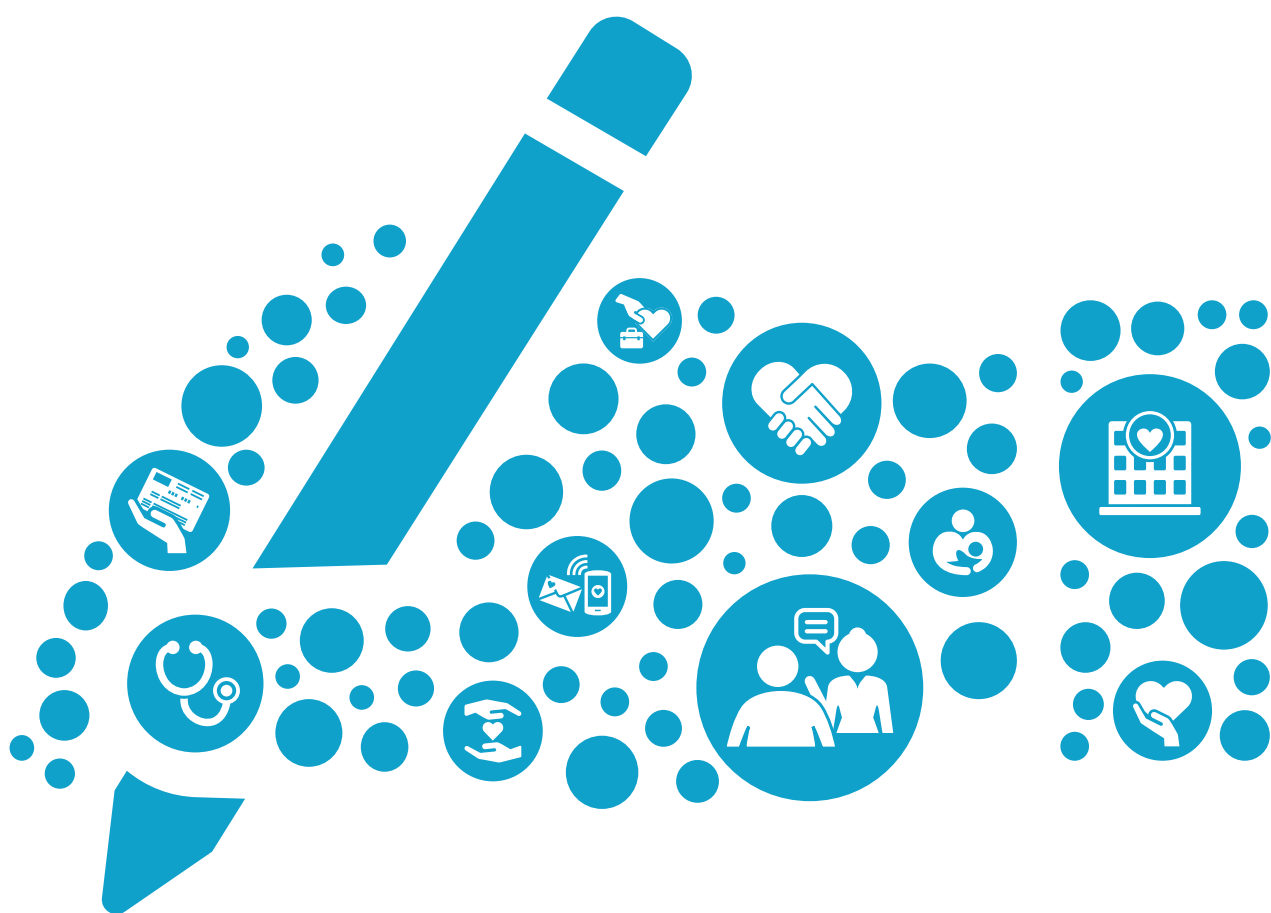


協会けんぽ GUIDE BOOK

健康保険制度・申請書の書き方





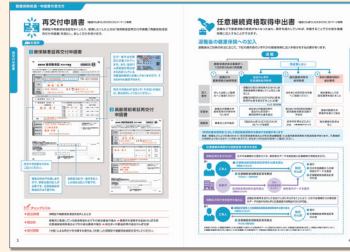
健康保険制度・申請書の書き方

P.2	はじめに 『健康保険制度・申請書の書き方』の活用について	
P.3	保険証をなくしたとき	再交付申請書
		<ul style="list-style-type: none"> ❶ 被保険者証再交付申請書 ❷ 高齢受給者証再交付申請書
P.4	退職後も健康保険へ継続加入したいとき	任意継続資格取得申出書
P.7	事故にあったとき(第三者等の行為による傷病届について)	第三者等の行為による傷病(事故)届
P.8	負傷(ケガ)がもとで給付の申請をするとき	負傷原因届
P.9	入院・通院・手術等で医療費が高額になりそうなとき	限度額適用認定申請書等
		<ul style="list-style-type: none"> ❶ 限度額適用認定申請書 ❷ 限度額適用・標準負担額減額認定申請書 ❸ 特定疾病療養受療証交付申請書
P.12	医療費の立替払い、治療用装具作製や海外で診療を受けたとき	療養費支給申請書
		<ul style="list-style-type: none"> ❶ 療養費支給申請書(立替払等) ❷ 療養費支給申請書(治療用装具) ❸ 海外療養費支給申請書
P.17	突然のケガや入院などで高額の医療費を支払ったとき	高額療養費支給申請書
		<ul style="list-style-type: none"> ❶ 高額療養費支給申請書 ❷ 高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書 ❸ 年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書
P.21	病気やケガで4日以上仕事を休んだとき	傷病手当金支給申請書
		<ul style="list-style-type: none"> ❶ 1頁目：被保険者(申請者)記入用 ❷ 2頁目：被保険者(申請者)記入用 ❸ 3頁目：事業主記入用 ❹ 4頁目：療養担当者(医師等)記入用
P.24	出産で仕事を休んだとき	出産手当金支給申請書
P.27	出産をするとき	出産育児一時金支給申請書等
		<ul style="list-style-type: none"> ❶ 出産育児一時金 内払金支払依頼書・差額申請書 ❷ 出産育児一時金支給申請書
P.29	ご本人・ご家族が亡くなったとき	埋葬料(費)支給申請書
		<ul style="list-style-type: none"> ❶ 埋葬料(費)支給申請書 被保険者が亡くなった場合 ❷ 埋葬料(費)支給申請書 被扶養者が亡くなった場合
P.31	よくあるお問い合わせ	

はじめに

『健康保険制度・申請書の書き方』は、健康保険に関する申請書の記入方法をはじめ、手続きの流れ、必要な書類、提出期限などについてまとめたものです。申請していただく際に、ぜひご活用ください。

各制度の詳細につきましては『協会けんぽGUIDE BOOK』をご確認ください。



GUIDANCE



協会けんぽのホームページをご活用ください。

健康保険制度の内容、申請・届出手続きの記入例をはじめ、最新の情報を掲載していますので、ぜひご活用ください。

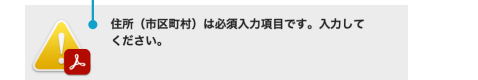
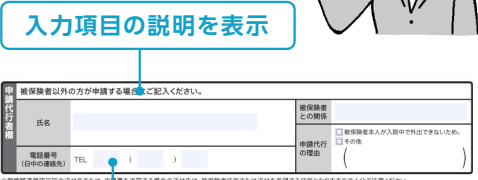
<https://www.kyoukaikenpo.or.jp>

協会けんぽ 🔍 検索 または、こちらの二次元コードから



申請書はホームページからダウンロードできます。

各種申請書等はホームページからダウンロード・印刷してご利用いただけます。



申請書印刷時のお願い

協会けんぽでは、皆さまからご提出いただいた申請書等をスキャナーに読み込むことで、審査業務の効率化を図っております。スキャナーで正しく読み取るため、右記にご注意の上、申請書を印刷いただけますようお願いいたします。

- ① A4片面100%での印刷
- ② トナー、インクは、通常設定 (トナーセーブの解除)

一部の申請書等の様式変更について (令和5年1月~)

現在使用している一部の申請書等について、令和5年1月からデザインの見直しを行い、見やすく、記入しやすい新様式に変更を予定しております。申請書等の円滑な切り替えにご協力をお願いいたします。



再交付申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』41ページ参照

保険証や高齢受給者証をなくしたり、破損したりしたときは「被保険者証再交付申請書」「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。

記載例

1 被保険者証再交付申請書

健康保険 被保険者証 再交付申請書

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者証 再交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、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。

記号 番号 生年月日 年 月 日

被保険者証の(左づから) 21700023 1

氏名 (フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎

住所 (〒105-0000) 東京 港区 〇〇1-1 △△マンション101

TEL 03 (XXXX) XXXX

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 checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人)分	<input checked="" 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。
被扶養者氏名 協会 花子	生年月日 昭和 62年 3月 5日 性別 女
	再交付の理由 <input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	昭和 年 月 日 性別 男/女 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	平成 年 月 日 性別 男/女 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	令和 年 月 日 性別 男/女 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他

備考 外食した際、保険証の入った財布を置き忘れ、行方が分からなくなった。

事業主経由で申請しますので、事業主欄の記入が必要です。任意継続被保険者の方は不要です。

任意継続被保険者(※1)の方は事業主欄の記入は不要です。
※1 退職後、引き続き任意継続健康保険に加入されている者

社会保険労務士の提出代行名記載欄
株式会社 協会けんぽ

記号・番号は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いる各種通知書等に記載してありますので、こちらからも確認できます。



再交付の理由が「滅失」や「その他」の場合は、理由を詳しくご記入ください。

2 高齢受給者証再交付申請書

健康保険 高齢受給者証 再交付申請書

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、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。

記号 番号 生年月日 年 月 日

被保険者証の(左づから) 21700023 1

氏名 (フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎

住所 (〒105-0000) 東京 港区 〇〇1-1 △△マンション101

TEL 03 (XXXX) XXXX

再交付の理由

氏名	生年月日	性別	再交付の理由
協会 花子	昭和 23年 10月 22日	女	<input checked="" 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 外食した際、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。

事業主経由で申請しますので、事業主欄の記入が必要です。任意継続被保険者の方は不要です。

任意継続被保険者(※1)の方は事業主欄の記入は不要です。
※1 退職後、引き続き任意継続健康保険に加入されている者

社会保険労務士の提出代行名記載欄
株式会社 協会けんぽ

再交付が必要な方のみご記入ください。

事業主経由で申請しますので、事業主欄の記入が必要です。任意継続被保険者の方は不要です。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

チェックリスト

- **提出時期** 保険証や高齢受給者証を紛失したとき
- **提出先** 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 → 事業所を管轄する協会けんぽ支部
任意継続被保険者およびその被扶養者の場合 → お住まいの都道府県の協会けんぽ支部
- **添付書類** 「き損」による再交付を申請する場合は、「き損」した保険証や高齢受給者証を添付してください。



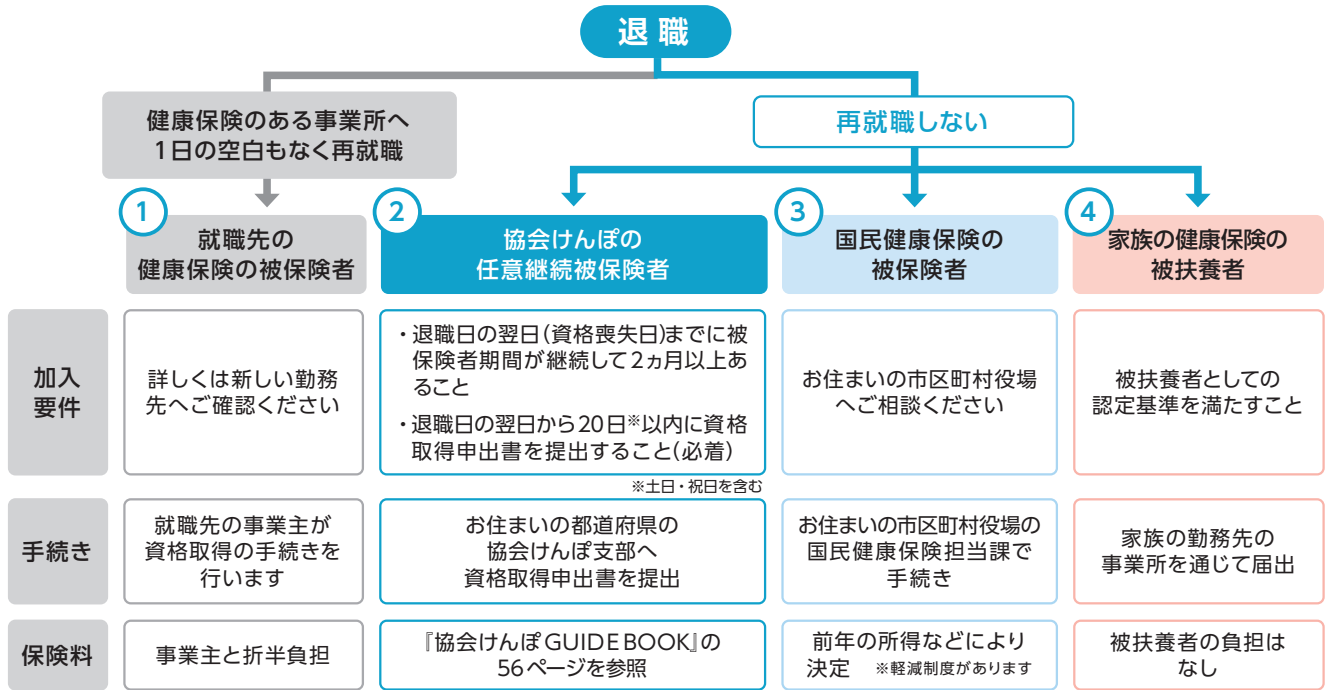
任意継続資格取得申出書

『協会けんぽGUIDEBOOK』55ページ参照

退職などで健康保険の資格がなくなった後も、要件を満たしていれば、申請することで引き続き健康保険に加入することができます。

退職後の健康保険への加入

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の健康保険に加入手続きをする必要があります。

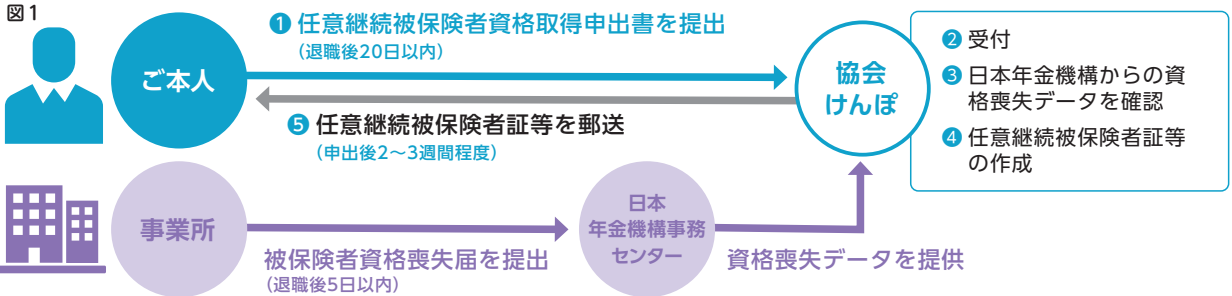


「特例対象被保険者」に対して国民健康保険料を軽減する制度があります

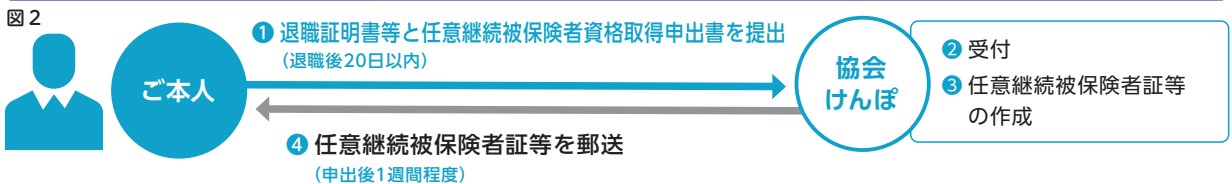
倒産・解雇などにより失業された方(特定受給資格者および特定理由離職者)には国民健康保険料の軽減制度があります。任意継続の保険料より安くなるケースがありますので、お住まいの市区町村役場へご確認ください。

任意継続の申請から保険証発行までの流れ

保険証発行までの流れ 日本年金機構から提供される、資格喪失データを確認後に任意継続の保険証を交付。



保険証の発行をお急ぎの場合は 退職証明書等を添付して協会けんぽに申出することにより、日本年金機構からの資格喪失データの提供を待たずに任意継続の保険証の交付が可能。



※事業主が作成した退職証明書等と日本年金機構から提供される資格喪失データに相違がある場合は、後日、任意継続の資格記録を修正し、保険証の差替え等を行います。
※退職証明書等の提出がない場合は、日本年金機構からの資格喪失データ確認後の保険証作成となります(【図1】と同様の流れとなります)。

記載例

任意継続資格取得申出書

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

記入方法は必ず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、楷書で特内に丁寧に記入ください。

記入例: 01123456789712

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: 東京都
支庁: 港区
記号: 21700023
番号: 1
生年月日: 400305
氏名: 協会 太郎
住所: 〒105-0000 東京都港区○○1-1 △△マンション101
電話番号: TEL 090(××××)××××
勤務していた事業所の名称: ○○株式会社
所在地: 東京都港区○○××
資格喪失年月日: 令和 3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. 5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: 21700023
被保険者氏名: 協会 太郎
資格喪失年月日: 令和 3年 ××月 ××日
上記の記載内容に誤りがないことを証明します。

被扶養者とな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。

社会保険庁の届出代行番号: 2001110

記号・番号は在職時の保険証に記載されています。



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□の中にご記入ください。

被扶養者がいる場合は、必要事項をご記入ください。添付書類が必要になる場合があります(P.6の添付書類チェックリストを参照)。

勤務していた事業所より証明欄を記入していただければ、資格喪失処理を待たずに保険証が発行できます。

保険証の記号・番号が不明の場合のみ、被保険者のマイナンバーをご記入ください。なお、マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類が添付されていない場合は、申請書をお返することとなりますのでご注意ください。

健康保険 任意継続被保険者 資格取得 申出書

健康保険 被扶養者届【資格取得時】

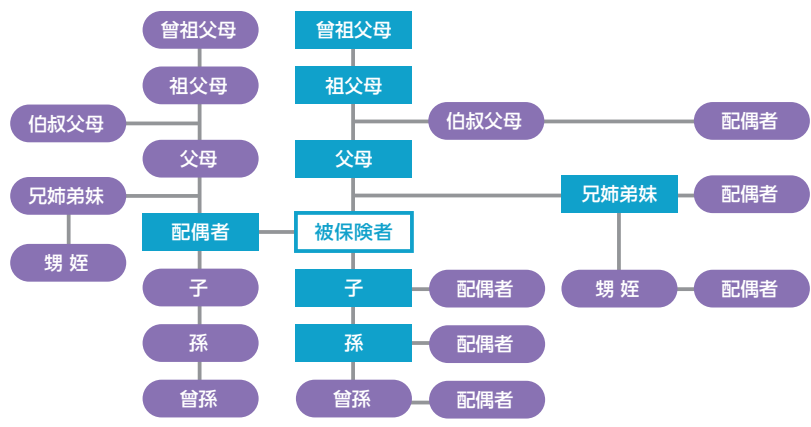
被扶養者(氏名)	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	月給別居の別
協会 花子	58年 9月 18日	妻	なし	0万円		
変換票松山市						

被扶養者のマイナンバーは必ずご記入ください。

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、○○大学3年)をご記入ください。

◎被扶養者の要件

- 主として被保険者の収入により生計を維持されており、国内に居住している75歳未満の方
 - 対象となる家族範囲(3親等内の親族)
 - 被扶養者となるための収入要件
 - 被保険者と同居している場合
年収が130万円未満*、かつ、被保険者の年収の1/2未満
 - 被保険者と同居していない場合
年収が130万円未満*、かつ、被保険者からの仕送り額より少ない
- *60歳以上または障害厚生年金受給者等の場合は180万円未満



☑️ チェックリスト

● **申請期限** 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・通信関係のストライキ等)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** お住まいの都道府県の協会けんぽ支部

● 添付書類チェックリスト

- 保険料の口座振替を希望される方 → 口座振替依頼書(任意)
- 退職日の確認ができる書類(退職証明書の写し、資格喪失届の写し、もしくは資格取得申出書の資格喪失証明欄に記載)

● 被扶養者となる方がいる場合に必要添付書類

扶養家族となる場合	同居・別居	年齢	学生	添付書類の種類				新たに扶養家族となる場合	同居・別居	年齢	学生	添付書類の種類			
				収入	仕送り	続柄	同居					収入	仕送り	続柄	同居
在職時より引き続き	同居	16歳未満						新たに扶養家族となる場合	同居	16歳未満			✓	✓	
		16歳以上	学生	✓						✓	✓	✓			
	16歳以上	学生以外	✓				✓			✓	✓				
	別居	16歳未満							別居	16歳未満				✓	
		16歳以上	学生	✓						学生	✓		✓		
			学生以外	✓	✓					学生以外	✓	✓			

※被保険者と扶養認定を受ける者が同居している場合に限り、住民票(世帯全員の続柄が省略されていないもの)を続柄および同居を確認できる書類として兼用可能。具体的な添付書類(の例)については、以下の表をご確認ください。

必要添付書類の例	収入	無収入の方	● 市区町村が発行する直近の課税(非課税)証明等 ※収入が0円であっても、0円である証明が必要です。
		パート・アルバイト収入のある方	次のいずれか ● 市区町村が発行する直近の課税(非課税)証明等 ● 直近3ヵ月分の給与明細書(コピー) [60歳未満・・・月額:108,334円未満][60歳以上・・・月額:150,000円未満]
		会社を退職された方	次のいずれか ● 離職票(コピー) ● 勤務先の発行した退職証明(コピー) ● 雇用保険受給資格者証(コピー) [60歳未満・・・日額:3,612円未満][60歳以上・・・日額:5,000円未満]
		自営業や農業従事者、不動産収入のある方	● 直近の確定申告書(コピー) ※税務署の受付印または電子申請の受付の表示のあるもの。
		年金収入のある方	● 直近の年金額改定通知書(コピー) または ● 直近の年金額振込通知書(コピー)
	仕送り	別居している場合	次のいずれか ● 銀行振込の控え ● 現金書留の控え ● 預金通帳(コピー)等 ※年間収入を上回る仕送りが確認できること ※振込者と受取者の名前・金額が確認できること
		同居	同居が要件となる方 ● 住民票(提出日から90日以内に発行されたもの)(世帯全員の続柄が省略されていないもの)
	続柄	身分関係の確認	次のいずれか ● 戸籍謄(抄)本 ● 住民票(同居の場合) (提出日から90日以内に発行されたもの)(世帯全員の続柄が省略されていないもの)
		内縁関係の配偶者	● 夫婦両方の戸籍謄(抄)本および住民票【妻(未届)や夫(未届)等の続柄記載があるもの】 (提出日から90日以内に発行されたもの)(世帯全員の続柄が省略されていないもの)
	海外在住	被扶養者が海外在住の方	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、以下の書類もご用意ください ● 海外特例要件に該当することを証明する書類 【海外留学をしている学生の場合】査証(ビザ)、学生証、在学証明書、入学証明書の写し 【ボランティア活動その他就労目的以外で海外渡航している方の場合】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等

任意継続資格取得申出書



第三者等の行為による傷病(事故)届

交通事故等、第三者の行為が原因でケガをした場合※、保険証を利用して診療を受けたときは「第三者等の行為による傷病(事故)届」の提出が必要となります。

※ 仕事中(業務災害)や通勤途中の事故が原因の場合は除きます。

記載例

第三者等の行為による傷病(事故)届

交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届

届出者 被保険者証 記号番号 21700023 被保険者 氏名 協会 太郎 職種 事務	事業所名 (勤め先) (株)協会商事 所在地 (勤め先) 〒102-0000 東京都千代田区△△1-1 △△マンション101 TEL (03-0000-0000)
被害者 氏名 協会 花子 32才 性別 女 続柄 妻 住所 〒105-0000 東京都港区△△1-1 TEL (03-0000-0000)	事故内容 (自動車事故) バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他() 警察への届出有無 有() 無() 人身事故() 物損事故() ※注1 () 疑り() 警察署() 無() 理由()
加害者 氏名 健保 一郎 26才 性別 男 住所 〒156-0000 東京都世田谷区○-○-1 TEL (03-XXXX-XXXX)	勤務先 又は職業 〇〇工業(株) 所在地 〒146-0000 東京都大田区00-1-1 TEL (03-0000-0000)
加害者が不明の理由	
事故発生 令和3年5月1日(前)11時15分(後) 発生 場所 東京都 千代田区 村 〇〇-1-1	過失の割合 (自分) 被害者 1・2・3・4 () 5・6・7・8・9・10 () (相手) 加害者 1・2・3・4 () 5・6・7・8・9・10 ()
事故の相手の自動車保険加入状況	
備自 病船 が交 通保 険 に よ 意 る と き 限	保険会社名 〇〇保険株式会社 取扱店 所在地 〒160-0000 東京都新宿区0-1-1 TEL (03-0000-0000) 保険契約者名 (名義人) 健保 一郎 住所 (所在地) 東京都世田谷区○-○-1 関係 保者との 本人 加害者との 自動車の種別 普通乗用車 商標名 登録番号 500 み〇〇〇〇 車台番号 12345678 自賠責証明書番号 ABCD12345-WYZ 保険期間 自 令和3年5月1日 至 令和4年4月30日 自動車の保有者名 健保 一郎 住所 (所在地) 東京都世田谷区○-○-1 加害者 との関係 本人 保険会社名 〇〇〇〇(火災海上(株) 農協) 取扱店 所在地 〒156-0000 東京都世田谷区△-△-2 担当者名 健保 二郎 TEL (03-0000-0000) 保険契約者名 健保 一郎 住所 (所在地) 〒156-0000 東京都世田谷区○-1-1 契約証書番号 XXX-123456789-9 保険期間 自 令和3年5月1日 至 令和4年4月30日 保険契約期間 令和3年5月1日 ~ 令和4年4月30日 ※注1 () ※注2 () 受付日印

決まっている場合はご記入ください。

事故証明書等を参考にわかる範囲でご記入ください。

治療状況欄は必ずご記入ください。

不明な場合は記入不要です。

事故相手に任意保険の対応があるときはご記入ください。

受取済みのものがあればご記入ください。

交通事故の場合は別紙に記入しますので、交通事故以外の時に記入が必要です。

治療状況 (治療終了日)	① 名称 千代田〇〇病院 所在地 東京都千代田区△△1-2 入院 令和3年5月1日から令和3年5月1日まで ② 名称 湯川〇〇病院 所在地 東京都湯川区△△1-1 入院 令和3年5月3日から令和3年5月16日まで ③ 名称 東京都世田谷区△△1-1 入院 令和3年5月17日から 年 月 日まで 治療費の負担 加害者負担、自賠責、社会保険 加害者負担、自賠責、社会保険 加害者負担、自賠責、社会保険 加害者負担、自賠責、社会保険 (注)治療費の支払区分を医療機関に確認して○で開んでください。 治療が終了したときは、最終受診日を記入してください。
休業補償	休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける) ⑦ 加害者が負担(株式会社) イ 職場から支給 ウ 自賠責へ請求 工 社会保険へ傷病手当金 オ その他(被害者加入の人身傷害保険へ請求など) の請求予定
示談 該賠 償 の 支 状 状 況	示談又は和解(該当に○をつける) ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること した・交渉中・しない(理由) 加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話し合いの状況を具体的に記入すること。 【受領日・金額】 () () () () 【受領したものの名目】 () () () () 月 日 円 () () 月 日 円 () () 月 日 円 () ()
状況	交通事故以外の被害行為(飼犬等の咬傷を含む)の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入して下さい。※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故発生状況報告書に記入して下さい。 (事故発生状況)

全国健康保険協会

チェックリスト

● 申請時期
すみやかに

● 添付書類チェックリスト

交通事故の場合

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 負傷原因報告書(負傷原因届) | <input type="checkbox"/> 同意書 |
| <input type="checkbox"/> 事故発生状況報告書 | <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 |
| <input type="checkbox"/> 損害賠償金納付確約書・念書 | <input type="checkbox"/> 人身事故証明書入手不能理由書(物損事故扱いのとき等) |

交通事故以外の場合

- | | | |
|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 負傷原因報告書(負傷原因届) | <input type="checkbox"/> 損害賠償金納付確約書・念書 | <input type="checkbox"/> 同意書 |
|---|--|------------------------------|



負傷原因届

『協会けんぽGUIDEBOOK』41ページ参照

負傷(ケガ)により各種給付の申請をするときは、添付書類として「負傷原因届」も提出します。傷病・負傷(ケガ)が第三者の行為によるものである場合は、併せて「第三者等の行為による傷病(事故)届」の提出が必要です。

※ 仕事中(業務災害)や通勤途中の事故が原因の場合は除きます。

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、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本: 0123456789アイウ

被保険者証の記号: 21700023 番号: 1 生年月日: 611022

氏名: 協会 太郎

住所: 〒105-0000 東京 港区 〇〇1-1 △△マンション101

負傷した方: 被保険者 被扶養者 (氏名: 協会 花子)

負傷した方の勤務形態: 正社員・契約・派遣・パート・アルバイト 労災保険に特別加入していますか。
 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 特別加入していない

傷病名: ろっ骨骨折

負傷日時: 平成 3年 5月 8日 午前・午後 10時頃

負傷した時間帯(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 (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 ()

負傷原因: 交通事故 暴力(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 (飼主: 有 無)
 あてはまらない

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 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」の届出が必要です。

負傷した時の状況を具体的に記入ください。
自宅掃除機をかけていた際、転んで胸を机の角にぶつけてしまった。

治療経過: 令和 3年 5月 30日現在 治癒 治療継続中 中止
治療期間: 平成 3年 5月 8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。

事業所の労災適用	有・無	社員総数	名	事業内容
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	上記、本人の申し立てのとおり <input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害に相違ないことを認めます。			
事業所名称	()			
事業主氏名	()			
電話番号	()			

株式会社 協会けんぽ

1 / 1

記号・番号は、保険証に記載されています。



負傷原因が、第三者によるもの場合、「第三者等の行為による傷病(事故)届」(P.7参照)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)ご記入ください。

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。

チェックリスト

- 次の支給申請をするときに「負傷原因届」が必要です
- 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



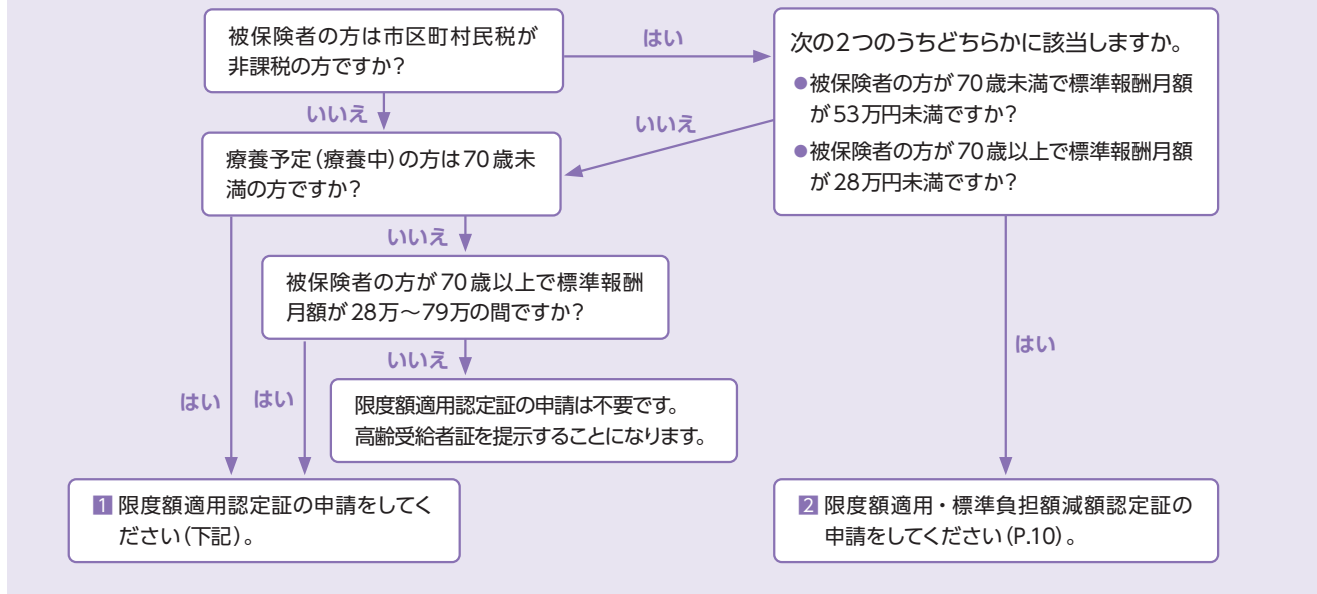
限度額適用認定申請書等

【協会けんぽGUIDEBOOK】43ページ参照

高額な医療費がかかることが想定される場合は、事前に「限度額適用認定証」を申請します。「限度額適用認定証」を医療機関等の窓口に提示することで、窓口負担が法定の自己負担限度額までとなります。

申請チェックフロー

限度額適用認定申請書等



記載例

1 限度額適用認定申請書

記号・番号は、保険証に記載されています。

認定対象者が家族(被扶養者)の場合でも被保険者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。

入院され自宅で限度額適用認定証の受取りができない場合などにご記入ください。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。

チェックリスト

- **申請時期** 被保険者および被扶養者が医療機関等での窓口支払額を軽減したいとき
- **添付書類チェックリスト** 負傷により治療を受ける場合は「負傷原因届」(P.8参照)が必要

2 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

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 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、黒のボールペンを使用し、楷書で特丁に丁寧に記入ください。

記入氏名 01123456789アイウ

被保険者の氏名(フリガナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

住所 (〒105-0000) 東京 港区 〇〇1-1
△△マンション101

電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 (XXXX) XXXX

療養を受ける方 氏名 協会 花子

療養予定期間(申請期間) 令和 3年 10月 1日 から 令和 3年 11月 31日

療養する方は、長期入院されましたか? はい いいえ

送付先住所 住所 (〒102-0000) 東京 千代田区 〇〇1-1

電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 〇〇〇〇 〇〇〇〇

宛名 〇〇株式会社 総務課 〇〇△△

申請代行番号 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 被保険者との関係 申請代行の理由

社会保険労務士の 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇



認定対象者が家族(被扶養者)の場合でも被保険者の氏名・生年月日・住所をご記入ください。

療養され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頁目を必ずご記入ください。

マイナンバーにより被保険者の課税情報(所得情報)の情報連携を希望する方は、マイナンバーをご記入ください(記入した場合は、添付書類が必要です)。

入院され自宅で限度額適用・標準負担額減額認定証の受取りができない場合などにご記入ください。不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

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3年8月～4年7月診療分→令和3年度(令和2年中収入)の証明
令和4年8月～5年7月診療分→令和4年度(令和3年中収入)の証明

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 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 92 日

1 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 平成 3年 8月 1日 から 平成 3年 10月 31日 日まで 92 日

入院した保険医療機関等 名称 〇〇総合病院
所在地 新宿区 〇〇1-2

2 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日

入院した保険医療機関等 名称
所在地

3 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日

入院した保険医療機関等 名称
所在地

4 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日

入院した保険医療機関等 名称
所在地

5 申請を行った月以前1年間の入院期間(日数) 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 日

入院した保険医療機関等 名称
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(非)課税証明書の添付が必要です。
当該被保険者(氏名 協会 太郎)は平成(3)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 港区長 〇〇〇〇

市区町村長証明印

様式番号 230216

全国健康保険協会 協会けんぽ

チェックリスト

●申請時期
被保険者の市区町村民税が非課税の場合で、被保険者および被扶養者が病院や診療所・薬局での窓口支払額を軽減したいとき

●添付書類チェックリスト

- 低所得者
- 負傷により治療を受ける場合は「負傷原因届」(P.8 参照)
 - 〈マイナンバーを記入された場合〉
 - 本人確認書類貼付台紙 マイナンバーによる課税情報等の確認申出書 + 本人確認書類
 - 〈マイナンバーを記入されない場合〉
 - 被保険者の非課税証明書の原本 (※申請書の証明欄に記載を受けた場合は不要)
 - 4月～7月診療分の場合は、前年度の非課税証明書の原本
 - 8月～翌年3月診療分の場合は、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(長期入院)
 - 入院期間が記載されている領収書のコピー

限度額適用認定申請書等

3 特定疾病療養受療証交付申請書

限度額適用認定申請書等

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 <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> 番号 <input type="text" value="1"/>	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="2"/>	
	(フリガナ) キョウカイ タロウ 氏名 協会 太郎		
	住所 (〒105-0000) 東京 港区〇〇1-1 電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 (XXXX)XXXX △△マンション101		
認定対象者情報	療養を受ける方 氏名 協会 花子 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 62年 3月 5日	疾病名 <input checked="" type="checkbox"/> 2 1 血漿分離剤を投与している先天性血液凝固因子障害又は先天性血液凝固因子障害 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)	
送付希望先	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 (〒102-0000) 東京 千代田区△△1-1 電話番号 (日中の連絡先) TEL 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇 宛名 〇〇株式会社 総務課〇〇△△		
医師の意見欄	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 7月 7日 医療機関の所在地 東京都品川区△△1-1 医療機関の名称 〇〇総合病院 医師の氏名 保険 五郎 電話番号 03 (△△△△) △△△△		
被保険者のマイナンバー記載欄 被保険者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、本人確認書類及び郵付自便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。)			
社会保険労務士の提出代行者名記載欄 株式会社 協会使用欄 2 3 0 1 1 7		1 全国健康保険協会 協会けんぽ (1/1)	

記号・番号は、
保険証に記載
されています。



認定対象者が家族
(被扶養者)の場合でも
被保険者の氏名・
生年月日・住所をご
記入ください。

被扶養者であるご家族
分の発行を希望される
場合は、認定対象者欄の
「療養を受ける方」の欄にご家族の
氏名(協会 花子)をご
記入ください。

特定疾病の該当する
番号を□にご記入く
ださい。

入院され自宅で受療
証の受取りができない
場合などにご記入く
ださい。不備等により
書類をお返しする
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。

保険証の記号・番号を記入
した場合は記入不要です。

チェックリスト

● 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

医師の証明

● 添付書類チェックリスト

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。



療養費支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』47ページ参照

「やむを得ない事情で、保険証を持参できずに医療機関を受診した」「治療のために装具を作製した」「海外旅行中に急病になり現地で診療を受けた」等、医療費を全額負担した場合、あとで請求して療養費の払い戻しを受けることができます。

申請チェックフロー

自費で負担したものは次のどれですか？

- 1 国内での保険診療分の医療費
- 2 医師に治療上必要とされた装具作製費
- 3 海外での診療費

1

自費で負担した理由は次のどれですか？

- 1 保険証を忘れた、就職先から保険証の交付を受ける前だった等の理由で、保険証を提示できなかった
- 2 誤って、以前に加入していた健康保険の保険証を使用した

1

次のものをご用意の上、協会けんぽ(事業所を管轄する支部)にご提出ください。

- 療養費支給申請書(立替払等) ▶記載例 P.13
- 領収書(領収明細書)(原本)
- 診療明細書(診療内容を記載した証明書)

2

次のものをご用意の上、協会けんぽ(事業所を管轄する支部)にご提出ください。

- 療養費支給申請書(治療用装具) ▶記載例 P.14
- 装具の領収書(原本)
- 医師の意見書(原本)
- 装具装着証明書(原本)

2

次のものをご用意の上、協会けんぽ(事業所を管轄する支部)にご提出ください。

- 療養費支給申請書(立替払等) ▶記載例 P.13
- 市区町村等返納先が発行した領収書(原本)
- 市区町村等返納先から取り寄せた診療報酬明細書

3

次のものをご用意の上、協会けんぽ神奈川支部へご提出ください。

- 海外療養費支給申請書 ▶記載例 P.15
- 診療内容明細書(原本・翻訳)
- 領収書(原本)
- 領収明細書(原本・翻訳)
- パスポートの写し
- 海外で受診した医療機関等への照会の同意書

療養費が受けられる主なケース

- 1 やむを得ない事情で保険証を提示できず、医療費の保険診療分を10割負担したとき
- 2 前に加入していた健康保険の保険証を誤って使用し、後日医療費の返還をしたとき
- 3 コルセットなどの治療用装具を医師の指示で作製し、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・マッサージの治療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

負傷原因がはっきりしていて慢性に至っていない骨折、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

3 海外療養費支給申請書

海外療養費 支給申請書 (被保険者記入用)

記入方法および添付書類等については、「海外療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
 届書(申請書)は、奥のホール等を使用し、様式で特記事項をご記入ください。 [記入用紙] 0123456789アイウ

被保険者情報欄には、ご家族(被扶養者)の受診に関する申請であってもご本人(被保険者)の氏名等をご記入ください。

保険者番号	99999999	保険者名称	全国健康保険協会	支部		保険者番号 名称は、 保険証の下部に記載されています。
被保険者の 記号	21700023	番号	1	生年月日	年 月 日	611022
氏名	協会 太郎					
日本国内で郵便 受けとれる 電話番号 (日本の郵便先)	(〒 105-0000)	東京	港区	〇〇1-1	△△マンション101	
TEL	090(XXXX)XXXX					

金融機関
名称

預金種別

口座番号

口座名義

口座名義の区分

受取代理人の欄

被保険者

代理人
(口座名義人)

「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

661119

1

全国健康保険協会
協会けんぽ

1/2

保険者番号・保険者
名称・記号番号は、
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ご記入ください。

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ご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

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)・預金種別・7桁の口座番号をご記入ください。

金融機関
名称

預金種別

口座番号

口座名義

口座名義の区分

ご本人(被保険者)名義の口座以外へ振込希望の場合、受取代理人の欄へ記入(住所・氏名)が必要です。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

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

領収書(領収明細書)に記載されている金額をご記入ください。

- 療養費を受ける権利は、海外で治療費の支払いをした翌日から2年を経過すると時効により消滅します。
- 業務上や通勤途中のケガの場合は、労働災害、通勤災害の可能性があるので、労働基準監督署にご相談ください。

他の手続きで領収書などが必要になる方は、申請書提出前にコピーの上、原本をご提出ください(申請書に添付いただいた書類はお返しできません)。

海外療養費 支給申請書

被保険者氏名 協会 太郎

申請内容

1 受診者

2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

氏名 協会 花子

生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日

18年 10月 26日

2 病名

左足首ねん挫

3 発病または
負傷年月日

〇〇年 〇〇月 〇〇日

4年 1月 1日

3 疾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 → 負傷原因等を併せてご提出ください。

4 診療を受けた医療機関等の情報

所在地

〇〇MEDICAL CLINIC

2010 SOUTH ARLINGTON

〇〇〇〇

アメリカ

5 診療を受けた期間

1. 平成 年 月 日から 2. 平成 年 月 日まで

2. 令和 年 月 日から 2. 令和 年 月 日まで

〇4〇101

〇40102

日数 2日

6 療養に要した費用の額

100 (アメリカドル)

通貨単位を記入してください。(例:アメリカドル)

7 診療の内容

診療の上、湿布薬を処方された。

8 受診者の情報

(1) 受診者の海外滞航期間 (〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日)

※申請書に添付していただいた受診者の海外滞航期間が確認できる書類にしてください。

□ パスポートのコード(氏名、誕生日と当該期間の出入国スタンプのページ)

□ 滞在(ホテル)のコード(氏名と有効期限が記載されたもの)

□ 滞在ホテルのコード(ホテルの名称を含む)

(2) 診療を受けた期間における海外滞航(滞在)の理由について、該当箇所を記入してください。その他の場合は具体的に記入してください。

□ 海外勤務(同行家族を含む) 旅行 留学

□ その他 (理由)

661218

全国健康保険協会
協会けんぽ

2/2

☑️ チェックリスト

● 申請時期

療養に要した費用を支払った日の翌日から2年以内

(以前に加入していた健康保険の保険証を使用したケースの立替払いの場合は、療養を受けた日
[受診日]の翌日から2年以内)

● 添付書類チェックリスト

<input type="checkbox"/> 立替払	自費で診療を受けたとき	<input type="checkbox"/> 領収書(領収明細書)の原本(診療に要した費用を証明した領収書の原本)
		<input type="checkbox"/> 診療明細書(診療内容を記載した証明書)
<input type="checkbox"/> 立替払	協会けんぽ加入期間中に別の健康保険証(国民健康保険など)を使用してしまったとき	<input type="checkbox"/> 市区町村など返納先が発行した領収書の原本
		<input type="checkbox"/> 市区町村など返納先から取り寄せた診療報酬明細書(封かんされているときは開封しないで封筒ごと添付してください)
<input type="checkbox"/> 装具	<input type="checkbox"/> 医師の意見および装具装着証明書の原本	
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(内訳の記載があるもの)	
	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)	
<input type="checkbox"/> 装具	<input type="checkbox"/> 靴型装具を作成した場合	
	<input type="checkbox"/> 装具の写真(実際に装着する現物であることが確認できるもの)	
<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> 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) <small>※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」</small>	
	<input type="checkbox"/> 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)	
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(内訳の記載があるもの)	
<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)	
	<input type="checkbox"/> 弾性着衣等装着指示書の原本	
<input type="checkbox"/> 弾性着衣等	<input type="checkbox"/> 領収書の原本(内訳の記載があるもの)	
	<input type="checkbox"/> 領収書に内訳の記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)	
<input type="checkbox"/> 海外療養費	<input type="checkbox"/> 海外の医師が作成した診療内容明細書の原本	
	<input type="checkbox"/> 海外の領収明細書の原本	
	<input type="checkbox"/> 領収書の原本	
	<input type="checkbox"/> 日本語の翻訳文(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)	
	<input type="checkbox"/> 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および出入国の確認ができるページ)	
	<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合		
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)	

添付していただいた書類の原本はお返しできません。

※市区町村への手続きなど他の手続きが必要な際は、あらかじめコピーを保管してください。



高額療養費支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』44ページ参照

同一の月に医療機関等で支払った一部負担(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「高額療養費」として払い戻されます。

記載例

1 高額療養費支給申請書

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。

1 ページ 2 ページ 被保険者記入用 高

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ください。

記入見本 0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者証の 記号 2 1 7 0 0 0 2 3	番号 1	生年月日 1 平成 6 1 1 0 2 2
氏名 協会 太郎		
住所 〒 1 0 5 0 0 0 0 東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション101		
金融機関 銀行 〇〇〇〇 〇〇〇〇 (本店) 〇〇〇〇 (支店)		
預金種別 1 普通 3. 別段	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	口座名義 1 被保険者
受取代理人の欄 被保険者 氏名 住所 被保険者との関係 代理人 (口座名義人) 住所 氏名		

「2」の場合は必ず記入してください。

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

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄
様式番号 6 4 1 1 6 6

協会けんぽ 1 / 2

記号・番号は、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ご記入ください。
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ご記入ください(住所・振込口座も同様です)。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

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)・預金種別・7桁の口座番号を記入してください。ご本人(被保険者)名義の口座以外へ振込希望の場合、受取代理人の欄への記入(住所・氏名)が必要です。

金融機関 名称 ゆうちょ	銀行 〇〇〇〇 〇〇〇〇 (本店) 〇〇〇〇 (支店)
預金種別 1 普通 3. 別段	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
口座名義 キョウカイ バナコ	口座名義の区分 1 被保険者

あらかじめ医療費が高額になるとわかっている場合は「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」(P.9参照)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。

高額療養費支給申請書

健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書

被保険者氏名 協会 太郎

1 2 ページ

被保険者記入用

1 診療月 2 1.平成 2.令和 0 3 0 4

2 受診者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 協会 花子

3 医療を受けた医療機関・薬局の名称 所在地 △△総合病院 ◇◇薬局 ○○総合病院

4 療養を受けた期間 1. 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷) 1. 平成 2. 令和 0 3 0 4 1. 平成 2. 令和 0 3 0 4 1. 平成 2. 令和 0 3 0 4

5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額) 自己負担額が不明の場合は支払った総額 2 1. はい 2. いいえ

6 自己負担額の助成内容 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり

7 医療機関等認定証(医療費適用-標準負担軽減認定証)使用の有無 1. 有 2. 無

8 診療月 1 2 1.平成 2.令和 0 2 0 8 2 1.平成 2.令和 0 2 1 1 3 1.平成 2.令和 0 2 1 2

市区町村長が証明する欄 市区町村長名 6 4 1 2 6 5

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 / 2

高額療養費の申請について、月(1日から末日)を単位にご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。申請書は月ごとに一部ずつ作成してください。

受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けてご記入ください。受診者をご家族(被扶養者)の場合は、氏名と生年月日の記入が必要です。

ケガ(負傷)の場合は、「負傷原因届」(P.8参照)を併せて提出してください。なお、負傷原因が、第三者によるもの場合、「第三者等の行為による傷病(事故)届」(P.7参照)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。

他の公的制度とは、国や自治体が行う制度を指します。

都道府県や市区町村から医療費の助成を受けられているかどうか必ずご記入ください。受けている場合、制度名称と自己負担の有無をご記入ください。「一部自己負担あり」の場合は領収書のコピーが必要となります。

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)をご記入ください。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ご記入ください。

チェックリスト

●申請時期 診療月の翌月1日から2年以内

●添付書類チェックリスト

- 低所得者

被保険者の非課税証明書(下記の例)の原本(申請書の証明欄に市区町村の証明を受けた場合は不要)または、マイナンバーによる課税情報等の確認申出書+本人確認書類

審査に必要な非課税証明書の対象年度は、毎年8月に切り替わります。

例1. 診療月が令和3年8月~令和4年7月は、令和3年度の非課税証明書

例2. 診療月が令和4年8月~令和5年7月は、令和4年度の非課税証明書
- 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合
 - 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)
- 他の公的制度から医療費の助成を受けている場合
 - 領収書のコピー

2 高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

支給申請の手順

介護保険者(市区町村)に介護保険自己負担額証明書の交付を申請し、交付された自己負担額証明書を添付の上、申請者(被保険者)が7月31日(基準日)時点で加入されている医療保険者に申請します。

高額介護合算療養費の支給申請を行う場合(計算期間の末日に協会けんぽに加入しており支給申請する場合)は①にチェック☑してください。自己負担額証明書の交付申請を行う場合は②にチェック☑してください。

「対象となる計算期間」の欄の開始年月日が属する年度を書いてください。

計算期間 → 令和●●年8月1日～翌年7月31日まで。

「対象となる計算期間」内の医療保険、介護保険の加入履歴をご記入ください。

申請者およびその被扶養者の協会けんぽ加入期間における受診歴(受診した年月)をご記入ください。

マイナンバーによる情報連携により、自己負担額証明書および(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください(記入した場合は添付書類が必要です)。

高額療養費支給申請書

介護合算算定基準額

●70歳未満の方

被保険者の所得区分		基準額
標準報酬月額	83万円以上	212万円
	53万～79万円	141万円
	28万～50万円	67万円
	26万円以下	60万円
才	低所得者(住民税非課税)	34万円

●70歳から75歳未満の方

被保険者の所得区分		基準額
標準報酬月額	83万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割(現役並みⅢ)	212万円
	53万～79万円で高齢受給者証の負担割合が3割(現役並みⅡ)	141万円
	28万～50万円で高齢受給者証の負担割合が3割(現役並みⅠ)	67万円
	26万円以下(一般所得者)	56万円
非住民課税	低所得者Ⅱ	31万円
	低所得者Ⅰ	19万円

☑ チェックリスト

●申請時期

基準日の翌日(通常は8月1日)から2年以内に申請(ただし、該当される方が亡くなられた場合は、死亡日の翌日から2年以内となります)。

●添付書類チェックリスト

- 自己負担額証明書
介護保険者(市区町村)および協会けんぽ以外の保険者(該当する場合)から交付された自己負担額証明書
- 非課税証明書等(該当する場合)
申請者(被保険者)が申請対象年度の市区町村民税が非課税の場合に該当
例えば、令和3年8月～令和4年7月の申請は、令和3年度非課税証明書の添付が必要

<マイナンバーを記入された場合>

- 本人確認書類貼付台紙 マイナンバーによる課税情報等の確認申出書+本人確認書類

3 年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

支給申請の手順 申請者(被保険者)が7月31日(基準日)時点で加入されている医療保険者に申請します。

年間の高額療養費の支給申請のみを行う場合は①にチェック☑してください。
自己負担額証明書の交付申請を行う場合、②の□にチェック☑してください。

「対象となる計算期間」の欄の開始年月日が属する年度を書いてください。

計算期間→令和●●年8月1日～翌年7月31日まで。

「対象となる計算期間」内の医療保険の加入履歴をご記入ください。

年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

申請区分 ①年間の高額療養費の支給 ②自己負担額証明書の交付	申請対象年度 平成 令和 2年度	対象となる計算期間 2年 8月 1日 ~ 3年 7月 31日	枚目 1 / 1
申請者 フリガナ: 協会 太郎 申請者氏名: 協会 太郎 申請者住所: 〒000-0000 〇〇市〇〇区〇〇-1-1 △△マンション101 生年月日: 昭和・平成・令和 61年 10月 22日 性別: 男 被保険者証の記号・番号: 201700023 - 1 電話: 000-(000)000	保険者 1: 〇〇健康保険組合 2: 全国健康保険協会 3: 〇〇支店	加入期間 2年 8月 1日 から 3年 7月 31日 まで 3年 2月 1日 から 3年 7月 31日 まで 年 月 日から 年 月 日まで	添付の自己負担額証明書管理番号 添付省略
被扶養者に係る記入欄 フリガナ: 協会 三郎 被扶養者氏名: 協会 三郎 生年月日: 昭和・平成・令和 〇〇年 5月 15日 性別: 男	保険者 1: 〇〇健康保険組合 2: 全国健康保険協会 3: 〇〇支店	加入期間 2年 8月 1日 から 3年 7月 31日 まで 3年 2月 1日 から 3年 7月 31日 まで 年 月 日から 年 月 日まで	添付の自己負担額証明書管理番号 添付なし
備考 被扶養者のマイナンバー記載欄 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	受取代理人の欄 住所: (フリガナ) _____ 代理人の氏名: _____ 氏名: _____ 責任者と代理人との関係: _____ 代理人の住所 〒 - 電話 ()	本申請に基づき給付金に関する受取を代理人に委託します。 令和 年 月 日	
届込先口座 金融機関: 〇〇銀行 〇〇支店 口座番号: 9999999999999999	フリガナ: 協会 太郎	口座番号: _____	フリガナ: 協会 太郎
社会保険労務士の提出代行者印 (02.10)	申請年月日: 令和 年 月 日	交付年月日: _____	

マイナンバーによる情報連携により、自己負担額証明書および(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください(記入した場合は添付書類が必要です)。

口座情報は申請区分にかかわらず必ずご記入ください。

チェックリスト

● 申請時期

基準日の翌日(通常は8月1日)から2年以内に申請(ただし、該当される方が亡くなられた場合は、死亡日の翌日から2年以内となります)。

● 添付書類チェックリスト

- 自己負担額証明書(該当する場合)
計算対象期間(前年8月~7月)の間で、加入している医療保険に変更があった場合に該当申請書を提出する協会けんぽ都道府県支部以外の保険者(国保、組合)から交付された自己負担額証明書
- 非課税証明書(該当する場合)
申請者(被保険者)が申請対象年度の市区町村民税が非課税の場合に該当
例えば、令和3年8月~令和4年7月の申請は、令和3年度非課税証明書の添付が必要

〈マイナンバーを記入された場合〉

- 本人確認書類貼付台紙 マイナンバーによる課税情報等の確認申出書+本人確認書類



傷病手当金支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』49ページ参照

被保険者が病気やケガで4日以上仕事に就けず(連続する3日の休業を含む)、その間の給与を受けられないときに支給されます。

記載例

申請書は1～4頁をすべてそろえて提出をお願いします。ただし、退職等により資格喪失している場合であって、申請期間(2頁目)に在職期間が1日も含まれないときは、3頁目は不要です。

1 1頁目：被保険者(申請者)記入用

記号・番号は、保険証に記載されています。退職等で資格喪失されている方につきましては、資格喪失前の記号・番号をご記入ください。



※支給決定通知書上部()内の数字が(記号・番号)です。

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ご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

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)・預金種別・7桁の口座番号をご記入ください。

ご本人(被保険者)名義の口座以外へ振込希望の場合、受取代理人の欄へ記入(住所・氏名)が必要です。

2 2頁目：被保険者(申請者)記入用

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

傷病名欄・初診日欄は必ずご記入ください。

※記入の際は、医師の証明を確認の上、ご記入ください。

ケガ(負傷)による申請の場合は「負傷原因届」(P.8 参照)を併せて提出してください。

未来日の申請はできません。第1回目の申請は「待定期間(3日間)」を含めてご記入ください。

日数は公休日や土日を含めた日数をご記入ください(未記入や1日多い・少ないなど誤りが多い箇所です)。

記入漏れが多い箇所です。ご注意ください。

仕事の具体的な内容(例えば、「経理担当事務」「自動車組立」「プログラマー」等)をご記入ください。

※退職後の申請の場合は、在職時の仕事の内容をご記入ください。

4 4 頁目：療養担当者(医師等)記入用

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 協会 太郎

傷病名 (1) 鎖骨骨折 (2) (3)

初診日 (1) 平成26年03月04日 (2) (3)

発病または負傷の年月日 平成26年03月04日

発病または負傷の原因 左肩部強打

労務不能と認められた期間 平成26年03月04日から平成26年03月05日まで

うち入院期間

診療日及び入院した日

診療日及び入院した日

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)

鎖骨を骨折し、4/22初診。鎖骨バンドで鎖骨を固定。固定するまで安静とし、固定後リハビリが必要

手術年月日 平成26年03月05日

退院年月日

人工透析を実施または人工臓器を装着した日

人工透析の種類

人工臓器の種類

上記のとおり相違ありません。

医療機関の所在地 東京都品川区△△1-1

医療機関の名称 ○○総合病院

医師の氏名 健保 五郎

電話番号

601467

全国健康保険協会 協会けんぽ

4/4

患者氏名をご記入ください。

複数の傷病名がある場合、(1)から主たる傷病名を順次ご記入ください。

左の傷病名について、その傷病の初診の日をご記入ください。

治療期間でなく、療養のため就労できなかったと認められる期間とその日数(証明日以前の期間)をご記入ください。

症状および経過、労務不能と認められた医学的な所見を詳しくご記入ください。

チェックリスト

●申請時期 就労不能であった日ごとにその翌日から2年以内

●添付書類チェックリスト

	必要な書類	備考
<input type="checkbox"/> 支給開始日以前の12ヵ月以内で事業所に変更があった場合	以前の各事業所の名称、所在地および各事業所に使用されていた期間がわかる書類	協会けんぽのホームページから入手可能
<input type="checkbox"/> 障害厚生年金を受けている方	障害厚生年金給付の年金証書および年金額改定通知書(いずれもコピー可)	年金額が変更になったら、その都度年金額改定通知書が必要
<input type="checkbox"/> 資格喪失後に老齢退職年金の給付を受けている場合	老齢退職年金給付の年金証書および年金額改定通知書(いずれもコピー可)	
<input type="checkbox"/> 労災保険から休業補償給付を受けている方	休業補償給付支給決定通知書のコピー	
<input type="checkbox"/> 負傷(ケガ)の場合	負傷原因届(P.8参照)	協会けんぽのホームページから入手可能
<input type="checkbox"/> 第三者による傷病の場合	第三者等の行為による傷病(事故)届(P.7参照)	協会けんぽのホームページから入手可能
<input type="checkbox"/> 証明書等が外国語で記載されている場合	翻訳文(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)	
<input type="checkbox"/> 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合	戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄等を確認できる書類)	



出産手当金支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』51ページ参照

被保険者が出産のために仕事を休み、その間の給与を受けられないときに支給されます。

記載例

申請書は1～3頁目をすべてそろえて提出をお願いします。

健康保険 出産手当金 支給申請書 **1** **2** **3** **手**
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 出産手当金 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、黒のボールペンを使用し、欄書で枠内に丁寧に記入してください。 記入用紙 0112345678910

被保険者情報

記号 21700023 1 1 1 560309
被保険者証の(左づつ)

氏名 キョウカイ ハナコ 協会 花子
(フリガナ)

住所 〒1440052 東京 港区 〇〇1-1 △△マンション101
電話番号 03XXXXXX

預金口座情報

金融機関名称 〇〇〇〇 〇〇〇〇
預金種別 1 1, 普通 3, 別段 2, 当座 4, 満期 〇 口座番号 1234567
口座名義 キョウカイ ハナコ 口座名義の区分 1 被保険者

受取代理人情報

被保険者 氏名 住所 被保険者との関係
代理人(口座名義人) 氏名 住所

社会保険労務士の届出代行者名義欄
6111169

全国健康保険協会 協会けんぽ (1/3)

記号・番号は、保険証に記載されています。退職等で資格喪失されている方につきましては、資格喪失前の記号・番号をご記入ください。



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ご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

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)・預金種別・7桁の口座番号をご記入ください。

金融機関名称 ゆうちょ 二三八
預金種別 1 1, 普通 3, 別段 2, 当座 4, 満期 〇 口座番号 1234567
口座名義 キョウカイ ハナコ 口座名義の区分 1 被保険者

ご本人(被保険者)名義の口座以外へ振込希望の場合、受取代理人の欄へ記入(住所・氏名)が必要です。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

出産前の申請か出産後の申請かご記入ください。

申請期間は必ず漏れなくご記入ください。未来日の申請をすることはできません。申請期間を含む給与の締日が経過してから申請をしてください。

出産後の証明の場合は、すべての欄を漏れなく医師または助産師に記入してもらってください。単胎児・多胎児・生産・死産(死産であれば週数)についても漏れなく記入していただく必要があります。

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 協会 花子

申請内容

1. 出産前の申請 2. 出産後の申請
2 1. 出産前の申請 2. 出産後の申請
出産予定日 2 1. 平成 2. 令和 030821
出産日 2 1. 平成 2. 令和 030823
出産のため休んだ期間(申請期間) 2 1. 平成 2. 令和 030711 から 100 日
2 1. 平成 2. 令和 031018 まで
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。 はい いいえ
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。
年 月 日 から 年 月 日 円

医師・助産師記入欄

出産者氏名 協会 花子
出産予定年月日 2 1. 平成 2. 令和 030821 出産年月日 2 1. 平成 2. 令和 030823
出生児の数 1 1. 単胎 2. 多胎 (胎) (胎) 生産または死産の別 1 1. 生産 2. 死産 (産) (産) 週
上記のとおり証明しないことを証明する。
年 月 日
医療機関の所在地 東京都大田区〇〇2-3-5 2 1. 平成 2. 令和 030924
医療機関の名称 〇〇総合病院
医師・助産師の氏名 保険 太郎 電話番号 03XXXXXX

「事業主記入用」は3ページに続きます。 >>>

出産手当金支給申請書

記載例

労務に服することができなかった期間を含む賃金計算期間における賃金支給状況についてご記入ください。また、賃金支給状況がわかるよう、賃金計算方法や欠勤控除計算方法等をご記入ください。

出産手当金支給申請書

健康保険 出産手当金 支給申請書 事業主記入用

被保険者氏名 **協会 花子**

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

1. 平成 2. 令和	年	月	日	出勤	有給	計
2	03	07	1	○	○	6
2	03	08	16	△	○	0
2	03	09	1	○	○	0
2	03	10	16	△	○	0
			1	○	○	0
			16	△	○	0

上記の期間に対して、賃金を支給しました(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 末日 支払日 2 1. 当月 2. 翌月 10 日

上記の期間を含む賃金計算期間の賃金支給状況をご記入ください。

区分	単価	7月		8月		9月	
		日	分	日	分	日	分
基本給	1000	48	00	0			
通勤手当	12000	0					
手当							
手当							
手当							
現物給与							
合計	121000	48	00	0			

賃金計算方法(欠勤控除計算方法等)についてご記入ください。
 基本給計算方法 @1,000円×8時間×6日=48,000円
 通勤手当欠勤控除なし 令和3年5月10日～5月1日～10月31日分¥120,000円支給

担当者氏名 ○ ○ ○ ○

上記のとおり相違ないことを証明します。
 事業所所在地 ○ ○ 市 ○ ○ 町 △ △ 1 - 2
 事業所名称 ○ ○ 株式会社
 事業主氏名 健保 二郎

被保険者氏名をご記入ください。

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

給与の種類について、該当する給与の種類を選んで☑を入れてください。

賃金計算の締日および賃金の支払日をご記入ください。

支給なしでも「0円」と記載してください。

通勤手当などの手当を複数月にわたって支給している場合、申請期間にかかる場合は「5/10通勤6ヵ月分(5/1～10/31)120,000円支給」等、支給対象期間と支給金額をご記入ください。

単価を記入してください(月単位の支給の場合は月あたりの単価、時間・日単位の支給の場合は時間・日あたりの単価をご記入ください)。

欠勤控除などの計算方法は具体的にご記入ください。

チェックリスト

●申請時間

出産のため労務に服できなかった日ごとにその翌日から2年以内

●添付書類チェックリスト

- 支給開始日以前の12ヵ月以内で事業所に変更があった場合
 - 以前の各事業所の名称、所在地および各事業所に使用されていた期間がわかる書類
 - ※協会けんぽホームページから入手可能
- 証明書等が外国語で記載されている場合
 - 翻訳文(翻訳者の署名、住所、および連絡先を記入)
- 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合
 - 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)

産前産後期間一覧表

※例 1月1日出産の場合、産前開始日11/21 産後終了日2/26

産前42日(多胎の場合は98日)産後56日・()はうるう年

出産日	1月出産		2月出産		3月出産		4月出産		5月出産		6月出産	
	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日
1	11/21	2/26	12/22	3/29 (3/28)	1/19 (1/20)	4/26	2/19 (2/20)	5/27	3/21	6/26	4/21	7/27
2	11/22	2/27	12/23	3/30 (3/29)	1/20 (1/21)	4/27	2/20 (2/21)	5/28	3/22	6/27	4/22	7/28
3	11/23	2/28	12/24	3/31 (3/30)	1/21 (1/22)	4/28	2/21 (2/22)	5/29	3/23	6/28	4/23	7/29
4	11/24	3/1 (2/29)	12/25	4/1 (3/31)	1/22 (1/23)	4/29	2/22 (2/23)	5/30	3/24	6/29	4/24	7/30
5	11/25	3/2 (3/1)	12/26	4/2 (4/1)	1/23 (1/24)	4/30	2/23 (2/24)	5/31	3/25	6/30	4/25	7/31
6	11/26	3/3 (3/2)	12/27	4/3 (4/2)	1/24 (1/25)	5/1	2/24 (2/25)	6/1	3/26	7/1	4/26	8/1
7	11/27	3/4 (3/3)	12/28	4/4 (4/3)	1/25 (1/26)	5/2	2/25 (2/26)	6/2	3/27	7/2	4/27	8/2
8	11/28	3/5 (3/4)	12/29	4/5 (4/4)	1/26 (1/27)	5/3	2/26 (2/27)	6/3	3/28	7/3	4/28	8/3
9	11/29	3/6 (3/5)	12/30	4/6 (4/5)	1/27 (1/28)	5/4	2/27 (2/28)	6/4	3/29	7/4	4/29	8/4
10	11/30	3/7 (3/6)	12/31	4/7 (4/6)	1/28 (1/29)	5/5	2/28 (2/29)	6/5	3/30	7/5	4/30	8/5
11	12/1	3/8 (3/7)	1/1	4/8 (4/7)	1/29 (1/30)	5/6	3/1	6/6	3/31	7/6	5/1	8/6
12	12/2	3/9 (3/8)	1/2	4/9 (4/8)	1/30 (1/31)	5/7	3/2	6/7	4/1	7/7	5/2	8/7
13	12/3	3/10 (3/9)	1/3	4/10 (4/9)	1/31 (2/1)	5/8	3/3	6/8	4/2	7/8	5/3	8/8
14	12/4	3/11 (3/10)	1/4	4/11 (4/10)	2/1 (2/2)	5/9	3/4	6/9	4/3	7/9	5/4	8/9
15	12/5	3/12 (3/11)	1/5	4/12 (4/11)	2/2 (2/3)	5/10	3/5	6/10	4/4	7/10	5/5	8/10
16	12/6	3/13 (3/12)	1/6	4/13 (4/12)	2/3 (2/4)	5/11	3/6	6/11	4/5	7/11	5/6	8/11
17	12/7	3/14 (3/13)	1/7	4/14 (4/13)	2/4 (2/5)	5/12	3/7	6/12	4/6	7/12	5/7	8/12
18	12/8	3/15 (3/14)	1/8	4/15 (4/14)	2/5 (2/6)	5/13	3/8	6/13	4/7	7/13	5/8	8/13
19	12/9	3/16 (3/15)	1/9	4/16 (4/15)	2/6 (2/7)	5/14	3/9	6/14	4/8	7/14	5/9	8/14
20	12/10	3/17 (3/16)	1/10	4/17 (4/16)	2/7 (2/8)	5/15	3/10	6/15	4/9	7/15	5/10	8/15
21	12/11	3/18 (3/17)	1/11	4/18 (4/17)	2/8 (2/9)	5/16	3/11	6/16	4/10	7/16	5/11	8/16
22	12/12	3/19 (3/18)	1/12	4/19 (4/18)	2/9 (2/10)	5/17	3/12	6/17	4/11	7/17	5/12	8/17
23	12/13	3/20 (3/19)	1/13	4/20 (4/19)	2/10 (2/11)	5/18	3/13	6/18	4/12	7/18	5/13	8/18
24	12/14	3/21 (3/20)	1/14	4/21 (4/20)	2/11 (2/12)	5/19	3/14	6/19	4/13	7/19	5/14	8/19
25	12/15	3/22 (3/21)	1/15	4/22 (4/21)	2/12 (2/13)	5/20	3/15	6/20	4/14	7/20	5/15	8/20
26	12/16	3/23 (3/22)	1/16	4/23 (4/22)	2/13 (2/14)	5/21	3/16	6/21	4/15	7/21	5/16	8/21
27	12/17	3/24 (3/23)	1/17	4/24 (4/23)	2/14 (2/15)	5/22	3/17	6/22	4/16	7/22	5/17	8/22
28	12/18	3/25 (3/24)	1/18	4/25 (4/24)	2/15 (2/16)	5/23	3/18	6/23	4/17	7/23	5/18	8/23
29	12/19	3/26 (3/25)	1/19	4/25	2/16 (2/17)	5/24	3/19	6/24	4/18	7/24	5/19	8/24
30	12/20	3/27 (3/26)	—	—	2/17 (2/18)	5/25	3/20	6/25	4/19	7/25	5/20	8/25
31	12/21	3/28 (3/27)	—	—	2/18 (2/19)	5/26	—	—	4/20	7/26	—	—

出産日	7月出産		8月出産		9月出産		10月出産		11月出産		12月出産	
	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日	産前開始日	産後終了日
1	5/21	8/26	6/21	9/26	7/22	10/27	8/21	11/26	9/21	12/27	10/21	1/26
2	5/22	8/27	6/22	9/27	7/23	10/28	8/22	11/27	9/22	12/28	10/22	1/27
3	5/23	8/28	6/23	9/28	7/24	10/29	8/23	11/28	9/23	12/29	10/23	1/28
4	5/24	8/29	6/24	9/29	7/25	10/30	8/24	11/29	9/24	12/30	10/24	1/29
5	5/25	8/30	6/25	9/30	7/26	10/31	8/25	11/30	9/25	12/31	10/25	1/30
6	5/26	8/31	6/26	10/1	7/27	11/1	8/26	12/1	9/26	1/1	10/26	1/31
7	5/27	9/1	6/27	10/2	7/28	11/2	8/27	12/2	9/27	1/2	10/27	2/1
8	5/28	9/2	6/28	10/3	7/29	11/3	8/28	12/3	9/28	1/3	10/28	2/2
9	5/29	9/3	6/29	10/4	7/30	11/4	8/29	12/4	9/29	1/4	10/29	2/3
10	5/30	9/4	6/30	10/5	7/31	11/5	8/30	12/5	9/30	1/5	10/30	2/4
11	5/31	9/5	7/1	10/6	8/1	11/6	8/31	12/6	10/1	1/6	10/31	2/5
12	6/1	9/6	7/2	10/7	8/2	11/7	9/1	12/7	10/2	1/7	11/1	2/6
13	6/2	9/7	7/3	10/8	8/3	11/8	9/2	12/8	10/3	1/8	11/2	2/7
14	6/3	9/8	7/4	10/9	8/4	11/9	9/3	12/9	10/4	1/9	11/3	2/8
15	6/4	9/9	7/5	10/10	8/5	11/10	9/4	12/10	10/5	1/10	11/4	2/9
16	6/5	9/10	7/6	10/11	8/6	11/11	9/5	12/11	10/6	1/11	11/5	2/10
17	6/6	9/11	7/7	10/12	8/7	11/12	9/6	12/12	10/7	1/12	11/6	2/11
18	6/7	9/12	7/8	10/13	8/8	11/13	9/7	12/13	10/8	1/13	11/7	2/12
19	6/8	9/13	7/9	10/14	8/9	11/14	9/8	12/14	10/9	1/14	11/8	2/13
20	6/9	9/14	7/10	10/15	8/10	11/15	9/9	12/15	10/10	1/15	11/9	2/14
21	6/10	9/15	7/11	10/16	8/11	11/16	9/10	12/16	10/11	1/16	11/10	2/15
22	6/11	9/16	7/12	10/17	8/12	11/17	9/11	12/17	10/12	1/17	11/11	2/16
23	6/12	9/17	7/13	10/18	8/13	11/18	9/12	12/18	10/13	1/18	11/12	2/17
24	6/13	9/18	7/14	10/19	8/14	11/19	9/13	12/19	10/14	1/19	11/13	2/18
25	6/14	9/19	7/15	10/20	8/15	11/20	9/14	12/20	10/15	1/20	11/14	2/19
26	6/15	9/20	7/16	10/21	8/16	11/21	9/15	12/21	10/16	1/21	11/15	2/20
27	6/16	9/21	7/17	10/22	8/17	11/22	9/16	12/22	10/17	1/22	11/16	2/21
28	6/17	9/22	7/18	10/23	8/18	11/23	9/17	12/23	10/18	1/23	11/17	2/22
29	6/18	9/23	7/19	10/24	8/19	11/24	9/18	12/24	10/19	1/24	11/18	2/23
30	6/19	9/24	7/20	10/25	8/20	11/25	9/19	12/25	10/20	1/25	11/19	2/24
31	6/20	9/25	7/21	10/26	—	—	9/20	12/26	—	—	11/20	2/25

出産手当金支給申請書



出産育児一時金支給申請書等

『協会けんぽGUIDEBOOK』52ページ参照

被保険者が出産したときは「出産育児一時金」が、被扶養者が出産したときは「家族出産育児一時金」が支給されます。

記載例

1 医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用し、差額の支給が生じる場合 出産育児一時金 内払金支払依頼書・差額申請書

記号・番号は、保険証に記載されています。



家族(被扶養者)が出産した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

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ご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

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)・預金種別・7桁の口座番号をご記入ください。

死産の場合は、死産児数とともに妊娠経過数をご記入ください。

●内払金支払依頼書と差額申請書の違いについて

医療機関等への直接支払制度を利用された場合に、出産費用が一時金の支給額を下回り、一時金と医療機関等の代理受取額との差額が発生する場合は、医療機関等へ代理受取額の支払いを行うとともに、医療機関等へ代理受取額をお支払いした旨および差額分を申請いただく旨のご案内に記載された「出産育児一時金等支給決定通知書」(以下「通知書」といいます)が協会けんぽから加入者の方へ送付されます(出産日から2~3ヵ月後)。通知書を受け取られた後に申請書を提出する場合は「差額申請書」として提出いただき、医療機関等への代理受取額が支払われておらず、通知書を受け取る前に早期に差額分の受取りを希望される場合は「内払金支払依頼書」としてご提出ください。

【内払金支払依頼書として提出する場合】

医師・助産師による出生証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明を受けてください。死産の場合は、医師・助産師に限って証明を受けてください。ただし、医療機関等から交付される領収・明細書に出産の場合は「生年月日」および「出生児数」が記載されている場合、もしくは死産の場合は「死産年月日」および「妊娠経過数」が記載されている場合は必要ありません。

【差額申請書として提出する場合】

医師・助産師による出生証明、または市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明は必要ありません。

多児出産の場合は、すべての出生児の氏名をご記入ください。

チェックリスト

●申請時期

医療機関等への直接支払制度を利用する場合に、出産育児一時金と医療機関等に振り込まれる代理受取額との差額について支払いを希望するとき

●添付書類チェックリスト

直接支払制度あり

内払金支払依頼書

出産育児一時金内払金支払依頼書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明
※領収明細書に出生年月日および出生児数が記載されてあれば省略可

領収・明細書のコピー(「専用請求用紙の内容と相違ありません」の表示があるもの)

直接支払制度に係る代理契約に関する文書のコピー

差額申請

出産育児一時金差額申請書

※内払金支払依頼書での請求がなく、協会けんぽから申請の勧奨があった場合を差額申請といい、その場合に限っては添付書類はありません。

被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合

戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)

2 医療機関等で出産育児一時金の直接支払制度を利用しなかった場合 出産育児一時金支給申請書

家族(被扶養者)が出産した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。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ご記入ください(住所・振込口座も同様です)。
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

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)・預金種別・7桁の口座番号をご記入ください。ご本人(被保険者)名義の口座以外へ振込希望の場合、受取代理人の欄への記入(住所・氏名)が必要です。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

死産の場合は、死産児数とともに妊娠経過週数をご記入ください。

多児出産の場合は、すべての出生児の氏名をご記入ください。

「医師・助産師による出産証明」または「市区町村長による出生に関して戸籍に記載した事項等の証明」を受けてください。証明を受けることができない場合は、「出生(死産)が確認できる書類」を添付してください。

【出生の場合】
戸籍謄(抄)本、戸籍記載事項証明書、登録原票記載事項証明書、出生届受理証明書、母子健康手帳、住民票等の原本
【死産の場合】
死産証明書等(死胎検案書)の写

チェックリスト

● **申請時期** 出産日の翌日から2年以内

● 添付書類チェックリスト

- 出産育児一時金支給申請書に医師・助産師の証明または市区町村長の証明(死産の場合は、医師・助産師の証明)
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文(翻訳者の署名、住所および連絡先を記入)
- 領収書のコピー(ただし、海外での出産の場合は不要)
- 直接支払制度を利用していないことを証明する文書のコピー(領収・明細書にその旨が記載されている場合、また海外での出産の場合は不要)
- 海外で出産した場合で、出生したお子様が、被保険者の被扶養者ではないが日本国内に居住している場合、出生が確認できる書類(戸籍謄(抄)本、住民票など)
- 海外で出産した場合で、出生したお子様が、被保険者の被扶養者ではなく、日本国外に居住している場合および死産の場合、現地の公的機関が発行する戸籍や住民票等の出生の事実を確認できる書類 ※書類が添付できない場合、出産を担当した海外の医療機関に対し、協会けんぽが照会することに関する同意書
- 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合
 - 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)



埋葬料(費)支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』54ページ参照

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

記載例

1 埋葬料(費)支給申請書 被保険者が亡くなった場合

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で特内に丁寧に記入ください。

記入用紙 0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者証の記号 21700023 1 生年月日 2 010510

氏名 協会 花子

住所 〒 0000000 東京 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 1.普通 3.別荘 2.当座 4.通知 口座番号 1234567

口座名義 キョウカイハナコ

代理人(申請者)の氏名 協会 太郎

代理人(口座名義)の氏名 協会 太郎

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

6 3 1 1 6 7

全国健康保険協会 協会けんぽ

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た申請の場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。
※被保険者証の記号・番号と生年月日欄は「被保険者」の情報をご記入ください。

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)・預金種別・7桁の口座番号をご記入ください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

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

事業主に証明を受けてください。証明が受けられない場合、死亡したことのわかる書類の添付が必要です。

氏名と口座について、死亡された被保険者の情報を記入する不備が多くなっておりまますので、ご注意ください。

健康保険 被保険者 家族 埋葬料(費) 支給申請書

被保険者(事業主記入用)

被保険者氏名 協会 太郎

死亡年月日 2 030910 死亡原因 クモ膜下出血

家族(被扶養者)が死亡したための申請であるとき

被扶養者の氏名 協会 太郎 生年月日 2 030924

被扶養者からみた申請者との身分関係 妻

埋葬料(費)の金額 2 万円

事業主証明欄

事業主氏名 健保 二郎

6 3 1 2 6 8

全国健康保険協会 協会けんぽ

埋葬料(費)支給申請書

2 埋葬料(費)支給申請書 被扶養者が亡くなった場合

健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書」の「申請書の記入方法」を必ずご確認ください。

申請書は、裏のバーコード等を使用し、専用で特約にてご記入ください。

健康保険証の記号 21700023

氏名 協会太郎

住所 東京市町1-1

口座番号 1234567

口座名義 キョウカイパナコ

記号・番号は、保険証に記載されています。

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)・預金種別・7桁の口座番号をご記入ください。

金融機関名称 ゆうちょ 二三八

預金種別 1. 普通 3. 定期

口座番号 1234567

口座名義 キョウカイパナコ

事業主に証明を受けてください。証明が受けられない場合、死亡したことのわかる書類の添付が必要です。

健康保険 被保険者 埋葬料(費)支給申請書

死亡年月日 2023.03.08

死亡原因 急性心不全

被扶養者の氏名 協会花子

死亡した方の 協会花子

住所 東京市町1-2

勤務先 株式会社

氏名 健保二郎

埋葬料(費)支給申請書

2 チェックリスト

●申請時期 死亡した日の翌日または埋葬を行った日の翌日から2年以内

●添付書類チェックリスト

被保険者死亡	<input type="checkbox"/> 申請者と被保険者の間に生計維持関係がある
	<input type="checkbox"/> 申請者は被扶養者である → 生計維持確認の添付書類不要 <input type="checkbox"/> 申請者は被扶養者でない → 生計維持確認の添付書類必要(下記のいずれか)
	<input type="checkbox"/> 住居が同じ場合 → 被保険者の住民票除票の原本および申請者の住民票の原本 <input type="checkbox"/> 住居が別の場合 → 仕送りのわかる預貯金通帳等のコピーまたは亡くなった方が申請者の公共料金を支払ったことがわかる領収書等
	<input type="checkbox"/> 事業主による死亡の証明または死亡診断書のコピー等
被扶養者死亡	<input type="checkbox"/> 申請者と被保険者の間に生計維持関係がない
	<input type="checkbox"/> 埋葬費用の領収書の原本(宛名が申請者のフルネームで記載されたもの) <input type="checkbox"/> 領収書の内訳が記載された書類のコピー(明細書等) <input type="checkbox"/> 事業主による死亡の証明または死亡診断書のコピー等
	<input type="checkbox"/> 事業主による死亡の証明または死亡診断書等のコピー
その他	<input type="checkbox"/> 上記いずれの場合も事業主の証明が受けられないときまたは任意継続被保険者(被扶養者)が亡くなった場合は、埋葬許可証または火葬許可証のコピー、死亡診断書のコピー、死体検案書または検視調査のコピー、亡くなった方の戸籍(除籍)謄(抄)本、住民票のいずれかを添付
	<input type="checkbox"/> 死亡原因が負傷による場合 → 「負傷原因届」(P.8参照)を提出
	<input type="checkbox"/> 死亡原因の負傷が第三者の行為による場合 → 「第三者等の行為による傷病(事故)届」(P.7参照)を提出



健康保険制度・申請書の書き方

Q & A



保険証の再交付申請

Q

保険証を失くしてしまったので、申請書に記載する記号・番号がわかりません。どうしたらいいですか？

A

申請書のマイナンバー記入欄にマイナンバーを記入して申請してください。
なお、その際はマイナンバーの本人確認書類等を添付してください。



健康保険の任意継続



Q₁

在職時の保険証を会社に返却しており、記号・番号がわかりません。どうしたらいいですか？

A₁

申請書のマイナンバー記入欄にマイナンバーを記入して申請してください。
なお、その際はマイナンバーの本人確認書類等を添付してください。

Q₂

任意継続に加入するにあたり申請書の提出先はどこの支部となりますか？

A₂

お住まいの都道府県支部にご提出ください。

Q₃

健康保険料はいくらになりますか？

A₃

任意継続に加入した場合の保険料につきましては、**お住まいの都道府県支部にお問い合わせいただくか、協会けんぽHPをご確認ください。**

Q4 国民健康保険に切り替えたいので手続き方法を教えてください。

A4 任意継続健康保険をやめることを希望する場合、**任意継続被保険者資格喪失申出書を提出することにより資格を喪失**することができます。
手続き終了後、協会けんぽが送付する資格喪失通知により、**国民健康保険の加入手続き**を行ってください。

Q5 もうすぐ任意継続に加入して2年になるため資格喪失しますが、資格喪失通知書はいつ届きますか？

A5 資格喪失通知書は**資格喪失日の3営業日前に発送**いたします。

Q6 国民健康保険の保険料がいくらになるのか教えてください。

A6 国民健康保険の保険料につきましては、**お住まいの市区町村役場**にお問い合わせください。



第三者等の行為による傷病(事故)届



Q1 交通事故に遭ったのですが、保険証を使用してもいいですか？

A1 第三者等の行為が原因でケガをした場合でも、仕事や通勤途中の事故でなければ、健康保険で診療を受けることができます。その場合は、**「第三者等の行為による傷病(事故)届」の提出が必要**です。

Q2 保険会社に保険証を使うように言われました。使ってもいいですか？

A2 第三者等の行為が原因でケガをした場合でも、仕事や通勤途中の事故が原因でなければ、健康保険で診療を受けることができます。その場合は、**「第三者等の行為による傷病(事故)届」の提出が必要**です。

Q3 損害賠償金納付確約書・念書について、加害者が署名をしてくれません。どうすればいいですか？

A3 加害者が損害賠償金納付確約書・念書の署名をしてくれない(もらえない)場合は、その**理由を【本件についてのご意見】に記入し提出**をしてください。

Q4 交通事故では加害者ですが、被害者名と加害者名どちらを書けばいいですか？

A4 過失割合に関係なく、**協会けんぽに加入している方を被害者欄に記入**をしてください。

Q5 保険会社に記入を手伝ってもらうことは可能ですか？

A5 基本的に被保険者が記入することになりますが、**損害保険会社等に依頼できる場合は、記入も可能なため、損害保険会社等にご相談**ください。



限度額適用認定証



Q1 70歳以上(2割負担)で病院から限度額適用認定証の手続きをするように言われましたが、手続きが必要ですか？

A1 70歳以上で一般所得者(2割負担)の方は、被保険者の市区町村民税が非課税である場合を除き、**手続きを行っていただく必要はございません。**

Q2 有効期限が切れそうなので更新をしたいです。どうすればいいですか？

A2 新たに「**限度額適用認定申請書**」をご提出いただく必要がございます。

Q3 前月(またはそれ以上遡って)から有効な限度額適用認定証を発行してほしいです。どうすればいいですか？

A3 限度額適用認定証は、**申請のあった月の初日から発行**することとされています。
なお、前月以前に自己負担額を超えて医療費の支払いをした場合、後日、高額療養費を申請することにより差額が支給されます。

Q4 療養予定期間はどのように記載したらいいのでしょうか？

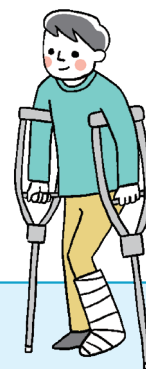
A4 入院・通院等により**限度額適用認定証を使用する予定期間を記入**してください(最長1年間)。

Q5 申請してからどれくらいで届きますか？

A5 発行までおおよそ1週間程度要します(申請書に不備等があった場合を除く)。



高額療養費



Q1 申請して2ヵ月経過しましたが、まだ支給がありません。いつ頃支払われますか？

A1 医療機関等から提出される診療報酬明細書の確認が必要であることから、支給決定まで診療月後3ヵ月以上かかります。

Q2 月をまたがって入院した場合の申請書記入方法を教えてください。

A2 高額療養費は1ヵ月にかかった医療費をもとに計算するため、1ヵ月毎に1枚申請書をご提出いただく必要があります。

Q3 領収書の添付は必要ですか？

A3 領収書の添付は不要です(他の公的制度から医療費の助成を受けている場合は領収書のコピーが必要です)。



埋葬料(費)・家族埋葬料



Q 被保険者死亡後に申請をする場合、被保険者情報の記載方法について教えてください。

A 記号・番号・生年月日は亡くなった被保険者の情報を、氏名・住所・電話番号は申請する方の情報をご記入ください。

各種申請書の提出は郵送で！



書類により、提出先は2カ所に分かります

健康保険に関する申請書は、種類によって提出先が異なります。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。郵送での提出にご協力お願いいたします。

協会けんぽに
ご提出いただく申請書

日本年金機構 (年金事務所)に
ご提出いただく申請書 (電子申請がおすすめです)

各申請書の様式は変更する場合があります。最新の様式は、
協会けんぽもしくは日本年金機構のホームページからダウンロードしてください。

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

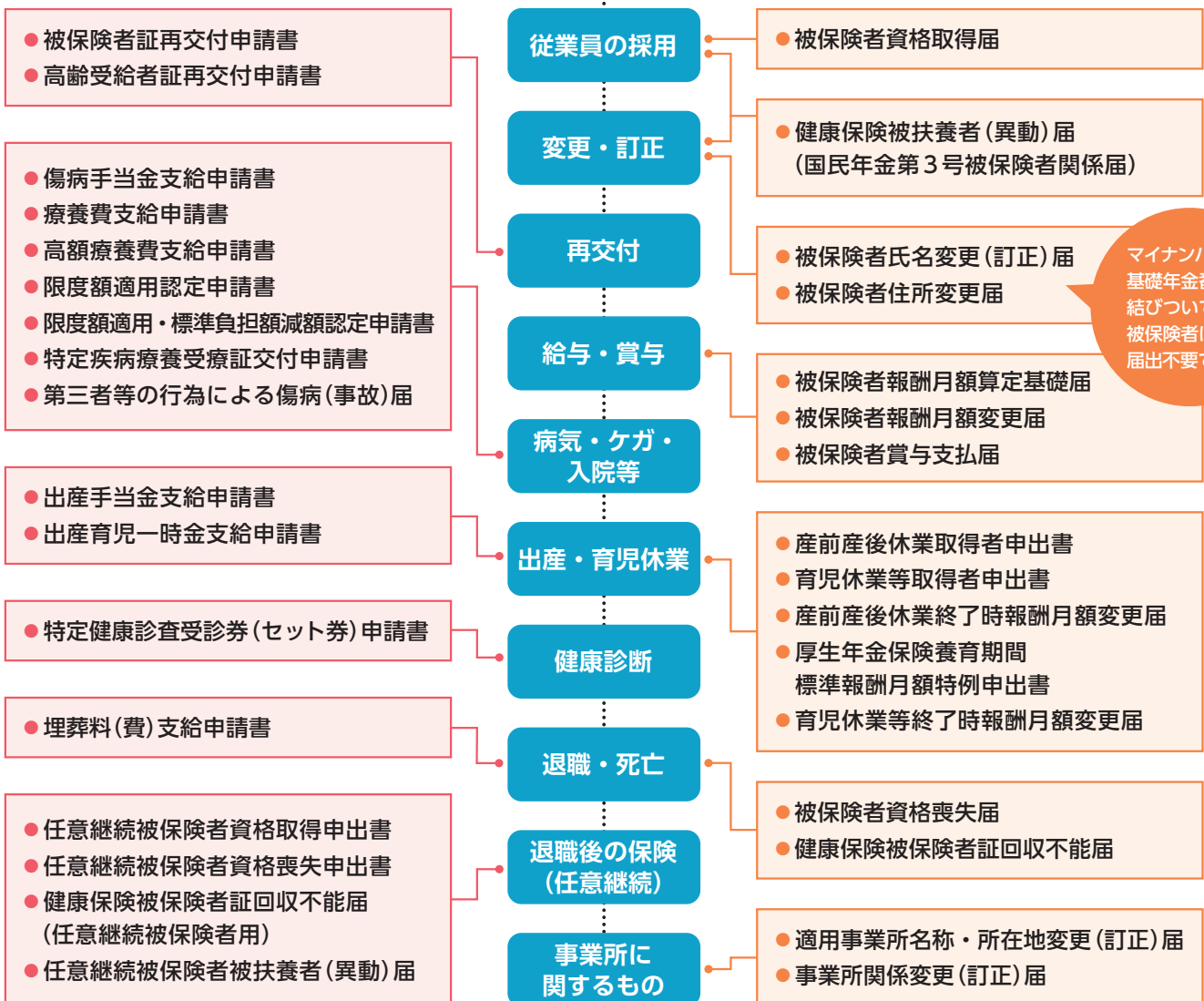
協会けんぽ

検索

<https://www.nenkin.go.jp>

日本年金機構

検索



マイナンバーと
基礎年金番号が
結びついている
被保険者は原則
届出不要です。