

保存版

全国健康保険協会
協会けんぽの
しおり

改訂8版



広報部鳥
けんぽん

©2018協会けんぽ大阪支部



全国健康保険協会 大阪支部
協会けんぽ

目次 全国健康保険協会 協会けんぽのしおり 改訂8版

本書の届書記載例等で使用している氏名・住所・事業所名等は、事例として用いているもので、実在の人物・事業所とは何ら関係ありません。

ページ

- 1 協会けんぽ大阪支部からのお知らせ
- 2 協会けんぽの財政は厳しい状況にあります
- 3 被保険者が受ける生活習慣病予防健診
- 4 被扶養者が受ける特定健康診査
- 5 定期健診結果のご提供のお願い
- 6 特定保健指導を受けましょう
- 7 健康保険制度と医療費のしくみ
- 健康保険被保険者証
- 8 健康保険証は正しく使いましょう
- 健康保険証の適正使用
- 9 健康保険証は退職日の翌日から使用できません
- 健康保険被保険者証再交付申請
- 10 健康保険証等をなくしたとき
- 任意継続被保険者
- 11 退職後も健康保険へ継続加入をしたいとき
- 療養の給付
- 14 健康保険証を提示して治療を受けるとき
- 療養費
- 16 医療費の立替払い、治療用装具作成や海外で診療を受けたとき

ページ

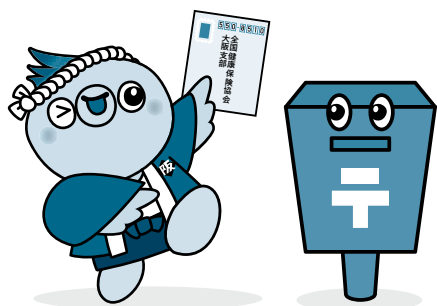
- 20 限度額適用認定申請・特定疾病
医療費が高額になりそうなとき
- 高額療養費
- 23 高額な医療費を支払ったとき
- 高額介護合算療養費
- 27 医療保険と介護保険の自己負担額が高額になったとき
- 傷病手当金
- 28 病気やケガで仕事を休んだとき
- 出産手当金
- 33 出産で仕事を休んだとき
- 出産育児一時金
- 37 子供が生まれたとき
- 埋葬料(費)・家族埋葬料
- 41 ご本人・ご家族が亡くなったとき
- 44 柔道整復師の正しいかかり方
- 44 ジェネリック医薬品ならお薬代を節約できます
- 45 協会けんぽ大阪支部のホームページをご活用ください
- 45 インターネットで健診の申込や医療費などの情報提供が受けられます
- 45 メールマガジン読者募集中です！
(登録無料)

知りたい情報は
ここで調べたら
いいだね！



協会けんぽ大阪支部からのお知らせ

各種申請書の提出は郵送で!



健康保険に関する申請書は、種類によって提出先が分かれています。必要な申請用紙は、ホームページからダウンロード・印刷してご使用いただけます。協会けんぽで受付している申請書は、すべて郵送でご提出いただくことができます。郵送での提出にご協力をお願いいたします。

〒550-8510 全国健康保険協会
大阪支部
[所在地] 大阪市西区^{うつぼ ほんまち}靱本町1-11-7
^{しなのばし みついで}信濃橋三井ビル6階

日本年金機構(年金事務所)へ
ご提出ください

健康保険の給付(傷病手当金等)
や任意継続(退職後の健康保険)
に関するお届はこちらです

在職中の方の健康保険・厚生年金
に関するお届はこちらです

- 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

- 被保険者資格取得届

変更訂正

- 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)

再交付

- 被保険者住所変更届
- 被保険者氏名変更(訂正)届

給与賞与

- 年金手帳再交付申請書

病気・ケガ入院等

- 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

出産育児休業

- 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
- 厚生年金保険養育期間標準報酬月額特例申出書
- 育児休業等終了時報酬月額変更届

健康診断

退職死亡

- 被保険者資格喪失届
- 健康保険被保険者証回収不能届

退職後の保険(任意継続)

- 適用事業所名称/所在地変更(訂正)届
- 事業所関係変更(訂正)届

事業所に 関するもの

詳細はホームページにてご確認下さい。
<https://www.nenkin.go.jp>

詳細はホームページにてご確認下さい。
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp>

協会けんぽ

検索



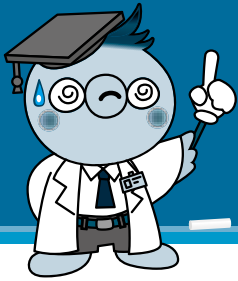
日本年金機構

検索





協会けんぽの財政は 厳しい状況にあります



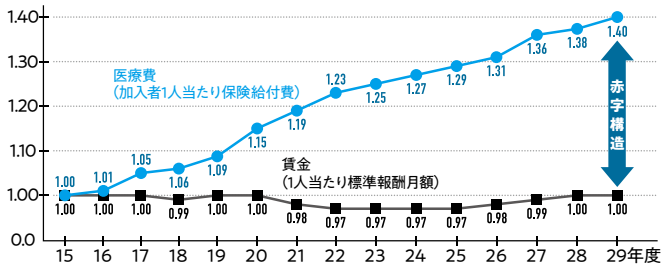
協会けんぽの保険財政は、医療費の伸びが賃金の伸びを上回る赤字構造にあります。また、高齢者医療にかかる拠出金については、増加の流れに一時的に歯止めがかかったものの、依然として重い財政負担になっています。協会けんぽの保険料率は医療費や拠出金などの財政状況により各支部ごとに定められ、大阪支部は10.19%（全国平均10%）となっています。



赤字構造に高齢者医療の拠出金が重い負担

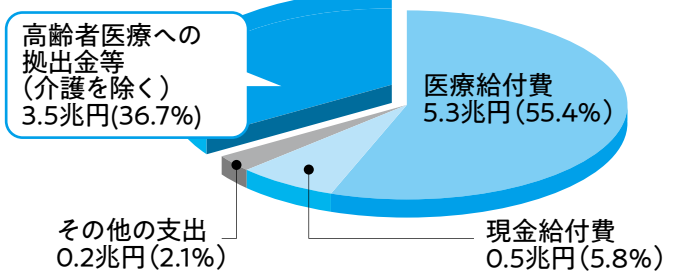
高齢化などによる医療費支出の伸びが賃金の伸びを上回り、協会けんぽの保険財政は赤字構造にあります。

●医療費と賃金（報酬）の伸び（対平成15年度の指数）



協会けんぽの支出の約4割は高齢者医療制度への拠出金等で、保険料率引上げの最大の要因となっています。

●平成29年度協会けんぽの支出（決算） 支出合計9.4兆円



協会けんぽでは保険料率の上昇抑制のためさまざまな取り組みを行っています

協会けんぽでは、皆さまの保険料負担をできるだけ軽減できるよう、次のような取り組みをすすめています。

ジェネリック医薬品の使用促進	お薬代の負担が少なくなるジェネリック医薬品の使用を促進しています
医療費適正化	医療機関から誤った保険請求がされていないか点検しています
健康診断・保健指導	生活習慣病の予防のための健康診断や保健指導の取り組みを行っています
不正受給の防止	審査の厳格化により不正受給の防止を図っています
被扶養者資格の再確認	高齢者医療制度への拠出金等の適正化のため、被扶養者資格の再確認をお願いしています

そのほか、加入者の疾病予防、医療の質の確保、医療費適正化対策などの取り組みをすすめ、保険者機能のさらなる強化を図ってまいります。



被扶養者資格の再確認を実施しています

協会けんぽでは、年に1度、健康保険の被扶養者となっている方が、現在もその状況にあるかの再確認をさせていただきます。この再確認は、保険料負担の軽減につながる大変重要な事務ですので、皆さまのご理解とご協力をお願いいたします。

事業主の皆さまには、順次「被扶養者状況リスト」をお送りします。リストにある被扶養者が、現在まで該当しているかどうかをご確認いただき、削除される場合には、同封の「被扶養者調書兼異動届(削除用)」に所定の事項を記入し、該当者の健康保険証を添付のうえ、リストと合わせて提出をお願いいたします。

参考 平成30年度再確認の結果

被扶養者から 除かれた人	全国で 約71万人 (平成30年11月16日現在)
減額効果 (高齢者医療 制度への負担)	約17.3億円

注目!

生活習慣病予防健診

被保険者が受ける生活習慣病予防健診

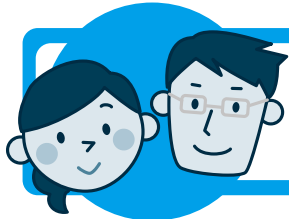
健康保険被保険者証	本人(被保険者)	00123
	成28年12月10日交付	
	記号 12345678	番号 123456
氏名	姓 健保 太郎	
生年月日	昭和 51年 8月 25日	
性別	男	
資格取得年月日	平成 28年 12月 1日	
事業所名称	〇〇株式会社	
保険者番号	011010011	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇	

本人(被保険者)と記載がある方



生活習慣病予防健診とは?

生活習慣病予防健診とは、生活習慣病の予防を目的にがん検診・血液検査など、被保険者(加入者ご本人)が受けることのできる健康診断です。年度内1回に限り、対象者は健診費用の補助を受けることができますので、下表の自己負担額で受診できます。



● 健診対象者 ● (加入者ご本人)の方 35歳~74歳の被保険者

その年の4月2日から翌年の4月1日の間に対象年齢の誕生日を迎える方は、その年の4月から受診できます。

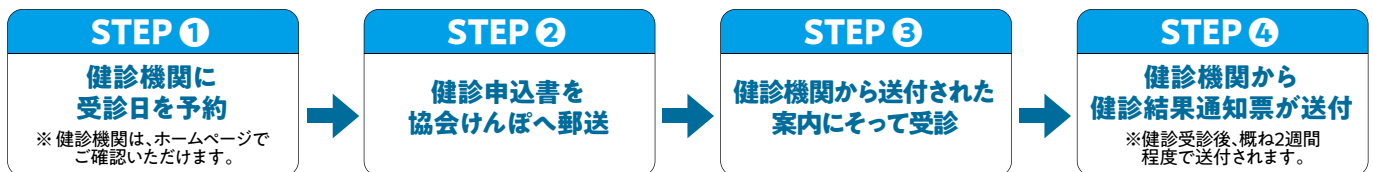
※自己負担額は健診機関により異なります。()内は消費税が10%へ変更された場合の額です。

健診の種類	検査の内容	対象者	自己負担額※
一般健診	問診、診察等、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	35歳~74歳 (75歳の誕生日の前日まで)の方	最高 7,038円 (7,169円)
	眼底検査 (※医師が必要と判断した場合のみ)		最高 78円 (79円)
子宮頸がん検診 (単独受診)	問診・細胞診	20歳~38歳の 偶数年齢の女性の方	最高 1,020円 (1,039円)

● 一般健診に追加して受診する健診 (セット受診のみで、単独受診はできません)

健診の種類	検査の内容	対象者	自己負担額※
付加健診	尿沈渣顕微鏡検査、血液学的検査、生化学的検査、眼底検査、肺機能検査、腹部超音波検査	一般健診を受診する ①40歳の方 ②50歳の方	最高 4,714円 (4,802円)
乳がん検診	問診、乳房エックス線検査(視診、触診※視診、触診は医師の判断により実施)	一般健診を受診する 40歳~74歳の偶数年齢の女性の方	【50歳以上】最高 1,066円 (1,086円) 【40歳~48歳】最高 1,655円 (1,686円)
子宮頸がん検診	問診、細胞診	一般健診を受診する 36歳~74歳の偶数年齢の女性の方 ※36歳、38歳の女性は子宮頸がん検診の単独受診も可	最高 1,020円 (1,039円)
肝炎ウイルス検査	HCV抗体検査 HBs抗原検査	一般健診を受診する方のうち、 過去にC型肝炎ウイルス検査を受けたことがない方	最高 612円 (624円)

● 健診を受けるまでの流れ



特定保健指導を受けましょう

特定保健指導とは、40歳から74歳までの方のメタボリックシンドローム改善と生活習慣病(糖尿病や脳卒中、心臓病など)の予防を目的とした国の定めた健康サポートの制度です。特定保健指導の対象になった方には、国家資格をもった保健師・管理栄養士による生活習慣改善のための面接や、その後のサポートなどを無料で受けることができます。※詳細は6頁をご覧ください。

注目!

健康保険 被保険者証	家族(被扶養者)	00123 成28年7月10日交付
記号	11010203	番号 213
氏名	花子	
生年月日	昭和 45年 8月 25日	
性別	女	
認定年月日	平成 28年 7月 1日	
被保険者指名	健保 一郎	
事業所名称	〇〇株式会社	
保険者番号	01010011	
保険者名称	全国健康保険協会 〇〇支部	
保険者所在地	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇-〇-〇	

家族(被扶養者)と記載がある方

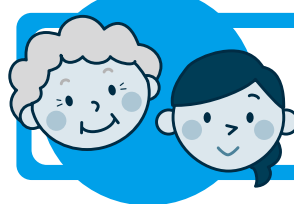
特定健康診査

被扶養者が受ける 特定健康診査



特定健康診査(特定健診)とは?

糖尿病や脂質異常症などの生活習慣病の予防を目的としており、メタボリックシンドロームに着目して行われる被扶養者(加入者ご家族)が受けることのできる健康診断です。年度内1回に限り、対象者は健診費用の補助を受けて、下表の自己負担額(上限)で受診できます。受診には受診券(セット券)が必要です。受診券(セット券)は4月初旬にご自宅へお届けしています。



● 健診対象者 ● (加入者ご家族)の方 40歳~74歳の被扶養者

※その年の4月1日から翌年の3月31日の間に40歳の誕生日を迎える方は、その年の4月から受診できます。

※自己負担額は健診機関により異なります。()内は消費税が10%へ変更された場合の額です。

検査内容		対象者	自己負担額 ※ 令和元年度
基本的な健診	診察等	40歳~74歳 (75歳の誕生日の前日までの方)	最高 1,439円 (1,589円)
	問診		
	身体計測		
	血圧測定		
	血液検査		
	尿検査		
詳細な健診	心電図検査 眼底検査 貧血検査(※) 血清クレアチニン検査(※) (※)血液検査の内容に含まれます。	今年度の健診結果等に基づいて、医師の判断により実施されます (すべての方が受診するわけではありません)	最高 260円 (330円)

- ・特定健診には、がん検診が含まれておりませんので、お住まいの市区町村が実施する「がん検診」をご利用ください。
- ・年度途中で加入されたご家族の受診券(セット券)作成には、「受診券(セット券)申請書」が必要です。協会けんぽへ提出ください。受診券が届きましたら、健診機関にご予約のうえ、受診してください。
- ・受診される都道府県により、金額が異なります。受診される都道府県支部ホームページをご確認ください。

● 健診を受けるまでの流れ



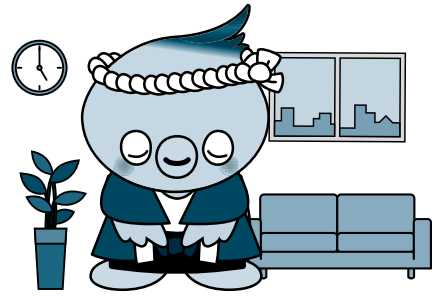
健診後の健康サポートを行っています

特定健康診査を受診された被扶養者(ご家族)で保健指導が必要な方には、「特定保健指導利用券」をご自宅へ送付します。この利用券と健康保険証、健診結果通知を特定保健指導実施機関に持参することで特定保健指導を受けることができます。



健診結果のご提供

定期健診結果のご提供のお願い



協会けんぽでは、国のメタボリックシンドローム対策に伴い、40歳以上（今年度40歳になる方を含みます）の被保険者の「定期健診」結果データの提供を事業主様をお願いしています。

事業主様が労働安全衛生法に基づいて実施する「定期健診」の検査項目には、協会けんぽに実施が義務付けられている特定健診の検査項目も含まれています。

そのため、「定期健診」の結果を協会けんぽにご提供いただくことで、特定健診の受診率を向上させることができます。



定期健診結果ご提供のメリット

ご提供いただいた健診結果から、大阪府内の健診結果の傾向等の分析を行い、生活習慣病の予防や重症化対策に活用します。

また、ご提供いただいたデータをもとに、保健師・管理栄養士による特定保健指導（生活習慣改善のサポートや健康相談）を無料でご利用いただけます。

※「定期健診」とは、労働安全衛生法に基づいて実施する健診で、協会けんぽが実施している生活習慣病予防健診とは異なります。



定期健診結果のご提供の方法

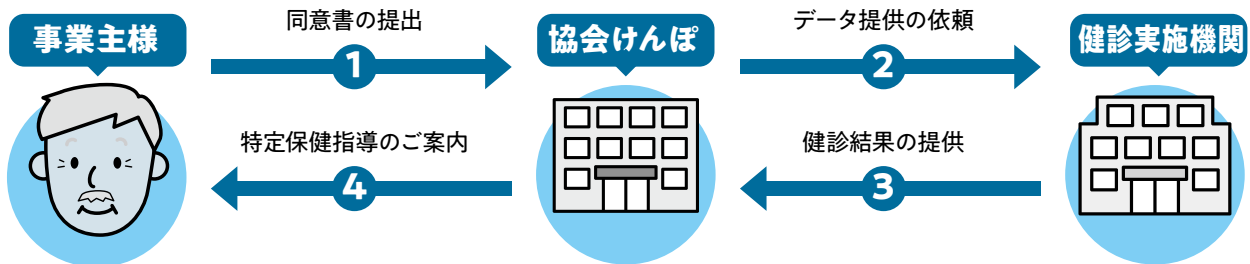
●データ提供の対象者

40歳以上75歳未満で定期健診を受診された、協会けんぽの加入者（被保険者本人）



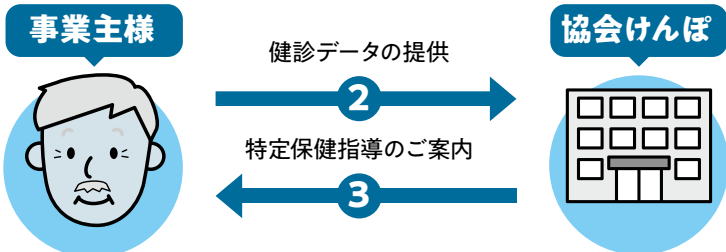
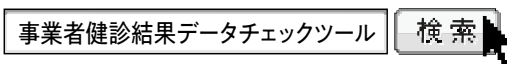
※40歳未満の方、協会けんぽの生活習慣病予防健診を受けた方は、ご提供いただく必要はありません。

定期健診を実施された健診機関から協会けんぽにご提供いただく方法



事業主様から直接ご提供いただく方法

- 1 協会けんぽのホームページからダウンロードできる事業者健診結果データチェックツールで健診データを作成



健診結果（個人情報）のご提供について

定期健診結果データを協会けんぽへご提供いただくことは、「高齢者の医療の確保に関する法律（第27条）」により定められていますので、データ提供により事業主様が法的な責任を問われることはありません。

特定保健指導

特定保健指導を受けましょう



¥0
無料



40歳～74歳の被保険者(ご本人)へ

生活習慣病予防健診等の結果から、特定保健指導の対象となる方がいらっしゃる事業所様に「特定保健指導のご案内」を送付いたします。

事業所様のご都合に合わせて、協会けんぽの保健師・管理栄養士が職場にお伺いし、対象者の方に生活習慣改善のサポートを行います。費用は無料です。なお、大阪支部では保健指導の外部委託をしておりますので、保健指導委託機関から直接保健指導のご連絡をさせていただくこともあります。ぜひご利用ください。



健診の結果は、あてはまりますか？

健診の結果から①の腹囲測定やBMIの値によりAまたはBにあてはまり、さらに、②の1～4の検査結果が何個あてはまるかご確認ください。

- 1**
 - A** 腹囲：男性85cm以上
女性90cm以上
 - B** 上記Aの腹囲には該当しないがBMIが25以上

- 2**
 - 1 血糖… 空腹時または随時※血糖100mg/dl以上またはHbA1c5.6%以上
 - 2 脂質… 中性脂肪150mg/dl以上またはHDLコレステロール40mg/dl未満
 - 3 血圧… 収縮期血圧130mmHg以上または拡張期血圧85mmHg以上
 - 4 喫煙歴… 1～3までのリスクが1つでもある場合はこれも1つ追加

※空腹時…食後10時間以上 随時…食後3.5時間以上10時間未満

3 保健指導は上記の結果により、**動機づけ支援**と**積極的支援**のいずれかに該当します。

1～4のリスク 個数の合計	A 腹囲 男性85cm、女性90cm以上		B 左記Aの腹囲には該当しないがBMIが25以上	
	40～64歳	65～74歳	40～64歳	65～74歳
1個	動機づけ支援	動機づけ支援	動機づけ支援	動機づけ支援
2個	積極的支援		積極的支援	
3個				
4個				



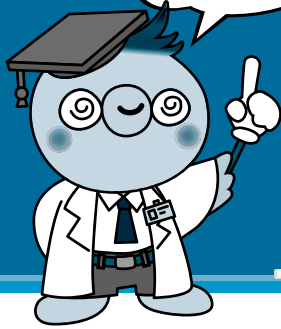
特定保健指導の対象になったら？

メタボリックシンドロームを改善するため、協会けんぽの保健師・管理栄養士による生活習慣改善のための面談及びその後のサポートが3ヵ月以上受けられます。また、サポートは対象者様のライフスタイルにあわせて行われます。3ヵ月以降に目標が達成できたかどうかや、身体状況・生活習慣に変化が見られたかなどを振り返ります。

●支援例



正しい知識を
身に付けよう!

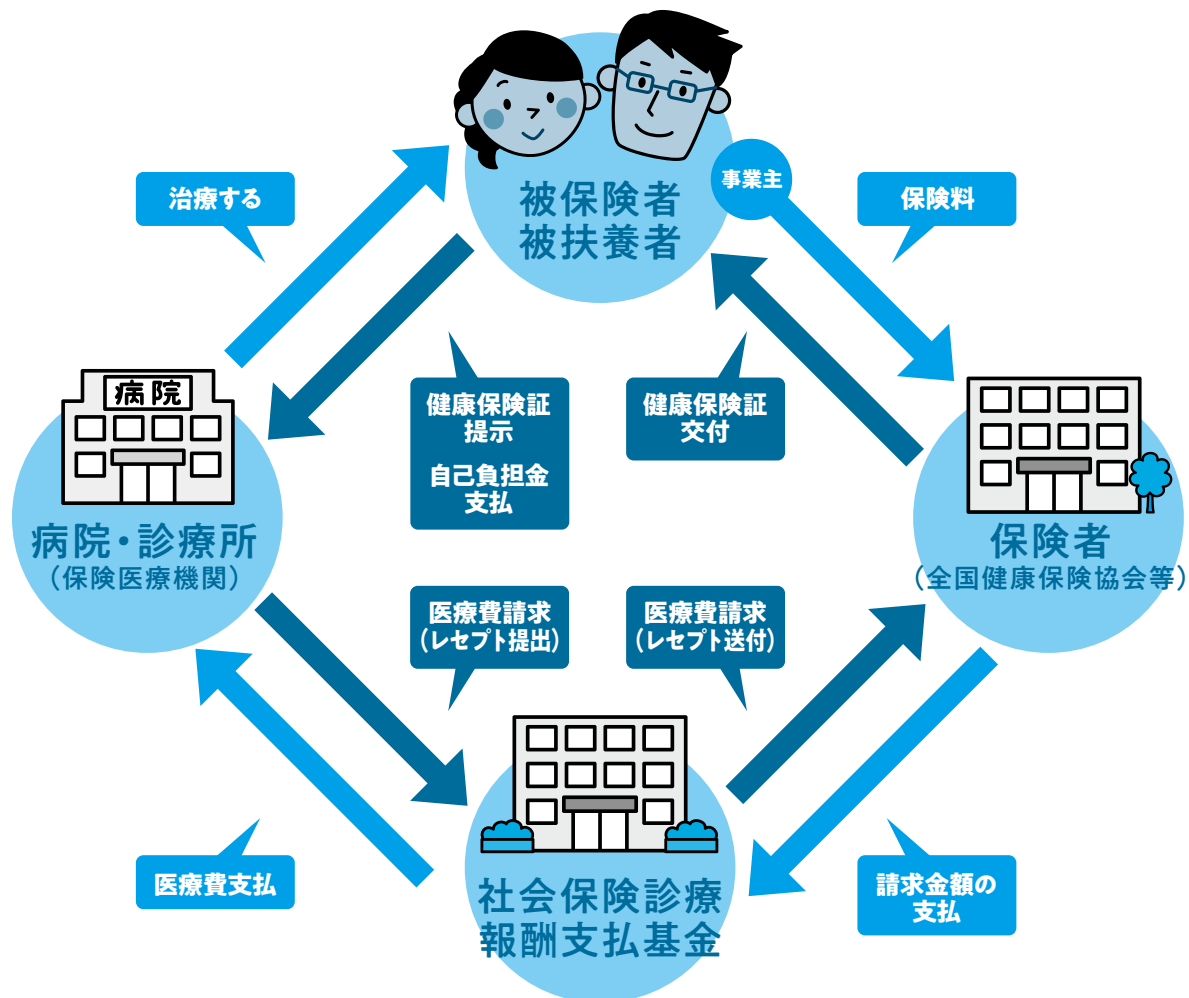


健康保険制度と 医療費のしくみ

〇月△日()
講師 けんぽん

健康保険に加入した方(被保険者)は、働いている事業所を通じて、毎月保険者*等に保険料を支払います。保険料を預かる保険者は、健康保険に加入している方が医療を受ける病院や診療所に、社会保険診療報酬支払基金を通して医療費を支払います。私たちが健康保険証を提示し治療費の一部を負担するだけで医療を受けることができるのは、このサイクルが相互にかかわり合いながら運営されているためです。

*「保険者」とは、健康保険の事業を運営する機関をいい、具体的には「全国健康保険協会(協会けんぽ)」や「健康保険組合」の事です。



レセプト … 医療機関が保険者に提出する月ごとの診療報酬明細書

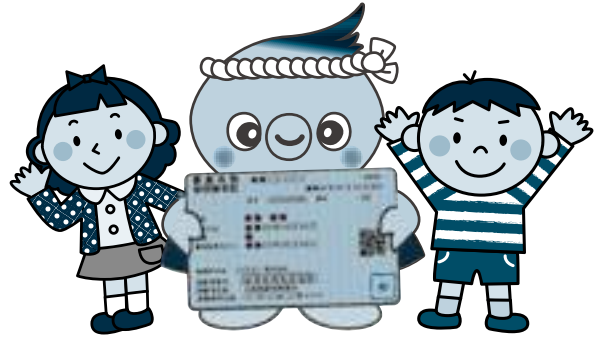


健康保険の保険給付

健康保険の保険給付には、以下のような種類があります。

療養の給付等、入院時食事療養費、入院時生活療養費、訪問看護療養費、療養費、家族療養費、保険外併用療養費、高額療養費、高額介護合算療養費、移送費、傷病手当金、出産育児一時金、家族出産育児一時金、出産手当金、埋葬料(費)、家族埋葬料

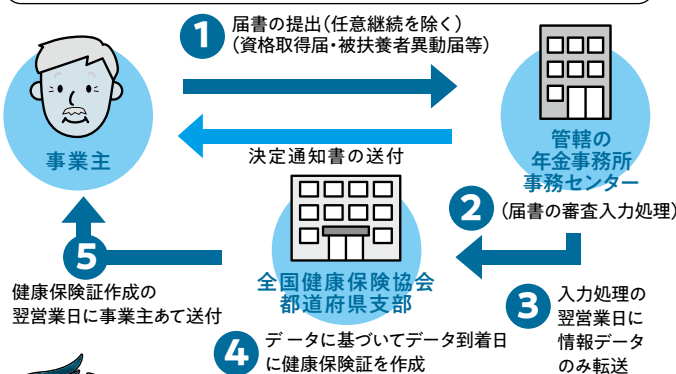
健康保険証は 正しく使いましょう



一人ひとりに交付される 健康保険被保険者証

健康保険被保険者証(健康保険証)は、加入手続き後、被保険者およびその被扶養者に個人単位で交付されます。
また、70~74歳の方には、健康保険証のほかに「高齢受給者証」が交付されます。

健康保険証の発行の流れ



業務災害によるケガは労災保険で

工作中(業務災害)や通勤途中の事故が原因となって起きた病気やケガについては原則、健康保険証は使えません。
労災保険(労働者災害補償保険)の対象となるため、事業主を通して労働基準監督署に届け出てください。



資格喪失日(退職日の翌日)以降は、健康保険証を使用できません

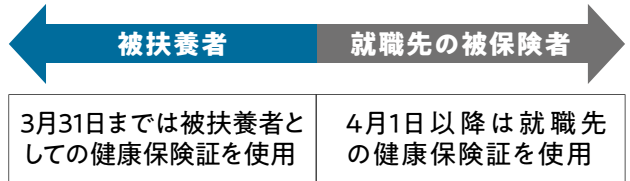
健康保険証は、資格を喪失した日(退職日の翌日、扶養から外れた日)から使用することはできません。
被保険者が健康保険証を使用できるのは「退職日まで(資格喪失日の前日)」です。また、パートの方などで、勤務時間や日数が減少し被保険者の資格を喪失する場合、「資格喪失日」以降、健康保険証は使用できません。

(例)被保険者が3月20日で退職したとき



協会けんぽに加入していた期間

(例)被扶養者が4月1日に就職したとき



被保険者の資格喪失日

- ① 適用事業所に使用されなくなった日の翌日(退職日等の翌日)
- ② 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日
- ③ 死亡した日の翌日

被扶養者の資格喪失日

- ① 被保険者が資格喪失した場合はその同日
- ② 就職・婚姻等により扶養から外れた日
- ③ 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日
- ④ 死亡した日の翌日

健康保険被保険者証(被保険者用)

平成27年6月29日以降に発行の健康保険証

健康保険被保険者証 本人(被保険者) 00123
平成28年7月10日交付

記号 21700023 番号 123

氏名 氏名 伊藤 一郎
生年月日 昭和 59年 8月 25日
性別 男
資格取得年月日 平成 28年 7月 1日



事業所名称 株式会社
保険者番号 0:10:10:0:11
保険者名称 全国健康保険協会 支部
保険者所在地 市区町--

印

お手元の健康保険証に記載されている記号・番号を各申請書の「被保険者証の記号および番号」欄にご記入ください

健康保険証は大切に保管してください!

- ① 受け取った際に、記載内容の確認をしてください
- ② 受診する際は必ず提示してください
- ③ 健康保険証の貸し借りは法律で禁止されています
- ④ 被扶養者に変更が生じたら5日以内に届け出てください
- ⑤ 紛失・破損したら、届け出て再交付を受けてください
- ⑥ 会社を退職するときは被保険者・被扶養者すべての方の健康保険証を返却してください

健康保険証は退職日の翌日から使用できません



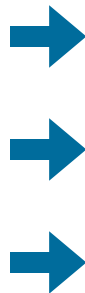
退職される方、扶養家族から外れる方がいらっしゃる場合

- 被保険者の方が退職された場合は、ご本人・ご家族(被扶養者)すべての健康保険証・高齢受給者証をお勤め先に返却してください。
- 被扶養者の方が就職や結婚などで扶養から外れたときは、その方の健康保険証等を被保険者のお勤め先に返却してください。
- 事業主の方は、健康保険証等をすみやかに回収のうえ、資格喪失届・被扶養者異動届に添付して年金事務所(事務センター)へ提出してください。
- 資格喪失届・被扶養者異動届の提出後に回収した健康保険証等は、年金事務所(事務センター)または協会けんぽへ、すみやかに返却してください。



退職後のよくある誤解

- 新しい健康保険証が届くまでの間は使えるだろう
- 月の途中の退職だから月末までは使えるだろう
- 会社から何も言われていないので使えるだろう



いずれの場合も
健康保険証は使用できません

お勤めされていた事業所を通じて
健康保険証をご返却ください。



資格のなくなった健康保険証を使用した場合

資格喪失日以降、資格のない健康保険証を提示して保険医療機関を受診した際の医療費は、健康保険から給付されません。誤って健康保険証を使用した場合は返還していただくことになりますのでご注意ください。

(例) Aさんが資格のない健康保険証を提示して医療費10,000円(10割)の受診をした場合 [Aさんの負担割合:3割]

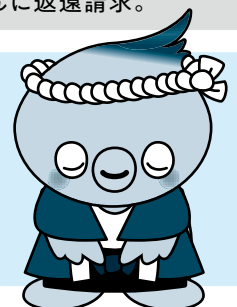
- ① Aさん ⇒ 一部負担金として医療機関で3,000円(3割)を支払い。
- ② 医療機関 ⇒ 保険分として7,000円(7割)を協会けんぽへ請求。
- ③ 協会けんぽ ⇒ 健康保険証の提示確認が行われているため、医療機関に7,000円を支払い。
- ④ 協会けんぽ ⇒ 医療機関に支払った7,000円(本来健康保険から給付されない医療費)をAさんに返還請求。



全国健康保険協会が負担する必要のない医療費が発生しています

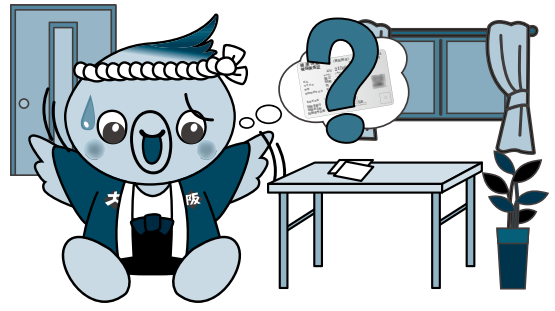
退職などで健康保険の資格を失った方が、事業主に健康保険証を返却せずに医療機関を受診する場合があります。本来、協会けんぽが負担する必要のない医療費を負担することとなり、健康保険料率に大きな影響を及ぼしかねません。

退職や扶養から外れた方の健康保険証の回収・ご返却をお願いいたします。



健康保険被保険者証再交付申請

健康保険証等をなくしたとき



健康保険証紛失の場合は再交付

健康保険証や高齢受給者証をよごしたりなくしたときは、「健康保険被保険者証再交付申請書」や「健康保険高齢受給者証再交付申請書」を提出し、新しく交付を受けます。提出の際、古い健康保険証があればそれを添付してください。なお、外出時の紛失や盗難の場合は、警察署への届出もしてください。

記載例 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

健康保険 被保険者証 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、欄内で特記に丁寧に記入してください。 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
211700023 123 昭和 平成 令和 590825

氏名・印 (フリガナ) キョウカイ イチロウ 協会 一郎

住所 〒000-0000 大阪 市 〇〇町1-1 〇〇マンション101
電話番号 (日中の連絡先) TEL XXX (XXX) XXX

再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。

再交付の対象者	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
<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (家族) 分 ※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
被扶養者氏名 協会 花子	生年月日 昭和 平成 令和 61年 11月 12日
性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	再交付の理由 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
備考	外出時に保険証の入った鞆を置き忘れ、行方が分からなくなった。

事業所所在地 (〒000-0000) 〇〇市〇〇町1-3
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

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) ※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。

社会保険労務士の提出代行者記載欄
株式会社 〇〇〇〇 協会使用欄

21111116 1 〇〇〇〇 〇〇〇〇

全国健康保険協会 協会けんぽ

ここ!

健康保険被保険者証 本人 (被保険者) 00123 再交付
記号 21700023 番号 123

氏名 協会 一郎
生年月日 昭和 59年 8月 25日
性別 男
再交付年月日 平成 28年 7月 1日

事業所名称 〇〇株式会社
保険者番号 〇11010011
保険者名称 〇〇健康保険協会 〇〇支部
被保険者住所 〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇

記号・番号は、健康保険証に記載されています。また、協会けんぽ都道府県支部からお送りしております各種通知書等に記載しておりますのでそちらからも確認できます。

- 再交付の理由を必ず記入してください。
- 被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

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 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、欄内で特記に丁寧に記入してください。 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
211700023 123 昭和 平成 令和 590825

氏名・印 (フリガナ) キョウカイ イチロウ 協会 一郎

住所 〒000-0000 大阪 市 〇〇町1-1 〇〇マンション101
電話番号 (日中の連絡先) TEL XXX (XXX) XXX

被扶養者氏名	生年月日	性別	再交付の理由
協会 美子	昭和 21年 9月 22日	女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	昭和 年 月 日	男 / 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	昭和 年 月 日	男 / 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他

備考 外出時に、高齢受給者証の入った財布を置き忘れ、行方が分からなくなった。

事業所所在地 (〒000-0000) 〇〇市〇〇町1-1
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

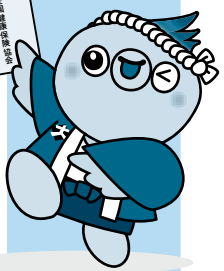
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) ※マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者記載欄
株式会社 〇〇〇〇 協会使用欄

21111117 1 〇〇〇〇 〇〇〇〇

全国健康保険協会 協会けんぽ

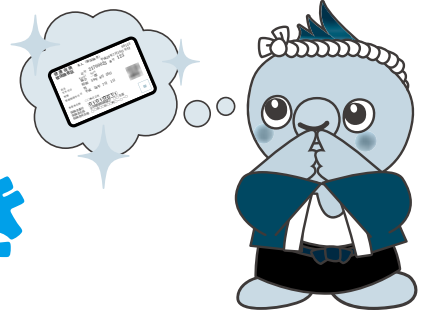
高齢受給者証再交付申請書も書き方は同じだよ!



申請時期	健康保険証や高齢受給者証を紛失したとき
申請先	事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の場合 → 事業所を管轄する全国健康保険協会都道府県支部 任意継続被保険者およびその被扶養者の場合 → 住所地を管轄する全国健康保険協会都道府県支部
添付書類	「き損」による再交付を申請する場合は、「き損」した健康保険証や高齢受給者証を添付してください。

任意継続被保険者

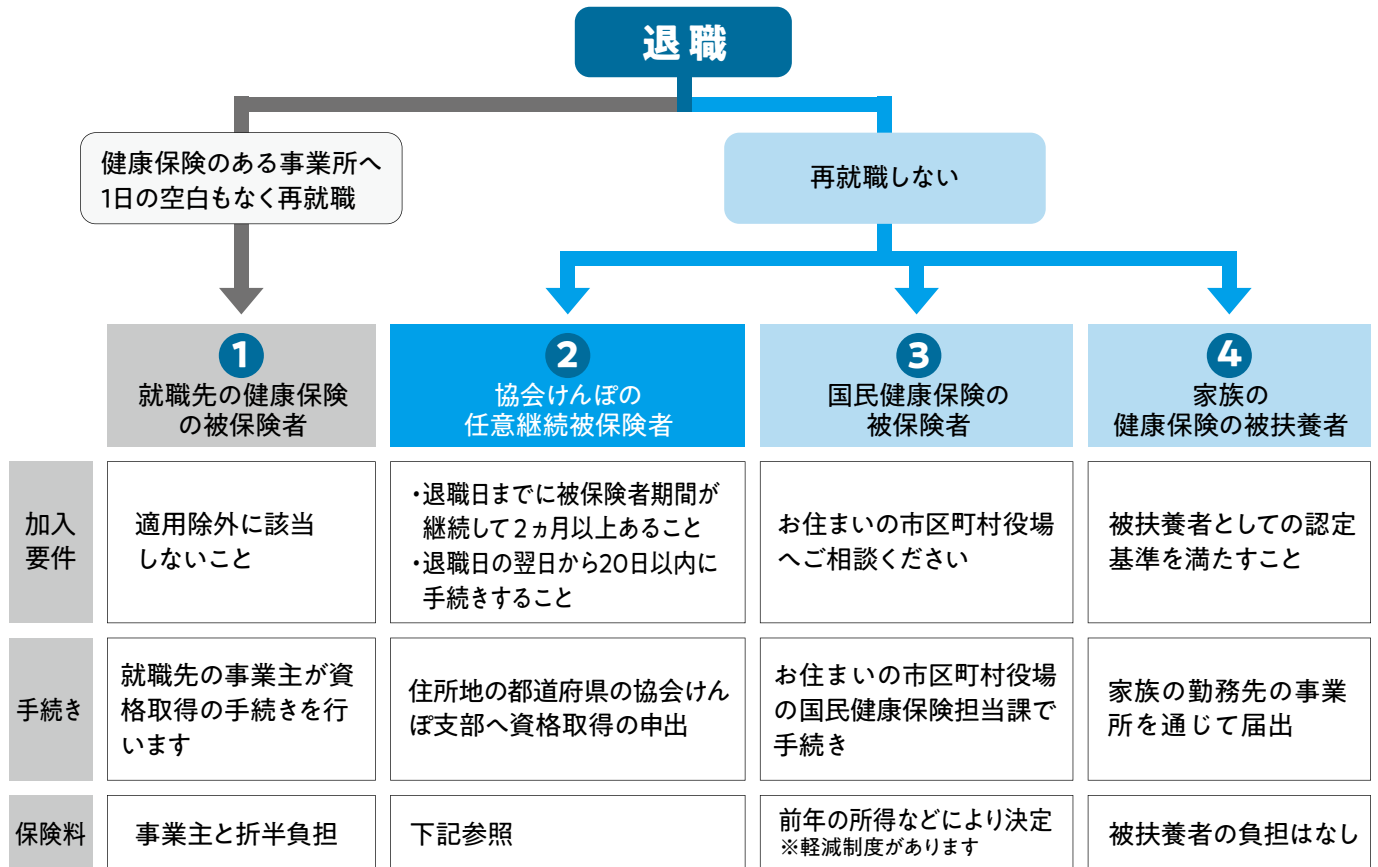
退職後も健康保険へ 継続加入をしたいとき



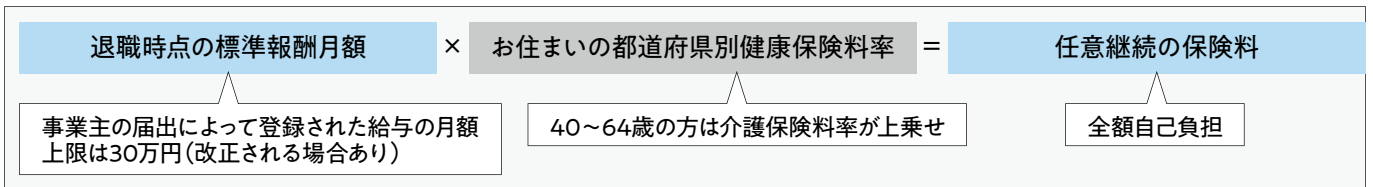
退職後の健康保険への加入

74歳までの被保険者が退職などでそ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。

退職後はご自身の状況に応じて、下記の選択肢のいずれかに健康保険の加入手続きをする必要があります。



● 任意継続被保険者の1ヵ月の保険料



※国民健康保険の保険料とは算定方法が異なります。詳細はお住まいの市区町村役場へご確認ください(場合によっては軽減されることもございます)。



協会けんぽの任意継続被保険者となるためには

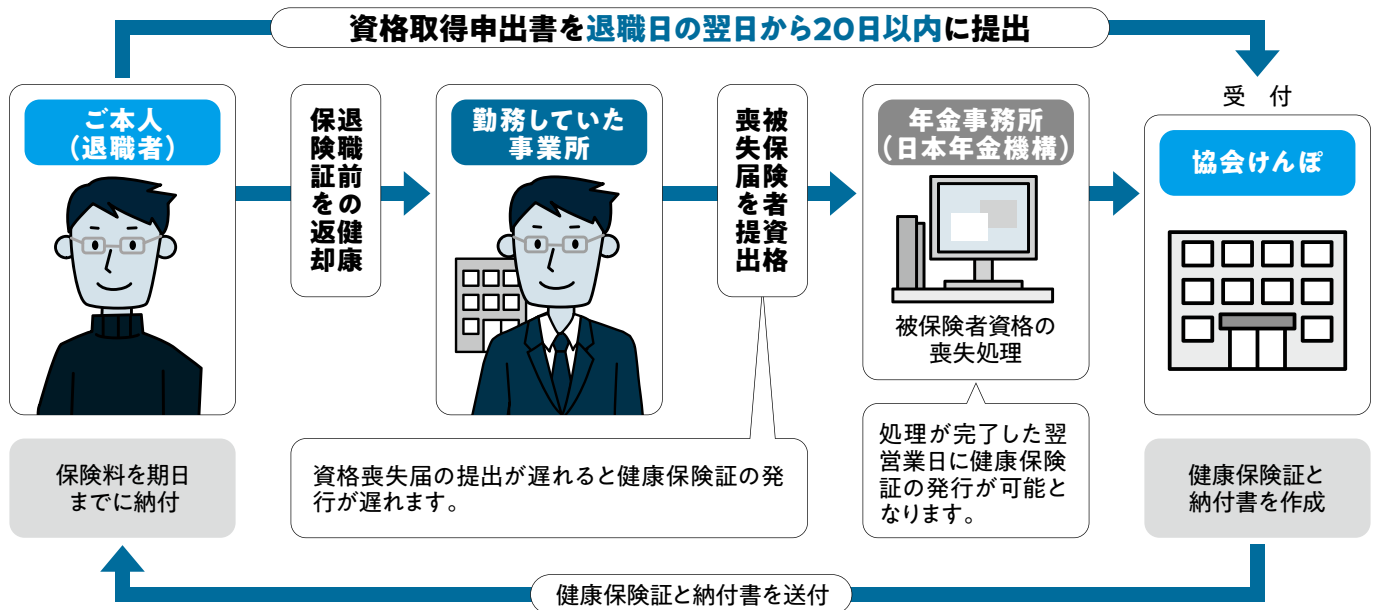
被保険者資格を喪失したときは、下記の条件を満たしている場合、協会けんぽの健康保険に引き続き加入(上図の②)することができます。

- 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
- 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(必着)



任意継続の申請から健康保険証発行までの流れ

退職した事業所の健康保険証を持ってられる方は、退職後は使用できませんので、すみやかに退職した事業所へご返却ください。



加入と資格喪失

加入

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記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、資格喪失申出書の提出が必要です)



任意継続加入中の健康保険給付について

任意継続被保険者になった場合、原則として、在職時と同様の保険給付(傷病手当金・出産手当金を除く)が受けられます。

※傷病手当金および出産手当金は、任意継続の加入と関係なく、在職時からの継続給付の要件を満たす必要があります。



任意継続手続きのセットをご利用ください

協会けんぽ大阪支部では、退職した方が任意継続を申出する際に必要な手続きセットを用意しました。事業所でお取り寄せいただき、退職後に任意継続被保険者の申込をされる方にお渡しいただければ、手続きがスムーズに行えます。

「協会けんぽ継続セット」専用の送付依頼書(FAX送信票)をホームページ上に用意しましたので、ダウンロードしてご利用ください。

TEL(ご相談用) 06-7711-4300 (代表)

FAX 送信先 06-7711-4615

記載例

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

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



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、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

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 (左づめ)

氏名・印 (フリガナ) キョウカイ イチロウ 協会 一郎

住所 (〒000-0000) 大阪 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) XXX

勤務していた事業所の名称 〇〇株式会社 所在地 〇〇市〇〇町1-3

資格喪失年月日 (退職日の翌日) 令和 1 年 7 月 1 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

「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。

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

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) キョウカイ ハナコ (氏) 協会 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 61 年 11 月 12 日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	主婦	0 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
(フリガナ) キョウカイ ハルト (氏) 協会 大翔	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 30 年 9 月 10 日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	子	なし	0 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
(フリガナ) _____ (氏) _____	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	_____	_____	_____ 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)
(フリガナ) _____ (氏) _____	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	_____	_____	_____ 万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外在住)

扶養に関する申立欄

左記の事実と相違ありません。
被保険者 氏名

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) 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。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号 協会使用欄

2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0

1 | | | |

全国健康保険協会 協会けんぽ

1 / 1

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL ××× (×××) ×××××

ここ!

健康保険被保険者証 (本人・別居別居者) 00123

記号 21700023 番号 123

氏名 協会 一郎 性別 男 生年月日 59年7月11日 資格喪失年月日 平成 28年 7月 11日

多量用紙番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

被保険者印 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

被保険者氏名 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

在職時の健康保険証の記号・番号を記入してください。

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。

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)

被扶養者のマイナンバーを忘れずに記入してください

学生の方は、職業欄に「学生」と記入してください



提出期限

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理される場合があります。

提出先

ご自宅の住所地为管轄する協会けんぽ都道府県支部

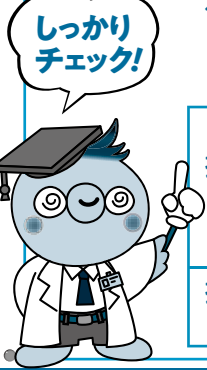
添付書類について

被扶養者となる方がいる場合

詳細は協会けんぽホームページをご覧ください。

協会けんぽ大阪

検索



	在職時より引き続き、被扶養者となる場合	任意継続の資格取得と同時に、新たに被扶養者となる場合
扶養となる方が 国内在住	<ul style="list-style-type: none"> ● 収入を証明する書類 ● (別居) 仕送りの事実と仕送り額の確認できる書類 	<ul style="list-style-type: none"> ● 身分関係を証明する書類 ● 収入を証明する書類 ● (同居) 同居していることを証明する書類 ● (別居) 仕送りの事実と仕送り額の確認できる書類
扶養となる方が 海外在住	<ul style="list-style-type: none"> ● 被扶養者現況申立書 ● 収入を証明する書類 	<ul style="list-style-type: none"> ● 身分関係を証明する書類 ● 仕送りの事実と仕送り額の確認できる書類

療養の給付

健康保険証を提示して 治療を受けるとき



病気やケガをしたとき（療養の給付）

健康保険の被保険者や被扶養者が業務災害・通勤災害以外の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）に健康保険証および高齢受給者証を提出し、一部負担金を支払うことで、診療・処置・投薬・入院などの治療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、保険薬局で薬剤の調剤をしてもらうことができます。

診察・検査	薬・治療材料	処置・手術	入院・看護	在宅療養・訪問看護
<p>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。</p>	<p>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。また、松葉杖や歩行補助器は治療に必要な期間、貸し出ししてもらえます。</p>	<p>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。</p>	<p>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します。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。</p>	<p>医師が必要と認めれば、在宅療養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。</p>



一部負担金

保険医療機関で医療を受けたときや保険薬局で薬の調剤をしてもらったときは、保険医療機関等の窓口で一部負担金を支払います。医療費の負担割合は、本人・家族、入院・外来にかかわらず、年齢等によってその負担割合が区分されています。

また、入院した場合の食事代として、1食につき決められた標準負担額を負担しなければなりません。療養病床に入院する65歳以上の方は、食費と居住費を合わせて決められた標準負担額を負担することになります。なお、これらの標準負担額は、高額療養費（23頁参照）の対象とはなりません。

●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

●入院時の食事代の標準負担額（平成30年4月～）

区分	1食あたり負担額	
一般	460円 ※1.2	
低所得者世帯	90日までの入院※3	210円
	91日以降の入院	160円

※1 一般の標準負担額は、平成30年3月までは「360円」です。

※2 難病患者、小児慢性特定疾病患者については、負担額が「260円」に据え置かれています。

※3 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。



現役並み所得者とは

現役並み所得者とは、70歳以上75歳未満の高齢受給者のうち、標準報酬月額が28万円以上の被保険者とその被扶養者です（被保険者が70歳未満の場合は、その高齢受給者である被扶養者は、現役並み所得者とはなりません）。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（高齢受給者である被扶養者がいない場合は383万円）未満であるときは、申請により、生年月日に応じて1割または2割負担となります。

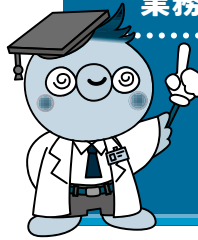
*被扶養者が後期高齢者医療制度の被保険者となったときでも、被扶養者でなくなってから5年間は被扶養者であった方の年収と併せて計算できます。



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）、予防注射（インフルエンザなど）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。

業務災害や通勤災害によるケガ



業務災害（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、原則健康保険の給付は行われません。

健康保険が使えないケース

例外的に健康保険が使えるケース

● 単なる疲労や倦怠	➔ ● 疲労が続き病気が疑われるような場合
● 美容を目的とする整形手術	➔ ● 斜視等で労務に支障をきたす場合、生まれつきの口唇裂の手術、ケガの処置のための整形手術、他人に著しい不快感を与えるワキガの手術など
● シミ・アザなどの先天的な皮膚の病気	➔ ● 治療が可能で治療を必要とする場合
● 近視の手術など	➔ ● 視力に変調があって医師の診察・検査を受ける場合、小児弱視等の治療に使用する眼鏡など
● 研究中の先進医療	➔ ● 大学病院などで厚生労働大臣の定める診療を受ける場合
● 正常な妊娠・出産	➔ ● 妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）などによる異常分娩の場合
● 経済的理由による人工妊娠中絶	➔ ● 母体に危険が迫った場合に母体を保護するための人工妊娠中絶



こんな場合は保険給付が制限されることがあります

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、酒酔いなどでケガや病気をしたとき

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

協会けんぽ（保険者）の指示する質問や診断を拒んだとき

6

刑事施設や少年院などにいるとき
（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）

第三者行為による傷病届について

私用中に発生した交通事故、けんか、他人のペットにかまれたなど、第三者（相手方）の行為によって負傷などをした際に、健康保険証を使用して治療を受ける場合は、必ず「第三者等の行為による傷病届」をご提出ください。

健康保険を使用して治療を受けた場合、本来、相手方が支払うべき治療費を協会けんぽが立て替えて支払うことになり、後に保険給付に要した費用を協会けんぽから相手方に請求することになるため、お届けをいただく必要があります。

● 第三者行為とは
（業務災害や通勤途上のものを除きます）



交通事故



けんか



他人が飼っている動物にかまれた



工事現場などを通して落下物によりケガをしたとき

など

※届書をすぐに提出できないときは、取り急ぎ事故等の状況をお電話等によりお知らせいただき、後日できるだけ早くご提出をお願いします。

<お問い合わせ> 全国健康保険協会都道府県支部

療養費

医療費の立替払い、治療用装具作成や海外で診療を受けたとき



立替払いや治療用装具を作成したとき（療養費）、海外で診療を受けたとき（海外療養費）

健康保険では、「やむを得ない事情で健康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」「海外旅行中などに急な病気やケガのため現地で診療を受けたとき」などの場合、あとで請求することにより療養費の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 やむを得ず保険医療機関でない病院などで診療を受けたとき
- ② 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
- ③ 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
- ④ 病院を通して生血を購入し輸血したとき
- ⑤ はり・きゅう・マッサージの施術を医師の同意を得て受けたとき
- ⑥ 海外の医療機関で診療を受けたとき（業務災害による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）
- ⑦ 柔道整復師（整骨院・接骨院）から施術を受けたとき

柔道整復師（整骨院・接骨院）で

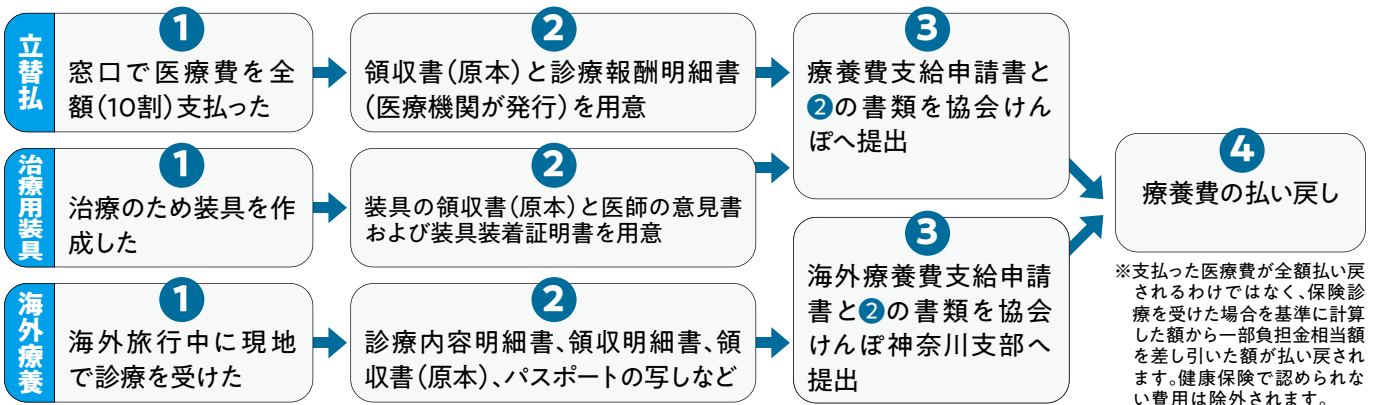
健康保険が使える場合

- 外傷性が明らかな骨折、脱臼、捻挫、打撲、肉離れなど（骨折や脱臼は応急手当を除き、医師の同意が必要です）

健康保険が使えない場合

- 日常生活からくる疲労や単なる肩こり、体調不良など
- スポーツによる筋肉疲労

●療養費払い戻しの手順



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。これら进行评估療養や選定療養及び患者申出療養といい、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及び患者申出療養の料金は、療養を受けた方が自費で支払います。

※患者申出療養は、困難な病気と闘う方が、国内未承認の新薬や医療機器による治療を望んだ場合に、保険外併用療養の仕組みとして平成28年4月1日から導入されたものです。



●評価療養と選定療養の主なもの

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

記載例

健康保険 被保険者・家族療養費 支給申請書(立替払等)

健康保険 被保険者 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、箱書きで特丁寧に記入してください。 記入用紙 01123456789アイウ

記号 番号 生年月日 年 月 日
 211700023 123 1 590825

氏名・印
 キョウカイ イチロウ
 協会 一郎

住所
 〒0000000 大阪 〇〇市〇〇町1-1
 △△マンション101

金融機関 名称 〇〇 〇〇 〇〇
 預金種別 1. 普通 3. 別段 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
 氏名・印
 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
 氏名・印

6611164 1

全国健康保険協会 協会けんぽ 1/2

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL X X X X X X X X X X

ここ!

健康保険 被保険者証
 本人(複製用紙) 00123
 記号 番号 21700023 123

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報を記入してください。
 被保険者が亡くなって、法定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)・預金種目・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
 預金種別 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 口座番号 1234567

口座名義
 キョウカイ イチロウ

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 被保険者 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

1 受診者 2 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 協会 花子 生年月日 1. 平成 2. 令和 3. 昭和 6111112

2 傷病名 感冒 3 発病または負傷年月日 1. 平成 2. 令和 3. 昭和 300205

4 発病の原因および経過 (詳しく) 1 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
 〇〇総合病院 〇〇市〇〇町1-4 保険 勤三郎
 △△薬局 〇〇市〇〇町1-4 保険 愛子

6 診療を受けた期間 1. 平成 2. 令和 3. 昭和 300205 300205 日数 1 日

7 療養に要した費用の額 〇〇〇〇 5500 円

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、被保険者が届がなかったため
 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)

6611263 1

全国健康保険協会 協会けんぽ 2/2

ケガ(負傷)による申請の場合は「負傷原因届」(19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。

治療用装具の場合

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具) 1 2 ページ

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 (治療用装具) 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 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、横書きで特記した事項を記入してください。

記入用紙 01123456789アイウ

被保険者証の (支づめ) 記号 番号 生年月日 年 月 日
21700023 123 1 590825

氏名・印 (フリガナ) キョウカイ イチロウ 協会 一郎

住所 〒 0000000 大阪 〇〇市〇〇町1-1
△△マンション101

金融機関 名称 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇

預金種別 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 口座番号 1234567

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

被保険者 氏名・印 住所 〇〇市〇〇町 〇〇番 〇〇号

代理人 (口座名義人) 住所 〇〇市〇〇町 〇〇番 〇〇号

661669 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

ここ!

健康保険 被保険者証 本人 (被保険者) 00123 付
記号 番号 21700023 123

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

家族(被扶養者)が治療用装具を作成した場合でも、被保険者の氏名などの情報を記入してください。
被保険者が亡くなられて、法定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)・預金種目・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

預金種別 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 口座番号 1234567

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

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書 (治療用装具) 1 2 ページ

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 (治療用装具) 被保険者記入用

被保険者氏名 協会 一郎

① 受診者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 1. 男性 2. 女性 3. その他

② 傷病名 左膝関節靭帯損傷

③ 発病または 傷病年月日 1. 平成 2. 令和 3. 年 4. 月 5. 日 3 0 0 5 2 4

④ 発病の原因および経過 (詳しく) 2. ケガ → 負傷原因欄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 所在地 診療した医師等の氏名
〇〇総合病院 〇〇市〇〇町1-2 保険 一大郎

⑥ 治療用装具を装着した日 (診療を受けた期間) 1. 平成 2. 令和 3. 年 4. 月 5. 日 6. 日 7. 日 3 0 0 5 2 4 3 0 0 5 2 4

⑦ 装具等の装着について 指示を受けた日 1. 平成 2. 令和 3. 年 4. 月 5. 日

⑧ 療養に要した費用の額 〇〇〇〇260000 円

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

661768

全国健康保険協会 協会けんぽ

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(コルセット)を装着した日を記入してください。
※「弾性着衣」「小児弱視用眼鏡等」の場合は記入不要です。

装具(弾性着衣、小児弱視用眼鏡)装着の指示を受けた日を記入してください。
※「コルセット」の場合は記入不要です。

領収書に記載されている金額を記入してください。

海外療養費の場合

海外旅行中や海外赴任中に急な病気やケガにより、やむを得ず現地の病院で診療などを受けたときは、「海外療養費支給申請書」に所定の添付書類をつけて協会けんぽ神奈川支部に提出してください。

全国健康保険協会神奈川支部
〒240-8515 横浜市保土ヶ谷区神戸町134
横浜ビジネスパークイーストタワー 2階
※ 海外療養費については、平成28年10月から協会けんぽ神奈川支部で審査を行っています。

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入してください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL ×××(×××)××××

負傷原因届 負傷(ケガ)がもとで申請する場合

健康保険 負傷原因届 (健康保険・事業主記入用)

記入方法および添付書類等については、「健康保険 負傷原因届 記入の手引き」をご確認ください。
届書は、傷害で特に入事にご記入ください。 記入票番 011234567891011

被保険者証の記号 (5桁) 217000023 123

氏名・印 協会 一郎

住所 (〒 000-0000) 大阪 市 〇〇区 〇〇町1-1 〇〇マンション101

電話番号 (日中の通話先) TEL XXX(XXX)XXX

負傷した方 被保険者 関係者(任意)

負傷した方の勤務形態 専業主婦、専業主夫、家庭、パート、アルバイト 労災保険に特別加入していませんか。
 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 特別加入している 無職 その他 特別加入していない

傷病名 左膝関節挫傷

負傷日時 平成30年 5月 24日 午前・昼午後 2時頃

負傷した時間(状況) 勤務時間中 勤務日の休居中 通勤中 その他 通勤途中 出勤 退勤 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 交通事故 暴力(ケンカ) スポーツ中(競技場内) 職場行事 職場行事以外

負傷原因で次にあてはまるものがありますか。
 動物による負傷(飼主: 有 無) あてはまりません

上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。
 相手: 有 無 あなたは被害者 あなたは加害者 あてはまりません

負傷した時の状況を具体的に記入してください。
市内の野球場の試合中に、捕球しようとした際に足をくじき転倒し、負傷した。

治療経過 発症 平成30年 5月 30日現在 治療中 治療終了 中止

治療期間 発症後 30年 5月 24日 から 平成30年 5月 24日まで

事業所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。

事業所の防災説明 有・無 社員総数 5 事業内容

業務(通勤)災害 発生した理由 有・無 無 有(無の場合、その理由)

事業所所在地 (〒) 事業所名称 事業主氏名 電話番号

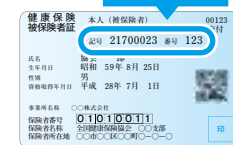
形式番号 協会使用印 全国健康保険協会 協会けんぽ

これらの支給申請をするときに必要です

- 療養費(治療用装具)
- 療養費(立替払等)
- 高額療養費
- 傷病手当金
- 埋葬料(費)・家族埋葬料

初回の申請時のみ提出が必要です。

ここ!



記号・番号は、健康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。

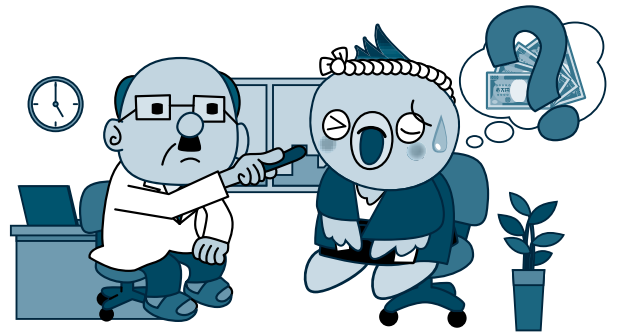
業務(通勤)災害に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定しますので、詳しくは労働基準監督署にお問い合わせください。

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

添付書類チェック項目

- 立替払い → 診療報酬明細書(傷病名や診療内容の記載があるもの)の原本
 領収書の原本(10割の支払分、返納金の領収書 等)
- 装具 → 医師の意見および装具装着証明書の原本
 領収書の原本(内訳の記載があるもの)
 領収書に内訳記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
 靴型装具を作成された場合は当該装具の写真
- 小児弱視用眼鏡 → 眼鏡等作成指示書(目の検査結果、傷病名※の記載がある医師の証明)
※傷病名…「小児の弱視、斜視および先天性白内障術後の屈折矯正」に限られます。
 検査書(「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)
 領収書の原本(内訳の記載があるもの)
 領収書に内訳記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
- 弾性着衣等 → 弾性着衣等装着指示書の原本
 領収書の原本(内訳の記載があるもの)
 領収書に内訳記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
- 海外療養費 → 海外の医師が作成した診療内容明細書の原本
 海外の領収明細書の原本
 日本語の翻訳文(翻訳者の署名、住所、及び連絡先を記入)
 パスポートのコピー(海外渡航者の写真が確認できるページ及び出入国の確認ができるページ)
 海外での診療等を担当した医療機関等に照会することの同意書

医療費が高額になりそうなとき



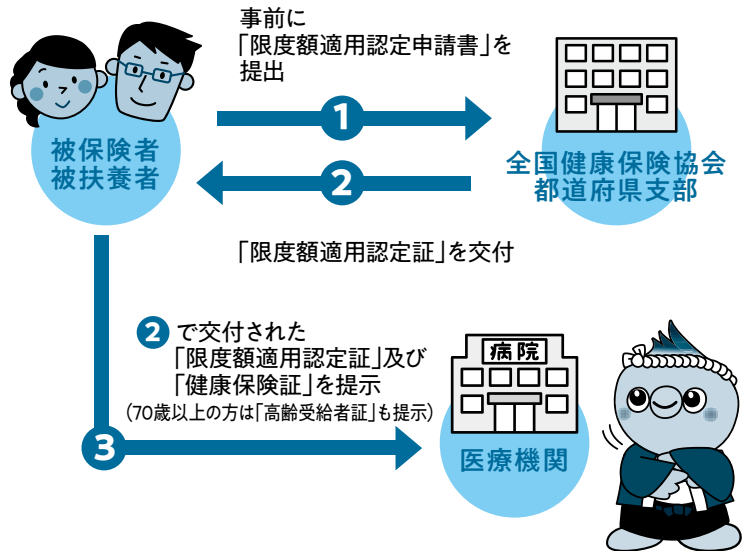
限度額適用認定証をご利用ください

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(23頁参照)。しかし、払い戻されるとはいえ、高額な医療費の支払いは、大きな負担になります。

そこで、70歳未満の方が高額な窓口負担が発生する場合に、事前に申請して交付された「**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歳未満の方は、健康保険証と高齢受給者証を併せて医療機関に提示することにより、窓口での支払が自己負担限度額までとなります。一部の方のみ限度額適用認定証の発行対象となります(24頁表II参照)。

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、交付必要期間を記入いただき、受付した月の初日から最長1年間の範囲が有効期間となります。

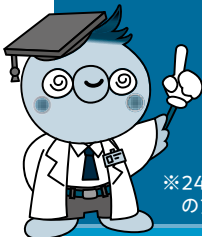
なお、被保険者の市区町村民税が非課税の方が利用する「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」は、受付した月の初日から初めて到来する7月末日が有効期限となります。

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ヵ月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。

被保険者の方の市区町村民税が非課税の場合は、限度額適用認定申請書ではなく、「**限度額適用・標準負担額減額認定申請書**」により申請してください。この場合は70歳以上75歳未満の方も必要です。

※24頁表I ア・イの方及び高齢受給者証の負担割合が3割の方は適用となりません。



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**」を窓口提示することで、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、受付した月の初日(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血友病	10,000円 (ただし、②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)
②人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全	
③抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

※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、高額療養費の申請を行い払戻しを受けることになります。

記載例

健康保険 限度額適用認定申請書

低所得者用は22頁をご覧ください。

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。
申請書は、審査で特内に丁寧に記入してください。

記入例: 01123456789A17

被保険者証の(主)情報
 記号: 211700023 番号: 123 生年月日: 590825
 氏名・印: 協会 一郎 (印)
 住所: 〒000-0000 大阪 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101
 電話番号: TEL XXX(XXX) XXX

医療を受ける方
 氏名: 協会 花子 生年月日: 611112
 申請期間: 令和 1年 6月 ~ 令和 2年 5月

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記入ください。
 住所: 〒000-0000 大阪 〇〇市〇〇町1-2
 電話番号: TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
 宛名: 株式会社 〇〇商事 総務課 〇〇

被保険者以外の方が申請する場合に記入ください。
 氏名・印: () (印)
 電話番号: TEL ()

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) 230117

全国健康保険協会 協会けんぽ



記号・番号は、健康保険証に記載されています。



認定対象者が被保険者か被扶養者かにかかわらず被保険者の氏名を記入してください。

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。

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

添付書類チェック項目

「負傷原因届」 (負傷により治療を受ける場合)

〇月△日(〇)

講師 けんぽん



記載例

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

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、審査で特内に丁寧に記入してください。

記入例: 01123456789A17

被保険者証の(主)情報
 記号: 211700023 番号: 123 生年月日: 590825
 氏名・印: 協会 一郎 (印)
 住所: 〒000-0000 大阪 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101
 電話番号: TEL XXX(XXX) XXX

医療を受ける方
 氏名: 協会 花子 生年月日: 611112
 疾病名: 2 (1から3の疾病に該当する番号を記入ください。)

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記入ください。
 住所: 〒000-0000 大阪 〇〇市〇〇町〇-〇-〇
 電話番号: TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
 宛名: (株) 〇〇健康商事 総務課 〇〇

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送付ください。
 上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。 令和 1年 7月 7日

医療機関の所在地: 〇〇市〇〇町△△1-1
 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) 230117

全国健康保険協会 協会けんぽ



記号・番号は、健康保険証に記載されています。



該当する番号を□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。

医師の意見を受けてください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

申請時期 : 特定疾病の療養のため、高額な医療費がかかるとき

添付書類チェック項目

医師の証明

申請書内の「医師の意見欄」に医師の記入、証明を受けるか、特定疾病に関する意見書その他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。



市区町村民税非課税などの低所得者用

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

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、欄内で特約に丁寧に記入してください。

記入原本 01123456789アイウ

被保険者証の記号番号 21700023 123

生年月日 59年8月25日

氏名 協会 一郎

住所 大阪 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

療養を受ける方 協会 花子 生年月日 61年11月12日

療養予定期間(申請期間) 令和1年5月1日～令和1年7月

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 大阪 〇〇市〇〇町1-2

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 協会 一郎

申請代行の理由 申請代行の理由

申請代行者の署名欄

230117

ここ!

健康保険 被保険者証 本人(被保険者) 00123

記号 21700023 番号 123

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

認定対象者が被保険者か被扶養者かにかかわらず被保険者の氏名を記入してください。

療養する方が申請を行った月以前1年間で長期入院(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。

入院され自宅にて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しする場合は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

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)	平成31年3月6日から平成31年4月25日まで	51日
	入院した保険医療機関等	〇〇総合病院 〇〇市〇〇区ΔΔ1-1	
2	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)	平成31年1月11日から平成31年2月19日まで	40日
	入院した保険医療機関等	〇〇総合病院 〇〇市〇〇区ΔΔ1-1	
3	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		
4	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		
5	申請を行った月以前1年間の入院期間(日数)		

市区町村民税非課税の方は、下欄に市区町村民税の証明を受けるか、別に(非)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)は平成(30)年度の市区町村民税が課税されないことを証明する。

市区町村民税 〇〇市長 〇〇 〇〇

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

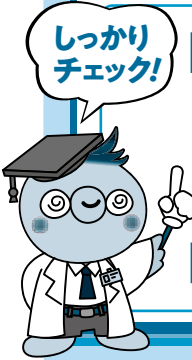
本申請書に市区町村民税の証明を受ける場合は、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。

例 平成30年8月～令和元年7月診療分→平成30年度(平成29年中収入)の証明

令和元年8月～令和2年7月診療分→令和元年度(平成30年中収入)の証明

申請時期 被保険者の市区町村民税が非課税の場合で、被保険者及び被扶養者が保険医療機関・保険薬局での窓口支払額を軽減したいとき

添付書類チェック項目



- 負傷により治療を受ける場合 → 「負傷原因届」
被保険者の非課税証明書の原本など (※申請書の証明欄に記載を受けた場合は不要)
- 4月～7月診療分の場合 → 前年度の非課税証明書の原本
- 8月～翌年3月診療分の場合 → 当年度の非課税証明書の原本
- 直近1年以内に91日以上入院がある場合(長期入院) → 入院期間が記載されている領収書のコピー