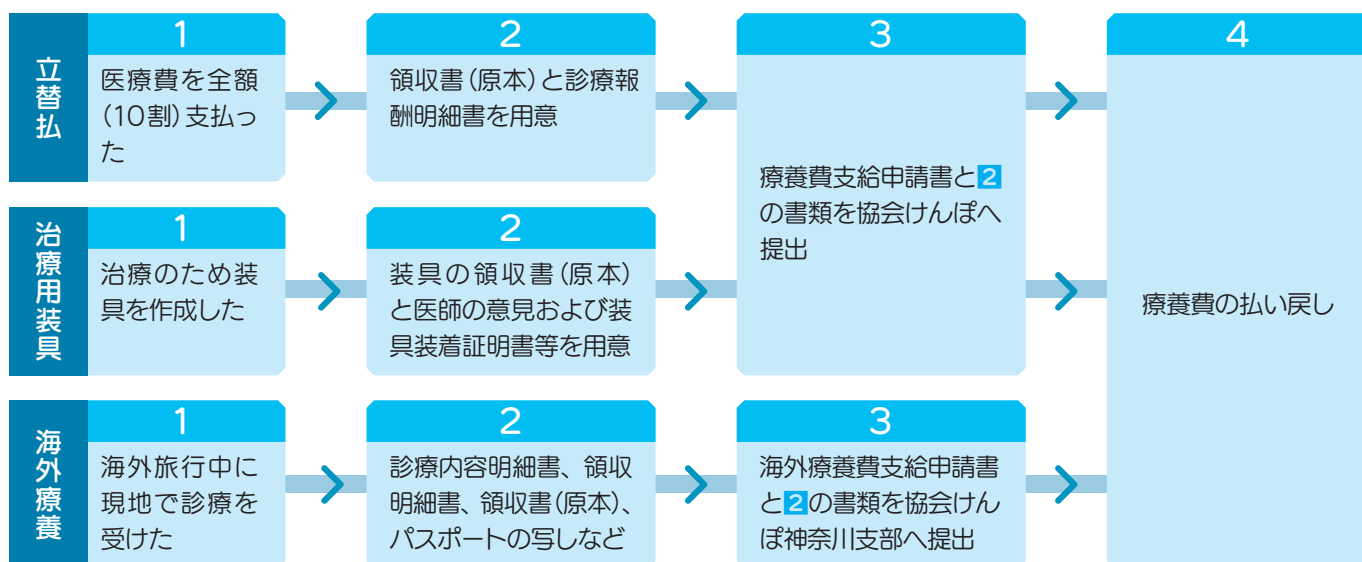
立替払いや治療用装具を作成したとき（療養費）

健康保険では、「やむを得ない事情で保険証を提示できず、医療費の全額（10割負担）を支払ったとき」や「治療のために装具を作成したとき」などの場合に、あとで請求して療養費として、払い戻しを受けることができます。

療養費が受けられる主なケース

- ① 資格取得届の手続き中で被保険者資格を証明できず、自費で診療を受けたとき
- ② やむを得ず保険医療機関ではない病院などで診療を受けたとき
- ③ 国民健康保険など他の保険者の保険証を使用したため、医療費の返還を行ったとき
- ④ 限度額適用・標準負担額減額認定証を提示しなかったことにより、入院時に支払った食事療養費を減額されない金額で支払ったとき
- ⑤ コルセットなどの治療用装具を医師の指示で作成し、装着したとき
- ⑥ 病院を通して生血を購入し輸血したとき（保存血を輸血した場合は、通常、保険診療の対象となります）
- ⑦ 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
- ⑧ 海外の医療機関で診療を受けたとき（業務上の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）
- ⑨ 柔道整復師（整骨院・接骨院）から施術を受けたとき（22頁参照）

療養費払い戻しの手順



療養費の支給額

療養費は、支払った医療費が全額払い戻されるわけではありません。被保険者や被扶養者が保険医療機関で保険診療を受けた場合を基準に計算した額（実際に支払った額が保険診療基準の額より少ないときは、実際に支払った額）から一部負担金相当額を差し引いた額が払い戻されます。また、健康保険で認められない費用などは除外されます。

一部負担金の割合

年齢	負担割合
義務教育就学前	2割
義務教育就学以後～69歳	3割
70歳～74歳	2～3割

健康保険 被保険者・家族療養費支給申請書(立替払等)

※受診者ごとに1部ずつ申請書を作成してください。

記載例



立替払等の場合

健康保険 被保険者・家族療養費支給申請書(立替払等) 1 2 ページ 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・家族療養費支給申請書(立替払等) 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。

被保険者証の(主) 記号 番号 生年月日 年 月 日

被保険者証の(主) 21700023 1 010510

氏名・印 (フリガナ) キョウ カイ イチ ロー 協会 一郎

住所 〒 0000000 茨城 〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101

金融機関 〇〇 〇〇

預金種別 1 1. 普通 2. 定期 3. 別当 4. 通知 口座番号 1234567

口座名義 キョウカイ イチロー

口座名義の区分 1 1. 被保険者 2. 代理人

受取代理人の欄

被保険者 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。

氏名・印 住所 被保険者情報の住所と同じ

代理人 (口座名義人) 住所 被保険者との関係

氏名・印

被保険者のマイナンバー記載欄

家族(被扶養者)の方の療養費の立替払等であっても、被保険者情報欄には、被保険者の氏名・生年月日・住所などの情報をご記入ください。

社会保険料滞り等の提出代行名記載欄

様式番号 661164 1

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 (有効) 00

記号 番号 21700023 第1 1

氏名 協会 一郎 生年月日 平成 元年 5月 10日 性別 男 被保険者生年月日 令和 3年 4月 1日

事業所名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 保険者名称 全国健康保険協会 療養費 保険者住所 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。

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。

金融機関 〇〇 〇〇

預金種別 1 1. 普通 2. 定期 3. 別当 4. 通知 口座番号 1234567

口座名義 キョウカイ イチロー

口座名義の区分 1 1. 被保険者 2. 代理人

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。

ケガ(負傷)による申請の場合は「負傷原因届」(27頁参照)を併せて提出してください。

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

領収書(領収明細書)に記載されている金額を記入してください。

健康保険 被保険者・家族療養費支給申請書(立替払等) 1 2 ページ 被保険者記入用

被保険者氏名 協会 一郎

申請内容

1 受診者 2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

1. 受診者 氏名 協会 花子 生年月日 2 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 021112

2 傷病名 感冒 発病または負傷年月日 2 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 021115

4 発病の原因および経過(詳しく) 1 病気 咳がひどく、高熱が出たため、受診した。

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

名称 〇〇総合病院 所在地 〇〇市〇〇町1-4 診療した医師等の氏名 保険 勤三郎

名称 △△薬局 所在地 〇〇市〇〇町1-4 診療した医師等の氏名 保険 愛子

6 診療を受けた期間 2 1. 平成 2. 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日数 1 日

0211105 0211105

上記の期間に 1. 平成 2. 令和 年 月 日から 年 月 日まで 日数 日

0500 5500

8 診療の内容 点滴を受け、薬を処方された

9 療養費の支給申請の理由 2 1. 入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため
2. 緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため
3. 誤って他の被保険者の被保険者証を使用したため
9. その他 (理由)

様式番号 661164 3

全国健康保険協会 協会けんぽ

記載例



治療用装具の場合

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 (治療用装具)		1	2	ページ	治
被保険者記入用		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 療養費 支給申請書 (治療用装具) 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、					
被保険者証の (左づめ)	記号 2 1 7 0 0 0 2 3	番号 1	生年月日 2 0 1 0 5 1 0	年 月 日	
(フリガナ) 氏名・印 キョウカイ イチロウ 協 会 一 郎			自署の場合は押印を省略できます。		
住所 〒 0 0 0 0 0 0 茨城		〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101			
電話番号 (日中の通話料) TEL		△△△△△△△△△△			
指定された口座に 振込される口座	金融機関 名称 〇〇	銀行：〇〇 支店：〇〇 (必要時：)	本店：〇〇 支店：〇〇 (代店：出張所、本営業所、支所：支所)		
預金種別 1 普通 3 別荘 4 通帳	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	左づめで記入ください。			
口座名義 キョウカイ イチロウ		口座名義の区分 1 被保険者 2 代理人			
「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)					
更新代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領権を下記の代理人に委任します。				
被保険者 氏名・印	年 月 日 印				
代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者情報」の住所と同じ				
TEL (ハイフン除く)	被保険者との 関係				
氏名・印	印				
※ご注意ください 「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>					
被保険者のマイナンバー記載欄 被保険者の印を捺印し、マイナンバーを記入してください。 記入した場合は、その被保険者及び関係者の印を捺印する必要があります。 (押印は「印」の字を必ず書く必要があります)					
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		印 提出代行者			
様式番号 6 6 1 6 6 9		1			
全国健康保険協会 協会けんぽ					
1 / 2					

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。

個人印鑑欄 名称	金銭関係 名称		ゆうちょ		銀行 食料、生活、 住宅、医療、 教育、交通、 その他		二 三 八		印鑑 本人、被印 他人、共同	
	預金種別		1 普通 3 定期 2 活期 4 定期		口座番号		1 2 3 4 5 6 7		生計で本人が主たる収入を得る口座	
	口座名称		下から右へ印名の順に1文字ずつ記入してください。横書き。半角カナは1文字として記入してください。		キョウカイ イチロウ		口座名義 の区分		1 被印者 の区分	

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。

ケガ(負傷)による申請の場合は「負傷原因届」(次頁参照)を併せて提出してください。

治療用装具を装着した日を記入してください。
日数は診療を受けた日の数を記入してください。

領収書に記載されている金額を記入してください。

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 (治療用装具)

1

2

ページ

被保険者記入用

被保険者氏名 協会 一郎

申請内容	① 受診者	1. 被保険者 2. 家族 (被扶養者)	
	①-① 家族の場合はその方の氏名	生年月日	1. 追加 2. 平成 3. 令和
② 傷病名	左膝関節靭帯損傷		③ 発病または 負傷年月日
	1. 平成 2. 令和		
④ 発病の原因および経過 (詳しく)	1. 病気 (原因および経過)		
	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名称	〇〇総合病院	〇〇市〇〇町1-2	診療した医師等の氏名 保険 一太郎
	名称	所在地	診療した医師等の氏名
⑥ 治療用装具を装着した日	1. 平成 2. 令和	年 月 日から	1. 平成 2. 令和
	年 月 日まで	日数	1
⑦ 上記の期間に ⑧-① 入院していた場合は、 その期間	1. 平成 2. 令和	年 月 日から	1. 平成 2. 令和
	年 月 日まで	日数	
⑧ 装具等の装着について 指示を受けた日	1. 平成 2. 令和	年 月 日	
	年 月 日		
⑨ 診療の内容	左膝用装具の装着		
⑩ 療養費の支給申請の理由	5. 治療用装具を作成したため		

様式番号

6 6 1 7 6 8

全国健康保険協会
協会けんぽ

2 / 2

負傷原因届 負傷(ケガ)がもとで申請する場合

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 届書は、黒のボールペン等を使用し、番書で枠内に丁寧に記入してください。			
被保険者の (生年月日)		記号 217000023	番号 1
氏名・印 協会 一郎		生年月日 年 月 日 01 05 10	性別 男
住所 (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 茨城県 〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101		TEL. XXX (XXX) XXXX	
負傷した方 負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む□を選択してください。		☐ 被保険者・□ 被扶養者(氏名) ☐ 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 左膝関節部損傷		男 災害保険に特別加入 していますか。 ☐ 特別加入している ☐ 特別加入していない	
負傷日時 平成 2 年 6 月 25 日 □午前 □午後 2 時頃			
負傷した時間等(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 □通勤 □送迎 □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() 野球場			
負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか。 □交通事故 □暴行(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		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。	
上記にあてはまる原因がある場合、相手はいませんか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。		☐ 有 ☐ 無 あなたは被害者 あなたは加害者	
負傷した時の状況を具体的に ご記入ください。		町内の野球大会の試合中に、捕球しようとした際に足にぶつけ転倒し、負傷した。	
治療経過 令和 2 年 6 月 30 日現在 □治療 □治療継続中 □中止			
治療期間 平成 2 年 6 月 25 日 から 平成 年 月 日まで			
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。			
事業所の労務運用 有・無		社員総数	
業務(通勤)災害 該当の確認		有・無 → 「無」の場合、その理由	
事業所所在地 (〒)		事業内容	
事業所名称		事業主氏名	
電話番号		印	
添付書類 様式番号		協会使用欄	
全国健康保険協会 協会けんぽ		(1/1)	

健康保険 本人(被保険者)	
記号	217000023
番号	1
氏名	協会 一郎
生年月日	平成 元年 5 月 10 日
性別	男
健康保険年月日	令和 3 年 4 月 1 日
事業所名称	株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
健康保険番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
健康保険支店	全国健康保険協会 茨城支部
健康保険支店	水戸市南町 3-4-57

記号・番号は、保険証に記載されています。

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」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)記入してください。

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。

申請期限

療養に要した費用を支払った日の翌日から2年以内

●立替払いの場合

- ①診療内容を記載した証明書……診療明細書(傷病名の記載があるもの)
- ②領収書(領収明細書)の原本……自費で支払った場合は診療に要した費用を証明した領収書、医療費の返還を行った場合は返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書

【海外で治療したときは以下のものも併せて必要です】

- ③海外渡航期間がわかる書類(パスポートなど当該渡航期間がわかる部分のコピー等)
- ④海外の医療機関等に照会を行うことの同意書
- ⑤翻訳文(添付書類が外国語で記載されている場合は、必要です。)

※翻訳文には、翻訳者が署名、捺印し、住所および電話番号を明記してください。

●食事療養費の場合

- ①限度額適用・標準負担額減額認定証の写し
- ②領収書の原本…食事療養について支払った費用の領収書

●生血の場合

- ①輸血証明書(輸血を必要と認めた医師の証明書で輸血の回数が明記されているものを添付)
- ②領収書(費用の内訳が記載された領収書)

●治療用装具の場合

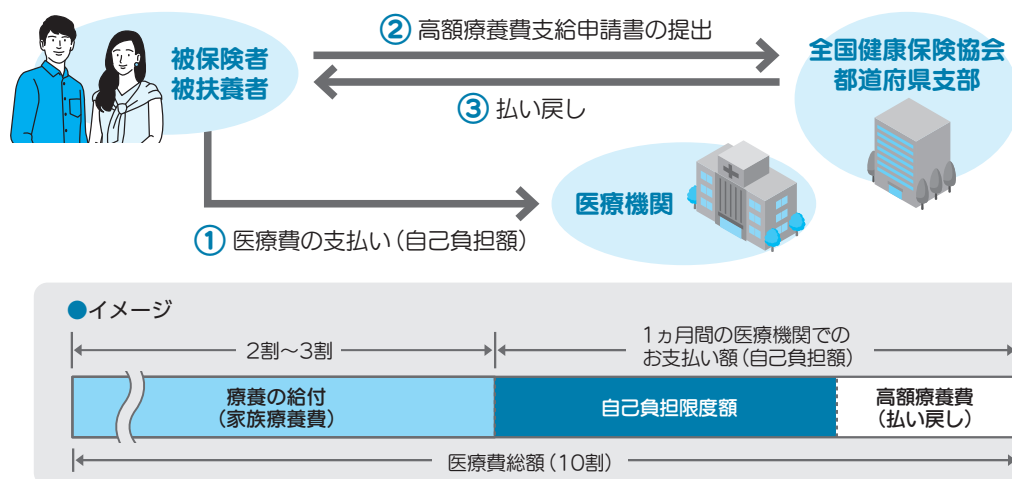
- ①医師の「意見および装具装着証明書」等
 - ・付属している「意見および装具装着証明書」に医師から記入・証明を受けるか、別に医療機関等が発行した「医師の意見書(同意書・証明書)及び装具装着証明書」を添付してください。
 - ・弾性着衣等の場合は、付属している「弾性着衣等装着指示書」に医師から記入・証明を受けるか、別に医療機関等が発行した「弾性着衣等装着指示書」を添付してください。
 - ・小児弱視等の治療用眼鏡等の場合は、医師の「眼鏡等作成指示書」を添付してください。
- ②領収書(装具や眼鏡等の名称、種類およびその内訳別の費用額、義肢装具士の氏名か印が記載された領収書)
- ③検査書(小児弱視等の治療用眼鏡等の場合)
 - 「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を添付してください。
- ④現物写真(靴型装具の場合)
 - 当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)
- ⑤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)

添付書類

医療費の一部負担が高額になったとき

被保険者や被扶養者の同一月の保険医療機関に支払った一部負担（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、その超えた分がお手続きいただくことによりあとで「高額療養費」として払い戻されます。

高額療養費の給付を受けるために提出するのが「健康保険 高額療養費支給申請書」です。医療費が高額になることが事前にわかっている場合には、32頁の「限度額適用認定証」を提示する方法が便利です。



自己負担額の計算方法

● 1ヵ月単位（1日から末日）で計算

たとえば、1月10日から2月10日まで診療を受けた場合、1月10日～1月31日と2月1日～2月10日までのレセプトが2件となり、それぞれのレセプトごとにみます。

● 受診者ごとに計算

● 医療機関ごとに計算

● 医科・歯科別で計算

● 入院と通院は分けて計算

同じ医療機関でも入院と通院は分けて計算します。
通院にかかる院外調剤分は通院分に合計します。

● 保険適用分が対象

食事代、差額ベッド代等は対象外です。

複数の医療機関での診療分、
同一世帯の他の受診者分を
合算する場合の計算

（保険証の記号番号が同じ方のみ合算可）

70歳未満の方

左記の1つ1つの自己負担額が21,000円以上の
分のみ合算できます。

70歳以上75歳未満の方

すべて合算できます。

☑ 高額療養費の対象となる負担・対象とならない負担

対象となる負担	対象とならない負担
療養の給付の一部負担金 家族療養費の自己負担額 療養費の自己負担額相当額 保険外併用療養費の自己負担額相当額 訪問看護療養費の基本利用料	入院時食事療養費標準負担額 入院時生活療養費標準負担額 保険外併用療養費に係る自費負担分 訪問看護に係る保険外利用料



高額医療費貸付制度

払い戻しは、医療機関等から提出される診療報酬明細書（レセプト）の審査を経て行いますので、診療月から4ヵ月以上かかります。払い戻しまで時間を要するため、医療費の支払いに充てる資金として、高額療養費支給見込額の8割相当額を無利子で貸付する「高額医療費貸付制度」もあります。詳しくは全国健康保険協会都道府県支部まで。

自己負担限度額（払い戻しの基準額）

年齢・被保険者の所得によって自己負担限度額は変わります。

70歳未満の方（表Ⅰ）

被保険者の所得区分		自己負担限度額
標準報酬月額	83万円以上	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% (多数該当 140,100円)
	53万～79万円	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% (多数該当 93,000円)
	28万～50万円	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% (多数該当 44,400円)
	26万円以下	57,600円 (多数該当 44,400円)
低所得者（住民税非課税者）		35,400円 (多数該当 24,600円)

※「区分ア」、「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での「区分ア」、「区分イ」の該当となります。

※〈 〉内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目の限度額（多数該当）

70歳以上75歳未満の方（表Ⅱ）

区分		個人ごと（通院）	世帯ごと（入院を含む）
標準報酬月額	現役並みⅢ 83万円以上	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% (140,100円)	
	現役並みⅡ 53万～79万円	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% (93,000円)	
	現役並みⅠ 28万～50万円	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% (44,400円)	
一般（標準報酬月額26万円以下）		18,000円（年間上限14.4万円）	57,600円(44,400円)
低所得者Ⅱ（住民税非課税者等）			24,600円
低所得者Ⅰ（所得が一定基準以下）		8,000円	15,000円

※〈 〉内の金額は、過去12ヶ月に3回以上高額療養費の支給を受けた場合の4回目の限度額（多数該当）

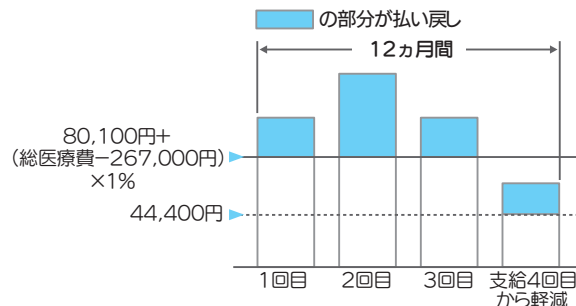
※現役並みⅠ、Ⅱに該当する場合、限度額適用認定証の提示が必要となります。

※70歳未満で標準報酬月額53万円以上の方は、低所得者の適用になりません。また、70歳以上75歳未満で標準報酬月額28万円以上の方で高齢受給者証の負担割合が3割の方は低所得者の適用となりません。

ポイント① 多数該当について

高額療養費の申請月以前の直近1年間に、3回以上高額療養費の支給を受けている場合、4回目からは自己負担額が軽減される措置です。

（例）70歳未満・所得区分ウの場合



ポイント② 受診者に「70歳未満の方」と「70歳以上75歳未満の方」がいる世帯の場合（①、②、③の順で計算します）

- ① 70歳以上75歳未満の加入者の通院自己負担額について、自己負担限度額を超えた分が払い戻されます（個人ごと。表Ⅱで計算）。
- ② 70歳以上75歳未満の加入者について、限度額までの通院と入院の自己負担額を合計し、世帯全体の自己負担限度額を超えた分が払い戻されます（表Ⅱで計算）。
- ③ 「70歳以上75歳未満の世帯全体の自己負担額（表Ⅱの限度額までの）」と「70歳未満の加入者の自己負担額」を合計し、「表Ⅰの自己負担限度額」を超えた分が払い戻されます（表Ⅰで計算）。

70歳以上の外来療養にかかる年間の高額療養費

基準日（7月31日）時点の所得区分が一般所得区分または低所得区分に該当する場合は、計算期間（前年8月1日～7月31日）のうち、一般所得区分または低所得区分であった月の個人ごとの外来療養の自己負担額の合計が年間上限144,000円を超えた額が払い戻されます。※被保険者は7月31日時点で加入している必要があります。

高額介護合算療養費（医療保険と介護保険の自己負担額が高額になったとき）

健康保険の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、1年間（8月1日～翌年7月31日まで）に負担した健康保険の一部負担金の額（高額療養費を除く）と介護保険の利用者負担額（高額介護サービス費を除く）を合算して、介護合算算定基準額を超えた分が払い戻されます。

支給額は、世帯での医療・介護の自己負担額の年間合計額が、下表の基準額を超える場合に、その超えた金額を両制度の自己負担額の比率に応じて按分し、支給されます。詳細については、協会けんぽまでお問い合わせください。

介護合算算定基準額

被保険者の区分	70歳未満の方を含む世帯
標準報酬月額	83万円以上
	53万～79万円
	28万～50万円
	26万円以下
	低所得者（住民税非課税者）
	212万円
	141万円
	67万円
	60万円
	34万円

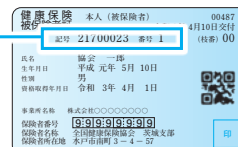
被保険者の区分	70歳以上75歳未満の方を含む世帯
標準報酬月額	83万円以上
	53万～79万円
	28万～50万円
	26万円以下
住民税非課税	低所得者Ⅱ
	低所得者Ⅰ
	212万円
	141万円
	67万円
	56万円
	31万円
	19万円

健康保険 被保険者・被扶養者・世帯合算 高額療養費支給申請書

記載例



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。

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

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 被扶養者 世帯合算 高額療養費 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してください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者証の (左づめ)	記号 2 1 7 0 0 0 2 3	番号 1	生年月日 年 月 日 2 1 昭和 0 1 0 5 1 0
氏名・印 (フリガナ) キョウ カイ イチ ロウ 協会 一郎			
住所 〒 0 0 0 0 0 0 0 茨城 県 〇〇市〇〇町1-1 電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く TEL × × × × × × × × × × △△マンション101			
振込指定口座 金融機関 名称 〇〇 銀行 金庫 信託 〇〇〇 本店 支店 口座種別 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 左づめで記入ください。			
口座名義 カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) キョウカイ イチロウ	口座名義 の区分 1 1. 被保険者 2. 代理人		

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄

被保険者 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。

氏名・印 年 月 日 1. 平成 2. 令和

住所 「被保険者情報」の住所と同じ

代理人 (口座名義人) 住所 TEL(ハイフン除く) 被保険者との関係

氏名・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紙の添付が必要となります。
(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
提出代行者記載欄

株式会社 協会使用欄

6 4 1 1 6 6 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

1/2

マイナンバーにより、非課税確認を希望され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6頁「マイナンバーの取り扱いについて」をご覧ください。

ご利用ください

限度額適用認定証

あらかじめ申請して交付された「限度額適用認定証」(32頁参照)を保険証と併せて医療機関等の窓口で提示すると、同一月において一医療機関ごとの窓口での1か月の自己負担の支払いが自己負担限度額までとなり、高額療養費を申請する手間が省けます。

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	記号・番号 (左づめ)	〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇
預金種別 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	左づめで記入ください。
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 キョウカイ イチロウ	口座名義 の区分 1 1. 被保険者 2. 代理人

記載例



高額療養費の申請について、月(1日から末日)を単位に記入してください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局ごとに分けて記入してください。

ケガ(負傷)の場合は、「負傷原因届」(27頁参照)を併せて提出してください。

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)を記入してください。保険診療分の金額が明確でないときは、医療機関等の窓口で支払った金額を下段に記入してください。

他の公的制度から自己負担相当額またはその一部の助成を受けている場合に記入してください。

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

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者記入用

被保険者氏名 協会 一郎

1 診療月		2 1.平成 2.令和		0308		[診療月が複数ある場合は、診療月(1ヵ月)ごとに申請書が必要です。]		
2 受診者	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	
氏名	協会 花子		協会 花子		協会 花子		協会 花子	
家族の場合はその方の	2 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日		2 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日		2 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日		2 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	
021112	021112		021112		021112		021112	
3 療養を受けた医療機関・薬局の	〇〇総合病院		〇〇総合病院		〇〇薬局		〇〇薬局	
名称	〇〇市〇〇区△△1-1		〇〇市〇〇区△△2-2		〇〇市〇〇区△△2-3		〇〇市〇〇区△△2-3	
所在地	〇〇市〇〇区△△1-1		〇〇市〇〇区△△2-2		〇〇市〇〇区△△2-3		〇〇市〇〇区△△2-3	
4 病名・ケガの別	1. 病名(異常分焼含む) 2. ケガ(負傷)		1. 病名(異常分焼含む) 2. ケガ(負傷)		1. 病名(異常分焼含む) 2. ケガ(負傷)		1. 病名(異常分焼含む) 2. ケガ(負傷)	
療養を受けた期間	2 1.平成 2.令和 0308 01 ~ 31		2 1.平成 2.令和 0308 06 ~ 12		2 1.平成 2.令和 0308 06 ~ 12		2 1.平成 2.令和 0308 06 ~ 12	
入院通院の別	1. 入院 2. 通院・その他		1. 入院 2. 通院・その他		1. 入院 2. 通院・その他		1. 入院 2. 通院・その他	
5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	145820 円		24000 円		5800 円		5800 円	
自己負担額が不明の場合は支払った総額	145820 円		24000 円		5800 円		5800 円	
6 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	2 1. はい 2. いいえ		2 1. はい 2. いいえ		2 1. はい 2. いいえ		2 1. はい 2. いいえ	
はいの場合	助成を受けた制度の名称		助成を受けた制度の名称		助成を受けた制度の名称		助成を受けた制度の名称	
自己負担分の助成の内容	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※		1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※		1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※		1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※	
7 限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無	1. 有 2. 無		1. 有 2. 無		1. 有 2. 無		1. 有 2. 無	

1 診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。

被保険者本人が市区町村民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合や、被保険者本人が市区町村民税非課税者で平成29年7月以前の診療月分の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)

他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

市区町村長が証明する欄 当該被保険者は 1.平成 2.令和 年度の 市区町村長名

市区町村民税が課税されないことを証明する。

様式番号

6 4 1 2 6 5

全国健康保険協会 協会けんぽ

(2/2)

！ 申請期限

診療月の翌月1日から2年以内

●所得区分が低所得者となる方

所得区分	添付書類
低所得者	被保険者の住民税の(非)課税証明書
低所得者Ⅱ	申請書の証明欄に証明を受けた場合や、マイナンバーを記入いただき、本人確認書類を添付いただいた場合(6頁参照)は不要
低所得者Ⅰ	被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類(所得証明書など)

※4月から7月診療分については前年度の証明、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要です。

例 令和2年8月～令和3年7月診療分→令和2年度(令和元年中収入)の証明書

令和3年8月～令和4年7月診療分→令和3年度(令和2年中収入)の証明書

※低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方→「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」または「保護廃止決定通知書」

●公的制度から医療費の助成を受け、窓口負担が減額されている方→医療機関の領収書

●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(相続人であることの確認できる書類)

●療養が負傷による場合→「負傷原因届」

●療養が第三者による場合→「第三者行為による傷病届」

※所得区分が低所得者とならない方

・70歳未満で、標準報酬月額53万円以上の方
・70歳以上75歳未満で標準報酬月額28万円以上の方で高齢受給者証の負担割合が3割の方

！ 添付書類

入院時等の窓口負担を軽減したいとき

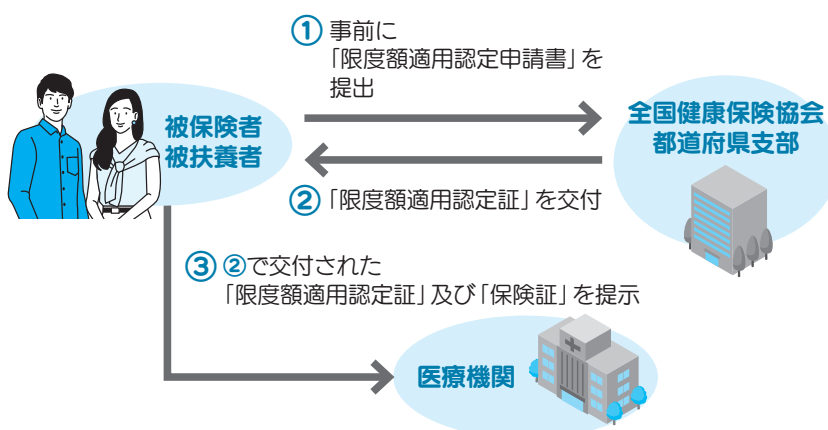
限度額適用認定証をご利用ください

健康保険には、高額な医療費を支払った場合に、あとで自己負担限度額を超えた分について払い戻される「高額療養費制度」があります(28頁参照)。しかし、払い戻されるとはいえ(受診月から4ヵ月以上かかります)、高額な医療費の支払いは、大きな負担になります。

そこで、高額な窓口負担が予想される方は、事前に申請した「**限度額適用認定証**」を医療機関窓口へ提示することで、医療機関ごと(1ヵ月単位)の窓口負担が法定の自己負担限度額までとなります。

70歳以上75歳未満の方の場合は、保険証と高齢受給者証を医療機関に提示することにより、窓口での支払いが自己負担限度額までとなります。ただし、標準報酬月額が28万円~79万円の方は限度額適用認定証の提示が必要です。

限度額適用認定証申請から利用の流れ



有効期限

申請には、療養予定期間を記入いただき、申請月の初日から最長1年間の範囲が有効期間となります。

なお、被保険者の市(区)町村民税が非課税の方の「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」は、申請月の初日から初めて到来する7月末日が有効期限となります。



- 1ヵ月に2ヵ所以上の医療機関に通院・入院した場合などは、あとで高額療養費の支給申請が必要となる場合があります。
- 高額療養費の多数該当となり4回目から自己負担限度額が軽減される場合でも、当該認定証による負担は軽減前の自己負担限度額が適用される場合がありますので、この場合には高額療養費の申請をしてください。
- 被保険者の市(区)町村民税が非課税の方は、限度額適用認定証ではなく、「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」をご利用ください(34頁参照)。この場合は70歳以上75歳未満の方も必要です。

透析をされている方や血友病の方などは、特定疾病療養受療証をご利用ください

長期間にわたって高額な医療費がかかる病気にかかった場合は、申請して交付された「**特定疾病療養受療証**」を窓口に出すことで、1ヵ月の自己負担額が、医療機関ごと(入院、通院、薬局ごと)に以下の自己負担限度額までとなります。

「**特定疾病療養受療証**」の発効期日は、申請月の初日(健康保険の加入月に申請された場合は、資格取得日)となります。

対象となる病気	自己負担限度額
①人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ②血友病 ③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	10,000円 (ただし、①については70歳未満で標準報酬月額53万円以上の方とその被扶養者は、20,000円)

*院外薬局の分を合わせた場合に自己負担限度額を超える場合は、高額療養費として払戻しを受けることになります。

健康保険 限度額適用認定申請書

記載例



健康保険 限度額適用認定 申請書 (被保険者記入用) **限**

記入方法等については、「健康保険 限度額適用認定 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用いて、黒い文字で記入してください。

被保険者証の
(左の欄) 記号 21700023 番号 1 生年月日 年 月 日 昭和 平成 令和 0105110

氏名・印 協会 一郎 印 白書の場合は押印を省略できます。

住所 (〒000-0000) 茨城 県 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

電話番号 (日中の連絡先) TEL. XXX (XXX) XXXX

療養を受ける方
(被保険者の場合は
記入の必要あり)
氏名 協会 花子 生年月日 年 月 日 昭和 平成 令和 2 年 11 月 12 日

療養予定期間
(申請期間) 令和 3 年 6 月 ~ 令和 3 年 12 月 申請月の前日から最長1年間となります。

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住所 (〒000-0000) 茨城 県 〇〇市〇〇町1-1

電話番号 (日中の連絡先) TEL. 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

宛名 〇〇 株式会社 〇〇 〇〇

被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

氏名・印 被保険者
との関係 申請代行
の理由

※ 限度額適用認定証の送付先または、申請書を返送する場合の送付先は、被保険者住所または送付を希望する住所となりますのでご注意ください。
※ 申請書受付日より前の月の限度額適用認定証の交付はできません。日程に余裕を持ってご提出ください。

被保険者のマイナンバー(記号・番号)を記入してください。
(マイナンバーは「記入の手引き」をご確認ください。)

社会保険労務士の
提出代行署名記載欄

氏名 印 印

〒230117 1 〇 〇 〇 〇

全国健康保険協会 協会けんぽ (1/1)

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 保険取得年月日 令和 3年 4月 1日

事業所名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 保険者名称 全国健康保険協会 茨城支部 保険者所在地 水戸市南町3-4-57

記号・番号は、保険証に記載されています。

入院され自宅で認定証の受け取りができない場合などに記入してください。不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付します。

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。

認定されると「限度額適用認定証」が交付されます。これを保険医療機関の窓口保険証とともに提示します。認定証には有効期限の記載があります。



申請時期

70歳未満の被保険者および被扶養者が保険医療機関・保険薬局等での窓口支払額を軽減したいとき(70歳以上75歳未満の方でも標準報酬月額が28万円~79万円の場合は限度額適用認定証の提示が必要です。)

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

記載例



記号・番号は、保険証に記載されています。

健康保険 本人(被保険者) 00487 4月10日交付

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 保険取得年月日 令和 3年 4月 1日

事業所名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇 保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 保険者名称 全国健康保険協会 茨城支部 保険者所在地 水戸市南町3-4-57

対象特定疾病1~3の該当する番号を口の中に記入してください。

入院され自宅で受療証の受け取りができない場合などに記入してください。不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付します。

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。

「特定疾病療養受療証」の発効期日は、申請月の初日(健康保険の加入月に申請された場合は、資格取得日)となります。



申請時期

特定疾病の療養を受けるとき



添付書類

医師の証明

右記申請書内の「医師の意見欄」に医師の記入、証明を受けてください。証明を受けられない場合は、特定疾病に関する意見書もしくは特定疾病にかかったことを証明する書類(診断書など)を添付してください。

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 (被保険者記入用) **特**

記入方法および添付書類等については、「健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 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・印刷体で丁寧に記入してください。

被保険者証の
(左の欄) 記号 21700023 番号 1 生年月日 年 月 日 昭和 平成 令和 0105110

氏名・印 協会 一郎 印 白書の場合は押印を省略できます。

住所 (〒000-0000) 茨城 県 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

電話番号 (日中の連絡先) TEL. XXX (XXX) XXXX

療養を受ける方 氏名 協会 美子 生年月日 年 月 日 昭和 平成 令和 20 年 9 月 22 日

疾病名 2 1 血液成分異常を伴っている先天性血球凝集因子異常又は先天性血球凝集因子異常 2 人工臓器を装着している臓器等 3 腎臓移植を受けた臓器等 腎臓移植を受けた臓器等(腎臓移植を受けた臓器等を含む。厚生労働大臣の定める者に限る。)

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住所 (〒000-0000) 茨城 県 〇〇市〇〇町1-1

電話番号 (日中の連絡先) TEL. 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

宛名 〇〇 株式会社

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類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。 令和 3 年 8 月 1 日

医療機関の所在地 〇〇市〇〇町ΔΔ1-1

医療機関の名称 〇〇クリニック

医師の氏名 東西 一之助

電話番号 ΔΔΔ (ΔΔΔ) ΔΔΔΔ

被保険者のマイナンバー(記号・番号)を記入してください。
(マイナンバーは「記入の手引き」をご確認ください。)

社会保険労務士の
提出代行署名記載欄

氏名 印 印

〒230117 1 〇 〇 〇 〇

全国健康保険協会 協会けんぽ (1/1)

医師の意見を受けてください。

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

記載例



市町村民税非課税などの低所得者用

※70歳未満で標準報酬月額53万円以上の方は、低所得者の適用になりません。
※70歳以上75歳未満で標準報酬月額28万円以上の方で高齢受給者証の負担割合が3割の方は低所得者の適用となりません。

健康保険 本人（被保険者） 00487
記号・番号 21700023 番号 1
4月10日交付 (有効) 00
氏名 協会 一郎
生年月日 昭和 元年 5月 10日
性別 男
資格 令和 3年 4月 1日
事業所名称 株式会社〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
保険者名称 〇〇市〇〇区〇〇〇〇〇〇〇
保険者所在地 本庁舎通利 3-4-57

記号・番号は、保険証に記載されています。

療養の方が申請を行った月以前1年間（下記の非課税期間）で長期入院（90日超）された場合は2ページ目を必ず記入してください。

入院され自宅で認定証の受け取りができない場合などに記入してください。不備等により書類をお返す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 市区町村民税非課税などの低所得者用 1 2 ページ 減 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 限度額適用・標準負担額減額認定 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、複書で特約に丁寧に記入ください。 記入用紙 〇 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A 1 B

被保険者証の
記号 21700023 番号 1
氏名・印 協会 一郎
住所 〒000-0000 茨城 〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101
電話番号 (日中の連絡先) TEL XXX(XXX)XXXX

療養を受ける方
氏名 協会 花子 生年月日 令和 2年 11月 12日
療養予定期間(申請期間) 令和 3年 6月 ~ 令和 3年 7月
療養する方は、長期入院されましたか? 〇 はい 〇 いいえ
※長期入院とは、申請を行った月以前1年間にすでに90日を超えて入院されていることです。ただし、市区町村が課税していない期間の入院期間に限りです。

上記被保険者情報に記入した住所と別ところに送付を希望する場合にご記入ください。
住所 〒000-0000 茨城 〇〇市〇〇町1-1
電話番号 (日中の連絡先) TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
宛名 〇〇 株式会社

申請代行を希望する方
氏名・印
電話番号 (日中の連絡先) TEL ()
被保険者との関係 〇 被保険者本人が入院中で外出できないため。 〇 その他
申請代行の理由

被保険者のマイナンバー(記号番号)を記入してください。
記入した場合は、必ず「マイナンバーの取り扱いについて」の記載事項を必ずご確認ください。
社会保険労務士の提出代行を希望する方
氏名・印
氏名 〇〇 〇〇 〇〇
印

マイナンバーにより、非課税確認を希望され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6頁「マイナンバーの取り扱いについて」をご覧ください。

本申請書に市区町村長の証明を受ける場合は、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。

例 令和2年8月～令和3年7月診療分→令和2年度(令和元年中収入)の証明書
令和3年8月～令和4年7月診療分→令和3年度(令和2年中収入)の証明書

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 市区町村民税非課税などの低所得者用 1 2 ページ 減 被保険者記入用

申請を行った月以前1年間の入院日数合計 91 日
① 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 〇 平成 〇 令和 2年 8月 6日 から 〇 平成 〇 令和 2年 9月 25日まで 51 日
入院した保険医療機関等 〇〇総合病院
所在地 〇〇市〇〇区△△1-1
② 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 〇 平成 〇 令和 2年 11月 11日 から 〇 平成 〇 令和 2年 12月 20日まで 40 日
入院した保険医療機関等 〇〇総合病院
所在地 〇〇市〇〇区△△1-1
③ 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 〇 平成 〇 令和 年 月 日 から 〇 平成 〇 令和 年 月 日まで 日
入院した保険医療機関等
所在地
④ 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 〇 平成 〇 令和 年 月 日 から 〇 平成 〇 令和 年 月 日まで 日
入院した保険医療機関等
所在地
⑤ 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 〇 平成 〇 令和 年 月 日 から 〇 平成 〇 令和 年 月 日まで 日
入院した保険医療機関等
所在地

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村長の証明を受けるか、別に(※)課税証明書の添付が必要です。
当該被保険者(氏名 協会 一郎)は 〇 平成 〇 令和 2 年度の市区町村民税が課税されないことを証明する。
市区町村長名 〇〇市長 〇〇 〇〇 印

申請時期

市(区)町村民税が非課税の方などが保険医療機関・保険薬局での窓口支払額を軽減したいとき

添付書類

●住民税非課税の方

被保険者の住民税の(非)課税証明書(原本)

申請書の証明欄に記載を受けた場合や、マイナンバーを記入いただき、本人確認書類を添付いただいた場合(6頁参照)は不要

●収入から経費・控除額を引いた後収入のない方(低所得者Iの方のみ)

被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類(所得証明書など)

※4月から7月診療分については前年度の証明、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要です。

例 令和2年8月～令和3年7月診療分→令和2年度(令和元年中収入)の証明書
令和3年8月～令和4年7月診療分→令和3年度(令和2年中収入)の証明書

●上記認定の低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方

「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」または「保護廃止決定通知書」

●長期入院(申請月以前1年間で90日を超える入院)をされる方

入院期間を証明する書類(入院期間が記載されている領収書など)

傷病手当金

病気やケガで仕事を休んだとき

傷病手当金とは

傷病手当金とは、被保険者が病気やケガで仕事を休み、その間の給与を受けられないときの生活の保障です。病気やケガで4日以上仕事に就けなかったときは、「**傷病手当金支給申請書**」に事業主と医師の証明を受け、協会けんぽに提出してください。

傷病手当金が支給される条件

傷病手当金は、次の①～④の条件をすべて満たしたときに支給されます。

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

→担当医師の意見等をもとに判断されます。

③4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)

→病気やケガで療養のために連続して3日間仕事を休んだ後(待期期間)、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、公休日、祝日を含みます。

④休業した期間について給与の支払いがないこと

→給与が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、休んだ期間について支払われている給与の日額が傷病手当金の日額より少ない場合、差額が支給されます。



「待期3日間」の考え方

●待期が完成しないイメージ図

休 出 休 休 出 出 休 休 出 休

●待期が完成するイメージ図

休 休 休 出 休 休 休 休 休 休

待期完成

傷病手当金受給

休 休 出 休 休 休 休 休 休 休

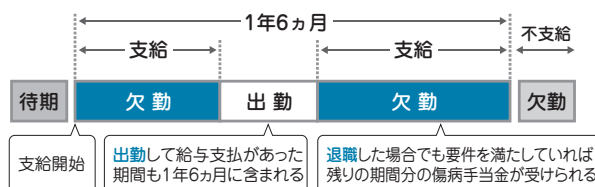
待期完成

傷病手当金受給

傷病手当金が支給される期間

傷病手当金を請求できるのは、**支給開始した日から最長1年6ヵ月**の間で支給要件を満たした期間についてです。

これは、1年6ヵ月分支給されるということではなく、その範囲内で傷病手当金に該当する日についてのみ支給されます。



傷病手当金の支給額の計算方法

傷病手当金は、1日あたり、傷病手当金の支給を始める日の属する月以前の直近の継続した12ヵ月間の各月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2の額が支給されます。

支給総額

=

直近1年間の標準報酬月額の平均額の30分の1

×

3分の2

×

支給日数

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、協会けんぽの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。(端数処理は下記参照)

(例) **1日当たりの支給額** → 支給を始める日: 令和3年7月8日

令和2年					令和3年							
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月
19	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22

標準報酬月額
(万円)

7/8

傷病手当金支給

① 令和2年8月～令和3年7月(直近1年間)の各月の標準報酬月額を平均した額の1/30

$(19万円 + 22万円 \times 11) \div 12 \div 30 \times 1 = 7,250円$

(※1 30で割ったところで1の位を四捨五入)

② 1日あたり支給額

$7,250円 \times 2/3 \times 2 = 4,833円$ (1円未満四捨五入)

(※2 2/3で計算した金額に小数点があれば小数点第1位を四捨五入)

☑ 支給日額早見表（傷病手当金・出産手当金）

等級	標準報酬月額	標準報酬日額	支給日額
1	58,000	1,930	1,287
2	68,000	2,270	1,513
3	78,000	2,600	1,733
4	88,000	2,930	1,953
5	98,000	3,270	2,180
6	104,000	3,470	2,313
7	110,000	3,670	2,447
8	118,000	3,930	2,620
9	126,000	4,200	2,800
10	134,000	4,470	2,980
11	142,000	4,730	3,153
12	150,000	5,000	3,333
13	160,000	5,330	3,553
14	170,000	5,670	3,780
15	180,000	6,000	4,000
16	190,000	6,330	4,220
17	200,000	6,670	4,447

等級	標準報酬月額	標準報酬日額	支給日額
18	220,000	7,330	4,887
19	240,000	8,000	5,333
20	260,000	8,670	5,780
21	280,000	9,330	6,220
22	300,000	10,000	6,667
23	320,000	10,670	7,113
24	340,000	11,330	7,553
25	360,000	12,000	8,000
26	380,000	12,670	8,447
27	410,000	13,670	9,113
28	440,000	14,670	9,780
29	470,000	15,670	10,447
30	500,000	16,670	11,113
31	530,000	17,670	11,780
32	560,000	18,670	12,447
33	590,000	19,670	13,113
34	620,000	20,670	13,780

等級	標準報酬月額	標準報酬日額	支給日額
35	650,000	21,670	14,447
36	680,000	22,670	15,113
37	710,000	23,670	15,780
38	750,000	25,000	16,667
39	790,000	26,330	17,553
40	830,000	27,670	18,447
41	880,000	29,330	19,553
42	930,000	31,000	20,667
43	980,000	32,670	21,780
44	1,030,000	34,330	22,887
45	1,090,000	36,330	24,220
46	1,150,000	38,330	25,553
47	1,210,000	40,330	26,887
48	1,270,000	42,330	28,220
49	1,330,000	44,330	29,553
50	1,390,000	46,330	30,887

● 傷病手当金は支給停止（または減額調整）される場合があります ●

■ 傷病手当金と出産手当金が受けられるとき

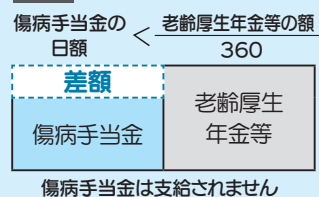
傷病手当金と出産手当金を同時に受けられるときは、出産手当金を優先して支給し、その間傷病手当金は支給されません。ただし、出産手当金の額が傷病手当金の額より少ないときは、その差額が支給されます。なお、出産手当金を支給すべき場合において傷病手当金が支払われたときは、その支払われた額（差額として支払われたものを除く）は、出産手当金の内払とみなされます。

■ 退職後に老齢（退職）年金が受けられるとき

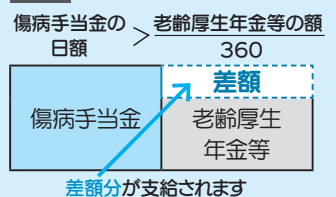
退職後に受けられる傷病手当金の支給期間に厚生年金等の老齢（退職）年金（二つ以上受けるときは、その合計額）を受けることができる場合には、傷病手当金が調整されます。

$$\frac{\text{傷病手当金の日額}}{\text{老齢厚生年金等の額}} = \frac{\text{差額}}{360} = (\text{支給金額})$$

例1



例2

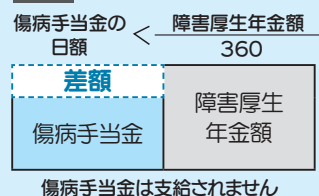


■ 障害厚生年金または障害手当金が受けられるとき

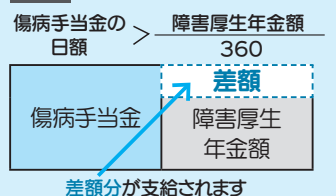
傷病手当金の支給期間に同一の疾病による障害厚生年金または障害手当金を受けることができる場合には、傷病手当金が調整されます。

$$\frac{\text{傷病手当金の日額}}{\text{障害厚生年金額}} = \frac{\text{差額}}{360} = (\text{支給金額})$$

例1



例2



障害厚生年金の場合には、傷病手当金の額の合計額が、障害手当金の額に達する日まで傷病手当金は支給されません。

■ 労災保険の休業補償給付が受けられるとき

労災保険から休業補償給付を受けているときに、業務災害以外の病気やケガで仕事に就けなくなった場合でも、傷病手当金は支給されません。ただし、休業補償給付の日額が傷病手当金の日額より低いときは、その差額が支給されます。

🔑 退職などで資格喪失した後の傷病手当金について

下記の①～⑤の要件を満たす場合のみ、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。ただし、支給できる期間は「支給開始日から1年6カ月の範囲」です。

※申請時には在職時の保険証の記号・番号をご記入ください。

- 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 退職日の前日までに連続して3日以上休業し、退職日も休業していること
- ③ 失業給付等を受けていないこと（併給不可。失業等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、退職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（断続しての受給はできません）



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。

健康保険 傷病手当金支給申請書

記載例



被保険者（申請者）記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書(第 回)

1 2 3 4

被保険者記入用

傷

記入方法および添付書類等については「健康保険 傷病手当金 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

被保険者情報欄 記号 番号 生年月日 年 月 日 被保険者証の(左の欄) 2 1 7 0 0 0 2 3 1 (フリガナ) キョウカイ イチロウ 氏名・印 協会 一郎 (印)		1. 平成 2. 昭和 3. 年号 2 0 1 0 5 1 0 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 市 区 電話番号(日中の通話料) TEL × × × × × × × × × × (ハフマン線) ○○市○○町1-1 △△マンション101		
指定された指定口座欄 金融機関 名称 ○○ (銀行・信用・郵便・農協・漁協) (その他) () 預金種別 1 1. 普通 3. 別荘 2. 当座 4. 通知 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 口座名義 キョウカイ イチロウ (注) 口座名義の区分 1. 被保険者 2. 代理人		

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受付代行者の欄 被保険者 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 年 月 日 氏名・印 (印) 1. 平成 2. 昭和 住所 「被保険者情報」の住所と同じ 代理人 (口座名義人) 〒 TEL (ハフマン線) 被保険者との関係 住所 (フリガナ) 氏名・印 (印)	
--	--

被保険者のマイナンバー(記号欄)

健康保険者の記号欄が「2」等の場合に記入してください。

記入した場合は、本人同意書及び本人印付の委任状の提出が必要となります。(詳細は「記入の手引き」等をご覧ください。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

様式番号

届出受領書

受付日付欄 (印)

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 4

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。

傷病がケガ(負傷)による場合は「負傷原因届」を併せて提出してください(27頁参照)。

申請期間について、「事業主の証明」と「療養
担当者意見」を受けてください。

仕事の具体的な内容（たとえば、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」など）を記入してください。

※退職後の申請の場合は、在職時の仕事の内容を記入してください。

健康保険 被保険者証		本人 (被保険者)		00487
記号 21700023		番号 1		4月10日交付 (枚数) 00
氏名	藤安 一孝			
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			
事業所名称	株式会社○○○○○○○○			
保険者の番号	9191919191919191			
保険者の住所	全国健康保険協会 関東支部 東京都市南町 3-4-57			
保険者の所在地				

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。

金銭関係 名称	ゆうちょ		☐ 貸付：○ 借入れ：○ ☐ 貸付：○ 借入れ：○		三三三 借入：○ 貸入：○	
			(名称) () () ()		() () () () () () () () () () () ()	
預金種別	☐ 1. 普通 3. 定期 ☐ 2. 当座 4. 通知	☐ 口座番号	12345678			
カナカナで氏名の読み方を書いて記入してください(ふりがな)。半角文字(1)は読み方として記入しないでください。			キョウカイイチロウ			
口座名義			☐ 口座名義 の区分		☐ 1. 被扶養者 ☐ 2. 扶養人	

[illegible]