

健康保険の最新トピックについて



◆目次

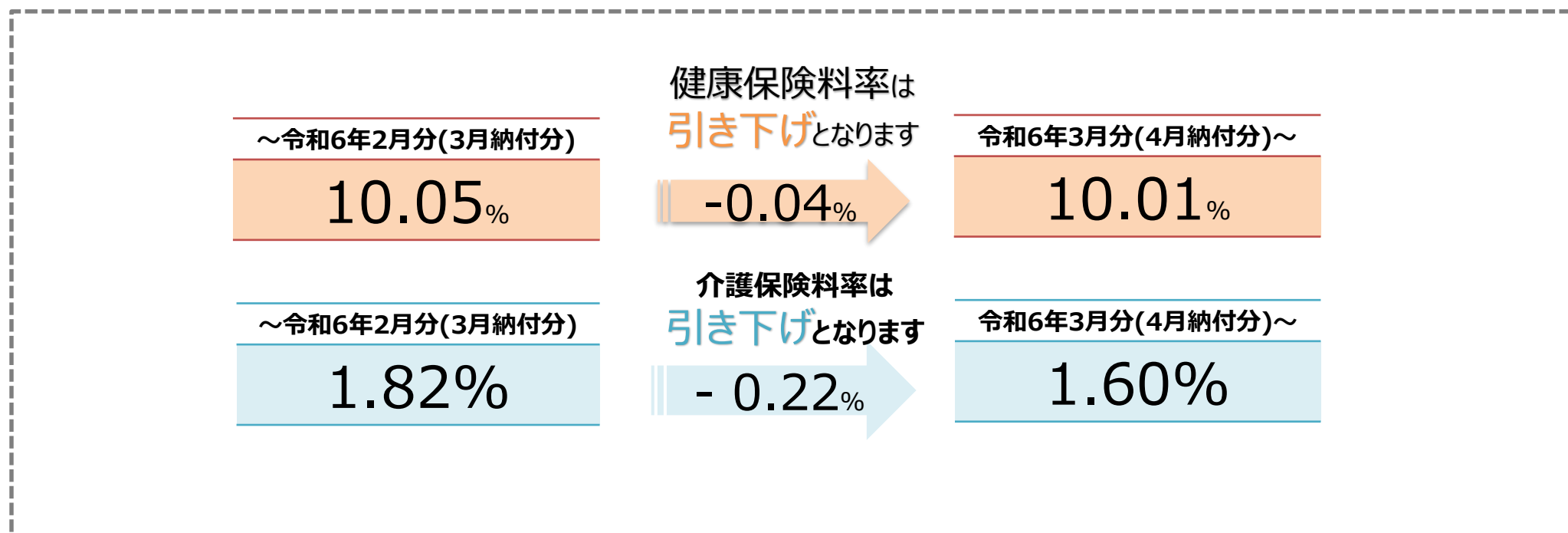
I . 令和6年度 宮城支部健康保険料率について	2ページ
II . 医療費を抑えるための3つの取組みについて	9ページ
III . 保険証の適切な取り扱いについて	23ページ
IV . 傷病手当金の申請について	26ページ
V . 退職後の健康保険について	34ページ

I. 令和6年度 宮城支部健康保険料率について

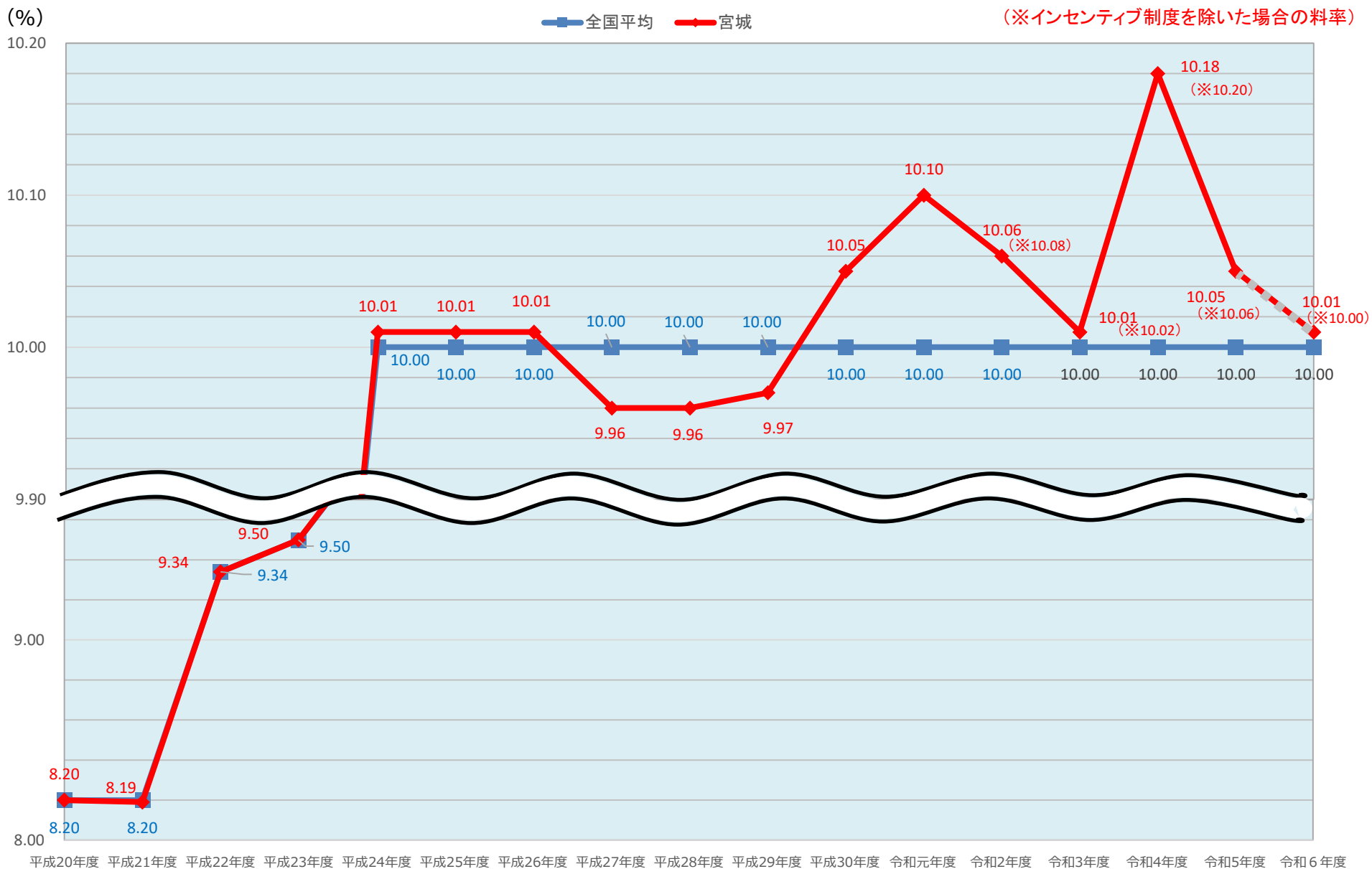
I. 令和6年度 宮城支部健康保険料率について

➤ 令和6年度 宮城支部健康保険料率の改定

- 令和6年度の宮城支部健康保険料率が10.01%に決定しました。
- 宮城支部の健康保険料率は、全国平均の10.00%を上回っています。この要因として、一人当たり医療費が全国平均より高いことが挙げられます(詳しくは6ページ参照)



I. 令和6年度 宮城支部健康保険料率について

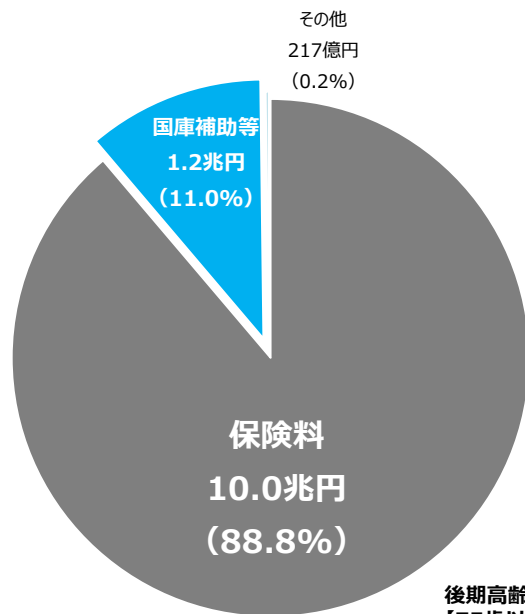


I. 令和6年度 宮城支部健康保険料率について

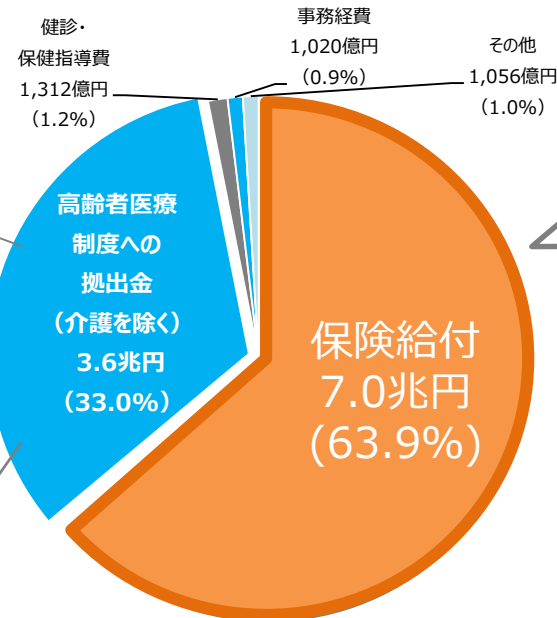
▶ 健康保険料率決定の仕組み

- 都道府県ごとの健康保険料率は、主に医療費の支出や、高齢者の皆様の医療を支えるための現役世代の負担（全国一律）をもとに決定される仕組みです。

収入 11兆3,093億円



支出 10兆8,774億円 ※1



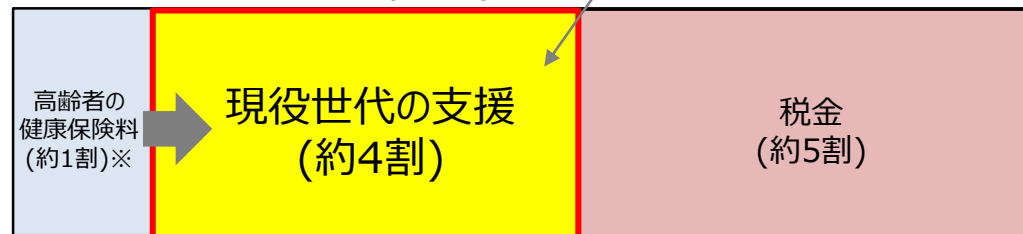
2022年度以降、団塊の世代が75歳になり始め、高齢者医療制度への拠出金増加が見込まれます

医療技術の進歩や高齢化の進展等により、医療費は年々上昇しています

支出(医療費等)が増えると、収入(保険料)も増やす必要が出てくるんだ...



後期高齢者医療制度の財源 約16兆円の内訳
【75歳以上、約1,800万人、保険者数47(広域連合)】※2



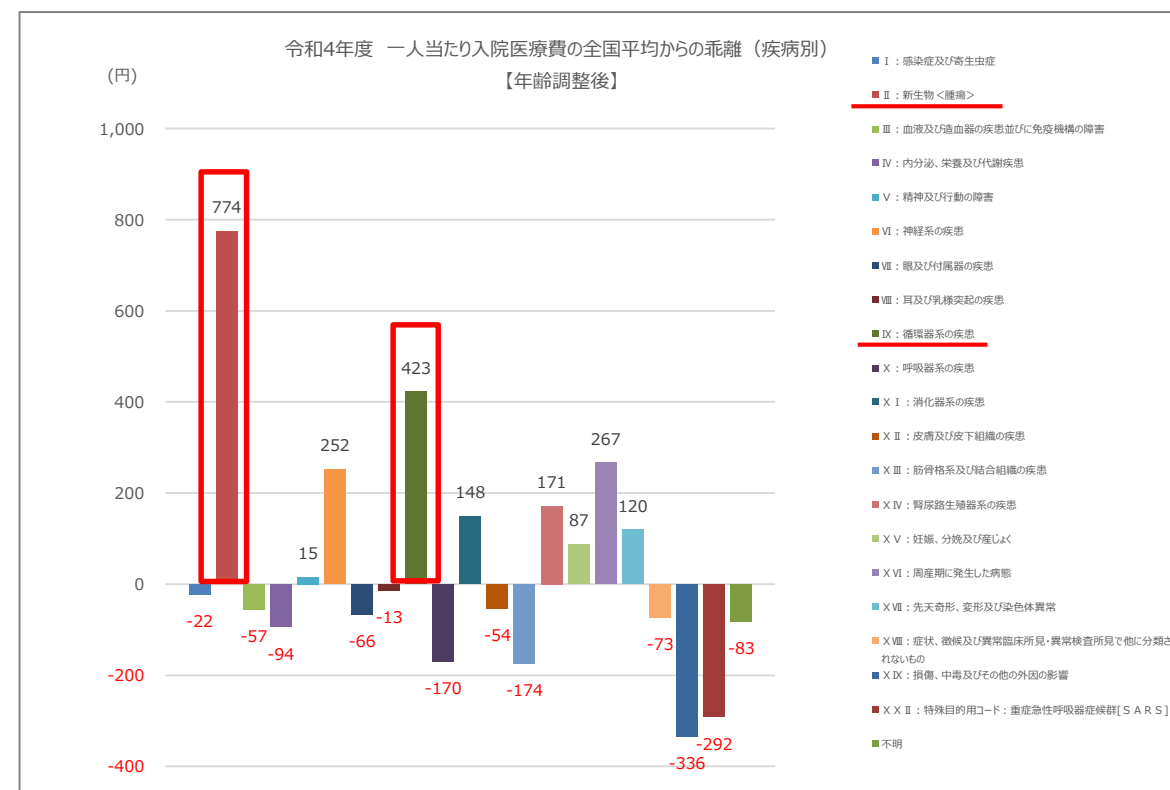
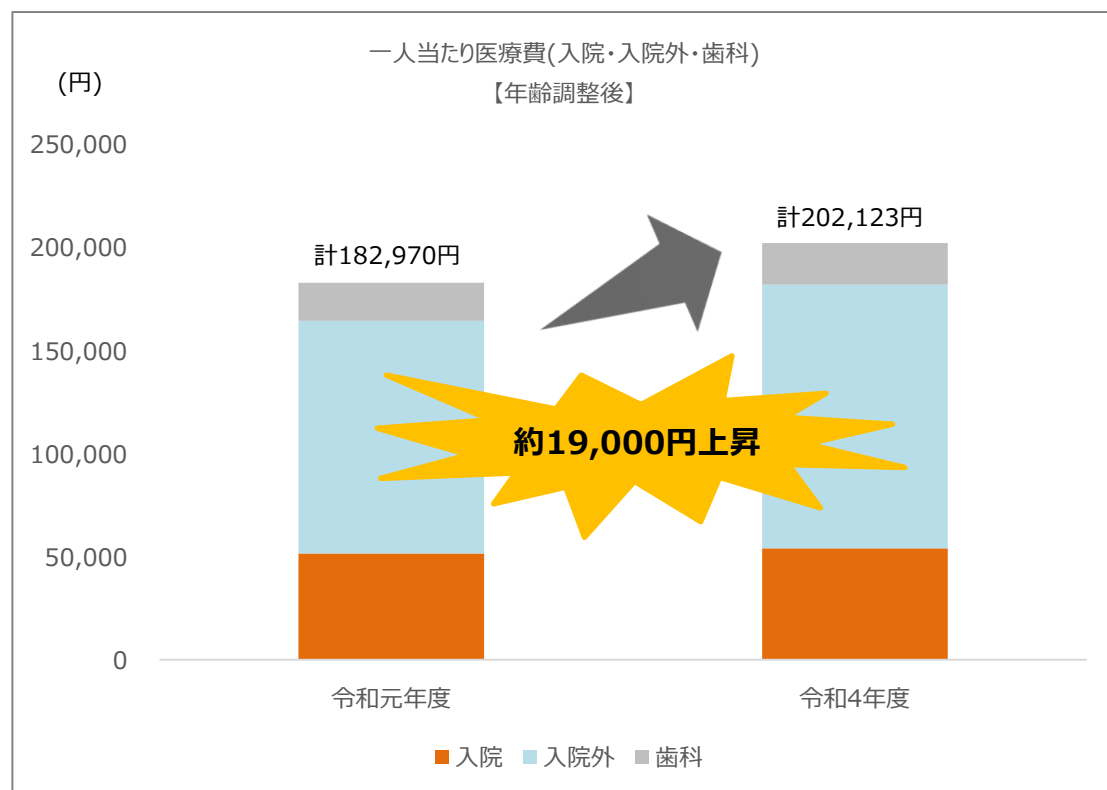
参考：
※1 令和4年度協会けんぽ収支について
※2 健康保険組合連合会「ゼロからわかる！健康保険基礎知識」一部加工

※後期高齢者1人当たり保険料と現役世代1人当たり後期高齢者支援金の伸び率が同じになるよう、高齢者負担率の設定を見直している。

I. 令和6年度 宮城支部健康保険料率について

▶ 宮城支部の一人当たり医療費の状況

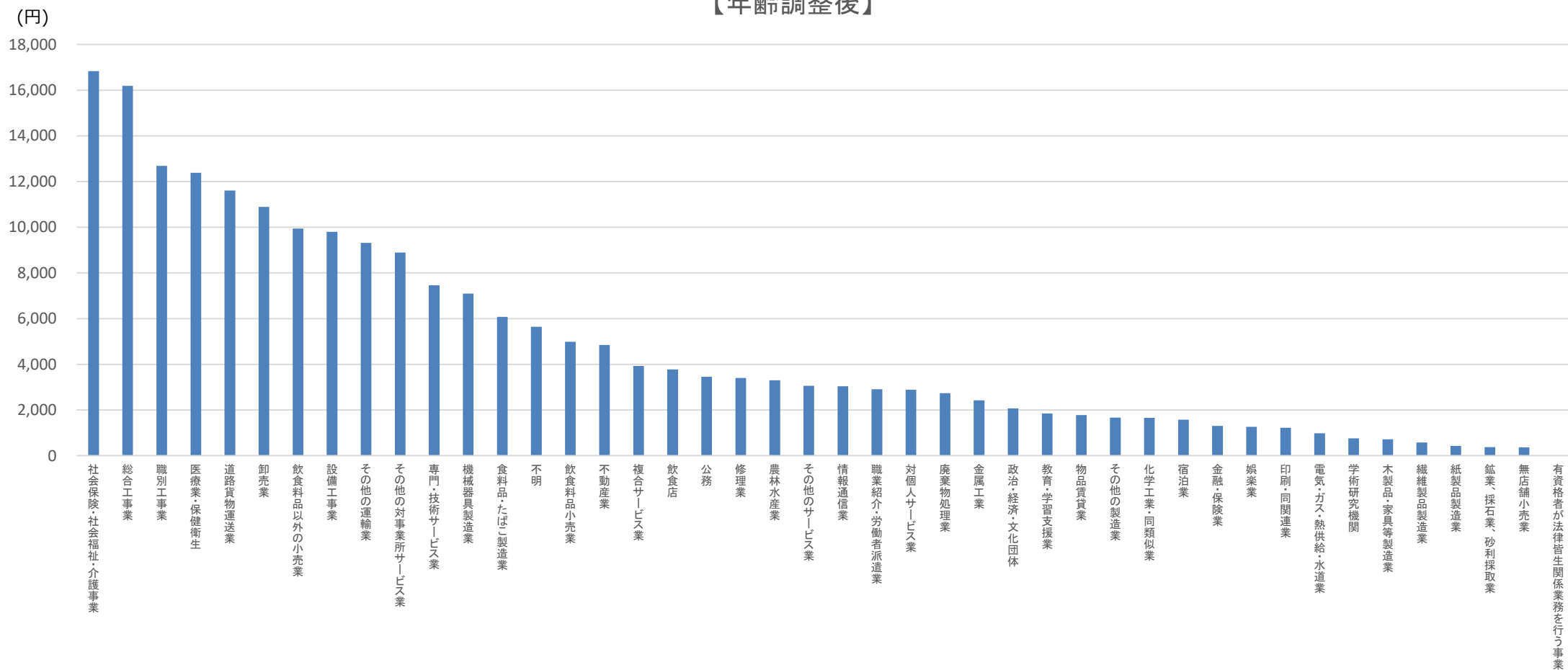
- コロナ禍前の令和元年度と令和4年度の一人当たり医療費を比較すると約19,000円以上高くなっています。
- 一人当たり入院医療費を疾病別に分類し、全国平均と比較したところ、新生物<腫瘍>（がんや悪性リンパ腫等）及び循環器系疾患（脳血管疾患、心疾患等）が全国平均を大きく上回っています。



I. 令和6年度 宮城支部健康保険料率について

➤ 宮城支部の一人当たり医療費の状況

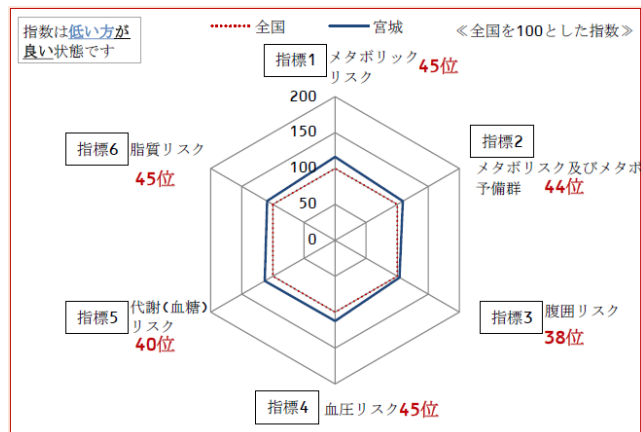
業態別一人当たり医療費(入院・入院外・歯科)
【年齢調整後】



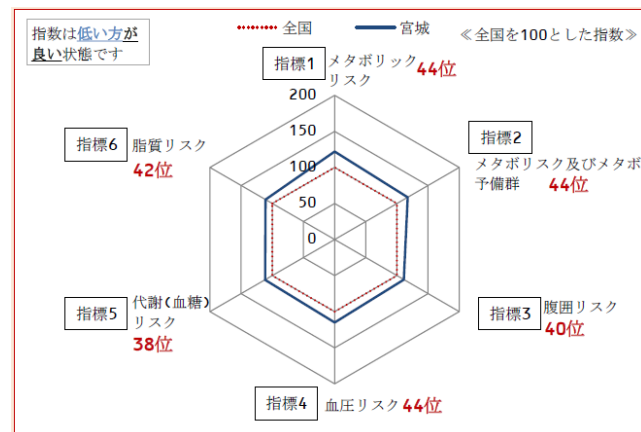
I. 令和6年度 宮城支部健康保険料率について

➤ 宮城支部は全国と比較して健康リスクだらけ・・・

【宮城支部・男性】



【宮城支部・女性】



【全国平均との比較】

※ 順位は1位が最もリスクが低い(良い)状態です

	男性		女性	
	宮城支部	全国	宮城支部	全国
メタボリックリスク	27.9%	24.0%	7.5%	6.2%
メタボリックリスク予備群	45.9%	42.1%	14.4%	12.3%
腹囲リスク	53.0%	51.2%	17.9%	16.1%
血圧リスク	61.9%	55.0%	42.1%	36.6%
代謝リスク	26.1%	23.1%	13.0%	11.7%
脂質リスク	40.0%	36.6%	21.1%	19.0%
喫煙習慣がある者の割合	45.3%	40.0%	16.8%	15.1%

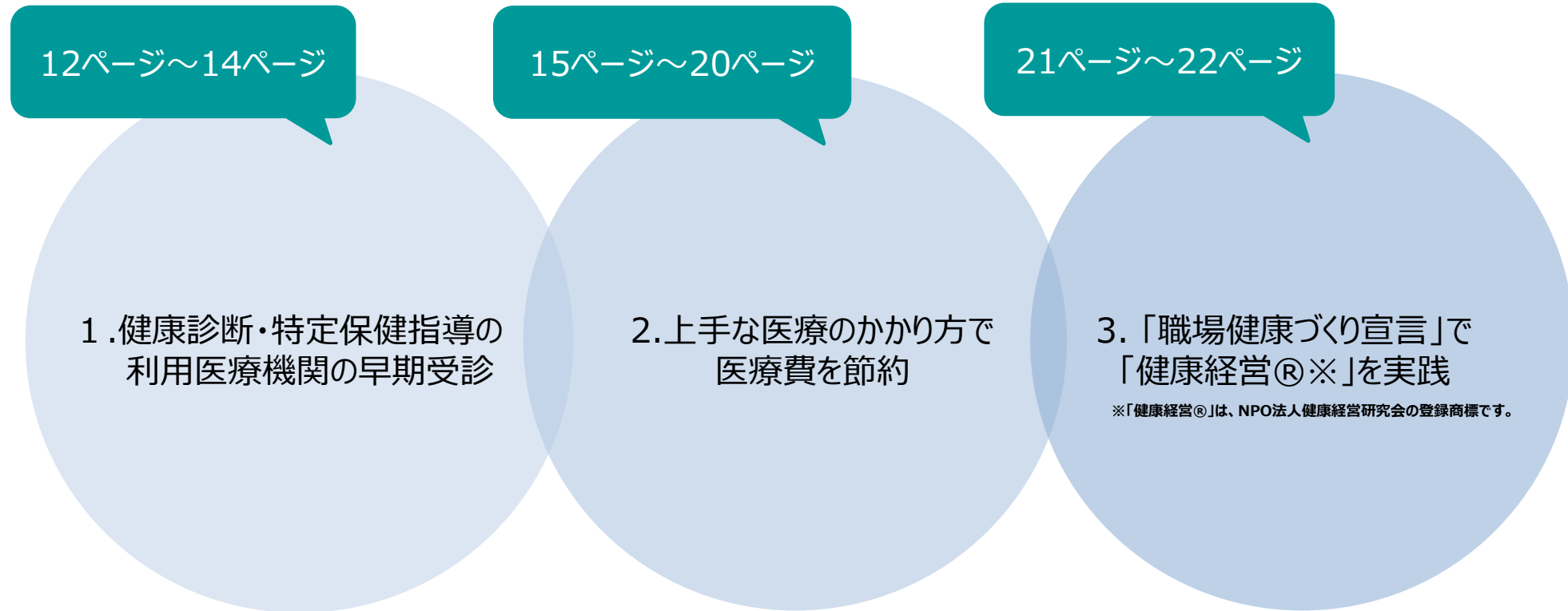
【生活習慣病リスクの判定基準】

- ・メタボリックリスク：腹囲リスク該当かつ血圧、代謝、脂質のうち2つ以上のリスクに該当する者・メタボリックリスク予備群：腹囲リスク該当かつ血圧、代謝、脂質のうち1つのリスクに該当する者
- ・腹囲リスク：男性85cm以上、女性90cm以上・血圧リスク：収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上又は服薬
- ・代謝リスク：空腹時血糖110mg/dl以上又はHbA1C6.0%以上又は服薬・脂質リスク：中性脂肪150mg/dl以上又はHDLコレステロール40mg/dl未満又は服薬

出所：令和4年度 支部別スコアリングレポート

II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて



医療費を抑えることができれば、保険料率を抑えることができます！

II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

1. 健康診断、特定保健指導の利用、医療機関の早期受診

➤ 生活習慣病予防健診を受けましょう！

◆ 生活習慣病予防健診とは

35～74歳の被保険者（ご本人）様が対象です。

（令和6年度の対象者：昭和24年4月2日～平成2年4月1日生まれ）

※令和6年度（2024年4月～2025年3月）で75歳を迎える方は、誕生日の前日までに受診を終えていただく必要があります。

対象者となる方には、年度内1回まで協会けんぽから費用の補助があります！

健診内容

- 診察等
- 問診
- 身体計測
- 血圧測定
- 尿検査
- 便潜血反応検査
- 血液検査
- 心電図検査
- 胸部レントゲン検査
- 胃部レントゲン検査
- 眼底検査（医師の判断により実施）

・労働安全衛生法に基づく定期健康診断項目を含め、さらに**胃と大腸のがん検診（胃部レントゲン検査）**も含まれています。

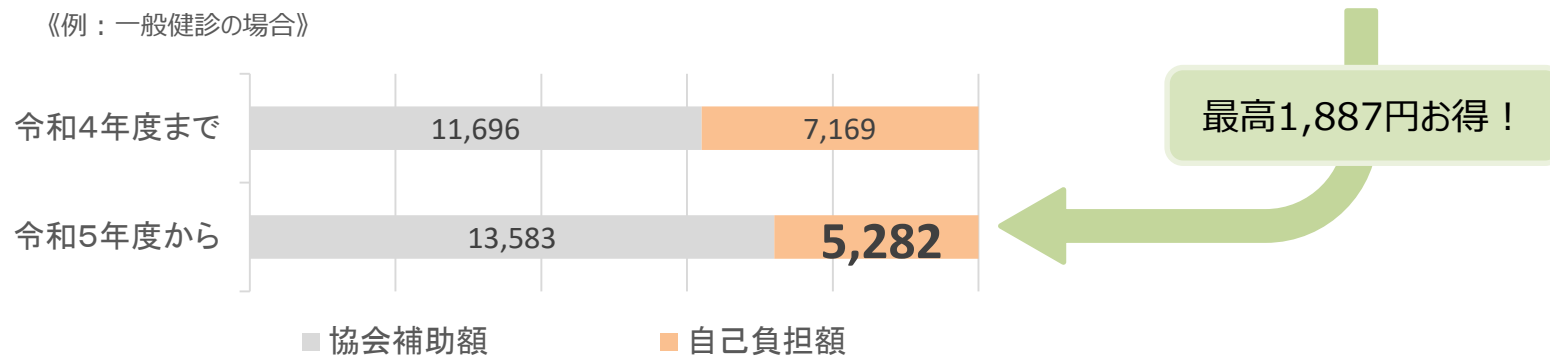
point • 胃部レントゲン検査については、基本的にはバリウム検査ですが健診機関によっては胃カメラに変更できる場合があるので、健診機関へご相談ください。

II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

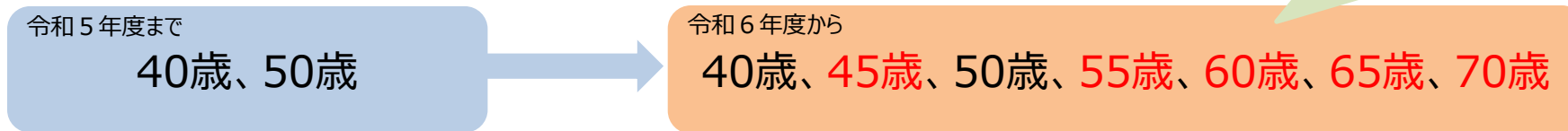
1. 健康診断、特定保健指導の利用、医療機関の早期受診

◆ 令和5年度より生活習慣病予防健診と付加健診の **自己負担額が減っています！**

《例：一般健診の場合》



◆ 令和6年度より付加健診の **対象年齢を拡大します！**



point

- 生活習慣病予防健診は事業者健診(定期健康診断)の代わりになる健診です。是非切り替えをお願いします！
- 健診費用総額の3割以下の金額で健診が受診できます！
- 来年度のパンフレットが3月末に事業所様宛に届きます。予約の取りまとめをお願いいたします。
- 転職や退職等で保険証の資格が変わった場合は、新しい保険証をご確認のうえ、すみやかに健診機関へご連絡ください。

II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

1. 健康診断、特定保健指導の利用、医療機関の早期受診

➤ 無料の特定保健指導を利用しましょう！

◆ 健診は、受けた後が大切です。

健診の結果、生活習慣病の発症リスクが高いと診断された40歳から74歳の被保険者様を対象に、リスクを減らすための支援、「特定保健指導」を行っております。
お仕事などの都合に合わせ、選べる3つのプランをご用意しました。

≪特定保健指導（初回面談）の例≫

① 健診受診後にそのまま実施



② 事業所・支店等に訪問して保健指導



③ オンライン面談



案内が届きましたら
日程の調整や、
従業員様への声掛け
をお願いいたします。



- ・特定保健指導は協会が費用を負担するため**「無料」**で受けていただけます！
- ・貴重な従業員様の健康管理（健康な人材の確保）に、ぜひご活用ください！！

II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

1. 健康診断、特定保健指導の利用、医療機関の早期受診

➤ 重症化予防

● 未治療者への受診勧奨

健診後のフォロー

血圧・血糖・脂質の検査結果、要治療と判定されながら受診していない方に対し治療を促す通知を送付します。

● 糖尿病性腎症の重症化予防

人工透析導入を防ぐ

腎機能の低下・糖尿病と判断される血糖値に該当する方へ、治療の促し・主治医と連携した保健指導を実施します。

◆ 令和6年度健診受診分より **勧奨対象者を拡大します。**

生活習慣病予防健診を受診した被保険者

生活習慣病予防健診を受診した被保険者
特定健診を受診した被扶養者
事業者健診データを提供した方

point

- ・健診結果に「**要治療**」があった方に早期受診を促してください。
- ・健診の約半年後、受診がまだの方へお手紙を送ります。その際事業所を通じて配布をお願いする場合がございます。

〔 労働安全衛生法・・・従業員の健診結果について、労働安全衛生法で実施が義務付けられている法定検査項目は、本人の同意の有無に関わらず、事業者が把握することが前提となっています。 〕

II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

2. 上手な医療のかかり方で医療費を節約

➤ ジェネリック医薬品を利用しよう

ジェネリック医薬品をご存じですか？

ジェネリック医薬品とは新薬と同一の有効成分を含み「**効き目や安全性が同等**」と厚生労働省が承認したお薬です。
また、先発医薬品の特許期間が過ぎた後に同じ有効成分を利用することから、開発コストが抑えられるため「**お薬代が安価**」になります。

協会けんぽのジェネリック医薬品の使用割合は年々上昇しており全国で**約8割程度**使用されています。
また、協会けんぽ加入者の皆様がすべてジェネリック医薬品に切り替えた場合、**約4,800億円**の医療費適正化効果が見込めます。



ジェネリック医薬品に切り替えると節約できるだけでなく将来の医療保険制度を維持する取組みに繋がるんだね。

ジェネリック医薬品を希望される場合は医師や薬剤師に「ジェネリック医薬品に変更できますか？」と聞いてみましょう。患者さんの申出によってジェネリック医薬品を選択できる機会が増えています。医師・薬剤師・患者の3者でコミュニケーションをとって自分に合ったお薬を選択しましょう。



II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

2. 上手な医療のかかり方で医療費を節約

➤ スイッチOTC医薬品を活用しよう

OTC医薬品ってどんな医薬品なの？



薬局やドラッグストアなどで、処方せんなしに購入できる市販薬を「OTC医薬品」といいます。また、医師から処方される医療用医薬品のうち比較的副作用が少なく安全性の高いものを市販薬に転用したものをスイッチOTC医薬品といいます。

スイッチOTC医薬品にはいくつかのメリットがあります



スイッチOTC医薬品のメリット

- スイッチOTC医薬品には、医療機関で処方されている薬と同じ有効成分が入っているため、効き目が良く、軽い不調の際に役立つ！
- 医療機関を受診せずに薬局で購入できるため、忙しい働く世代でも時間を気にすることなく薬を手に入れられる！
- セルフメディケーション税制を活用できる！

セルフメディケーション税制とは？

スイッチOTC医薬品の購入金額が、生計を同じくする家族分を合計して年間1万2,000円を超えた場合に確定申告をするとその超過分の金額（上限8万8,000円）が課税所得から控除され、所得税・住民税が安くなります。

セルフメディケーション税制について
詳しくはこちら



<厚生労働省HP>

II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

2. 上手な医療のかかり方で医療費を節約

➤ 時間外受診を控えよう

平日に受診した場合 <診療時間8時～12時、15時～20時の場合>

加算なし <8時～12時>	時間外 加算 <12時～15時>	加算なし <15時～18時>	夜間・早朝等 加算 <18時～20時>	時間外 加算 <20時～22時>	深夜 加算 <22時以降>
	+850円 (初診) +650円 (再診)		+500円	+850円 (初診) +650円 (再診)	+4,800円 (初診) +4,200円 (再診)

土曜日に受診した場合 <診療時間8時～15時の場合>

加算なし <8時～12時>	夜間・早朝等 加算 <12時～15時>	時間外 加算 <15時～22時>		深夜 加算 <22時以降>
	+500円	+850円 (初診) +650円 (再診)		+4,800円 (初診) +4,200円 (再診)

診療時間外に受診すると、医療費以外のデメリットが



本来、休日や夜間は緊急性の高い重症患者や入院患者に対応する時間帯です。診療時間外の受診が増えてしまうと、一刻も争う緊急患者の受け入れや入院患者の急変時に支障が生じてしまいます。緊急時など、やむを得ない場合以外はできる限り診療時間内の受診を意識しましょう！

事業主の皆様は従業員の方々が診療時間内に病院を受診できるよう、職場の環境づくりをお願いいたします！

II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

2. 上手な医療のかかり方で医療費を節約

➤ お薬手帳を活用しよう

お薬手帳は医師・薬剤師だけではなく、所有している方にもメリットがありますのでお薬手帳を持ちましょう！



お薬手帳を持っていくと医療費がお得に



薬を調剤してもらうには、「服薬管理指導料」がかかります。同じ薬局を3か月以内に訪れ、お薬手帳を持参した場合は、お薬手帳を持参しなかった場合より「服薬管理指導料」がおトクになります。

<手帳ありの場合>

450円（3割負担：140円）

<手帳なしの場合>

590円（3割負担：180円）

3割負担の場合は
40円おトク！

そのほかにも…

- 薬の重複を避けることができる
- 副作用の回避や飲み合わせの確認ができる
- 副作用歴、アレルギー歴などの情報を伝えることができる
- 災害時や旅先での急病の時に、いつもの薬を伝えることができる



お薬手帳と並行して、かかりつけ薬局を利用することもポイントです

日頃から頼りにしている「かかりつけ医」のように、薬について気軽に相談できる身近な「かかりつけ薬局」を決めていますか？
複数の薬局を利用するのではなく、一つの「かかりつけ薬局」を利用することも安全に薬を服用することに繋がります。
また、薬だけではなく、健康面の相談も気軽にでき、薬歴などに基づいた適切なアドバイスもしてくれるため、是非ご利用ください。

II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

2. 上手な医療のかかり方で医療費を節約

➤ リフィル処方せんを利用しよう

お薬の新しい受け取り方をご存じですか？

- 国の制度として、令和4年4月から「**リフィル処方せん**」が導入されました
- 例えば、長いあいだ同じ薬を飲んでいるなど病状が安定し、通院をしばらく控えても大丈夫と**医師が判断した場合**が対象です
- 医療機関で処方せんを毎回もらわず、**同じ処方せん**を薬局で最大3回まで**繰り返し使用**できる仕組みです
詳しくは、医師にお聞きください

※投薬量に限度のある医薬品や湿布薬はリフィル処方せんにできません



特設サイトをご覧ください▼



II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

2. 上手な医療のかかり方で医療費を節約

- 医療機関等を受診する際にマイナンバーを一度使ってみませんか？

マイナンバーカードで受診するメリット

より良い医療が受けられる！

- ・特定健診や診療の情報を医師と共有でき、重複検査を防ぎ、自分自身の健康・医療データに基づくより適切な医療を受けられます。*
- ・薬の情報も医師・薬剤師と共有でき、**重複投薬や禁忌薬剤投与のリスクも減少**します。*
- ・旅行先や災害時に受診する際も、薬の情報等が連携されます。

※本人の同意なく情報が共有されることはありません。



各種手続きも便利・簡単に！

- ・マイナポータルで医療費通知情報を入手でき、**医療費控除の確定申告が簡単にできます**。
- ・医療費が高額な場合に申請する「**限度額適用認定証**」が**不要**になります。
- ・就職や転職後の保険証の切り替え・更新が不要。
※新しい保険者による登録手続きが必要です。
- ・高齢受給者証の持参も必要なくなります。



マイナンバーカードで受診するための準備方法についてはQRをご確認ください



マイナンバーカード
総合サイト



ご不明点等がある場合や情報が正しく登録されていない場合には、マイナンバー総合フリーダイヤル（0120-95-0178）もしくは協会けんぽまでお問い合わせください。

II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

3. 「職場健康づくり宣言」で「健康経営」を実践

➤ 健康経営とは

生活習慣病等の疾病リスクが増加し、また体調不良による労働生産性の低下も懸念されています。こうした中、事業所全体で「健康経営」に取り組み、従業員の健康保持・増進を図ることが今まで以上に求められています。また、「健康経営」に取り組むことで、事業所にも様々な効果が生れます。

協会けんぽでは、事業主の皆さまに「健康経営」に取り組むことを宣言していただき、事業所と協会けんぽが連携して、職場の健康課題の解決等に取り組む「職場健康づくり宣言」を積極的に推進しています。

「健康経営®」※とは「従業員の健康保持増進が企業の生産性や収益性の向上につながるという考え方に立って経営的な視点から、従業員の健康管理を戦略的に実践すること」とされている。

“従業員の健康増進と活力向上” “組織の活性化や生産性の向上”
“優秀な人材の獲得や人材の定着率の向上” “企業の業績や価値の向上”

従業員の健康保持・増進のための投資は、事業所にとって、大きな財産となります。

※健康経営®はNPO法人健康経営研究会の登録商標です。

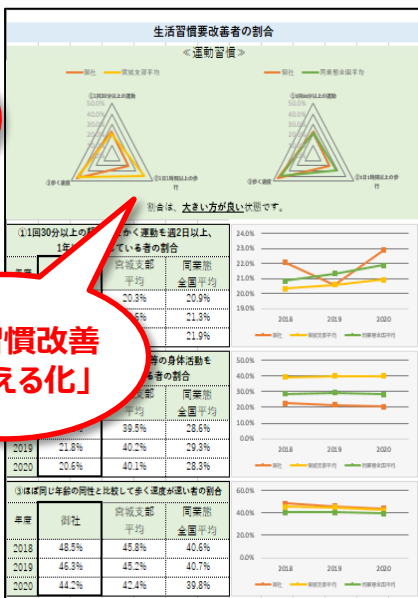
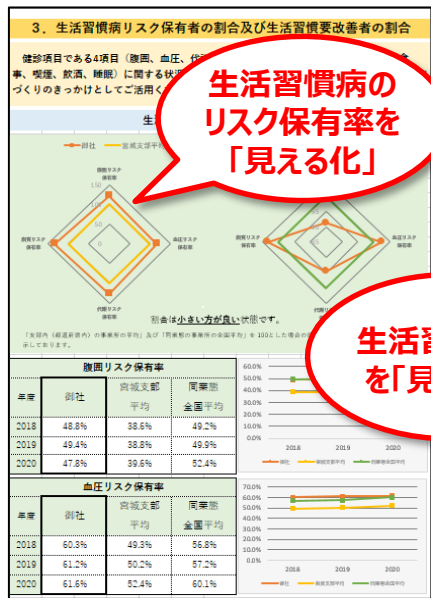
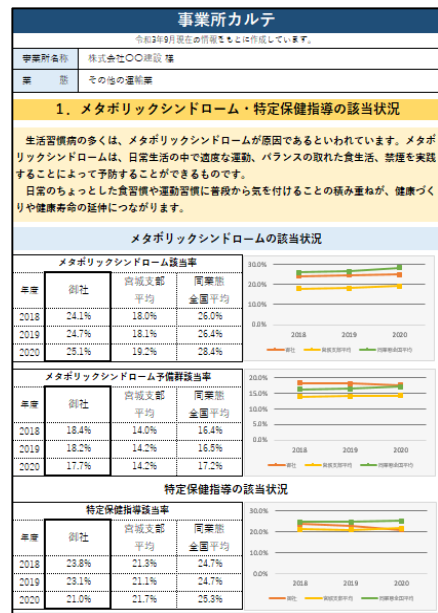
II. 医療費を抑えるための3つの取組みについて

3. 「職場健康づくり宣言」で「健康経営」を実践

「職場健康づくり宣言」とは、事業所全体で健康づくりに取り組むことを事業主に宣言いただき、その宣言内容に応じた取組みを協会がサポート・フォローアップする仕組みとなっており、協会と事業主とが協働・連携（コラボヘルス）することによって、加入者の健康の保持増進を図っていく取組みです。

【参考】宮城支部の健康宣言事業所数：令和6年2月現在で**2,463**事業所

事業所カルテ、取組事例集の提供や出前健康講座などの様々なサポートが無料で受けられます。



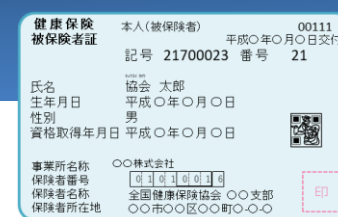
令和6年度も実施予定!

※個人情報の保護のため、データ数10人未満の場合は作成できません。

職場健康づくり宣言の概要・申し込みは右記のQR又は「協会けんぽ宮城→職場健康づくり宣言」の順で検索!



Ⅲ. 保険証の適切な取り扱いについて



○ 誤った認識で保険証を使用しているケースが目立ちます

➤ 保険証を使用できるのは・・・

- ① 退職日まで または ② 扶養から外れる前日まで

・新しい保険証が届くまで使用できる？
・月の途中で退職したけど、月末まで使用できる？



【例】

① 3月31日退職
(4月1日資格喪失)

② 4月1日
扶養解除

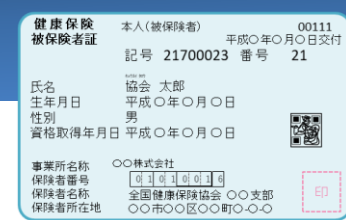
保険証は4月1日から
使用できません

令和4年度 宮城支部の返納金
発生額（無資格受診）は・・・

“約1億1千万円”

金額は年々増加しています





○ ご担当者さまへのお願い

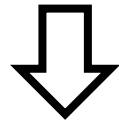
- 資格喪失日（扶養解除日）以降は保険証を使用できない旨を説明願います。
- 従業員の方の退職時（扶養解除時）には速やかに保険証を回収願います。
- 電子申請により資格喪失届や被扶養者異動届を提出した際は、保険証を回収した都度（まとめない・ためない）速やかに「日本年金機構 仙台広域事務センター」へ返却願います。
- 保険証の返却が一定期間確認できない場合は、ご本人（被保険者）様に保険証返却の催告を行いますので、ご注意ください。



IV. 傷病手当金の申請について

傷病手当金…通常、受付から2週間ほどでお支払いいたします。

不備がある場合は申請書を郵便でお返しいたしますので、さらにお時間がかかります。



迅速なお支払いのため、申請書に不備がないか提出前にご確認をお願いします。

本日の研修では特に確認をお願いしたい箇所について説明いたします。

被保険者記入用（1ページ目）の注意点

- ①・②「振込先指定口座」は被保険者様の口座です。
金融機関名称・支店名・口座番号に誤りがないか確認ください。
「本店」「本店営業部」「営業部」等の記入誤りにご注意ください！
なお、氏名（カナ）が口座名義となります。
- ③ マイナンバーの記入は被保険者証の記号・番号が不明の場合のみです。
誤って記入した際は、マジックペン等で黒く塗りつぶしてください。
マイナンバーを記入した場合は、別途添付書類が必要です。
- ④ 決定通知書や、書類に不備があった場合のご郵送先は、申請者様宛となります。
「住所」には郵便物を受け取ることができる現住所をご記入ください。

健康保険 傷病手当金 支給申請書 **WUJ** ページ **傷**
被保険者記入用

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。 **この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。**

被保険者証	記号（左づめ）	番号（左づめ）	生年月日
			1, 2桁 3, 4桁 5, 6桁

氏名 (カタカナ)	①
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。	

氏名	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がおなくなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。
----	---

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	④	都 道	府 県
----	---	-----	-----

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。			
金融機関名称	銀行() 会庫() 信託() 農協() 漁協() その他()	支店名	本店() 支店() 代理店() 出張所() 本店営業部() 本所() 支所()
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	

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。

③

2 ページ目に続きます。▶▶▶

社会保険労務士の
提出代行名記入欄

以下は、協会使用のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/> 1, 記入有 (添付あり) 2, 記入有 (添付なし) 3, 記入無 (添付あり)		
添付書類	職歴 <input type="checkbox"/> 1, 添付 2, 不備	年金 <input type="checkbox"/> 1, 添付 2, 不備	労災 <input type="checkbox"/> 1, 添付 2, 不備
	戸籍 (法定代理)	戸籍証明 <input type="checkbox"/> 1, 添付	口座証明 <input type="checkbox"/> 1, 添付
	その他 <input type="checkbox"/> 1, その他 (補記)	枚数	

6 0 1 1 1 1 0 1

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 4

被保険者記入用（2ページ目）の注意点

- ① 「被保険者の仕事内容」は具体的にご記入ください。
例) ドライバー、営業、経理など
- ② 「傷病名」の☑は必須です。
申請書4ページ目の「傷病名」に対する申請かどうかを確認しています。
- ③ 業務中・通勤中の傷病ではありませんか？
労働災害・通勤災害は支給対象外です。
該当する可能性がありましたら、申請前に労働基準監督署に相談ください。
- ④ 申請期間中に報酬は発生しましたか？
申請書3ページ目に記載された報酬と矛盾していないかご確認ください。
確認事項①-1 : 報酬あり→「1.はい」 報酬なし→「2.いいえ」
確認事項①-2 : 「報酬あり」の方のみご記入ください。

1 2 3 4 ページ
被保険者記入用

健康保険 傷病手当金 支給申請書

被保険者氏名

① 申請期間 (療養のために休んだ期間) 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで

② 被保険者の仕事の内容 (退職後の申請の場合は、退職後の仕事の内容) ①

③ 傷病名 (2) 療養期間中に発生した傷病による申請である場合は、左記に記入してください。別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 年 月 日

⑤-1 傷病の原因 (3) 1. 業務中(業務上)での傷病
2. 業務中(業務上)での通勤中の傷病
3. 通勤中の傷病
⑤-2 1. はい
2. いいえ

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? 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届」をご提出ください。

⑦-1 申請期間(療養のために休んだ期間)に報酬を受けましたか? 1. はい → ②-2へ
2. いいえ

⑦-2 ⑦-1を「はい」と答えた場合、受けた報酬は事業主が記録に入りましたか? 1. 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。

⑧-1 障害年金、障害手当金について 労務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」を受給している場合は、(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) 1. はい → ②-3へ
2. いいえ 「1. はい」の場合

⑧-2 老齢年金等について ※遺族年金による遺族厚生年金の受給後については、傷病手当金を申請する場合は記入不要です。老齢または遺族を事由とする公的年金を受給している場合は、(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) 1. はい → ②-3へ
2. いいえ 「1. はい」の場合

⑨-1 ⑧-1または⑧-2を「はい」と答えた場合のみ、ご記入ください。

⑨-2 傷病手当金を申請する期間において、労務傷病手当金から労務傷病手当金を受給していますか? 1. はい
2. いいえ 「1. はい」の場合、別途「労務傷病手当金受給証明書」を提出してください。

6 0 1 2 1 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 / 4

IV. 傷病手当金の申請について

事業主記入用（3ページ目）の注意点①

- ① 被保険者氏名はカタカナでご記入ください。
氏名の記入誤りにご注意ください。
- ② 出勤状況の記入は必須です。
出勤した日のみ○をつけてください。有給休暇や公休日の記入は不要です。
早退の場合は○ではなく「早」とご記入ください。

出勤日が0日の場合でも「令和□年□月」は必ずご記入ください。

例) 申請期間「令和5年10月1日～令和5年11月10日」の場合
→「令和5年10月」「令和5年11月」を記入。

- ③ 証明年月日は申請期間（申請書2ページ目）の最終日以降の日付です。
申請期間の最終日以前の日付は無効です。

- 申請期間が4か月以上の場合、申請書3ページ目は複数枚必要です。
報酬が発生していない場合でも、出勤状況・事業主証明は必ずご記入ください。

The image shows a form titled "健康保険 傷病手当金 支給申請書" (Health Insurance Sickness Allowance Payment Application Form) for business owner use. The form is divided into several sections:

- Header:** "健康保険 傷病手当金 支給申請書" and "事業主記入用" (Business Owner Use).
- Section 1:** "被保険者氏名 (カタカナ)" (Insured Person's Name in Katakana). A red box highlights this field with a circled '1'.
- Section 2:** "出勤状況" (Attendance Status). A red box highlights this section with a circled '2'. It includes a calendar grid for the month and year, with a large '出勤状況' label in the center.
- Section 3:** "事業主証明" (Business Owner Proof). A red box highlights this section with a circled '3'. It includes fields for "事業主所在地" (Business Owner's Address), "事業主氏名" (Business Owner's Name), and "電話番号" (Phone Number).
- Footer:** "6 0 1 3 1 1 0 1" (Insurance Number), "全国健康保険協会 協会けんぽ" (National Health Insurance Association), and "3/4" (Page 3 of 4).

IV. 傷病手当金の申請について

事業主記入用（3ページ目）の注意点②

申請期間のうち、出勤していない日に対して報酬（有給、交通費、住宅手当 等）がある場合、記入が必要です。

➤ 報酬ありの場合

例1) 10/1～10/31の通勤手当30,000円を出勤等の有無に関わらず満額支給
「令和5年10月1日から令和5年10月31日 30,000円」

例2) 10/1～10/31の申請期間のなかで、10/20が有給10,000円支給
「令和5年10月20日から令和5年10月20日 10,000円」

※日付と金額に誤りがないか必ずご確認ください。

➤ 報酬なし（控除している）の場合

報酬は記入不要です。「0円」の記入も不要です。

健康保険 傷病手当金 支給申請書
事業主記入用

1 2 3 4 ページ

労務に服することができなかった期間を含む資金計算期間の勤務状況および資金支払い状況等をご記入ください。

被保険者氏名 (カタカナ)

勤務状況 2ページの申請期間のうち出勤した日付を【○】で記入ください。「毎/月」については出勤の有無に関わらずご記入ください。

月	日	出勤	報酬
10	1	○	
10	2	○	
10	3	○	
10	4	○	
10	5	○	
10	6	○	
10	7	○	
10	8	○	
10	9	○	
10	10	○	
10	11	○	
10	12	○	
10	13	○	
10	14	○	
10	15	○	
10	16	○	
10	17	○	
10	18	○	
10	19	○	
10	20	○	
10	21	○	
10	22	○	
10	23	○	
10	24	○	
10	25	○	
10	26	○	
10	27	○	
10	28	○	
10	29	○	
10	30	○	
10	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。

別	05	02	01	日	05	02	月	28	日	30	00	00	円
①													
②													
③													
④													
⑤													
⑥													
⑦													
⑧													
⑨													

報酬欄

上記のとおり相違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

6 0 1 3 1 1 0 1

「事業担当者記入用」は4ページ目に続きます。▶▶▶

全国健康保険協会 協会けんぽ

3 / 4


療養担当者記入用（4ページ目）の注意点

- 「労務不能と認めた期間」は「申請期間」（申請書2ページ目）と同じ期間を記入ください。
医師が「労務不能と認めた期間」が支給対象です
- 証明日は「労務不能と認めた期間」の終期以降の日付をご記入ください。
証明日以降の労務不能と認めた期間は支給対象外です。

1 2 3 4 ページ
健康保険 傷病手当金 支給申請書
 療養担当者記入用

患者氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>											
労務不能と認めた期間 (毎日の労務不能に該当することができない期間をいいます。)	年	月	日	から	年	月	日	まで				
傷病名 (労務不能と認めた期間をご記入ください)								初診日 (療養の給付の開始年月日)	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日			
発病または負傷の原因												
発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日											
労務不能と認められた期間に影響した日がありましたか。	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ											
上記期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等												
上記のとおり相違ないことを証明します。								年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日				
医療機関の所在地												
医療機関の名称												
医師の氏名												
電話番号												

6 0 1 4 1 1 0 1


4 / 4

添付書類が必要なとき（一部抜粋）

- **1年以内に事業所に変更があったとき**
職歴確認書類…以前の事業所の名称・所在地・使用されていた期間を記入してください。
(協会けんぽに加入していた場合に限りです。書類はホームページからダウンロード可能です。)
- 相手のいる**交通事故**や**ケンカ**でけがをしたとき
第三者行為による傷病届
- **障害厚生年金・障害手当金**を受給しているとき
年金給付額がわかる書類（障害厚生年金の年金証書、年金額改定通知書など）のコピー
- **被保険者が亡くなられ、相続人が請求するとき**
戸籍謄本等…被保険者と相続人までの続柄の確認のために必要です。

⇒**賃金台帳・出勤簿・診断書・送付書の添付は不要です！**申請書の記載内容のみで審査します。

V.退職後の健康保険について

➤ 任意継続健康保険料の金額

都道府県支部（住所所在地）の保険料率 × 退職時の標準報酬月額（上限30万円）

在職時にお給料から引かれていた額の約2倍の額になります。

宮城支部でご加入の場合は保険料の上限は35,610円（令和6年1月時点）です。

資格を取得した日の属する月から保険料が発生します。

（例：4月20日に退職した場合でも、4月から任意継続健康保険の保険料を納めていただきます。）

➤ 任意継続健康保険の加入期間

任意継続被保険者となってから2年間

毎月の保険料を納付期限までに納付しなかった場合は資格を喪失します。

就職等により、途中で任意継続保険をおやめになる場合、申出書によるお手続きが必要です。

途中で喪失する場合、申出書提出が必要です。

➤ 任意継続ご加入の前に確認していただきたいこと

国民健康保険等の他の保険と比較するようご案内をお願いいたします。

退職後の健康保険は、「協会けんぽの任意継続」のほか、「国民健康保険」、「ご家族の健康保険（被扶養者）」の3つから選んで加入する必要があります。
毎月の保険料を比較したうえ、各保険者へご相談いただき、加入する健康保険をお選びください。

任意継続健康保険の加入条件を確認してください。

- ①退職日（資格喪失日の前日）までの間に「継続して2か月以上の被保険者期間」があること。
- ②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）**

【1ページ目】

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。

勤務していたときに使用していた健康保険証の発行都道府県支部	支部	提出日(投函日)	*年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
勤務していたときに使用していた健康保険証	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
氏名(カタカナ)	姓との間は17文字まで記入ください(漢字・平仮名)は1字としてご記入ください。		
氏名	性別 <input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女		
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	都 道 府 県		

勤務していた事業所	名称	所在地
資格喪失年月日(退職日の翌日)	*年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
保険料の納付方法	<input type="checkbox"/> 1. 口座振替(毎月納付のみ) <input type="checkbox"/> 2. 毎月納付 <input type="checkbox"/> 3. 6か月納付 <input type="checkbox"/> 4. 12か月納付	
<small>口座振替を希望される方は、別途「口座振替依頼書」の提出が必要です。</small>		

事業主記入用 ※任意		<small>この欄をご記入いただくことで、被保険者証の交付が早くなる場合があります。</small>
勤務していた方の氏名(カタカナ)	姓との間は17文字まで記入ください(漢字・平仮名)は1字としてご記入ください。	
資格喪失年月日(退職日の翌日)	*年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
上記の記入内容に誤りがないことを表明します。 令和 年 月 日		
事業所所在地	事業所名称	事業主氏名
電話番号		

被扶養者がある場合は2ページに書きます。>>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)	
社会保険労務士の提出代行者名記入欄	
以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。	
M10確認(被扶養者) <input type="checkbox"/> 1. 記入(被扶養者) <input type="checkbox"/> 2. 記入(被扶養者なし) <input type="checkbox"/> 3. 記入(被扶養者あり) <input type="checkbox"/>	資格喪失日 *年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
同席申請 <input type="checkbox"/> 1. 申請 <input type="checkbox"/> 2. 申請なし <input type="checkbox"/>	1. 理由 <input type="checkbox"/> 2. 理由 <input type="checkbox"/>
2 0 0 1 1 1 0 1	収入 <input type="text"/> 円

全国健康保険協会 協会けんぽ (2022.12) 1/2

➤ 加入手続き

「任意継続被保険者 資格取得 申出書」を
 住所地の都道府県支部へ郵送にてご提出ください。
 ※窓口は縮小して営業しております。

申請書は協会けんぽのHPからダウンロードでき、コンビニでも印刷できます。

【2ページ目】

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書(被扶養者編) 1 2 ページ **取**

被保険者氏名

氏名	氏名(カタカナ)姓との間は17文字まで記入ください(漢字・平仮名)は1字としてご記入ください。		
生年月日	性別	職別	収入(年間)
1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女 <input type="checkbox"/>	1. 1級 <input type="checkbox"/> 2. 2級 <input type="checkbox"/>	1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級 5. 5級 6. 6級 7. 7級 8. 8級 9. 9級 10. 10級 11. その他 <input type="checkbox"/>	1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級 5. 5級 6. 6級 7. 7級 8. 8級 9. 9級 10. 10級 11. その他 <input type="checkbox"/>
マイナンバー	内職・別居の別	仕送額(年間)	海外在住の場合はその理由
<input type="checkbox"/> 1. 内職 <input type="checkbox"/> 2. 別居 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. 内職 <input type="checkbox"/> 2. 別居 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 円	1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級 5. 5級 6. 6級 7. 7級 8. 8級 9. 9級 10. 10級 11. その他 <input type="checkbox"/>
住所(被扶養者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は基本のみご記入ください。)			
〒 <input type="text"/>	都 道 府 県	番号 <input type="text"/>	

氏名	氏名(カタカナ)姓との間は17文字まで記入ください(漢字・平仮名)は1字としてご記入ください。		
生年月日	性別	職別	収入(年間)
1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女 <input type="checkbox"/>	1. 1級 <input type="checkbox"/> 2. 2級 <input type="checkbox"/>	1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級 5. 5級 6. 6級 7. 7級 8. 8級 9. 9級 10. 10級 11. その他 <input type="checkbox"/>	1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級 5. 5級 6. 6級 7. 7級 8. 8級 9. 9級 10. 10級 11. その他 <input type="checkbox"/>
マイナンバー	内職・別居の別	仕送額(年間)	海外在住の場合はその理由
<input type="checkbox"/> 1. 内職 <input type="checkbox"/> 2. 別居 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. 内職 <input type="checkbox"/> 2. 別居 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 円	1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級 5. 5級 6. 6級 7. 7級 8. 8級 9. 9級 10. 10級 11. その他 <input type="checkbox"/>
住所(被扶養者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は基本のみご記入ください。)			
〒 <input type="text"/>	都 道 府 県	番号 <input type="text"/>	

氏名	氏名(カタカナ)姓との間は17文字まで記入ください(漢字・平仮名)は1字としてご記入ください。		
生年月日	性別	職別	収入(年間)
1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女 <input type="checkbox"/>	1. 1級 <input type="checkbox"/> 2. 2級 <input type="checkbox"/>	1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級 5. 5級 6. 6級 7. 7級 8. 8級 9. 9級 10. 10級 11. その他 <input type="checkbox"/>	1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級 5. 5級 6. 6級 7. 7級 8. 8級 9. 9級 10. 10級 11. その他 <input type="checkbox"/>
マイナンバー	内職・別居の別	仕送額(年間)	海外在住の場合はその理由
<input type="checkbox"/> 1. 内職 <input type="checkbox"/> 2. 別居 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. 内職 <input type="checkbox"/> 2. 別居 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 円	1. 1級 2. 2級 3. 3級 4. 4級 5. 5級 6. 6級 7. 7級 8. 8級 9. 9級 10. 10級 11. その他 <input type="checkbox"/>
住所(被扶養者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は基本のみご記入ください。)			
〒 <input type="text"/>	都 道 府 県	番号 <input type="text"/>	

お集めになられたときから引当金控除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、以下に当てはまる被扶養者をご記入ください。
【提出月が1月～7月の場合】前年1月1日時点の住居課住所の被扶養者 【提出月が8月～12月の場合】前年1月1日時点の住居課住所の被扶養者

被扶養者 1	被扶養者 2	被扶養者 3
氏名	氏名	氏名
収入(万円)	収入(万円)	収入(万円)
月給	月給	月給
仕送額(万円)	仕送額(万円)	仕送額(万円)
1. 1級 <input type="checkbox"/> 2. 2級 <input type="checkbox"/> 3. 3級 <input type="checkbox"/>	1. 1級 <input type="checkbox"/> 2. 2級 <input type="checkbox"/> 3. 3級 <input type="checkbox"/>	1. 1級 <input type="checkbox"/> 2. 2級 <input type="checkbox"/> 3. 3級 <input type="checkbox"/>

全国健康保険協会 協会けんぽ 2/2

V. 退職後の健康保険について

➤ 記入の注意点（1ページ目）

① 在職時に使っていた保険証の記号番号を記入

在職時の保険証は控え（コピーや写真等）をとってからご返却頂くと安心です。

② 「健康保険 資格喪失証明欄」の記入または、「退職日の確認できる書類」の添付 ※任意

通常より保険証が早く発行できます。

「退職日の確認できる書類」の例

- 退職証明書写し
- 雇用保険被保険者離職票写し
- 健康保険被保険者資格喪失届写し
- 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 など

【1ページ目】

1 2 ページ

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

取

① 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。

勤務していたときに使用していた被保険者証の発行都道府県支部	〒	提出日 (投函日)	年	月	日		
勤務していたときに使用していた被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	年月日	1. 昭和	年	月	日
				2. 平成			
				3. 令和			

②

資格喪失年月日 (退職日の翌日)	令和	年	月	日					
保険料の納付方法	<input type="checkbox"/>	1. 口座振替 (毎月納付のみ)	<input type="checkbox"/>	2. 毎月納付	<input type="checkbox"/>	3. 6か月前納	<input type="checkbox"/>	4. 12か月前納	口座振替を希望される方は、別途、「口座振替依頼書」の提出が必要です。
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">事業主記入用 ※任意 この欄をご記入いただくことで、被保険者証の交付が早くなる場合があります。</p> <p>健康保険 資格喪失証明欄</p> <p>勤務していた方の氏名(カタカナ)</p> <p style="font-size: 0.8em;">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。</p> <p>資格喪失年月日 (退職日の翌日)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>上記の記入内容に誤りのないことを証明します。</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p> <p>電話番号</p> </div>									

V. 退職後の健康保険について

【2ページ目】

➤ 記入の注意点（2ページ目）

③ 被扶養者のマイナンバーの記入が必要となります。

マイナンバーカードのコピー添付や、被保険者のマイナンバーの記入は不要です。

④ 在職時より引き続き被扶養者となる方は添付書類は不要です。

（被保険者と別居している方、新たに扶養に入る方以外）

申請書2ページ目「情報照会」欄をご記入ください。マイナンバーを利用した情報照会により収入の確認を行います。

（情報照会の結果によっては追加の書類をお願いする場合があります。）

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書【被扶養者届】 1 2 ページ **取**

被保険者氏名

氏名 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。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)

性別 1. 男 2. 女

続柄 1. 配偶者 2. 配偶者(休職) 3. 妻子・養子 4. 3以外の子 5. 父母・養父母 6. 義父母 7. 兄弟姉妹 8. 祖父母 9. 曾祖父母 10. 孫 11. その他()

職業 1. 無職 2. パート・アルバイト 3. 年金受給者 4. 中学生以下 5. 高・大学生 6. その他()

収入(年間) 1. 収入なし 2. 130万円未満 3. 130万~180万円未満 4. 180万円以上

マイナンバー

同居・別居の別 1. 同居 2. 別居 (別居に記入)

仕送額(年間) 万円

仕送回数(年間) 回

海外在住の場合はその理由 1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動 4. 海外婚姻等 5. その他()

住所(被保険者と同居の場合は記入不要です。海外在住の方は国名のみご記入ください。)

備考

④

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。

被扶養者 郵便番号

被扶養者 1

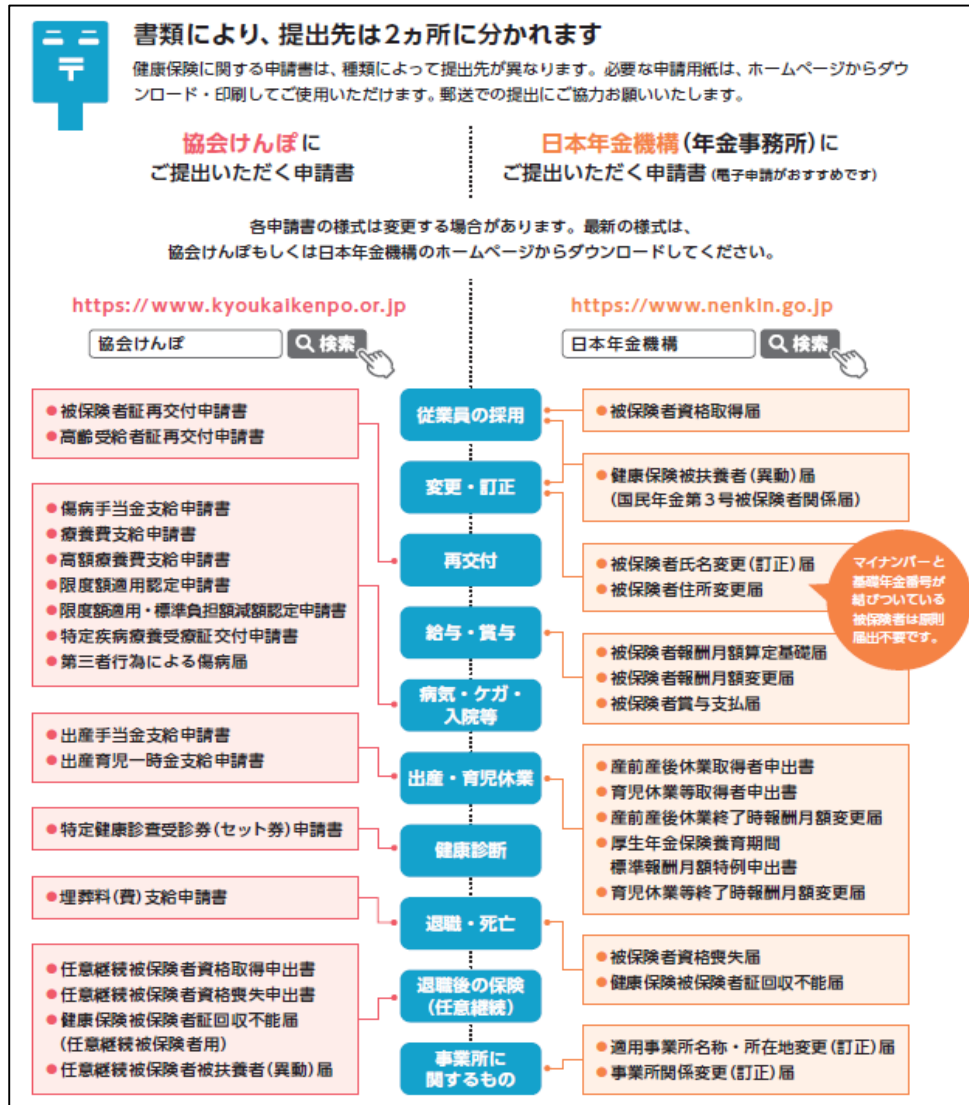
被扶養者 2

被扶養者 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。

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

各種申請書の提出は郵送でお願いします！



提出先の誤りが特に多いのは・・・

- 被保険者資格取得届
- 被保険者資格喪失届
- 健康保険被扶養者(異動)届



申請書を提出する際は、こちらの表を確認してからご提出をお願いいたします！

※日本年金機構(年金事務所)にご提出いただく申請書を協会けんぽに提出された場合、協会けんぽから日本年金機構(年金事務所)へ回送するため、保険証発行等の処理に通常より時間を要すことになります。ご注意ください。