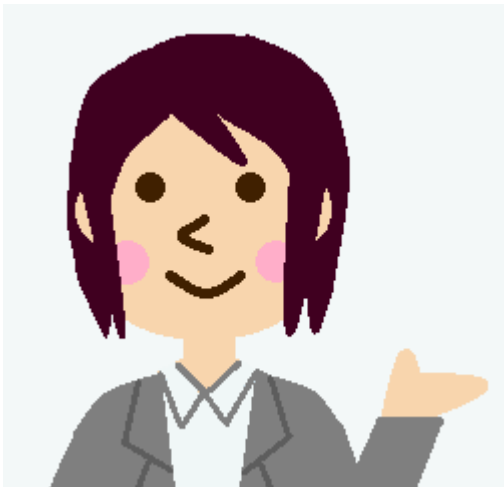


# 平成29年度 第2回 健康保険委員・年金委員合同研修会資料

## こうするとスムーズ ～各種申請のポイント～



全国健康保険協会 京都支部  
協会けんぽ

# 本日の説明項目

- ① 申請書の提出先（協会けんぽ？年金機構？）
- ② 療養費 治療用装具・立替払い
- ③ 高額療養費
- ④ 限度額適用認定証・標準負担額減額認定証
- ⑤ 傷病手当金・出産手当金
- ⑥ 任意継続・保険証等再交付
- ⑦ 健診の申し込みはインターネットを活用
- ⑧ 協会けんぽメールマガジンを情報共有に活用

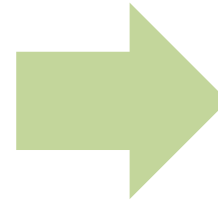
# 1. 申請書の提出先

協会けんぽ？年金機構？  
どっちに出せばいいの？



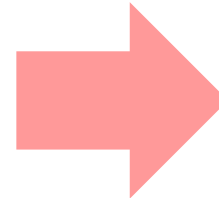
# 健康保険に関する申請書の提出先

「健康保険の給付」  
「任意継続保険」に  
関する申請書 など



**全国健康保険協会  
へ提出**

資格取得や資格喪失  
など「適用関係」に  
ついての申請書



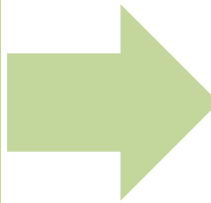
**日本年金機構  
へ提出**



# 注意が必要な申請書

## 証発行に関するもの

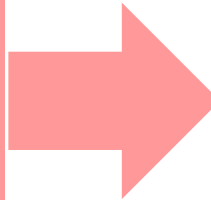
- ・健康保険被保険者証 再交付申請書
- ・健康保険高齢受給者証 再交付申請書
- ・任意継続資格取得申出書



**全国健康保険協会へ  
提出してください**

## 資格に関するもの

- ・事業所の所在地、名称変更
- ・被保険者住所変更届、氏名変更届
- ・被扶養者異動届
- ・育児休業取得申出書



**日本年金機構へ  
提出してください**

### 全国健康保険協会へ提出

- ・健康保険被保険者証再交付申請書
- ・健康保険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
- 第三者等の行為による傷病届

- 出産手当金支給申請書
- 出産育児一時金支給申請書

- 生活習慣病予防健診申込書
- 特定健康診査受診券申請書

- 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

従業員の採用

変更・訂正

再交付

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

### 日本年金機構へ提出

- 被保険者資格取得届
- 健康保険被保険者資格証明書交付申請書

- 健康保険被扶養者（異動）届  
(国民年金第3号被保険者関係届書)

- 被保険者住所変更届
- 被保険者氏名変更(訂正)届

- 年金手帳再交付申請書

- 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（新規・延長）
- 産前産後休業終了時報酬月額変更届
- 育児休業等終了時報酬月額変更届
- 厚生年金保険養育機関標準報酬月額特例申出書

- 被保険者資格喪失届
- 健康保険被保険者証回収不能・滅失届

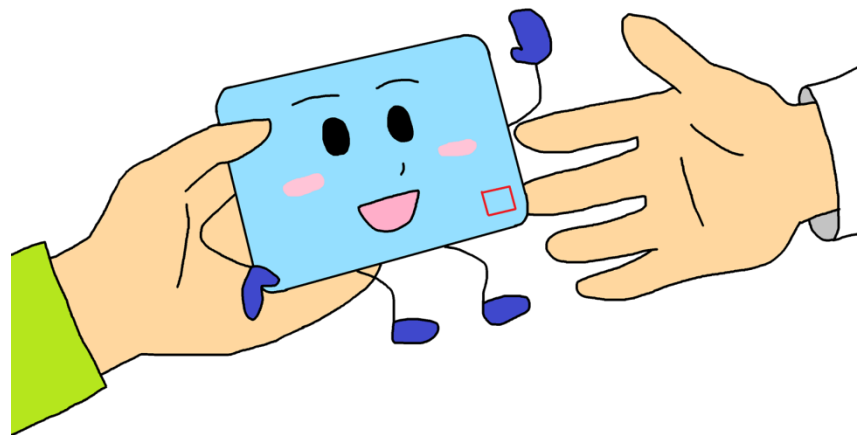
- 適用事業所所在地・名称変更（訂正）届
- 事業所関係変更（訂正）届

# 協会けんぽ京都支部 問い合わせ電話番号

お電話でのお問い合わせは、担当グループへのダイヤルイン番号をご利用いただくとスムーズです

任意継続保険、 保険証の再交付	業務グループ	適用チーム	TEL 075-256-8631
健康保険の給付金	業務グループ	給付チーム	TEL 075-256-8632
医療費通知、 第三者行為届、 返納金	レセプトグループ		TEL 075-256-8634
健診、保健指導	保健グループ		TEL 075-256-8635
総務、調達、広報	企画総務グループ		TEL 075-256-8630

## 2. 療養費支給申請書

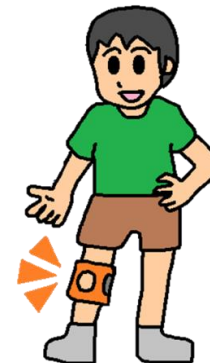




# 療養費

## ● 治療用装具

- ・ コルセット
- ・ 弾性着衣（ストッキング等）
- ・ 小児弱視等の治療用眼鏡



等を装着した際に申請により払い戻しを受けることができる

ドラッグストア等で購入したものは対象外です。  
医師の指示のもと、購入した装具等のみ申請していただけます。

## ● 立替払い

- ・ 保険証が手元がない時に自費で診療を受けたとき
  - ・ 協会けんぽの資格を有する期間に、他の制度の保険証を使用し、医療費の返還を行ったとき
- などに、申請により払い戻しを受けることができる



保険診療が認められていない治療や薬剤、予防接種等の費用が含まれている場合は、払い戻しの計算から除かれます。

# 申請の際に必要な添付書類

## 治療用装具

- ①領収書の**原本**（振込書は対象外）  
装具や眼鏡等の名称、種類および内訳別の費用が記載されたもの
- ②治療に装具が必要である旨の医師の証明書
  - ・医師の意見および装具装着証明書（コルセット）
  - ・弾性着衣等装着指示書（弾性ストッキング等）
  - ・眼鏡等作成指示書及び検査書（小児弱視等の治療用眼鏡）
- ③**負傷原因届**（ケガの場合）

## 立替払い

### <全額自己負担したとき>

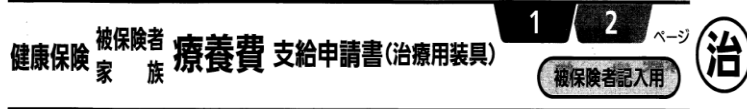
- ①領収書（領収明細書）の**原本**
- ②診療報酬明細書  
（医療機関が発行する傷病名が記載されたもの）
- ③負傷原因届（ケガの場合）

### <他健保に医療費の返還を行ったとき>

- ①返還請求された金額を支払ったことを証明する  
領収書の**原本**
- ②医療費を返還した保険者から交付を受けた診療報酬明細書  
（※他健保が直接協会けんぽへ郵送する場合があります）
- ③負傷原因届（ケガの場合）

# 申請書で記入漏れ・誤りの多い箇所 <sup>11</sup>

## (治療用装具・立替払共通)



記入方法および添付書類については、「健康保険 被保険者 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、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 012345 アイウ

被保険者情報

1 被保険者証の記号

2 被保険者証の番号

3 生年月日

4 氏名・印

住所

電話番号

1 2

ご家族（被扶養者）の方の治療用装具の購入や、立替払等の申請であっても、被保険者情報欄には、お勤めされている被保険者様の情報をご記入ください。

3 被保険者氏名

4 申請内容

1 受診者

2 傷病名

3 発病または負傷年月日

4 発病の原因および経過(詳しく)

3 お勤めされている被保険者様の氏名

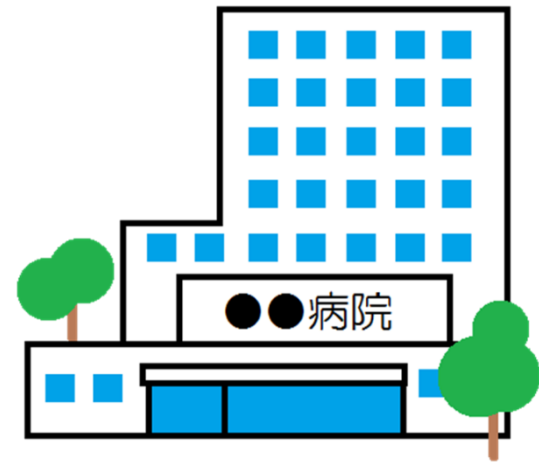
4 「発病の原因および経過」欄で、ケガの場合での申請の際は、申請書と合わせて、必ず負傷原因届をご提出ください。

### ○療養費支給申請書の入手方法

協会けんぽのホームページからダウンロードしてください。

(治療用装具については、装具作成業者から添付書類と一緒にもらえる場合があります。)

### 3. 高額療養費



# 高額療養費



1ヵ月（1日から末日）に医療機関の窓口で支払った医療費が、自己負担限度額を超えた場合に、申請により超えた金額が払い戻される。

食事代や差額ベッド代、保険診療が認められていない処置や薬剤、予防注射等の費用が含まれている場合は、計算から除かれます。

申請の際に  
必要な  
添付書類

- ・ 医療機関の領収書（写）  
（公的制度から医療費の助成を受け、  
窓口負担が軽減されている方）
- ・ 負傷原因届（ケガによる療養の場合）
- ・ 住民税非課税証明書  
（被保険者の住民税が非課税の場合）

# 申請書で記入漏れ・誤りの多い箇所 14

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** 1 2 ページ  
 ※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

1	診療月	平成 年 月	[左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院)別等)にご記入ください。]		
2	受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
	氏名				
	家族の場合はその方の				
	昭和 □ 平成 □				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
3	療養を受けた医療機関・薬局の	名称	所在地		
4	病気・ケガ(負傷)の別	<input type="checkbox"/> 1. 病気(異常分娩含む) <input type="checkbox"/> 2. ケガ(負傷)	<input type="checkbox"/> 1. 病気(異常分娩含む) <input type="checkbox"/> 2. ケガ(負傷)	<input type="checkbox"/> 1. 病気(異常分娩含む) <input type="checkbox"/> 2. ケガ(負傷)	
	ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。				
	療養を受けた期間	(平成)年 月 日 から 年 月 日 まで	(平成)年 月 日 から 年 月 日 まで	(平成)年 月 日 から 年 月 日 まで	
	入院通院の別	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 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)	円	円	円	
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円	
6	他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	はいの場合	制度の名称			
	自己負担分の助成の内容	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり※	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり※	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	

① 受診者の方が被扶養者様の場合は、必ず氏名・生年月日をご記入ください

② 療養を受けた医療機関名・医療機関の所在地をご記入ください。所在地の記入漏れが多くなっております。

③ 申請の病気ケガの別をご記入ください。ケガの場合は負傷原因届をご提出ください。

④ 府や、市区町村等自治体から、医療費の助成を受けているかどうかをご記入ください

## 4. 限度額適用認定証



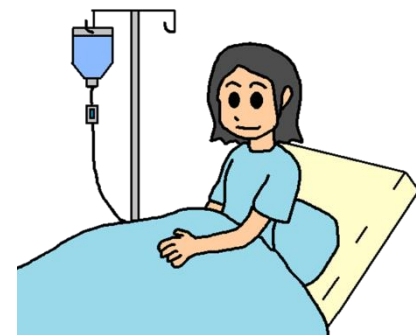
# 限度額適用認定証 標準負担額減額認定証

入院や通院治療で高額な医療費がかかるとき、限度額適用認定証（標準負担額減額認定証）を保険証と同時に提示することで、医療機関の窓口での支払が自己負担限度額までで済みます。

70～74歳の方は、保険証と「高齢受給者証」を医療機関の窓口で提示することで、支払いが自己負担の限度額までになります。ただし、被保険者様の住民税が非課税者等の場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定証」をご申請ください。

申請の際に  
必要な  
添付書類

（限度額適用・標準負担額減額認定証を  
申請の場合）  
・住民税非課税証明書





# 申請書で記入漏れ・誤りの多いところ

① 認定証が必要な方が被扶養者（ご家族）様の場合でも、被保険者欄はお勤めされている被保険者様の情報をご記入ください。

② 認定証が必要な方が被扶養者（ご家族）様の場合は、「療養を受ける方」の欄に、氏名・生年月日をご記入ください。

③ 被保険者情報欄にご記入いただいた住所と別の住所で認定証を受け取る場合は、送付希望先欄に受取先住所をご記入ください。

## 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。

は、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	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (左づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和				
			<input type="checkbox"/> 平成				
	(フリガナ)		印		自署の場合は押印を省略できます。		
氏名・印							
住所	(〒 - )	都 道 府 県					
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )						
認定対象者情報	療養を受ける方 (被保険者の場合は記入の必要がありません。)	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 平成			
療養予定期間	平成	年	月	～	平成	年	月
			申請月の初日から最長で1年間となります。 なお、申請月の初日より前に過ぎはできません。				
希望先	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	(〒 - )	都 道 府 県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
宛名							

申請代行者欄 「申請代行者欄」は、被保険者以外の方が申請する場合にご記入ください。

申請代行者欄	氏名・印	印	被保険者との関係
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )	申請代行の理由 <input type="checkbox"/> 被保険者本人が入院中で外出できないため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )

## 5. 傷病手当金 出産手当金



# 傷病手当金 出産手当金

## ● 傷病手当金

業務外の病気やケガで療養のために会社を休み、その間の給与を受けることができないときの休業補償

自己判断での休業は対象外。担当医師等の証明が必要。  
連続3日間の休業を含め、4日以上仕事に就けなかったこと等が条件。  
手当など、給与の一部が支給されている場合は、支給額が減額調整されます。

## ● 出産手当金

出産のために仕事を休み、その間の給与を受けることができないときの休業補償

出産日以前42日（多胎の場合は98日）から出産後56日目の範囲が支給期間の対象

申請の際に  
必要な  
添付書類

なし

ケガの場合は負傷原因届



# 申請書で記入漏れ・誤りの多い箇所

- ① 療養担当者記入欄と同じ傷病名、初診日をご記入ください。

- ② 申請する疾病が、ケガの場合は負傷原因届も合わせて、ご提出ください。

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者記入用

被保険者氏名						
① 申請内容	① 傷病名 1つの記入欄に複数の傷病名を記入しないでください。	1)	平成	年	月	日
	2)	② 初診日	平成	年	月	日
	3)		平成	年	月	日
③	③ 該当の傷病は病気(疾病)ですか、ケガ(負傷)ですか。	②	1. 病気 (発病時の状況)			
			2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください			
④	④ 療養のため休んだ期間(申請期間)	(平成) 年 月 日	から	日数		
			まで	日間		
④	⑤ あなたの仕事の内容(具体的に) (退職後の申請の場合は退職前の仕事の内容)					

- ③ 療養のために休んだ期間は、日数も必ずご記入ください。

- ④ 仕事の内容をご記入ください。ご退職後の継続給付を受ける場合は、在職時の仕事内容をご記入ください。

# 申請書で記入漏れ・誤りの多い箇所

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

療養担当者記入用

①

患者氏名欄に、被保険者様の氏名の記載があるかご確認ください。

①

②

患者氏名		初診日		(1)平成	年	月	日	<input type="checkbox"/>																										
傷病名	(1)	(療養の給付		(2)平成	年	月	日																											
	(2)	開始年月日)		(3)平成	年	月	日																											
	(3)																																	
発病または 傷の年月日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 発病 <input type="checkbox"/> 負傷	発病または 負傷の原因																												
労務不能と 認められた期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで																										
うち入院期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで																										
療養費用の別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 公費( )		<input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> その他		転帰		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 繰越 <input type="checkbox"/> 転医																											
診療実日数 (入院期間を含む)	日	診療日及び入院 していた日を○で囲んで ください。	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
		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	
		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	
上記の期間中における「主たる症状および経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく)								手術年月日	平成	年	月	日																						
								退院年月日	平成	年	月	日																						
症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見																																		
人工透析を実施 または人工臓器 を装着したとき	人工透析の実施または 人工臓器を装着した日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	人工臓器等 の種類	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他( )																											
上記のとおり相違ありません。								平成	年	月	日																							
医療機関の所在地								印																										
医療機関の名称								電話 ( )																										
医師の氏名																																		

②

労務不能と認められた期間の○日間の日数が漏れていないかご確認ください。

# 申請書で記入漏れ・誤りの多い箇所

①

出産後にご申請をする場合は、  
「出産予定年月日」  
「出産日」  
の両方を必ずご記入ください。

②

出産のために休んだ期間については、  
開始の日と終了の日に合わせて、○日間の日数までご記入ください。

## 健康保険 出産手当金 支給申請書

1 2 3

被保険者・医師・助産師記入用

被保険者氏名

申 ①	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。	<input type="checkbox"/>	1. 出産前の申請	<input type="checkbox"/>	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	平成	年	月	日
		出産日	平成	年	月	日
	③ 出産のため休んだ期間(申請期間)	平成	年	月	日から	日
		平成	年	月	日まで	日間
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。	<input type="checkbox"/>	1. はい				
		<input type="checkbox"/>	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。	平成	年	月	日から	円	
	平成	年	月	日まで		

医師 助産師 記入欄	出産者氏名									
	出産予定年月日	平成	年	月	日	出産年月日	平成	年	月	日
	出生児の数	(単胎)	(多胎)	(児)	生産または死産の別	(生産)	(死産)	(妊娠)	(週)	
	上記のとおり相違ないことを証明する。						平成	年	月	日
	医療施設の所在地									
医療施設の名称										
医師・助産師の氏名						印	TEL	(	)	

# 申請書で記入漏れ・誤りの多い箇所

① 勤務状況の記載漏れや不足  
出勤の場合は○  
欠勤の場合は／  
有給休暇の場合は△  
公休日（もともと勤務に服さない日）は公

② 賃金の支払い状況の記入不足  
→前月の給与締日の翌日から、次の給与の締日までの期間をご記入ください。  
  
出産手当金の場合  
原則、産後56日経過後の給与締日後に、事業主証明欄を記載してください。

## 健康保険 傷病手当金 支給申請書

1 2 3 4  
事業主記入用

勤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の勤務状況および賃金支払状況等をご記入ください。

① 保険者氏名

勤務状況		【出勤は○】で、【有給は△】で、【公休は公】で、【欠勤は／】でそれぞれ表示してください。																												出勤	有給					
平成	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	計	日	日
平成	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	計	日	日
平成	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	計	日	日

上記の期間に対して、  
賃金を支払いました(します)か？  
 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  
支払日  当月  翌月

② 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	単価	月 日		月 日		月 日		賃金計算方法(次勤控除計算方法等)についてご記入ください。
		～	月 日分	～	月 日分	～	月 日分	
支給した(する)賃金内訳								
基本給								
通勤手当								
住居手当								
扶養手当								
手当								
手当								
現物給与								
計								

③ 上記のとおり相違ないことを証明します。平成 年 月 日 担当者氏名

④ 事業主印の押印漏れがないかご確認ください。また、事業主証明欄に訂正がある箇所は、同じ印で訂正印を押印してください。

③ 事業主証明日は給与の締日以降の日付をご記入ください。

④ 事業主印の押印漏れがないかご確認ください。また、事業主証明欄に訂正がある箇所は、同じ印で訂正印を押印してください。

例) 傷手の申請期間：10月21日～11月10日 給与の締日：毎月20日  
この場合、申請期間である11月10日まで勤務状況・賃金内訳を記載するのではなく、給与の締日である11月20日までの期間の勤務状況・賃金内訳を証明をご記入ください。

**Point** 申請書の提出時期は給与の締日後にお願いします！

# 申請書で記入漏れ・誤りの多い箇所 (共通)

被保険者情報※

被保険者証の (左詰め)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
氏名・印	(フリガナ)		印 <small>自署の場合は押印を省略できます。</small>			
住所	(〒 - )	都・道 府・県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

① 申請書記入時に、記入誤りがあった際は、二重線の上に訂正印を押印していただきます。その際の訂正印は、氏名の横に押印した印と同じものを使用してください。

② 込先指定口座

金融機関 名称	銀行・金庫・信組 農協・漁協 その他( )	本店・支店 代理店・出張所(本店営業部) 本所・支所
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> <small>左詰めでご記入ください。</small>
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 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者の区分 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

② 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(13桁の記号番号)ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。

④

代理人の欄	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。	平成 年 月 日
被保険者	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 (フリガナ)	被保険者との 関係
	TEL ( )	
	氏名・印	

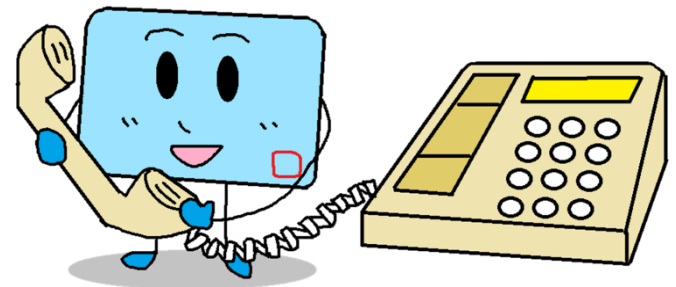
③ ④ 被保険者以外の口座を希望される場合は、「受取代理人の欄」にも記入が必要となります。その際、印鑑は、被保険者様と代理人の方の印鑑のそれぞれ必要となります。

Point

被保険者以外の口座を記入した場合  
代理人の欄にも記入を忘れずに！



# 6. 任意継続 資格取得 健康保険証・高齢受給者証 再交付



# 任意継続

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、一定の要件を満たしている場合に、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。

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

申請の際に  
必要な  
添付書類

## <被保険者のみの場合>

なし

## <被扶養者がいる場合>（学生及び未就学児を除く）

所得の証明 下記のいずれかを添付

- ①所得証明書、非課税証明書、源泉徴収票、  
直近の確定申告の写し など
- ②離職等により収入に変動があった場合  
退職証明書、離職票の写し、  
雇用保険受給資格者証の写し など
- ③年金収入がある場合  
年金振込通知書の写し、年金額改訂通知の写し など

# 申請書で記入漏れ・誤りの多い箇所

## 健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書 申出者記入用 取

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。

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

**1**

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

記号 番号

動務していた時に使用していた被保険者証の(左づめ)

氏名・印 (フリガナ) 性別  男  女

住所 (〒 - ) 電話番号 (日中の連絡先) TEL ( )

勤務していた事業所の 名称 所在地

資格喪失年月日 (退職日の翌日) 平成 年 月 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か月前納 4. 12か月前納

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

必要添付書類については、「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。

氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
(フリガナ) (氏)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) (氏)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) (氏)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
(フリガナ) (氏)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

配偶者が申出者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。 万円

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) 記入欄 (マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。)

受付日付印 (29.7)

**1**

ご申請は、被保険者様の住所地の協会けんぽへご提出ください。

例) 京都府の会社に勤務していたが、被保険者の住所は、大阪府 →任意継続健康保険の加入申出書は大阪支部へご提出していただきます。

**2**

被扶養者(ご家族)様が高校生以上の学生の場合、学校名・学年をご記入ください

**3**

被扶養者(ご家族)様がいらっしゃる場合は、必ずマイナンバーを記入してください。

**Point** 被扶養者のマイナンバーの記入を忘れずに



# 健康保険証・高齡受給者証 再交付

## ●健康保険証再交付

保険証の滅失やき損があった際、事業所様を通じて協会けんぽへ再交付申請書を提出。

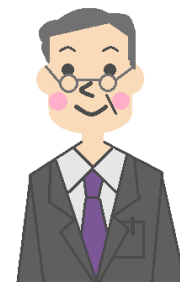
再交付申請書を協会けんぽへ提出後、保険証は事業所へ送付。  
※誤って年金機構へ提出された場合、その分日数がかかりますのでご注意ください。

## ●高齡受給者証

70歳の誕生月の翌月の1日から発効となり、発効月の前月に事業所へ送付（ただし、誕生日が1日の方は、誕生月からの発効となります）

70歳になると自動で送付されるので、事業所・ご本人様からの申請は不要です。

高齡受給者証が届いた後、健康保険証を返却される方がいらっしゃいますが、保険証は返却せずに、高齡受給者証とセットで医療機関にご提示ください。



# 申請書で記入漏れ・誤りの多い箇所

## 健康保険証再交付申請書

## 高齢受給者証再交付申請書

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者記入用 (証再)

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

被保険者記入用 (証再)

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者証 再交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。  
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 01123456789アイウ

記入方法および添付書類等については、「健康保険 高齢受給者証 再交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。  
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 01123456789アイウ

被保険者証の 記号	番号	生年月日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
被保険者証の (左づめ)		
(フリガナ)		
氏名・印		
住所 (〒 - ) 番 号 〒 市 区 町 丁目 番 号 TEL ( )		

被保険者証の 記号	番号	生年月日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		
被保険者証の (左づめ)		
(フリガナ)		
氏名・印		
住所 (〒 - ) 番 号 〒 市 区 町 丁目 番 号 TEL ( )		

再交付が必要な方の氏名	生年月日	性別	再交付の理由
<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人) 分			<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
必要 な 場 合 ( 氏 名 を 記 入 )	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他

氏名	生年月日	性別	再交付の理由
	昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他

備考

被保険者の再交付について、申請します。 平成 年 月 日

備考

上記のとおり高齢受給者証の再交付について、申請します。 平成 年 月 日

事業所所在地 (〒 - )

事業所名称

事業主氏名

電 話 ( )

・任意継続被保険者の方は  
事業主欄の記入は不要です。  
・事業主の自署の場合は  
押印を省略できます。

事業所所在地 (〒 - )

事業所名称

事業主氏名

電 話 ( )

・任意継続被保険者の方は  
事業主欄の記入は不要です。  
・事業主の自署の場合は  
押印を省略できます。

①

再交付が必要な方の欄をすべてご記入ください。「再交付が必要な理由」の記入漏れが多くなっております。

申請書受付後、お届けまでは約1週間を要します。

②

高齢受給者証の再交付は被保険者様であっても氏名の記入が必要です。

③

事業主証明は必ず必要です。漏れのないようご注意ください。

健康保険証の再交付申請書と高齢受給者証の再交付申請書は様式が似ていますが別用紙です。提出の際はご注意ください。

# 健診申込みはインターネットが便利です

協会けんぽでは、健診対象者様のデータをインターネットからダウンロードし、健診機関の予約内容等を入力後、一括して申込を登録できる、情報提供サービスをご用意しております。

- ☆ データは日々更新され、最新の対象者データを取得することが可能！！
- ☆ インターネットからお申込をしていただくので、郵送代が不要！！
- ☆ 営業所ごとの申込書の記入・送付などの事務負担が軽減！！



## 利用方法

- ①協会けんぽのホームページより利用申請
- ②ID・パスワードが届く
- ③対象者データ・Optiツールをダウンロード
- ④健診機関に予約後申込みデータをアップデート

## Point

ID・パスワードの発行には1週間ほどお時間を要します  
動作環境については協会けんぽのホームページをご確認ください

# 協会けんぽメールマガジンを 情報共有に活用しよう

現在2,160名様に  
ご登録をいただいております！

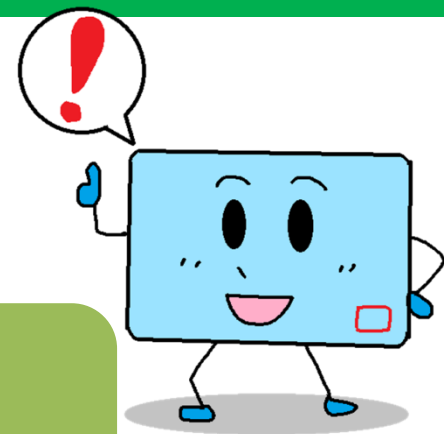
制度改正の  
案内

季節の  
健康レシピ

役立つ  
健康情報が  
満載！！

すぐ実践！  
健康情報

参加無料の  
セミナー



ご登録は協会けんぽのホームページか、こちらのQRコードから！！





ご清聴いただき  
ありがとうございました



全国健康保険協会 京都支部  
協会けんぽ